

ОРД-СМП-19
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» августа 2020 г. Протокол №1

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
к программе «Государственной итоговой аттестации» - основной профессиональной
образовательной программы – программы ординатуры по
специальность 31.08.48 Скорая медицинская помощь

Рассмотрено и одобрено на заседании
Цикловой учебно-методической комиссии
28. 08. 2020 г., протокол № 1

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
03.07.2020 протокол №21

Заведующий кафедрой внутренних болезней №5
проф. Н.М. Бурдули



г. Владикавказ 2020 г.

СТРУКТУРА ФОС

1. Титульный лист
2. Структура ФОС
3. Рецензия на ФОС
4. Паспорт оценочных средств
6. Комплект оценочных средств
 - эталоны тестовых заданий
 - экзаменационные билеты по экзамену

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ
ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

РЕЦЕНЗИЯ

**на фонд оценочных средств к государственной итоговой аттестации
для клинических ординаторов по специальности 31.08.49 Терапия**

Фонд оценочных средств составлен на кафедре внутренних болезней №5 на основании рабочей программы учебной дисциплины и соответствуют требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (ФГОС) по специальности 31.08.48 «Скорая медицинская помощь».

Фонд оценочных средств включает в себя вопросы для оценки, банк тестовых заданий, билеты на экзамен (экзаменационные билеты).

Банк тестовых заданий включает в себя следующие элементы: варианты тестовых заданий с ответами. Все задания соответствуют программе учебной дисциплины по специальности 31.08.48 «Скорая медицинская помощь», и охватывает все ее разделы. Сложность заданий варьируется. Количество заданий по каждому разделу дисциплины достаточно для проведения контроля знаний и исключает многократное повторение одного и того же вопроса в различных вариантах. Банк содержит ответы ко всем тестовым заданиям и задачам.

Количество экзаменационных билетов к государственной итоговой аттестации составляет 25, что достаточно для проведения экзамена и исключает неоднократное использование одного и того же билета во время экзамена в одной академической группе в один день. Экзаменационные билеты выполнены на бланках единого образца по стандартной форме, на бумаге одного цвета и качества. Экзаменационный билет включает в себя 2 вопроса и одну ситуационную задачу. Формулировки вопросов совпадают с формулировками перечня вопросов, выносимых на экзамен. Содержание вопросов одного билета относится к различным разделам программы, позволяющее более полно охватить материал учебной дисциплины. Сложность вопросов в экзаменационных билетах распределена равномерно. Дополнительно к теоретическим вопросам предлагаются одна ситуационная задача, что даёт возможность объективно оценить уровень усвоения клиническим ординатором теоретического материала.

Замечаний к рецензируемому фонду оценочных средств нет.

В целом, фонд оценочных средств к государственной итоговой аттестации для клинических ординаторов по специальности 31.08.48 «Скорая медицинская помощь». способствует качественной оценке уровня владения обучающимися общекультурными и профессиональными компетенциями.

Рецензируемый фонд оценочных средств для клинических ординаторов по специальности 31.08.48 «Скорая медицинская помощь» может быть рекомендован к использованию для государственной итоговой аттестации ординаторов.

Рецензент:

Председатель ЦУМК естественнонаучных и

математических дисциплин с подкомиссией

по экспертизе оценочных средств,

доц. кафедры химии и физики

ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России, к.ф.-м.н. И.Ф. Боциев

«___» _____ 20__ г.

**4. Паспорт фонда оценочных средств
к государственной итоговой аттестации клинических ординаторов по
специальности 31.08.48 «Скорая медицинская помощь».**

4.1. Модели контролируемых компетенций:

Индекс	Формулировка компетенции
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
УК-2	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия
УК-3	готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения
ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний у детей, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания
ПК - 2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми
ПК - 3	готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях
ПК - 4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков
ПК - 5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ)
ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании педиатрической медицинской помощи
ПК - 7	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации

ПК - 8	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
ПК - 9	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях
ПК - 10	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
ПК - 11	готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации

4.2. Программа оценивания контролируемой компетенции

№ п/п	Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины/ модуля	Код формируемой компетенции (этапа)	В результате изучения учебной дисциплины ординатор должен:			Наименование оценочного средства
1	2	3	4			4
			Знать	Уметь	Владеть	
Вид контрол	Итоговый					
1	Реаниматология с общей анестезиологией	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК- 5, ПК-6, ПК-7	клиническое фармакологическое обоснование использования средств, применяемых при проведении анестезии, травматическом шоке, патофизиологию шока, болезненных манипуляциях; профилактику и лечение его основных форм; дифференциальную диагностику и лечебную тактику коматозных состояний, тактику при различных типах острой дыхательной недостаточности, основные принципы респираторной поддержки на догоспитальном этапе, комплексное лечение гипоксии на догоспитальном этапе, правовые вопросы в анестезиологии- реаниматологии; патофизиологию различных видов умирания и клинической смерти, восстановительного периода после оживления.	и выбрать и провести наиболее безопасную для больного анестезию на догоспитальном этапе при травматическом шоке, болезненных манипуляциях; осуществить принудительную вентиляцию легких маской наркозного аппарата, искусственную вентиляцию легких вручную и с помощью респираторов; осуществить рациональную инфузионно- трансфузионную терапию на догоспитальном этапе	Оказанием анестезиологического пособия на догоспитальном этапе; выполнения элементарного и расширенного комплекса сердечно - легочной и церебральной реанимации; методами терапии острой дыхательной и сердечной недостаточности; методами терапии шока различного генеза на догоспитальном этапе; основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиями по оказанию первичной врачебной медико- санитарной помощи при угрожающих жизни состояниях	Эталоны тестовых заданий; Экзаменационные билеты по зачету

2	Неотложные состояния в клинике внутренних болезней в практике врача СМП	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7	1.этиологию, патогенез наиболее часто встречающихся заболеваний; 2.современную классификацию заболеваний; 3.клиническую картину, особенности течения возможные осложнения наиболее распространенных заболеваний, протекающих в типичной форме у разных возрастных групп; 4. методы диагностики, диагностические возможности методов непосредственного исследования больного, современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных.	1.сформулировать клинический диагноз; 2.разработать план терапевтических действий, с учетом протекания болезни и ее лечения; 3. сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у конкретного больного при основных патологических синдромах и неотложных состояниях, оценить эффективность и безопасность проводимого лечения.	1. владением заполнения медицинской документации; 2.оценками состояния общественного здоровья; 3.методами общеклинического обследования; 4. алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением пациента к соответствующему врачу-специалисту; 5.основными врачебными диагностическими и лечебными мероприятиям по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях.	
---	---	------------------------------------	---	---	--	--

3	Неотложные состояния при острых заболеваниях и травмах грудной и брюшной полости	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7	общие и специальные методы исследования в основных разделах хирургии; основы применения эндоскопии и методов лучевой диагностики в различных разделах хирургии	получить информацию о развитии и течении заболевания; применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания; оценить тяжесть состояния больного; определить необходимость и последовательность применения специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических,	Владеть навыками: первичная хирургическая обработка неосложненных ран мягких тканей; первичная хирургическая обработка ран с нарушением целостности магистральных сосудов, сухожилий, связок нервов и костей; внутривенное вливание, переливание крови и кровезаменителей; - выполнения пункции при пневмотораксе.	
4	Неотложная помощь в травматологии и ортопедии	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7	клиническую анатомию костно-мышечной системы; общие реакции организма на травму, механизмы их развития и клинические проявления патофизиологию травмы и кровопотери, профилактику и терапию шока и кровопотери; патофизиологию и морфологию раневого процесса и гнойного процесса, термического и радиационного поражения, Основы профилактики травматизма	Получить информацию о заболевании или травме, применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки заболевания и травмы	Методами клинического обследования больного Навыками организации оказания медицинской помощи	

5	Неотложная помощь при заболеваниях уха, горла, носа	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	основные неотложные состояния в оториноларингологии, методы диагностики и оказания первой неотложной помощи	на основании жалоб, анамнеза, клинических проявлений, эндоскопических признаков, а также лабораторных, рентгенологических данных поставить диагноз неотложного состояния	основными методами диагностики и оказания первой неотложной помощи.	
6	Неотложная помощь при заболеваниях и травмах нервной системы	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	основные патогенетические механизмы развития и течения заболеваний, основные принципы и методы клинической и лабораторной диагностики; понимать взаимосвязь между молекулярными процессами и физиологическими функциями клетки и организма;	патогенетически обосновывать назначенное лечение; изучить характер этих изменений при патологии и ряде физиологических состояний	Навыками неврологического и нейрохирургического обследования.	
7	Неотложная помощь при заболеваниях и травмах глаза	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7	Знать патологические процессы, происходящие при патологии органа зрения в разных возрастных группах, Методы лечения пациентов, нуждающихся в оказании офтальмологической медицинской помощи, Методы оказания офтальмологической помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	Методами лечения пациентов, нуждающихся в оказании офтальмологической медицинской помощи, оказывать офтальмологическую помощь при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	Лечить пациентов, нуждающихся в оказании офтальмологической медицинской помощи, оказывать офтальмологическую помощь при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	

8	Неотложные состояния в акушерской и гинекологической помощи	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	1. Основы юридического права в акушерстве и гинекологии. 2. Организацию акушерско-гинекологической помощи в стране, работу скорой и неотложной помощи. 3. Отраслевые стандарты объемов обследования и лечения в акушерстве, гинекологии и перинатологии 4. Физиологию и патологию беременности, родов и послеродового периода. Группы риска. 5. Основы патогенетического подхода при проведении терапии и профилактики акушерско-гинекологической патологии.	1. Определить степень "зрелости шейки матки" и готовность организма к родам. 2. Провести физиологические роды. 3. Провести мероприятия по остановке профузного кровотечения во время беременности и в послеродовом периоде. 3. Выполнить реанимационные мероприятия при асфиксии и родовой травме новорожденного.	1. Оказать помощь при экстренных ситуациях в акушерстве, перинатологии, гинекологии. 2. Определение зрелости шейки матки и готовности организма к родам. 3. Осуществить прием родов. Реанимация при асфиксии новорожденных. 4. Проведение инфузионно-трансфузионной терапии. 5. Проведение медикаментозной профилактики акушерских кровотечений при патологически протекающей беременности в родах. 6. Владение способами остановки кровотечения в III периоде родов и раннем послеродовом периоде.	
---	---	------------------------------	---	---	---	--

9	Неотложные состояния в психиатрии	УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9	клиническую картину психопатологических синдромов, их классификацию, принципы неотложной помощи	купировать ургентные состояния, не требующих неотложной госпитализации	Методом опроса и беседы с больными с психическими расстройствами. Методом физического и химического «удерживания» больного с психомоторным возбуждением. Квалифицированным составлением медицинской документации в случае неотложной госпитализации больного в специализированное учреждение. Основными методами купирования ургентных состояний, не требующих неотложной госпитализации (паническое расстройство, депрессивный и тревожный синдром,	
10	Неотложные состояния в урологии	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	Анатомию и физиологию половых органов у мужчин, методы обследования урологических больных.	Проводить дифференциальную диагностику по синдромам в урологической практике	Навыками урологического обследования.	

11	Педагогика	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-8	основы психологии личности и социальной психологии, сущность и проблемы обучения и воспитания в высшей школе, биологические и психологические пределы человеческого восприятия и усвоения, психологические особенности юношеского возраста; основные достижения, проблемы и тенденции развития педагогики высшей школы в России и за рубежом, современные подходы к моделированию педагогической деятельности; правовые и нормативные основы функционирования системы образования; иметь представление о механизмах функционирования системы высшего и дополнительного профессионального образования.	использовать в учебном процессе знания фундаментальных основ, современных достижений, проблем и тенденций развития соответствующей научной области; ее взаимосвязей с другими науками; излагать предметный материал во взаимосвязи с дисциплинами, представленными в учебном плане, осваиваемом ординаторами; использовать знания культуры и искусства в качестве средств воспитания студентов.	методами и приемами устного и письменного изложения предметного материала, разнообразными образовательными технологиями; ее основами применения компьютерной техники и информационных технологий в учебном и научном процессах; методами формирования ординаторов профессионального мышления и развития их творческих способностей; методами эмоциональной саморегуляции; деловым профессионально-ориентированным иностранным языком.	основы психологии личности и социальной психологии, сущность и проблемы обучения и воспитания в высшей школе, биологические и психологические пределы человеческого восприятия и усвоения, психологические особенности юношеского возраста; основные достижения, проблемы и тенденции развития педагогики высшей школы в России и за рубежом, современные подходы к моделированию педагогической деятельности; правовые и нормативные основы функционирования системы образования; иметь представление о механизмах функционирования системы высшего и дополнительного профессионального образования.
----	------------	------------------------	--	--	--	--

12	Общественное здоровье и здравоохранение	УК-1, УК-2, ПК-4, ПК-8, ПК-9, ПК-10	- статистические методы обработки данных - правила кодирования заболеваемости и смертности населения; - правила (требования) заполнения документации и сроки хранения документации; - порядки оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) - составить план работы и отчет о проделанной работе - анализировать данные статистической отчетности; - кодировать записи в учетных медицинских документах в соответствии с правилами МКБ -соблюдать требования по обеспечению безопасности персональных данных работников МО, пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну; - разрабатывать и оценивать показатели внутреннего контроля качества и безопасности медицинской -стандарты менеджмента качества	-анализировать показатели, характеризующие деятельность МО, и показатели здоровья населения; - составить план работы и отчет о проделанной работе - анализировать данные статистической отчетности; - кодировать записи в учетных медицинских документах в соответствии с правилами Международной классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ) -соблюдать требования по обеспечению безопасности персональных данных работников МО, пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну; - разрабатывать и оценивать показатели внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности; - вести документацию и контролировать качество ее заполнения;	- методами изучения здоровья населения и факторами, влияющими на него; - организацией учета, полноты регистрации и обеспечения сбора достоверной медико-статистической информации; - планировать, анализировать и составлять отчет о деятельности МО - проводить анализ показателей, характеризующих деятельность МО и показателей, характеризующих состояние здоровья населения; - проводить учет пациентов МО, застрахованных по программе обязательного медицинского страхования (ОМС) и программам добровольного медицинского страхования (ДМС); - взаимодействовать со страховыми МО; - организацией хранения документов в соответствии с установленными сроками и требованиями МО; -соблюдать требования по обеспечению безопасности персональных данных работников МО, пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну	
----	---	-------------------------------------	--	---	---	--

13	Медицина чрезвычайных ситуаций	УК-1, ПК-3, ПК-7, ПК-11	1.Основные понятия, определение и классификацию чрезвычайных ситуаций, поражающие факторы чрезвычайных ситуаций природного характера: землетрясения, наводнения, другие стихийные бедствия, 2.особенности развития нервно-психических расстройств у пострадавших, медицинского персонала и спасателей в чрезвычайных ситуациях; 3.основы безопасности жизнедеятельности в медицинских организациях; 4.особенности организации медицинской помощи детям в чрезвычайных ситуациях; медицинские и медико-санитарные последствия чрезвычайных ситуаций.	1.Применять методы профилактики по предупреждению инфекционных и неинфекционных заболеваний. 2.Применять методы защиты от вредных и опасных производственных факторов в процессе деятельности врача, применять способы обеспечения комфортных условий; жизнедеятельности пациентов и медицинского персонала. 3.Организовывать мероприятия по защите населения от вредных и опасных факторов природного и техногенного характера. 4.Организовывать медико-санитарное обеспечение населению при ликвидации последствий ЧС химической и радиационной природы. 5.Оказывать все виды медицинской помощи при экстренных и неотложных состояниях пораженному населению в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени.	1.Алгоритмом контроля за выполнением правил безопасности медицинского персонала и пациентов. 2.Вопросами организации медико-санитарного обеспечения при ликвидации последствий ЧС. 3.Приемами и способами использования индивидуальных средств защиты. 4.Способами применения антидотных и радиозащитных средств в объеме первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи по своей специальности. 5.Приемами медицинской сортировки в чрезвычайных ситуациях. 6.Способами оказания первичной медико-санитарной и специализированной помощи при экстренных и неотложных состояниях пострадавшим в чрезвычайных ситуациях. 7.Приемами и способами эвакуации пострадавших в чрезвычайных ситуациях.	
----	--------------------------------	-------------------------	--	---	---	--

14	Патология (патологическая анатомия)	УК-1, ПК-5	патологию клетки и общепатологические процессы этиологии, патогенеза, морфологии болезней на разных этапах их развития (морфогенез), структурные основы выздоровления, осложнений, исходов заболеваний	Сопоставить морфологические и клинические проявления болезней на всех этапах их развития и привитие навыков клинко-анатомического анализа умения синтетического обобщения диагностических признаков болезней и правильного их толкования в причинно-следственных отношениях	Владеть умением синтетического обобщения диагностических признаков болезней и правильного их толкования в причинно-следственных отношениях	
15	Патология (патологическая физиология)	УК-1, ПК-5	основные патофизиологические механизмы развития и течения заболеваний; основные принципы и методы клинической диагностики; идеалы и критерии научного знания	понимать взаимосвязь между молекулярными процессами и физиологическими функциями клетки и организма; изучить характер этих изменений при патологии и ряде физиологических состояний; разрабатывать патофизиологические принципы профилактики и терапии.	навыками научного мышления; навыками анализа клинко-лабораторных данных для патофизиологического обоснования диагноза и этапов лечения.	

