

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра внутренних болезней №5

УТВЕРЖДЕНО

Протоколом заседания Центрального
координационного учебно - методического совета

«__28__» __08__ 2020 г. Пр. № 1

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

к рабочей программе дисциплины модуля «**Экстренная медицинская
помощь**» -основной профессиональной образовательной программы – программы
ординатуры по специальности **31.08.48 Скорая медицинская помощь**

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от «_03_»__07_____ 2020_г., протокол № 21

Заведующий кафедрой
профессор Н.М.Бурдули



г. Владикавказ 2020 г.

СТРУКТУРА ФОС

1. Титульный лист
2. Структура ФОС
3. Паспорт оценочных средств
4. Комплект оценочных средств:
 - вопросы к зачету;
 - ситуационные задачи;
 - тестовые задания.

Паспорт фонда оценочных средств по дисциплине

«Экстренная медицинская помощь»

№ п/п	Наименование контролируемого раздела(темы) специальности/ модуля	Код формируемой компетенции(этапа)	Наименование оценочного средства
1	2	3	4
Вид контроля	Промежуточный		
1/	Экстренная медицинская помощь	УК-1, ПК-1,ПК-2,ПК-5,ПК-6, ПК-11	Вопросы к зачету, ситуационные задачи, тестовые задания

Образец билета к зачету

БИЛЕТ № 1

1. Гипертонические кризы (неосложненные и осложненные): клиника, неотложная помощь.
2. Гипогликемическая кома: причины, клиника, диагностика, неотложная терапия.

Вопросы к зачету

1. Острый коронарный синдром. Этиология. Патогенез. Классификация. Неотложная терапия.
2. Внезапная остановка сердца и дыхания: Ваши план и программа действий.
3. Клиника типичных и атипичных приступов стенокардии. ЭКГ признаки. Помощь. Тактика в условиях скорой медицинской помощи.
4. Показания и принципы госпитализации при стенокардии.
5. Коллапс: причины, клиника, неотложная помощь..
6. Гипертонические кризы (неосложненные и осложненные): клиника, неотложная помощь.
7. Дифференциальный диагноз при болях в левой половине грудной клетки.
8. Болевой синдром при инфаркте миокарда; его неотложная терапия.
9. Анафилактический шок: причины, клиническая картина, диагностика, неотложная помощь..
10. Стенокардия: купирование боли.
11. Острый коронарный синдром, определение, варианты, тактика на догоспитальном и госпитальном этапах.
12. Сердечная астма: диагностика, неотложная терапия.
13. Острые медикаментозные аллергические реакции: клиника, неотложная помощь.
14. Кардиогенный шок: клиника, диагностика, неотложная терапия.
15. Классификация нарушений сердечного ритма, методы диагностики, принципы лечения, противоаритмические препараты..
16. Купирование приступа бронхиальной астмы: клиника, неотложное лечение.
17. Астматический статус: диагностика, неотложная терапия.
18. Диагностика, неотложная помощь при приступе желчной колике.
19. Неотложная помощь при приступе Морганьи-Эдемса-Стокса.
20. Диабетические комы: диагностика, дифференциальная диагностика, неотложная терапия.
21. Неотложная помощь при приступе мерцательной аритмии.
22. Гипогликемическая кома: причины, клиника, диагностика, неотложная терапия.
23. Надпочечниковая недостаточность: диагностика, лечение.
24. Неотложная помощь при кровотечении из варикозно-расширенных вен пищевода.
25. Острый живот: основы диагноза и дифференциального диагноза; тактика терапевта.
26. Неотложная помощь при остром инфаркте миокарда.
27. Спонтанный пневмоторакс: диагностика, неотложная терапия.
28. Неотложная помощь при неосложненном гипертоническом кризе.
29. Нарушения ритма и проводимости в остром периоде при инфаркте миокарда: диагностика, неотложная терапия.
30. Диагностика и неотложные лечебные мероприятия при легочном кровотечении.

31. Острая сердечная недостаточность. Отек легких. Клиника, диагностика, неотложная помощь. Дальнейшая тактика.
32. Диагностика и неотложные лечебные мероприятия при желудочно-кишечном кровотечении.
33. Расслаивающаяся аневризма аорты грудного, брюшного отделов. Этиология. Патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, помощь, тактика.
34. Диагностика и неотложные лечебные мероприятия при печеночной коме.
35. Аллергические реакции. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, неотложная помощь, тактика в условиях скорой помощи. Осложнения, отёк Квинке, анафилактический шок.
36. Феохромочитома. Этиология. Патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, тактика врача скорой помощи.
37. Острый инфаркт миокарда. Этиология. Патогенез. Типичная, атипичная клиника. ЭКГ признаки. Помощь. Тактика врача скорой медицинской помощи.
38. Острая дыхательная недостаточность: диагностика, дифференцированная терапия.
39. Диагностика и неотложная терапия при острой почечной недостаточности.
40. Неотложная помощь при осложненном гипертоническом кризе.
41. Пароксизмальные тахикардии: этиология, механизмы возникновения, клиника, ЭКГ-диагностика. Осложнения. Неотложная помощь.
42. Инфекционно-токсический шок при пневмонии: диагностика, неотложные мероприятия.
43. Неотложная помощь при отеке легких.
44. Тромбоэмболия лёгочной артерии, мелких ветвей легочной артерии. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. ЭКГ признаки. Помощь. Тактика врача скорой помощи.
45. Наджелудочковые пароксизмальные нарушения сердечного ритма: формы, диагностика, неотложная терапия.
46. Диабетическая кетоацидотическая кома: этиология, патогенез, клиника, неотложная помощь.
47. Желудочковая пароксизмальная тахикардия: диагностика, неотложная терапия.
48. Атрио-вентрикулярные блокады: диагностика, показания к постановке искусственного водителя ритма.

