

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Косенок Сергей Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 26.06.2024 14:28:27
Уникальный программный ключ:
e3a68f3eaa1e62674b54f4998099d3d6bfdcf836

Ханты-Мансийского автономного округа-Югры
"Сургутский государственный университет"

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по УМР

13 июня 2024 г., протокол УС № 6

Неотложные состояния в терапии рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Внутренних болезней**
Учебный план о310849-Терапия-24-1.plx
Специальность: Терапия

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **2 ЗЕТ**

Часов по учебному плану 72
в том числе:
аудиторные занятия 52
самостоятельная работа 20

Виды контроля в семестрах:
зачеты 1

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>. <Семестр на курсе>)	1 (1.1)		Итого	
	УП	РП	УП	РП
Неделя	16			
Вид занятий	УП	РП	УП	РП
Лекции	4	4	4	4
Практические	48	48	48	48
Итого ауд.	52	52	52	52
Контактная	52	52	52	52
Сам. работа	20	20	20	20
Итого	72	72	72	72

Программу составил(и):

к.м.н., доцент, Граудина Виктория Евгеньевна

Рабочая программа дисциплины
Неотложные состояния в терапии

разработана в соответствии с ФГОС:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования - по специальности 31.08.49 Терапия (приказ Минобрнауки России от 09.01.2023 г. № 15)

составлена на основании учебного плана:

Специальность: Терапия

утвержденного учебно-методическим советом вуза от 13.06.2024 протокол № 6.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры
Внутренних болезней

Зав. кафедрой д.м.н., профессор Арямкина Ольга Леонидовна
Протокол от 23.04.2024 г. № 11.

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ	
1.1	Подготовка квалифицированного врача-специалиста, готового к самостоятельному определению и лечению неотложных патологических состояний в терапии

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП	
Цикл (раздел) ООП:	Б1.В.01
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося: Дисциплины, изученные в период получения высшего образования по специальности «Лечебное дело», «Педиатрия»; Терапия;
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее: Паллиативная медицина Производственная (клиническая) практика

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
ПК-1.1:	Осуществляет проведение специализированного обследования (за исключением высокотехнологичного) пациентов старше 18 лет при заболеваниях и (или) состояниях внутренних органов или систем внутренних органов с целью установления диагноза и определения функционального статуса
ПК-1.2:	Проведение дифференциальной диагностики заболеваний и (или) состояний по профилю "терапия", используя алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего и осложнений) с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ)
ПК-2.1:	Осуществляет назначение лечения пациентам при заболеваниях и (или) состояниях внутренних органов или систем внутренних органов
ПК-2.2:	Осуществляет контроль эффективности и безопасности назначаемой терапии пациентам с заболеваниями и (или) состояниями по профилю «терапия»

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	- основные причины, ведущие к развитию неотложных состояний в терапии;
3.1.2	- патогенез основных синдромов и симптомов при неотложных состояниях в терапии;
3.1.3	- классификацию неотложных состояний в терапии;
3.1.4	- основные диагностические критерии нозологических форм, при которых могут возникнуть неотложные состояния;
3.1.5	- принципы лечения заболеваний в пределах разбираемых нозологических форм;
3.1.6	- медицинскую помощь при неотложных состояниях в терапии:
3.1.6.1	- клинику, диагностику и лечение неотложных состояний при заболеваниях органов дыхания:
	• острая дыхательная недостаточность, гипоксическая кома,
	• астматический статус при бронхиальной астме,
	• острый бронхообструктивный синдром,
	• тромбоэмболия легочной артерии,
3.1.6.2	- клинику, диагностику и лечение неотложных состояний при заболеваниях органов кровообращения:
	• острый коронарный синдром,
	• сердечная астма, отек легких,
	• гипертонический криз и острые нарушения мозгового кровообращения,
	• нарушения ритма и проводимости;
3.1.6.3	- клинику, диагностику и лечение неотложных состояний при заболеваниях органов мочевыделительной системы:
	• острая почечная недостаточность,
	• почечная колика,
	• уремическая кома;
3.1.6.4	- клинику, диагностику и лечение неотложных состояний при гастроэнтерологических заболеваниях:
	• острая боль в животе,

	• желудочно-кишечное кровотечение;
3.1.6.5	-клинику, диагностику и лечение неотложных состояний при эндокринных заболеваниях:
	• комы при сахарном диабете,
	• неотложные состояния при гипотиреозе и тиреотоксический криз,
	• острая надпочечниковая недостаточность;
3.1.6.6	- клинику, диагностику и лечение разных видов шока (анафилактический, инфекционно-токсический, кардиогенный, геморрагический, травматический).
3.2	Уметь:
3.2.1	-получать исчерпывающую информацию о неотложных состояниях, выявлять общие и специфические признаки неотложных состояний;
3.2.2	-формулировать диагноз;
3.2.3	-оценивать тяжесть состояния больного, принимать необходимые меры для выведения больного из этого состояния, определять объем и последовательность реанимационных мероприятий;
3.3	Владеть:
3.3.1	- навыками оказания неотложной помощи в терапии при заболеваниях органов дыхания;
3.3.2	- навыками оказания неотложной помощи в терапии при заболеваниях органов сердечно-сосудистой системы;
3.3.3	- навыками оказания неотложной помощи в терапии при заболеваниях органов мочевыделительной системы;
3.3.4	- навыками оказания неотложной помощи в терапии при гастроэнтерологических заболеваниях;
3.3.5	- навыками оказания неотложной помощи в терапии при эндокринных заболеваниях;
3.3.6	- навыками оказания неотложной помощи в терапии при разных видах шоков.

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)							
Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте ракт.	Примечание
Раздел 1.	Неотложные состояния в терапии	1	8	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л 1.1; Л 1.2; Л 2.1- Л 2.5; Л 3.1- Л 3.7; Э 1-Э7.	0	
1.1	Этиология, патогенез, классификации, диагностика, принципы лечения при неотложных состояниях в терапии /Лек/	1	2			0	
1.2	Шок (анафилактический, инфекционно – токсический, геморрагический, травматический) /Лек/	1	2			0	
1.3	Клинический разбор терапевтического пациента в состоянии шока /Ср/	1	4			0	Презентация клинического разбора
Раздел 2.	Неотложные состояния при заболеваниях органов дыхания	1	16	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л 1.1; Л 1.2; Л 2.2; Л 2.5; Л 3.1; Л 3.2; Л 3.6; Л 3.7; Э 1 – Э7.	0	
2.1	Астматический статус при бронхиальной астме, острый бронхообструктивный синдром /Пр/	1	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач
2.2	Острая дыхательная недостаточность, гипоксическая кома /Пр/	1	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач
2.3	Тромбоэмболия легочной артерии/Пр/	1	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач

2.4	Клинический разбор терапевтического пациента в неотложном состоянии с заболеванием органов дыхания /Ср/	1	4			0	Презентация клинического разбора
Раздел 3.	Неотложные состояния при заболеваниях органов системы кровообращения	1	16	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л 1.1; Л 1.2; Л 2.1; Л 2.3; Л 2.5; Л 3.1; Л 3.2; Л 3.3; Л 3.6; Л 3.7; Э 1-Э6.	0	
3.1	Острый коронарный синдром, сердечная астма, отек легких/Пр/	1	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач
3.2	Гипертонический криз и острые нарушения мозгового кровообращения/Пр/	1	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач
3.3	Нарушения ритма и проводимости/Пр/	1	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач
3.4	Клинический разбор терапевтического пациента в неотложном состоянии с заболеванием органов сердечно-сосудистой системы /Ср/	1	4			0	Презентация клинического разбора
Раздел 4.	Неотложные состояния при заболеваниях органов мочевыделительной системы	1	8	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л 1.1; Л 1.2; Л 2.5; Л 3.1; Л 3.5; Л 3.6; Л 3.7; Э 1-Э6.	0	
4.1	Острая почечная недостаточность, уремическая кома, почечная колика /Пр/	1	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач
4.2	Клинический разбор терапевтического пациента в неотложном состоянии с заболеванием органов мочевыделительной системы /Ср/	1	4			0	Презентация клинического разбора
Раздел 5.	Неотложные состояния при гастроэнтерологических заболеваниях	1	6	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л 1.1; Л 1.2; Л 2.5; Л 3.1; Л 3.4; Л 3.7; Э 1-Э6.	0	
5.1	Острая боль в животе. Желудочно-кишечное кровотечение /Пр/	1	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач
5.2	Клинический разбор терапевтического пациента в неотложном состоянии при гастроэнтерологическом заболевании /Ср/	1	2			0	Презентация клинического разбора
Раздел 6.	Неотложные состояния при эндокринных заболеваниях	1	10	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л 1.1; Л 1.2; Л 2.4; Л 2.5; Л 3.1; Л 3.7; Э 1-Э6.	0	
6.1	Комы при сахарном диабете /Пр/	1	4			0	Устный опрос, решение ситуационных задач

6.2	Неотложные состояния при гипотиреозе и тиреотоксический криз/Пр/	1	2			0	Устный опрос, решение ситуационных задач
6.3	Острая надпочечниковая недостаточность/Пр/	1	2			0	Устный опрос, решение ситуационных задач
6.4	Клинический разбор терапевтического пациента в неотложном состоянии при эндокринном заболевании /Ср/	1	2			0	Презентация клинического разбора
Раздел 7.	Зачет	1	8	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л 1.1; Л 1.2; Л 2.1- Л 2.5; Л 3.1- Л 3.7; Э 1-Э7.	0	
7.1	Контрольная работа: клинический разбор /Пр/	1	6			0	Презентация, устный опрос
7.2	Диагностическое тестирование/Пр/	1	2			0	Тестирование

5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

5.1. Контрольные вопросы и задания

Представлены в приложении 1

5.2. Фонд оценочных средств

Представлены в приложении 1

5.3. Перечень видов оценочных средств

Текущий контроль: фронтальный опрос, решение ситуационных задач, контрольная работа.
Промежуточный контроль: теоретические вопросы, решение ситуационных задач.

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

6.1. Рекомендуемая литература

6.1.1. Основная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Кол-во
Л 1.1	Багненко С.Ф.	Руководство по скорой медицинской помощи [Электронный ресурс] / Под ред. С.Ф. Багненко, А.Л. Вёрткина, А.Г. Мирошниченко	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 816 с. - ISBN 978-5-9704-1733-1 - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970417331.html	
Л 1.2	Верткин А.Л.	Скорая медицинская помощь [Электронный ресурс] / Верткин А.Л.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 368 с. - ISBN 978-5-9704-0522-2 - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970405222.html	

6.1.2. Дополнительная литература

	Авторы,	Заглавие	Издательство, год	Кол-во
Л 2.1	Гринштейн Ю.И.	Неотложная помощь в терапии и кардиологии [Электронный ресурс] / Под ред. Ю.И. Гринштейна	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 224 с. - ISBN 978-5-9704-1162-9 - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970411629.html	
Л 2.2	Зильбер З.К.	Неотложная пульмонология [Электронный ресурс] / Зильбер З.К.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 264 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-1228-2 - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970412282.html	
Л 2.3	Огурцов П.П.	Неотложная кардиология [Электронный ресурс] / под ред. П. П. Огурцова, В. Е. Дворникова	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-3648-6 - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970436486.html	
Л 2.4	Мкртумян А.М.	Неотложная эндокринология [Электронный ресурс] / Мкртумян А.М., Нелаева А.А.	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 128 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста") - ISBN 978-5-9704-1836-9 - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970418369.html	

Л 2.5	Багненко С.Ф.	Справочник врача скорой и неотложной медицинской помощи [Электронный ресурс] / Под ред. чл.-кор. РАМН д-ра мед. наук, проф. С.Ф. Багненко и д-ра мед. наук И.Н. Ершовой. - Изд. 6-е, перераб. и доп.	СПб. : Политехника, 2011. - 483 с. - ISBN 978-5-7325-0451-4 - Режим доступа: http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785732504514.html	
6.1.3. Методические разработки				
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Кол-во
Л 3.1	Попова М. А. и др.	Клинические задачи по внутренним болезням [Электронный ресурс]: учебно-методическое пособие	Сургут: Издательский центр СурГУ, 2013. – Заглавие с титульного экрана. – Электронная версия печатной публикации. – Коллекция: Учебно-методические пособия СурГУ. — Режим доступа: Корпоративная сеть СурГУ. – Систем. требования: Adobe Acrobat Reader. – <URL: https://elib.surgu.ru/fulltext/umm/103353 >.	
Л 3.2	Попова М. А. и др.	Клинические синдромы ревматических заболеваний [Электронный ресурс]: учебно-методическое пособие	Сургут: Издательский центр СурГУ, 2011. – Заглавие с экрана. – Коллекция: Учебно-методические пособия СурГУ. – Режим доступа: Корпоративная сеть СурГУ. – Систем. требования: Adobe Acrobat Reader. – <URL: https://elib.surgu.ru/fulltext/umm/98029 >.	
Л 3.3	Попова М. А. и др.	Клинические синдромы заболеваний сердечно-сосудистой системы [Электронный ресурс]: учебно-методическое пособие	Сургут: Издательский центр СурГУ, 2010. — Заглавие с титульного экрана. — Электронная версия печатной публикации. — Коллекция: Учебно-методические пособия СурГУ. — Режим доступа: Корпоративная сеть СурГУ. — Adobe Acrobat Reader 5.0. — <URL: https://elib.surgu.ru/fulltext/umm/93199 >.	
Л 3.4	Попова М. А. и др.	Клинические синдромы заболеваний пищеварительной системы [Электронный ресурс]: учебно-методическое пособие	Сургут: Издательский центр СурГУ, 2010. — Заглавие с экрана. — Электронная версия печатной публикации. — Коллекция: Учебно-методические пособия СурГУ. — Режим доступа: Корпоративная сеть СурГУ. — Систем. требования: Adobe Acrobat Reader. — <URL: https://elib.surgu.ru/fulltext/umm/95649 >.	
Л 3.5	Попова М. А. и др.	Клинические синдромы заболеваний мочевыделительной системы [Электронный ресурс]: учебно-методическое пособие	Сургут: Издательский центр СурГУ, 2011. — Заглавие с экрана. — Коллекция: Учебно-методические пособия СурГУ. — Режим доступа: Корпоративная сеть СурГУ. — Систем. требования: Adobe Acrobat Reader. — <URL: https://elib.surgu.ru/fulltext/umm/96913 >.	
Л 3.6	Карпин В. А., Шувалова О. И., Бурмасова А. В., Нелидова Н. В.	Алгоритмы ЭКГ-диагностики нарушений сердечного ритма и проводимости: учебное пособие	Сургут: Издательский центр СурГУ, 2015. — Заглавие с титульного экрана. — Электронная версия печатной публикации. — Коллекция: Учебно-методические пособия СурГУ. — Режим доступа: Корпоративная сеть СурГУ или с любой точки подключения к Интернет, по логину или паролю. — Системные требования: Adobe Acrobat Reader. — <URL: https://elib.surgu.ru/fulltext/umm/2041_Алгоритмы ЭКГ-диагностики нарушений сердечного ритма >.	
Л 3.7	Л. В. Коваленко и др.	Патофизиология экстремальных состояний: методическое пособие для самостоятельной подготовки студентов к практическим занятиям	Сургут: Издательский центр СурГУ, 2019. — Заглавие с титульного экрана. — Коллекция: Учебно-методические ресурсы СурГУ. — Режим доступа: Локальная сеть СурГУ. — Системные требования: Adobe Acrobat Reader. — <URL: https://elib.surgu.ru/local/umr/122 >.	

6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"

Э 1	Электронно-библиотечная система «КнигаФонд»
Э 2	Электронная библиотека 1-го МГМУ им. И. М. Сеченова
Э 3	http://elibrary.ru/defaultx.asp (Научная электронная библиотека)
Э 4	http://www.rlsnet.ru/ (справочник лекарственных средств РЛС)
Э 5	http://www.internist.ru/ (всероссийская образовательная интернет-программа для врачей)
Э 6	http://www.rusmedserv.com (Русский медицинский сервер)
Э 7	http://www.pulmonology.ru/ (российское респираторное общество)

6.3. Перечень программного обеспечения

6.3.1. Операционные системы Microsoft

6.4. Перечень информационных справочных систем

6.3.1. <http://www.garant.ru> информационно-правовой портал Гарант.ру

6.3.2. <http://www.consultant.ru> справочно-правовая система Консультант плюс

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Учебная аудитория для проведения занятий практического типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации № УК 14/49, оснащена: комплектом специализированной учебной мебели, маркерной доской, комплектом (переносным) мультимедийного оборудования — ноутбук, проектор, проекционный экран.