Тестовые задания (правильный вариант ответа выделен +)

Ингаляционными анестетиками являются

- + закись азота
- гексенал
- новокаин
- калипсол
- + трихлорэтилен (трилен)

К средствам для неингаляционного наркоза не относятся

- гексенал
- натрия оксибутират
- кетамин
- + закись азота
- + трихлорэтилен (трилен)

Для открытого контура наркозного аппарата характерно

- + вдох анестетика из атмосферы и его выдох в атмосферу
- вдох анестетика из аппарата и его выдох в атмосферу
- вдох анестетика из аппарата и его выдох как в аппарат, так и в атмосферу
- вдох анестетика из аппарата и его выдох в аппарат
- вдох анестетика из атмосферы и его выдох в аппарат

Для полуоткрытого контура наркозного аппарата характерно

- вдох анестетика из атмосферы и его выдох в атмосферу
- + вдох анестетика из аппарата и его выдох в атмосферу
- вдох анестетика из аппарата и его выдох как в аппарат, так и в атмосферу
- вдох анестетика из аппарата и его выдох в аппарат
- вдох анестетика из атмосферы и его выдох в аппарат

Обезболивание закистью азота аппаратом АН-8 проводится по

- открытому дыхательному контуру
- закрытому дыхательному контуру
- + полуоткрытому дыхательному контуру
- полузакрытому дыхательному контуру
- комбинированному дыхательному контуру

Применение трихлорэтилена (трилена) возможно в аппарате

- с закрытым дыхательным контуром
- + с открытым дыхательным контуром
- с полузакрытым дыхательным контуром
- + с полуоткрытым дыхательным контуром
- с комбинированным дыхательным контуром

Дыхательный мешок в аппарате АН-8 не применим

- для проведения вспомогательной искусственной вентиляции легких
- + для предупреждения взрыва
- + для проведения ИВЛ
- для наблюдения за характером спонтанного дыхания
- как резервуар для вдыхания кислородной смеси

Преимущества масочного наркоза заключаются

- + в простоте подсоединения аппарата к больному
- в идеальных условиях для искусственной вентиляции легких
- в предупреждении асфиксии вследствие западения языка
- в предупреждении аспирации рвотных масс
- + в возможности обеспечения спонтанного дыхания

Преимущества эндотрахеального метода анестезии заключаются

- + в создании оптимальных условий для ИВЛ
- + в обеспечении проходимости дыхательных путей

в предупреждении развития бронхоспазма

в предупреждении остановки сердца

в обеспечении спонтанного дыхания

К преимуществам внутривенной общей анестезии не относятся

отсутствие необходимости в сложной аппаратуре

отсутствие выраженной стадии возбуждения

быстрое введение в наркоз

+ невозможность депрессии дыхания

+ предупреждение артериальной гипотензии

Для проведения аутоаналгезии до извлечения пострадавшего из-под завалов здания или разбитого автотранспорта целесообразно использовать

+ трилен

закись азота

гексенал, кетамин

натрия оксибутират, седуксен

промедол, трамал

Проведение обезболивания закисью азота с кислородом через аппарат АН-8

противопоказано при

черепно-мозговой травме

переломе трубчатых костей

+ выраженной гипоксии

нет противопоказаний

остром инфаркте миокарда

При наступлении стадии возбуждения во время масочного наркоза закисью азота с кислородом необходимо

прекратить ингаляцию анестетика

+ уменьшить концентрацию анестетика

ввести мочегонные препараты

увеличить концентрацию анестетика

+ внутривенно ввести седативные средства

Закись азота

является сильным наркотиком со слабым анальгезирующим действием

+ является слабым наркотиком с выраженным анальгезирующим действием

является сильным наркотиком и анальгетиком

является слабым наркотиком и анальгетиком

является выраженным антигипоксантом

Аналгезия при проведении закисно-кислородного наркоза в концентрации 2:1 наступает

при первом вдохе газонаркотической смеси

через 30-60 секунд дыхания газонаркотической смесью

+ через 2-3 минуты дыхания газонаркотической смесью

через 3-5 минут дыхания газонаркотической смесью

не наступает

Превышение концентрации закиси азота во вдыхаемой смеси более 75% может вызвать

психомоторное возбуждение

расстройства гемодинамики

+ гипоксию

токсическое поражение печени

нарушение альвеолярно-капиллярной диффузии

Для усиления наркоза закисью азота надо

увеличить содержания закиси азота в смеси более 80%

+ вводить внутривенно транквилизаторы, ГОМК, анальгетики

провести ингаляцию 100% закиси азота в течение 10 мин

снизить объем газовой смеси менее минутного объема вентиляции

увеличить объем газовой смеси до 30 литров в минуту

Обезболивания закисью азота с кислородом не проводится

при нестабильности гемодинамики

при массивной кровопотери при тяжелой комбинированной травме

+ при выраженной гипоксии

при заболеваниях печени

при сочетанной травме

Максимальная суммарная доза гексенала для взрослого

0.1 г

0.5 г

+ 1.0 г

2.0 г

5.0 г

К положительному эффекту препаратов барбитуровой кислоты (тиопентала натрия, гексенала) относится

угнетение функции дыхательного центра

+ быстрое введение и выведение из наркоза

угнетение сократительного тонуса миокарда

снижение сосудистого тонуса

снижение функции печени и почек

К признакам передозировки гексенала не относятся

угнетение спонтанного дыхания

снижение АД за счет угнетения функции миокарда

+ судороги

расширение зрачков

снижение АД за счёт уменьшения сосудистого тонуса

Отрицательным свойством оксибутирата натрия (ГОМК) является

сон, близкий к естественному

гипотермическое действие

отсутствие существенного влияния на гемодинамику

+ гипернатриемия и снижение содержания калия в плазме

противосудорожное действие

Время введения в наркоз ГОМК можно сократить до 2-3 минут комбинацией со следующими препаратами

+ закись азота

+ фентанил

полиглюкин

атропин

адреналин

Недостатки применения кетамина (калипсола) на догоспитальном этапе

стабилизация артериального давления

+ увеличение саливации и повышение тонуса жевательной мускулатуры

отсутствие угнетения дыхания в терапевтической дозе

выраженная аналгезия

сохранение кашлевого рефлекса

Кетамин вызывает все перечисленные симптомы, кроме

повышения артериального давления

+ бронхоспазма

способности вызывать тахикардию

выраженной аналгезии

повышения саливации

После введения кетамина наблюдается

снижение АД и урежение ЧСС

снижение АД и учащение ЧСС

+ повышение АД и учащение ЧСС

повышение АД и урежение ЧСС

АД и ЧСС не изменяются

Проведение травматичных манипуляций (например, интубация трахеи или транспортная иммобилизация) после внутривенного введения кетамина возможно

+ через 1-2 минуты

через 6-8 минут

через 15-20 минут

через 30-45 минут

через 5-7 минут

Кетамин показан при всех перечисленных состояниях, за исключением

травматического шока

гиповолемии

болевого синдрома при инфаркте миокарда

+ артериального давления 160/100 мм рт. ст.

прогрессирующего отека гортани

Кетамин не противопоказан

при травматическом шоке

при сочетанной ЧМТ

при болевом синдроме при остром инфаркте миокарда

перед интубацией трахеи

+ во всех перечисленных случаях

Премедикации атропином перед введением кетамина предотвращает

повышение АД

сужение зрачков

урежение ритма дыхания

возникновение галлюцинаций

+ гиперсаливацию

Премедикации транквилизаторами перед введением кетамина предотвращает

повышение АД

сужение зрачков

урежение ритма дыхания

+ возникновение галлюцинаций

гиперсаливацию

При сильном болевом синдроме на фоне психомоторного возбуждения показано следующая комбинация препаратов

+ наркотический анагетик + седуксен

ненаркотический анагетик + димедрол

наркотический анагетик + димедрол

ненаркотический анагетик + седуксен

ГОМК

К группе истинных опиатов относятся

максиган, аналгин, баралгин

тримекаин, лидокаин, новокаин

+ фентанил, промедол, героин, морфин

калипсол, ГОМК, барбитураты

трамал, норфин, нубаин, фортрал

К группе опиатных анагетиков со свойствами полного агониста/антагониста относится

налоксон

галоперидол

+ морадол

промедол

фентанил

Наиболее сильным препаратом из перечисленных по анагезирующему эффекту является

омнопон

морфин
трамал
+ фентанил
морadol

Продолжительность анальгезирующего эффекта морфина составляет

40 мин
1 час
2 часа
+ 6 часов
10 часов

Для потенцирования анальгезирующего действия морфина используется

новокаин
атропин
+ димедрол
адреналин
эуфиллин

Морфина гидрохлорид оказывает следующие действия

снижает глубину и частоту дыхания, минутную вентиляцию, чувствительность к CO_2
+ снижает частоту дыхания, минутную вентиляцию и чувствительность к CO_2 , увеличивает глубину дыхания
приводит к развитию мидриаза
+ приводит к развитию миоза
уменьшает альвеолярно-капиллярную проницаемость

В качестве антидота морфина гидрохлорида используется

кордиамин
бемегрид
эуфиллин
кофеин
+ налоксон

Аналгетическая активность омнопона по сравнению с морфином

в 2 раза больше
сходная
+ уступает морфину примерно в 1.5-2 раза
больше в 100 раз
меньше в 3 раза

Продолжительность анальгезирующего эффекта промедоласоставляет

40 минут
1 час
+ 4 часа
6 часов
10 часов

Основные свойства фентанила

мощный снотворный препарат
нейролептик
адреномиметик
+ мощный анальгетик
атактик

При внутривенном введении фентанилааналгетический эффект развивается

+ через 1-2 минуты
через 10-12 минут
через 20-30 минут
через 5-10 минут
через 1 час

Длительность анальгетического действия фентанила

1-2 часа
60 минут
+ до 30 минут
5-10 минут
3 часа

К свойствам трамала относятся все, кроме
уступает по анальгетической активности морфину
не вызывает депрессии дыхания

+ практически не вызывает тошноту и рвоту
может сочетаться с наркотическими анальгетиками
+ не применим при остром инфаркте миокарда

Атарактики для премедикации применяют
+ для потенцирования действия наркотиков и снотворных
для профилактики ортостатической гипотензии
для профилактики депрессии дыхания
+ для достижения психоэмоционального покоя
для увеличения секреции слюнных желез

При атаралгезии применяют следующие препараты, кроме

реланиума
дормикума
фентанила
+ атропина
+ димедрола

К препаратам для нейролептаналгезии относятся

+ дроперидол
реланиум
ГОМК
атропин
+ фентанил

Действие дроперидола при в/в введении проявляется

+ через 2-3 минуты
через 10-15 минут
через 30-40 минут
через 1 час
через 15 секунд

Гипотензивный эффект дроперидола (в/в) продолжается

до 15 минут
до 30 минут
до 45 минут
+ до 60 минут
до 10 минут

Отрицательные эффекты дроперидола при нейролептаналгезии (НЛА) могут проявиться

+ каталепсией
рвотой
+ артериальной гипотензией
артериальной гипертензией
остановкой дыхания

Введение фентанила при нейролептаналгезии (НЛА) может приводить к следующим осложнениям, за исключением

ригидности мышц грудной клетки
остановки дыхания
+ тахикардии
брадикардии
бронхоспазма

Местным анестетиком является

- + лидокаин
- промедол
- дормикум
- закись азота
- кетамин

Для инфильтрационной анестезии применяется новокаин

- в 1-2% растворе
- + в 0.25-0.5% растворе
- в 0.125-0.25% растворе
- в 5% растворе
- в 10% растворе

Для проводниковой анестезии применяется новокаин

- в 2-5% растворе
- в 0.25-0.5% растворе
- + в 1-2% растворе
- в 3% растворе
- в 10% растворе

Глюкокортикоиды не показаны при

- анафилаксии
- отеке Квинке
- астматическом статусе
- + острым инфаркте миокарда
- токсической пневмонии

Мезатон в отличие от адреналина и норадреналина

- более резко повышает артериальное давление
- + действует более продолжительно
- в большей степени увеличивает сердечный выброс
- более избирательно активирует бета-адренорецепторы сердца
- + не воздействует на адренорецепторы сердца

Перед началом инфузии допамина или добутамина необходимо

- промывание желудка
- интубация трахеи
- + восполнение ОЦК в случае гиповолемии
- все перечисленное
- ничего из перечисленного

Кордиамин обладает

- + стимулирующим влиянием на дыхательный центр
- прямым кардиотропным действием
- сосудорасширяющим эффектом
- противосудорожным действием
- гипотермическим действием

К декстранам относятся

- + полиглюкин
- + реополиглюкин
- желатиноль
- гемодез
- 20 % глюкоза

В настоящее время выделяют следующие стадии терминального состояния

- биологическая смерть
- клиническая смерть
- преагональное состояние и агония
- социальная смерть (смерть мозга)
- + все перечисленные

В предагональном состоянии

- + сознание спутанное
- сознание отсутствует
- возбуждение
- сознание ясное
- возможны все варианты

В предагональном состоянии

- дыхание отсутствует
- дыхание редкое
- + наблюдается выраженная одышка
- дыхание не изменено
- возможны все варианты

В предагональном состоянии пульс можно определить

- на периферических артериях
- + на сонных и бедренных артериях
- на периферических, сонных и бедренных артериях
- только на бедренных артериях
- только на сонных артериях

В предагональном состоянии артериальное давление колеблется в пределах

- 140-160/90-95 ммрт.ст
- 100-110/50-60 ммрт.ст
- 90/60 мм рт.ст.
- 120/80 мм рт.ст

- + не определяется

В агональном состоянии на ЭКГ может регистрироваться

- синусовый ритм
- асистолия
- + идиовентрикулярный ритм
- фибрилляция желудочков
- + редкие эктопические импульсы

Для диагностики остановки дыхания у больного следует

- нажать на грудную клетку
- положить руку на грудь больного для определения дыхательных движений
- визуально определить изменение цвета кожных покровов
- аускультативно определить дыхательные шумы
- + положить одну руку на грудь, другую - на живот больного и по разнице экскурсий определить наличие дыхания

Основным признаком остановки сердца является

- + отсутствие пульса на сонных артериях
- отсутствие самостоятельного дыхания
- клонические судороги
- широкие зрачки
- отсутствие сознания

При потере сознания у пациента в первую очередь проверяют

- реакцию зрачков на свет
- проходимость дыхательных путей
- пульс на лучевой артерии
- сухожильные рефлексы
- + пульс на сонных артериях

При острой остановки сердца максимальное расширение зрачков проявляется

- в первые секунды
- не позднее первых 25 секунд
- + через 30-60 секунд
- через 80-120 секунд

через 60-80 секунд

Видами остановки кровообращения являются все, кроме

- + полная атриовентрикулярная блокада
- электромеханическая диссоциация
- крупноволновая фибрилляция
- мелковолновая фибрилляция
- асистолия

Сроки начала оживления при клинической смерти не должны превышать

- 10 минут
- + 5 минут
- 7 минут
- 1-2 минут
- 15 минут

Оживление с полным восстановлением функций центральной нервной системы возможно при длительности клинической смерти

- 60-90 минут при гипотермии
- + 3-5 минут при нормотермии
- 8-10 минут при нормотермии
- + 20-30 минут при гипотермии
- более 15 минут при нормотермии

К ранним признакам биологической смерти относят

- отсутствие сознания
- отсутствие глазных и прочих рефлексов
- + положительный симптом Белоглазова (симптом «кошачьего зрачка»)
- прямая линия на ЭКГ
- трупное окоченение

Для начала сердечно-легочной реанимации больному следует придать положение

- + горизонтальное, на спине с твердой основой
- на спине с приподнятым головным концом
- на боку
- на животе с повернутой головой в сторону реаниматолога
- лежа на спине с повернутой головой в сторону реаниматолога

Преимуществом проведения ИВЛ методом "изо рта в рот" является

- + возможность применения этого метода в любых условиях
- стимуляция дыхательного центра
- удобство проведения для реаниматора
- обеспечение дыхательной смеси, обогащенной кислородом
- д) возможность точной регулировки параметров дыхания

Об эффективности непрямого массажа сердца свидетельствует

- видимая пульсация в эпигастрии
- + наличие пульса на сонной артерии во время компрессий
- регистрация систолического АД 40/0 мм рт. ст.
- + восстановление рефлексов, сужение зрачков
- сухие склеры глазных яблок

Закрытый массаж сердца прекращают

- при появлении сознания
- при появлении дыхания
- + при появлении сердечной деятельности
- + при наличии признаков биологической смерти
- всегда через 30 минут после его начала

Боль в нижней трети грудины, облегчающаяся при переходе из горизонтального положения в вертикальное, указывает на
тромбоэмболию легочной артерии

базальный плеврит

+ грыжу пищеводного отверстия диафрагмы

пролапс митрального клапана

острый инфаркт миокарда

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

Иррадиация боли в спину наиболее характерна для

острого перикардита

разрыва пищевода

+расслаивающей аневризмы аорты

тромбоэмболии легочной артерии

спонтанного пневмоторакса

Сочетание болей в грудной клетке с гипотензией наименее характерно для

тромбоэмболии легочной артерии

острого инфаркта миокарда

напряженного пневмоторакса

гемотампонады сердца

+ острого сухого перикардита

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

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

пролапс митрального клапана

тромбоэмболии легочной артерии

+острый перикардит

расслаивающая аневризма аорты

инфаркт миокарда.