Тестовые задания (правильный вариант ответа выделен +)

1. Основным диагностическим критерием типичного острого инфаркта миокарда является:

- 1) Артериальная гипотония
- 2) Артериальная гипертензия
- 3) Нарушение ритма сердца
- +4) Загрудинная боль продолжительностью более 20 минут
- 5) Холодный пот

2. Острый перикардит с выраженным болевым синдромом у лиц моложе 40 лет, скорее всего, связан с

- туберкулезом
- микседемой
- +острой вирусной инфекцией
- системной красной волчанкой
- периодической болезнью

3. Иррадиация боли в спину наиболее характерна для острого перикардита

- разрыва пищевода
- +расслаивающей аневризмы аорты
- тромбоэмболии легочной артерии
- спонтанного пневмоторакса

4. Сочетание болей в грудной клетке с гипотензией наименее характерно для

- тромбоэмболии легочной артерии
- острого инфаркта миокарда
- напряженного пневмоторакса
- гемотампонады сердца
- + острого сухого перикардита

5. Сочетание болей в грудной клетке с набуханием шейных вен характерно для всего перечисленного, кроме

- тромбоэмболии легочной артерии
- разрыва межжелудочковой перегородки
- гемотампонады сердца
- инфаркта правого желудочка
- +расслаивающей аневризмы аорты

6. Зависимость болей в грудной клетке от положения больного наиболее характерна для одного из следующих заболеваний

- пролапс митрального клапана
- тромбоэмболия легочной артерии
- +острый перикардит
- расслаивающая аневризма аорты
- инфаркт миокарда.

7. Пульсирующий характер интенсивных болей в грудной клетке с наибольшей вероятностью указывает на

- +расслаивающую аневризму аорты
- тромбоэмболию легочной артерии
- инфаркт миокарда
- кардиоспазм

синдром Титце

8. Для абдоминальной формы инфаркта миокарда характерны:

- 1) Боли за грудиной, иррадиирующие в плечо и эпигастральную область
- +2) Острые боли в животе, часто с тошнотой, иногда с рвотой, резкая слабость
- 3) Острые боли в животе, «доскообразное» напряжение мышц живота, положительные симптомы раздражения брюшины.

9. Эффективность нитроглицерина в купировании приступа за грудиных болей помимо стенокардии отмечается также при

- +кардиоспазме
- нейроциркуляторной дистонии
- пролапсе митрального клапана
- остром перикардите
- грыже пищеводного отверстия диафрагмы

10. Сочетание интенсивных разлитых болей в верхних отделах живота с иррадиацией в спину и элевацией сегмента ST на ЭКГ кроме гастралгической формы инфаркта миокарда требует исключить, в первую очередь

- обострение язвенной болезни желудка
- расслаивающую аневризму аорты
- +острый панкреатит
- острый гастродуоденит
- синдром Хилаидити

11. Из заболеваний, сопровождающихся болями в груди, пальпация грудной клетки наиболее информативна при

- +синдроме Титце
- пролапсе митрального клапана
- остром перикардите
- синдроме Хилаидити
- спонтанном пневмотораксе

12. Появление колющих односторонних болей в грудной клетке во время кашля характерно для

- рефлюкс-эзофагита
- +спонтанного пневмоторакса
- грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
- синдрома Хилаидити
- пролапса митрального клапана

13. Абсолютным признаком развившегося астматического состояния является:

- 1) Одышка с удлиненным выдохом
- 2) Дистанционные сухие хрипы
- 3) Вынужденное положение больного
- +4) Участки немого легкого при аускультации

14. Подъем сегмента ST у больных без ИБС на ЭКГ может встречаться при

- 1) гипотермии
- 2) нарушении внутрижелудочкового проведения в отведениях V_{1-2} с глубокими зубцами S
- 3) тромбозом легочной артерии
- 4) синдроме ранней реполяризации
- +5) во всех перечисленных случаях

15. Ведущим симптомом инфекционного шока является:

- 1) Бледность кожи на фоне высокой температуры
- 2) Заторможенность и вялость больного
- +3) Гипотония, не поддающаяся лечению прессорными аминами
- 4) Гипотония, поддающихся лечению прессорным аминами