Количество посадочных мест – 10.

Используемое программное обеспечение: MicrosoftWindows, пакет прикладных программ MicrosoftOffice.

Обеспечен доступ к сети Интернет и в электронную информационную среду организации.

628400, Тюменская область, ХМАО-Югры, г. Сургут, ул. Энергетиков, 14.

Аудитории симуляционно-тренингового аккредитационного центра № 1 Б, оборудованные фантомной и симуляционной техникой, лабораторными инструментами и расходными материалами:

- ТЕЛЕМЕНТОР, СИНТОМЕД, Россия (Мобильная платформа для симуляционного обучения и объективного контроля компетенций путем отработки сложных

медицинских манипуляций в процессе самоподготовки и самопроверки согласно заданному системой алгоритму, проведения объективного экзамена с видеорегистрацией и заполнением листов экспертного контроля по определенным практическим навыкам);

- Тренажер измерения АД, BT-CEAB2, BT IncSeoulbranch, Ю.Корея (Манекен руки взрослого человека для измерения артериального давления с беспроводным управлением);

- Тренажер абдоминального пациента, Limbs&Things, Великобритания (Тренажер для отработки навыков пальпации, перкуссии, аускультации пациента с патологией органов брюшной полости и забрюшинного пространства);

- Манекен-тренажер 15 отведений ЭКГ. Nasco/Simmlaids, США (Предназначен для отработки навыков установки ЭКГ электродов по 15 отведениям и установки электродов справа);

- Электрокардиограф 1/3-канальный ЭК1Т-1/3-07 переносной прибор с регистрацией ЭКГ на термобумаге, возможностью подключения к ПЭВМ типа IBM PC через COM-порт посредством интерфейса RS-232, «Аксион», Россия.

- Манекен удушья взрослого Adam, Rouilly (Великобритания) (тренажер для практического обучения приемам оказания «первой помощи» при обструкции верхних дыхательных путей у взрослых);

- BT-CPEA, BTIncSeoulbranch, Ю.Корея (Тренажер для отработки навыков сердечно-легочной реанимации Rodam с возможностью определения пульса на сонной артерии, определения проходимости дыхательных путей, автоматической наружной дефибрилляции и определения уровня сознания);

- SaveManAdvance, KokenCo, Ltd, Япония (Манекен-симулятор для проведения расширенной реанимации с различными нарушениями ритма, возможностью дефибрилляции и чрезкожнойкардиостимуляции);

Симулятор сердечно-легочной реанимации (СЛР)

SHERPA (BT-SEEM), BTIncSeoulbranch, Ю.Корея (тренажер для СЛР с электронным контроллером для отработки навыков компрессии грудной клетки, искусственной вентиляции «рот в рот», искусственной вентиляции легких с применением мешка Амбу, работы с автоматическим наружным дефибриллятором);

- Компьютерный робот-симулятор Аполлон, CAE Healthcare США-Канада (Робот-симулятор для отработки медицинской помощи при анафилаксии, кровотечении, сердечной недостаточности с отеком легких, острым приступом астмы, субдуральной гематомой, с возможностью назальной и эндотрахеальной интубации, крикотиреотомии и т.д.);

- Компьютерный робот-симулятор СимМэн 3G, Laerdal, Великобритания (Робот-симулятор для отработки медицинской помощи при анафилаксии, кровотечении, сердечной недостаточности с отеком легких, острым приступом астмы, субдуральной гематомой, с возможностью назальной и эндотрахеальной интубации, крикотиреотомии и т.д.);

- Дефибриллятор-монитор ДКИ-Н-10, АКСИОН» Россия;

Учебный автоматический наружный дефибриллятор CardiacScienceCorporation, Индия;

Учебный автоматический наружный дефибриллятор SHERPA TRAINER, ENF KOREA CO, Республика Корея;

- Дефибриллятор с функцией кардиостимуляции ZOLL M-SERIES, США;

- Набор реанимационный НРСР-01-«МЕДПЛАНТ», Россия в футляре-саквояже УМСП-01-Пм/2 с аспиратором м.1018.

Медицинская мебель, расходные материалы - в количестве достаточном для освоения умений и навыков, предусмотренных профессиональной деятельностью, индивидуально.

Библиотека результатов лабораторных и инструментальных исследований: роли для стандартизированных пациентов.

Библиотека ситуационных задач. Библиотека клинических сценариев. Библиотека оценочных листов.

628408, Ханты-Мансийский автономный округ-Югра, г.Сургут, ул.Энергетиков, д.22

Форма оценочного материала для текущего контроля и промежуточной аттестации*Название дисциплины* **Неотложные состояния в терапии**

Код, направление подготовки	Терапия, 31.08.49
Направленность (профиль)	Квалификация: врач-терапевт
Форма обучения	очная
Кафедра-разработчик	Внутренних болезней
Выпускающая кафедра	Внутренних болезней

**1. ЭТАП: ПРОВЕДЕНИЕ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ ПОДИСЦИПЛИНЕ
1 семестр****1.1.Список вопросов к практическим занятиям для самостоятельной работы ординатора:****1.1.1 Неотложные состояния при заболеваниях дыхательной системы:**

1. Классификация острой дыхательной недостаточности.
2. Методы клинического обследования больного с острой дыхательной недостаточностью.
3. Эффективные лабораторные методы оценки недостаточности функции внешнего дыхания.
4. Клинические проявления острой дыхательной недостаточности в зависимости от этиологии.
5. Современные подходы к оказанию неотложной помощи пациентам с острой дыхательной недостаточностью.
6. Основные принципы проведения кислородотерапии. Ингаляционная терапия.
7. Показания к использованию системных кортикостероидов.
8. Показания к госпитализации пациентов в ОРИТ.
9. Методы оценки эффективности проведения ингаляционной и кислородотерапии.
10. Обострение бронхиальной астмы. Диагностика, принципы лечения и профилактики.
11. Методы исследования функции внешнего дыхания.
12. Неотложная помощь при астматическом статусе.
13. Ведение больных с тромбоэмболией легочной артерии.
14. Дать определение тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА).
15. Перечислить основные факторы, вызывающие ТЭЛА.
16. При каких заболеваниях сердечно-сосудистой системы наиболее часто разжижается тромбоэмболия легочной артерии?
17. Назовите основные патогенетические механизмы возникновения тромбоэмболии легочной артерии.
18. Клинико-анатомические варианты тромбоэмболии легочной артерии.
19. Патогенез развития острого и подострого легочного сердца при тромбоэмболии легочной артерии.
20. Опишите клинику тромбоэмболии основного ствола легочной артерии.
21. Какова клиническая картина тромбоэмболии средних и мелких ветвей легочной артерии.
22. Электрокардиографические, рентгенологические лабораторные критерии инфаркта легкого.
23. Проведите дифференциальную диагностику тромбоэмболии легочной артерии и острого инфаркта миокарда.
24. Какова дифференциальная диагностика тромбоэмболии легочной артерии от других видов легочной эмболии?
25. Перечислите основные принципы лечения тромбоэмболии легочной артерии. Тактика фибринолитической терапии? Основные фибринолитические препараты.
26. Какова тактика антикоагулянтной терапии? Виды антикоагулянтов и схема их назначения.

27. Профилактика и прогноз при ТЭЛА?

1.1.2 Неотложные состояния при заболеваниях системы кровообращения:

1. Этиология, патогенез, классификация, клиника в различные периоды развития сердечной астмы и отека легких;
2. Методы клинического обследования больного с острой левожелудочковой недостаточностью. Современные подходы к оказанию неотложной помощи пациентам с острой левожелудочковой недостаточностью;
3. Этиология, патогенез отека легких;
4. Патогенез и клиническая картина отека легких;
5. Диагностика при выявлении признаков отека легких;
6. Неотложная помощь при отеке легких и тактика дальнейшего ведения больного;
7. Классификация основных групп препаратов, применяемых для купирования отека легких, их механизм действия, показания, противопоказания. Прогноз у больных с отеком легких;
8. Определение гипертонических кризов, этиология и патогенез гипертонических кризов;
9. Классификация гипертонических кризов. Клиника гипертонических кризов при разных патофизиологических вариантах;
10. Лабораторные и инструментальные методы диагностики гипертонических кризов;
11. Возможные осложнения гипертонических кризов, неотложная помощь при гипертонических кризах;
12. Купирование гипертонического криза. Лечение осложнений гипертонических кризов;
13. Современные основы электрофизиологии сердечной деятельности. Основные механизмы формирования нарушений ритма сердца, дифференциальная диагностика главных видов нарушений ритма сердца. Классификация нарушений ритма сердца и проводимости;
14. Пароксизмальная наджелудочковая и желудочковая тахикардия, дифференциально-диагностические критерии. Лечение;
15. Пароксизмальные формы мерцания и трепетания предсердий, гемодинамика. Методы диагностики для определения прогноза и особенностей клинического течения мерцания и трепетания предсердий. Современные методы лечения;
16. Классификация, клиническая фармакология антиаритмических препаратов. Современные принципы фармакотерапии нарушений ритма сердца;
17. Нарушения сино-атриальной и внутрипредсердной проводимости, этиопатогенез, критерии функциональных и органических расстройств проводимости, принципы диагностики;
18. Понятия об экстрасистолии. Виды ЭКС, принципы работы, методы контроля. Кордиовертеры-дефибрилляторы;
19. А-V нарушения проводимости. Классификация, клинические особенности А-V блокад при различной патологии сердечно-сосудистой системы, диагностические критерии. Внутрижелудочковые нарушения проводимости, клиническая значимость, диагностические критерии. Подходы к лечению;

1.1.3 Неотложные состояния при заболеваниях желудочно-кишечного тракта:

1. Основные этиологические факторы, механизмы развития печеночной колики;
2. Основные клинические проявления печеночной колики, методы оценки функционального состояния органов желудочно-кишечного тракта;
3. Основными принципами неотложной помощи при печеночной колике, принципы назначения обезболивающих, антибактериальных средств;
4. Причины желудочно-кишечных кровотечений, острых и хронических.
5. Характерные жалобы и симптомы при кровотечении при язвенной болезни желудка и ДПК. Ранние и поздние. Клинические проявления кровотечений из различных отделов кишечника. Шоковый индекс. Степени кровопотери. Неотложная помощь. Синдром Мэллори – Вейса;
6. Обязательные лабораторные и инструментальные исследования при подозрении на кровотечение;
7. Показания и противопоказания к хирургическому и консервативному лечению желудочно – кишечного кровотечения;
8. Методы хирургических вмешательств; реабилитация после оперативного вмешательства по поводу желудочно - кишечного кровотечения и после консервативной остановки кровотечения;

9. Поддерживающая медикаментозная терапия в период после операции и консервативной остановки кровотечения. Реабилитация. Диспансеризация;

1.1.4 Неотложные состояния при заболеваниях органов мочевого выделения:

1. Острая почечная недостаточность. Этиология, патогенез, классификация, клиника, течение, осложнения, дифференциальная диагностика;
2. Лечение острой почечной недостаточности. Консервативное лечение. Показания и противопоказания к гемодиализу при ОПН;
3. Факторы риска и непосредственные причины возникновения почечной колики;
4. Патогенез, клинические проявления, дифференциальный диагноз болевого синдрома при почечной колике;
5. Лечебная тактика и прогноз при почечной колике;
6. Причины развития и патогенетические механизмы уремической комы;
7. Диагностические критерии, методы лабораторной диагностики уремической комы;
8. Принципы неотложной терапии при развитии уремической комы;

1.1.5 Неотложные состояния при заболеваниях органов эндокринной системы:

1. Диабетическая (гиперкетонемическая) кома. Этиологические и патогенетические причины развития кетоацидоза и гиперкетонемической комы;
2. Основные звенья патогенеза кетоза, кетоацидоза и комы;
3. Ведущие клинические синдромы, их связь с патогенезом, лабораторная диагностика кетоацидоза и гиперкетонемической комы;
4. Принципы терапии, преимущества терапии комы малыми и средними дозами инсулина;
5. Гиперосмолярная кома. Этиологические и патогенетические причины данной комы;
6. Сущность и составные части гиперосмолярного диабетического синдрома, лабораторная диагностика;
7. Гиперлактацидемическая кома. Этиологические и патогенетические причины развития данной комы;
8. Сущность, критерии клинической и лабораторной диагностики синдрома гиперлактацидемии; общие признаки с гиперкетонемической комой;
9. Основные отличия от гиперкетонемической и гиперосмолярной ком;
10. Особенности терапии данной комы;
11. Гипогликемическая кома и гипогликемические состояния. Этиологические и патогенетические причины. Сущность и критерии диагностики синдрома гипогликемии;
12. Основные отличия от гиперкетонемической, гиперосмолярной, гиперлактацидемической ком. Принципы терапии;
13. Этиология, патогенетические механизмы, классификация, основные клинические и лабораторные критерии гипотиреоза и тиреотоксикоза;
14. Принципы неотложной терапии при развитии тиреотоксического криза и гипотиреоидной комы;
15. Этиология, патогенез, классификация, основные клинические и лабораторные критерии острой надпочечниковой недостаточности;
16. Принципы неотложной терапии при развитии острой надпочечниковой недостаточности; принципы заместительной глюкокортикоидной и минералокортикоидной терапии;

1.1.6 Неотложные состояния при заболеваниях органов кроветворения:

1. Факторы риска, причины возникновения ДВС – синдрома;
2. Клинические проявления, лабораторная диагностика различных стадий ДВС – синдрома;
3. Острое, подострое, хроническое течение ДВС – синдрома;
3. Лечебная тактика на различных этапах развития ДВС – синдрома;
4. Осложнения, прогноз и профилактические мероприятия при ДВС - синдроме;
5. Этиологические причины развития гемолитического криза, патогенез и клинические проявления;
6. Лабораторная диагностика гемолитического криза;
7. Основные направления неотложной терапии при возникновении гемолитического криза;
8. Геморрагические диатезы: классификация, клинические проявления, типы кровоточивости, диагностика различных видов нарушения гемостаза, принципы оказания неотложной помощи при возникновении кровотечения;

1.1.7 Неотложные состояния в терапии:

1. Шок. Этиология, патогенез, классификация, клиника, течение, осложнения, дифференциальная диагностика;
2. Анафилактический шок. Этиология, патогенез, классификация, клиника, течение, осложнения, дифференциальная диагностика;
3. Инфекционно-токсический шок. Этиология, патогенез, классификация, клиника, течение, осложнения, дифференциальная диагностика;
4. Кардиогенный шок. Этиология, патогенез, классификация, клиника, течение, осложнения, дифференциальная диагностика;
5. Геморрагический шок. Этиология, патогенез, классификация, клиника, течение, осложнения, дифференциальная диагностика;
6. Травматический шок. Этиология, патогенез, классификация, клиника, течение, осложнения, дифференциальная диагностика, принципы неотложной помощи.
7. Неотложная помощь при анафилактическом шоке.
8. Неотложная помощь при инфекционно-токсическом шоке.
9. Неотложная помощь при кардиогенном шоке.
9. Неотложная помощь при геморрагическом шоке.

1.2. Ситуационные задачи к практическим занятиям и для самостоятельной работы ординатора:

1.2.1 Инструкция для решения ситуационной задачи:

1. Выделение основных симптомов и синдромов на основании клинических и параклинических результатов обследования.
2. Определение диагностической гипотезы в форме предположительного диагноза.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Формулирование клинического диагноза:
 - основное заболевание;
 - осложнения основного заболевания;
 - сопутствующие заболевания;
 - осложнения сопутствующих заболеваний;
 - функциональное состояние.
5. План дополнительных лабораторных и инструментальных методов обследования.
6. Тактика неотложных и плановых лечебных мероприятий: медикаментозных и немедикаментозных.
7. План диспансерного наблюдения больного.
8. Прогноз.