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

+расслаивающую аневризму аорты

тромбоэмболию легочной артерии

инфаркт миокарда

кардиоспазм

синдром Титце

Возникновение болей за грудиной после еды при принятии горизонтального положения наиболее характерно для

кардиоспазма

+грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

язвенной болезни желудка

вариантной стенокардии

обострения хронического холецистита

Эффективность нитроглицерина в купировании приступа загрудинных болей помимо стенокардии отмечается также при

+кардиоспазме

нейроциркуляторной дистонии
пролапсе митрального клапана
остром перикардите
грыже пищеводного отверстия диафрагмы

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

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

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

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

Элевация сегмента ST на ЭКГ при интенсивных загрудинных болях помимо острой коронарной недостаточности типична также для

грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
+ острого перикардита
спонтанного пневмоторакса
кардиоспазма
нейроциркуляторной дистонии

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

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

Для синдрома ранней реполяризации желудочков характерна регистрация на ЭКГ отрицательных зубцов T

депрессии сегмента ST
+подъема сегмента ST
высокоамплитудных зубцов R
глубоких остроконечных зубцов S

Подъем сегмента ST в большинстве отведений характерен для

тромбозом легочной артерии
гипокалиемии
гиперкалиемии
+острого перикардита
всего перечисленного

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

гипервентиляции
+гиперкалиемии

дисгормональных нарушений
нарушения мозгового кровообращения
мелкоочагового инфаркта миокарда

Причиной появления очень высоких зубцов Т может быть

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

Развитие очаговой неврологической симптоматики на фоне приступа интенсивных за грудиных болей с наибольшей вероятностью указывает на

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

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

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

Наиболее характерным изменением ЭКГ во время приступа стенокардии является

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

Приступы стенокардии в сочетании с обмороками характерны для

недостаточности клапанов аорты
митрального стеноза
недостаточности митрального клапана
+ стеноза устья аорты
вариантной стенокардии

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

Для стенокардии напряжения характерно все, кроме

внезапного появления болей
болей до 10 минут
эффективного действия нитратов
+проявления чаще ночью
связи с нагрузкой

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

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

Прием нитропрепаратов может сопровождаться
бронхоспазмом
брадикардией
диареей
+артериальной гипотонией
брадипноэ

При нестабильной стенокардии с недостаточным эффектом от приема нитратов целесообразно

срочно госпитализировать больного
увеличить дозу нитратов
ввести наркотические анальгетики
проведение оксигенотерапии
+все перечисленные мероприятия

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

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

Больному сахарным диабетом со склонностью к гипогликемии из антиангинальных препаратов противопоказан

нитроглицерин
+пропранолол
нифедипин
нитросорбид
верапамил

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

Препаратом выбора для купирования приступа стенокардии у больного бронхиальной астмой является

пропранолол (обзидан)
кордарон

верапамил (изоптин)

+ нифедипин

клофелин

Относительными противопоказаниями к введению нитроглицерина являются

повышение внутричерепного давления

гипотензия

гиповолемия

тяжелый аортальный стеноз

+все перечисленное

При стенокардии напряжения и ЧСС 58 в минуту нельзя назначать препараты, кроме

пропранолола(обзидана)

верапамила (изоптина)

+ изокета

дильтиазема (кардила)

кордарона

Монофазная кривая при остром инфаркте миокарда обычно удерживается

до 24 часов

+до 1 недели

до 1 месяца

до 3 месяцев

возможны все варианты

Подъем сегмента ST, отрицательный зубец Т 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

Появление комплексов QS в V₁-V₃ наиболее характерно для инфаркта миокарда

+передне-перегородочной локализации

нижней локализации

боковой локализации

задней стенки

правого желудочка

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

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

У больных с блокадой левой ножки пучка Гиса признаком крупноочаговых изменений нижней локализации является

регистрация комплексов QS во II.отведении

регистрация зубцов Q. во II .отведении

зубец R во II отведении меньше, чем зубцы R в отведениях III и aVF

зубец R во II отведении $\leq 1,5$ мм

+ возможно все перечисленное

При изолированных изменениях ЭКГ в aVL, для уточнения зоны инфаркта надо регистрировать

V₃-V₄ справа

V₂ по II межреберью

отведение Dorsalis по Небу

отведение Anterior по Небу

+отведение Inferior по Небу

Для субэндокардиального инфаркта миокарда характерно

благоприятный прогноз

более редкие, чем при трансмуральном инфаркте миокарда, осложнения

+частые рецидивы

неосложненное течение

возникновение чаще у молодых больных

Первые часы острого инфаркта миокарда часто осложняются

тромбоэмболическими осложнениями

+фибрилляцией желудочков

перикардитом

плевритом

аневризмой

Летальность от острого инфаркта миокарда наиболее высока

+в первые часы

на вторые сутки

одинакова на всех стадиях болезни

нарастает постепенно

возможны все перечисленные варианты

Наиболее частой причиной смерти больных с острым инфарктом миокарда на догоспитальном этапе является

кардиогенный шок

отек легких

+фибрилляция желудочков

гемотампонада сердца

полная атриовентрикулярная блокада

В первые три дня острого инфаркта миокарда возможны все осложнения, кроме

кардиогенного шока

нарушения ритма

+синдрома Дресслера

отека легких

разрывов миокарда

Внезапная потеря сознания и пульса при сохранении ЭКГ-сигналов характерна для

фибрилляции желудочков

+разрыва сердца

тромбоэмболии легочной артерии

полной поперечной блокады

синдрома Фредерика

Для рубцовой стадии инфаркта миокарда характерно

+сегмент ST на изолинии

исчезновение патологического зубца Q.

положительный (всегда) зубец T

сужение зубца Q до 0,02 с

возможны все варианты

При остром инфаркте миокарда задней стенки, PQ-0,32с, ЧСС -62 в мин., АД- 120/80 мм рт.ст. на догоспитальном этапе надо проводить антиаритмическую терапию

ввести препараты калия

ввести гормоны

ввести атропин

+вышеперечисленные мероприятия не проводятся

При остром инфаркте миокарда морфин относительно противопоказан

при гипотензии

+при брадикардии

при желудочковой экстрасистолии

при застое в легких

во всех перечисленных случаях

К побочным эффектам внутривенного введения морфина относится все перечисленное, кроме

угнетения дыхательного центра

тошноты, рвоты

брадикардии

+периферической вазоконстрикции

угнетения моторики кишечника

Рефлекторный (болевого) коллапс при остром инфаркте миокарда купируют

мезатоном

строфантином

+нейролептаналгезией

баралгином

анальгином

055. При остром инфаркте миокарда с болевым синдромом повторное внутривенное введение фентанила возможно

через 10 минут

+через 30 минут

через 1 час

через 4 часа

повторное введение не проводится

Наиболее подходящим препаратом для купирования отека легких при остром инфаркте миокарда с нормальным АД является

строфантин

+нитроглицерин

маннитол

преднизолон

пентамин

К препаратам выбора при отеке легких на фоне артериальной гипотензии у больных острым инфарктом миокарда относятся

норадреналин

сердечные гликозиды

+допамин+нитроглицерин

кортикостероиды+лазикс

все перечисленные препараты

Препаратом выбора при истинном кардиогенном шоке является

кортикостероиды

мезатон

сердечные гликозиды

+допамин

все перечисленное

При остром инфаркте миокарда, осложненном кардиогенным шоком, используют

+фентанил+дроперидол (в/в капельно), гепарин (в/в), реополиглюкин (в/в капельно)

фентанил+дроперидол (в/в струйно), мезатон (в/в струйно)

преднизолон (в/в), нитроглицерин (в/в)

полиглюкин (в/в струйно), мезатон (в/в)

допустимы все перечисленные варианты

При остром инфаркте миокарда повышение порога фибрилляции желудочков наиболее характерно для

новокаинамида

верапамила (изоптина)

кордарона

+лидокаина

пропранолола

Синусовая тахикардия не встречается при

анемии

+синдроме Фредерика

лихорадке

тиреотоксикозе

всех перечисленных состояниях

ЭКГ – картина при пароксизме суправентрикулярной тахикардии следующая

+форма QRS не изменена, зубец Р отсутствует, ЧСС более 160 в мин.

форма QRS деформирована, зубец Р отсутствует, ЧСС менее 160 в мин.

форма QRS деформирована, зубец Р отсутствует, ЧСС более 220 в мин.

все перечисленное неверно

возможны все перечисленные варианты

При суправентрикулярной тахикардии с абберрантными желудочковыми комплексами отмечается

отсутствие зубца Р

отрицательный зубец Р

+уширение комплекса QRS

удлинение интервала QT

укорочение интервала PQ

При трепетании предсердий частота их сокращений достигает

120-180 в минуту

+200-350 в минуту

360-400 в минуту

450-500 в минуту

600-700 в минуту

Трепетание предсердий наиболее сложно дифференцировать с

трепетанием желудочков

пароксизмальной антидромной тахикардией при синдроме WPW

узловой пароксизмальной тахикардией

+предсердной тахикардией с атриовентрикулярной блокадой II степени

всем перечисленным

Волны F при трепетании предсердий лучше всего регистрируются на ЭКГ в отведениях

+II, III, aVF

I, V₁₋₂

V₃₋₄

V₅₋₆

все перечисленное неверно

ЭКГ-признаками синдрома WPW являются

комплекс QRS не изменен, удлинение интервала PQ

комплекс QRS не изменен, интервал PQ-обычный

+укорочение интервала PQ, неправильная форма восходящего колена зубца R

+укорочение интервала PQ, неправильная форма нисходящего колена зубца R

миграция водителя ритма

Признаком парасистолии является

обычно меняющийся интервал сцепления между нормальным и эктопическим импульсом

периодическое появление сливных комплексов QRS
наличие кратных отношений интерэктопических интервалов
+все перечисленное верно
все перечисленное неверно

Массаж каротидного синуса для купирования пароксизма показан только при

трепетании предсердий
фибрилляции предсердий
+наджелудочковой тахикардии
желудочковой тахикардии
трепетании желудочков

При пароксизме мерцания предсердий с острой левожелудочковой недостаточностью вводят

верапамил (изоптин)
+коргликон, дигоксин
панангин
новокаиномид
лидокаин

Для гликозидной интоксикации характерно

инверсия зубца Т
+аллоритмия
горизонтальное снижение сегмента ST
подъем сегмента ST
ЭКГ не меняется

К побочным эффектам дигоксина не относится

анорексия
тошнота и рвота
+боль в грудной клетке
экстрасистолия
поперечная блокада сердца

Из перечисленных препаратов не усиливает аритмогенный эффект дигоксина

гипотиазид
фуросемид
+верошпирон
норадреналин
эуфиллин

Сердечные гликозиды могут быть опасными при всех состояниях, исключая

легочное сердце
+пароксизм мерцания предсердий при атеросклеротическом кардиосклерозе
констриктивный перикардит
тиреотоксикоз
острый инфаркт миокарда

При пароксизме мерцания предсердий (средняя ЧСС -250 в мин) с WPW, АД-80/40 мм рт. ст. целесообразно

внутривенное введение новокаиномид
внутривенное введение пропранолола
внутривенное введение изоптина
+электроимпульсная терапия
все перечисленное

Трепетание предсердий, рефрактерное к дигоксину, купируют

панангином
пропранололом (обзиданом)
верапамилом
+электроимпульсной терапией
лидокаином

Препаратом выбора при суправентрикулярной тахикардии является

панангин
+верапамил
кордарон
новокаиномид
лидокаин

Повторное болюсное введение 5-10 мг изоптина при некупированном пароксизме суправентрикулярной тахикардии возможно

через 5 мин
+через 30-40 мин
через 2 часа
через 4 часа

повторное введение недопустимо

При реципрокных наджелудочковых тахикардиях наиболее эффективен

+верапамил (изоптин)
новокаиномид
пропранолол (обзидан)
лидокаин
дигоксин

Для верапамила (изоптина) характерны все перечисленное, кроме способности

+замедлять проведение по дополнительным путям
замедлять атриовентрикулярную проводимость
угнетать сократимость миокарда
вызывать гипотензию
вызывать брадикардию

Противопоказаниями к введению верапамила являются

атриовентрикулярная блокада
миграция водителя ритма
синдром слабости синусового узла
гипотензия
+все перечисленное

Атриовентрикулярную проводимость замедляют

β - блокаторы
верапамил (изоптин)
дильтиазем (кардил)
амлодипин (норваск)
+все перечисленные препараты

При развитии асистолии после введения верапамила показан

адреналин
+хлорид кальция
изадрин
атропин
мезатон

Быстрое введение в вену АТФ может купировать

мерцательную аритмию
+пароксизмальную узловую тахикардию
желудочковую тахикардию
фибрилляцию желудочков
все перечисленные аритмии

Трепетание предсердий 1:1 на фоне синдрома WPW купируют

изоптином
+кардиоверсией
дигоксином
обзиданом
лидокаином

Абсолютные показания к экстренной электроимпульсной терапии

желудочковая тахикардия типа «пируэт»
фибрилляция и трепетание желудочков
трепетание предсердий 1:1
мерцание предсердий на фоне отека легких
+все перечисленное

При синдроме WPW с пароксизмами суправентрикулярной тахикардии с ЧСС -180 в мин показано

большие дозы верапамила
+хирургическое лечение
насыщающая доза дигоксина
обзидан внутривенно
допустимо все перечисленное

Уменьшение рефрактерности дополнительных проводящих путей при синдроме WPW с повышением возбудимости желудочков вплоть до их фибрилляции, характерно для

пропранолола (обзидана)
дигоксина
дильтиазема
верапамила (изоптина)
+всех перечисленных препаратов

Укорочение рефрактерного периода сердечной ткани характерно для

дигоксина
верапамила (изоптина)
кордарона
+лидокаина
пропранолола (обзидана)

Препарат выбора для купирования приступа желудочковой тахикардии

верапамил
+лидокаин
дигоксин
новокаиномид
пропранолол

Лидокаин при в/в введении в терапевтических дозах обладает всеми свойствами, кроме

подавления желудочковой экстрасистолии
+купирования узловых тахикардий
отсутствия влияния на автоматизм синусового узла
быстро метаболизируется печенью
отсутствия угнетения внутрижелудочковой проводимости

С внутривенным введением новокаиномидом может быть связано

уширение комплекса QRS
удлинение интервала QT
удлинение интервала PQ
появление тахикардии типа «пируэт»
+все перечисленное

Новокаиномидом может вызвать

гипертензию
+нарушение внутрижелудочковой проводимости
атриовентрикулярную блокаду
экстрасистолию
все перечисленное

Показаниями для госпитализации при пароксизме мерцательной аритмии являются все, кроме

депрессии сегмента ST ≤ 2 мм
развития синкопального состояния

клиники сердечной астмы
+вегетативного криза
блокады левой ножки пучка Гиса

При желудочковой экстрасистолии и ЧСС 42 в мин, АД-80-40 мм рт.ст. лечение целесообразно начинать

с лидокаина
+с атропина
с допамина
с изопротеренола (изадрина)
д) допустимы все варианты

Политопная желудочковая экстрасистолия на фоне мерцательной аритмии лучше купируется

изоптином+панангином
обзиданом+рибоксином
+лидокаином+поляризующей смесью
сердечными гликозидами+мочегонными
все комбинации препаратов одинаково эффективны

Желудочковая тахикардия типа «пируэт» у больных с удлинением QT купируется в/в введением

изоптина (5-10 мг)
+сульфата магния (2-4 г болюсно)
панангина (10-20 мл струйно)
обзидана
всех перечисленных препаратов

Желудочковую тахикардию с левожелудочковой недостаточностью купируют

дигоксином
+кардиоверсией
новокаиномидом
лидокаином
панангином

Повышение смертности на фоне антиаритмической терапии у больных с экстрасистолией после инфаркта миокарда отмечено при приеме

кордарона
мекситила
+этацизина
обзидана
всех перечисленных препаратов

Рост летальности характерен при длительном приеме антиаритмических препаратов

+I класса
II класса
III класса
IV класса

все перечисленное неверно

При применении больших доз хинидина обычно не встречается

уширение комплекса QRS
удлинение интервала QT
инверсия зубца T
удлинение интервала PQ
+ укорочение интервала QT

С приемом β -адреноблокаторов может быть связано

удлинение интервала PQ
увеличение амплитуды зубца T
удлинение интервала QT
увеличение интервала PP

+ все перечисленное

С гипокалиемией может быть связано

уменьшение амплитуды зубца Т

увеличение амплитуды зубца U

депрессия сегмента ST

тахикардия

+ все перечисленное

Струйное введение хлорида калия внутривенно

безопасно

может вызывать коллапс

+ может вызывать асистолию

может вызывать гипертонический криз

возможно все перечисленное

Уширение комплекса QRS, удлинение интервала PR и уменьшение зубца R характерно для выраженной