16. Подъем сегмента ST в большинстве отведений характерен для

- тромбоэмболии легочной артерии
- гипокалиемии
- гиперкалиемии
- +острого перикардита
- всего перечисленного

17. Причиной появления отрицательных зубцов T на ЭКГ может быть все перечисленное, за исключением

- гипервентиляции
- +гиперкалиемии
- дисгормональных нарушений
- нарушения мозгового кровообращения
- мелкоочагового инфаркта миокарда

18. Причиной появления очень высоких зубцов T может быть

- гиперкалиемия
- ваготония
- сверхострая фаза инфаркта миокарда
- нарушение мозгового кровообращения
- +все перечисленное

19. Развитие очаговой неврологической симптоматики на фоне приступа интенсивных загрудинных болей с наибольшей вероятностью указывает на

- тромбоэмболию легочной артерии
- острый панкреатит
- острый перикардит
- вариантную стенокардию
- +расслаивающую аневризму аорты

20. Боли в грудной клетке, развившиеся на фоне внезапно появившейся одышки, наиболее характерны для

- острого перикардита
- расслаивающей аневризмы аорты
- разрыва пищевода
- +тромбоэмболии легочной артерии
- грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

21. Остро возникшая у пациента в астматическом статусе односторонняя боль в грудной клетке, связанная с актом дыхания, требует исключить, в первую очередь

- + спонтанный пневмоторакс
- острый плеврит
- межреберную невралгию
- тромбоэмболию легочной артерии
- синдром Цириакса

22. Наиболее характерным изменением ЭКГ во время приступа стенокардии является

- инверсия зубца T

+горизонтальная депрессия $ST \geq 1$ мм
подъем сегмента $ST \geq 1$ мм
снижение амплитуды зубца R
все перечисленное неверно

23. Приступы стенокардии в сочетании с обмороками характерны для
недостаточности клапанов аорты
митрального стеноза
недостаточности митрального клапана
+ стеноза устья аорты
вариантной стенокардии

24. Для прогрессирующей стенокардии верны следующие утверждения, кроме
характерно учащение приступов
характерны боли в покое
+характерно возникновение болей по мере нарастания нагрузки
характерно горизонтальное смещение сегмента ST
необходима срочная госпитализация

25. Для стенокардии напряжения характерно все, кроме
внезапного появления болей
болей до 10 минут
эффективного действия нитратов
+проявления чаще ночью
связи с нагрузкой

26. Для приступа вариантной стенокардии нехарактерно
развитие нередко в предутренние часы во время сна
+ появление болей преимущественно при физической нагрузке
провоцирующая роль холода, злоупотребления табаком
сравнительно большая продолжительность
меньший эффект нитратов в сравнении со стенокардией напряжения

27. К эффектам нитроглицерина относятся все, кроме
уменьшения конечно-диастолического давления в левом желудочке
уменьшения преднагрузки на сердце
устранения спазма венечных артерий
уменьшения потребления кислорода миокардом
+увеличения насыщения крови кислородом

28. Прием нитропрепаратов может сопровождаться
bronхоспазмом
брадикардией
диареей
+артериальной гипотонией
брадипноэ

29. При нестабильной стенокардии с недостаточным эффектом от приема нитратов целесообразно
срочно госпитализировать больного
увеличить дозу нитратов
ввести наркотические анальгетики
проведение оксигенотерапии
+все перечисленные мероприятия

30. У верапамила, в отличие от нифедипина, присутствует следующий эффект
эффективность в предотвращении приступов вариантной стенокардии
гипотензивное действие
урежение приступов при болезни Рейно
определённый бронхолитический эффект
+ урежение ЧСС в терапевтических дозах

31. Бета-блокаторам присущи все эффекты, кроме
артериальной гипотензии
брадикардии
провоцирования бронхоспазма
депрессивных состояний у пожилых
+ гипергликемии у больных сахарным диабетом

32. Больному сахарным диабетом со склонностью к гипогликемии из антиангинальных препаратов противопоказан
нитроглицерин
+ пропранолол
нифедипин
нитросорбид
верапамил

33. Нежелательно сочетание β – блокаторов со всеми препаратами, кроме
верапамила (изоптина)
дильтиазема (кардила)
кордарона
дигоксина
+ нитратов

34. Препаратом выбора для купирования приступа стенокардии у больного бронхиальной астмой является
пропранолол (обзидан)
кордарон
верапамил (изоптин)
+ нифедипин
клофелин

35. Относительными противопоказаниями к введению нитроглицерина являются
повышение внутричерепного давления
гипотензия
гиповолемия
тяжелый аортальный стеноз
+ все перечисленное

36. При стенокардии напряжения и ЧСС 58 в минуту нельзя назначать препараты, кроме
пропранолола (обзидана)
верапамила (изоптина)
+ изокета
дильтиазема (кардила)
кордарона

37. Монофазная кривая при остром инфаркте миокарда обычно удерживается
до 24 часов
+ до 1 недели