1.2.2 «Неотложные состояния при заболеваниях органов дыхания»

ЗАДАЧА № 1

Больной М., 66 лет, обратился с жалобами на одышку в покое, периодами одышка со свистящими хрипами, сухой кашель. При ходьбе останавливается после нескольких минут ходьбы.

Из анамнеза. С 25 лет беспокоили кашель со слизистой мокротой, одышка при ходьбе. Обращался к терапевту, проводилось лечение амбулаторно с применением эуфиллина, отхаркивающих средств, антибиотиков (при обострении), беродуала, атровента, вентолина. После 56 лет одышка периодами отмечалась в покое.

Анамнез жизни: курит с 12 лет. Общее количество пачко/лет составляет более 25 в год.

Объективно. Цвет лица розовый. Грудная клетка увеличена в переднезаднем измерении. Вспомогательная мускулатура участвует в акте дыхания. Перкуторно – легочный звук с коробочным оттенком, аускультативно – сухие хрипы с обеих сторон. ЧД 18 в минуту.

Сердце: границы в пределах нормы, тоны сердца приглушены, ритм правильный с ЧСС 88 в минуту, акцент II т. над легочной артерией. АД 135/85 мм рт.ст.

Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Отеков нет.

Лабораторно-инструментальные исследования

ОАК: Нб – 152 г/л; эритроциты – $6,5 \cdot 10^{12}$ /л; лейкоциты – $8 \cdot 10^9$ /л; СОЭ – 8 мм/ч.

Рентгенография органов грудной клетки: признаки эмфиземы, пневмофиброз нижних отделов легких.

Спирография: ОФВ₁/ФЖЕЛ < 70%; ОФВ₁ < 50%; но > 30% Д при обострении рО₂ < 60 мм рт. ст.; рСО₂ < 45 мм рт. ст. При пробе с беротekom ОФВ₁ увеличилась на 5% Д.

ЗАДАЧА № 2

Женщина, 62 года, пенсионерка. Жалобы на сухой кашель, приступ удушья в течение 3 часов, не купирующийся применением вентолина, растворов эуфиллина.

Из анамнеза заболевания. В течение 3 лет периодически (1–2 раза в неделю) отмечались приступы удушья днем и (1–2 раза в неделю) в ночное время, под утро, купировались ингаляцией вентолина. Принимала беклазон – ЭКО (1 000 мкг/сут), теопек – 1 таблетка на ночь. Больную периодически беспокоили одышка при ходьбе, кашель с трудно отделяемой мокротой, слабость, недомогание. После перенесенной ОРВИ приступы удушья участились в течение дня и ночи, использовала ингаляции вентолина до 12 раз в сутки. Вызвала скорую помощь. После внутривенного введения раствора эуфиллина и 60 мг преднизолона состояние не изменилось. Малейшее движение, кашель приводили к нарастанию одышки. Доставлена в терапевтическое приемное отделение.

Объективно. Состояние тяжелое. В сознании, возбуждена. Умеренного питания. ИМТ 29,7 кг/м². Температура тела 37,2 °С. Кожные покровы чистые, повышенной влажности. Бледный цианоз. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Грудная клетка эмфизематозна. ЧДД 26 в мин, SaO₂ 90 %. Нижние границы легких опущены, подвижность легочного края ограничена, перкуторно над легкими – коробочный звук. Дыхание ослаблено, выдох удлинён, сухие дискантные хрипы. В нижних отделах легких дыхание не выслушивается. Границы относительной сердечной тупости не определяются. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент II тона над легочной артерией, ЧСС 120 в мин, АД 100/60 мм рт. ст. Размеры печени по Курлову 9; 8; 7 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нб – 152 г/л; эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты – $3,20 \times 10^9$ /л; СОЭ – 22 мм/ч; гематокрит – 50 %.

Газовый состав крови: рО₂ < 60 мм рт. ст.; рСО₂ > 50 мм рт. ст.; рН – 7,15.

ЭКГ: Синусовая тахикардия ЧСС 120 в мин, электрическая ось сердца отклонена вправо. Признаки гипертрофии и перегрузки правых отделов сердца. «S»-тип ЭКГ.

Рентгенография ОГК: легкие эмфизематозны, усилен интерстициальный и сосудистый рисунок прикорневых отделов. Сердце не увеличено в размерах.

Спирография: ОФВ₁ – 31 % от должного; ЖЕЛ – 60 % от должного.

ЗАДАЧА № 3

Больной Л., 68 лет, пенсионер, не работает. Обратился в поликлинику с жалобами на приступы удушья до 4–6 раз в течение дня, 1–2 раза в ночное время, одышку при ходьбе, кашель со слизисто-гнойной мокротой в небольшом количестве. Приступам удушья в ночное время предшествует приступообразный кашель.

Из анамнеза. Хроническим обструктивным бронхитом болеет с 42 лет. В последние 8 лет на фоне хронического гнойного бронхита появлялись приступы удушья. В последние 3 года стала нарастать одышка, участились приступы удушья, не всегда купирующиеся ингаляциями вентолина, появились приступы удушья в ночное время. Больной стал отмечать, что приступы удушья возникают после приступообразного кашля.

Курит с 16 лет по 0,5–1 пачке в день. Работал слесарем на заводе; 5 лет сварщиком. В последние 3 года болеет хроническим гастритом, у больного периодически наблюдаются срыгивание, изжога, жгучие загрудинные боли, потоотделение. Часто приступы болей возникают по ночам.

Объективно. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Питание снижено. Перкуторно – легочный звук с коробочным оттенком. По всем полям при аускультации свистящие хрипы. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Акцент II тона на легочной артерии. ЧСС 92 в минуту. При пальпации живота отмечается болезненность в эпигастральной области.

Лабораторно-инструментальные исследования

ОАК: Нб – 125 г/л; эритроциты – $3,9 \cdot 10^{12}$ /л; лейкоциты – $8 \cdot 10^9$ /л; Э – 4%; С – 72%; П – 4%; Л – 20%. Общий иммуноглобулин Е в крови 50 МЕ/л (N до 100 МЕ/л).

Диагностическая фибробронхоскопия: двухсторонний диффузный эндобронхит, интенсивность воспаления 2 степени.

Рентгенография органов грудной клетки: легкие эмфизематозны, в нижних отделах пневмофиброз, корни расширены. Границы сердца в норме.

ФВД: ОФВ-1 – 51% Д; ЖЕЛ – 70% Д; ПОС – 60% Д; МОС₂₅ – 35% Д; МОС₅₀ – 38% Д; МОС₇₅ – 32% Д.

Газовый состав крови: рО₂ – 62 мм рт. ст. рСО₂ – 42 мм рт. ст.

ЗАДАЧА № 4

У роженицы М. 35 лет, повара, во время первых родов появились сильные боли в грудной клетке, резкая одышка смешанного характера, потеряла сознание.

Объективно: общее состояние тяжелое, сознание отсутствует, отмечается сине-багровый цианоз верхней части тела. Дыхание поверхностное до 50 в 1 минуту. При аускультации дыхание в правой половине грудной клетки резко ослаблено, единичные сухие хрипы, в нижних отделах незвучные мелкопузырчатые хрипы. Шейные вены набухшие, пульс нитевидный 100 в 1 минуту. АД - 90/40 мм рт. ст. Сердечные тоны глухие, расщепление второго тона над легочной артерией. Живот увеличен, пальпация не доступна.

Лабораторно-инструментальные исследования

Анализ крови: эр. - $4,5 \times 10^{12}$ /л, Нв - 135 г/л, СОЭ - 15 мм/час, лейкоциты - $9,5 \times 10^{12}$ /л, п - 2%, с - 65%, э - 2%, м - 10%, л - 21%, белок - 80 г/л, альбумины - 42%, альфа-1 - 8%, альфа-2 - 12%, бетта - 18%, гамма - 20%, ПТИ - 105%, время свертывания - 4 мин., ЛДГ - 4,2 мкмоль/ч/л, ЛДГ-1 - 25%, ЛДГ-2 - 26%, ЛДГ-3 - 30%, ЛДГ-4 - 8%, ЛДГ-5 - 11%.

1. Анализ мочи: соломенно-желтый, реакция кислая, уд. вес - 1016, лейкоциты - 1-2 в п/зр., эп. клетки - 1-2 в п/зр.

ЗАДАЧА № 5

Женщина, 42 года, медсестра. Жалобы на интенсивную боль за грудиной и в области сердца, одышку в покое, сердцебиение.

Из анамнеза заболевания. Заболела остро, 2 часа назад отметила появление болей в грудной клетке, одышку, которая усилилась в течение часа, вызвала скорую помощь, доставлена в стационар.

Из анамнеза жизни. Не курит. Алкоголь не употребляет. Перенесла 2 недели назад операцию – холецистэктомию, после чего отмечала боли в икроножных мышцах.

Объективно. Состояние тяжелое, сознание ясное. ИМТ 28,4 кг/м².

Кожные покровы бледные, влажные. Цианоз губ. Набухание вен шеи. Грудная клетка правильной формы, обе половины участвуют в акте дыхания. Перкуторно ясный легочный звук, при аускультации диффузное ослабление везикулярного дыхания, ЧДД 28 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент II тона на легочной артерии, ЧСС 118 в мин. АД 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень 11; 9; 8 см. Отеков нет. Стул, мочеиспускание без особенностей.

Лабораторно-инструментальные исследования

ОАК: эритроциты – $4,0 \times 10^{12}$ /л; Нв – 140 г/л; лейкоциты – $8,2 \times 10^9$ /л; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 1 %, нейтрофилы п/я – 3 %, нейтрофилы с/я – 72 %, лимфоциты – 20 %, моноциты – 4 %, СОЭ – 28 мм/час.

Коагулограмма: фибриноген – 4,8 г/л; АЧТВ – 35 с, протромбиновый индекс – 100 %.

Д-димеры в крови: 1,5 нг/мл (N до 0,5 нг/мл).

Рентгенография ОГК: расширение корней легких, обеднение сосудистого рисунка, высокое стояние купола диафрагмы справа, справа дисковидный ателектаз.

ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 116 в мин. Зубец R-pulmonale в II, III, aVF. В I стандартном отведении – углубление зубца «S», в III отведении – углубление зубца «Q». Полная блокада правой ножки пучка Гиса.

ЭхоКГ: ПП – 34 мм, ПЖ – 32 мм, СДЛА – 45 мм рт. ст.

1.2.3 «Неотложные состояния при заболеваниях органов кровообращения»

ЗАДАЧА № 1

Мужчина, 60 лет, пенсионер. Жалобы на внезапно возникшее удушье и сухой надсадный кашель.

Из анамнеза заболевания: последние 15 лет артериальное давление стабильно повышенное 160/105 мм рт. ст. Не обследовался, не лечился. 6 месяцев назад перенес инфаркт миокарда. Постепенно стала беспокоить одышка при малейшей физической нагрузке и в покое, появились тяжесть в правом подреберье отеки на голенях, которые уменьшаются после ночного отдыха. Сегодня ночью проснулся от внезапно возникшего приступа удушья, что вынудило пациента принять сидячее положение. Прием нитроглицерина без особого эффекта, одышка нарастала. Вызвал бригаду скорой медицинской помощи и доставлен в приемное отделение многопрофильной больницы.

Объективно: состояние тяжелое. В сознании. Положение ортопноэ. Рост 172 см. Вес 72 кг. ИМТ 24,3 кг/м². Диффузный цианоз верхней половины грудной клетки. Цианоз губ. Акроцианоз. При осмотре грудной клетки видно участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. При перкуссии по всем полям обоих легких притупление перкуторного звука. Дыхание резко ослаблено, по всем полям выслушиваются влажные крупно- и среднепузырчатые хрипы, ЧДД 24 в мин в покое сидя, лежа – до 28 в мин. В области третьего-четвертого межреберья слева определяется наличие пульсации. Верхушечный толчок в 6 межреберье по переднеподмышечной линии, разлитой, слабый. Перкуторно – расширение границ сердца: правая на 2,5 см от правого края грудины, левая – 6 межреберье по передней подмышечной линии, верхняя смещена до нижнего края 2 ребра. При аускультации: тоны глухие, ритм сердца правильный с частотой 118 в мин, над верхушкой сердца выслушивается ритм галопа, дующий систолический шум. Артериальное давление 100/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный по всем отделам. Размеры печени по Курлову: 16; 12; 10 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Отеки на стопах и голенях.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты – 3,8 ? 10¹²/л; Hb – 139 г/л; лейкоциты – 7,2 ? 10⁹/л; лейкоцитарная формула: эозинофилы – 5 %, нейтрофилы п/я – 1 %, нейтрофилы с/я – 73 %, лимфоциты – 21 %, моноциты – 0 %; СОЭ – 10 мм/час.

ОАМ: соломенно-желтая, рН – 5,5, плотность мочи – 1020; белок, сахар – отрицательный; эпителий – 0–1; лейкоциты – 2–3 в поле зрения.

Биохимическое исследование крови: общий билирубин – 23,5 мкмоль/л; АлАТ – 55 Ед/л; АсАТ – 45 Ед/л; мочевины – 7,9 ммоль/л; креатинин – 168,0 мкмоль/л; К⁺ – 5,5 ммоль/л; Na⁺ – 144,0 ммоль/л; Cl⁻ – 94 ммоль/л; Са⁺⁺ – 1,33 ммоль/л; глюкоза – 4,3 ммоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 110 в мин. В отведениях V₂–V₅ – наличие комплекса QS и подъем сегмента RS-T выше изолинии без изменений в динамике по сравнению с предыдущими электрокардиограммами.

ЗАДАЧА № 2

Мужчина Г., 50 лет, токарь, поступил с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, отеки нижних 2/3 голени, повышение артериального давления с максимальным подъемом до 210–230/110 мм рт. ст., головные боли на фоне повышения артериального давления.

Из анамнеза. Повышение артериального давления выявлено случайно 5 лет назад при прохождении медосмотра на уровне 160–170/100 мм рт. ст. Не лечился, не обследовался.

Последние 2–2,5 года к вечеру появляются отеки с распространением до нижних третей голени. Ухудшение самочувствия возникло внезапно 2 недели назад после рабочего дня: появился приступ резкой нехватки воздуха, длившийся 1,5 часа, прошедший самостоятельно. В последующие дни, вплоть до поступления, стала беспокоит одышка при незначительной нагрузке. Спит на высокой подушке и вредные привычки отрицает.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. В сознании. Адекватен. Рост 178 см. Вес 98 кг. Цианоз губ. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в минуту сидя, 22 в минуту лежа. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 102 в минуту, систолический шум на верхушке, с иррадиацией в левую подмышечную область, диастолический шум на аорте. АД 210/110 мм рт. ст. Верхняя граница относительной сердечной тупости проецируется по нижнему краю 2-го ребра, левая граница относительной сердечной тупости +3 см от среднеключичной линии. Размеры печени по Курлову: 12; 10; 7 см. Свободной жидкости в брюшной полости нет. Отеки на стопах и нижних третях голени.

Лабораторно-инструментальные исследования

ЭКГ: ритм синусовый, 100 в минуту. Электрическая ось сердца горизонтальная. Признаки гипертрофии левого желудочка. Глубокий (амплитуда составляет 8 мм), отрицательный, равнобедренный зубец Т в отведениях I, aVL, V₄–V₆, двухфазные зубцы Т в V₂–V₃.

ЭхоКГ: диаметр левого предсердия 50 мм, КДР ЛЖ 70 мм, КСР ЛЖ 54 мм, КДО ЛЖ 250 мл, КСО ЛЖ 141 мл, ФВ 44%, ТМЖП 19 мм, ТЗСЛЖ 13 мм. Аортальная регургитация 2+; митральная регургитация 2+. По задней стенке, в передневерхушечной области ЛЖ визуализируются дополнительные гиперэхогенные структуры, возможно тромботические образования.

ЗАДАЧА № 3

Женщина, 52 года, частный предприниматель. Жалобы на сильную головную боль в затылочной области, головокружение, ноющую боль в области сердца без иррадиации, общую слабость.