гиперкалиемии

гипокалиемии

гиперкальциемии

+ гипокальциемии

может встречаться при всех перечисленных состояниях

Удлинению интервала QT способствуют все факторы, кроме

гипокалиемии

гипомагниемии

+ гиперкалиемии

гипотермии

гипотиреоза

Синусовую брадикардию могут вызвать все факторы, кроме

повышения внутричерепного давления

микседемы

дигоксина

+ нифедипина

выраженной гипербилирубинемии

Развитие рефлексорной брадикардии наиболее вероятно при следующем заболевании

декомпенсированная тампонада сердца

расслаивающая аневризма аорты

+ задне-диафрагмальный инфаркт миокарда

острый вирусный перикардит

острая митральная недостаточность

ЭКГ-картина при миграции водителя ритма по предсердиям

изменение расстояния PP

+ изменения амплитуды и полярности P

отсутствие зубца P у некоторых комплексов QRS

зубцы P следуют после QRS

возможны все варианты

При внутрипредсердной блокаде наблюдается

удлинение интервала PQ

+ уширение и деформация зубцов P

отсутствие связи между зубцом P и комплексом QRS

высокие зубцы P

появление зубца P после комплекса QRS

При синдроме слабости синусового узла возможны все ЭКГ изменения, кроме

мерцательной аритмии, тахи-/брадиформы

синусовой брадикардии

+ атриовентрикулярной блокады

синаурикулярной блокады

миграции водителя ритма

При неполной синоаурикулярной блокаде наблюдается
выпадение комплекса QRST

+ выпадение отдельных комплексов PQRST

удлинение интервала PQ

удлинение интервала QT

уширение комплекса QRS

При полной синоаурикулярной блокаде наблюдается

+ отсутствие зубцов Р и появление эктопического ритма

выпадение отдельных комплексов PQRST

отсутствие связи между зубцом Р и комплексом QRS

зубец Р после комплекса QRS

удлинение интервала QT

Трудности диагностики прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки в период мнимого благополучия обусловлены

+ нарастанием лихорадки, ознобом, уменьшением мышечного напряжения передней брюшной стенки

уменьшением боли и напряжения мышц передней брюшной стенки, относительно спокойным поведением больного

появлением озноба, рвоты, уменьшением боли

уменьшением болезненности при пальпации передней брюшной стенки, гипотонией

наличием отрицательного симптома Щеткина-Блюмберга

При подозрении на перфорацию язвы желудка и двенадцатиперстной кишки врачу скорой помощи следует ориентироваться на следующие признаки

язвенный анамнез, рвота, постепенно нарастающие боли

тошнота, рвота, напряжение мышц передней брюшной стенки

тошнота, рвота, резкие боли, локализованные в области пупка и эпигастрии

+ резкие боли, возникшие внезапно в эпигастральной области, напряжение мышц брюшной стенки, язвенный анамнез

тошнота, боли в животе, снижение артериального давления, брадикардия

Отсутствие печеночной тупости свидетельствует, что у больного

острый гепатит

+ прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки

+ перфорация и/или разрыв тонкой кишки

острый аппендицит

травма печени

Тактика врача скорой помощи при диагностике прободения язвы желудка и двенадцатиперстной кишки

+ обязательная госпитализация больного в хирургическое отделение стационара

введение обезболивающих препаратов и наблюдение

при отказе больного от госпитализации оставить за собой "актив"

при отказе больного от госпитализации промыть желудок, ввести обезболивающие препараты и обеспечить "актив" в поликлинику

консервативное лечение язвенной болезни на дому, холод на живот, медикаментозная терапия

Наиболее характерные признаки острого холецистита

боли в эпигастральной области с иррадиацией в правое подреберье, рвота "желчью"

+ боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, лопатку, тошнота, рвота, пальпация увеличенного болезненного желчного пузыря, повышение температуры

боли в правом подреберье, высокая температура, гипотония

напряжение мышц в правом подреберье, кинжальные боли, рвота

боли в правом подреберье, рвота, боли с иррадиацией в поясничную область, частый жидкий стул

Тактика врача скорой помощи при диагностике острого холецистита

+ холод на живот, спазмолитики, госпитализация в хирургический стационар в положении лежа

антибиотики, тепло на живот, госпитализация
наркотические анальгетики, госпитализация
быстрая транспортировка в стационар без дополнительных лечебных мероприятий
обезболивание, антибиотики, "актив" в поликлинику

Тактика врача скорой помощи при подозрении на острый панкреатит заключается во всем перечисленном, кроме

исключения приема пищи и жидкости и введения зонда в желудок
холода на живот и введения спазмолитиков
проведения инфузионной терапии
госпитализации в хирургическое отделение
+ введения спазмолитиков, антибиотиков, "актива" в поликлинику

Боли при остром аппендиците наиболее часто возникают

+ в эпигастрии и перемещаются в правую подвздошную область
в правой подвздошной области, не иррадиируют
в правой подвздошной области, иррадиируют в пах, правое яичко
в правом подреберье и перемещаются в правую подвздошную часть
в правой подвздошной области, иррадиируют в поясницу

Тактика врача скорой помощи при диагностике острого аппендицита

холод на живот, обезболивающие, наблюдение
введение спазмолитиков, холод на живот, наблюдение
+ срочная госпитализация
введение антибиотиков, обезболивающих и спазмолитиков, "актив" в поликлинику
введение спазмолитиков и обезболивающих госпитализация

При положительных симптомах острого аппендицита и наличии рубца от хирургического вмешательства в правой подвздошной области необходимо

+ госпитализировать больного в хирургическое отделение в срочном порядке
госпитализировать больного в инфекционное отделение
госпитализация не обязательна
ввести желудочный зонд, госпитализировать больного после динамического наблюдения при показаниях
ввести обезболивающие препараты, "актив" в поликлинику

Типичными признаками острой толстокишечной непроходимости являются

многократная рвота
схваткообразные, часто повторяющиеся боли в животе
симптом "шум плеска"
отсутствие стула и отхождения газов
+ все верно

Для острой тонкокишечной непроходимости нехарактерно

частая неукротимая рвота, не приносящая облегчения
схваткообразные, часто повторяющиеся боли в животе
симптом "шум плеска"
+ полное отсутствие стула и отхождения газов

возможно одно- или двухкратное отхождение газов и стула

Тактика врача скорой помощи при диагностике острой кишечной непроходимости

постановка сифонной клизмы, при отсутствии эффекта - госпитализация
+ введение желудочного зонда, проведение инфузионной терапии кристаллоидами, госпитализация
срочная госпитализация без дополнительных лечебных мероприятий
введение противорвотных, слабительных и обезболивающих препаратов, "актив" в поликлинику
введение противорвотных и слабительных препаратов, госпитализация

Клинические признаки разлитого (диффузного) перитонита

ослабление или отсутствие перистальтики, тошнота и рвота
признаки интоксикации (озноб, тахикардия, артериальная гипотензия)
положительный симптом Щеткина-Блюмберга

разлитая боль различной интенсивности

+ все перечисленные

Тактика врача скорой помощи при диагностике диффузного перитонита с выраженным интоксикационным синдромом

введение обезболивающих, госпитализация

+ проведение инфузионной терапии кристаллоидами, госпитализация

срочная госпитализация без дополнительной терапии

введение антибиотиков, противорвотных и обезболивающих препаратов, "актив" в поликлинику

введение антибиотиков, госпитализация

Для ущемленной грыжи характерно

наличие грыжевого выпячивания, боль, тахикардия

наличие грыжевого выпячивания, положительный кашлевой толчок, боль

+ наличие грыжевого выпячивания и его невосприимчивость, отсутствие кашлевого толчка, боль

невосприимчивость грыжевого выпячивания, отсутствие боли

грыжа вправляется, но вновь появляется при кашле

Тактика врача скорой помощи при ущемленной грыже

введение спазмолитиков, при неудавшейся попытке вправить грыжу - госпитализация

спазмолитики, обезболивание, госпитализация

+ госпитализация без введения спазмолитиков, обезболивания и попыток вправить грыжу

обезболивание, холод на живот, "актив" участкового врача

спазмолитики, холод на живот, "актив" участкового врача

Тактика врача скорой помощи в случае, когда грыжа была вправлена больным до приезда врача

осмотр, при мягком животе - обезболивание, актив" участкового врача

+ обязательная госпитализация

при наличии болей - обезболивание, спазмолитики, наблюдение

при наличии болей - обезболивание, спазмолитики, госпитализация

возможна любая тактика из перечисленных

Наиболее вероятными признаками проникающей раны живота являются

+ эвентрация, истечение из раны содержимого кишечника

боли в животе, положительный симптом Щеткина-Блюмберга

боли в животе, вздутие живота, тошнота, рвота

кровотечение из раны живота

«кинжальные» боли в животе, притупление в отлогих местах при перкуссии брюшной полости

Тактика врача скорой помощи при проникающем ранении живота и выпадении петель кишечника

вправление петли кишечника в брюшную полость

+ обезболивание при сильном болевом синдроме

срочная госпитализация без дополнительных лечебных мероприятий

+госпитализация после наложения асептической повязки (увлажненной в жаркое время года)

введение антибиотиков

Диагноз тупой травмы живота с повреждением внутренних органов на догоспитальном этапе выставляется, ориентируясь на следующие данные, кроме

анамнеза (выявление механизма травмы и места приложения травмирующего фактора)

клиники «острого живота» или внутреннего кровотечения

данных портативного аппарата для ультразвуковой диагностики

+ данных лапароскопии

+ выпадения петель кишечника из раны передней брюшной стенки

Для тупой травмы живота с повреждением паренхиматозного органа нехарактерно наличие

тахикардии

артериальной гипотензии

притупления при перкуссии в отлогих местах брюшной полости

бледности кожных покровов

+ исчезновения печеночной тупости

Для тупой травмы живота с повреждением полого органа характерны

сильный болевой синдром

исчезновения печеночной тупости

положительный симптом Щеткина-Блюмберга

только а) и в)

+ все перечисленные симптомы

При тупой травме живота и подозрении на повреждение внутренних органов врач скорой помощи должен

транспортировать больного в стационар после проведения массивной инфузионной терапии

госпитализировать больного без дополнительной терапии

провести обезболивание, инфузионную терапию, вызвать реанимационную бригаду для госпитализации

+ начать инфузионную терапию, по показаниям ввести аналгетики короткого действия, госпитализировать пострадавшего

доставить пациента в ближайшее лечебное учреждение (в том числе, в поликлинику или травмпункт) для уточнения диагноза

На стороне пневмоторакса перкуторно отмечается

+ высокий тимпанит

резкое притупление

отсутствие изменений

коробочный звук

возможно все перечисленное

Для спонтанного пневмоторакса характерны следующие признаки, кроме

ослабление или отсутствие дыхания при аускультации на стороне заболевания

+ жесткое дыхание и масса разнокалиберных влажных хрипов на стороне заболевания

боль на стороне заболевания

одышка

+ кашель с мокротой

Характерными признаками "открытого" пневмоторакса являются

наличие раны, перкуторно - тимпанит, аускультативно – бронхиальное дыхание, множественные крупнопузырчатые влажные хрипы, одышка

наличие раны, притупление перкуторного звука, одышка

+ наличие раны, свистящее дыхание с втягиванием воздуха на вдохе и наличием пузырьков воздуха, одышка

наличие раны, аускультативно – дыхание везикулярное, одышка

отсутствие раны, крепитация ребер при дыхании и пальпации, одышка, подкожная эмфизема

Для закрытого напряженного пневмоторакса характерны

отсутствие при аускультации дыхания на стороне повреждения

набухшие шейные вены, смещение средостения (сердечного толчка) в здоровую сторону

одышка, тахикардия, артериальная гипотензия

перкуторно – тимпанит на стороне поражения

+ все перечисленные признаки

Тактика врача скорой помощи при «открытом» пневмотораксе

выполнить плевральную пункцию во II межреберье по средне-ключичной линии

начать ИВЛ

+ наложить окклюзионную повязку, при нарастании признаков напряженного пневмоторакса – произвести плевральную пункцию во II межреберье по средне-ключичной линии

обезболить пострадавшего, провести оксигенотерапию

срочная госпитализация в операционную стационара без дополнительных лечебных мероприятий

Догоспитальная тактика при напряженном пневмотораксе

быстрая госпитализация без дополнительных мероприятий

проведение оксигенотерапии, обезболивание, госпитализация

+ пункция плевральной полости на стороне повреждения во II межреберье по средне-ключичной линии с эвакуацией воздуха, дренаж по Бюлау, оксигенотерапия, обезболивание по показаниям,

госпитализация

пункция плевральной полости на стороне повреждения в VII межреберье по лопаточной или задне-подмышечной линии, госпитализация проведение оксигенотерапии, госпитализация интубация трахеи, проведение ИВЛ, госпитализация

Пункция плевральной полости во II межреберье по средне-ключичной линии проводится на догоспитальном этапе

- + при напряженном пневмотораксе
- + при двухстороннем закрытом пневмотораксе
- при субтотальном гемотораксе
- при ушибе легкого
- не проводится

Для большого гемоторакса характерно

при аускультации ослабление или отсутствие дыхания в средних и нижних отделах легкого на стороне повреждения

бледность, тахикардия, артериальная гипотензия

одышка

перкуторно – тупость в средних и нижних отделах легкого на стороне повреждения

- + все перечисленные признаки

Пункция плевральной полости в VII межреберье по лопаточной или задне-подмышечной линии проводится на догоспитальном этапе

- + при большом гемотораксе при задержке госпитализации
- при двухстороннем закрытом пневмотораксе
- всегда при большом гемотораксе
- при ушибе легкого
- не проводится

Нарушение дыхания при травмах груди может быть обусловлено

гемотораксом

пневмотораксом

ушибом легкого

нарушением реберного каркаса при множественных или флотирующих переломах ребер

- + всем перечисленным

Синдром сдавления груди (травматической асфиксии) характеризуется

- + синюшностью кожных покровов, множественными петехиями, поверхностным учащенным дыханием, болевым синдромом, гипотонией, тахикардией
- болевым синдромом, кровохарканьем, напряженным пневмотораксом, подкожной эмфиземой
- гемопневмотораксом, флотацией средостения, тахикардией, гипотонией, кровотечением
- крепитацией ребер, болью, подкожной эмфиземой, тахикардией, артериальной гипертензией, парадоксальным дыханием

болью, деформацией грудной клетки, брадикардией, гипотонией, тахикардией

Для ушиба сердца в остром периоде закрытой травмы груди характерно

боли в области сердца

возникновение экстрасистолии

наличие изменений на ЭКГ

развитие мерцательной аритмии

- + все перечисленное

Для травматического тампонады сердца не характерны

резкое падение АД, слабый частый пульс

значительное повышение ЦВД, набухание шейных вен

ЭКГ-признаки электромеханической диссоциации

глухость сердечных тонов

- + эффективность инфузионной терапии для быстрой коррекции артериальной гипотензии

При подозрении на травматическую тампонаду сердца на догоспитальном этапе следует

- + экстренно госпитализировать пострадавшего в стационар
- начать массивную инфузионную терапию и госпитализировать пострадавшего

+ при непредвиденной задержке госпитализации и ухудшении состояния пострадавшего
произвести пункцию перикарда с эвакуацией крови
начать инфузионную терапию с введением вазопрессоров, вызвать реанимационную бригаду для госпитализации
произвести пункцию перикарда и при получении крови осуществить торакотомию с перикардиотомией, начать введение вазопрессоров и инфузионную терапию, госпитализировать больного

При проникающих колото-резаных ранениях груди с подозрением на ранение сердца пострадавший должен госпитализироваться в экстренном порядке

в приемное отделение стационара
в реанимационное отделение
+ в экстренную операционную, минуя приемное отделение
только силами реанимационной бригады скорой помощи
транспортировка не проводится до стабилизации гемодинамики пострадавшего

Причинами повреждения пищевода могут быть

ножевое ранение в область шеи или груди
попытки интубации трахеи
зондирование желудка
глотание крупных предметов

+ все перечисленное

Для повреждения пищевода инородным телом характерно

боль при глотании по ходу пищевода
дисфагия
повышенная саливация
осиплость голоса

+ все перечисленное

Действия врача скорой помощи при подозрении на ранение пищевода

+ госпитализация в торакальное (более рационально) или общехирургическое отделение,
инфузионная терапия по показаниям
введение анальгетиков, спазмолитиков и антибиотиков, «актив» в поликлинику
рекомендация обратиться к хирургу поликлиники
постановка желудочного зонда, госпитализация
интубация трахеи, ИВЛ, госпитализация

Причинами мезентериального тромбоза являются

атеросклероз
нарушения сердечного ритма
пороки митрального клапана
постинфарктный кардиосклероз и аневризма левого желудочка сердца

+ все перечисленное

Признаками расслаивающей аневризмы аорты являются

боль в животе
пульсирующее опухолевидное образование в мезогастральной области
изменение окраски и температуры кожных покровов нижних конечностей
снижение пульсации на сосудах нижних конечностей

+ все перечисленное

Признаками тромбоза бедренной артерии являются

боль в нижней конечности
чувство онемения нижней конечности
снижение кожной чувствительности и температуры нижней конечности, изменение ее окраски
снижение пульсации на дистальных артериях нижней конечности

+ все перечисленное

Тромбофлебит глубоких вен нижней конечности является показанием

к госпитализации в терапевтическое отделение
+ к госпитализации в ангиохирургическое отделение

к рекомендации соблюдения постельного режима дома
к рекомендации обратиться к хирургу районной поликлиники
к рекомендации приема антикоагулянтов в домашних условиях

