Федеральное медико-биологическое агентство
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Государственный научный центр Российской Федерации –
Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна»
Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования

Кафедра медицины катастроф с курсом скорой медицинской помощи

УТВЕРЖДАЮ
Первый проректор МБУ ИНО ФМБЦ
им. А.И. Бурназяна
_____ В.Н. Олесова
«17» апреля 2023 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ С ОЦЕНОЧНЫМИ СРЕДСТВАМИ

основная профессиональная образовательная программа
высшего образования – программа ординатуры
по специальности
31.08.48 Скорая медицинская помощь

Уровень образования: подготовка кадров высшей квалификации

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 5245C700D5AFBD9B467025BEFED80EEF
Владелец: Олесова Валентина Николаевна
Действителен: с 30.03.2023 до 20.04.2024

Москва, 2023

1. Общие положения

1.1. Законодательные и нормативные основы разработки программы государственной итоговой аттестации

– Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;

– приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 25.08.2014 № 1091 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.48 Скорая медицинская помощь (уровень подготовки кадров высшей квалификации)»;

– приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.11.2013 № 1258 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры»;

– приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 18.03.2016 № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки».

1.2. Государственная итоговая аттестация в структуре программы ординатуры

Государственная итоговая аттестация относится в полном объеме к базовой части программы ординатуры – Блок 3 «Государственная итоговая аттестация» – и завершается присвоением квалификации «Врач скорой медицинской помощи».

В Блок 3 «Государственная итоговая аттестация» входит подготовка и сдача государственного экзамена.

Трудоемкость освоения программы государственной итоговой аттестации выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры по специальности 31.08.48 Скорая медицинская помощь составляет 3 зачетных единицы, из них: 2 зачетных единицы приходятся на подготовку к государственному экзамену и 1 зачетная единица – государственные итоговые испытания в форме государственного экзамена.

2. Требования к государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.48 Скорая медицинская помощь выявляет теоретическую и практическую подготовку выпускника в соответствии требованиями ФГОС ВО по специальности.

Обучающийся допускается к государственной итоговой аттестации после успешного освоения программ дисциплин и практик в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры.

Государственная итоговая аттестация включает оценку сформированности у выпускников всех универсальных и профессиональных компетенций, установленных ФГОС ВО по специальности 31.08.48 Скорая медицинская помощь, путем оценки знаний, умений и владений в соответствии с содержанием программы ординатуры, характеризующих их готовность к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации «Врач скорой медицинской помощи».

Перечень компетенций,
оцениваемых на государственной итоговой аттестации

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **универсальными компетенциями**:

– готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

– готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

– готовностью 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 (УК-3).

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **профессиональными компетенциями**:

Профилактическая деятельность:

– готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, 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-1);

– готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);

– готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

– готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4).

Диагностическая деятельность:

– готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5).

Лечебная деятельность:

– готовностью к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании специализированной скорой медицинской помощи (ПК-6);

– готовностью к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7).

Психолого-педагогическая деятельность:

– готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-8).

Организационно-управленческая деятельность:

– готовностью к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-9);

– готовностью к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-10);

– готовностью к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-11).

3. Структура государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена, состоящего из двух этапов:

1) междисциплинарное тестирование;

2) устное собеседование по дисциплинам программы ординатуры, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

3.1. 1 этап – Междисциплинарное тестирование

Тестовый контроль проводится с целью определения объема и качества знаний выпускника.

Междисциплинарное тестирование осуществляется по материалам утвержденного фонда оценочных средств, который охватывает содержание всех обязательных дисциплин учебного плана программы ординатуры. Индивидуальное тестирование выпускника включает 100 тестовых заданий.

Примеры контрольно-измерительных материалов, выявляющих результаты освоения выпускником программы ординатуры:

Задание: укажите правильный вариант (варианты) ответа.

1. Служба скорой медицинской помощи предназначена для

1) оказания экстренной и неотложной медицинской помощи всем больным и пострадавшим

2) оказания экстренной медицинской помощи больным и пострадавшим вне лечебных учреждений

3) оказания экстренной и неотложной медицинской больным и пострадавшим вне лечебных учреждений

2. Очередность действий ответственного за оказание медицинской помощи на месте массового происшествия

1) сообщить о случившемся диспетчеру, определить место сбора пострадавших, провести сортировку пострадавших, сообщить диспетчеру о количестве и тяжести состояния пострадавших, приступить к оказанию медицинской помощи

2) оказывать медицинскую помощь максимально возможному количеству пострадавших, сообщить диспетчеру о количестве пострадавших, вызвать необходимое количество бригад для транспортировки

3) составить список пострадавших, сообщить диспетчеру паспортные данные наиболее тяжелых пострадавших, сообщить необходимое количество медицинских бригад, передавать пострадавших бригадам в строгой очередности

4) оказание помощи и транспортировки наиболее тяжело пострадавших

5) возможны все перечисленные варианты

3.2. 2 этап – Устное собеседование по дисциплинам программы ординатуры

Устное собеседование проводится с целью определения качества теоретической подготовки, сформированности универсальных и профессиональных компетенций выпускника, оценки профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения.

Основой для проведения устного собеседования являются экзаменационные билеты, включающие:

– контрольные вопросы, выявляющие теоретическую подготовку выпускника;

– контрольные задания, выявляющие практическую подготовку выпускника;

– ситуационные задачи, выявляющие сформированность компетенций,

предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.48 Скорая медицинская помощь.

Примеры контрольных вопросов:

1. Оснащение и оборудование бригад скорой медицинской помощи и отделения (пункта) медицинской помощи на дому (медицинская сумка врача).

2. Принципы оценки тяжести состояния пациента.

Примеры контрольных заданий:

1. Расскажите методику постановки диагноза и особенности ведения больных и пострадавших с заболеваниями внутренних органов.

2. Расскажите методику постановки диагноза и особенности ведения больных и пострадавших с заболеваниями и травмами нервной системы.

Примеры ситуационных задач:

Ситуационная задача № 1.

У больного, в течение многих лет употреблявшего алкоголь и неоднократно находившегося на лечении с абстинентным синдромом, возникло ощущение онемения, боли в руках и ногах, неустойчивость при ходьбе. Объективно: тремор пальцев рук, парез капилляров на лице пальпируется плотный бугристый край печени, при ультразвуковом исследовании выявляется уменьшение ее размеров с неоднородностью структуры; парезы рук и ног, больше дистальных отделов, мышечная гипотония и атрофия, снижение карпорадиальных рефлексов, отсутствие ахилловых и подошвенных рефлексов, гипестезия всех видов чувствительности в обасти кистей и стоп. Кисти и стопы цианотичные, влажные.

Вопросы:

1. Какой диагноз Вы поставите больному?

Ситуационная задача № 2.

Жалобы на внезапно возникшую одышку, боль за грудиной, усиливающуюся при кашле. В анамнезе ИБС, мерцательная аритмия. Состояние средней тяжести, сознание ясное, положение лежа, кожные покровы цианотичные, шейные вены набухли, пульсируют. В легких дыхание ослаблено, ЧДД – 36 в одну минуту. Тоны сердца глухие, акцент и раздвоение II тона на легочной артерии, АД – 100/60 мм рт. ст., пульс – 96 ударов в одну минуту, аритмичен. Печень выступает из-под реберного края на 1,5-2,0 см.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз, ваши действия.

В процессе проведения государственного экзамена выпускнику могут быть заданы уточняющие или дополнительные (не включенные в билет) вопросы по программе государственного экзамена.

4. Порядок подготовки и проведения государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен является заключительным этапом подготовки выпускника и проводится согласно календарному учебному графику и расписанию государственной итоговой аттестации.

Перед государственным экзаменом проводятся консультации, на которых обучающиеся могут задать вопросы по содержанию материала, входящего в программу государственного экзамена, который вызвал затруднения при подготовке.

При подготовке к государственному экзамену выпускнику следует опираться на материалы лекций, рекомендованную литературу, федеральные клинические рекомендации.

Порядок проведения государственной итоговой аттестации, в том числе подачи апелляции по результатам государственной итоговой аттестации, установлен соответствующим локальным нормативным актом Университета.

5. Критерии оценки

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности. Общая оценка за государственный экзамен выставляется по совокупности результатов выполнения всех заданий.

Описание шкалы оценивания результатов тестирования:

- от 90% и выше правильных ответов – **отлично**;
- от 80% до 89% правильных ответов – **хорошо**;
- от 70% до 79% правильных ответов – **удовлетворительно**;
- менее 70% правильных ответов – **неудовлетворительно**.

Описание шкалы оценивания при ответе на контрольные вопросы:

Отлично – выпускник дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на основные и дополнительные экзаменационные вопросы; ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов; выпускник демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Хорошо – выпускник дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на основные и дополнительные экзаменационные вопросы; ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса; имеются незначительные упущения в ответах.

Удовлетворительно – выпускник дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Неудовлетворительно – выпускник демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Описание шкалы оценивания при решении ситуационных задач:

Отлично – выпускник правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы с привлечением лекционного материала, учебника и дополнительной литературы.

Хорошо – выпускник правильно ставит диагноз, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы.

Удовлетворительно – выпускник ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз в соответствии с классификацией. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, демонстрируя поверхностные знания предмета.

Неудовлетворительно – выпускник не может сформулировать диагноз или неправильно ставит диагноз. Не может правильно ответить на большинство вопросов задачи и дополнительные вопросы.

Описание шкалы оценивания при выполнении контрольных заданий:

Отлично – выпускник правильно выполняет все практические задания, правильно интерпретирует свои действия, показывая уверенное владение навыками и умениями.

Хорошо – выпускник в основном правильно выполняет практические задания, интерпретирует свои действия и самостоятельно может исправить выявленные преподавателем отдельные ошибки.

Удовлетворительно – выпускник ориентируется в основном задании по практическим навыкам, но допускает ряд существенных ошибок, которые исправляет с помощью преподавателя.

Неудовлетворительно – выпускник не справился с предложенным заданием, не может правильно интерпретировать свои действия и не справляется с дополнительным заданием.

6. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственному экзамену

Основная литература:

Геккиева А.Д. Скорая и неотложная помощь. Общие вопросы реаниматологии: учебное пособие / А.Д. Геккиева. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 128 с.: ил. – 128 с. – ISBN 978-5-9704-6007-8. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970460078.html

Брискин Б.С. Рациональная фармакотерапия неотложных состояний: Рук. для практикующих врачей / Б.С. Брискин, А.Л. Верткин, Л.А. Алексанян, Л.А. Блатун и др.; Под общ. ред. Б.С. Брискина, А.Л. Верткина. – Москва: Литтерра, 2007. – 648 с. (Рациональная фармакотерапия: Сер. рук. для практикующих врачей; Т. 17) – ISBN 978-5-98216-103-1. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785982161031.html

Первая помощь и медицинские знания: практическое руководство по действиям в неотложных ситуациях / под ред. Дежурного Л.И., Миннуллина И.П. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 256 с. – ISBN 978-5-9704-5426-8. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454268.html

Кишкун А.А. Диагностика неотложных состояний / Кишкун А.А. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 736 с. – ISBN 978-5-9704-5057-4. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450574.html

Интенсивная терапия / под ред. Гельфанда Б.Р., Заболотских И.Б. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 928 с. – ISBN 978-5-9704-4832-8. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448328.html

Мкртумян А.М. Неотложная эндокринология / А.М. Мкртумян, А.А. Нелаева – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 128 с. – ISBN 978-5-9704-4410-8. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444108.html

Зильбер З.К. Неотложная пульмонология / Зильбер З.К. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 264 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-1228-2. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970412282.html

Блохин Б.М. Неотложная педиатрия: национальное руководство / под ред. Б.М. Блохина. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 832 с.: ил. – 832 с. – ISBN 978-5-9704-5044-4. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450444.html

Шайтор В.М. Скорая и неотложная медицинская помощь детям: краткое руководство для врачей / В.М. Шайтор. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 416 с. – 416 с. – ISBN 978-5-9704-4818-2. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448182.html

Денисов И.Н. Общая врачебная практика: национальное руководство. В 2 т. Т. 2 / под ред. И.Н. Денисова, О.М. Лесняк. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 976 с. – 888 с. – ISBN 978-5-9704-4833-5. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448335.html

Ткачева О.Н. Гериатрия / под ред. Ткачевой О.Н., Фроловой Е.В., Яхно Н.Н. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 608 с. (Серия «Национальные руководства») – ISBN 978-5-9704-5093-2. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450932.html

Хорошинина Л.П. Симптомы и синдромы в гериатрии / Л.П. Хорошинина. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 224 с. – ISBN 978-5-9704-5688-0. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456880.html

Шайтор В.М. Неотложная неонатология: краткое руководство для врачей / В.М. Шайтор, Л.Д. Панова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 320 с.: ил. – 320 с. – ISBN 978-5-9704-5515-9. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455159.html

Шайтор В.М. Неотложная акушерско-гинекологическая помощь девочкам и

девушкам-подросткам: краткое руководство для врачей / В.М. Шайтор, А.В. Емельянова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 272 с. – ISBN 978-5-9704-5378-0. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453780.html

Тараканов А.В. Лекарства при оказании скорой медицинской помощи: руководство для врачей и фельдшеров / А.В. Тараканов. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 400 с. – (Серия «Скорая медицинская помощь»). – 400 с. – ISBN 978-5-9704-6693-3. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970466933.html

Дополнительная литература:

Левчук И.П. Поражения кожи при болезнях внутренних органов: иллюстрированное руководство для врачей / И.П. Левчук, С.Л. Соков, А.В. Курочка, А.П. Назаров. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 352 с. – ISBN 978-5-9704-5379-7. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453797.html

Салухов В.В. Практическая пульмонология: руководство для врачей / под ред. В.В. Салухова, М.А. Харитонова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 416 с.: ил. – ISBN 978-5-9704-5780-1. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457801.html

Плавунов Н.Ф. Неотложная и скорая медицинская помощь при острой инфекционной патологии / под ред. Н.Ф. Плавунова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 512 с.: ил. (Серия «Скорая медицинская помощь»). – 512 с. (Серия «Скорая медицинская помощь») – ISBN 978-5-9704-6593-6. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970465936.html

Кильдиярова Р.Р. Дисплазия соединительной ткани / Кильдиярова Р.Р., Нечаева Г.И., Чернышова Т.Е. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 160 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-5325-4. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453254.html

Салухов В.В. Практическая аритмология в таблицах / под ред. В.В. Салухова – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 496 с. – ISBN 978-5-9704-4035-3. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970440353.html

Загородний Н.В. Переломы проксимального отдела бедренной кости / Загородний Н.В., Белинов Н.В. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 144 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-5435-0. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454350.html

Якушин С.С. Инфаркт миокарда / С.С. Якушин, Н.Н. Никулина, С.В. Селезнев – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 240 с. – ISBN 978-5-9704-4411-5. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444115.html

Ющук Н.Д. Пищевые токсикоинфекции. Пищевые отравления / под ред. Н.Д. Ющука – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 160 с. – ISBN 978-5-9704-4319-4. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970443194.html

Пальман А.Д. Обструктивное апноэ сна. Ассоциированные синдромы и клинические состояния: практическое пособие для врачей / А.Д. Пальман. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 112 с. – ISBN 978-5-9704-5717-7. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457177.html