до 1 месяца
до 3 месяцев
возможны все варианты

38. Подъем сегмента ST, отрицательный зубец T в I, aVL, V₃-V₆, а также уменьшение амплитуды зубца R в этих отведениях характерны для
мелкоочагового переднего инфаркта
+интрамурального переднебокового инфаркта
крупноочагового бокового инфаркта
мелкоочагового бокового инфаркта
интрамурального заднебокового инфаркта

39. Появление комплексов QS в V₁-V₃ наиболее характерно для инфаркта миокарда
+передне-перегородочной локализации
нижней локализации
боковой локализации
задней стенки
правого желудочка

40. Регистрация подъема сегмента ST в отведении V₁ у больных с острым инфарктом миокарда нижней локализации является признаком
+сопутствующего инфаркта миокарда задней стенки
сопутствующего инфаркта миокарда правого желудочка
сопутствующего передне-перегородочного инфаркта миокарда
всего перечисленного
ничего из перечисленного

41. У больных с блокадой левой ножки пучка Гиса появление зубцов S в отведениях I, aVL, V₅₋₆ является признаком инфаркта миокарда
передне-перегородочной локализации
нижней локализации
+боковой локализации
задней стенки
все перечисленное не верно

42. При гипергликемической кетоацидотической коме:

- 1) Кожа гиперемированная, сухая, зрачки расширенные, глазные яблоки твердые
- +2) Гиперемия лица, кожа сухая, глазные яблоки мягкие, тургор кожи снижен
- 3) Кожа цианотичная, сухая, глаза запавшие, тризм жевательной мускулатуры, повышенный мышечный тонус

43. При гипогликемической коме у больного:

- +1) Кожа обычного цвета, влажная, глазные яблоки твердые, тонус мышц повышен
- 2) Кожа бледная, покрыта холодным потом, тризм жевательной мускулатуры, глазные яблоки
- 3) Кожа гиперемированная, влажная, зрачки резко расширены, тонус мышц снижен

44. Максимальное время, в течение которого может развиваться анафилактический шок составляет:

- 1) 3 минуты после введения препарата
- 2) 10 минут после введения препарата
- +3) 30 минут после введения препарата
- 4) 1 час после введения препарата

45. Первые часы острого инфаркта миокарда часто осложняются

тромбоэмболическими осложнениями
+фибрилляцией желудочков
перикардитом
плевритом
аневризмой

46. Летальность от острого инфаркта миокарда наиболее высока

+в первые часы
на вторые сутки
одинакова на всех стадиях болезни
нарастает постепенно
возможны все перечисленные варианты

47. Ведущим симптомом острой кишечной непроходимости является:

- 1) Острая «кинжальная» боль в животе
- 2) Ноющая боль в животе
- +3) Схваткообразные боли в животе
- 4) Частый жидкий стул

48. Перфорация язвы желудка и двенадцатиперстной кишки проявляется следующим симптомокомплексом:

- 1) боль в животе опоясывающего характера, тошнота, рвота желудочным содержимым
- 2) схваткообразная боль в животе, тошнота, рвота желудочным содержимым
- 3) умеренно выраженная боль в верхних отделах живота, рвота "кофейной гущей", язвенный анамнез
- +4) внезапно возникшая сильная боль в эпигастральной области, напряжение мышц брюшной стенки, язвенный анамнез

49. Комы при диабете могут быть обусловлены

- 1) накоплением кетоновых тел и связанным с этим ацидозом
- 2) гипогликемией, возникающей на введение инсулина
- 3) накоплением молочной кислоты
- 4) повышением осмотического давления крови
- +5) всем перечисленным

50. Ведущим симптомом почечной колики является:

- 1) Резь при мочеиспускании
- 2) Ноющие боли в пояснице
- 3) Частое мочеиспускание
- 4) Высокая температура
- +5) Приступнообразные острые боли

Ситуационные задачи (с эталонами ответов)

Задача №1

Больной К., 57 лет, учитель, доставлен машиной скорой помощи с жалобами на интенсивные давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, продолжавшиеся в течение 1,5 часов, не снимающиеся приемом нитроглицерина, перебои в работе сердца, резкую общую слабость, холодный липкий пот. Накануне чрезмерно поработал физически на даче. В анамнезе - в течение 4-5 лет отмечает приступы сжимающих болей за грудиной во время быстрой ходьбы, длящиеся 3-5 минут, проходящие в покое и от приема нитроглицерина. Объективно : кожные покровы бледные, акроцианоз, ладони влажные. Пульс 96 в минуту, единичные экстрасистолы. АД - 90/60