Основными признаками венозного кровотечения являются

кровь алого цвета, бьет струей
кровь вытекает медленно, алого цвета
кровь бьет струей, темно-вишневого цвета
+кровь темно-вишневого цвета, вытекает медленно
все перечисленные признаки

Для артериального кровотечения характерно

+кровь алого цвета, бьет струей
кровь бьет струей, темного цвета
кровь темно-вишневого цвета, вытекает медленно
кровь вытекает медленно, алого цвета
все перечисленное

При ранении вены повязка накладывается

выше места повреждения
ниже места повреждения
выше и ниже места повреждения
любая из перечисленных
+давящая на место повреждения

При ранении артерии жгут накладывается

ниже места ранения
+выше места ранения
на место ранения
выше и ниже места ранения над ближайшим суставом
верно все перечисленное

Для перелома конечности характерно

ограничение движения в конечности
патологическая подвижность
боль в области повреждения
деформация конечности
+все перечисленные признаки

Открытый перелом конечности может осложниться

повреждением сосудов и нервов в процессе транспортировки
развитием гнойно-септических осложнений в отсроченном и позднем периодах после травмы
жировой эмболией в раннем периоде после травмы
массивной кровопотерей
+всем перечисленным

Для вколоченного перелома характерно

смещение оси конечности
+боль в области перелома при нагрузке по оси
патологическая подвижность
повреждение кожных покровов над местом перелома
удлинение поврежденной конечности

Перелом лопатки часто сопровождается переломом

ребер на противоположной стороне

+подлежащих ребер

ключицы

всего перечисленного

ничего из перечисленного

Транспортной иммобилизацией перелома ключицы является

+подвешивание верхней конечности на косынке

повязка Дезо

приведение выпрямленной конечности к туловищу с фиксацией бинтом

працевидная повязка

транспортная иммобилизация не проводится

При переломе диафиза плечевой кости шина фиксирует

отломки плечевой кости проксимальнее и дистальнее места перелома

плечевой сустав

+плечевой и локтевой суставы

лестничная шина при данном переломе не применяется

плечевой, локтевой и лучезапястный суставы

Кровопотеря при закрытом переломе диафиза плечевой кости составляет

+до 0,5 л

до 1 л

до 2 л

кровопотеря незначительная

В место перелома плечевой кости вводится новокаин в дозе

+15-20 мл 1-2% раствора

40 мл 2% раствора

20 мл 5% раствора

10 мл 10% раствора

возможно все перечисленное

При переломе в верхней трети плеча для транспортной фиксации

рука должна выпрямляться в локтевом суставе и фиксироваться к туловищу

плечо должно быть отведено на 90° вбок с фиксацией шиной

+рука должна быть согнута в локтевом суставе под острым углом с помещением валика в

подмышечную впадину с приведением плеча к туловищу и расположением кисти на грудной

мышце противоположной стороны

возможны все перечисленные методики

все перечисленное неверно

При повреждении костей предплечья транспортная иммобилизация должна исключить движения

в локтевом суставе

+в лучезапястном и локтевом суставах

в плечевом, локтевом и лучезапястном суставах

в плечевом и лучезапястном суставах

ограничение движений не показано

При повреждении лучезапястного сустава и пальцев кисти

транспортная иммобилизация не проводится

шина располагается от концов пальцев до дистальной трети предплечья

+шина располагается от концов пальцев до локтя

шина фиксирует плечевой, локтевой и лучезапястный суставы
достаточно фиксировать лучезапястный сустав бинтованием

Транспортная шина при диафизарных переломах бедра

фиксирует костные отломки в месте перелома
фиксирует коленный и тазобедренный суставы
+ фиксирует тазобедренный, коленный и голеностопный суставы
располагается от середины голени до подмышечной впадины
транспортная иммобилизация не требуется

При закрытом переломе бедра кровопотеря может составить

до 0,5 л
до 1 л
+до 1,5 л
до 2 л
кровопотеря незначительная

При обезболивании места перелома диафиза бедра в гематому вводится новокаин в дозе

+1% - 50 мл
10% - 10 мл
5% - 10 мл
1% - 20 мл
0.5% - 20 мл

Транспортная шина при переломах костей голени фиксирует

тазобедренный, коленный и голеностопный суставы
коленный и голеностопный суставы
+конечность от средней трети бедра до пальцев стопы
транспортная иммобилизация не требуется
костные отломки

При травматическом гемартрозе коленного сустава наблюдается

деформация сустава
боли в суставе
ограничения функции сустава
симптом "баллотирования" надколенника
+верно все перечисленное

Для перелома надколенника характерны все перечисленные признаки, за исключением

невозможности поднять вытянутую ногу при внешнем сопротивлении
+невозможности поднять согнутую в колене ногу
расхождения отломков надколенника при пальпации
гемартроз
боли в области колена

Перелом пяточной кости может вызываться

+падением на выпрямленные ноги с высоты
чрезмерным переразгибанием стопы
подвертыванием стопы кнаружи
всем перечисленным
ничем из перечисленного

При переломах в области голеностопного сустава лестничную шину наиболее оптимально наложить следующим образом

+одну сзади до колена, другую U-образным способом
достаточно наложить заднюю шину
достаточно наложить U-образную шину
верно все перечисленное
все перечисленное неверно

Основным механизмом развития вывиха пальцев стопы является

+ удар пальцем по неподвижному твердому предмету
падение груза на стопу
подворачивание ноги в голеностопном суставе
падение с высоты на пятки
все перечисленное

Объем кровопотери при изолированных переломах костей таза достигает

+до 1 л
1,5-2 л
более 5 л
кровопотеря незначительная
до 3 л

Объем кровопотери при переломах костей таза с повреждением внутренних органов может достигать

до 1 л
1,5-2 л
+более 3 л
кровопотеря незначительная
до 0,5 л

При переломах костей таза на догоспитальном этапе проводится

новокаиновые блокады
в/в введение анальгетиков
инфузионная терапия
транспортировка на щите в позе “лягушки”
+все перечисленное

Транспортировка пострадавших с подозрением на перелом поясничного отдела позвоночника осуществляется

+на жестких носилках или щите
только в сидячем положении
в полусидячем положении с валиком под плечами
на обычных носилках
больные не транспортабельны

"Хлыстовой" перелом шейного отдела позвоночника возникает

при падении тяжести на голову
при падении с высоты на ноги
при прямом ударе по позвоночнику
+при резком внезапном изменении скорости автомобиля
при нырянии в воду

Наиболее опасными осложнениями при переломе шейного отдела позвоночника являются

нарушение зрения вследствие нарушения кровотока по позвоночным артериям
головокружения и головные боли
+повреждение шейного отдела спинного мозга

рвота
повреждение магистральных сосудов шеи

Пострадавшему после падения с высоты или ныряния в воду врач скорой помощи в первую очередь должен

при отсутствии дыхания выполнить тройной прием Сафара
при нарушениях дыхания произвести интубацию трахеи
+фиксировать шейный отдел позвоночника с помощью шины-воротника
начать инфузионную терапию
все перечисленное неверно

При нахождении пострадавшего в аварии в салоне автотранспорта врач скорой медицинской помощи в первую очередь должен

+фиксировать шейный отдел позвоночника с помощью шины-воротника
обезболить пострадавшего
извлечь пострадавшего из поврежденного автомобиля для возможности диагностики повреждений и их адекватной коррекции
начать инфузионную терапию
все перечисленное неверно

Больной с подозрением на перелом в шейном отделе позвоночника должен транспортироваться

в сидячем положении
в положении на боку
на спине с запрокинутой головой
на спине с головой, приведенной к груди
+на спине с наложенной шиной-воротником

При падении больного чаще всего ломаются ребра

I-III
IV-VI
+VI-IX
IX-XII
все перечисленные

При неосложненном переломе ребер на догоспитальном этапе показано

блокада области перелома
в/в обезболивание
придание пострадавшему возвышенного положения
по показаниям, оксигенотерапия
+все перечисленное

Основным признаком двойного перелома ребер считается

+ парадоксальные дыхательные движения в месте травмы
отставание дыхания травмированной половины грудной клетки
крепитация костных отломков
нарастающая подкожная эмфизема
отсутствие дыхания в прикорневой зоне

Множественные переломы ребер у пострадавшего в коме можно диагностировать по следующим признакам

нарастающая подкожная эмфизема
тахикардия, бледность кожных покровов

локальная боль, увеличивающаяся при осевой нагрузке
+ костная крепитация, деформация грудной клетки
парадоксальное дыхание

Тактика врача скорой помощи при переломе грудины

новокаиновая блокада (1% - 15 мл) места перелома или за грудиной блокада
по показаниям в/в введение анальгетиков
госпитализация
ЭКГ-диагностика возможного ушиба сердца
+ верно все перечисленное

Для сотрясения головного мозга нехарактерно

эпизод потери сознания
ретроградная амнезия
головная боль, тошнота, рвота
+ очаговая симптоматика (гемипарезы, гемипарестезии, поражение черепномозговых нервов)
вегето-сосудистые нарушения

В отличие от сотрясения при ушибе головного мозга наблюдается

потеря сознания
+ очаговая симптоматика (гемипарезы, поражение черепномозговых нервов, ...)
сильная головная боль
рвота
нистагм

Основным диагностическим признаком внутричерепной гематомы является

прогрессирующая головная боль
кома
+ анизокория
нарушения дыхания
все перечисленное

Для остановки наружного кровотечения из артерий головы на догоспитальном этапе наиболее эффективно

давящая повязка
биологическая тампонада
внутривенное введение викасола
+наложение зажима на сосуд в ране
повязка Гиппократ

Кома по шкале Глазго диагностируется уже при сумме баллов

+ менее 8
15
менее 4
более 8
0

При тяжелой черепно-мозговой травме (менее 8 баллов по шкале Глазго) интубация трахеи на догоспитальном этапе показана

+ всегда
только при отсутствии самостоятельного дыхания
не показана
только при сочетанной травме
только при развитии аспирационного синдрома

При признаках нарастания стволовой симптоматики с нарушением витальных функций у пострадавших с тяжелой черепно-мозговой травмой на догоспитальном этапе показано

+ интубация трахеи и проведение ИВЛ в режиме гипервентиляции

дренирование желудочков головного мозга

введение мочегонных препаратов

люмбальная пункция

декомпрессионная трепанация черепа

Сочетанная травма - это

+одновременное повреждение внутренних органов в двух или более полостях, включая черепно-мозговую травму, или повреждение внутренних органов и опорно-двигательного аппарата

повреждение нескольких костей в разных анатомо-функциональных сегментах

повреждение нескольких органов в пределах одной полости

повреждение одного органа или скелетная травма одного сегмента

одновременный перелом костей верхней и нижней конечности

Множественная травма - это

+повреждение нескольких внутренних органов в пределах одной полости или двух и более анатомо-функциональных сегментов опорно-двигательного аппарата

скелетная травма одного сегмента с повреждением сосудов и нервов

повреждение органов в нескольких полостях или два и более скелетных перелома

только скелетная травма в нескольких анатомо-функциональных сегментах

одновременное повреждение двух и более органов в различных полостях в сочетании с переломом трубчатых костей

Комбинированная травма - это

одновременное повреждение внутренних органов, черепно-мозговая травма и несколько скелетных переломов

+травма при одновременном воздействии различных факторов (механический, термический, радиационный, химический и т.п.)

одновременное повреждение опорно-двигательного аппарата и внутренних органов в разных полостях

одновременное повреждение органов брюшной и грудной полостей

множественные повреждения костей скелета и органов брюшной полости

Закрытый перелом диафиза правого бедра с повреждением бедренной артерии - это

+изолированная осложненная травма

множественная травма

сочетанная травма

комбинированная травма

изолированная неосложненная травма

Закрытый перелом бедра и предплечья справа - это

изолированная травма

+множественная травма

сочетанная травма

комбинированная травма

множественная осложненная травма

Закрытый перелом бедра справа, закрытая черепно-мозговая травма,повреждение селезенки - это

изолированная травма

множественная травма

- +сочетанная травма
- комбинированная травма
- множественная осложненная травма

Закрытый перелом костей правой голени, химический ожог верхних конечностей и лица - это

- изолированная осложненная травма
- множественная травма
- сочетанная травма
- +комбинированная травма
- множественная осложненная травма

Тупая травма живота с повреждением печени и селезенки относится

- к изолированной осложненной травме
- к множественной травме
- +к сочетанной травме
- к комбинированной травме
- к изолированной травме
- кровопотери при травматическом шоке

Применение противошокового костюма показано

- при повешении
- при падении с высоты, множественных двухсторонних переломах ребер, травматической тампонаде сердца, закрытом переломе бедра
- при остром инфаркте миокарда, кардиогенном шоке
- +при падении с высоты, двухстороннем открытом переломе бедер, подозрении на повреждение селезенки
- во всех перечисленных ситуациях

Основным принципом антигипотензивного действия противошокового костюма является
компрессия в области таза и живота с депонированием крови в венозном русле нижних конечностей

- +равномерная циркулярная компрессия нижней половины тела с увеличением притока крови к вышележащим органам
- создание равномерного разрежения в верхней половине тела с увеличением притока крови к ней
- компрессия области надпочечников с увеличением выброса катехоламинов
- все перечисленное

При применении противошокового костюма противопоказано

- +быстрая его декомпрессия
- проведение инфузионной терапии на догоспитальном этапе
- проведение оксигенотерапии
- проведение обезболивания
- рентгенологическое исследование

Наиболее полным необходимым объемом помощи при травматическом шоке на догоспитальном этапе является

- иммобилизация переломов и транспортировка в стационар
- блокада мест переломов, иммобилизация и транспортировка в стационар
- быстрая транспортировка в стационар
- +в/в инфузионная терапия, поддержание дыхания, проведение обезболивания, транспортной иммобилизации и госпитализация
- инфузионная терапия, поддержание дыхания, иммобилизация переломов и госпитализация

Наиболее рациональным объемом медицинской помощи пострадавшим с травмой, не осложненной шоком, является

быстрая транспортировка в стационар

иммобилизация и транспортировка в стационар

+обезболивание, иммобилизация и транспортировка в стационар

проведение инфузионной терапии, обезболивания, транспортная иммобилизация и транспортировка в стационар

иммобилизация, оксигенотерапия и госпитализация

При кровотечениях из уха первая помощь заключается

+во введении стерильного тампона в наружный слуховой проход и госпитализации

во внутримышечном введении викасола

в направлении больного к ЛОР-врачу поликлиники

в задней тампонаде носа

во введении антибиотиков в полость уха

Характерными симптомами повреждения барабанной перепонки являются

нарушение сознания, потеря координации

зуд в ухе с иррадиацией в горло

тошнота, рвота, сильное кровотечение из уха

повышение температуры тела, головные боли

+шум в ушах, кровотечение, снижение остроты слуха

Причиной носового кровотечения нетравматического генеза чаще бывает

цирроз печени

+гипертоническая болезнь

системная красная волчанка

сепсис

менингит

При стойком носовом кровотечении нецелесообразно

задняя тампонада носа

передняя тампонада носа

+внутривенное введение викасола

внутривенное введение этамзилата

местное орошение раствором адреналина

Эффективность задней тампонады носа оценивается по

развитию цианоза кожи носа

отсутствию крови в носоглотке

+отсутствию кровотечения из носа и в носоглотке

отсутствию кровотечения изо рта в покое

отсутствию кровотечения из носа и рта при покашливании и напряжении

Женщина 48 лет, поскользнувшись, ударилась затылком. Жалобы на сильную головную боль, снижение слуха, шум и кровотечение из левого уха, головокружение. Ваш диагноз

повреждение наружного слухового прохода

+перелом пирамиды левой височной кости

контузионный средний отит

перелом основания черепа

ушиб мозга

Больная 30 лет. Жалобы: боль в горле, усиливающаяся при глотании и открывании рта, температура тела - 38.9°C, общая слабость, головная боль, тошнота, затрудненное дыхание.

При осмотре: увеличение и болезненность зачелюстных лимфоузлов при пальпации, набухание левой дужки и прилегающей части мягкого нёба, язычок смещен вправо. Ваш диагноз

острый фарингит

острый первичный тонзиллит

дифтерийная ангина

+паратонзиллярный абсцесс
ложный круп

Для перелома нижней челюсти характерно

усиление болей в месте повреждения при открывании рта

ограничение в открывании рта

отек, патологическая подвижность в месте перелома, крепитация при пальпации

боль и крепитация при пальпации

+все перечисленное

При переломе нижней челюсти на догоспитальном этапе показано все, кроме

обезболивания зоны повреждения 1-2% раствором новокаина

транспортной иммобилизации с помощью подбородочной працевидной повязки

необходимости остановить кровотечение

транспортировки в отделение челюстно-лицевой хирургии

+отказа от транспортной иммобилизации во избежание дополнительной травматизации

Техника вправления вывиха нижней челюсти следующая

больной лежит, врач находится за головой больного и производит быстрое смещение (давление)

подбородка больного на себя

+больной сидит, врач находится спереди больного, его большие пальцы располагаются на

молярах нижней челюсти, остальные пальцы охватывают снаружи нижнюю челюсть

больного, врач медленно надавливает большими пальцами на челюсть вниз, а затем другими

пальцами смещает подбородок вверх

врач находится сзади сидящего больного и надавливает на подбородок по направлению к себе

вправление нижней челюсти всегда происходит самостоятельно

все перечисленные методы верны

При кровотечении из поврежденного сосуда языка на догоспитальном этапе необходимо

+осуществить пережатие общей сонной артерии на стороне повреждения, госпитализация в

хирургическую клинику

осуществить пережатие общих сонных артерий с обеих сторон

наложить зажим или прошить язык у корня

осуществить перевязку общей сонной артерии на стороне, противоположной повреждению

все перечисленное

Больная 30 лет. Жалобы: боль в левой половине лица, чувство онемения в области левого крыла носа и верхней губы, двоение в глазах. При осмотре: отек и кровоизлияние в области века и подглазничной области слева, ограничение движения нижней челюсти. Пальпаторно: симптом "ступеньки" по нижнему орбитальному краю, болезненность наружного орбитального края и в области скуловой дуги. Ваш диагноз?