Из анамнеза заболевания. Повышение артериального давления выявили при случайном измерении около 20 лет назад. В дальнейшем неоднократно при самостоятельном измерении АД отмечала повышение до 200 и 110 мм рт. ст, что сопровождалось головной болью, слабостью, но пациентка никуда не обращалась, не обследовалась. Привычное АД 160/100 мм рт. ст. Эпизодически по совету соседки принимала эналаприл, адельфан. Последний год при быстрой ходьбе появилась одышка. Ухудшение состояния отмечает в течение последних суток, связывает с резкой переменой погоды, появились жалобы на сильную головную боль, головокружение. Принимала капотен, коринфар – без существенного эффекта. Сегодня присоединились ноющие боли в левой половине грудной клетки, постоянного характера, в связи с чем вызвала бригаду скорой медицинской помощи.

Объективно. Общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение активное. Рост 156 см, вес 100 кг. ИМТ 41 кг/м². Объем талии – 106 см. Гиперемия кожи лица. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Верхушечный толчок пальпируется в VI межреберье на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии, ограниченный, приподнимающий. Перкуторно отмечается расширение левой границы относительной сердечной тупости на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС 86 в мин. АД 240/120 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, увеличен за счет чрезмерно развитой подкожно-жировой клетчатки. Печень по Курлову: 10; 9; 7 см., край мягкоэластической консистенции, безболезненный. Периферических отеков нет.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты – $4,3 \times 10^{12}/л$; Нв – 123 г/л; лейкоциты – $7,5 \times 10^9/л$; СОЭ – 12 мм/час.

ОАМ: соломенно-желтая, кислая; белок – 0,099 г/л, сахар – отрицательный, эпителий – 2–3, лейкоциты – 1–2 в поле зрения.

Биохимическое исследование крови: общий билирубин – 11,7 мкмоль/л; прямой билирубин – 2,5 мкмоль/л; АсАТ – 13 Ед/л; АлАТ – 11 Ед/л; креатинин – 139 мкмоль/л; мочевины – 5,2 ммоль/л; холестерин – 8,4 ммоль/л; ЛПНП – 4,18 ммоль/л, ЛПВП – 1,18 ммоль/л, ТГ – 3,39 ммоль/л, ЛПОНП – 0,68 ммоль/л, К⁺ – 4,5 ммоль/л, Na⁺ – 114 ммоль/л, Ca⁺⁺ – 1,02 ммоль/л, Сг⁺⁺ – 110 ммоль/л.

Гликемия натощак – 5,8 ммоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, 54 в минуту, электрическая ось сердца отклонена влево; косвенные признаки гипертрофии левого желудочка.

ЭхоКГ: аорта уплотнена – 35 мм, ЛП – 38 мм, КДРлж – 53 мм, КСРлж – 37 мм, КДОЛЖ – 138 мл, КСОЛЖ – 69 мл, ФВЛЖ – 56 %, ТМЖП – 13 мм, ТЗСЛЖ – 12 мм, ПЖ – 29 мм, ПП – 35 мм.

ЗАДАЧА № 4

Больная Ш., 28 лет, жалуется на сильную головную боль ноющего характера, чувство приливов крови к лицу, чувство страха.

Из анамнеза. Такие состояния беспокоят последний месяц, появляются по 2–3 раза в неделю, сопровождаются подъемом АД, провоцируются физической нагрузкой. Каждый приступ заканчивается выделением большого количества мочи.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, влажные, холодные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в минуту. Тоны громкие, систолический шум на верхушке, акцент II тона на аорте. АД 220/140 мм рт. ст. Пульс 102 в 1 минуту, ритмичный. Печень не увеличена, отеков нет.

Лабораторно-инструментальные исследования

ОАК: эритроциты – $4,0 \cdot 10^{12}/л$; Нв – 130 г/л; лейкоциты – $6,2 \cdot 10^9/л$; э – 1%; п/я – 3%; с/я – 72%; л – 20%; м – 4%; СОЭ – 8 мм/час; тромбоциты – $220 \cdot 10^9/л$.

ОАМ: соломенно-желтая, кислая; белок, сахар не обнаружены; эпителий – 2–3, лейкоциты – 1–2 в поле зрения.

ЭКГ: ритм синусовый, начальные признаки ГЛЖ.

Глазное дно: отек соска зрительного нерва, симптом Салюса-Гуна II.

ЗАДАЧА № 5

Мужчина 40 лет. Доставлен бригадой «Скорой помощи» в БИТ с впервые развившимся приступом сердцебиения, который продолжается около 40 минут. Со слов больного пульс «не просчитывался». Объективно: состояние относительно удовлетворительное. АД=130/80 мм рт ст.. Кожные покровы обычной окраски. Тоны сердца звучные, ритм правильный.

ЧСС по пульсу и по тонам сердца 200 в мин.. Признаков недостаточности кровообращения нет. На снятой ЭКГ: ритм желудочков правильный 200 уд./мин., комплекс QRS резко уширен (0,20), деформирован во всех 12-ти отведениях. Суждение врачей об ЭКГ разноречиво. Технической возможности для проведения чрезпищеводной ЭГ и ЧПЭС нет. Приступ затягивается по времени, отмечается тенденция к снижению АД.

ВОПРОСЫ:

1. Какие нарушения ритма могут иметь указанную ЭКГ-картину?
2. Тактика лечебных мероприятий (что является препаратом выбора, какие препараты категорически запрещены, возможность дифференциальной диагностики).

1.2.4 «Неотложные состояния при патологии органов желудочно – кишечного тракта»

Задача №1

Больной С., 30 лет, поступил с жалобами на частый жидкий стул до 12-15 раз в сутки с примесью слизи, крови; на схваткообразные боли в левой подвздошной области, усиливающиеся перед дефекацией. Отмечает повышение температуры до 37,5-38°C, боли в крупных суставах при ходьбе, похудение на 10 кг за 6 мес. Болен в течение 7 лет. Периодически лечился стационарно, с положительным эффектом, в период между госпитализациями получает поддерживающую терапию.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы сухие. АД=105/70, пульс-95 уд/мин.

Живот при пальпации мягкий, болезненный в околопупочной и левой подвздошной областях.

Лабораторные данные:

Общий анализ крови: Нв- 80г/л. Эр.-3,0x10¹²/л, СОЭ-35мм/час, общ.белок-56г/л, альбумины-40%,глобулины-60%.

Фиброколоноскопия: Осмотрена вся толстая кишка. Слизистая малиново-красного цвета с мелкоточечными, белесоватыми высыпаниями, покрыта фибринными пленками, при соприкосновении кровоточит, имеются эрозии. В просвете кишки - слизь и гной.

Задача №2

Женщина, 56 лет, повар. Жалобы: на интенсивные, резкие боли в правом подреберье с иррадиацией под правую лопатку, тошноту, рвоту, не приносящую облегчение, повышение температуры тела до 38 °С.

Из анамнеза заболевания. Болеет около 4 лет, когда после приема жирной, жареной пищи стали беспокоить приступообразные, интенсивные боли в правом подреберье с иррадиацией под правую лопатку, в правую половину шеи. Боли купировала приемом но-шпы. Настоящее обострение связывает с употреблением жареного картофеля и маринованной сельди.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. В сознании. Беспокойна, мечется из-за болей. Вес 78 кг, рост 160 см. ИМТ 30,5 кг/м². Температура тела 37,9 °С. Желтушность кожи и видимых слизистых. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. ЧДД 20 в мин. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца слегка приглушены, ритм правильный с ЧСС 102 в мин. Пульс 102 уд./мин, удовлетворительного наполнения. АД 140/80 мм рт. ст. Язык обложен желто-коричневым налетом, сухой. Живот при пальпации болезненный в правом подреберье, там же отмечается некоторое напряжение брюшной стенки, положительные симптомы Макензи, Керра, Мерфи, Ортнера – Грекова справа, Мюсси – Георгиевского справа. Размеры печени по Курлову: 15; 11; 9 см. При пальпации печень болезненная, эластичной консистенции, поверхность гладкая, край закруглен. Селезенка не пальпируется.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты – $5,2 \times 10^{12}/л$; Нб – 145 г/л; лейкоциты – $12 \times 10^9/л$;
лейкоцитарная формула: эозинофилы – 0 %, нейтрофилы п/я – 10%, нейтрофилы с/я – 65 %, лимфоциты – 22 %, моноциты – 3 %; СОЭ – 33 мм/час.
Биохимическое исследование крови: общий билирубин – 98,4 мкмоль/л; прямой билирубин – 68,2 мкмоль/л; ЩФ – 350 Ед/л; ГГТ – 102 Ед/л; АсАТ – 46 Ед/л; АЛаТ – 45 Ед/л.
УЗИ органов брюшной полости: правая доля печени 160 мм, желчный пузырь 120×55 мм, стенка желчного пузыря 6 мм. В полости желчного пузыря застойное содержимое и два конкремента $3,5 \times 2,5$ см и $1,2 \times 1,8$ см, расположенных на дне желчного пузыря. Ширина холедоха – 11 мм.

Задача №3

Мужчина, 35 лет, грузчик. Жалобы на изжогу, боли в эпигастральной области, возникающие через 1,5–2 часа после приема пищи, ночные боли, частично купируемые приемом пищи, соды.

Из анамнеза заболевания. Вышеописанные жалобы беспокоят 6 месяцев. Лечился альмагелем с положительным эффектом: боли прошли, но сохранялась умеренная изжога. Настоящее ухудшение состояния связывает с тяжелой физической работой.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. В сознании. Вес 64 кг, рост 162 см. ИМТ 24,4 кг/м². Температура тела 36,8 °С. Кожные покровы, видимые слизистые бледные. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. ЧДД 18 в мин в покое сидя, лежа. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный с ЧСС 102 в мин. Пульс 102 уд./мин, ритмичный. АД 120/70 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в подложечной области. Положительный симптом Менделя. Симптомов раздражения брюшины нет. Размеры печени по Курлову: 9; 8; 7 см. Селезенка не пальпируется. Стул оформленный, коричневого цвета, без патологических примесей.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты – $2,5 \times 10^{12}/л$; НБ – 80 г/л; лейкоциты – $10,8 \times 10^9/л$;
лейкоцитарная формула: эозинофилы – 1 %, нейтрофилы п/я – 2 %, нейтрофилы с/я – 70 %, лимфоциты – 22 %, моноциты – 5 %; СОЭ 30 мм/ч.

ФГДС: определяется язвенный дефект $2,5 \times 1,5$ см на малой кривизне желудка и $1,2 \times 0,8$ см в луковице двенадцатиперстной кишки с явлениями гастродуоденита. Дно язв кратерообразное, покрыто фибрином. На дне язвы луковицы двенадцатиперстной кишки определяется тромбированный сосуд.

1.2.5 «Неотложные состояния при заболеваниях органов мочевого выделения»

Задача №1

Женщина, 54 года, инженер. Жалобы на повышение температуры тела до 38 °С, отеки на лице, кистях рук, онемение пальцев рук, одышку при небольшой физической нагрузке, резкую общую слабость.

Из анамнеза заболевания. Четыре года назад появились плотные отеки на лице, кистях рук, через полгода присоединилась лихорадка до 38 °С, одышка, прогрессирующая общая слабость. Госпитализирована по месту жительства, проводилось лечение антибиотиками, сердечными гликозидами – без эффекта: сохранялась лихорадка, нарастала одышка. За год потеряла в весе 10 кг. В клинике начато лечение преднизолоном 30 мг/сут. В результате лечения нормализовалась температура тела, уменьшилась одышка. Две недели назад впервые выявлены изменения в моче: уд. вес – 1020; белок – 6,5 г/л; лейкоциты – 1–2 в п/зр.; эритроциты – 15–20 в п/зр. Неделю назад появилась тошнота, рвота, головная боль. Пульс 110 уд./мин; АД 200/130 мм рт. ст., за три дня до госпитализации развилась анурия, креатинин крови – 904 мкмоль/л; К⁺ – 7,4 мэкв/л; Na⁺ – 123 мэкв/л. В настоящее время поступила в ревматологическое отделение.

Объективно. Состояние средней тяжести. Маскообразное лицо. Плотные отеки на лице, кистях, рук, предплечьях. Синдром Рейно. Костно-мышечная система, суставы без особенностей. Дыхание везикулярное, крепитация в нижнебазальных отделах с обеих сторон. ЧДД 22 в мин в покое. Границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 84 уд./мин; АД 120/80 мм рт. ст. Печень, селезенка не увеличены.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Нб – 93 г/л; лейкоциты – $10,2 \times 10^9/л$; лейкоцитарная формула: нейтрофилы п/я – 9 %, с/я – 66 %, эозинофилы – 1 %, базофилы – 1 %, моноциты – 6 %, лимфоциты – 22 %; СОЭ – 40 мм/ч.

АТ к Scl70 1 : 640; АТ к Sm 1 : 148. LE 1 : 10. Комплемент 68 ед.

ЭКГ: ритм синусовый, диффузные изменения миокарда.

ФВД: ЖЕЛ – 55 %; МВЛ – 60 %; проба Тиффно – 86 %.

Рентгеноскопия легких: интерстициальный легочный рисунок в базальных отделах усилен. Очаговых изменений нет. Синусы плевры свободны.

Задача №2

Больной И., 16 лет. Жалобы на приступы нехватки воздуха в положении лёжа, головную боль, тошноту и рвоту, не связанную с приёмом пищи, ноющие боли в пояснице, отёки на лице, уменьшение количества мочи до 300 мл в сутки. Две недели назад переболел фолликулярной ангиной, лечился амбулаторно амоксициллином с хорошим эффектом. В течение последних двух дней появились вышеуказанные жалобы. Объективно: общее состояние тяжёлое, больной вялый, заторможенный. Кожные покровы бледные, отеки лица, пастозность стоп, голеней. В лёгких дыхание везикулярное, в нижних отделах ослабленное, выслушиваются единичные влажные хрипы. ЧД 18 в минуту. Границы сердца расширены влево на 1,5 см. Тоны сердца звучные, ритмичные, на верхушке систолический шум, акцент 2 тона на аорте. ЧСС 82 в минуту. АД 180/110 мм.рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень не увеличена. Почки не пальпируются, область их умеренно болезненна.

Лабораторно: Общий ан.крови: Эр- $2,4 \times 10^{12}$ /л, Нв 108 г/л. лейко. $9,2 \times 10^9$ /л, СОЭ 34 мм/ч. Общий ан.мочи: отн. пл. 1018, кислая, белок 2,4 г/л, лейкоциты 2-3 в п/зр, эритроциты 40-60 в п/зр., гиалиновые цилиндры 3-6 в п/зр. Креатинин 150 мкмоль/л, мочевины 14 ммоль/л. Общий белок 66 г/л. Калий 5,4 ммоль/л, Na 128 ммоль/л. **УЗИ**: Почки расположены типично, размерами правая 124/64 мм, левая 125/65 мм, паренхима толщиной 23-24 мм. ЧЛС не расширена. Конкрементов не выявлено.

1.2.6. «Неотложные состояния при заболеваниях эндокринной системы»

Задача №1

Девушка, 19 лет, студентка. Жалобы на резкую слабость, тошноту, рвоту пищей, боли в животе острого характера, жажду.

Из анамнеза заболевания. Считает себя больной около месяца, когда появилась немотивированная слабость, жажда, снижение аппетита, за месяц похудела на 7 кг. Последнее ухудшение в течение суток, когда возникли жалобы на общую слабость, многократную рвоту.

Из анамнеза жизни. Наследственность не отягощена.

Объективно. Состояние тяжелое. Запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Оглушенность. Язык сухой, обложен. Кожа сухая. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 19 в мин. Сердечные тоны приглушены, ритм правильный ЧСС 96 в мин. АД – 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Положительный симптом Губергрица, при пальпации боль иррадирует в левое подреберье.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: лейкоциты – $9,6 \times 10^9$ /л; эозинофилы – 2 %; палочкоядерные нейтрофилы – 0 %; сегментоядерные нейтрофилы – 66 %; лимфоциты – 20 %; моноциты – 12 %.

ОАМ: удельный вес – 1032; белок – 0,033 г/л; ацетон «++++»; глюкоза «+», эпителий – ед. в п/зр; сахар «+»

Биохимическое исследование крови: глюкоза – 20 ммоль/л; АсАТ – 30 Ед/л (N 0–35 Ед/л); АлАТ – 42 Ед/л (N 0–45 Ед/л); мочевины – 7,5 ммоль/л; креатинин – 100 мкмоль/л.