Дедов И.И. Болезни жировой ткани / под общ. ред. Дедова И.И. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 224 с. – ISBN 978-5-9704-5367-4. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453674.html

Павлов В.Н. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом. Актуальные вопросы патогенеза, клиники, диагностики и лечения/Павлов В.Н., Фазлыева Р.М. [и др.]. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 160 с. – ISBN 978-5-9704-5050-5. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450505.html

Лопатин А.С. Справочник оториноларинголога/А.С. Лопатин, А.В. Варвянская, Г.Р. Каспранская. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 336 с.: ил. – ISBN 978-5-9704-5244-8. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970452448.html

Приложение к программе
государственной итоговой аттестации с оценочными средствами
программы ординатуры 31.08.48 Скорая медицинская помощь

Фонд оценочных средств

1. Контрольно-измерительные материалы для проведения междисциплинарного тестирования

№ п/п	Наименование дисциплины / кол-во тестовых заданий	Тестовые задания
1.	Скорая медицинская помощь /40	**1. Служба скорой медицинской помощи предназначена для:** 1) оказания экстренной и неотложной медицинской помощи всем больным и пострадавшим 2) оказания экстренной медицинской помощи больным и пострадавшим вне лечебных учреждений 3) оказания экстренной и неотложной медицинской больным и пострадавшим вне лечебных учреждении. **2. Очередность действий ответственного за оказание медицинской помощи на месте массового происшествия** 1) сообщить о случившемся диспетчеру, определить место сбора пострадавших, провести сортировку пострадавших, сообщить диспетчеру о количестве и тяжести состояния пострадавших, приступить к оказанию медицинской помощи 2) оказывать медицинскую помощь максимально возможному количеству пострадавших, сообщить диспетчеру о количестве пострадавших, вызвать необходимое количество бригад для транспортировки 3) составить список пострадавших, сообщить диспетчеру паспортные данные наиболее тяжелых пострадавших, сообщить необходимое количество медицинских бригад, передавать пострадавших бригадам в строгой очередности 4) оказание помощи и транспортировки наиболее тяжело пострадавших 5) возможны все перечисленные варианты **3. Какой способ диагностики является наиболее быстрым и простым, но однозначно указывающим на остановку сердца/кровообращения и необходимость проведения массажа сердца?** 1) Проверка пульса на магистральных артериях (сонная у взрослых, детей и плечевая/бедренная у детей до года). 2) Аускультация сердечных тонов. 3) Визуальная пульсация брюшной аорты. 4) Оценка цвета кожного покрова. 5) Выполнение ЭК.

		4. Противопоказаниями к применению закиси азота для обезболивания на догоспитальном этапе являются 1) нестабильность гемодинамики 2) массивная кровопотеря при тяжелой комбинированной травме 3) выраженная гипоксия 4) заболевания печени 5) сочетанная травма **5. Какие диагнозы возможны при отсутствии сознания, самостоятельного дыхания и пульса на магистральных артериях?** **1**) Острый инфаркт миокарда кардиогенный шок. 2) Синдром острой дыхательной недостаточности. 3) Клиническая или биологическая смерть. 4) Обморок 5) Больной симулирует **6. Для профилактики тромбоэмболии легочной артерии надо:** 1) применять аспирин или фенилин, если нет противопоказаний; 2) своевременно использовать сердечные гликозиды; 3) ограничить инфузии декстранов. **7. Самым сильным препаратом по аналгезирующему эффекту является** 1) омнопон 2) морфин 3) трамал 4) фентанил 5) марадол. **8. Перед началом сердечно-легочной реанимации больному следует придать положение** 1) Горизонтальное, на спине с твердой основой 2) На спине с приподнятым головным концом (положение по Фовлеру) 3) На спине с опущенным головным концом (положение по Тренделенбургу) 4) Лежа на спине с повернутой головой в сторону реаниматолога 5) Расположение больного значения не имеет. Реанимационная помощь должна оказываться без малейшего промедления. **9. Каковы абсолютные противопоказания для назначения ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента и блокаторов рецепторов ангиотензина II?** 1) беременность; 2) двусторонний значимый стеноз почечных артерий; 3) хроническая болезнь почек; 4) гипокалиемия. **10. Какие неотложные действия всегда применяются для восстановления проходимости дыхательных путей любому пациенту при проведении СЛР?** 1) Манипуляции с нижней челюстью (запрокидывание

		головы, выдвижение нижней челюсти) и санация ротоглотки (удаление инородных тел при визуальном их определении) 2) Коникотомия 3) Прием Хаймлека 4) Придать телу пациента положение с возвышенным головным концом 5) Трахеостомия **11. Болевой синдром при остром инфаркте миокарда и остром перикардите имеет общие черты. Какой из перечисленных признаков может помочь при дифференциальной диагностике этих состояний:** 1) локализация боли за грудиной; 2) иррадиация в левое плечо; 3) усиление боли при глубоком вдохе; 4) отсутствие эффекта нитроглицерина. **12. Какое устройство поможет избежать западения языка и широко используется в рамках базовой СЛР?** 1) Языкодержатель 2) Игла для пришивания языка к воротничку рубашки 3) Желудочный зонд 4) Воздуховод 5) Комбитьюб. **13. Прогностическая система критериев Чайлда-Пью при циррозе печени включает в себя все перечисленное, кроме:** 1) энцефалопатия; 2) уровень билирубина; 3) асцит; 4) уровень АЛТ; 5) уровень альбумина. **14. Достоверными критериями репликации вируса гепатита В являются:** 1) носительство HBsAg; 2) Anti - HBs и HBsAg; 3) HBeAg и антитела анти - HBcAg класса IgM; 4) HBeAg и антитела анти - HBcAg класса IgG; 5) Anti - HBe антитела. **15. Перечислите наиболее типичные кишечные осложнения язвенного колита:** 1) острая токсическая дилатация; 2) кишечное кровотечение; 3) перфорация толстой кишки; 4) колоректальный рак. **16. Интубацию трахеи проводят для** **1**) предупреждение аспирации 2) проведение ИВЛ 3) предупреждение асфиксии вследствие западения языка 4) проведение туалета трахеи и бронхов 5) всего перечисленного **17. По какой формуле наиболее оптимально**

		оценивать степень нарушения функции почек у взрослых: 1) Формуле Кокрофта-Голда; 2) Формуле Шварца; 3) Формуле MDRD; 4) Формуле CKD-EPI; 5) По любой из этих формул; 6) Правильного ответа нет. **18. Выполнение коникотомии требуется в случае** **1**) остановки дыхания при электротравме 2) остановки дыхания при утоплении 3) отека легких 4) остановки дыхания вследствие ЧМТ 5) обтурации верхних дыхательных путей **19. В предагональном состоянии** 1) дыхание отсутствует 2) дыхание редкое 3) наблюдается выраженная одышка 4) дыхание частое, глубокое 5) дыхание патологическое (Биота, гаспинг, rales de la mort) **20. При остром течении узелкового периартериита назначают:** 1) антибиотики; 2) плаквенил; 3) преднизолон и циклофосфамид; 4) Д-пеницилламин; 5) ибупрофен. **21. Наиболее частый фактор возникновения деструкций в легких:** 1) нагноительный процесс в брюшной полости; 2) контаминация; 3) септическое состояние; 4) аспирация. **22. Ингаляционные глюкокортикоиды показаны для базисной терапии астмы при:** 1) неэффективности препаратов кромогликата и недокромила натрия; 2) легком персистирующем течении (II ступень терапии); 3) средней тяжести персистирующем течении (III ступень терапии); 4) тяжелом персистирующем течении (IV ступень терапии); 5) все перечисленное. **23. Гипоксия приводит, в первую очередь, к нарушению со стороны** **1**) сердца 2) легких 3) печени 4) почек 5) мозга. **24. При каком заболевании ведущим симптомом**

		является одышка? 1) идиопатический фиброзирующий альвеолит; 2) саркоидоз легких; 3) остеохондропатия легких. **25. Адекватное кровообращение в организме поддерживается** 1) сократительной способностью миокарда 2) сосудистым тонусом 3) ОЦК 4) частотой сокращения сердца 5) всеми перечисленными факторами. **26. Наличие каких клинических признаков позволяет предположить диагноз системного васкулита:** 1) полиорганное поражение; 2) лихорадка неясного генеза; 3) выраженные лабораторные признаки активного воспалительного процесса; 4) наличие кожных изменений; 5) все перечисленное. **27. Основной причиной смерти при молниеносной форме тромбоэмболии легочной артерии является:** 1) острая коронарная недостаточность, сопровождающаяся бронхиолоспазмом; 2) отек легких с обструкционной дыхательной недостаточностью и нарушением диффузии через альвеоло-капиллярную мембрану; 3) инфаркт легкого с нарушением основной функции легочной ткани. **28. Атропин** 1) начинает действовать через 30 минут 2) увеличивает секрецию поджелудочной железы 3) урежает сердечный ритм 4) снижает секрецию слюнных желез 5) все вышеперечисленое. **29. Рутинный способ диагностики плеврита:** 1) рентгенограмма грудной клетки; 2) МРТ грудной клетки; 3) цитология мокроты. **30. Каковы основные патогенетические механизмы повышения артериального давления?** 1) активация системы ренин-ангиотензин-альдостерон; 2) активация симпатической нервной системы; 3) дисфункция эндотелия; 4) избыточная реабсорбция натрия на уровне почек. **31. Какая шкала используется для определения риска смерти от сердечно-сосудистых заболеваний в течение ближайших 10 лет?** 1) CHA2DS2-VASc; 2) SCORE; 3) HAS-BLED. **32. Объем экстренного восполнения острой**

		кровопотери 15-20% (примерно 1 л) ОЦК должен составлять 1) 100% потерянной крови 2) 150-200% потерянной крови 3) 200-250% потерянной крови 4) не менее 300% потерянной крови 5) более 300% потерянной крови **33. Что из перечисленного позволяет установить очень высокий сердечно-сосудистый риск?** 1) инсульт, ТИА в анамнезе; 2) инфаркт миокарда в анамнезе; 3) скорость клубочковой фильтрации менее 30 мл/мин; 4) признаки хронической сердечной недостаточности. **34. Для ожога II степени характерно** 1) гиперемия кожи 2) отслойка эпидермиса - образование пузырей 3) гибель всех слоев дермы 4) некроз кожи 5) поражение кожи до ростковой зоны **35. Оптимальная терапия первой фазы инфекционно-токсического шока включает** 1) глюкокортикоиды, симпатомиметики 2) инфузионную терапию, глюкокортикоиды 3) антибактериальную терапию, глюкокортикоиды 4) инфузионную терапию, симпатомиметики 5) антибиотики, гормоны, инфузионную терапию **36. Каковы наиболее предпочтительные комбинации антигипертензивных препаратов?** 1) ингибитор ангиотензинпревращающего фермента + блокатор рецепторов ангиотензина II; 2) ингибитор ангиотензинпревращающего фермента + диуретик; 3) ингибитор ангиотензинпревращающего фермента + блокатор кальциевых каналов; 4) блокатор рецепторов ангиотензина II + диуретик; 5) блокатор рецепторов ангиотензина II + блокатор кальциевых каналов. **37. Назовите непосредственные причины, вызывающие острый коронарный синдром:** 1) длительный спазм коронарных артерий; 2) тромбоз; 3) эмболия; 4) наличие атеросклеротической бляшки, перекрывающей просвет коронарной артерии на 60%. **38. От начала инфаркта миокарда до подъема уровня тропонинов проходит:** 1) 3-12 часов; 2) 1 час; 3) 1 сутки. **39. Наиболее подходящий из диагностических тестов при синдроме слабости синусового узла?** 1) электрофизиологическое исследование функции

		синусового узла; 2) регистрация ЭКГ во время симптоматических эпизодов; 3) эхокардиография. **40. Какой коронарной артерией чаще всего кровоснабжается АВ узел?** 1) огибающей ветвью левой коронарной артерии; 2) передней межжелудочковой ветвью левой коронарной артерии; 3) ветвью правой коронарной артерии; 4. артерией АВ узла, отходящей от обеих коронарных артерий.
2.	Общественное здоровье и здравоохранение /5	**1. К системам охраны здоровья населения относятся** 1) государственная система здравоохранения 2) муниципальная система здравоохранения 3) частная система здравоохранения 4) система медико-социального обеспечения 5) все перечисленное **2. Факторами, оказывающими влияние на здоровье населения, являются** 1) генетические 2) природно-климатические 3) уровень и образ жизни населения 4) уровень, качество и доступность медицинской помощи 5) социально-экономические условия; 6) все перечисленные **3. К косвенному экономическому ущербу в связи с инвалидностью нельзя отнести** 1) потери трудовых мест в связи с инвалидностью 2) расходы на лечебную помощь 3) выплата пенсий по инвалидности **4. К основным направлениям, которые необходимы для развития здравоохранения, относятся все перечисленные кроме** 1) эффективное распределение ресурсов здравоохранения по регионам 2) равенство и доступность медицинской помощи для населения 3) финансирование учреждений здравоохранения 4) качество медицинской помощи 5) социально-экономические условия для медицинского персонала 6) здоровье населения **5. В методику расчета себестоимости медицинских услуг в стационаре не включаются** 1) расходы на питание пациентов 2) расходы на медикаменты 3) накладные расходы 4) верных ответов нет
3.	Педагогика /5	**1. Науки, входящие в систему педагогических** 1) дидактика, психология, история, философия, школоведение

		2) общая педагогика, возрастная педагогика, социальная педагогика, методики изучения отдельных предметов 3) педагогика дошкольных учреждений, педагогика школы, социология, культурология 4) общая педагогика, этика, эстетика, возрастная физиология 5) история педагогики, педагогика высшей школы, теория воспитания, школьная гигиена **2. К методам просветительской работы относят все, кроме** 1) наглядных 2) комбинированных 3) устных 4) творческих **3. Документ, разрабатываемый по каждой дисциплине учебного плана и определяющий научное содержание, наименование и основные вопросы разделов и тем, распределение учебного времени по разделам, темам и видам учебных занятий, называется** 1) учебная программа 2) учебный план 3) государственный образовательный стандарт 4) тематический план **4. Деятельность, включающая в себя проведение измерений, экспертизы, испытаний для оценки одной или нескольких характеристик объекта и сравнение полученных результатов с установленными требованиями, – это** 1) мониторинг 2) контроль 3) планирование качества 4) оценка качества **5. Выражение объема изученного материала, основанного на определенных результатах обучения, и связанной с ними нагрузки – это** 1) кредит 2) нагрузка 3) зачетные единицы
4.	Медицина чрезвычайных ситуаций /5	**1. Задачи РСЧС** 1) разработка и реализация правовых и экономических норм по обеспечению защиты населения и территорий от ЧС 2) прогнозирование и оценка социально-экономических последствий ЧС 3) сбор, обработка, обмен и выдача информации в области защиты населения и территорий от ЧС 4) социальная защита населения, пострадавшего от ЧС 5) своевременное и эффективное оказание всех видов медицинской помощи населению в ЧС **2. В состав ВСМК входят все, кроме** 1) служба медицины катастроф Минздрава и Минобороны России