мм рт. ст. Границы сердца расширены влево на 1,5 см. Тоны глухие, единичные экстрасистолы. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Общий анализ крови : эр. - $4,3 \times 10^{12}$, лейкоц. - $9,2 \times 10^9$, п. - 4, сегм. - 66, л. - 23, м. - 7, СОЭ - 10 мм/ час. 1. Поставьте диагноз. 2. Проведите дифференциальный диагноз. 3. Наметьте план дообследования. 4. Назначьте лечение.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 1 : 1. ЭКГ - прилагается. 2. Сыворотка крови : СРБ+, ЛДГ 360 ЕД/ л, КФК 2,4 ммоль/гЛ, АСТ 24 Е/л, АЛТ 16 Е/л. 3. Свертываемость крови - 3 мин. 4. ПТИ - 100 %. 5. Общий анализ крови на шестой день после госпитализации : лейкоц. - $6,0 \times 10^9$, э.- 1, п. - 2, сегм. - 64, л. - 24, м. - 9, СОЭ - 24 мм/час. 6. Рентгенограмма - прилагается.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ N 1 1. ИБС: крупноочаговый инфаркт миокарда. Нарушение ритма по типу экстрасистолии. 2. Дифференциальная диагностика проводится со стенокардией, перикардитом, миокардитом, кардиомиопатией, расслаивающей аневризмой аорты, пневмотораксом, плевритом, ТЭЛА. 3. План обследования включает: общий анализ крови в динамике, ЭКГ в динамике, исследование крови на КФК, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, миоглобин мочи, рентгенографию органов грудной клетки, радиоизотопную диагностику, коронарографию. Лечение: купирование болевого синдрома - наркотические анальгетики, нейролептики, фибринолитическая и антикоагулянтная терапия, антиаритмическая терапия, лечение осложнений.

Задача №2

Больной В., 58 лет, инженер, 2 часа назад во время работы на дачном участке внезапно возникло ощущение частого беспорядочного сердцебиения, сопровождавшееся слабостью, неприятными ощущениями в области сердца. Доставлен в приемное отделение больницы. Подобные ощущения сердцебиения, чаще во время нагрузки, отмечает в течение последнего года. Данные эпизоды были кратковременными и проходили самостоятельно в состоянии покоя. При анализе амбулаторной карты за последние 2 года отмечено неоднократно повышенное содержание холестерина ($7,6$ ммоль/л - преобладают липопротеиды низкой плотности). Объективно: кожные покровы несколько бледноваты, гиперстенический тип сложения. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница сердца - по срединно-ключичной линии. АД - 150/100 мм рт. ст. Пульс на лучевых артериях - частый, аритмичный, частота - 102 в 1 минуту. Тоны сердца на верхушке имеют непостоянную звучность, аритмичны, ЧСС - 112 в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дообследования больного.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 2 :

1. ЭКГ - прилагается. 2. ЭХО-КС - небольшое расширение полостей левого предсердия-(3,8 см). Кровь на холестерин - $7,6$ ммоль/л, АСТ - 5 ед/л, АЛТ - 4 ед/л, СРБ - 0, ПТИ - 102%, свертываемость- 8 мин. 3. Глазное дно - атеросклероз сосудов сетчатки. 4. Общий анализ мочи - уд. вес - 1020, белка нет, сахара нет, л - 1-2 в п/зр. 5. Анализ крови на сахар - глюкоза крови - $4,5$ ммоль/л. 6. Анализ крови общий : Нв - 140 г/л, эр. - $4,5 \times 10^{12}$ /л, л. - $6,0 \times 10^9$ /л, СОЭ - 6 мм/час.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ N 2

1. Предварительный диагноз - ИБС: нарушение ритма по типу пароксизмальной мерцательной аритмии (тахисистолическая форма).

2. План дообследования больного: ЭКГ, суточное мониторирование по Холтеру, ЭХО-КС, электрофизиологические исследования сердца, лабораторные показатели: АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, глазное дно.

3. Мерцательная аритмия как синдром при ревматических пороках сердца, тиреотоксикозе, кардиопатиях.

4. Лечение: основная задача - снять пароксизм и восстановить синусовый ритм: препараты I группы (новокаинамид, хинидин, ритмилен); электростимуляция. В противорецидивной терапии: кордарон, В-блокаторы, антагонисты кальция, препараты I-ой группы антиаритмических средств. 5. Лечение ИБС - антихолестеринемические препараты, диета.

Задача №3

Больной К., 58 лет, главный инженер завода, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на сильные головные боли в затылочной области пульсирующего характера, сопровождающиеся тошнотой, однократной рвотой, головокружением, появлением “сетки” перед глазами. Головные боли бывали раньше, чаще по утрам или после психоэмоционального напряжения. За медицинской помощью не обращался. Последний приступ болей возник внезапно на фоне удовлетворительного самочувствия. Перед этим был в командировке, напряженно работал. Объективно: состояние средней тяжести. Больной несколько возбужден, испуган. Кожные покровы чистые, повышенной влажности, отмечается гиперемия лица и шеи. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс - симметричный, напряжен, частый - 92 в 1 мин. АД - на пр. руке - 195/100 мм рт. ст., на левой - 200/100 мм рт. ст. Границы сердца - левая - на 1,5 см кнаружи от левой срединноключичной линии. Сердечные тоны звучные, ритмичные, акцент II тона на аорте. ЧСС - 92 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный. Отеков нет.