С-пептид : 0,3 нг/мл (норма 1,1–4,4). Ацетон мочи «++++».

Задача №2

Женщина, 42 года, цветовод. Жалобы на прибавку в весе на 12 кг за год, слабость, сонливость, зябкость, запоры, сухость кожного покрова, боли в области сердца, парестезии, судороги в кистях и ногах при физической работе на даче.

Из анамнеза заболевания. Операция струмэктомии по поводу диффузного токсического зоба год назад.

Объективно. Пастозное лицо, отеки век, кожа сухая, гиперкератоз в области локтей. Язык обложен, с отпечатками зубов. В области шеи послеоперационный рубец. Дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. Пульс 66 уд./мин, слабого наполнения и напряжения. АД 105/70 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичны, шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень по Курлову: 9; 8; 7. Край печени мягко-эластичный, безболезненный.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: эритроциты – $4,1 \times 10^{12}/л$; Hb – 132 г/л; лейкоциты – $6,4 \times 10^9/л$; СОЭ – 15 мм/ч.
ОАМ: уд. вес 1019; белок отрицательный, лейкоциты – 1–2 в п/зр., эритроциты – 0–1 в п/зр.
ТТГ – 5,8 мкМЕ/мл (норма 0,3–4,0); Т₄ своб – 6,5 пмоль/л (норма 12–22); Са⁺ крови – 1,8 ммоль/л (2,2–2,75 ммоль/л).
ЭКГ: зубец Т на изолинии и слабо отрицательный в V₃–V₆.

Задача №3

Женщина, 27 лет, менеджер. Жалобы на слабость, потливость, сердцебиение, умеренную одышку при быстрой ходьбе, нарушение сна, плаксивость, раздражительность, похудание при сохраненном аппетите.

Из анамнеза заболевания. Считает себя больной около 7 месяцев, когда после стресса появилась потливость, сердцебиение, в течение последнего месяца беспокоит одышка при ходьбе.

Объективно. Больная возбуждена. Кожа горячая, влажная. Отмечается общая дрожь. Двусторонний экзофтальм. Положительные симптомы Штельвага, Греффе, Мебиуса. В легких дыхание везикулярное, побочные дыхательные шумы не выслушиваются. Сердечные тоны приглушены, аритмичные. Систолический шум на верхушке. АД 150/100 мм рт. ст. ЧСС 130 в мин. Пульс 100 уд./мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову 9; 8; 7. Щитовидная железа при пальпации увеличена до 2 степени, уплотнена, безболезненная, однородна, смещаемая.

Лабораторно-инструментальные исследования:

ОАК: Hb – 115 г/л; эритроциты – $4,7 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $4,6 \times 10^9/л$; СОЭ – 2 мм/ч.

Биохимическое исследование крови: холестерин – 2,5 ммоль/л.

ТТГ 0,05 мкМЕ/мл (норма 0,3–4,0), Т₄ своб – 28,1 пмоль/л (норма 12–22).

УЗИ щитовидной железы: общий объем – 28, неоднородная эхоструктура.

Задача №4

Больной Т., 16 лет, доставлен в клинику в бессознательном состоянии. Со слов родственников установлено, что страдает сахарным диабетом 1 типа в течение года. Негативно относится к лечению инсулином. За две недели до поступления в клинику прекратил введение инсулина. Состояние больного резко ухудшилось, нарастали жажда, полиурия, слабость, появились тошнота, многократная рвота. В день госпитализации потерял сознание.

Объективно: состояние тяжелое, без сознания. Резкий запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Кожные покровы сухие, холодные на ощупь, тургор снижен. Тургор глазных яблок понижен. Температура тела 36,0 °С. Глубокое шумное дыхание. В легких ослабленное дыхание. Тоны сердца глухие. Пульс частый, нитевидный, малого наполнения. АД 110/60 мм рт.ст. ЧСС 120 в мин. Язык сухой, обложен грязно-коричневым налетом. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень на 2,0 см выступает из-под реберной дуги, кишечные шумы ослаблены. Сухожильные рефлексы резко ослаблены.

Анализ крови: лейкоциты - $25,0 \times 10^9$, П - 20%, С - 78%, лимфоциты - 2%. Анализ мочи: удельный вес 1045, белок 0,6 г/л, сахар 8%, ацетон ++++.

Биохимия крови: общий белок - 78 г/л, мочевины - 13,5 ммоль/л, креатинин крови - 140,6 мкмоль/л, кетоновые тела - 11 ммоль/л, НЭЖК - 2,4 ммоль/л, сахар крови - 48,8 ммоль/л, рН 7.02, бикарбонат - 10 ммоль/л.

Задача №5

Больная П., 30 лет, внезапно потеряла сознание, доставлена в клинику скорой медицинской помощью. Врач выяснил у родных, что больная страдает сахарным диабетом, постоянно вводит себе инсулин.

Объективно: состояние тяжелое, без сознания. Кожные покровы влажные. АД 125/70 мм рт.ст. Пульс 100 в мин удовлетворительного наполнения. Со стороны внутренних органов отклонений нет. Врачом скорой помощи состояние больной было расценено как кетоацидотическая кома. Был введен инсулин короткого действия в дозе 20 ЕД п/к. После этого больная была доставлена в клинику в глубокой коме. Гликемия 1,1 ммоль/л, в моче сахар 2%.

Задача №6

Больной П., 60 лет. Страдает сахарным диабетом 2 типа около 15 лет. По поводу сахарного диабета принимал манинил.

Со слов родных выяснено, что больному по поводу гипертонической болезни в течение длительного времени бесконтрольно принимал мочегонные препараты. За 3 дня до поступления в клинику у

больного появилась сильная жажда, полиурия, одышка, резкая мышечная слабость. Состояние больного ухудшилось и родственники доставили его в бессознательном состоянии в клинику. Объективно: состояние тяжелое, в коме. Сухость кожи и слизистых, снижен тонус глазных яблок. Язык сухой, выраженная гипотония мышц, запаха ацетона в выдыхаемом воздухе нет. Выраженные отеки нижних конечностей и мошонки. Тоны сердца глухие, АД 60/40 мм рт.ст., пульс 120 в мин. Живот мягкий, безболезненный, печень у реберной дуги. Уровень глюкозы в крови 50,6 ммоль/л, рН крови 7,4, натрий крови 154 ммоль/л, в моче сахар 6%, ацетона нет.

1.3 Клинический разбор неотложных ситуаций

1.3.1 Инструкции к проведению клинического разбора:

По каждому разделу ординатору предлагается история болезни пациента в неотложном состоянии (из банка историй болезни кафедры внутренних болезней), созданная на основе реальных клинических случаев.

Необходимо провести разбор случая по следующим пунктам:

- анализ данных сбора жалоб, анамнеза заболевания и жизни с целью выявления всех факторов, предрасполагающих к неотложному состоянию в данном клиническом случае;
- постановка первичного диагноза, перечень состояний для дифференциального диагноза, обоснование плана обследования;
- анализ лабораторных данных обследования с целью выявления всех данных, характеризующих неотложное состояние и/или предрасполагающих к неотложному состоянию в данном клиническом случае;
- анализ инструментальных методов исследования с целью выявления всех данных, характеризующих неотложное состояние и/или предрасполагающих к неотложному состоянию в данном клиническом случае;
- постановка клинического диагноза с учетом всех результатов обследования;
- анализ проведенного лечения с использованием действующих инструкций для каждого препарата сайта ГРЛС, в том числе с целью выявления фактов ятрогенного влияния, побочных действий препаратов, передозировки препаратов (причины неотложного состояния);
- составить рекомендации для дальнейшего ведения пациента.

Результаты клинического разбора оформить в презентации.

1.3.2. Пример истории болезни пациента в неотложном состоянии (из банка историй болезни кафедры внутренних болезней), созданная на основе реальных клинических случаев.

Фамилия, имя, отчество больного Женщина

Дата рождения 12.11.1950г.

Место работы и род занятий ПЕНСИОНЕР

Жалобы при поступлении: на сильные головные боли, эпизодически беспокоят боли в левой подвздошной области, в левом подерберье, общую слабость, горечь во рту, изжогу.

Анамнез заболевания:

Гипертоническая болезнь 10 лет, макс. Цифры АД 220/.мм.рт.ст. Раб. АД 120/.мм.рт.ст. (принимает амлодипин 10 мг, лориста 100 мг, при повышении АД каптоприл), ТИА в 2015. Сегодня резко почувствовала себя плохо. Вызвала СМП. Доставлена в терапевтическое приемное отделение.

Анамнез жизни:

На Севере с 1980года.

Перенесенные заболевания: простудные, хр.панкреатит, холецистит-давно.

С 2002 года Бронхиальная астма, экзогенная форма (приступы купирует беродуалом по 2 вдоха, постоянно – не принимает).

Перенесенные травмы: отрицает. Перенесенные операции: 50 лет назад аппендэктомия, в 2004г –оперативное лечение по поводу фибромы левой молочной железы, в 2006 году оперирована по поводу кист левого и правого яичников (объем оперативного вмешательства не знает), в 2008 году клипирование аневризмы ВСА.

Вредные привычки: отрицает. Гемотрансфузии: отрицает.

Аллергологический анамнез: на пыль, на цветение растений, резкие запахи в виде приступов удушья (купирует беродуалом). Лекарственная непереносимость: отрицает.

Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными отрицает.

Экспертный анамнез: Лист нетрудоспособности не нужен.

Акушерско-гинекологический анамнез: Б-4, Р-1, А-3. Менопауза в 48 лет.

Объективно при поступлении: Общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Ориентация в пространстве, во времени, в собственной личности сохранена. Лицо симметрично, язык по средней линии. Зрачки S=D, фотореакция живая. Менингеальные знаки отрицательные. Эмоционально лабильна. Обеспокоена своим состоянием здоровья. Положение активное. Телосложение правильное. Питание удовлетворительное. Рост – 164 см, вес – 59 кг, ИМТ – 21,9 кг/м². Температура тела 36,5С. Кожные покровы физиологической окраски, чистые, нормальной влажности, нормальной эластичности. Тurgор тканей удовлетворительный. Видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Щитовидная железа не увеличена, безболезненная. Периферические отеки отсутствуют. Носовое дыхание свободное. В ротоглотке слизистые розовые, наложений нет. Слизистая задней стенки глотки розовая, чистая. Миндалины: без патологии. Форма грудной клетки нормостеническая, правильная. Тип дыхания смешанный. Дыхательные движения симметричны. Число дыхательных движений в мин 18. Дыхание нормальной глубины, ритмичное. Характер перкуторного звука ясный легочный, над всей поверхностью легких. Границы легких в пределах возрастной нормы. При аускультации дыхание в лёгких везикулярное. Хрипы не выслушиваются. Крепитация отсутствует. Шум трения плевры отсутствует. АД = 220/100 мм.рт.ст. ЧСС = уд./мин. Частота пульса - 88 уд./мин. Артериальный пульс ритмичный, симметричный на обеих руках. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. Сердечные шумы отсутствуют. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Язык влажный, слегка обложен белым налетом. Живот правильной формы, симметричный, всеми отделами участвует в акте дыхания, видимая перистальтика отсутствует, не вздут. При пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области, левом подреберье, по ходу левых отделов толстой кишки. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Размеры печени по Курлову 9 x 8 x 7 см. Селезенка не пальпируется. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перистальтика удовлетворительная. Область почек без изменений. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча соломенно-желтого цвета, прозрачная. Стул – склонность к запорам. Стул в небольшом количестве, оформленный, коричневый, без патологических примесей. Дефекация безболезненная.

Результаты лабораторных исследований:

Моча Амилаза мочи: - 48.0 U/L;

Общий анализ крови (авт.): гемоглобин - 122.0 г\л; лейкоциты - 6.11 10⁹; эритроциты - 4.31 10¹²; гематокрит - 35.7 %; MCV (анизоцитоз) - 82.8 фл; MCH (цветной показатель) - 28.3 пг; MCHC - 342.0 г\л; RDW (анизоцитоз) - 12.7 %; тромбоциты - 277.0 10⁹;

СОЭ.: СОЭ - 35.0 мм\ч;

Анализ крови На лейкоформулу.: эозинофилы - 1.0 %; палочкоядерные - 1.0 %; сегментоядерные - 55.0 %; лимфоциты - 34.0 %; моноциты - 9.0 %;

Исследование мочи Общий анализ мочи (ручной): Цвет - соломенно-желтый; Прозрачность - прозрачная; Реакция - 5.5 ; Удельный вес - 1012 ; Белок количественный - 0.22 г\л; Белок качественный - положительная; Сахар - отрицательная; Желчные пигменты - отрицательная; Плоский эпителий - 0-1 в поле зрения; Лейкоциты - 4-6 в поле зрения; Эритроциты - единич в поле зрения;

Венозная кровь Общая биохимия Общий и прямой билирубин: - 7.4 мкмоль\л; - 1.3 мкмоль\л; СРБ: - 4.2 мг\л; Альбумин: - 42.3 г\л; ГГТП: - 18.0 U/L; Альфа-амилаза крови: - 54.0 U/L; Щел.фосфатаза: - 120.0 U/L; Кальций общий: - 2.26 ммоль\л; Хлориды: - 104.0 ммоль\л; Натрий: - 143.0 ммоль\л; Калий - 4.4 ммоль\л; Креатинин сывороточный: - 124.0 мкмоль\л; Мочевина сыворотки крови: - 6.5 ммоль\л; Общий белок: - 73.6 г\л; АСТ (AST): - 23.0 U/L; АЛТ (ALT): - 13.0 U/L;

Венозная кровь Гемостаз Протромбиновый индекс: Протромбиновый индекс - 114.0 %;

АЧТВ: - 34.9 сек; Фибриноген: - 4.59 г\л;

Анализ крови Микрореакция на сифилис: отрицательная;

Капиллярная кровь Глюкоза капиллярной крови: - 4.4 ммоль\л;

Исследования кала Исследование кала на яйца глистов: яйца глистов - не обнаружены;

Результаты инструментальных исследований:

Регистрация электрокардиограммы 1 (в 12 отведениях): Ритм синусовый ускоренный, ЧСС 93/мин. ЭОС нормальная. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное): Визуализация затруднена из-за метеоризма Печень не увеличена, размер правой доли 138 мм, размер левой доли 60 мм Контуры ровные Эхогенность повышена Структура однородная Звукопроводимость не снижена Расположение сосудов обычное Внутривенные желчные протоки не расширены Общий желчный проток не расширен 4 мм Воротная вена не расширена 10 мм Брюшной отдел аорты без особенностей Желчный пузырь не увеличен 52 x 20 мм Стенки не уплотнены, не утолщены Содержимое однородное Конкременты не визуализируются Поджелудочная железа не увеличена, толщина головки 22 мм, тела 8 мм, хвоста 20 мм Контуры ровные, четкие Структура однородная Эхогенность повышена Вирсунгов проток не расширен Селезенка не увеличена 85 x 32 мм Контуры ровные Структура однородная Эхогенность не повышена Селезеночная вена не расширена Лимфоузлы в брюшной полости и забрюшинном пространстве не визуализируются. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Перистальтика кишечника не снижена. В почках без особенностей Заключение: Диффузные изменения печени, поджелудочной железы.

УЗИ забрюшинного пространства: Правая почка Расположена в положении лежа в обычном месте Подвижность почки при дыхании не снижена. Контуры ровные не увеличена 93x45 мм Толщина паренхимы 17 мм Структура паренхимы не изменена, эхогенность не повышена Кортикомедулярная дифференцировка не снижена Чашечки не расширены Лоханка не расширена Мочеточник не расширен Дополнительные образования не визуализируются Надпочечник не визуализируется Паранефральная клетчатка не изменена Левая почка Расположена в положении лежа в обычном месте Подвижность почки при дыхании не снижена. Контуры ровные не увеличена 97x43 мм Толщина паренхимы 18 мм Структура паренхимы не изменена, эхогенность не повышена Кортикомедулярная дифференцировка не снижена Чашечки не расширены Лоханка не расширена Мочеточник не расширен Дополнительные образования не визуализируются Надпочечник не визуализируется Паранефральная клетчатка не изменена Заключение: Патологии не выявлено.