		2) силы и средства Роспотребнадзора, РАН, МВД России, МЧС России 3) силы и средства органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления 4) силы и средства медицинской службы гражданской обороны **3. Организационной формой, позволяющей своевременно оказать медицинскую помощь наибольшему числу пораженных при массовых поражениях, является** 1) быстрое выведение пораженных из очага катастрофы; 2) четко организованная медицинская эвакуация 3) прогнозирование исхода поражения 4) медицинская сортировка 5) оказание неотложной помощи **4. Что включает площадка для сбора и оказания медицинской помощи в очаге ЧС** 1) пункт сбора пораженных 2) распределительный пост 3) сортировочная площадка 4) площадка санитарного транспорта 5) площадка оказания медицинской помощи 6) площадка размещения легко пораженных 7) площадка размещения тяжело пораженных **5. В случае массового поступления пострадавших главный (дежурный) врач ЛПМО** 1) формирует сортировочные бригады для работы в приемном отделении 2) контролирует подготовку приемного отделения, операционного и реанимационного блоков и других подразделений ЛПМО к приему пострадавших 3) контролирует подготовку хирургического и травматологического отделений, реанимационных палат и других функциональных подразделений к приему пострадавших и оказанию им медицинской помощи 4) отдает распоряжение заведующему аптекой о подготовке к выдаче в отделения необходимого медицинского имущества и медикаментов 5) при невозможности оказания пострадавшим медицинской помощи в необходимом объеме запрашивает через ТЦМК бригады медицинского усиления 6) контроль исполнения решения
5.	Патология /5	**1. При общении практикующего врача с родственниками умершего основным нормативным актом, регламентирующим его права и обязанности является** 1) Приказ Минздрава России «О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий» 2) ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» 3) ФЗ «О погребении и похоронном деле» 4) Приказ Минздрава России «О правилах проведения

		патолого-анатомических исследований» 5) Приказ Минздравсоцразвития «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации» **2. К основным методам лабораторной диагностики относятся** 1) Цитологический 2) Иммуногистохимический 3) Молекулярно-генетический 4) Серологический 5) Ничего из вышеперечисленного 6) Все вышеперечисленные **3. Понятие АТИПИЯ относится к** 1) Доброкачественной опухоли 2) Продуктивному воспалению 3) Гнойному расплавлению ткани 4) Жировому перерождению ткани 5) Ничего из вышеперечисленного 6) Все вышеперечисленные **4. К исходам патологического процесса можно отнести** 1) Замещение соединительной тканью 2) Замещение нейроглией 3) Формирование кисты 4) Формирование каверны 5) Ничего из вышеперечисленного 6) Все вышеперечисленные. **5. Осложнение основного заболевания – это** 1) одна или несколько нозологических форм (заболеваний, травм), которые сами по себе или через обусловленные ими осложнения привели к летальному исходу 2) Одна или несколько нозологических форм (заболеваний, травм), которыми одновременно страдал умерший и каждое из них в отдельности несомненно могло привести к летальному исходу 3) Одна или несколько нозологических форм (заболеваний, травм), которые этиологически не связаны, но включились в общий патогенез с основным заболеванием, явились одной из причин его развития, впоследствии отягощали течение и способствовали развитию смертельных осложнений, приведших к летальному исходу 4) Одна или несколько нозологических форм (заболеваний, травм), которые связаны с основным заболеванием патогенетически (непосредственно или опосредованно) и не являются его проявлением (не включены в синдромокомплекс основного заболевания) 5) Одна или несколько нозологических форм (заболеваний, травм), этиологически и патогенетически не связанные с основным заболеванием и не оказавшие влияния на летальный исход

6.	Кардиология /20	**1. Назовите непосредственные причины, вызывающие острый коронарный синдром:** 1) длительный спазм коронарных артерий; 2) тромбоз; 3) эмболия. 4) наличие атеросклеротической бляшки, перекрывающей просвет коронарной артерии на 60%. **2. Через какой интервал времени после начала ишемии зона некроза в миокарде становится видима макро- и микроскопически?** 1) через 18-24 часа; 2) через 1-5 часов; 3) через 20-30 минут. **3. Больной 50 лет поступил в отделение через 4 дня после эпизода длительных (до 5 часов) загрудинных болей. На ЭКГ - полная блокада левой ножки пучка Гиса. При решении вопроса о наличии острого инфаркта миокарда диагностическую ценность будет иметь:** 1) определение содержания миоглобина; 2) определение активности аспартатаминотрасферазы; 3) определение активности креатинфосфокиназы; 4) определение тропонина. **4. Регистрация патологического зубца Q и подъёма сегмента ST в отведениях II, III, aVF является признаком:** 1) передне-перегородочного инфаркта миокарда 2) нижнего инфаркта миокарда 3) бокового инфаркта миокарда 4) задне-базального инфаркта миокарда **5. Факторы риска внезапной сердечной смерти:** 1) желудочковая тахикардия в анамнезе; 2) низкая фракция выброса у пациента с инфарктом миокарда в анамнезе; 3) пароксизмы фибрилляции предсердий у пациента с тиреотоксикозом; 4) низкая физическая активность после перенесенного миокардита. **6. Каковы основные патогенетические механизмы повышения артериального давления?** 1) активация системы ренин-ангиотензин-альдостерон; 2) активация симпатической нервной системы; 3) дисфункция эндотелия; 4) избыточная реабсорбция натрия на уровне почек. **7. Какой инструментальный метод следует использовать в первую очередь для диагностики артериальной гипертензии почечного генеза?** 1) ультразвуковое исследование почек; 2) допплерография почечных артерий; 3) компьютерная томография органов брюшной полости; 4) радиоизотопная ренография. **8. Отметьте основные классы антигипертензивных**

		препаратов 1) холинолитики; 2) вета-адреномиметики; 3) тиазидовые диуретики; 4) блокаторы медленных кальциевых каналов; 5) ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента; 6) блокаторы рецепторов ангиотензина II 1 типа; 7) бета-адреноблокаторы. **9. Какой антигипертензивный препарат следует в первую очередь использовать у больных с ишемической болезнью сердца?** 1) диуретик; 2) прямой ингибитор ренина; 3) бета-адреноблокатор; 4) ингибитор ангиотензинпревращающего фермента; 5) агонист имидазолиновых рецепторов. **10. Морфологические изменения при рестриктивной кардиомиопатии:** 1) плексиформный кардиосклероз; 2) фиброз и гиалинизация клапанного эндокарда; 3) амилоидоз миокарда и клапанов сердца; 4) фиброз пристеночного эндокарда; 5) мелкоочаговый кардиосклероз. **11. Какая наиболее частая причина развития митрального стеноза?** 1) хроническая ревматическая болезнь сердца; 2) кальциноз митрального клапана; 3) врожденный порок сердца; 4) инфекционный эндокардит. **12. Какие нозологические формы входят в понятие органической митральной недостаточности?** 1) инфекционный эндокардит; 2) отрыв хорд митрального клапана; 3) кальциноз митрального клапана; 4) аннулоэктация митрального клапана; 5) ответы 1,3. **13. При постоянной форме фибрилляции предсердий тромбоэмболия наиболее часто встречается у больных:** 1) ишемической болезнью сердца; 2) гипертонической болезнью; 3) ревматическим митральным пороком сердца. **14. Этиология ХСН** 1) ИБС; 2) ГБ, вторичные АГ; 3) пороки сердца; 4) кардиомиопатии; 5) миокардиты; 6) токсические воздействия на миокард. **15. При возникновении тромбоэмболии легочной артерии на ЭКГ из перечисленного наиболее специфично появление:**

		1) признака SI-QIII; 2) полной или неполной блокады правой ножки пучка Гиса; 3) отрицательных зубцов Т в отведениях V1-D; 4) синусовой тахикардии; 5) частых предсердных экстрасистол. **16. При развитии врожденного порока имеет значение прием:** 1) медикаментов; 2) наркотиков; 3) гормонов; 4) контрацептивов; 5) всего перечисленного в определенный период развития. **17. Первичный гиперальдестеронизм (синдром Конна) – это:** 1) базофильная или хромофобная аденома гипофиза; 2) опухоль коры надпочечников, выделяющая избыточное количество альдостерона; 3) аденокарцинома пучковой зоны коры надпочечников; 4) опухоль из хромаффинных клеток мозгового вещества надпочечников. **18. Какой процент сужения коронарных артерий является гемодинамически значимым:** 1) менее 75%; 2) более 65 %; 3) более 75%; 4) более 50%. **19. У больных ИБС конечно-диастолическое давление в левом желудочке в результате приема нитратов**: 1) повышается; 2) понижается; 3) не изменяется; 4) может как повышаться, так и понижаться. **20. Наиболее выраженным влиянием на сосудистый тонус из антагонистов кальция обладает:** 1) нифедипин; 2) верапамил; 3) дилтиазем; 4) различий между данными препаратами нет.
7.	Поликлиническая терапия /10	**1. При хроническом бронхите хрипы лучше выслушиваются при:** 1) форсированном дыхании; 2) обычном дыхании; 3) задержке дыхания; 4) на вдохе; 5) в горизонтальном положении. **2. Укажите изменения при хроническом легочном сердце:** 1) анемия; 2) эритроцитоз; 3) тромбоцитоз;

		4) тромбоцитопения; 5) бластемия. **3. Согласно классификации гипертонической болезни по ВОЗ выделяют:** 1) две стадии течения заболевания; 2) три стадии течения заболевания; 3) пять стадий течения заболевания; 4) шесть стадий заболевания. **4. Наиболее важным методом диагностики хронического пиелонефрита среди ниже представленных методов является:** 1) выявление бактериурии; 2) пункционная биопсия почки; 3) выявление антител к базальной мембране клубочков; 4) термометрия; 5) определение активных лейкоцитов в моче. **5. Продолжительность течения острой пневмонии:** 1) до 2 - 3 дней; 2) до 10 недель; 3) до 6 недель; 4) до 3 - 4 недель; 5) до 8 недель. **6. На какой максимальный срок может выдать больничный лист участковый врач единолично и единовременно?** 1) на 3 дня; 2) на 6 дней; 3) на 10 дней; 4) на 21 день; 5) на 30 дней. **7. Перечислите особенности фармакокинетики, фармакодинамики лекарственных препаратов у пожилых людей:** 1) замедление всасывания; 2) замедление распределения; 3) снижение скорости метаболизма; 4) снижение скорости выведения; 5) ни одно из перечисленных. **8. Наиболее частой причиной хронического первичного панкреатита является**: 1) вирусная инфекция; 2) алкоголизм; 3) обменные и гормональные нарушения; 4) наследственная предрасположенность; 5) несбалансированное питание. **9. Выберете 4 показания для обязательного назначения антикоагулянтов у пациентов с нарушением ритма по типу фибрилляции предсердий:** 1) предшествующая эмболия или инсульт в анамнезе; 2) гипертензия в анамнезе; 3) возраст более 45 лет; 4) инфаркт миокарда в анамнезе;

		5) узловые образования в анамнезе; 6) тромбофлебит поверхностных вен голеней; 7) застойная недостаточность кровообращения. **10. Артрит, уретрит, конъюнктивит - триада, типичная для:** 1) синдрома Съегрена; 2) синдрома Рейгера; 3) синдрома Фелти; 4) ревматоидного артрита; 5) СКВ.
8.	Интенсивная терапия в гематологии /10	**1. Трансфузионная терапия больных апластической анемией включает следующие препараты крови, кроме:** 1) эритроцитарной массы; 2) гранулоцитарного колониестимулирующего фактора; 3) тромбоцитарного концентрата; 4) плазмы крови; 5) размороженных эритроцитов. **2. Наличие выраженного геморрагического синдрома при значительном удлинении активированного частичного тромбопластинового времени, протромбинового времени и тромбинового времени может быть связано с:** 1) передозировкой гепарина; 2) тяжелым поражением печени; 3) патологическим фибринолизом; 4) ДВС-синдромом; 5) всем перечисленным. **3. При каком из перечисленных вариантов острого лейкоза наиболее часто развивается синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания:** 1) М1; 2) М2; 3) М3; 4) М4; 5) М5. **4. Диагностика тромбофилических состояний основывается на: 1. исследовании скорости глобулинового лизиса; 2. выявлении волчаночного антикоагулянта; 3. исследовании уровня физиологических антикоагулянтов; 4. исследовании ристомицин-зависимой агрегации тромбоцитов.** 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; 2) если правильны ответы 1 и 3; 3) если правильны ответы 2 и 4; 4) если правильный ответ 4; 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. **5. Патогенез тромботических осложнений при эритремии обусловлен: 1. увеличением массы циркулирующих эритроцитов, замедлением тока крови и повышением ее вязкости; 2. тромбоцитозом;**

		3. нарушением функциональных свойств тромбоцитов; 4. активацией плазменного гемостаза. 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; 2) если правильны ответы 1 и 3; 3) если правильны ответы 2 и 4; 4) если правильный ответ 4; 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. **6. Основное количество железа в организме человека всасывается:** 1) в желудке; 2) в нисходящем отделе ободочной кишки; 3) в двенадцатиперстной и тощей кишках; 4) в подвздошной кишке; 5) в слепой кишке. **7. Принципы ведения больных с подозрением на ДВС-синдром: 1. терапия ДВС-синдрома проводится по жизненным показаниям до получения его подтверждения с помощью лабораторных методов исследования; 2. диагносцировать ДВС-синдром следует раньше, чем появятся его клинические признаки; 3. диагностика основана на появлении продуктов паракоагуляции - продуктов деградации фибриногена (ПДФ) и растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК); 4. терапия ДВС-синдрома проводится после получения его подтверждения с помощью лабораторных методов исследования.** 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; 2) если правильны ответы 1 и 3; 3) если правильны ответы 2 и 4; 4) если правильный ответ 4; 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. **8. Клиническая диагностика ДВС-синдрома основана на: 1. положительных этаноловом, протаминсульфатном, b-нафтоловом и клампинг-тестах; 2. развитии феномена внутрисосудистого гемолиза эритроцитов; 3. повышении кофакторной активности фактора Виллебранда; 4. гиперфибриногенемии.** 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; 2) если правильны ответы 1 и 3; 3) если правильны ответы 2 и 4; 4) если правильный ответ 4; 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. **9.Аутоиммунный гемолиз может быть симптоматическим и осложнить течение: 1. инфаркта миокарда; 2. диффузных болезней соединительной ткани; 3. острой пневмонии; 4. лимфопролиферативного синдрома.** 1) если правильны ответы 1, 2 и 3; 2) если правильны ответы 1 и 3; 3) если правильны ответы 2 и 4;

		4) если правильный ответ 4; 5) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4. **10. К антикоагулянтам непрямого действия относится:** 1) фенилин; 2) гепарин; 3) свежезамороженная плазма; 4) тиклид; 5) аминокапроновая кислота.

2. Контрольно-измерительные материалы для проведения устного собеседования по дисциплинам программы ординатуры

2.1. Контрольные вопросы, выносимые на государственный экзамен

1. Оснащение и оборудование бригад скорой медицинской помощи и отделения (пункта) медицинской помощи на дому (медицинская сумка врача).

2. Принципы оценки тяжести состояния пациента.

3. Наркозная и дыхательная аппаратура, используемая СМП.

4. Вспомогательные диагностические аппаратура и методы, используемые СМП.