перелом верхней челюсти

+перелом скуловой кости и ее дуги

изолированный перелом основания черепа

перелом нижней стенки орбиты левого глаза

перелом верхней и нижней челюсти

При обширных травмах челюстно-лицевой области возможны следующие осложнения

отек тканей с затруднением дыхания

аспирация кровью или рвотными массами

массивное кровотечение

аспирация инородным телом (обломки зубов, зубных протезов и т.п.)

+все перечисленное

Признаками, проверяемыми при оценке по шкале комы Глазго, являются

+ открывание глаз, словесный ответ, двигательная активность

открывание глаз, двигательная активность, функция дыхания

частота пульса, уровень артериального давления

открывание глаз, двигательная активность, наличие патологических рефлексов

ни один из перечисленных признаков

Сопор по шкале Глазго диагностируется при сумме баллов

менее 8

15

3

+ от 8 до 10

0

Кома по шкале Глазго диагностируется при сумме баллов

+ 7 и менее

8-10

2

15

более 10

Среднее артериальное давление рассчитывается, как

разница между систолическим и диастолическим давлением

половина суммы систолического и диастолического давления

разница между систолическим и пульсовым давлением

+ сумма диастолического и трети пульсового давления

сумма систолического и трети пульсового давления

Церебральное перфузионное давление (мозговой кровоток) определяется

+ разницей между средним артериальным и внутричерепным давлением

суммой среднего артериального и внутричерепного давления

разницей между систолическим артериальным и внутричерепным давлением

разницей между пульсовым и внутричерепным давлением

только внутричерепным давлением

Кровоток мозга существенно снижается, сопровождаясь угнетением сознания, уже при среднем артериальном давлении ниже

ниже 100 мм рт.ст.

+ ниже 60 мм рт.ст.

ниже 80 мм рт.ст.

ниже 70 мм рт.ст.

ниже 90 мм рт.ст.

При догоспитальном исследовании зрачков определяется их

величина

равномерность с обеих сторон

реакция на свет

форма

+ все перечисленные признаки

В норме диаметр зрачка при обычном освещении примерно равен

0,5 мм

1 мм

+ 2-2,5 мм

3-4 мм

ширине радужной оболочки

Для синдрома вклинения ствола мозга не характерно

прогрессирующее угнетение сознания

тенденция к брадикардии

нарушение ритма дыхания (одышка, патологические ритмы)

расширенные зрачки, не реагирующие на свет

+ узкие зрачки с сохраненной реакцией на свет

При выявлении признаков вклинения ствола мозга на догоспитальном этапе показано

+ интубация трахеи и проведение ИВЛ в режиме гипервентиляции

введение дыхательных analeptиков (кофеин, кордиамин) при нарушении дыхания

введение мочегонных препаратов (лазикс, маннитол)

срочная госпитализация без проведения дополнительных лечебных мероприятий

незамедлительное начало сердечно-легочной реанимации

Для периферического (вялого, атонического) паралича характерны следующие симптомы, кроме

нарушения всех видов движений

снижения мышечного тонуса

выпадения рефлексов (арефлексия)

фибриллярных подергиваний мышц

+ нарушения произвольных движений при сохранении непроизвольных

Для центрального (пирамидного, спастического) паралича характерны следующие симптомы, кроме

нарушения произвольных движений при сохранении (усилении) непроизвольных

появление патологических рефлексов

спастическое повышение мышечного тонуса

появления защитных движений

+ нарушения всех видов движений

Бульбарный паралич характеризуется

периферическим типом паралича

фибриллярными подергиваниями языка

поперхиванием и дисфагией

дизартрией и дисфонией

+ всеми перечисленными признаками

Бульбарный паралич характерен для

стволовых энцефалитов (например, клещевых)

интоксикаций (ботулизм)

опухолей ствола мозга

нарушений мозгового кровообращения по основной или позвоночной артерии

+ всех перечисленных патологий

Псевдобульбарный паралич характеризуется всем, кроме

центрального типа паралича

+ периферического типа паралича

поперхиванием, дисфагией, дизартрией и дисфонией

симптомов орального автоматизма, пароксизмов насильственного смеха и плача

нарушения мозгового кровообращения в бассейне правой и левой среднемозговых артерий

Односторонний положительный симптом Бабинского, выявленный сразу после развития неотложного состояния характерен для

+ поражения полушария головного мозга на противоположной стороне

поражения полушария головного мозга на той же стороне
поражения ствола головного мозга
поражения мозжечка
нехарактерен для приведенных патологий

Для исследования симптома Кернига необходимо

сгибание головы
+ разгибание голени при согнутом под прямым углом к туловищу бедре
надавливание на лонное сочленение
сдавление четырехглавой мышцы бедра
поднятие выпрямленной в коленном суставе ноги

Судорожные припадки наиболее часто наблюдаются при следующих формах неврозов

неврастения
+ истерия
невроз навязчивых состояний
при б) и в)
с одинаковой вероятностью при всех перечисленных формах

Догоспитальное проведение ИВЛ, обусловленное параличом дыхательной мускулатуры и стволowymi нарушениями, может потребоваться больным с

полиомиелитной формой клещевого энцефалита
острым полиомиелитом
острым полирадикулоневритом (синдромы Гийена-Барре и Ландри)
только а) и б)
+ всеми перечисленными заболеваниями

Наиболее частыми причинами острых воспалительных заболеваний головного мозга и его оболочек (менингит, энцефалит, абсцесс головного мозга, тромбоз синусов твердой мозговой оболочки и тромбофлебит мозговых вен) являются

хронические гнойные синуситы
средний отит и мастоидит
зубные гранулемы
гнойничковые поражения кожи лица
+ все перечисленные патологии

Характерные признаки прорыва абсцесса головного мозга в боковой желудочек

резкая головная боль, рвота, расширение зрачков
гипертермия, потливость, гиперемия лица
тахикардия, одышка
сопор или кома, клонико-тонические судороги
+ все перечисленные

Для симпатoadреналового криза не характерны

тахикардия, артериальная гипертензия
полиурия
ознобopодобное дрожание
боли в области головы и сердца, страх смерти
+ брадикардия

Лечение симпатoadреналового криза на догоспитальном этапе состоит в

+ введении диазепама
создании гипервентиляционного режима самостоятельного дыхания

введении атропина
введении кофеина и кордиамина
введении эуфиллина

Наиболее частой причиной нетравматического субарахноидального кровоизлияния является
ревмovasкулит
атеросклероз мозговых сосудов
+ аневризма сосудов головного мозга
опухоли мозга
ничего из перечисленного

Для субарахноидального кровоизлияния нехарактерно
внезапно возникшая сильная головная боль, часто следующая за физическим напряжением
тахикардия, потливость, тошнота, рвота
угнетение сознания
оболочечные симптомы
+ высокая температура тела в самом начале заболевания

Для нейропротекции при остром нарушении мозгового кровообращения применимы следующие препараты, кроме
актовегина
церебролизина
мексидола
глицина
+ аминазина

Недостаточность мозгового кровотока в вертебробазиллярной системе не проявляется
+ оболочечными симптомами
головокружениями
рвотой
потерей равновесия
гемипарезами

Окклюзия нижнего сегмента брюшной аорты отличается от ишемии в нижнем сосудистом бассейне спинного мозга
нижней параплегией
расстройством функций тазовых органов
проводниковым нарушением чувствительности
+ отсутствием пульсации на артериях нижних конечностей
всеми перечисленными признаками

При вторичном корешковом синдроме в шейном отделе позвоночника не наблюдается
+ ригидность мышц затылка
локальная боль
иррадиация боли в верхнюю конечность
спастическое кривошее
онемение верхней конечности

Вторичный корешковый синдром в грудном отделе позвоночника необходимо дифференцировать с
острой кардиальной патологией
эзофагитом
плевритом
опоясывающим лишаем

+ всеми перечисленными патологиями

Признаками проникающего ранения глаза являются

наличие раны на роговице

+наличие крови в передней камере глаза

"мелкая" передняя камера

кровотечение

головокружение, тошнота

При ранениях глазницы первая помощь заключается

в остановке кровотечения

в обезболивании

в закапывании дезинфицирующих растворов в конъюнктивальную полость

в наложении стерильной повязки

+во всем перечисленном

Первая помощь при ранениях слезных органов заключается

+в наложении асептической повязки

в промывании раствором фурацилина

во введении атропина

в обработке раны раствором йода

во введении антибиотиков

Для ожога глаз I степени характерно

+ гиперемия век и конъюнктивы

наличие крови в передней камере глаза

образование пленок на конъюнктиве

образование пузырей на коже век

глубокое полупрозрачное помутнение роговицы

Острый приступ глаукомы следует дифференцировать

+ с иридоциклитом

с кератитом

с проникающим ранением глаза

с конъюнктивитом

с мигренью

При остром приступе глаукомы внутриглазное давление

нормальное

пониженное

+ повышенное

колеблется в зависимости от давности заболевания

равно систолическому артериальному

При остром приступе глаукомы зрачок

+ расширен

нормальных размеров

сужен

изменяется в размере в течение приступа

точечный

При остром приступе глаукомы чувствительность роговицы

повышена

нормальная

+ снижена
изменяется в течение приступа
повышена в начале приступа

При остром приступе глаукомы больной предъявляет жалобы

+на радужные круги перед глазами
на мелькание "снежинок" перед глазами
на чувство двоения в глазах
на появление множества мелких черных точек
на резкое ослабление зрения

Острый приступ глаукомы следует купировать

атропином
+ пилокарпином
новокаином
совкаином
папаверином

Вероятность аномалий развития плода высока при перенесенном на ранних сроках беременности

гепатите
туберкулезе
ветряной оспе
+краснухе
пневмонии

При начавшемся аборте у беременной врач скорой помощи

должен ввести сокращающие матку средства (окситоцин)
должен рекомендовать постельный режим
+должен госпитализировать пациентку в отделение гинекологии
должен выполнить экстренное выскабливание с целью гемостаза
должен оставить «актив» участковому гинекологу

Влагалищное кровотечение во II половине беременности кроме преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, в первую очередь, характерно для

+предлежания плаценты
прервавшейся внематочной беременности
начавшегося аборта
острого цистита
дисфункционального маточного кровотечения

При подозрении на преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты врач скорой помощи должен

рекомендовать беременной постельный режим в течение недели
посоветовать беременной обратиться в женскую консультацию
+доставить беременную в родильный дом
вызвать на себя реанимационную бригаду
вызвать на себя специализированную акушерскую бригаду

При предлежании плаценты обильное кровотечение чаще бывает

+до родов
во время родов
после родов
верно а) и б)

верно б) и в)

При преждевременной отслойке значительной части плаценты появляются все перечисленные признаки, кроме

геморрагического шока

болевого синдрома

внутриутробной гибели плода

изменения консистенции и конфигурации матки

+отсутствия изменений консистенции и конфигурации матки

В третьем триместре беременности отслойку плаценты можно заподозрить

+при внезапной острой боли в животе

при резких болях при мочеиспускании

при преждевременном разрыве оболочек

при сильных шумах через переднюю стенку матки

при безболезненном влагалищном кровотечении

Транспортировку беременных с нефропатией III степени, преэклампсией или после приступа эклампсии нельзя проводить

в положении лежа на носилках

+в сидячем положении на носилках

силами специализированной реанимационной бригады

на фоне постоянной инфузионной терапии

на фоне наркоза закистью азота с кислородом

У беременных с токсикозом и выраженной артериальной гипертензией наиболее опасен следующий симптом

головные мигреноподобные боли

отеки конечностей

+надчревная боль

резкое увеличение веса

носовое кровотечение

Для эклампсии при тяжелой форме гестоза характерны следующие осложнения, за исключением

обструкции дыхательных путей

отслойки сетчатки глаза

отслойки плаценты

кровоизлияния в гипофиз

+разрыва мочевого пузыря

Осложнениями, связанными с приступом эклампсии при тяжелой форме гестоза, могут быть все перечисленные, кроме

отека легких

нарушения мозгового кровообращения, отека головного мозга

диссеминированного внутрисосудистого свертывания

острой почечной недостаточности

+острой кишечной непроходимости

Наркоз закистью азота с кислородом на догоспитальном этапе при тяжелом гестозе не показан в случае

+приступа эклампсии

перед внутривенным введением лекарств

обезболивания начавшихся родов

предупреждения приступа эклампсии во время транспортировки
перед внутримышечным введением лекарств

Беременной с эклампсическим статусом на догоспитальном этапе проводятся все перечисленные мероприятия, кроме
интубации трахеи и ИВЛ с помощью портативных дыхательных аппаратов
внутривенного введения сернокислой магнезии 2-4 г/час в растворе 5% глюкозы или солевого раствора
внутривенного использования ганглиоблокаторов и спазмолитиков
внутривенного введения атарактиков
+проведения дегидратационной терапии лазиксом

Клиническими критериями, позволяющими прогнозировать приступ эклампсии, могут быть все перечисленные, кроме
мышечных фибрилляций лица и кистей
субъективных жалоб на резкую головную боль, боль в эпигастральной области, нарушение зрения
диастолического давления в момент осмотра выше 120 мм рт. ст.
диастолического давления выше 110 мм рт. ст. более 6 часов
+появления выделений из влагалища

Роды "в ходу" характеризуются
+прогрессирующим сглаживанием шейки матки и ее раскрытием
увеличением количества кровянисто-серозных выделений
увеличивающейся частотой и продолжительностью схваток
постоянно нарастающей болью в области матки
учащенным мочеиспусканием

Если во время транспортировки в машине у роженицы начались потуги, то врач скорой помощи должен
продолжить перевозку роженицы в ближайший роддом
+остановить машину и принять роды
ввести препараты, угнетающие сократительную активность матки
ввести сокращающие матку средства

При обнаружении в выделенном последе сосудов, обрывающихся в оболочках, можно предположить
+отсутствие добавочной дольки плаценты
преждевременную отслойку плаценты
оболочечное прикрепление пуповины
роды двойней
дефект ткани плаценты

Основным симптомом при задержке в матке детского места или его частей является
резкая боль в надлобковой области
отсутствие наружного кровотечения
+кровотечение из половых путей
уменьшение матки в объеме
высокая температура тела

Немедленное лечение послеродового кровотечения, обусловленного гипотонией матки состоит
в выскабливании матки
во внутривенном введении фибриногена

в тампонаде матки
+в массаже матки
в наблюдении

При разрыве фаллопиевой трубы во время внематочной беременности возникает

+геморрагический шок
длительная задержка месячных
обильные кровянистые выделения из половых путей
постепенное нарастание анемии
боли схваткообразного характера в подвздошных областях

К симптомам внематочной беременности не относятся

наличие задержки месячных
боли внизу живота
френикус-симптом
+повышение температуры, озноб
тошнота, рвота

Наиболее опасное осложнение трубной беременности - это

восходящая инфекция мочеполовых путей
+внутреннее кровотечение
гипонатриемия
эмболия легких
кишечная непроходимость

Для эктопической трубной беременности характерно

+боль в животе
незначительное постоянное влагалищное кровотечение
отрицательный тест на беременность
увеличение матки и ее придатков
артериальная гипертензия

Наиболее частой причиной вызова скорой помощи к больной с терминальной стадией рака матки является

высокая температура
+уремия (гидронефроз)
боли в животе - непроходимость кишечника
гиповолемический шок
кровотечение

Наиболее частой причиной вызова скорой помощи к больной с запущенным раком яичников является

+кишечная непроходимость
головные боли - метастазы в мозг
кровотечение
уремия
боли в пояснице - метастазы в позвоночник

Основанием для оказания психиатрической помощи (осмотр или, при необходимости, госпитализация) является

опасность больного для себя
опасность больного для окружающих
беспомощность больного (неспособность самостоятельно удовлетворять свои жизненные

потребности)
угроза нанесения вреда здоровью пациента в результате прогрессирования заболевания
+ все перечисленное

Доставка больного в психиатрическую клинику допускается

неспециализированной бригадой скорой помощи при согласии больного и окружающих его лиц, если больной ранее наблюдался у психиатра
неспециализированной бригадой скорой помощи при отсутствии согласия больного и окружающих его лиц, если больной опасен для себя и окружающих
+ специализированной психиатрической скорой помощи при отсутствии согласия больного и окружающих его лиц, если больной опасен для себя и окружающих
только по решению суда
верно а), б) и в)

В задачи врача скорой помощи при выезде к больному, страдающему психическим расстройством, не входит

оказание симптоматической медицинской помощи
+ назначение курсового амбулаторного лечения или его коррекция
купирование возбуждения, представляющего опасность для больного и окружающих
решение вопроса о необходимости госпитализации
обеспечение безопасности больного, окружающих его лиц и медперсонала

Основанием для доставки больного в психиатрический стационар по скорой помощи не являются

расстройства сознания с психомоторным возбуждением
суицидальные тенденции и проявления
аффективные реакции с агрессивными и разрушительными действиями
императивные галлюцинации и другие психические расстройства, угрожающие жизни и здоровью людей
+ хронические психические расстройства вне обострения по требованию родственников или соседей больного

При осмотре больного врач скорой помощи обнаруживает у него симптомы острого психического заболевания. Больной не агрессивен, высказывает суицидальные мысли.