Проведенное лечение: Режим: общий. Диета номер: ЩВД. Амлодипин 10 мг Таб. Д/Приема Внутрь. 10, МГ Перорально 1 раз в день. в 19.00. Лориста 50 мг Таб. П/Об. Плен. 100, МГ Перорально 1 раз в день. в 07.00. Аторвастатин 20мг Таб. П/Об. Д/Приема Внутрь. 20, МГ Перорально 1 раз в день. в 21.00. Дротаверин Эллар 2% 2мл №10 Амп. Р-Р Д/Ин. 2, МЛ Внутримышечно 3 раза в день. Омепразол 20мг Капс. П/Киш. Раст. Обол. Д/Приема Внутрь. по 1 20, МГ Перорально 2 раза в день. за 30 мин до еды. Панкреатин 25 Ед Таб. П/Киш. Раст. Обол. Д/Приема Внутрь. по 1 25, ЕД Перорально 3 раза в день. в день с едой. Кетопрофен-Эском 50мг/Мл 2мл №10 амп. 2, МГ Внутримышечно 1 раз в день. Platyphillini H/Tart. 0,2% 1ml Амп. Р-Р Д/Ин. 1, МЛ Внутримышечно 3 раза в день. Амоксициллин 1000мг *2р/д п/е. Кларитромицин 500мг*2р/д п/е.

2. Этап проведение промежуточной аттестации - зачет:

2.1. Примерный билет для собеседования с ординаторами по дисциплине «Неотложные состояния в терапии», изученной на первом году обучения.

Билеты составляются из списка вопросов фонда оценочных средств к практическим занятиям для самостоятельной работы ординатора по модулям дисциплины «Неотложные состояния в терапии»:

Билет 1

1. Неотложная помощь при кардиогенном шоке.
2. Острая почечная недостаточность. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, неотложная помощь. Прогноз.
3. Решить ситуационную задачу.

Форма оценочного материала для диагностического тестирования.

Неотложные состояния в терапии, I семестр

Название дисциплины

Код, Терапия, 31.08.49

направление подготовки

Направленность (профиль) Квалификация: врач-терапевт

Форма обучения очная

Кафедра-разработчик Внутренних болезней

Выпускающая кафедра Внутренних болезней

Тестовое задание для диагностического тестирования по дисциплине:

Проверяемая компетенция	Задание	Варианты ответов	Тип сложности и вопроса	Кол-во баллов за правильный ответ
ПК -5	<p><i>Укажите один правильный ответ</i></p> <p>1. АСТМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС ЭТО:</p>	<p>А. Эпизод затянувшегося приступа бронхиальной обструкции</p> <p>Б. Эпизод острой дыхательной недостаточности вследствие обострения бронхиальной астмы</p> <p>В. Затянувшийся приступ удушья</p> <p>Г. Длительно некупируемый бронхообструктивный синдром</p>	низкий	2,0
ПК -5	<p><i>Укажите один правильный ответ</i></p> <p>2. ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ ЭТО:</p>	<p>А. Острое повреждение миокарда вследствие его ишемии</p> <p>Б. Остро возникшие клинические признаки или симптомы ишемии миокарда, включая остро возникшую блокаду левой ножки пучка Гиса</p> <p>В. Термин, обозначающий любую группу клинических признаков или симптомов, позволяющих подозревать острый инфаркт миокарда или нестабильную стенокардию</p> <p>Г. Инфаркт миокарда или нестабильная стенокардия</p>	низкий	2,0
ПК -5	<p><i>Укажите один правильный</i></p>	А. Брадикардия	низкий	2,0

	<i>ответ</i> 3. СПЕЦИФИЧЕСКИМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ГИПОГЛИКЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ:	Б. Артериальная гипертензия В. Гипергидроз Г. Эйфория		
ПК -5	<i>Укажите один правильный ответ</i> 4. ПРИЧИНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:	А. Врачебные ошибки: несвоевременное назначение или неадекватная коррекция дозы инсулина Б. Абсолютная или выраженная относительная инсулиновая недостаточность В. Манифестация СД, особенно 1 типа Г. Пропуск или отмена инсулина больными, ошибки в технике инъекций, неисправность средств для введения инсулина	низкий	2,0
ПК -5	<i>Укажите один правильный ответ</i> 5. ОСТРОЕ ПОЧЕЧНОЕ ПОВРЕЖДЕНИЕ ЭТО ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ, РАЗВИВАЮЩЕЕСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕПОСРЕДСТВЕННОГО ОСТРОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ РЕНАЛЬНЫХ И/ИЛИ _____ ПОВРЕЖДАЮ ЩИХ ФАКТОРОВ, ПРОДОЛЖАЮЩЕЕСЯ ДО _____ СУТОК И ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ БЫСТРЫМ (ЧАСЫ-ДНИ) РАЗВИТИЕМ ПРИЗНАКОВ ПОВРЕЖДЕНИЯ ИЛИ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ.	А. Любых; 2-х Б. Токсических; 10-ти В. Экстраренальных; 7-ми Г. Экстраренальных; 7 – 10-ти	низкий	2,0
ПК -5 ПК-6	<i>Укажите один правильный ответ</i> 6. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ТАХИАРИТМИЙ, ОСЛОЖНЕННЫХ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПРИМЕНЯЮ ТСЯ, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИЕЙ:	А. Нитраты Б. ЭИТ В. Амiodарон Г. Бета-адреноблокаторы	средний	5,0
ПК -5 ПК-6	<i>Укажите один правильный ответ</i> 7. НАЧАЛЬНЫЙ РАЗРЯД ЭНЕРГИИ ПРИ ЭИТ ДЛЯ ЭКСТРЕННОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ	А. 50 Дж Б. 100 Дж В. 200 Дж Г. 50-100 Дж	средний	5,0

	<p>СИНУСОВОГО РИТМА ПРИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ НЖТ, ТРЕПЕТАНИИ ПРЕДСЕРДИЙ, МОНОМОРФНОЙ ЖТ СОСТАВЛЯЕТ:</p>			
ПК-6	<p><i>Укажите все правильные ответы</i></p> <p>8. УКАЖИТЕ ПРЕПАРАТ И СКОРОСТЬ ЕГО ВВЕДЕНИЯ ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ С УРОВНЕМ САД МЕНЕЕ 70 ММ РТ.СТ.:</p> <p>1. НОРАДРЕНАЛИН 2. ДОПАМИН 3. ДОБУТАМИН 4. ДОБУТАМИН С ДОПАМИНОМ 5. НАЧАЛЬНАЯ СКОРОСТЬ 0,5-1,0 МКГ/МИН, МАКСИМАЛЬНАЯ – 10-15МКГ/МИН (ИНОГДА ДО 30 МКГ/МИН) 6. 5-20 МКГ/КГ/МИН 7. 2-20 МКГ/КГ/МИН 8. 5,0-10,0 МКГ/КГ/МИН И 2,0-5,0 МКГ/КГ/МИН</p>	<p>А. Правильные ответы 1 и 5 Б. Правильные ответы 2 и 6 В. Правильные ответы 3 и 7 Г. Правильные ответы 4 и 8</p>	средний	5,0
ПК-6	<p><i>Укажите все правильные ответы</i></p> <p>9. УНИВЕРСАЛЬНЫМ АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ТАХИАРИТМИЙ ЯВЛЯЕТСЯ _____, ВВОДИМЫЙ В/В В ДОЗЕ _____ СО СКОРОСТЬЮ _____:</p> <p>1. НОВОКАИНАМИД 2. ПРОПАФЕНОН 3. АМИОДАРОН 4. 1,0-1,5 Г (ДО 15-17 МГ/КГ) 5. 30-50 МГ/МИН. 6. 1,5-2,0 МГ/КГ 7. ЗА 10-20 МИН. 8. 5-7 МГ/КГ 9. ЗА 30-60 МИН. (15МГ/МИН.), ЗАТЕМ ПРОДОЛЖЕНИЕ ИНФУЗИИ ДО 1,2-1,8 Г/СУТ. (50 МГ/ЧАС)</p>	<p>А. Правильные ответы 1, 4 и 5 Б. Правильные ответы 2, 5 и 6 В. Правильные ответы 3, 8 и 9 Г. Правильные ответы 3, 5 и 7</p>	средний	5,0
ПК -5 ПК-6	<p><i>Укажите правильный ответ</i></p> <p>10. С ЦЕЛЬЮ КУПИРОВАНИЯ МОНОМОРФНОЙ ЖТ МАКСИМАЛЬНАЯ НАЧАЛЬНАЯ ДОЗА ЛИДОКАИНА ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА МАССОЙ 50</p>	<p>А. 50 мг Б. 75 мг В. 100 мг Г. 125 мг</p>	средний	5,0

	КГ, ВВЕДЕННАЯ В ПЕРВЫЕ 2 МИНУТЫ, СОСТАВЛЯЕТ:			
ПК -5	<p><i>Укажите все правильные ответы</i></p> <p>11. ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ САД СОСТАВИЛО 85 ММ РТ.СТ, ЧСС – 110 В МИН. ИНДЕКС АЛЬГОВЕРА И СТЕПЕНЬ ШОКА В ДАННОМ СЛУЧАЕ СООТВЕТВУЮТ ЗНАЧЕНИЯМ:</p> <p>1. 0,77 2. 1,2 3. 1,29 4. 1,3 5. 0 СТ. 6. I СТ. 7. II СТ. 8. III СТ.</p>	<p>А. Правильные ответы 1 и 5 Б. Правильные ответы 2 и 6 В. Правильные ответы 3 и 7 Г. Правильные ответы 4 и 8</p>	средний	5,0
ПК -5 ПК-6	<p><i>Укажите все правильные ответы</i></p> <p>12. ПРИ ТЯЖЕЛОМ ОБОСТРЕНИИ БА В ПЕРВЫЙ ЧАС ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ КОРОТКОДЕЙСТВУЮЩИЙ В2–АГОНИСТ ПО СХЕМЕ _____, БЛОКАТОР М-ХОЛИНОРЕЦЕП-ТОРОВ В ДОЗЕ _____, СИСТЕМНЫЙ ГКС ПРЕДНИЗОЛОН (ИЛИ ЕГО ЭКВИВАЛЕНТА) В ДОЗЕ _____ И _____:</p> <p>1. САЛЬБУТАМОЛ 2.5 МГ ЧЕРЕЗ НЕБУЛАЙЗЕР 2. САЛЬБУТАМОЛ ПО 2.5 МГ ТРИ ИНГАЛЯЦИИ КАЖДЫЕ 20 МИНУТ МГ ЧЕРЕЗ НЕБУЛАЙЗЕР 3. ИПРАТРОПИЯ БРОМИД 0,5 МГ В/В 4. ИПРАТРОПИЯ БРОМИД 500 МКГ ЧЕРЕЗ НЕБУЛАЙЗЕР 5. НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕДНИЗОЛОНА (ИЛИ ЕГО ЭКВИВАЛЕНТА) В ДОЗЕ 40-50 МГ/СУТ 1 РАЗ В СУТКИ 6. НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕДНИЗОЛОНА (ИЛИ ЕГО ЭКВИВАЛЕНТА) В ДОЗЕ 100-120 МГ/СУТ 1 РАЗ В СУТКИ 7. СУЛЬФАТ МАГНИЯ 2 Г В/В В ТЕЧЕНИЕ 20 МИН,</p>	<p>А. Правильные ответы 1, 3, 6 и 8 Б. Правильные ответы 2, 4, 5 и 8 В. Правильные ответы 2, 4, 5 и 7 Г. Правильные ответы 2, 4, 6 и 8</p>	средний	5,0

	<p>РАЗВЕДЕННЫЙ ДО 20 МЛ 0,9% NaCl</p> <p>8. ПРИ SpO₂<90% РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ НЕБОЛЬШИХ ДОЗ КИСЛОРОДА (1-4 ЛИТРА В МИНУТУ ЧЕРЕЗ НОСОВЫЕ КАНЮЛИ) И ПОДДЕРЖАНИЕ SpO₂ В ПРЕДЕЛАХ 93-95%.</p>			
<p>ПК -5</p> <p>ПК-6</p>	<p><i>Укажите все правильные ответы</i></p> <p>13. ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ГИПОВОЛЕМИИ ДЛЯ СТАБИЛИЗАЦИЯ ГЕМОДИНАМИКИ ЧЕРЕЗ 5 – 10 МИНУТ ОТ НАЧАЛА ИНФУЗИИ ДОЛЖНА ВКЛЮЧАТЬ:</p> <p>1. 0,9% РАСТВОР НАТРИЯ ХЛОРИДА, РАСТВОР РИНГЕР-ЛАКТАТА</p> <p>2. ИНФУЗИОННЫЕ СРЕДЫ, СОДЕРЖАЩИЕ ЛАКТАТ, АЦЕТАТ, ФУМАРАТ ИЛИ СУКЦИНАТ (ЛАКТАСОЛ, АЦЕСОЛЬ, МАФУСОЛ, РЕАМБЕРИН ИЛИ ИХ АНАЛОГИ).</p> <p>3. ДОПАМИНА В ДОЗАХ, НЕ ПРЕВЫШАЮЩИХ 10 МКГ/КГ/МИН.</p> <p>4. ГИДРОКОРТИЗОН В/В В ДОЗЕ 250 – 500 МГ</p> <p>5. КОЛЛОИДНЫЕ РАСТВОРЫ – НА ОСНОВЕ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ЖЕЛАТИНЫ, ГИДРОКСИЭТИЛКРАХМАЛА ИЛИ ПОЛИОКСИДОНИЯ (ГЕЛОФУЗИН, ГЕМОХЕС, СТАБИЗОЛ, ПОЛИОКСИФУМАРИН ИЛИ ИХ АНАЛОГИ)</p> <p>6. СРЕДСТВА МАЛООБЪЕМНОЙ РЕАНИМАЦИИ (7,5% НАТРИЯ ХЛОРИД В КОМБИНАЦИИ С ПРЕПАРАТОМ ГЭК ИЛИ ДЕКСТРАНОМ - ГИПЕРХАЭС, ГЕМОСТАБИЛ ИЛИ АНАЛОГИ</p>	<p>А. Правильные ответы 3 и 5</p> <p>Б. Правильные ответы 1 и 4</p> <p>В. Правильные ответы 1 и 2</p> <p>Г. Правильные ответы 2 и 6</p>	<p>средний</p>	<p>5,0</p>
<p>ПК-6</p>	<p><i>Укажите все правильные ответы</i></p> <p>14. АРТЕРИАЛЬНАЯ</p>	<p>А. Правильные ответы 1, 2 и 3</p> <p>Б. Правильные ответы 2, 3 и</p>	<p>средний</p>	<p>5,0</p>

	<p>ГИПОТЕНЗИЯ НА ФОНЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПЖ КОРРЕКТИРУЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ:</p> <p>1. 0,9% РАСТВОР НАТРИЯ ХЛОРИДА 200 МЛ ЗА ПЕРВЫЕ 10 МИН.</p> <p>2. 0,9% РАСТВОР НАТРИЯ ХЛОРИДА 200 МЛ/ЧАС ДО 1-2 Л СУММАРНОГО ОБЪЕМА (ДЗЛК ДО 20-24 М РТ.СТ.)</p> <p>3. ДОБУТАМИН 5-15 МКГ/КГ/МИН.</p> <p>4. ГИДРОКОРТИЗОН В/В В ДОЗЕ 250 – 500 МГ</p> <p>5. КОЛЛОИДНЫЕ РАСТВОРЫ – НА ОСНОВЕ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ЖЕЛАТИНЫ, ГИДРОКСИЭТИЛКРАХМАЛА ИЛИ ПОЛИОКСИДОНИЯ (ГЕЛОФУЗИН, ГЕМОХЕС, СТАБИЗОЛ, ПОЛИОКСИФУМАРИН ИЛИ ИХ АНАЛОГИ)</p> <p>6. СРЕДСТВА МАЛООБЪЕМНОЙ РЕАНИМАЦИИ (7,5% НАТРИЯ ХЛОРИД В КОМБИНАЦИИ С ПРЕПАРАТОМ ГЭК ИЛИ ДЕКСТРАНОМ - ГИПЕРХАЭС, ГЕМОСТАБИЛ ИЛИ АНАЛОГИ</p>	<p>4</p> <p>В. Правильные ответы 3, 4 и 5</p> <p>Г. Правильные ответы 3, 5 и 6</p>		
ПК-6	<p><i>Укажите все правильные ответы</i></p> <p>15. СРОКИ И ВЫРАЖЕННОСТЬ СНИЖЕНИЯ АД У ПАЦИЕНТОВ С РАССЛОЕНИЕМ АОРТЫ РЕКОМЕНДОВАНО:</p>	<p>А. среднее давление должно быть снижено на 20–25% от исходного в течение нескольких часов</p> <p>Б. немедленное снижение среднего АД на 20–25% от исходного</p> <p>В. немедленное снижение САД ниже 140 мм рт. ст.</p> <p>Г. немедленное снижение САД ниже 120 мм рт. ст. и ЧСС ниже 60 уд/мин.</p>	средний	5,0
ПК -5	<p><i>Выберите правильную комбинацию ответов</i></p> <p>16. КЛИНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ОТСУТСТВИЕМ ЛЭ:</p> <p>1.ВОЗРАСТ < 50 ЛЕТ;</p> <p>2.ВОЗРАСТ > 50 ЛЕТ;</p> <p>3.ПУЛЬС < 100 УД./МИН;</p> <p>4.ПУЛЬС > 100 УД./МИН;</p> <p>5.SAO₂ > 94%;</p> <p>6.ОТСУТСТВИЕ</p>	<p>А. Правильные ответы 1, 3 и 5</p> <p>Б. Правильные ответы 2, 6 и 12</p> <p>В. Правильные ответы 5, 8 и 11</p> <p>Г. Правильные ответы 4, 7, 9 и 10</p>	высокий	8,0