5. Растворы и препараты для инфузионной терапии, применяемые СМП.

6. Клинические и лабораторные признаки гиповентиляции пациента.

7. В каких ситуациях принимается решение не проводить и прекратить сердечно-легочную реанимацию?

8. Оценка риска педиатрической госпитализации.

9. Организация и обеспечение медицинской транспортировки.

10. Каковы правомерные действия врача скорой помощи и медперсонала приемного блока стационара при отказе в госпитализации пациента?

11. Что необходимо предпринять на догоспитальном этапе при отказе от осмотра, проведения лечебных мероприятий и госпитализации?

12. В каких случаях врачу могут быть предъявлены обвинения в халатности?

13. Какими клиническими признаками проявляется гипоксия?

14. Какими клиническими признаками проявляется дыхательный алкалоз?

15. Каковы причины, клинические признаки и мероприятия экстренной медицинской помощи при различных вариантах острого стенозирующего ларинготрахеита (обструктивного ларингита).

16. Причина и экстренная медицинская помощь при аллергическом отеке гортани.

17. Экстренная диагностика и неотложные медицинские мероприятия при эпиглотитте на догоспитальном этапе.

18. Немедленная (базовая) и расширенная сердечно-легочная реанимация (ERC,2015; ILCOR, 2015) CAB и ABC.

19. Восстановление и поддержание проходимости верхних дыхательных путей.

20. Интубация трахеи: показания, техника, риски.

21. Оксигенотерапия на догоспитальном этапе.

22. Сосудистый доступ.

23. Синхронизированная и несинхронизированная кардиоверсия (дефибрилляция).

24. Инфузионная терапия на догоспитальном этапе.

25. Клиническая картина, критерии диагноза, дифференциальный диагноз и неотложные медицинские мероприятия при шоковых состояниях на догоспитальном этапе.

26. Седация, аналгезия и анестезия на догоспитальном этапе.

27. Купирование нарушений гемостаза и гемокоагуляции у пациентов и пострадавших разных возрастных групп.

28. Мониторинг состояния больных и пострадавших.
29. Острая дыхательная недостаточность.
30. Пневмония.
31. Острая обструкция верхних и нижних дыхательных путей.
32. Астматический статус.
33. Некардиогенный отек легких у пациентов и пострадавших разных возрастных групп на догоспитальном этапе.
34. Синдром внутригрудного напряжения.
35. Респираторный дистресс-синдром взрослых.
36. Гнойные заболевания легких и плевры.
37. Гипертонический криз и синдром артериальной гипертензии.
38. Тромбоэмболия легочной артерии.
39. ИБС: стенокардия, острый коронарный синдром, острый инфаркт миокарда.
40. Острая сердечная и острая сосудистая недостаточность.
41. Нарушения сердечного ритма и проводимости.
42. Синкопальные состояния.
43. Острая диарея.
44. Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки.
45. Вирусные гепатиты и печеночная кома.
46. Клиническая картина и критерии диагноза заболеваний мочеполовой системы.
47. Острая и хроническая почечная недостаточность.
48. Геморрагический и ишемический инсульты, субарахноидальное кровоизлияние.
49. Судорожный синдром.
50. Эпилептический статус.
51. Синдром острой внутричерепной гипертензии у пациентов и пострадавших разных возрастных групп на догоспитальном этапе.
52. Первично-церебральная кома и вторичная комы.
53. Вегетативные кризы и вертеброгенный болевой синдром.
54. Черепно-мозговая травма: сотрясение головного мозга; ушиб головного мозга; диффузное аксональное повреждение; эпидуральная и субдуральная гематомы.
55. Травма спинного мозга.
56. Клиническая картина, критерии диагноза и неотложные медицинские мероприятия при эндокринных заболеваниях.
57. Клиническая картина, критерии диагноза и неотложные медицинскиемероприятия при гематологических заболеваниях: гемолитический криз, геморрагические диатезы, синдром ДВС; анемии.
58. Анафилактический шок.
59. Клиническая картина, критерии диагноза и неотложные медицинские мероприятия при аллергологических заболеваниях: отёк Квинке, сывороточная болезнь.
60. Токсический эпидермальный некролиз (синдромы Лайелла и Стивенса-Джонсона).
61. Острый приступ закрытоугольной глаукомы.
62. Ожоги, механические травмы и острые заболевания органа зрения.
63. Носовое кровотечение.
64. Клиническая картина, критерии диагноза и неотложные медицинские мероприятия при острых заболеваниях и травмах ЛОР-органов.
65. Критерии диагноза и неотложные медицинские мероприятия при остром обструктивном ларингите.
66. Синдром сдавления нижней полой вены у беременных.
67. «Острый живот» в гинекологии.
68. Нормальные роды вне стационара.
69. Первичный уход за новорожденным.

70. Метро- и менораггии.

71. Прерывание беременности.

72. Гестоз: лечебно-диагностическая тактика при преэклампсии и эклампсии.

73. Особенности проведения СЛР у новорожденных детей.

74. Клиническая картина, критерии диагноза и неотложные медицинские мероприятия при заболеваниях периода новорожденности.

75. Лечебно-диагностическая тактика при органических психических расстройствах и при острых интоксикационных психозах.

76. Неотложная помощь при пограничных состояниях в психиатрии и при психических расстройствах у больных с соматическими заболеваниями.

77. Клиническая картина, критерии диагноза и неотложные медицинские мероприятия при передозировках наркологических веществ: опиатов и опиоидов; метамфетаминов и кокаина; спайсов; каннабиоидов; шалфея; психодислептиков.

78. Синдромный подход к диагностике неотложных состояний у хирургических больных.

79. Внутреннее кровотечение.

80. Синдромы и заболевания в урологии и нефрологии: острый пиелонефрит, простатит, эпидидимит, мочекаменная болезнь.

81. Острые нарушения артериального и венозного кровообращения.

82. Аневризма и расслоение аорты.

83. Пневмоторакс.

84. Общие принципы диагностики и оказания неотложной помощи при острых отравлениях.

85. Мероприятия по удалению невсосавшегося яда, принципы удаления всосавшегося яда: антидоты, гемодилюция и инфузионная терапия, гемодиализ в токсикологии.

86. Неотложные медицинские мероприятия при известном токсическом веществе.

87. Клиническая картина, критерии диагноза и неотложные медицинские мероприятия при травах: комбинированная и сочетанная травма.

88. Синдром длительного сдавления.

89. Странгуляционная асфиксия.

90. Клиническая картина, критерии диагноза и неотложные медицинские мероприятия при острых заболеваниях и травмах челюстно-лицевой области.

91. ЭКГ диагностика в практике врача скорой медицинской помощи.

92. Клиническая картина, критерии диагноза, дифференциальный диагноз и неотложные медицинские мероприятия при инфекционных заболеваниях.

93. Менингококковая инфекция.

94. Особо опасные инфекционные заболевания.

95. Клиническая картина, критерии диагноза и неотложные медицинские мероприятия при повреждениях, вызванных факторами среды: утопление, перегревание, переохлаждение, ингаляция горячего воздуха, продуктов горения и угарного газ, баротравмы.

96. Поражение ионизирующим излучением.

97. Поражение неионизирующим излучением.

98. Кинетозы: воздушная и морская болезни.

99. Высотная и горная болезни.

100.Поражения организма вследствие декомпрессии.

1.2. Контрольные задания, выносимые на государственный экзамен

1. Расскажите методику постановки диагноза и особенности ведения больных и пострадавших с заболеваниями внутренних органов.
2. Расскажите методику постановки диагноза и особенности ведения больных и пострадавших с заболеваниями и травмами нервной системы.
3. Расскажите методику постановки диагноза и особенности ведения больных и пострадавших с заболеваниями эндокринных органов.
4. Расскажите методику постановки диагноза и особенности ведения больных и пострадавших с гематологическими заболеваниями.
5. Расскажите методику постановки диагноза и особенности ведения больных и пострадавших с заболеваниями ЛОР-органов.
6. Расскажите методику постановки диагноза и особенности ведения больных и пострадавших с психосоматическими заболеваниями в наркологии.
7. Расскажите методику постановки диагноза и особенности ведения больных и пострадавших с офтальмологическими заболеваниями.
8. Расскажите методику постановки диагноза и особенности ведения больных с акушерско-гинекологической патологии.
9. Расскажите методику постановки диагноза и особенности ведения больных с хирургическими заболеваниями.
10. Расскажите методику постановки диагноза и особенности ведения пострадавших с острыми отравлениями.
11. Расскажите методику постановки диагноза и особенности ведения пострадавших с травмами.
12. Расскажите методику постановки диагноза и особенности ведения больных с инфекционными заболеваниями.

2.3. Ситуационные задачи

Задача 1.

У больного, в течение многих лет употреблявшего алкоголь и неоднократно находившегося на лечении с абстинентным синдромом, возникло ощущение онемения, боли в руках и ногах, неустойчивость при ходьбе. Объективно: тремор пальцев рук, парез капилляров на лице пальпируется плотный бугристый край печени, при ультразвуковом исследовании выявляется уменьшение ее размеров с неоднородностью структуры; парезы рук и ног, больше дистальных отделов, мышечная гипотония и атрофия, снижение карпорадиальных рефлексов, отсутствие ахилловых и подошвенных рефлексов, гипестезия всех видов чувствительности в области кистей и стоп. Кисти и стопы цианотичны, влажны.

Вопросы:

1. Какой диагноз Вы поставите больному?

Задача 2.

Жалобы на внезапно возникшую одышку, боль за грудиной, усиливающуюся при кашле. В анамнезе ИБС, мерцательная аритмия. Состояние средней тяжести, сознание ясное, положение лежа, кожные покровы цианотичные, шейные вены набухли, пульсируют. В легких дыхание ослаблено, ЧДД - 36. Тоны сердца глухие, акцент и раздвоение II тона на легочной артерии, АД 100 60, FS- 96, аритмичен. Печень выступает из - под реберного края на 1,5 - 2,0 см.

Предварительный диагноз, ваши действия.

Задача 3.

Больной Ш.,55 лет, предъявляет жалобы на слабость, постоянные геморрагические

высыпания на голенях, периодически появляющиеся кровоизлияния на предплечьях, кровоточивость десен, горечь во рту. Считает себя больным в течение 10 лет, когда впервые был поставлен диагноз геморрагического васкулита (хроническая рецидивирующая форма). Семь лет назад отмечено снижение количества тромбоцитов в крови (90х109/л). Кортикостероидная терапия была мало эффективной.

В общем анализе крови: Нв-60г/л, Эритроциты -1,88х1012/л , цв.п.-0,9, Тромбоциты - 12,5х109/л, Лейкоциты - 2,7х109/л, бласты-21%, СОЭ-72 мм/час. Объективно: состояние средней тяжести.

Температура тела 38,2 С.

Кожные покровы бледные, на руках и туловище единичные кровоизлияния; на голенях и бедрах - сливные геморрагии, кожа над ними гиперпигментирована. Шейные, подмышечные и паховые лимфатические узлы увеличены до 1,0-2,0см в диаметре. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка не прощупывается.

Сформулируйте предварительный диагноз.

Тактика врача скорой помощи.

Задача 4.

Вызов реанимационной бригады службы скорой помощи на дорожно траспортное происшествие. Мальчик 9 лет сбит автомашиной при переходе улицы. При осмотре: общее состояние крайне тяжелое. Заторможен. Оценка по шкале Глазго 12 баллов. Обильное носовое кровотечение. Обширная ссадина в области левой скуловой кости, гематома в области левой височной кости. Выраженная деформация 6-7-8 ребер слева и гематома в этой области. Деформация и обширная гематома в средней трети бедра справа. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Дыхание поверхностное с частотой 44 в 1 минуту. При выслушивании легких дыхание слева не проводится. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Перкуторные границы абсолютной сердечной тупости смещены вправо. Пульс 140 в 1 минуту, слабого наполнения. Артериальное давление 70/20 мм рт.ст. Живот несколько напряжен, имеется выраженная болезненность в области печени и в правой подвздошной области. Моча окрашена кровью.

1. Поставить диагноз.
2. Оказать первую врачебную помощь.
3. Определить минимальный объем исследования на данном этапе.
4. Определить необходимость и направление медицинской эвакуации на следующий этап.
5. Определить способ и очередность транспортировки, если она необходима.

Задача 5.

Пациентка 38 лет, предъявляет жалобы на резкую головную боль в височных областях, тошноту, озноб, сопение, чувство страха. Пациент считает себя больной в течение 5 лет, когда в 1-ой половине беременности отмечалось повышение АД до 180 100 мм.рт.ст, к врачу не обращалась. Последние 2 года появились приступы с выше описанными жалобами Приступы провоцировались нервным напряжением и изменением погоды. Объективно: больная возбуждена, кожа бледная, влажная. Пульс 122 мин, АД 200/105 мм.рт.ст., границы сердца расширены влево на 1 см, ритм правильный, топы ясные, чистые, акцепт 2-го тона на аорте.

Ваша тактика.

Задача 6.

Мужчина 72 лет найден без сознания на лестничной площадке. Объективно: кожные покровы багрового цвета, дыхание хриплое, шумное. АД 230/125, пульс 115 уд/мин., напряженный, ритмичный. Голова и глаза повернуты вправо, зрачки широкие, вяло реагируют на свет. Тонус мышц слева снижен. Опущен левый угол рта, щека

парусит. На уколы булавкой не реагирует. Со слов соседей 15 лет страдает гипертонической болезнью.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите объем первой врачебной помощи.
3. Определите меры профилактики для данного пациента в последующем

Задача 7.

Молодой человек, 17 лет, сидит за монитором компьютера. Взгляд «отсутствующий», на вопросы не отвечает, на прикосновение не реагирует. Легкие подергивания век. Кожные покровы слегка бледны. АД 125/80 мм, пульс 65 уд/мин. ритмичный. Со слов родителей - в течение часа увлеченно занимался компьютерной графикой.

1. Поставьте диагноз.
2. Определите объем первой врачебной помощи.
3. Определите необходимость осуществления диспансерного наблюдения за данным больным.

Задача 8.

Мужчину 26 лет на улице нашли прохожие. Жалобы на головную боль, головокружение, тошноту, однократную рвоту. Момент травмы не помнит, состояние средней тяжести, сознание заторможено. При осмотре гематома затылочной части головы Дыхание везикулярное, ЧДД - 18, PS-78. АД 120 80, тоны ясные, ритмичны

Ваш предварительный диагноз, неотложная терапия.

Задача 9.

Бригада СП вызвана в магазин. Со слов, окружающих женщина внезапно потеряла сознание Состояние средней тяжести, на вид 60 лет Кожные покровы бледные, влажные. АД 110'70. PS-96, удовлетворительного наполнения и напряжения. На коже живота, плечей следы уколов.

Предварительный диагноз, тактика.

Задача 10.

Пациентка 30 лет. После эмоционального стресса, находясь в состоянии алкогольного опьянения, выпила 40 таблеток неизвестного лекарственного вещества. Больная возбуждена, беспокойна, агрессивна. Кожные покровы гиперемированы, ЧДД - 22, PS-96, АД 130'80.

Ваш предварительный диагноз, тактика.

Задача 11.