Тактика врача заключается в

проведении интенсивной терапии и рекомендации последующего обращения в поликлинику
госпитализации больного самостоятельно, соблюдая правила техники безопасности
консультации со старшим врачом, вызове на себя психиатрической бригады и наряда милиции, возвращении на подстанцию
+ консультации со старшим врачом, вызове и ожидании психиатрической бригады, передаче ей больного
вызове психиатрической бригады, оставлении больного под присмотром родственников

В случае, когда больной, обнаруживающий тяжелое психическое расстройство, высказывает или пытается осуществить агрессивные действия в отношении бригады скорой помощи, необходимо

попытаться успокоить больного, оставаясь рядом с ним, вызвать бригаду психиатрической скорой помощи и дожидаться ее прибытия
покинуть квартиру, оставив больного под надзором родственников, посоветовать им вызвать

бригаду психиатрической скорой помощи или обратиться в диспансер
покинуть квартиру, вызвать на место сотрудников милиции и, дождавшись их приезда, передать им больного
+ покинуть квартиру, вызвать на место сотрудников милиции и бригаду психиатрической скорой помощи и, дождавшись их приезда, передать им больного
попытаться самим госпитализировать больного в психосоматическое отделение, выставив дополнительный соматический диагноз

Выделяют следующие формы изменения сознания, кроме

делирия
сумречного расстройства сознания
+ сопора
онейроида
амении

К острым психотическим расстройствам не относят

делирий
маниакально-депрессивный психоз
инволюционный психоз
реактивный психоз
+ истерия

Для невротического расстройства, в отличие от психотического, характерным признаком является

утрата чувства реальности
развитие бреда
наличие истинных галлюцинаций
+ сохранение чувства реальности
наличие псевдогаллюцинаций

Длительная, трудноразрешимая психологическая травма приводит к возникновению реактивного психоза

+ невроза
эпилепсии
маниакально-депрессивного психоза
шизофрении

Острая психическая травма вызывает

+ реактивный психоз
маниакально-депрессивный психоз
шизофрению
эпилепсию
ничего из перечисленного

Острые психотические расстройства могут развиваться

при тяжелых соматических заболеваниях
при интоксикациях
при инфекционных заболеваниях
при черепно-мозговой травме
+ при всех перечисленных патологиях

К группе нейролептиков не относятся

аминазин
+ реланиум

галоперидол
триседил
тизерцин

Острый нейролептический синдром может возникнуть

после приема циклодола
после приема ноотропила
+ после приема галоперидола
после приема реланиума
после приема любого из перечисленных препаратов

Острый нейролептический синдром характеризуется всем, кроме

выраженной мышечной ригидности и дистонии
акинезия
+ психомоторного возбуждения
жара, гипергидроза, повышения частоты пульса и артериального давления
притупления аффекта

Для купирования острых дискинетических расстройств, вызванных приемом нейролептиков, необходимо использовать

сульфат магния
галоперидол
+ реланиум
лазикс
прозерин

К ранним клиническим проявлениям абстинентного синдрома у больных опиатной наркоманией относится

миоз
мидриаз
+ гипергидроз
сухость кожных покровов

Наиболее достоверным признаком острой задержки мочеиспускания, диагностируемым на догоспитальном этапе, является

не пальпируется мочевого пузыря
+ невозможность даже частичного опорожнения мочевого пузыря, часто сопровождающаяся мучительными и бесплодными позывами
тяжесть и боли внизу живота и в поясничной области
болезненное, частое мочеиспускание маленькими порциями
частое мочеиспускание с примесью крови

Показания для госпитализации больных с острой задержкой мочи

невозможность катетеризации мочевого пузыря
уретральная лихорадка
парафимоз
сопутствующие травмы уретры
+ все перечисленные

Для мочекаменной болезни нехарактерно

острая боль (почечная колика)
отхождение камней
гематурия

дизурия

+полиурия

Наиболее распространенным осложнением острого пиелонефрита является

хроническая почечная недостаточность

+бактеремический шок

разрыв мочеточника

парафимоз

все перечисленные осложнения

Тактикой врача скорой помощи при травме почек является

обезболивание, катетеризация мочевого пузыря, госпитализация

обезболивание и госпитализация

+противошоковая и гемостатическая терапия, госпитализация

срочная госпитализация без проведения лечебных мероприятий

паранефральная блокада, катетеризация мочевого пузыря, госпитализация

Для острого цистита нехарактерно

учащенные позывы на мочеиспускание

болезненное мочеиспускание

+безболевая гематурия

пиурия

дизурия

Диагностика разрыва мочевого пузыря на догоспитальном этапе возможна

пальпацией и перкуссией надлобковой области

цистоскопией полости мочевого пузыря

+катетеризацией мочевого пузыря

пальцевым исследованием через прямую кишку

Для кровоизлияния в мошонку характерно

напряженная мошонка

кожа багрово-синюшная

яичко отделяется от гематомы

яичко пальпируется сзади

+все перечисленные признаки

Для разрыва уретры характерно

боль

задержка мочеиспускания

промежностная гематома

уретрорагия

+все перечисленное

Вопросы к экзамену

1. Острый коронарный синдром. Этиология. Патогенез. Классификация. Неотложная терапия.
2. Отравления транквилизирующими, снотворными средствами: диагностика, неотложная терапия.
3. Клиника типичных и атипичных приступов стенокардии. ЭКГ признаки. Помощь. Тактика в условиях скорой медицинской помощи.
4. Термические поражения (отморожения, переохлаждения). Клиника. Диагностика. Неотложная помощь на догоспитальном этапе.
5. Инфаркт миокарда. Клиника. Диагностика, лечение, этапы реабилитации.
6. Этапы обследования при заболевании почек.
7. Кардиогенный шок. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь на догоспитальном этапе.
8. Жизнеугрожающие осложнения беременности: преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Клиника, Диагностика. Дифференциальная диагностика. Неотложная помощь на догоспитальном этапе.
9. Гипертонические кризы (неосложненные и осложненные): клиника, неотложная помощь.
10. Дифференциальный диагноз при болях в левой половине грудной клетки.
11. Анафилактический шок: причины, клиническая картина, неотложная помощь.
12. Острые медикаментозные аллергические реакции: клиника, неотложная помощь.
13. Классификация нарушений сердечного ритма, методы диагностики, принципы лечения, противоаритмические препараты.
14. Острая задержка мочи. Этиология. Диагностика. Неотложная помощь на догоспитальном этапе.
15. Астматический статус: диагностика, неотложная терапия.
16. Дифференциальный диагноз при острых болях в животе. Тактика ведения больного на догоспитальном этапе.
17. Диабетические комы: диагностика, дифференциальная диагностика, неотложная терапия.
18. Особоопасные инфекции (холера, чума, сибирская язва). Клиника. Диагностика. Тактика врача скорой помощи.
19. Гипогликемическая кома: диагностика, неотложная терапия.
20. Закрытая травма позвоночника и повреждение спинного мозга. Клиника. Диагностика. Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе.
21. Острый панкреатит. Дифференциальная диагностика. Клиника, диагностика. Неотложная помощь на догоспитальном этапе.
22. Острые воспалительные заболевания мочеполовых органов. Диагностика. Тактика врача СМП.
23. Острый живот: основы диагноза и дифференциального диагноза. Тактика врача скорой помощи.
24. Острое нарушение мозгового кровообращения. Транзиторная ишемическая атака. Ишемический инсульт. Геморрагический инсульт. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Принципы оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе.
25. Острые лихорадочные состояния. Тактика врача скорой помощи.
26. Неотложная помощь при гипертермическом синдроме на догоспитальном этапе.
27. Нарушения ритма и проводимости в остром периоде при инфаркте миокарда: диагностика, неотложная терапия.
28. Судорожные состояния: эпилепсия, истерический судорожный припадок, судорожный синдром при тетании. Дифференциальная диагностика. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь на догоспитальном этапе.

29. Неотложная помощь при неосложненном гипертоническом кризе
30. **Кровотечения в гинекологической практике: дисфункциональные маточные кровотечения.**
Клиника. Диагностика. Тактика врача скорой помощи Клиническое течение родов.
Акушерское пособие на догоспитальном этапе
31. Острые вегетативные синдромы. Классификация. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь на догоспитальном этапе
32. Аппендицит. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика ведения больного на догоспитальном этапе.
33. Острая сердечная недостаточность. Отек легких. Клиника, диагностика, неотложная помощь. Дальнейшая тактика.
34. Мозговая кома. Причины. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Неотложная помощь на догоспитальном этапе.
35. Расслаивающая аневризма аорты грудного, брюшного отделов. Этиология. Патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, помощь, тактика.
36. Прободная язва желудка и 12-ти перстной кишки. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика ведения больного на догоспитальном этапе.
37. Аллергические реакции. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, осложнения, неотложная помощь, тактика в условиях скорой помощи.
38. Заболевания и травмы наружных половых органов. Неотложная помощь на догоспитальном этапе.
39. Острый инфаркт миокарда. Этиология. Патогенез. Типичная, атипичная клиника. ЭКГ признаки. Помощь. Тактика врача скорой медицинской помощи.
40. Травмы ЛОР-органов. Переломы костей носа и околоносовых пазух. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь на догоспитальном этапе.
41. Острая дыхательная недостаточность: диагностика, дифференцированная терапия.
42. Травма груди. Классификация. Клиника и диагностика открытых травм груди. Клиника и диагностика закрытых травм груди. Неотложная помощь на догоспитальном этапе.
43. Пароксизмальная тахикардия: этиология, механизмы возникновения, клиника, ЭКГ-диагностика. Осложнения. Неотложная помощь.
44. Диагностика и неотложная терапия при острой почечной недостаточности.
45. Тромбоэмболия лёгочной артерии. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. ЭКГ признаки. Помощь. Тактика врача скорой помощи.
46. Инородные тела гортани, трахеи, бронхов и пищевода. Клиника. Диагностика Неотложная помощь на догоспитальном этапе
47. Наджелудочковые пароксизмальные нарушения сердечного ритма: формы, диагностика, неотложная терапия.
48. Острый приступ глаукомы. Диагностика. Неотложная помощь на догоспитальном этапе
49. Диабетическая кетоацидотическая кома: этиология, патогенез, клиника, неотложная помощь.
50. Кровотечения из глотки, уха. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь на догоспитальном этапе.

Ситуационная задача 1

Больная П., 71 лет, ела вечером рыбные консервы. Около 1 часа ночи проснулась от сильных болей в подложечной области, сопровождающихся повторной рвотой, холодным потом. Муж

больной, употребивший те же консервы, остался здоровым. Врач заподозрил пищевую интоксикацию и срочно госпитализировал больную. В больнице сделали промывание желудка, после чего развилось удушье, появился кашель с пенистой мокротой. В легких влажные и сухие хрипы. После внутривенного введения строфантина и кровопускания состояние улучшилось. Но осталась резкая слабость и одышка. К утру, одышка стала нарастать, пульс стал нитевидным, едва прощупывался, АД 70/40 мм рт. ст., и при явлении сердечно-сосудистой недостаточности больная скончалась.

1. Ваш диагноз?
2. В чем заключалась ошибка врача?
3. Какие изменения можно ожидать на ЭКГ?
4. Какова должна быть тактика врача «скорой помощи»?

Тактика врача стационара?

Ситуационная задача 2

У больной 52 лет с гипертонической болезнью II стадии после физической нагрузки появились резко выраженная одышка, кашель с розовой мокротой. Доставлена машиной «скорой помощи». При осмотре: состояние тяжелое. Больная сидит, опершись руками о кровать. Выраженный цианоз и акроцианоз. Затрудненный вдох, клочущее дыхание. В легких масса сухих и влажных хрипов, в нижних отделах мелкопузырчатые влажные хрипы. АД 230/130 мм рт.ст. тоны сердца приглушены, тахикардия. Пульс 114 в 1 минуту. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Нижний край печени по краю реберной дуги.

1. Ваш диагноз?
2. Какое осложнение развилось?
3. Какие изменения могут наблюдаться на ЭКГ?
4. Лечебная тактика.

Ситуационная задача 3

Больная А., 45 лет, жалуется на головную боль, головокружение, боль в области сердца, тошноту, мелькание «мушек» перед глазами.

Болеет 2 года, состояние постепенно ухудшается.

При осмотре: пульс – 96 уд в 1 мин, границы сердца расширены на 1 см влево, АД 160/90 мм.рт.ст.

Результаты дополнительного обследования: общий анализ мочи – без патологических изменений; на ЭКГ – признаки гипертрофии левого желудочка; на глазном дне – расширение вен и сужение артерий сетчатки.

Вопросы:

1. Соответствует ли описанная клиническая картина клинической картине гипертонической болезни?
2. Ваш диагноз?
3. Какое лечение необходимо?

Ситуационная задача 4

В приемный покой доставлен больной 63 лет в крайне тяжелом состоянии. 2 года назад перенес инфаркт миокарда. В последующем постепенно нарастала одышка, и появились значительные отеки. Положение ортопноэ, резкая одышка в покое, выраженные периферические отеки, асцит, в нижних отделах легких выслушиваются застойные влажные хрипы. Тоны сердца глухие, пульс 26 в 1 минуту, дефицита пульса нет.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие изменения на ЭКГ характерны для вышеописанного состояния?
3. Окажите неотложную помощь.

Ситуационная задача 5

Доставлена больная 24 лет с жалобами на высокую температуру с ознобом, боли в правом подреберье, связанные с дыханием, кашель с небольшим количеством мокроты «рисового характера», рвоту, головную боль. Заболела остро. Вечером, придя с работы, чувствовала себя здоровой. Поужинала – хлеб с колбасой, маслом, пила чай. Через 2-3 часа после ужина почувствовала озноб, заболела голова, вырвало съеденной пищей. Затем рвота повторилась еще 3 раза, рвало желчью. Появились наряду с этим боли в правом боку, не может глубоко дышать из-за болей.

Объективно: состояние тяжелое, температура 39°C . Держится рукой за правый бок, стонет от болей. Лицо гиперемировано, больше правая щека. Отмечается герпес на губах. Выражена желтушность склер и кожных покровов, язык влажен, умеренно обложен бурым налетом. При перкуссии притупление перкуторного звука от угла лопатки и ниже. В области притупления ослабленное дыхание с выраженным бронхиальным оттенком, выслушивается крепитация. Голосовое дрожание в этой области усилено, отмечается болезненность при надавливании на грудную клетку справа внизу. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в области правого подреберья. Нижний край печени по реберной дуге, селезенка почти не пальпируется. Анализ крови: эр. $3,3 \cdot 10^{10}/\text{л}$, Нб 84 ед, лейкоц. – $17,5 \cdot 10^9/\text{л}$, п/я – 16%, с/я – 72%, л. – 10%, м. – 2%, СОЭ – 24 мм/час.

Анализ мочи: темно-желтая, прозрачная, удельный вес 1020, белок – следы. Уробилин – (+++), желчные пигменты отрицательные, лейкоциты 5 в поле зрения.

Билирубин крови общий 20 мкмоль/л, прямой – 5,4 мкмоль/л, непрямой – 14,6 мкмоль/л.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какое осложнение развилось у больной?
3. Критерии диагностики.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Лечебная тактика врача.

Ситуационная задача

Мужчину 59 лет в течение 5 лет беспокоили давящие боли за грудиной при физической нагрузке, купирующиеся нитроглицерином. Частота приступов варьировала в зависимости от физической нагрузки от 1 до 4 в день, регулярно принимал конкор 5 мг 1 раз в день, мономак 40 мг 2 раза в сутки, кардиоаспирин 100 мг 1 раз в день. За последние 3 недели, несмотря на регулярный прием препаратов, отметил изменение характера загрудинных болей, приступы участились до 10-12 в день, стали более продолжительными, появились в покое в ночное время. ЭКГ не показала существенной динамики.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз?

2. Тактика лечения?

Ситуационная задача №7.

Мужчину 39 лет в течение 2 лет периодически беспокоят давящие боли за грудиной, возникающие при выходе из теплого помещения на улицу, при эмоциональном напряжении, изредка ночью, в предутренние часы. Боли купируются приемом 1-2 таблеток нитроглицерина. Регулярно принимает атенолол (25 мг 2 раза в день), тромбо-асс 75 мг/сут. При ЭКГ–мониторировании на фоне синусового ритма (64 в мин) зарегистрирован эпизод элевации сегмента ST на 3 мм в 4.45 утра, продолжительностью 7 мин, одиночная желудочковая экстрасистолия.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз?
2. Какие методы лечения следует применить в данном случае?