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план обследования. 3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 3 : 1. ЭКГ - прилагается. 2. Глазное дно - сужение артерий и вен, извитость сосудов Салюс - П. 3. Анализ мочи - уд. вес - 1018, белка нет, сахара нет, л - 1-3 в п/зр. 4. Гипертрофия левого желудочка, признаки гиперкинетического типа гемодинамики. 5. Общий анализ крови: Нв - 132 г/л, эр. - $4,5 \times 10^{12}/л$, л - $6,0 \times 10^9 /л$, ц.п. - 0,9 ; э - 1, п - 4, с - 66, л - 24, м - 5, СОЭ - 6 мм/час. 6. Глюкоза крови - 4,5 ммоль/л.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ N 3

1. Предварительный диагноз: гипертоническая болезнь II стадии. Гипертензивный криз I типа.
2. План обследования: ЭКГ, глазное дно, анализ мочи общий, ЭХО-КС, анализ крови общий, глюкоза крови.
3. Дифференциальный диагноз - исключение вторичности артериальной гипертензии (прежде всего почечного происхождения, как наиболее частого).
4. Лечение: терапия гипертензивного криза; терапия гипертонической болезни (госпитализация, постельный режим, дибазол в/в, мочегонные, В-блокаторы, седативные). Контроль АД. - кардиоселективные В-блокаторы, антагонисты кальция, мочегонные, ингибиторы АПФ.

Задача №4

Мужчина 25 лет, находится в кабинете здравпункта, после внутримышечного введения сыворотки стал жаловаться - на головокружение, выраженную слабость, чувство жара, головную боль, нарушение зрения, чувство тяжести за грудиной.

Объективно: состояние тяжелое, бледность кожных покровов с цианозом, обильная потливость. Тоны сердца резко приглушены, пульс нитевидный, ЧСС 130 уд в мин., АД 70/40 мм рт. ст. Число дыхательных движений грудной клетки - 34 в минуту.

Задания:

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента, обоснуйте его.
2. Составьте план оказания экстренной помощи.

Эталон ответа на ситуационную задачу № 4

Неотложное состояние: Анафилактический шок.

Информация, позволяющая заподозрить неотложное состояние:

введение сыворотки, которая явилась аллергеном, жалобы пациента на головную боль, головокружение, выраженную слабость, чувство жара, тяжесть за грудиной; пульс нитевидный; ЧСС 130 ударов в минуту;
АД 70/40 мм. рт. ст.
ЧДД 34 в минуту.

2. План оказания экстренной помощи:

- 1) уложить пациента на кушетку, с приподнятым ножным концом;
- 2) проводить кислородотерапию увлажнённым кислородом;
- 3) в/в раствор Натрия хлорида 0,9%-400мл начать инфузию данного раствора;
- 4) ввести в/в 120мг Преднизолона или 16мг Дексаметазона на физрастворе;
- 5) ввести внутривенно раствор Адреналина 0,1% - 0,7-1мл на физрастворе;
- 6) постоянно проводить контроль АД, ЧСС, ЧДД;
- 7) транспортировка в реанимационное отделение.

Задача №5

В приемном отделении находится мужчина 42 лет. После нервного перенапряжения возникли интенсивные продолжительные, жгучего характера боли за грудиной с иррадиацией в левую лопатку и в нижнюю челюсть.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные, акроцианоз, синюшность пальцев кистей рук. Периферические вены спавшиеся. Резко снижена температура кожи кистей и стоп. Сознание нарушено — пациент резко заторможен. Тоны сердца глухие. ЧСС- 116 уд./мин. АД 80/50 мм рт. ст.

Задания:

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента, обоснуйте его.
2. Составьте план оказания неотложной помощи.

Эталон ответа на ситуационную задачу № 5

Неотложное состояние: Острый инфаркт миокарда. Кардиогенный шок.

Информация, позволяющая заподозрить неотложное состояние:

интенсивные продолжительные боли за грудиной, жгучие, с иррадиацией в левую лопатку и нижнюю челюсть, возникшие после нервного перенапряжения;

бледные кожные покровы, влажные, акроцианоз;

периферические вены спавшиеся;

тоны сердца глухие;

заторможенность;

ЧСС 116 в мин;

АД 80/50 мм.рт.ст.

2. План оказания неотложной помощи:

- 1) внутривенно струйно медленно ввести раствор Морфина 1%-1мл в разведении с раствором Натрия хлорида 0,9%-20мл., если боль сохраняется, то ввести в/в раствор Фентанила 0,005%-2мл. в разведении с раствором Натрия хлорида 0,9%-20мл.;
- 2) ввести в/в Гепарин 4000 ЕД;
- 3) дать разжевать таблетку Аспирина 250мг.;
- 4) проведение инфузионной терапии раствором Натрия хлорида 0,9% 200мл., раствором Полиглюкина 200мл.;
- 5) при неэффективности мероприятий направленных на повышение АД, в/в капельно медленно начать вводить раствор Дофамина 5-10мг в 400мл раствора Натрия хлорида 0,9%;
- 6) транспортировка в реанимационное отделение или в палату интенсивной терапии кардиологического отделения.