Пациент 36 лет предъявляет жалобы на общую слабость, головокружение, "черный стул". С 28-ми лет беспокоят боли в подложечной области, связанные с приемом пищи, изжога, запоры в последнее время стал отмечать боли ночью и натощак. Об-но: сознание ясное, бледен. В легких везикулярное дыхание. Границы сердца не изменены, ритм правильный, тоны приглушены, пульс 120 мин, ритмичен, слабого наполнения. АД 100\60 мм рт.ст. Язык обложен беловато-серым налетом, сухой Живот участвует в акте дыхания, не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в пилородуоденальной области.

Ваш предварительный диагноз, неотложная помощь при этом состоянии.

Задача 12.

Пациент 42-х лет доставлен бригадой СП в бессознательном состоянии. Из анамнеза: 6 лет назад перенес желтуху. В течение 5 лет чувствовал себя хорошо, но периодически возникали носовые кровотечения Диету не соблюдал, часто употреблял алкоголь. В последний месяц потерял аппетит, стал менее активен, испытывал резкую

слабость. Накануне принимал алкоголь. Утром окружающие не могли его «разбудить». Об-но: сознание отсутствует. Кожные покровы и склеры желтушные. Имеются единичные сосудистые звездочки на плече. Пульс 56'мин. удовлетворительного наполнения и напряжения АД 100 60 мм.рт.ст. Изо рта сладковатый запах. Размеры печени по Курлову 7-6-6 см. Пальпируется плотный край селезенки.

Ваш предварительный диагноз, неотложная помощь.

Задача 13.

Вызов бригады скорой медицинской помощи на завод. Мужчина, 45 лет, сознание отсутствует, зрачки расширены, глотательный рефлекс угнетен, на болевые раздражители не реагирует. От коллег по работе известно, что страдает вирусным гепатитом. Объективно: кожные покровы желтоватого оттенка, влажные, АД - 80/60 мм рт.ст., ЧСС - 80 ударов в мин.

1. Поставить диагноз.
2. Оказать первую врачебную помощь.
3. Определить минимальный объем обследования на данном этапе.
4. Определить необходимость и направление медицинской эвакуации на следующий этап.
5. Определить способ и очередность транспортировки (если она необходима)

Задача 14.

Молодой человек 22 лет лечится по поводу правосторонней пневмонии в течение суток дома (амбулаторно). Вечером почувствовал себя значительно хуже, стал «задыхаться», вызвал скорую помощь. По приезде СМП больной жалуется резкую нехватку воздуха, мечется в постели. Кожные покровы цианотичны, покрыты холодным потом. Частота дыханий – 36 в мин. Аускультативно в легких: влажные хрипы справа. ЧСС- 140 в мин. АД – 140/85 мм рт. ст.

1. Поставить диагноз.
2. Оказать первую врачебную помощь.
3. Определить минимальный объем обследования на данном этапе.
4. Определить необходимость и направление медицинской эвакуации на следующий этап.
5. Определить способ и очередность транспортировки (если она необходима).?

Задача 15.

Повод к вызову СМП: мужчина 65 лет «задыхается». Место вызова квартира, вызывает дочь. Жалобы на головную боль, возникшую после эмоционального перенапряжения, в течение 3-х часов боль усиливалась, возникла одышка в покое, хрипы при дыхании, принял 1 таблетку коринфара, одышка усилилась; вызвана СМП.

Анамнез: страдает гипертонической болезнью в течение 10-ти лет. Нерегулярно принимает адельфан, периодически капотен.

Объективно: состояние тяжелое, сознание ясное, положение ортопноэ. Возбужден, напуган. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Над легкими укорочение перкуторного звука, аускультативно ослабленное дыхание, большое количество разнокалиберных влажных хрипов по всей поверхности. ЧД 28 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 100 в минуту, АД 230/120 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. На ЭКГ: ритм синусовый, ЭОС отклонена влево. Очаговых изменений нет.

1. Предварительный диагноз.
2. Врачебная тактика на догоспитальном этапе.

Задача 16

Повод к вызову СМП: женщина 78 лет «сильная слабость». Место вызова квартира,

вызывает сама. Жалобы: на резкую слабость, головокружение, тошноту, однократную рвоту жидкостью, не приносящую облегчения. Указанные симптомы появились в течение суток. Анамнез: страдает гипертонической болезнью с максимальными цифрами до 200/100 мм рт. ст., адаптирована к 140/80 мм рт. ст.; по поводу постоянной формы мерцательной аритмии длительно принимает дигоксин.

Объективно: состояние тяжелое, сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски, отеки голеней и стоп. В легких везикулярное дыхание, в задне-базальных отделах небольшое количество влажных мелкопузырчатых хрипов, ЧД 22 в минуту. Тоны сердца аритмичные, пульс=ЧСС 50 в минуту. АД 130/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень у края реберной дуги. Неврологический статус без особенностей. На ЭКГ мерцание предсердий. Отклонение ЭОС влево. ЧСС 50 в минуту. Корытообразная депрессия ST в стандартных отведениях.

1. Предварительный диагноз.
2. Первая врачебная помощь.

Задача 17.

В приемное отделение стационара поступила 43-летняя пациентка. Больна в течение 2 дней. Жалуется на ноющую боль по всему животу, без иррадиации. Боль появилась и затем нарастала постепенно. Изначально боль была сосредоточена в верхних отделах живота, с течением времени распространилась по всему животу. Самостоятельно никаких препаратов не принимала. За медицинской помощью не обращалась. В связи с отсутствием улучшения обратилась к хирургу поликлиники, была направлена в стационар с диагнозом направления «острый живот». Из анамнеза: хронические заболевания – хронический панкреатит (диагностирован 6 лет назад), язвенная болезнь желудка, двенадцатиперстной кишки, хроническое рецидивирующее течение (последнее обострение полгода назад – острая язва двенадцатиперстной кишки), миома матки (диагностирована 4 года назад), гипертоническая болезнь I степени. Перенесла 5 лет назад лапаротомию, аппендэктомию. Менструальный цикл в течение последнего года нерегулярный. Последние месячные были 2 мес назад. Половой жизнью живет. Не предохраняется.

Объективно: состояние удовлетворительное. Температура тела – 37,0 °С. Кожа, видимые слизистые оболочки обычной окраски. Гемодинамика стабильная: АД – 130/85 мм рт.ст. Пульс – ритмичный, 68 в минуту, удовлетворительного наполнения. ЧДД – 16 в минуту, дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык чистый, влажный. Живот вздут, симметричный, участвует в дыхании. Послеоперационных рубцов нет. При аускультации: перистальтика не нарушена. При перкуссии: притупления перкуторного звука в отлогих местах живота нет. При пальпации: живот мягкий, слабо болезненный во всех отделах, наибольшая болезненность отмечается в эпигастральной и надлобковой областях живота. Мышечная защита не определяется. Перитонеальная симптоматика сомнительная.

Определите план обследования пациентки в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи.

Задача 18.

В приемное отделение многопрофильного стационара (стационарное отделение СМП) поступила 34-летняя пациентка. Заболела сегодня. Жалуется на интенсивную ноющую боль в нижних отделах живота, больше справа. Боль иррадиирует в поясницу. Боль появилась внезапно, пациентка отмечает, что интенсивность болей за последние 6 ч несколько снизилась. Самостоятельно приняла ибупрофен и дротаверин около 4 ч назад. Вызвала скорую помощь. Была доставлена в стационар с диагнозом «острый гинекологический живот». Из анамнеза: хронических заболеваний не имеет; 2 года назад перенесла пластическую операцию на молочных железах. Менструальный цикл регулярный; до недавнего времени принимала оральные контрацептивы. Последняя

таблетка была принята 1,5 мес назад. Последние месячные начались 45 дней назад. Замужем.

Объективно: состояние удовлетворительное. Температура тела – 37,2 °С. Кожа, видимые слизистые оболочки бледные. Гемодинамика стабильная: АД – 100/80 мм рт.ст. Пульс – ритмичный, 78 в минуту, удовлетворительного наполнения. ЧДД – 18 в минуту, дыхание везикулярное хрипов нет. Язык чистый, влажный. Живот не вздут, симметричный, участвует в дыхании. Послеоперационных рубцов в области живота нет. При аускультации: перистальтика не нарушена. При перкуссии: притупления перкуторного звука в отлогих местах живота нет. При пальпации: живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Мышечная защита не определяется. Перитонеальная симптоматика сомнительная.

Определите план обследования пациентки в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи.

Задача 19.

Повод к вызову СМП: «женщина, 27 лет без сознания». Время вызова бригады в 21ч. На месте вызова: жалобы на резкую слабость, головокружение, шум в ушах, тошноту. Анамнез: хронические заболевания отрицает. Имеет здорового ребенка 4 лет. Отмечает задержку менструации в течение 12-15 дней. Утром почувствовала слабость, но пошла на работу. Днем слабость усилилась, отпущена домой. В 19 ч. вошла в ванную комнату, закружилась голова, далее ничего не помнит. Мать вызвала «03».

Объективно: молодая женщина нормального телосложения находится на полу в ванной комнате, в сознании. Состояние тяжелое, кожные покровы чистые, без видимых повреждений, бледные, цианоз носогубного треугольника, выраженный гипергидроз, прохладные на ощупь. ЧД 25/мин., дыхание поверхностное, везикулярное ослабленное с жестковатым оттенком, хрипов нет. Пульс=ЧСС=110/мин, слабого наполнения, ритмичный. АД в горизонтальном положении 90/45 мм рт. ст. (при «рабочем» - 110/70 мм рт. ст.). Тоны сердца приглушены, ритмичны. Живот отстает от акта дыхания, перкуторно определяется тупой звук в гипогастральной области, перистальтика вялая, пальпация безболезненна. Выделений из половых путей нет. По другим органам – без особенностей.

Предположительный диагноз. Первая врачебная помощь.

Задача 20.

Больной, 40 лет, жалуется на интенсивную загрудинную боль с иррадиацией в обе лопатки. Боль возникла около 30 мин назад. АД – 150/90 мм рт.ст. (обычно около 130/80 мм рт.ст.). ЧСС – 90 в минуту. На ЭКГ – синусовая тахикардия, частые желудочковые экстрасистолы, элевация сегмента ST на 0,4-0,5 мВ в отведениях I, II, V1-V4. Абсолютных и относительных противопоказаний для ТЛТ нет. Время транспортировки в инвазивный стационар около 20 ми

Какова локализация инфаркта миокарда?

Какие действия наиболее значимы для течения и исхода ОКС в данном случае?

Задача 21.

Больной, 52 лет, жалуется на загрудинную боль с иррадиацией в нижнюю челюсть. Боль продолжается немногим более 3 ч. АД – 140/90 мм рт.ст. (обычно АД – 130/80 мм рт.ст.). ЧСС – 84 в минуту. На ЭКГ – синусовый ритм, парные желудочковые экстрасистолы, элевация сегмента ST на 0,3-0,4 мВ в отведениях II, III, aVF. Абсолютных и относительных противопоказаний для ТЛТ нет. Время транспортировки в инвазивный стационар немногим более часа.

Какие нарушения сердечного ритма и проводимости часто встречаются при этой локализации инфаркта миокарда?

Какие действия наиболее значимы для течения и исхода ОКС в данном случае?

Задача 22.

Пациент 63 лет, предъявляет жалобы на чувство «замирания» сердца, головокружение, общую слабость, со слов в анамнезе ИБС, стенокардия напряжения. Объективно: состояние тяжелое, холодный липкий пот, акроцианоз. Пульс 180 мин., ритмичный, АД 100/60 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент 2-го тона на легочной артерии. В легких па фоне ослабленного дыхания в нижних отделах выслушиваются влажные мелко- и среднепузырчатые хрипы, в верхних- жесткое дыхание, сухие свистящие хрипы, печень не увеличена.

Ваш предварительный диагноз, неотложная терапия, возможное осложнение и прогноз **.**

Задача 23.

Бригада СП вызвана в магазин. Со слов, окружающих женщина внезапно потеряла сознание Состояние средней тяжести, на вид 60 лет Кожные покровы бледные, влажные. АД 110'70. PS-96, удовлетворительного наполнения и напряжения. На коже живота, плечей следы уколов.

Предварительный диагноз, тактика.

Задача 24.

Пациентка 54 лет жалуется на сильные пульсирующие боли в голове, особенно в затылочной области, головокружение, тошноту, рвоту, ухудшение зрения, шум в ушах, онемение и слабость в правой руке, давящую боль в области сердца Обноружено: пациентка повышенного питания, заторможена, речь невнятная, кожные покровы бледные. ЧДД 20 мин, дыхание везикулярное. Пульс 60 мин, ритмичный. Границы сердца расширены влево на 2см, тоны сердца приглушены, акцент 2-го тона на аорте, систолический шум на верхушке. АД 250/140 мм.рт.ст.

Ваш предварительный диагноз и неотложная терапия?

Задача 25.

Пациенту 69 лет, бригадой "СП" поставлен диагноз: обширный трансмуральный инфаркт миокарда, кардиогенный шок 3-сй степени

Какую терапию следует начать немедленно?

Задача 26.

Пациент 42-х лет доставлен бригадой СП в бессознательном состоянии. Из анамнеза: 6 лет назад перенес желтуху. В течение 5 лет чувствовал себя хорошо, но периодически возникали носовые кровотечения Диету не соблюдал, часто употреблял алкоголь. В последний месяц потерял аппетит, стал менее активен, испытывал резкую слабость. Накануне принимал алкоголь. Утром окружающие не могли его «разбудить». Об-но: сознание отсутствует. Кожные покровы и склеры желтушные. Имеются единичные сосудистые звездочки на плече. Пульс 56'мин. удовлетворительного наполнения и напряжения АД 100 60 мм.рт.ст. Изо рта сладковатый запах. Размеры печени по Курлову 7-6-6 см. Пальпируется плотный край селезенки.

Ваш предварительный диагноз, неотложная помощь.

Задача 27.

Пациентке 24-х лет вызвана бригада СП. Из анамнеза выяснено, что после употребления в пищу мяса, приготовленного накануне, появилась многократная рвота, частый жидкий стул, резкие боли в животе. Об-но: пониженного питания. Кожа сухая, тургор снижен. ЧД 28/мин., АД 90\50 мм.рт.ст. Границы сердца в норме, ритм правильный, тоны приглушены. Язык сухой. Живот вздут. При пальпации живота - урчание в подвздошной области.

Ваш предварительный диагноз и неотложная помощь?

Задача 28.

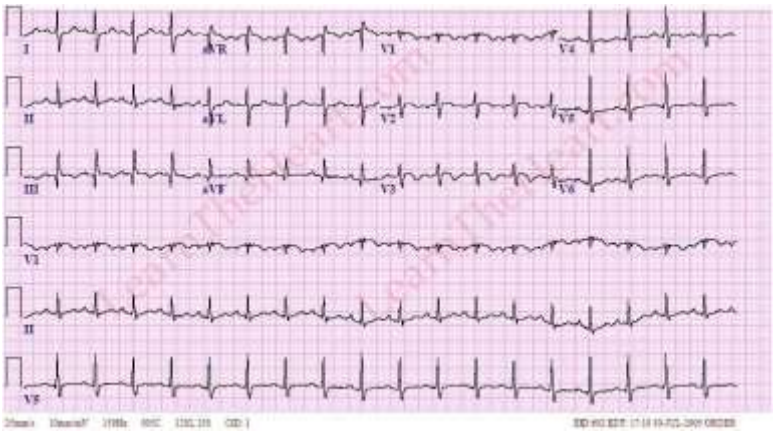
Больная М. 23 года Жалобы на схваткообразные боли внизу живота, кровянистые выделения из половых путей Боль и кровотечение появились одновременно 3 часа назад. Кровотечение постепенно усилилось и анамнезе: беременность 8-9 недель. Данная беременность 4. предыдущие закончились медицинским абортом на ранних сроках, после последнего аборта лечилась в стационаре по поводу эндометрита.