	<p>ОДНОСТОРОННЕГО ОТЕКА НОГ; 7.НАЛИЧИЕ КРОВОХАРКАНЬЯ; 8.ОТСУТСТВИЕ КРОВОХАРКАНЬЯ; 9.ОТСУТСТВИЕ НЕДАВНИХ ТРАВМ ИЛИ ОПЕРА- ЦИЙ; 10.ОТСУТСТВИЕ АНАМНЕЗА ВЕНОЗНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ; 11.ПРИЕМ ГОРМОНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ; 12.ОТСУТСТВИЕ ПРИЕМА ГОРМОНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ</p>			
ПК -5	<p><i>Выберите правильную комбинацию ответов</i> 17. ОСНОВНЫМИ КРИТЕРИЯМИ ШОКА ЯВЛЯЮТСЯ: 1. бледные или цианотичные кожные покровы. 2. симптом «белого пятна» 3. симптом «белого пятна» более 3 секунд. 4. снижение ДАД более чем на 40 мм. рт. ст. для соответствующей возрастной категории 5. уровень САД менее 90 мм. рт. ст. 6. снижение САД более чем на 40 мм. рт. ст. для соответствующей возрастной категории 7. изменение сознания и психического статуса 8. снижение темпа мочеотделения</p>	<p>А. Правильные ответы 1, 3 и 5 Б. Правильные ответы 2, 4 и 6 В. Правильные ответы 5, 7 и 8 Г. Правильные ответы 1, 7 и 8</p>	высокий	8,0
ПК -5	<p><i>Выберите правильную комбинацию ответов</i> 18. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМИ КРИТЕРИЯМИ ШОКА ЯВЛЯЮТСЯ: 1. бледные или цианотичные кожные покровы. 2. симптом «белого пятна» более 3 секунд. 3. уровень САД менее 90 мм. рт. ст. 4. снижение САД более чем на 40 мм. рт. ст. для соответствующей возрастной категории 5. оглушение, 6. сопор, 7. кома, 8. психомоторное</p>	<p>А. Правильные ответы 1, 3 и 5 Б. Правильные ответы 2, 6 и 9 В. Правильные ответы 3, 8 и 9 Г. Правильные ответы 5, 8 и 9</p>	высокий	8,0

	возбуждение 9. снижение темпа мочеотделения			
ПК -5 ПК-6	<p><i>Выберите правильную комбинацию ответов</i></p> <p>19. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>1. НЕЯСНОСТЬ ДИАГНОЗА 2. ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ, НЕ КУПИРУЮЩИЙСЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ; 3. НЕОБХОДИМОСТЬ В СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДАХ ИССЛЕДОВАНИЯ 4. ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ; 5. ЯВЛЕНИЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ 6. ОСЛОЖНЕНИЯ АГ, ТРЕБУЮЩИЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ: ИНСУЛЬТ, ОКС, СУБАРАХНОИДАЛЬНОЕ КРОВОИЗЛИЯНИЕ 7. ОСЛОЖНЕНИЯ АГ, ТРЕБУЮЩИЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ: ОСТРЫЕ НАРУШЕНИЯ ЗРЕНИЯ, ОТЕК ЛЕГКИХ, РАССЛОЕНИЕ АОРТЫ 8. ОСЛОЖНЕНИЯ АГ, ТРЕБУЮЩИЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ: ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ, ЭКЛАМПСИЯ</p>	<p>А. Правильные ответы 1, 3 и 5 Б. Правильные ответы 2, 3 и 6 В. Правильные ответы 5, 7 и 8 Г. Правильные ответы 4, 7 и 8</p>	высокий	8,0
ПК -5 ПК-6	<p><i>Выберите правильную последовательность в комбинации ответов</i></p> <p>20. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ОТЕКЕ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТОНИИ ДОЛЖНА БЫТЬ СЛЕДУЮЩАЯ:</p> <p>1. ПРИДАТЬ СИДЯЧЕЕ ПОЛОЖЕНИЕ СО СПУЩЕННЫМИ НОГАМИ 2.ОКСИГЕНОТЕРАПИЯ 100 % КИСЛОРОД 5-6 Л/МИН. ЧЕРЕЗ МАСКУ ИЛИ ДЫХАНИЕ ППД (ПОСТОЯННОЕ</p>	<p>А. Правильные ответы 1, 2, 3, 4, 5 и 6 Б. Правильные ответы 1, 2, 5, 4, и 3 В. Правильные ответы 2, 6, 1, 4, 3 и 5, 7 Г. Правильные ответы 2, 7, 1, 4, 6, 3 и 5</p>	высокий	8,0

	<p>ПОЛОЖИТЕЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ) – ЦЕЛЕВОЕ РО2 АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ 94-96%</p> <p>3. ВАЗОДИЛАТАЦИЯ С ПОМОЩЬЮ НИТРОГЛИЦЕРИНА (НАЧАЛЬНАЯ ДОЗА 10-15 МКГ/МИН, СТУПЕНЧАТО УВЕЛИЧИВАЯ ДОЗУ КАЖДЫЕ 5 МИНУТ ДО УЛУЧШЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ НЕ БОЛЕЕ 200 МКГ/МИН)</p> <p>4. В/В ВВЕДЕНИЕ ФУРОСЕМИДА 0,5-1 МГ/КГ – 40-80 МГ; ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ЧЕРЕЗ 30 МИНУТ – ВВЕСТИ ФУРОСЕМИД ПОВТОРНО, НО НЕ БОЛЕЕ СУММАРНОЙ ДОЗЫ 1 МГ/КГ;</p> <p>5. МОРФИН В/В 2-4 МГ ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ФИЗИЧЕСКОГО И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТРЕССА И УЛУЧШЕНИЯ ПАРАМЕТРОВ ГЕМОДИНАМИКИ;</p> <p>6. НАЧАТЬ В/В ВВЕДЕНИЕ ДОПАМИНА 5-20 МКГ/КГ/МИН. С КОРРЕКЦИЕЙ ПО АД И ДОЗЕ УЖЕ ВВОДИМОГО ПРЕПАРАТА ДЛЯ ИНОТРОПНОЙ ПОДДЕРЖКИ</p> <p>7. В/В ВВЕДЕНИЕ ЖИДКОСТИ, ЕСЛИ СИМПТОМЫ СВЯЗАНЫ С НЕАДЕКВАТНЫМ ДАВЛЕНИЕМ ЗАПОЛНЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ СЕРДЦА; В НЕЯСНЫХ СЛУЧАЯХ ВОЗМОЖНО ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ ПРОБНОЕ ВВЕДЕНИЕ НЕКОТОРОГО КОЛИЧЕСТВА ЖИДКОСТИ</p>			
--	--	--	--	--

Тестовое задание для диагностического тестирования по дисциплине (с ключами для ответов):

Проверяемая компетенция	Задание	Варианты ответов	Тип сложности и вопроса	Кол-во баллов за правильный ответ
-------------------------	---------	------------------	-------------------------	-----------------------------------

ПК -5	<p>Укажите один правильный ответ</p> <p>1. АСТМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС ЭТО:</p>	<p>А. Эпизод затянувшегося приступа бронхиальной обструкции</p> <p>Б. Эпизод острой дыхательной недостаточности вследствие обострения бронхиальной астмы</p> <p>В. Затянувшийся приступ удушья</p> <p>Г. Длительно некупируемый бронхообструктивный синдром</p>	низкий	2,0
ПК -5	<p>Укажите один правильный ответ</p> <p>2. ОСТРЫЙ КОРОНАРНЫЙ СИНДРОМ ЭТО:</p>	<p>А. Острое повреждение миокарда вследствие его ишемии</p> <p>Б. Остро возникшие клинические признаки или симптомы ишемии миокарда, включая остро возникшую блокаду левой ножки пучка Гиса</p> <p>В. Термин, обозначающий любую группу клинических признаков или симптомов, позволяющих подозревать острый инфаркт миокарда или нестабильную стенокардию</p> <p>Г. Инфаркт миокарда или нестабильная стенокардия</p>	низкий	2,0
ПК -5	<p>Укажите один правильный ответ</p> <p>3. СПЕЦИФИЧЕСКИМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ГИПОГЛИКЕМИИ ЯВЛЯЕТСЯ:</p>	<p>А. Брадикардия</p> <p>Б. Артериальная гипертония</p> <p>В. Гипергидроз</p> <p>Г. Эйфория</p>	низкий	2,0
ПК -5	<p>Укажите один правильный ответ</p> <p>4. ПРИЧИНОЙ ДИАБЕТИЧЕСКОГО КЕТОАЦИДОЗА ЯВЛЯЕТСЯ:</p>	<p>А. Врачебные ошибки: несвоевременное назначение или неадекватная коррекция дозы инсулина</p> <p>Б. Абсолютная или выраженная относительная инсулиновая недостаточность</p> <p>В. Манифестация СД, особенно 1 типа</p> <p>Г. Пропуск или отмена инсулина больными, ошибки в технике инъекций, неисправность средств для введения инсулина</p>	низкий	2,0
ПК -5	<p>Укажите один правильный ответ</p> <p>5. ОСТРОЕ ПОЧЕЧНОЕ</p>	<p>А. Любых; 2-х</p> <p>Б. Токсических; 10-ти</p> <p>В. Экстраренальных; 7-ми</p>	низкий	2,0

	<p>ПОВРЕЖДЕНИЕ ЭТО ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ, РАЗВИВАЮЩЕЕСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ НЕПОСРЕДСТВЕННОГО ОСТРОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ РЕНАЛЬНЫХ И/ИЛИ _____ ПОВРЕЖДАЮЩИХ _____ ФАКТОРОВ, ПРОДОЛЖАЮЩЕЕСЯ ДО _____ СУТОК И ХАРАКТЕРИЗУЮЩЕЕСЯ БЫСТРЫМ (ЧАСЫ-ДНИ) РАЗВИТИЕМ ПРИЗНАКОВ ПОВРЕЖДЕНИЯ ИЛИ ДИСФУНКЦИИ ПОЧЕК РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ.</p>	Г. Экстраренальных; 7 – 10-ти		
ПК -5 ПК-6	<p><i>Укажите один правильный ответ</i></p> <p>6. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ТАХИАРИТМИЙ, ОСЛОЖНЕННЫХ ОСТРОЙ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, КОРОНАРНЫМ СИНДРОМОМ ПРИМЕНЯЮТСЯ, АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТЕНЗИЕЙ:</p>	<p>А. Нитраты Б. ЭИТ В. Амиодарон Г. Бета-адреноблокаторы</p>	средний	5,0
ПК -5 ПК-6	<p><i>Укажите один правильный ответ</i></p> <p>7. НАЧАЛЬНЫЙ РАЗРЯД ЭНЕРГИИ ПРИ ЭИТ ДЛЯ ЭКСТРЕННОГО ВОССТАНОВЛЕНИЯ СИНУСОВОГО РИТМА ПРИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ НЖТ, ТРЕПЕТАНИИ ПРЕДСЕРДИЙ, МОНОМОРФНОЙ ЖТ СОСТАВЛЯЕТ:</p>	<p>А. 50 Дж Б. 100 Дж В. 200 Дж Г. 50-100 Дж</p>	средний	5,0
ПК-6	<p><i>Укажите все правильные ответы</i></p> <p>8. УКАЖИТЕ ПРЕПРАТ И СКОРОСТЬ ЕГО ВВЕДЕНИЯ ПРИ КАРДИОГЕННОМ ШОКЕ С УРОВНЕМ САД МЕНЕЕ 70 ММ РТ.СТ.:</p> <p>1. НОРАДРЕНАЛИН 2. ДОПАМИН 3. ДОБУТАМИН 4. ДОБУТАМИН С ДОПАМИНОМ 5. НАЧАЛЬНАЯ СКОРОСТЬ 0,5-1,0 МКГ/МИН, МАКСИМАЛЬНАЯ – 10-15МКГ/МИН (ИНОГДА</p>	<p>А. Правильные ответы 1 и 5 Б. Правильные ответы 2 и 6 В. Правильные ответы 3 и 7 Г. Правильные ответы 4 и 8</p>	средний	5,0

	<p>ДО 30 МКГ/МИН) 6. 5-20 МКГ/КГ/МИН 7. 2-20 МКГ/КГ/МИН 8. 5,0-10,0 МКГ/КГ/МИН И 2,0-5,0 МКГ/КГ/МИН</p>			
ПК-6	<p><i>Укажите все правильные ответы</i> 9. УНИВЕРСАЛЬНЫМ АНТИАРИТМИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ТАХИАРИТМИЙ ЯВЛЯЕТСЯ _____, ВВОДИМЫЙ В/В В ДОЗЕ _____ СО СКОРОСТЬЮ _____:</p> <p>1. НОВОКАИНАМИД 2. ПРОПАФЕНОН 3. АМИОДАРОН 4. 1,0-1,5 Г (ДО 15-17 МГ/КГ) 5. 30-50 МГ/МИН. 6. 1,5-2,0 МГ/КГ 7. ЗА 10-20 МИН. 8. 5-7 МГ/КГ 9. ЗА 30-60 МИН. (15МГ/МИН.), ЗАТЕМ ПРОДОЛЖЕНИЕ ИНФУЗИИ ДО 1,2-1,8 Г/СУТ. (50 МГ/ЧАС)</p>	<p>А. Правильные ответы 1, 4 и 5 Б. Правильные ответы 2, 5 и 6 В. Правильные ответы 3, 8 и 9 Г. Правильные ответы 3, 5 и 7</p>	средний	5,0
ПК -5 ПК-6	<p><i>Укажите правильный ответ</i> 10. С ЦЕЛЬЮ КУПИРОВАНИЯ МОНОМОРФНОЙ ЖТ МАКСИМАЛЬНАЯ НАЧАЛЬНАЯ ДОЗА ЛИДОКАИНА ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА МАССОЙ 50 КГ, ВВЕДЕННАЯ В ПЕРВЫЕ 2 МИНУТЫ, СОСТАВЛЯЕТ:</p>	<p>А. 50 мг Б. 75 мг В. 100 мг Г. 125 мг</p>	средний	5,0
ПК -5	<p><i>Укажите все правильные ответы</i> 11. ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ САД СОСТАВИЛО 85 ММ РТ.СТ, ЧСС – 110 В МИН. ИНДЕКС АЛЬГОВЕРА И СТЕПЕНЬ ШОКА В ДАННОМ СЛУЧАЕ СООТВЕТВУЮТ ЗНАЧЕНИЯМ:</p> <p>1. 0,77 2. 1,2 3. 1,29 4. 1,3 5. 0 СТ. 6. I СТ. 7. II СТ. 8. III СТ.</p>	<p>А. Правильные ответы 1 и 5 Б. Правильные ответы 2 и 6 В. Правильные ответы 3 и 7 Г. Правильные ответы 4 и 8</p>	средний	5,0
ПК -5 ПК-6	<p><i>Укажите все правильные ответы</i></p>	<p>А. Правильные ответы 1, 3, 6 и 8</p>	средний	5,0