Задача №6

Мужчина 32 года, жалобы на резкую слабость, тошноту, многократную рвоту с остатками пищевых масс, частый жидкий стул, сердцебиение, головокружение, двоение в глазах. Из анамнеза: 10 ч назад принимал в пищу свежеприготовленные грибы, собранные накануне в лесу.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Тремор конечностей. Тоны сердца ритмичные, учащенные, ЧСС 120 уд./мин. АД 100/60 мм. рт. ст. Живот мягкий, слегка вздут, болезненный при пальпации в эпигастриальной области, по ходу толстого и тонкого кишечника.

Задания:

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пострадавшего, обоснуйте его.
2. Составьте план оказания ПМП на месте.

Эталон ответа на ситуационную задачу № 6

1. Неотложное состояние: Отравление ядовитыми грибами.

Информация, позволяющая заподозрить неотложное состояние:

употребление в пищу 10 часов назад свежеприготовленных грибов;

тошнота, многократная рвота;

частый жидкий стул;

двоение в глазах;

тахикардия (120 ударов в минуту);

АД 100/60 мм рт.ст.;

болезненный в эпигастрии и по ходу кишечника живот.

3. План оказания неотложной помощи:

1) зондовое промывание желудка, водой в объеме 10-15 литров комнатной температуры с последующим введением через зонд активированного угля из расчета 1 таблетка на 10 кг массы тела;

2) в/в введение противорвотного средства раствора Церукала 10-20мг в разведении с раствором 0,9% Натрия хлорида 10мл.

3) внутривенно или подкожно введение раствора Атропина 0,1% 1мл.

4) проведение дезинтоксикационной терапии на догоспитальном этапе: в/в капельное введение раствора Натрия хлорида 0,9%-400мл, раствора Декстрозы 5%-400мл.

4) госпитализация в реанимационное отделение или палату интенсивной терапии инфекционного отделения.

Задача №7

Женщина 20 лет обратилась на здравпункт с жалобами на выраженный, плотный, бледный, отек лица, затрудненное дыхание из-за дискомфорта в горле, слабость, беспокойство, тошноту, осиплость голоса. Это состояние развилось через 30 мин после инъекции антибиотика Цефтриаксона.

Объективно: на лице выраженный отек подкожной клетчатки в области лба, век, ушных раковин, шеи. При осмотре ротовой полости отмечается увеличение языка, отек миндалин. Голос осипший. Пульс 110 уд./мин. АД 110/70 мм рт. ст. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД 17 в мин.

Задания:

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациентки, обоснуйте его.

2. Составьте план оказания неотложной помощи.

Эталон ответа на ситуационную задачу № 7

1. Неотложное состояние: Отек Квинке.

Информация, позволяющая заподозрить неотложное состояние:

состояние развилось через 30 мин. после инъекции Цефтриаксона;

на лице выраженный отек подкожной клетчатки в области лба, век, ушных раковин, шеи;

увеличение языка, отек миндалин, осиплость голоса;

затрудненное дыхание;

2. План оказания неотложной помощи:

придать функционально удобное положение;

обеспечить доступ свежего воздуха, расстегнуть стесняющую одежду;

успокоить пациентку;

внутривенно ввести раствор Преднизолона 60-90мг или раствор Дексаметазона 8-12мг;

внутривенно ввести раствор Супрастина 20мг;

начать проводить внутривенную инфузию раствора Натрия хлорида 0.9%-200мл;

при ухудшении состояния приготовить всё необходимое для коникотомии;

госпитализация в стационар.

Задача №8

В приемное отделение стационара доставлен пострадавший в автоаварии мужчина с травматическим шоком I степени.

По СМП внутривенно сделано наркотическое обезболивание и электролитные растворы, а также произведена транспортная иммобилизация нижней конечности. В настоящий момент

продолжается инфузионная терапия раствором полиглюкина. Отмечается положительная динамика от проводимой терапии.

Бригада передала пациента врачу приемного отделения и уехала.

Во время осмотра появились жалобы на головокружение, шум в ушах, чувство страха, нехватки воздуха, боли в поясничной области.

Объективно: состояние тяжелое, в сознании, полностью ориентирован. Из рта запах алкоголя. Кожные покровы бледные, прохладные на ощупь, сухие. На ваших глазах появляются красные пятнистые высыпания на коже, сопровождаемые сухим лающим кашлем, нарастает цианоз. Дыхание затруднено, с участием вспомогательной мускулатуры, поверхностное, ЧД до 24 в минуту. При аускультации ослаблено, хрипы не выслушиваются. $Ps=ЧСС=125-130$ уд./минуту, АД 80/40 мм р. ст. Живот мягкий. Пневматическая шина на левой голени.

1. Что произошло во время проведения инфузионной терапии?

2. Алгоритм действий врача.

3. Можно ли было профилактизировать данное состояние?