Ваш предварительный диагноз, неотложная помощь.

Задача 29.

Больная К., 56 лет, заболела внезапно. Дома случился коллапс, была вызвана БСМП. Со слов родственников, до этого случая была здорова, в анамнезе нет тяжелых заболеваний. При осмотре состояние тяжелое. Дыхательные пути свободные, дыхание проводится во все отделы, хрипов нет, ЧД 20 в мин. Тоны сердца приглушены, АД 60/36 мм рт ст, ЧСС – 140 уд. в мин. По шкале Глазго 11 баллов. SpO2 – 74%.

Бригадой СМП снята ЭКГ:



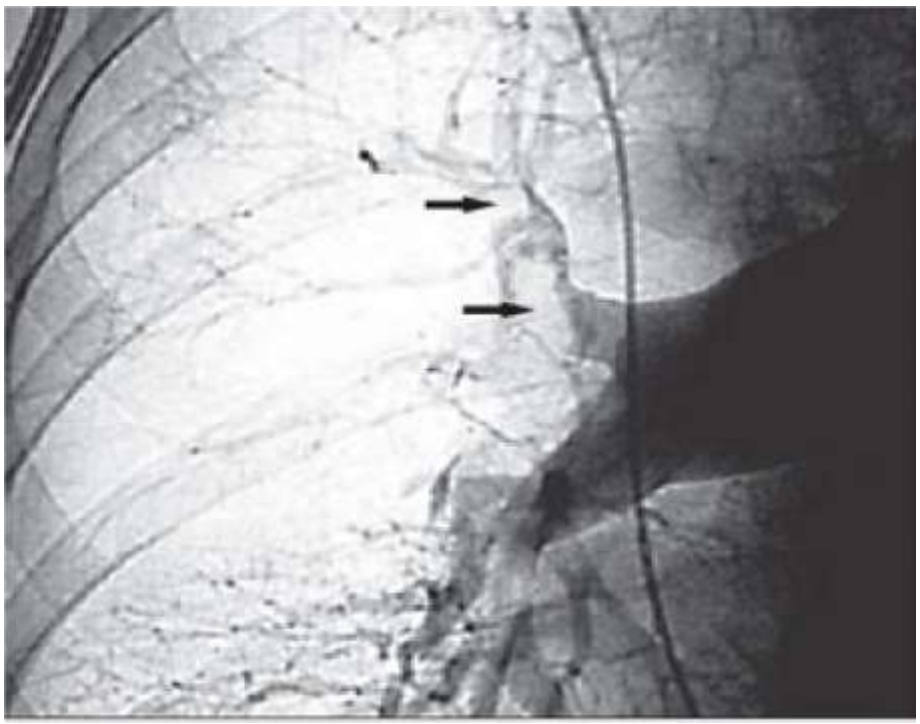
Установлен периферический венозный катетер, начата инфузия р-ра хлорида натрия 0,9% - 1 литр, оксигенотерапия 35% кислородом потоком 15 л/мин.

На фоне лечения: ЧД – 20 в мин, АД 90/60 мм рт ст, ЧСС – 125 в мин., SpO2 – 86%. По шкале Глазго 14 баллов. Доставлена в стационар.

При обследовании в стационаре:

В легких дыхание жесткое, хрипов нет, ЧД – 20 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС – 126 уд. в мин. Давление в яремной вене повышено до + 10 см вод. ст. Живот мягкий, безболезненный. Со стороны нервной системы без особенностей. На ЭХОКГ: увеличение правых отделов сердца, признаки легочной гипертензии. На рентгенограмме грудной клетки легочные поля чистые. D – димеры: 1,8 мг/л, тропонин Т: 0,6 нг/мл. Газы артериальной крови: pH- 7,36, paO2 - 7,4 кПа, paCO2 - 4,5 кПа, HCO3- - 23 ммоль/л.

Больной проведена ангиопульмонография:



Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Интерпретируйте результаты физикального осмотра, ЭКГ, ЭХОКГ, пульсоксиметрии, ангиографии, показателей крови.
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
4. Основные подходы к лечению данной патологии.
5. Прогноз и терапия на этапе амбулаторного лечения

Задача 30.

Вызов бригады СП к пациенту 40 лет с жалобами на сильные приступообразные боли за грудиной сдавливающего характера, не купирующийся приемом нитроглицерина, сильную слабость. Подобные приступы провоцируются физической нагрузкой. В анамнезе ИПС. Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, влажные. ЧДД - 24. дыхание везикулярное Тоны сердца приглушены. АД 110\70, PS82 Живот мягкий безболезненный. На ЭКГ выраженных ишемических изменений не обнаружено.

Ваш предварительный диагноз, тактика.

Задача 31.

Больной Т.,32 лет, доставлен в стационар в тяжелом состоянии с затянувшимся приступом удушья. Со слов родственников, с 16 лет страдает бронхиальной астмой. В начале заболевания приступы удушья, как правило, развивались в весенне-летний период. При аллергологическом обследовании была выявлена положительная реакция на аллергены деревьев (береза, ольха, тополь), злаковых (тимофеевка, овсяница, гречиха) и сорных трав (полынь, амброзия, крапива, пижма). В возрасте 28 лет перенес бронхопневмонию, после чего течение основного заболевания стало более тяжелым. Исчезла выраженная сезонность обострений болезни, приступы удушья стали более продолжительными и тяжелыми. Больной постоянно ингалировал сальметерол и бекодид. Примерно неделю назад после переохлаждения у больного повысилась температура до 38,5 градусов, появился сухой кашель и ринит. Лечился самостоятельно жаропонижающими препаратами и отхаркивающими средствами. На этом фоне возобновились приступы удушья. В ночь перед госпитализацией у пациента развился приступ удушья, не купировавшийся повторными ингаляциями сальбутамола (всего произвел 20 ингаляций в течение 10 часов). Бригадой СМП был введен эуфиллин и

преднизолон, после чего пациент доставлен в клинику.

При осмотре состояние тяжелое, возбужден. Положение вынужденное – сидит в постели, опираясь на руки. Кожные покровы влажные, диффузный цианоз.

Дыхание шумное с удлиненным выдохом, на расстоянии слышны свистящие хрипы. Частота дыхания 22 в минуту. Грудная клетка симметрична, бочкообразной формы. Прекуторный звук коробочный. Дыхание резко ослабленное везикулярное, над нижними отделами легких участки над которыми дыхание не проводится. Выслушивается небольшое количество сухих свистящих хрипов. Границы сердца в норме. Тоны сердца глухие, ритм неправильный, ЧСС -112 в минуту, экстрасистолы 7-8 в минуту. АД - 100/60 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. перкуторные размеры её по Курлову 9*8*7 см. Периферических отеков нет.

Клинический анализ крови: гемоглобин-140 г/л. эритроциты-5,2х1012/л, лейкоциты – $9{,}2 \times 10^9$, п/я-6%, с/я 62%, э.-6%, м.- 2%, л-24%. СОЭ-28 мм/ч.

Биохимический анализ крови: фибриноген-5 г/л.(норма 2-3,5), СРБ – 12 мг/л (норма 05,0мг/л).

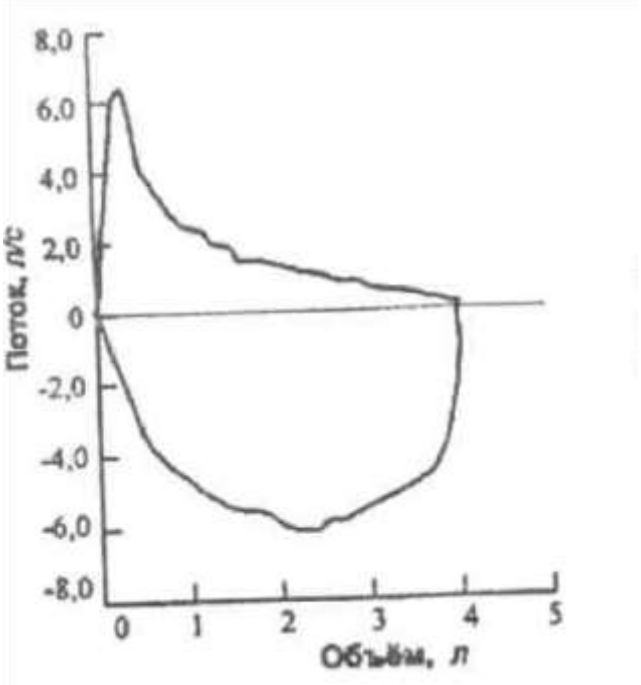
Иммунологическое исследование: в мокроте и крови обнаружено высокое содержание IgE. Анализ мокроты: мокрота вязкая стекловидная, лейкоциты -20/100 - 30/100 клеток; эритроциты - abs; эозинофилы >30/100 клеток; эпителиальные клетки > 10/100 клеток. Спирали Куршмана+; кристаллы Шарко-Лейдена ++.

Рентгенография грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачости, без очаговых и инфильтративных теней, легочный рисунок избыточен, деформирован, корни структурны. Диафрагма опущена. Синусы свободны. ФВД проведена через неделю после госпитализации: ЖЕЛ -70%; ОФВ1 - 55%, индекс Тиффно - 60%. Проба с беротеком положительная - прирост показателя после ингаляции 30%.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный, единичные желудочковые экстрасистолы. Признаки систолической перегрузки правых отделов сердца.

КОР: pH - 7,33; PaO2 - 65 мм рт.ст; PaCO2 - 48 мм рт.ст; BE - (-) 3,5; SB – 17.

Пневмотахограмма



Вопросы:

1. Выделите основные синдромы у пациента и оцените степень тяжести его состояния.

2. Какие заболевания могут сопровождаться подобной клинической картиной?

3. Достаточно ли представленных данных обследований для окончательного диагноза?

4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить, и с какой целью?

5. Какова лечебная тактика ведения данного пациента?

Задача 32.

Больной К.,54 лет, поступил в стационар с жалобами на кашель со слизисто-гнойной мокротой, экспираторную одышку при незначительной физической нагрузке, слабость, повышенное потоотделение, лихорадку до 38^{o}С. Курит с 16 лет по 25 - 30 сигарет в сутки. Кашель с мокротой беспокоит пациента в течение 15-20 лет. В течение последних 10 лет стал значительно чаще болеть ОРВИ, трижды лечился стационарно по поводу пневмоний. За последние несколько лет изменился характер мокроты - появилась гнойная мокрота в большем, чем прежде количестве. Около 5 лет назад впервые отметил появление одышки при быстрой ходьбе, в последующие годы интенсивность одышки увеличилась, снизилась толерантность к физической нагрузке. В настоящее время не работает. Ранее работал на лакокрасочном комбинате.

Неделю назад после переохлаждения у пациента повысилась температура до 38^{o}С, усилился кашель, увеличилось количество мокроты. Амбулаторно получал ампиокс, однако самочувствие существенно не улучшалось, сохранялся субфебрилитет, усилилась одышка. Госпитализирован в связи с неэффективностью лечения.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожа чистая, умеренный диффузный цианоз. ЧД 18 в минуту. Грудная клетка симметрична, расширена в переднезаднем направлении, эластичность ее снижена. Прекуторный звук с коробочным оттенком, участков притупления его не обнаружено. При аускультации дыхание ослаблено, над всей поверхностью легких выслушиваются разнокалиберные сухие хрипы. В нижних отделах легких с обеих сторон небольшое количество мелкопузырчатых влажных хрипов. Сердце - правая граница на 1,5 см вправо от правого края грудины, верхняя в III межреберье по lin. parasternalis sinistra, левая граница по lin. mediaclavicularis sinistra. Тоны сердца приглушены, ритм сердечных сокращений правильный, частота - 92 в минуту. АД - 140/80 мм рт ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень пальпируется на 2 см ниже края реберной дуги, её перкуторные размеры по Курлову 9*8*7 см. Периферических отеков нет.

Клинический анализ крови: гемоглобин -150 г/л. Эритроциты-5,27х10^{12}/л, лейкоциты 9,2х10^{9}/л, п/я - 7%, с/я -52%, э.-3%, м.- 3%, л-31%. СОЭ-24 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок-80 г/л (норма 60-85), фибриноген-9 г/л (норма 2-3,5), холестерин-6,0 мкмоль/л (норма 3,5-5,5), СРБ – 15 мг/л (норма 05,0мг/л).

Анализ мокроты: консистенция - вязкая; характер - гнойный; лейкоциты -60/100 - 70/100 клеток; эритроциты - abs; эпителиальные клетки > 10/100 клеток.

Посев мокроты на флору: получен рост Streptococcus pneumonia 10*3; Staphylococcus aureus 10*4; Hemophylus influenza 10*6 Moraxella cataralis 10*6.

Рентгенография грудной клетки:



ФВД: ЖЕЛ -70%; ОФВ1 - 65%, индекс Тиффно - 60%. ПСВ - 66%. Проба с беротеком - прирост показателя после ингаляции <10 %.

КОР: pH - 7,35 (норма 7,45-7,35); PaO2 - 75 мм рт ст; PaCO2 - 46 мм рт ст; BE - (-) 3, (норма +,- 2,7); SB - 18 (норма 20 +,- 1)

ЭКГ: Ритм синусовый, правильный. Синусовая тахикардия. Ось отклонена вправо, Р готической формы в отведениях II,III,aVF,V1-V3, амплитуда его в этих отведениях 3 мм. Амплитуда RV1>7мм, RV1/SV1 > 1, RaVR > 4мм > QaVR. Депрессия сегмента ST во II,III, aVF и правых грудных отведениях.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы у пациента и оцените степень тяжести его состояния?
2. Какие заболевания могут сопровождаться подобной клинической картиной?
3. Достаточно ли представленных данных обследований для окончательного диагноза?
4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить, и с какой целью?
5. Какова лечебная тактика ведения данного пациента?

Задача 33.

Пациентка Б., 78 лет, поступила в травматологическое отделение с диагнозом «чрезвертельный перелом правой бедренной кости». Пациентке в экстренном порядке выполнен остеосинтез штифтом. После операции пациентка была доставлена в отделение реанимации и интенсивной терапии. В ОАК было отмечено снижение уровня гемоглобина до 60 г/л (цветовой показатель 0,81 ед). На фоне трансфузии эритроцитарной массы отмечено повышение уровня Гемоглобина до 98 г/л. Через 4 суток после стабилизации состояния больная переведена в травматологическое отделение.

Спустя неделю от начала госпитализации отмечено повышение температуры тела до 38,5° С, пациентка отметила появление кашля без отделения мокроты.