	<p>12. ПРИ ТЯЖЕЛОМ ОБОСТРЕНИИ БА В ПЕРВЫЙ ЧАС ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ КОРОТКОДЕЙСТВУЮЩИЙ В2-АГОНИСТ ПО СХЕМЕ _____, БЛОКАТОР М-ХОЛИНОРЕЦЕП-ТОРОВ В ДОЗЕ _____, СИСТЕМНЫЙ ГКС ПРЕДНИЗОЛОН (ИЛИ ЕГО ЭКВИВАЛЕНТА) В ДОЗЕ _____ И _____ :</p> <p>1. САЛЬБУТАМОЛ 2.5 МГ ЧЕРЕЗ НЕБУЛАЙЗЕР</p> <p>2. САЛЬБУТАМОЛ ПО 2.5 МГ ТРИ ИНГАЛЯЦИИ КАЖДЫЕ 20 МИНУТ МГ ЧЕРЕЗ НЕБУЛАЙЗЕР</p> <p>3. ИПРАТРОПИЯ БРОМИД 0,5 МГ В/В</p> <p>4. ИПРАТРОПИЯ БРОМИД 500 МКГ ЧЕРЕЗ НЕБУЛАЙЗЕР</p> <p>5. НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕДНИЗОЛОНА (ИЛИ ЕГО ЭКВИВАЛЕНТА) В ДОЗЕ 40-50 МГ/СУТ 1 РАЗ В СУТКИ</p> <p>6. НАЗНАЧЕНИЕ ПРЕДНИЗОЛОНА (ИЛИ ЕГО ЭКВИВАЛЕНТА) В ДОЗЕ 100-120 МГ/СУТ 1 РАЗ В СУТКИ</p> <p>7. СУЛЬФАТ МАГНИЯ 2 Г В/В В ТЕЧЕНИЕ 20 МИН, РАЗВЕДЕННЫЙ ДО 20 МЛ 0,9% НАСЛ</p> <p>8. ПРИ $SpO_2 < 90\%$ РЕКОМЕНДУЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ НЕБОЛЬШИХ ДОЗ КИСЛОРОДА (1-4 ЛИТРА В МИНУТУ ЧЕРЕЗ НОСОВЫЕ КАНЮЛИ) И ПОДДЕРЖАНИЕ SpO_2 В ПРЕДЕЛАХ 93-95%.</p>	<p>Б. Правильные ответы 2, 4, 5 и 8</p> <p>В. Правильные ответы 2, 4, 5 и 7</p> <p>Г. Правильные ответы 2, 4, 6 и 8</p>		
<p>ПК -5 ПК-6</p>	<p><i>Укажите все правильные ответы</i></p> <p>13. ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ГИПОВОЛЕМИИ ДЛЯ СТАБИЛИЗАЦИИ ГЕМОДИНАМИКИ ЧЕРЕЗ 5 – 10 МИНУТ ОТ НАЧАЛА ИНФУЗИИ ДОЛЖНА ВКЛЮЧАТЬ:</p> <p>1. 0,9% РАСТВОР НАТРИЯ</p>	<p>А. Правильные ответы 3 и 5</p> <p>Б. Правильные ответы 1 и 4</p> <p>В. Правильные ответы 1 и 2</p> <p>Г. Правильные ответы 2 и 6</p>	<p>средний</p>	<p>5,0</p>

	<p>ХЛОРИДА, РАСТВОР РИНГЕР-ЛАКТАТА</p> <p>2. ИНФУЗИОННЫЕ СРЕДЫ, СОДЕРЖАЩИЕ ЛАКТАТ, АЦЕТАТ, ФУМАРАТ ИЛИ СУКЦИНАТ (ЛАКТАСОЛ, АЦЕСОЛЬ, МАФУСОЛ, РЕАМБЕРИН ИЛИ ИХ АНАЛОГИ).</p> <p>3. ДОПАМИНА В ДОЗАХ, НЕ ПРЕВЫШАЮЩИХ 10 МКГ/КГ/МИН.</p> <p>4. ГИДРОКОРТИЗОН В/В В ДОЗЕ 250 – 500 МГ</p> <p>5. КОЛЛОИДНЫЕ РАСТВОРЫ – НА ОСНОВЕ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ЖЕЛАТИНЫ, ГИДРОКСИЭТИЛКРАХМАЛА ИЛИ ПОЛИОКСИДОНИЯ (ГЕЛОФУЗИН, ГЕМОХЕС, СТАБИЗОЛ, ПОЛИОКСИФУМАРИН ИЛИ ИХ АНАЛОГИ)</p> <p>6. СРЕДСТВА МАЛООБЪЕМНОЙ РЕАНИМАЦИИ (7,5% НАТРИЯ ХЛОРИД В КОМБИНАЦИИ С ПРЕПАРАТОМ ГЭК ИЛИ ДЕКСТРАНОМ - ГИПЕРХАЭС, ГЕМОСТАБИЛ ИЛИ АНАЛОГИ</p>			
ПК-6	<p><i>Укажите все правильные ответы</i></p> <p>14. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПОТЕНЗИЯ НА ФОНЕ ИНФАРКТА МИОКАРДА ПЖ КОРРЕКТИРУЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ:</p> <p>1. 0,9% РАСТВОР НАТРИЯ ХЛОРИДА 200 МЛ ЗА ПЕРВЫЕ 10 МИН.</p> <p>2. 0,9% РАСТВОР НАТРИЯ ХЛОРИДА 200 МЛ/ЧАС ДО 1-2 Л СУММАРНОГО ОБЪЕМА (ДЗЛК ДО 20-24 М РТ.СТ.)</p> <p>3. ДОБУТАМИН 5-15 МКГ/КГ/МИН.</p> <p>4. ГИДРОКОРТИЗОН В/В В ДОЗЕ 250 – 500 МГ</p> <p>5. КОЛЛОИДНЫЕ РАСТВОРЫ – НА ОСНОВЕ МОДИФИЦИРОВАННОЙ ЖЕЛАТИНЫ, ГИДРОКСИЭТИЛКРАХМАЛА ИЛИ ПОЛИОКСИДОНИЯ (ГЕЛОФУЗИН, ГЕМОХЕС,</p>	<p>А. Правильные ответы 1, 2 и 3</p> <p>Б. Правильные ответы 2, 3 и 4</p> <p>В. Правильные ответы 3, 4 и 5</p> <p>Г. Правильные ответы 3, 5 и 6</p>	средний	5,0

	СТАБИЗОЛ, ПОЛИОКСИФУМАРИН ИЛИ ИХ АНАЛОГИ) 6. СРЕДСТВА МАЛООБЪЕМНОЙ РЕАНИМАЦИИ (7,5% НАТРИЯ ХЛОРИД В КОМБИНАЦИИ С ПРЕПАРАТОМ ГЭК ИЛИ ДЕКСТРАНОМ - ГИПЕРХАЭС, ГЕМОСТАБИЛ ИЛИ АНАЛОГИ			
ПК-6	<i>Укажите все правильные ответы</i> 15. СРОКИ И ВЫРАЖЕННОСТЬ СНИЖЕНИЯ АД У ПАЦИЕНТОВ С РАССЛОЕНИЕМ АОРТЫ РЕКОМЕНДОВАНО:	А. среднее давление должно быть снижено на 20–25% от исходного в течение нескольких часов Б. немедленное снижение среднего АД на 20–25% от исходного В. немедленное снижение САД ниже 140 мм рт. ст. Г. немедленное снижение САД ниже 120 мм рт. ст. и ЧСС ниже 60 уд/мин.	средний	5,0
ПК -5	<i>Выберите правильную комбинацию ответов</i> 16. КЛИНИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С ОТСУТСТВИЕМ ЛЭ: 1.ВОЗРАСТ < 50 ЛЕТ; 2.ВОЗРАСТ > 50 ЛЕТ; 3.ПУЛЬС < 100 УД./МИН; 4.ПУЛЬС > 100 УД./МИН; 5.SAO2 > 94%; 6.ОТСУТСТВИЕ ОДНОСТОРОННЕГО ОТЕКА НОГ; 7.НАЛИЧИЕ КРОВОХАРКАНЬЯ; 8.ОТСУТСТВИЕ КРОВОХАРКАНЬЯ; 9.ОТСУТСТВИЕ НЕДАВНИХ ТРАВМ ИЛИ ОПЕРА- ЦИЙ; 10.ОТСУТСТВИЕ АНАМНЕЗА ВЕНОЗНОЙ ТРОМБОЭМБОЛИИ; 11.ПРИЕМ ГОРМОНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ; 12.ОТСУТСТВИЕ ПРИЕМА ГОРМОНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ	А. Правильные ответы 1, 3 и 5 Б. Правильные ответы 2, 6 и 12 В. Правильные ответы 5, 8 и 11 Г. Правильные ответы 4, 7, 9 и 10	высокий	8,0
ПК -5	<i>Выберите правильную комбинацию ответов</i> 17. ОСНОВНЫМИ КРИТЕРИЯМИ ШОКА	А. Правильные ответы 1, 3 и 5 Б. Правильные ответы 2, 4 и 6	высокий	8,0

	<p>ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>1. БЛЕДНЫЕ ИЛИ ЦИАНОТИЧНЫЕ КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ.</p> <p>2. СИМПТОМ «БЕЛОГО ПЯТНА»</p> <p>3. СИМПТОМ «БЕЛОГО ПЯТНА» БОЛЕЕ 3 СЕКУНД.</p> <p>4. СНИЖЕНИЕ ДАД БОЛЕЕ ЧЕМ НА 40 ММ. РТ. СТ. ДЛЯ СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ ВОЗРАСТНОЙ КАТЕГОРИИ</p> <p>5. УРОВЕНЬ САД МЕНЕЕ 90 ММ. РТ. СТ.</p> <p>6. СНИЖЕНИЕ САД БОЛЕЕ ЧЕМ НА 40 ММ. РТ. СТ. ДЛЯ СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ ВОЗРАСТНОЙ КАТЕГОРИИ</p> <p>7. ИЗМЕНЕНИЕ СОЗНАНИЯ И ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА</p> <p>8. СНИЖЕНИЕ ТЕМПА МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ</p>	<p>В. Правильные ответы 5, 7 и 8</p> <p>Г. Правильные ответы 1, 7 и 8</p>		
ПК -5	<p><i>Выберите правильную комбинацию ответов</i></p> <p>18. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМИ КРИТЕРИЯМИ ШОКА ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>1. БЛЕДНЫЕ ИЛИ ЦИАНОТИЧНЫЕ КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ.</p> <p>2. СИМПТОМ «БЕЛОГО ПЯТНА» БОЛЕЕ 3 СЕКУНД.</p> <p>3. УРОВЕНЬ САД МЕНЕЕ 90 ММ. РТ. СТ.</p> <p>4. СНИЖЕНИЕ САД БОЛЕЕ ЧЕМ НА 40 ММ. РТ. СТ. ДЛЯ СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ ВОЗРАСТНОЙ КАТЕГОРИИ</p> <p>5. ОГЛУШЕНИЕ,</p> <p>6. СОПОР,</p> <p>7. КОМА,</p> <p>8. ПСИХОМОТОРНОЕ ВОЗБУЖДЕНИЕ</p> <p>9. СНИЖЕНИЕ ТЕМПА МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ</p>	<p>А. Правильные ответы 1, 3 и 5</p> <p>Б. Правильные ответы 2, 6 и 9</p> <p>В. Правильные ответы 3, 8 и 9</p> <p>Г. Правильные ответы 5, 8 и 9</p>	высокий	8,0
ПК -5 ПК-6	<p><i>Выберите правильную комбинацию ответов</i></p> <p>19. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ ЯВЛЯЮТСЯ:</p> <p>1. НЕЯСНОСТЬ ДИАГНОЗА</p> <p>2. ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ, НЕ КУПИРУЮЩИЙСЯ НА</p>	<p>А. Правильные ответы 1, 3 и 5</p> <p>Б. Правильные ответы 2, 3 и 6</p> <p>В. Правильные ответы 5, 7 и 8</p> <p>Г. Правильные ответы 4, 7 и 8</p>	высокий	8,0

	<p>ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ; 3. НЕОБХОДИМОСТЬ В СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДАХ ИССЛЕДОВАНИЯ 4. ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ; 5. ЯВЛЕНИЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ 6. ОСЛОЖНЕНИЯ АГ, ТРЕБУЮЩИЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ: ИНСУЛЬТ, ОКС, СУБАРАХНОИДАЛЬНОЕ КРОВОИЗЛИЯНИЕ 7. ОСЛОЖНЕНИЯ АГ, ТРЕБУЮЩИЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ: ОСТРЫЕ НАРУШЕНИЯ ЗРЕНИЯ, ОТЕК ЛЕГКИХ, РАССЛОЕНИЕ АОРТЫ 8. ОСЛОЖНЕНИЯ АГ, ТРЕБУЮЩИЕ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ: ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ, ЭКЛАМПСИЯ</p>			
ПК -5 ПК-6	<p><i>Выберите правильную последовательность в комбинации ответов</i> 20. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ОТЕКЕ ЛЕГКИХ НА ФОНЕ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТОНИИ ДОЛЖНА БЫТЬ СЛЕДУЮЩАЯ: 1. ПРИДАТЬ СИДЯЧЕЕ ПОЛОЖЕНИЕ СО СПУЩЕННЫМИ НОГАМИ 2.ОКСИГЕНОТЕРАПИЯ 100 % КИСЛОРОД 5-6 Л/МИН.ЧЕРЕЗ МАСКУ ИЛИ ДЫХАНИЕ ППД (ПОСТОЯННОЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ) – ЦЕЛЕВОЕ РО2 АРТЕРИАЛЬНОЙ КРОВИ 94-96% 3. ВАЗОДИЛАТАЦИЯ С ПОМОЩЬЮ НИТРОГЛИЦЕРИНА (НАЧАЛЬНАЯ ДОЗА 10-15 МКГ/МИН, СТУПЕНЧАТО УВЕЛИЧИВАЯ ДОЗУ КАЖДЫЕ 5 МИНУТ ДО УЛУЧШЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ НЕ</p>	<p>А. Правильные ответы 1, 2, 3, 4, 5 и 6 Б. Правильные ответы 1, 2, 5, 4, и 3 В. Правильные ответы 2, 6, 1, 4, 3 и 5, 7 Г. Правильные ответы 2, 7, 1, 4, 6, 3 и 5</p>	высокий	8,0

	<p>БОЛЕЕ 200 МКГ/МИН) 4. В/В ВВЕДЕНИЕ ФУРОСЕМИДА 0,5-1 МГ/КГ – 40-80 МГ; ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА ЧЕРЕЗ 30 МИНУТ – ВВЕСТИ ФУРОСЕМИД ПОВТОРНО, НО НЕ БОЛЕЕ СУММАРНОЙ ДОЗЫ 1 МГ/КГ; 5. МОРФИН В/В 2-4 МГ ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ФИЗИЧЕСКОГО И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТРЕССА И УЛУЧ- ШЕНИЯ ПАРАМЕТРОВ ГЕМОДИНАМИКИ; 6. НАЧАТЬ В/В ВВЕДЕНИЕ ДОПАМИНА 5-20 МКГ/КГ/МИН. С КОРРЕКЦИЕЙ ПО АД И ДОЗЕ УЖЕ ВВОДИМОГО ПРЕПАРАТА ДЛЯ ИНОТРОПНОЙ ПОДДЕРЖКИ 7. В/В ВВЕДЕНИЕ ЖИДКОСТИ, ЕСЛИ СИМПТОМЫ СВЯЗАНЫ С НЕАДЕКВАТНЫМ ДАВЛЕНИЕМ ЗАПОЛНЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ СЕРДЦА; В НЕЯС- НЫХ СЛУЧАЯХ ВОЗМОЖНО ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ ПРОБНОЕ ВВЕДЕНИЕ НЕКОТОРОГО КОЛИЧЕСТВА ЖИДКОСТИ</p>			
--	---	--	--	--