Ситуационная задача 8

Больная 58 лет, доставлена «скорой помощью» с жалобами на рвоту кровью, резкую слабость.

Рвота возникла внезапно, после подъема тяжести. В течение последних 2 лет отмечала нарастающую слабость, исхудание, ухудшение аппетита, чувство тяжести в подложечной области после еды, увеличение живота, усиление одышки. В начале минувшего года была слабо выраженная желтуха. При осмотре рвотных масс плохо свернувшаяся темная кровь, около 800 мл. Больная исхудавшая, кожа сухая, на плечах, спине - гематомы в виде «паучков». На передней грудной стенке расширенные, спавшиеся вены. Печень пальпируется у края реберной дуги, плотная, с острым краем, безболезненная. При перкуссии живота определяется притупление во флангах. АД 70/50 мм рт.ст. Пульс нитевидный 100 ударов в минуту.

В анализе крови: АЛТ 4,5, АСТ 2,8, тимоловая проба 7,8.

1. Ваш диагноз?
2. Неотложные мероприятия.
3. План обследования.
4. Лечение.

Ситуационная задача №9.

Больной С., 48 лет, доставлен «скорой помощью» с жалобами на интенсивные боли в верхней половине живота. Боли постоянные, мучительные. Больной беспокоен, частая рвота, не приносящая облегчение. Накануне употребил алкоголь, плотно поел.

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца глухие, тахикардия, ЧСС 100 уд. в мин. АД 90/60 мм рт.ст. язык сухой, густо обложен белым налетом, живот мягкий, болезненный при пальпации в эпигастриальной области, в т. Дежардена, положительный симптом Мейо-Робсона, Кюлена, Воскресенского.

В анализах крови: эр. $4,8 \cdot 10^{10}/л$, лейкоц. – $10,5 \cdot 10^9/л$, СОЭ – 28 мм/час.

Глюкоза крови 6,0 ммоль/л. Билирубин крови общий 30 мкмоль/л, прямой – 25,0 мкмоль/л,

непрямой – 5,0 мкмоль/л, α -амилаза – 42 ед.

1. Ваш диагноз?
2. Неотложная помощь.
3. Обследование.
4. План дальнейшего лечения.
5. Какой механизм повышения билирубина крови у данного больного?

Ситуационная задача №10.

Больной С., 66 лет, в течение нескольких месяцев отмечает сильную головную боль, сопровождающуюся тошнотой, сердцебиением, колющей болью в области сердца. Состояние облегчалось приемом клофелина. Ночью остро развилась тяжелая одышка смешанного типа, появился кашель с выделением большого количества пенистой розовой мокротой, резко учащенное сердцебиение.

При осмотре: возбужден, ЧД 34 в мин. В легких на всем протяжении большое количество мелко- и среднепузырчатых хрипов. Сердце расширено влево на 3 см. Тахикардия до 120 в мин. Приглушенность I тона, акцент II тона над аортой. АД 245/105 мм рт ст.

1. Ваш диагноз? (обоснование)
2. Какие неотложные мероприятия необходимы для выведения больного из этого состояния?

Ситуационная задача 11

Больной С., 49 лет.

Был доставлен в БИТ по поводу острого трансмурального инфаркта миокарда передне-перегородочной локализации.

При поступлении: кожные покровы бледные. ЧСС = 88 уд\мин., АД 130\80 мм рт ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не прослушиваются. В легких - дыхание несколько ослаблено, хрипов нет. ЧД 20 в мин. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Периферических отеков нет.

На 5 день заболевания состояние больного внезапно резко ухудшилось: появились признаки острой правожелудочковой недостаточности (набухание шейных вен, увеличение печени, падение АД до 90\50 мм рт ст., синусовая тахикардия 125 уд\мин.), при аускультации сердца стал выслушиваться грубый пансистolicкий шум на верхушке и в точке Боткина.

Вопросы:

1. Какова наиболее вероятная причина резкого ухудшения состояния больного?
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?

Ситуационная задача №12.

Больной В., 40 лет.

Доставлен «скорой помощью» в БИТ через 2 часа после интенсивного ангинозного приступа, развившегося впервые в жизни.

В анамнезе - хронический тонзиллит, хронический некалькулезный холецистит.

При поступлении: состояние тяжелое, сохраняются ангинозные боли. АД 110\70 мм рт ст., ЧСС 68 уд\мин. Тоны сердца пониженной звучности, шумы не прослушиваются. В легких - застойных хрипов нет. Печень не увеличена, периферических отеков нет.

ЭКГ: подъем ST в I, AVL, V1 - V4 до 11 мм, депрессия ST в II, III, AVF на 2 мм, интервал PQ = 0,26, нарушение внутрижелудочковой проводимости по правой ножке пучка Гиса.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз, ориентируясь на представленные данные.
2. Перечислите последовательность лечебных мероприятий.

Ситуационная задача №13.

Больная В., 54 лет.

Доставлена в БИТ после 2-часового ангинозного приступа, купированного на догоспитальном этапе.

В анамнезе: год назад перенесла инфаркт миокарда передней локализации. В течение года приступы стенокардии 1 раз в 2-3 месяца, периодически отмечала одышку при физической нагрузке, пастозность голеней.

Объективно: состояние тяжелое. Положение ортопноэ. Акроцианоз. Набухание шейных вен. ЧД = 26 в мин. АД 110/65 мм рт.ст., ЧСС 115 уд/мин. Тоны сердца глухие, ритмичные. В легких на фоне ослабленного дыхания выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы. Печень не увеличена. Периферических отеков нет.

ЭКГ: патологический зубец Q в I, AVL, V1 - V3, низкий вольтаж R в V4, подъем ST в I, V1 - V5 до 4 мм.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз, ориентируясь на представленные данные.
2. Какие исследования следует дополнительно провести для уточнения диагноза?
3. Перечислите последовательность лечебных мероприятий.

Ситуационная задача №14.

Больная Е., 50 лет, доставлена с жалобами на головную боль, высокую температуру, резкую колющую боль в правой половине грудной клетки, усиливающуюся при кашле, одышку, кашель с мокротой ржавого цвета.

Заболевание началось остро, после переохлаждения. Больна 2-день.

Объективно: температура 39,4°C. Общее состояние тяжелое. Лицо гиперемировано, на губах определяются герпетические высыпания.

При осмотре правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании, при пальпации голосовое дрожание справа усилено, при перкуссии справа над нижней долей определяется притупление звука, при аускультации справа над нижней долей дыхание ослабленное, везикулярное, определяется крепитация. ЧДД - 28 в мин. Тоны сердца приглушены. Пульс 110 в мин., ритмичный, АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Определите Вашу тактику в отношении данной пациентки.

Ситуационная задача №15.

Больной Т, 68 лет, пенсионер, жалуется на сжимающую боль в области сердца с иррадиацией в обе руки. Приступы боли повторялись ежедневно в течение 5 дней и с трудом снимались нитроглицерином. Последний приступ купирован введением дроперидола и фентоламина.

При осмотре: состояние тяжелое, кожные покровы бледные, пульс 102 в мин, слабого наполнения и напряжения. АД 80/50 мм рт.ст. ЧД 26 в мин. В нижних отделах легких мелкопузырчатые влажные хрипы.

В крови: лейкоц 11,5*10⁹/л, СОЭ 35 мм/ч. ЭКГ: куполообразный подъем сегмента ST в III, V₁-V₃ в отведениях, желудочковые экстрасистолы.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какое необходимо лечение?

Ситуационная задача №16.

Больной И., 36 лет, обратился с жалобами на озноб, повышение температуры, сухой кашель, сильную боль в правой половине грудной клетки.

Объективно: температура 37,8°C. Состояние средней тяжести. Пациент лежит на правом боку. Кожа чистая, при осмотре грудной клетки отставание правой половины при дыхании. Дыхание справа ослабленное, выслушивается шум трения плевры. Тоны сердца приглушены. ЧСС 92 в мин. АД 120/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента.

Ситуационная задача №17.

Больная В, 35 лет, жалуется на одышку, чувство давления в правом боку, общую слабость, температуру 38,2-38,6° С, потливость. Заболела неделю назад, когда после переохлаждения повысилась температура, появились кашель, недомогание. Лечилась амбулаторно. Указанные симптомы имеют тенденцию к нарастанию.

При осмотре: легкий цианоз губ. ЧД 28 в мин. Пульс ритмичный. 90 в мин, АД 135/85 мм рт.ст, правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания, межреберные промежутки сглажены. При перкуссии ниже угла лопатки справа определяется тупость с границей, идущей вверх. В этой области дыхание не проводится, на остальном протяжении дыхание жесткое, с единичными хрипами. Сердечная тень умеренно смещена влево.

Анализ крови: лейкоц 19*10⁹/л, э- 59%, п- 12%, л- 20%, м- 3%,
СОЭ 30 мм/ч.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо сделать?
3. Ваша врачебная тактика?
4. Какое лечение необходимо?

Ситуационная задача №18.

Больной К, 37 лет, доставлен в приемное отделение клинической больницы машиной скорой помощи на носилках в коматозном состоянии в сопровождении родственников.

Из анамнеза (со слов родственников) в течение многих лет употребляет спиртные напитки.

Последние двое суток много пил (в квартире много пустых бутылок из-под водки).

При осмотре: больной без сознания, на вопросы не отвечает, кожные покровы бледные, влажные, холодные, покрытые липким потом. Зрачки сужены. Определяются мышечная гипотония, отсутствие сухожильных, корнеальных и глоточных рефлексов. Пульс 120 в мин, ритмичный, тахикардия. АД 90/60 мм рт ст.

Тоны сердца ослабленной звучности. Границы в пределах возрастной нормы. Над легкими жесткое дыхание, рассеянные сухие и единичные влажные мелкопузырчатые хрипы, перкуторный звук с коробочным оттенком, язык западает. Выраженная гиперсаливация.

Данные ЭКГ: изменения конечной части желудочкового комплекса в связи с гипоксией миокарда в результате нарушения дыхания.

Анализ крови: эр. $4,7 \cdot 10^{12}/л$, Нб 110г/л, цв. Показатель 0,8, лейкоц $7,2 \cdot 10^9/л$, СОЭ 5 мм/ч. Взята кровь на содержание алкоголя.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Ваша врачебная тактика?

Ситуационная задача №19.

Больной А., 36 лет, обратился к врачу с жалобами на острые боли в животе, возникающие через 30 мин. после приема пищи, рвоту на высоте боли, приносящую облегчение. Иногда больной сам вызывает рвоту после еды для уменьшения боли. Аппетит сохранен, но из-за появления болей после еды, больной ограничивает прием пищи. Болен несколько лет, ухудшение состояния отмечается в осенне-весенний период, обострения провоцируются эмоциональными перегрузками. Больной курит в течение 20 лет по 1 пачке сигарет в день.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Легкие и сердце без патологии. Язык обложен беловатым налетом. При пальпации живота отмечается болезненность в эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.

Ситуационная задача №20.

Больной О., 20 лет, обратился к врачу с жалобами на сильные боли в животе, возникающие через 3-4 часа после еды, натошак, нередко ночью, боли проходят после приема молока. Отмечается склонность к запорам, похудание. Аппетит сохранен.

Больным считает себя в течение года. Из анамнеза выяснилось, что больной много курит, злоупотребляет алкоголем.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Со стороны легких и сердечно-сосудистой системы патологии нет. Язык обложен бело-желтым налетом. При пальпации живота отмечается резкая болезненность справа от средней линии выше пупка. Печень и селезенка не пальпируются.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.

Расскажите о принципах лечения в соответствии с Вашим предварительным диагнозом

Ситуационная задача №21.

К врачу обратилась больная А., 30 лет, с жалобами на общую слабость, головную боль, головокружение, одышку при ходьбе, сердцебиение, мелькание "мушек" перед глазами, желание есть мел.

Из анамнеза выяснилось, что у нее обильные и длительные (8 дней) менструации.

Объективно: температура 36,7°C. Общее состояние удовлетворительное. Кожа бледная, сухая. Ногти обломанные, слоятся, поперечно исчерченные. Дыхание везикулярное, ЧДД 26 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум на верхушке сердца. Пульс 100 в мин, ритмичный, слабого наполнения, мягкий. АД 90/60 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования больного.
3. Расскажите о принципах лечения в соответствии с Вашим предварительным диагнозом.

Ситуационная задача №22.

Больной Б., 58 лет, обратился к врачу с жалобами на общую слабость, недомогание, тошноту, чувство тяжести в правом подреберье, метеоризм, кожный зуд, ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи и физической нагрузки, носовые кровотечения.

Из анамнеза выяснилось, что больной много лет употреблял спиртные напитки в большом количестве.

Объективно: температура 36,9°C. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки желтоватого цвета, видны следы расчесов на коже, в правом носовом ходе есть корочки коричневого цвета. Губы яркие, блестящие, язык гладкий, влажный. Ладони гиперемированы. На коже груди есть 2 сосудистые звездочки, на коже живота вокруг пупка расширенные и извитые подкожные вены. Отмечается отсутствие оволосения в подмышечных впадинах, увеличение молочных желез. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Дыхание ослаблено. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 92 в мин., АД 140/90 мм рт. ст. Живот увеличен в размерах, при пальпации слабоболлезненный в правом подреберье. Печень на 5 см выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии, болезненная, плотная, поверхность неровная. Селезенка выступает из-под края реберной дуги на 2 см, безболезненная.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Расскажите о принципах лечения в соответствии с Вашим предварительным диагнозом.

Ситуационная задача №23.

К врачу обратилась больная А., 30 лет, с жалобами на общую слабость, головную боль, головокружение, одышку при ходьбе, сердцебиение, мелькание "мушек" перед глазами, желание есть мел.

Из анамнеза выяснилось, что у нее обильные и длительные (8 дней) менструации.

Объективно: температура 36,7°C. Общее состояние удовлетворительное. Кожа бледная, сухая. Ногти обломанные, слоятся, поперечно исчерченные. Дыхание везикулярное, ЧДД 26 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, систолический шум на верхушке сердца. Пульс 100 в мин, ритмичный, слабого наполнения, мягкий. АД 90/60 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования больного.
3. Расскажите о принципах лечения в соответствии с Вашим предварительным диагнозом.

Ситуационная задача №24.

Больная Т., 67 лет, обратилась к врачу в поликлинике с жалобами на жажду, сухость во рту, кожный зуд в области промежности, обильное выделение мочи, общую слабость.

Подобные жалобы появились 3 месяца назад.

Объективно: температура 36,6°C. Рост 160 см, масса тела 92 кг. Общее состояние удовлетворительное. Кожа сухая, видны следы расчесов. Подкожно- жировая клетчатка развита избыточно. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. ЧСС 72 в мин. АД 140/90 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

В биохимическом анализе сахар крови – 12 ммоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования больной.

Расскажите о принципах лечения в соответствии с Вашим предварительным диагнозом.

Ситуационная задача №25.

В конце напряженного трудового дня женщина, 35 лет, отметила резкое ухудшение состояния - появилась сильная головная боль, головокружение, тошнота, сердцебиение, учащенное обильное мочеиспускание. Женщина обратилась к врачу здравпункта.

Объективно: пациентка возбуждена. Кожные покровы гиперемизированные, влажные. Тоны сердца громкие, ритмичные, выслушивается акцент II тона на аорте. Пульс 100 уд./мин., ритмичный. АД 180/100 мм рт.ст.

Вопросы:

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациентки.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.
3. Расскажите о дальнейшей тактике ведения пациентки.

Критерии оценок.

При решении ситуационных задач используются следующие критерии оценки

Количественная оценка	Качественная оценка уровня подготовки
5 «отлично»	-дается комплексная оценка предложенной ситуации; - демонстрируются глубокие знания теоретического материала и умение их применять; - последовательное, правильное выполнение всех заданий; - умение обоснованно излагать свои мысли, делать необходимые выводы.
4 «хорошо»	-дается комплексная оценка предложенной ситуации; - демонстрируются глубокие знания теоретического материала и умение их применять; - последовательное, правильное выполнение всех заданий; - возможны единичные ошибки, исправляемые самим студентом после замечания преподавателя; -умение обоснованно излагать свои мысли, делать необходимые выводы.
3 «удовлетворительно»	-затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; -неполное теоретическое обоснование, требующее наводящих вопросов преподавателя; -выполнение заданий при подсказке преподавателя; - затруднения в формулировке выводов.
2 «неудовлетворительно»	- неправильная оценка предложенной ситуации; -отсутствие теоретического обоснования выполнения заданий.

При выполнении заданий в тестовой форме обычно используются следующие критерии оценки

Процент результативности (правильных ответов)	Качественная оценка уровня подготовки	
	балл (отметка)	вербальный аналог
90 - 100	5	отлично
80 : 89	4	хорошо
70 : 79	3	удовлетворительно
менее 70	2	неудовлетворительно

При проведении собеседования используются следующие критерии оценки

Количественная оценка	Качественная оценка уровня подготовки
5 «отлично»	Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные студентом самостоятельно в процессе ответа.
4 «хорошо»	Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показано умение выделить существенные и несущественные признаки, причинно-следственные связи. Ответ четко структурирован, логичен, изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные студентом с помощью преподавателя.
3 «удовлетворительно»	Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Студент не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Студент может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции.
2 «неудовлетворительно»	Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Студент не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа студента не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.