Ответ:

1. Анафилактическая реакция (анафилактический шок) на введение раствора полиглюкина. Раствор полиглюкина содержит аллергогенный декстран, поэтому необходимо проведение трехкратной биологической пробы перед его введением. Студент должен уметь проводить биологические пробы перед инфузией подобных растворов.

2. Прекращение дальнейшего введения раствора полиглюкина, внутривенное введение растворов адреналина гидрохлорида 0,5 мл, глюкокортикоидов, быть готовым к капельной инфузии вазопрессорных аминов (дофамин). Повторное введение наркотического анальгетика. Госпитализация в реанимационное отделение.

3. Проведение биопробы перед введением полиглюкина является профилактикой развития данного осложнения.

Задача №9

Больной Г., 48 лет, бригадир химзавода, обратился к врачу поликлиники с жалобами на резкие сжимающие боли за грудиной, которые распространяются в левое плечо и эпигастральную область. Подобные боли возникли впервые, по дороге на работу. Так как поликлиника была рядом, больной обратился к врачу. В прошлом болел пневмонией. Курит, спиртными напитками не злоупотребляет. Объективно: повышенного питания. Кожные покровы бледные, влажные. Цианоз губ. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 92 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД - 155/80 мм рт. ст. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, левая - на 1 см снаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

1. Поставить диагноз.

2. Провести дифференциальную диагностику.

3. Наметить план обследования.

4. Наметить план лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 9: ЭКГ - прилагается. 1.

Общий анализ крови : эр. - $4,5 \times 10^{12}$, лейкоц. - $10,5 \times 10^9$, э. - 0, п. - 6, сегм. - 65, л. - 22, м. - 7, СОЭ - 10 мм/час. 2. Свертываемость крови - 3 мин. 3. ПТИ - 100 %. 4. СРБ+, КФК - 2,4 ммоль/гЛ, АСТ - 26 Е/л, АЛТ - 18 Е/л. 5. Рентгенография - прилагается.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ N 9

1. ИБС: инфаркт миокарда.

2. Дифференциальная диагностика проводится со стенокардией, острым животом, расслаивающей аневризмой аорты, миокардитом, перикардитом, плевритом, пневмотораксом.

3. План обследования включает: общий анализ крови в динамике, ЭКГ в динамике, исследования крови на КФК, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ПТИ, свертываемость крови, миоглобин мочи, рентгенографию органов грудной клетки, радиоизотопную диагностику, коронарографию.

4. План лечения: купирование болевого синдрома - наркотические анальгетики, нейролептики, фибринолитическая и антикоагулянтная терапия, профилактика нарушений ритма, лечение осложнений.

Задача №10

Больной Ю., студент 17 лет, доставлен в приемный покой «Скорой помощью» в бессознательном состоянии. Со слов родственников, в течение нескольких последних дней жаловался на резкую слабость, усталость, сонливость, много пил жидкости. К врачу не обращался. Сегодня утром не пошел на занятия из-за сильной слабости, спал все утро, днем родственники разбудить его не смогли. За 3 недели до этого перенес тяжелую ОРВИ. Объективно: больной без сознания. Слабо реагирует на болевые раздражители. Кожные покровы сухие, тургор тканей снижен. Глазные яблоки при пальпации мягкие. Изо рта запах ацетона. Тоны сердца ритмичные, звучные. ЧСС - 120 в минуту. АД - 80\40 мм.рт.ст. Дыхание шумное, частое. ЧДД - 26 в минуту. При аускультации хрипы не выслушиваются. Язык сухой, обложен грязно-коричневым налетом, слизистая рта сухая. Живот мягкий. Печень - по краю реберной дуги.

1. Ваш диагноз.
2. Необходимые дополнительные обследования.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить характер неотложных мероприятий и дальнейшую тактику.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ N 10

1. Сахарный диабет I типа (инсулинозависимый), впервые выявленный. Кетоацидотическая кома.
2. Анализ крови общий Анализ мочи общий. Электролиты крови. РН крови. Уровень мочевоы кислоты в крови. АСТ, АЛТ, СРБ, ДФА, фибриноген. Билирубин, щелочная фосфатаза, гаммаглутаматтранспептидаза. Креатинин, мочевиная. Уровень гормонов в крови радиоиммунным методом.
3. Дифференциальная диагностика с: - гипогликемической комой, - лактоацидотической и гиперосмолярной комами, - коматозными состояниями, не связанными с сахарным диабетом (церебральные, экзотоксические - инфекционные и при отравлениях, метаболические - уремиическая, печеночная, тиреотоксическая, гипотиреодная, при надпочечниковой недостаточности, смешанные).
4. Лечение: 1) Регидратация (физиологический расвор внутривенно до 10% массы тела), 2) инсулин 6-8 единиц в час внутривенно капельно, при необходимости коррекция электролитного и кислотно-щелочного баланса.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ N 10

1. Сахар крови - 32 ммоль\л.
2. Катетером получено 150 мл мочи, экспресс-реакция на ацетон (+++).
3. РН крови - 7,1
4. Уровень лактата, креатинин, мочевиная, трансаминазы в пределах нормы.