Выполнена рентгенография органов грудной клетки: (в прямой проекции) в нижних отделах справа, ближе к синусу определяется участок уплотнения лёгочной ткани с неровными нечёткми контурами за счёт инфильтрации. На остальном протяжении легочные поля без очаговых и инфильтративных теней. Легочный рисунок усилен по смешанному типу, преимущественно в базальных отделах, деформирован за счет пневмосклероза. Корни легких уплотнены, тяжистые, не расширены, структура их сохранена. Диафрагма обычно расположена. Синусы слева прослеживаются. Тень сердца

расширена влево. Аорта уплотнена.

Анализ крови: концентрация гемоглобина 101 г/л, количество эритроцитов 4.81x10^12/л. Гематокрит (HCT) 38.8%, средний объём эритроцитов 80.7 фл, среднее содержание гемоглобина 28,3 пг, средняя концентрация гемоглобина 351 г/л, ширина распределения 18,1 %, количество тромбоцитов 271x10^9/л, средний объём тромбоцитов 8,4 фл, тромбокрит 0.22 %. Количество лейкоциты 16,10x10^9/л, лимфоциты 12,1%, моноциты 0,8%, гранулоциты 87,10 %, лимфоциты 2.00x10^9/л, моноциты 0,1x10^9/л, гранулоциты 14.00x10^9/л, цветовой показатель 0.80.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Дополнительные методы обследования?
3. Тактика лечения пациентки?

Задача 34.

Пациент 16 лет. Со слов друга впервые потребил алкоголь 150-200 мл. после чего появились судороги, и больной потерял сознание. Состояние тяжелое. Изо рта запах алкоголя, лицо гиперемировано. влажное. Тургор кожи снижен, мышечная атония. Зрачки расширены, на свет реагируют, отмечается маятникообразное движение глазных яблок, гиперсаливация, бронхорея. ЧДД 20 мин., ЧД 100 60, PS-110 мин.

Ваш предварительный диагноз и лечение.

Задача 35.

Пациент 32 года, после приема накануне значительного количества алкоголя почувствовал сильные боли в верхней половине живота опоясывающего характера сопровождающиеся повторной рвотой. Промывание желудка облегчения не принесло. Состояние тяжелое. Лицо цианотичное. кожные покровы мраморной окраски. Язык сухой. АД 90/70 мм. рт.ст., PS- 118 в мин. Живот умеренно вздут, в верхней половине умеренно болезнен.

Предварительный диагноз. Тактика.

Задача 36.

Пациент Л., 47 лет, обратился с жалобами на мучительную изжогу в течение последних 3 недель и интенсивные боли в подложечной области и зоне Шоффара, возникающие ночью и/или через 1,5 – 2 часа после еды. Боли иррадиировали в спину, купировались приемом «соды», эффект длился не более 1-2 часов. Беспокоила почти постоянная тошнота.

В анамнезе травма правого коленного сустава, около 6 месяцев назад, консультирован ортопедом - выставлен диагноз «артроз правого коленного сустава, повреждение связочного аппарата правого коленного сустава, реактивный синовит», была назначена «поддерживающая» терапия на 6 месяцев, которую пациент продолжает принимать.

При осмотре пациент повышенного питания, ИМТ - 33 кг/м^2, гиперемия лица. Живот увеличен в объёме за счет подкожно-жировой клетчатки, чуть вздут, асцита нет, определяется болезненность при пальпации эпигастральной и пилоро-бульбарной зон, зоны Шоффара. Симптомы Кера, Мюсси, Ортнера, Щеткина – отрицательные. Мочеиспускание без особенностей. Последние 2-3 месяца стул со склонностью к запорам, без патологических примесей.

Результаты лабораторно – инструментальных методов обследования:

Клинический анализ крови – Гемоглобин 124 г/л, эритроциты 4,2 x10^{12}/л, ЦП 0,95, лейкоциты 6,1x10^9/л, ретикулоциты 17‰, СОЭ 10 мм/час.

Диастаза – 1436 (норма до 800).

Б/х анализ крови: АЛТ – 36 ед/л, АСТ – 55 ед/л, ГГТП – 14 ед/л, ЩФ – 216 ед/л,

альфаамилаза – 418 ед/л (норма до 390), холестерин – 6,87 ммоль/л, глюкоза – 6,1 ммоль/л, общий белок – 75 г/л.

Анализ кала на скрытую кровь – слабо положительный.

Уреазный дыхательный тест - положительный.

ЭГДС: пищевод свободно проходим, слизистая оболочка пищевода гиперемирована в нижней трети. Слизистая оболочка желудка гиперемирована, больше в антральном отделе, где по задней стенке, ближе к луковице 12-п. кишки определяется глубокий (примерно 5-6 мм) язвенный дефект диаметром 16 мм, края язвы подрыты, конвергенция складок выражена слабо (фото). Луковица 12-перстной кишки гиперемирована, залуковичные отделы гиперемированы, отмечаются единичные лимфангиоэктазии по типу «манной крупы».

УЗИ органов брюшной полости: признаки стеатоза печени, незначительное увеличение размеров головки поджелудочной железы, диффузные изменения печени и поджелудочной железы.

Фото. Фрагмент видеозаписи фиброгастродуоденоскопии (антральный отдел желудка).



Вопросы:

1. Выделите ведущие клинико-лабораторные синдромы.

2.Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной.

3. С учетом данных жалоб, анамнеза, представленных данных лабораторных и инструментальных исследований определите наиболее вероятный предварительный диагноз.

4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?

5. Лечебная тактика ведения.

Задача 38.

Пациентка К., 54лет, обратилась с жалобами на боли в животе, локализованные больше слева и в подвздошной области, повышение температуры тела до 37.80 С, учащение стула. При этом сначала стул был полуоформленный трижды в течение дня, а уже через сутки был представлен слизистыми выделениями в виде «плевков» без каких-либо примесей. Вышеописанная симптоматика у пациентки появилась через 5дней с момента начала приема антибактериальных препаратов (амоксициллин по 1.0 х 2 раза в сутки), которые пациентка начала принимать самостоятельно по поводу сезонно обострившегося хронического бронхита. Пациентка присоединила антидиарейные препараты (лоперамид), дозу препарата регулировала самостоятельно, пытаясь

ориентироваться на частоту дефекаций. К вечеру третьих суток состояние пациентки резко ухудшилось: стала

0 нарастать слабость, температура тела повысилась до 38.3 С, находившиеся рядом с пациенткой родственники отметили снижение ее реакции на обращенную речь. Бригадой вызванной скорой медицинской помощи была доставлена в приемное отделение многопрофильной городской больницы.

При поступлении в стационар отмечена умеренная приглушенность сознания пациентки: она с достаточным промежутком времени (до 1.5 минут) отвечала на обращенную к ней речь. Обращали на себя внимание выраженная сухость языка, который был интенсивно обложен белым налетом, сниженный тургор кожи и выраженная ее сухость. В легких выслушивались единичные сухие хрипы, дыхание проводится симметрично и выслушивается над всей поверхностью легких, частота дыхания – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, отмечается систолический шум на верхушке сердца, без проведения и изменения силы и интенсивности при перемене положения тела, частота сердечных сокращений 96 в минуту с правильным ритмом, совпадающая с частотой пульса на лучевых артериях, пульс слабого наполнения. Артериальное давление, измеренное в положении пациентки лежа, 90/60 мм.рт. ст. Живот при пальпации умеренно болезненный в левых отделах, перитонеальных симптомов не выявлено. Печень у края реберной дуги, селезенка перкуторно и при пальпации не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, однако, родственники пациентки отметили, что частота мочеиспусканий и количество выделенной мочи определенно стали меньше по сравнению с предыдущими сутками. С момента приема самостоятельно начатого приема лоперамида стул был дважды, консистенция его и количество не изменились – малообъемные слизистые «плевки». Пациентка госпитализирована в диагностическое отделение.

Лабораторные тесты:

Анализ крови клинический: гемоглобин – 156 г/л, эритроциты -5.34х10^{12}/л, лейкоциты -18.6х10^{9}/л, СОЭ – 45 мм/час, тромбоциты -356х10^{9}/л, лейкоцитарная формула: промиелоциты – 3%, метамиелоциты – 3%, п/я – 10%, с/я – 62%, э-1%, б-2%, мон-6%, лим-13%.

Биохимический анализ крови: АЛТ – 56 Ед/л, АСТ – 38 Ед/л, ГГТП – 46 Ед/л, билирубин общий – 23.6 мкмоль/л, прямой – 7.6 мкмоль/л, непрямой – 16.0 мкмоль/л, глюкоза – 4.6 ммоль/л, мочевина – 6.8ммоль/л, креатинин – 98 ммоль/л, холестерин – 4.8ммоль/л, общий белок – 58 г/л, К+ - 2.9 ммоль/л, Na+ - 130 ммоль/л.

Проктосигмоскопия: отмечается выраженная отечность слизистой оболочки толстого кишечника на уровне прямой кишки, сигмовидной кишки и части нисходящей части поперечно-ободочной кишки. Просвет кишки на доступном визуализации участке заполнен слизистым содержимым. На поверхности слизистой оболочки видоизмененного участка толстой кишки имеются белесовато-желтые бляшки в виде мембран диаметром от 0.5 до 1.2 см. Местами бляшки замещены поверхностным дефектом слизистой оболочки.

Консультация невролога: очаговой неврологической симптоматики не выявлено. Токсическая (?) энцефалопатия.

Фото: фрагмент видеозаписи процедуры проктосигмоскопии (участок сигмовидной кишки).



Вопросы:

1. Выделите ведущие клинико-лабораторные синдромы пациентки и оцените степень тяжести ее состояния.

2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной.

2. С учетом данных жалоб, анамнеза, консультативных осмотров, представленных данных лабораторных и инструментальных исследований, определите наиболее вероятную диагностическую конструкцию.

3. Достаточно ли представленных данных обследований для окончательного диагноза?

4. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить и какие данные можно получить с их помощью?

5. Какова лечебная тактика ведения данной пациентки?

Задача 39.

Повод к вызову СМП: «женщина 35 лет, плохо с сердцем», вызывает мать в квартиру. На месте вызова: хронические заболевания и аллергии отрицает. Около часа назад произошла ссора с мужем, он ушел, появился «комок в горле, от которого не получалось избавиться, потом стало трудно дышать». Лекарств не принимала.

При осмотре: женщина 35 лет, состояние средней тяжести, в сознании, полностью ориентирована, сидит на диване, возбуждена, напугана, плаксива. Кожные покровы бледные, влажные, цианоз лица, стойкий белый дермографизм. Речь прерывистая, не полными фразами, логичная. Дыхание шумное, учащенное, неравномерное с пароксизмами и удлиненными паузами, периодами – при помощи вспомогательной мускулатуры, «рука акушера». Пульс равен ЧСС=110 уд./мин., ритмичный, АД 140/80 мм рт. ст. Суицидальных мыслей не высказывает. По другим органам без видимой патологии.

Предположительный диагноз. Первая врачебная помощь.?

Задача 40.

Больная К., 20 лет, поступила в клинику с жалобами на коликообразные боли в животе преимущественно в околопупочной области, тошноту, диарею до 4-5 раз в сутки, артралгии в крупных суставах, судороги в нижних конечностях. Больную также беспокоила выраженная слабость, снижение веса, непереносимость молочных продуктов. Анамнез заболевания. Описанные жалобы (артралгия, миалгия, хроническая диарея, слабость) появились около полугода тому назад. Была осмотрена терапевтом и аллергологом, проведено аллергологическое обследование, которое выявило повышенную

чувствительность к коровьему молоку, лактоальбумину, лактозе, пшенице, ржи, глиадину. Было рекомендовано соблюдение диеты, на фоне которой состояние существенно не изменилось.

Анамнезе жизни. В детстве наблюдалась тяжелая детская экзема, перенесла инфекционный мононуклеоз. В дальнейшем чувствовала себя хорошо, занималась спортом. Год тому назад была подробно обследована перед приемом на работу и признана здоровой, дано разрешение работать в качестве тренера по теннису. При тщательном сборе анамнеза было выяснено, что мать больной имеет похожие симптом (хронические поносы).

Объективное исследование. При осмотре состояние больной удовлетворительное. Рост 162 см, вес 58 кг. Температура тела нормальная, Небольшая сухость кожи. На коже спины папулезно-везикулезная сыпь. Со стороны легких и сердца патологии не выявлено. Число дыханий 18 в минуту. АД 118/76 мм рт.ст. Пульс 88 в 1 минуту, ритмичный. Язык чистый, влажный. Живот несколько вздут, умеренно болезненный при пальпации в околопупочной области. Печень и селезенка не увеличены. Стул обильный, до 4-5 раз в день, иногда наблюдается и в ночное время, бывают императивные позывы.

Данные дополнительных методов обследования:

Клинический анализ крови: эритроциты $3{,}0x10^{12}$/л, гемоглобин 75 г/л, ретикулоциты - 0,08%, ЦП 0,71, тромбоциты $180x10^{9}$/л, лейкоциты $6{,}3x10^{9}$/л. Лейкоцитарная формула: П/я - 4%, С/я -54%, Э. -8%, Л. -26%, М. - 8%, СОЭ - 3 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок - 55 г/л, альбумины - 28%, глобулины: альфа 1 - 13%, альфа 2 - 15%, бета - 17,5%, гамма - 30,5%; мочевина - 7,8 ммоль/л, креатинин - 100 мкмоль/л, холестерин - 3,0 ммоль/л, билирубин общий - 13,0мкмоль/л, билирубин прямой – 4,5 мкмоль/л, АЛТ - 30 ед/л, АСТ 28 ед/л, ЛДГ- 200 ед/л, ЛДГ-5 - 3 %, щелочная фосфатаза - 170 ед/л, Сывороточное железо – 5 мкмоль/л.

Иммунологический анализ крови: выявлены антиглиадиновые антитела, антитела к тканевой трансглютаминазе, эндомизию, ретикулину и дезаминированным пептидам глиадина.

Клинический анализ мочи: уд. вес - 1018, белок - следы, сахар - abs, эритроциты - 0 - 1 в поле зрения, лейкоциты - 1 - 2 в поле зрения, цилиндры - abs. Желчные пигменты: уробилин (-), билирубин (-).

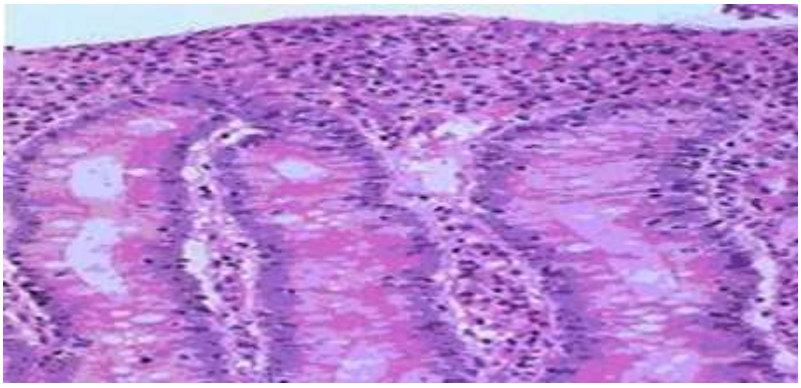
Копрологическое исследование: кал кашицеобразный, цвет сероватый, запах обычный. Реакция на кровь отрицательная. Обнаружены – нейтральный жир, жирные кислоты и мыла. Лейкоциты 8-10 в поле зрения, эритроцитов нет.

УЗИ. Печень: размеры не увеличены, структура однородна. V. porta 1,1 см. Поджелудочная железа не увеличена, структура диффузно неоднородна. Селезенка не увеличена. Почки расположены в обычном месте. Конкрементов нет. Чашечнолоханочная система не расширена.

При ректороманоскопии существенной патологии не выявлено.

ЭГДС: признаки поверхностного гастрита и субатрофического дуоденита.

Произведена биопсия дистальных отделов 12-п кишки, выявлена атрофия ворсин тонкой кишки, разрастание крипт, воспалительная инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки (см. фото биопсии).



Вопросы:

1. Выделите ведущие клинико-лабораторные синдромы пациентки и оцените степень тяжести ее состояния.

2. Перечислите возможные заболевания, сопровождающиеся подобной клинической картиной.

3. С учетом данных жалоб, анамнеза, консультативных осмотров, представленных данных лабораторных и инструментальных исследований определите наиболее вероятную диагностическую конструкцию.

4. Достаточно ли представленных данных обследований для окончательного диагноза?

5. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить и какие данныеможно получить с их помощью?

6. Какова лечебная тактика ведения данной пациентки?

Задача 41.

Больной С., 47 лет, работает сантехником, поступил с жалобами на общую слабость, тошноту, постоянные боли в правом подреберье. Со слов больного в течение многих лет злоупотребляет алкоголем. Постоянно ощущал тяжесть в правом подреберье. В течение последних двух недель ежедневно употреблял пиво и по 250 мл водки. Настоящее ухудшение около недели, когда появились боли в правом подреберье, отметил пожелтение кожных покровов. Самостоятельно лекарственные средства не принимал. При осмотре состояние средней тяжести. Сознание ясное, эйфоричен, ориентирован, тест обратного счета выполнен. Кожные покровы и склеры иктеричные. Кожа сухая, лицо одутловатое, выраженная сосудистая сеть на лице, на туловище визуализируются единичные гематомы. Гипотрофия мышц плечевого пояса. Контрактура Дюпюитрена. Пастозность нижних конечностей. Чувствительность нижних конечностей снижена. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 18 в мин. Тоны сердца глухие, ритм правильный. ЧСС 100 в мин. АД 105/60 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белесоватым налетом. Живот при пальпации болезненный в эпигастральной области и правом подреберье. Размеры печени по Курлову 17-15-10 см, плотная, поверхность гладкая, край острый, болезненная. В отлогих местах живота определяется притупление. Стул раз в 2-3 дня, оформленный, обычного цвета, без патологических примесей. Лабораторные и инструментальные обследования:

Клинический анализ крови: гемоглобин -97 г/л (117-130), эритроциты - $2.94x10^{12}$/л (3.8-5.13), гематокрит-53,4 % (34.9-45.6), средний объем эритроцитов-101 фл (82-98), ЦП-1.15 (0.82-1.10), лейкоциты -$11.5x10^{9}$/л (4-10), тромбоциты -$152x10^{9}$/л (150-375), лейкоцитарная формула – п/я-4%, с/я - 65%, э- 2%, б- 1%, мон-7%, лим-21%, СОЭ-17 мм/час.

Биохимический анализ крови: АЛТ-315 Ед/л (0-32), АСТ-507 Ед/л (5-34), ГГТП-1043 Ед/л (11-61), ЛДГ общ-647 Ед/л (225-450), билирубин общий-341.7 мкмоль/л (1.7-20.5), билирубин прямой-204.4 мкмоль/л (0.86-5), ЩФ-324 Ед/л (64-306), альфа-амилаза-201 Ед/л (29-220), глюкоза-4.3 ммоль/л (3.8-6.1), мочевина-7.4 ммоль/л (2.5-8.3),

креатинин-78 мкмоль/л (53-88), общий белок-65 г/л (65-85), альбумин-30 г/л (33-57), калий-3.5 ммоль/л (3.44-5.3), натрий-134 ммоль/л (130.5-156.6), протромбин по Квику-68 % (70-130).

УЗИ органов брюшной полости: увеличение размеров печени, диффузные изменения печени и поджелудочной железы, конкременты желчного пузыря, дилатация воротной вены, асцит.

ЭГДС: недостаточность кардии, гастродуоденит, дуодено-гастральный рефлюкс.

Вопросы:

1. Выделите основные клинические и лабораторные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

Задача 42.

Повод к вызову СМП: мужчина 40 лет «болит живот, рвота». Место вызова квартира, вызывает жена. Жалобы при осмотре на боли в животе схваткообразного характера, рвоту. Анамнез: хронические заболевания отрицает, эпиданамнез не отягощен. Три года назад оперирован по поводу острого аппендицита. Сегодня возникли боли в животе, многократная рвота, не приносящая облегчения.

Объективно: состояние средней тяжести, сознание ясное. Кожные покровы бледные. Пульс 90 ударов в минуту, АД 130/70 мм рт. ст. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот умеренно вздут, ассиметричный, участвует в акте дыхания. При пальпации болезненный в околопупочной области. Определяется положительный симптом «шума плеска». Симптомов раздражения брюшины нет.

Предположительный диагноз. Первая врачебная помощь.

Задача 43.

Больная А., 47 лет, на протяжении 5 лет отмечается кожный зуд, нарушения менструального цикла. Лечилась у дерматолога и гинеколога, без эффекта. За последний год похудела на 5 кг.

Предъявляет жалобы на кожный зуд, чувство «инородного тела» и «песка» в глазах.

При объективном обследовании выявлены: субиктеричность склер, следы расчесов на коже туловища, в области лопаток темно-коричневая пигментация кожи, инъекция и отечность конъюнктивы глаз, незначительно выраженные явления сгибательной контрактуры межфаланговых суставов кистей в результате стягивания кожи, мышцы в этой области заметно гипотрофичны. Отмечается незначительное увеличение околоушных слюнных желез. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, плотная, поверхность гладкая. Селезенка не пальпируется.

Клинический анализ крови: эритроциты – $3{,}64 \times 10^{12}$/л, гемоглобин – 119 г/л, лейкоциты – $7{,}9 \times 10^{9}$/л, тромбоциты – 160×10^{9}/л, СОЭ – 56 мм/ч.

Биохимический анализ крови: билирубин общ. – 25мкмоль/л, билирубин прямой – 16 мкмоль/л, холестерин 8,75 ммоль/л, общий белок 70 г/л, альбумины – 43%, АЛТ 72 ед/л, АСТ – 83 ед/л, щелочная фосфатаза – 560 ед/л, протромбиновый индекс - 100%. ИФА: АМА - > 1:40, ANA - >1:80.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Назначьте дополнительные исследования.
4. Определите тактику ведения больного.

Задача 44.

На вызове 26-летняя пациентка. Больна в течение 2 сут. Предъявляет жалобы на недомогание, отсутствие аппетита, повышение температуры тела до 37,5 °С. Накануне была однократная рвота съеденной пищей. Отмечает боли внизу живота, больше – справа, ноющего характера. Описывает «миграцию» болей с течением времени из эпигастральной области в низ живота и в правую подвздошную область. Накануне (со слов) был жидкий стул 2 раза. Последние месячные начались 10 дней назад. Цикл регулярный с 14 лет. В анамнезе киста правого яичника, разрешившаяся после курса лечения у гинеколога. Хронические заболевания отрицает. Операций на органах брюшной полости не было.

Объективно: состояние удовлетворительное. Температура тела – 37,0 °С. Кожа, видимые слизистые оболочки обычной окраски. Гемодинамика стабильная: АД – 120/80 мм рт.ст. Пульс – 78 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Частота дыхательных движений (ЧДД) 16 в минуту, дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык влажный, обложен белесым налетом. Живот незначительно вздут, симметричный, участвует в дыхании. Послеоперационных рубцов нет. При аускультации перистальтика выслушивается по всему животу. При пальпации живот мягкий, болезненный в нижних отделах, более справа. Перитонеальная симптоматика не определяется. Аппендикулярные симптомы сомнительные.

Установите предварительный диагноз. Определите правильные действия в сложившейся ситуации.

Задача 45.

Больной М., 26 лет. 3 года назад перенес «простудное заболевание» (повышение температуры до 37,8°С, озноб, миалгии, першение и боли в горле, заложенность носа, сухой кашель); лечился жаропонижающими, через 4 дня, после нормализации температуры приступил к занятиям. После этого периодически чувствует тянущие боли в спине, потемнение мочи, головную боль, с утра отмечает одутловатость лица. При обращении к врачу – состояние удовлетворительное. Температура тела 36,8°С. Кожные покровы бледные, сухие, пастозность кистей, стоп, бедер, параорбитальных областей. ЧД – 18 в 1 мин, ортопноэ нет. Перкуторный звук ясный легочный, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритм правильный, шумов нет, ЧСС 96 уд. в мин. АД 150/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень и селезенка не пальпируются.

Ан. крови: гемоглобин – 126 г/л, эритроциты – $3,5x10^{12}$/л, тромбоциты – $386x10^{9}$/л, лейкоциты – $5.1x10^{9}$/л (п – 2%, с – 68%, л – 28%, м – 2%), СОЭ – 34 мм/час.

Ан. мочи: лейкоциты плотн. – 1015, р-ция – кислая, белок – 1,20 г/л, лейкоциты – 5 – 7 в п/зр., эритроциты – 50 – 60 в п/зр. Общий белок – 74 г/л, билирубин – 21.6 (прямой – 4.3) мкмоль/л, АСТ – 22 ед/л, АЛТ – 34 ед/л, ГГТ – 46 ед/л, мочевина – 7.4 ммоль/л, креатинин – 96 мкмоль/л. ЭКГ и рентгенограмма органов грудной клетки – без признаков патологии.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы, имеющиеся у больного.
2. Выстройте дифференциально-диагностический ряд. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Составьте план дополнительных диагностических мероприятий.
4. Сформулируйте клинический диагноз.
5. Назначьте лечение.

Задача 46.

Повод к вызову СМП: мужчина 35 лет «задыхается». Место вызова квартира, вызывает подруга. На месте вызова: вас встречает пьяная женщина и проводит к

заболевшему «другу», которому «трудно дышать». Вы оказываетесь в тесной прокуренной грязной квартире с разбросанными повсюду пустыми бутылками, остатками пищи и грязной одеждой. На разложенном диване развалился неопределенного возраста мужчина, полуодетый в грязную одежду, с дымящейся сигаретой в руке и бранится нецензурной бранью.

При осмотре: алкогольный габитус, выраженный серый цианоз с бледным оттенком кожи, дыхание затруднено, поверхностное. ЧДД примерно равно 22-24 в минуту. На вопросы отвечает правильно, полностью ориентирован, но от осмотра и терапии агрессивно отказывается: «вам бы только залечить кого-нибудь». С трудом становится известно, что болен третий день, когда зарегистрирован подъем температуры тела до гектических цифр, лечился самостоятельно «народными средствами», спиртовым раствором боярышника, приобретенным в аптеке (в его составе содержится крепкий этанол). Со вчерашнего дня нарастает одышка, больной связывает данный факт с окончанием дозы лекарства, просит продать ему несколько флаконов спиртового настоя боярышника, узнав об отсутствии на скорой помощи данного лекарства, теряет интерес к беседе и просит освободить помещение. Больной отказывается от осмотра, терапии и от росписи в карте вызова.

1. Перед Вами находится больной или хулиган?
2. Какова врачебная тактика?

Задача 47.

Повод к вызову СМП: «мужчина, 43 года, пищевое отравление». Вызывает сам в офис медицинской фирмы. На месте вызова: жалобы на тошноту, двукратную рвоту желудочным содержимым, возникшую спустя 2,5 часа после обеда в ресторане, слабость, частые ноющие боли в спине, связанные с движением. Анамнез: мужчина 42 лет, в прошлом активно занимался тяжелой атлетикой, длительно страдает остеохондрозом, в течение нескольких дней отмечает частые тянущие боли в грудном отделе позвоночника, к которым «уже привык», хронический гастрит. В течение последней недели эпизодически отмечает тошноту, которую связывает с обострением гастрита. Другие хронические заболевания, аллергии отрицает. Не курит, алкоголем не злоупотребляет, трудоголик, не женат. Сегодня один пообедал в ресторане, после чего появилась вышеперечисленная симптоматика.

Объективно: состояние средней тяжести, активен, в сознании, раздражен. Высокий, гиперстеник, повышенного питания. Кожные покровы чистые, загорелые, влажные. ЧД 16 в минуту. Дыхание свободное, везикулярное, хрипов нет. Пульс=ЧСС=82 в минуту, ритмичный. АД 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Пальпация позвоночника умеренно чувствительная, особенно в грудном отделе. По другим органам и системам без видимой патологии. На ЭКГ острая фаза крупноочагового инфаркта миокарда левого желудочка в отведениях III, AVF, дополнительных отведениях V7,- V9 и D по Небу.

Какова тактика врача СМП?

Задача 48.

Пациент, 23 года, доставлен в отделение неотложной кардиологии реанимационной бригадой скорой помощи с жалобами на очень интенсивные раздирающие боли за грудиной с иррадиацией в позвоночник, обе руки. Никогда ничем не болел, никакие лекарственные препараты не принимал. Внезапно, около 2 ч назад, ощутил описанную выше симптоматику. Бригадой скорой помощи записана ЭКГ: синусовый ритм. Нормальное положение электрической оси сердца. На догоспитальном этапе назначено: морфин внутривенно, нитроглицерин внутривенно, ацетилсалициловая кислота 250 мг разжевать, клопидогрел 300 мг разжевать, эноксапарин натрия 0,3 мл внутривенно. С подозрением на острый коронарный

синдром доставлен в стационар. Состояние средней тяжести. Рост 190 см, масса тела 76 кг. Кожные покровы бледные. При аускультации сердца выслушивается диастолический шум над аортой. ЧСС 99 в минуту. АД на правом плече 130/80 мм рт.ст., на левом – 60/20 мм рт.ст. ЭКГ без динамики по сравнению с записанной на догоспитальном этапе.

Какое заболевание наиболее вероятно у этого пациента?

Какова правильная тактика врача стационара в данном случае?

Задача 49.

Повод к вызову СМП: женщина 78 лет «сильная слабость». Место вызова квартира, вызывает сама. Жалобы: на резкую слабость, головокружение, тошноту, однократную рвоту жидкостью, не приносящую облегчения. Указанные симптомы появились в течение суток. Анамнез: страдает гипертонической болезнью с максимальными цифрами до 200/100 мм рт. ст., адаптирована к 140/80 мм рт. ст.; по поводу постоянной формы мерцательной аритмии длительно принимает дигоксин.

Объективно: состояние тяжелое, сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски, отеки голеней и стоп. В легких везикулярное дыхание, в задне-базальных отделах небольшое количество влажных мелкопузырчатых хрипов, ЧД 22 в минуту. Тоны сердца аритмичные, пульс=ЧСС 50 в минуту. АД 130/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень у края реберной дуги. Неврологический статус без особенностей. На ЭКГ мерцание предсердий. Отклонение ЭОС влево. ЧСС 50 в минуту. Корытообразная депрессия ST в стандартных отведениях.

1. Предварительный диагноз.
2. Первая врачебная помощь.