

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Таскаев Сергей Валерьевич
Должность: Ректор
Дата подписания: 16.09.2025 14:43:29
Уникальный программный ключ:
04c19ed8bfb98f3b6cb77a486b98878808522523



МИНОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИИ			
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)			
Факультет/ Фундаментальной медицины			
Кафедра общей и клинической патологии			
Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь» по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика; 30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»			
Версия документа - 1	стр. 1 из 119	Первый экземпляр _____	КОПИЯ № _____

**Фонд оценочных средств
для промежуточной аттестации
по дисциплине (модулю)**

Неотложная и скорая медицинская помощь

- Направление подготовки (специальность)
- 30.05.01 Медицинская биохимия**
 - 30.05.02 Медицинская биофизика**
 - 30.05.03 Медицинская кибернетика**

Присваиваемая квалификация
Врач-биохимик; Врач-биофизик; Врач-кибернетик

Форма обучения
очная

Челябинск 2025г.



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

1. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Специальность: 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика; 30.05.03 Медицинская кибернетика.

Направленность (профиль): Медицинская биохимия; Медицинская биофизика; Медицинская кибернетика.

Дисциплина: Неотложная и скорая медицинская помощь. Семестр (семестры) изучения: 11.

Форма (формы) промежуточной аттестации: экзамен.

2. ПЕРЕЧЕНЬ ФОРМИРУЕМЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ

2.1. Компетенции, закреплённые за дисциплиной

Изучение дисциплины «Неотложная и скорая медицинская помощь» направлено на формирование следующих компетенций:

Коды компетенции согласно ФГОС (ОПОП ВО)	Содержание компетенций согласно ФГОС (ОПОП ВО)	Индикаторы достижения компетенции согласно ОПОП	Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине
1	2	3	4
ОПК-2	Способен выявлять и оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека, моделировать патологические состояния in vivo и in vitro при проведении биомедицинских исследований.	ОПК-2.1. Способен определять морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для подбора адекватных методов клинико-лабораторного исследования. ОПК-2.2. Интерпретирует результаты исследований при различных морфофункциональных, физиологических состояниях и патологических процессах в организме человека для распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания.	Для достижения ОПК-2.1 знать: особенности морфофункциональных изменений, физиологические и патологические процессы в норме и при неотложных состояниях в клинике внутренних болезней для подбора адекватных методов клинико-лабораторного исследования. Для достижения ОПК-2.2 знать: особенности морфофункциональных изменений, физиологические и патологические процессы при неотложных состояниях в клинике внутренних болезней, требующих срочного медицинского вмешательства. Для достижения ОПК-2.1 уметь: оценивать морфофункциональные изменения, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека при неотложных состояниях в клинике внутренних болезней. Для достижения ОПК-2.2 уметь: распознавать изменения при различных морфофункциональных, физиологических состояниях и патологических процессах в организме человека при неотложных состояниях в клинике внутренних болезней, требующих срочного медицинского вмешательства. Для достижения ОПК-2.1 владеть: навыками интерпретации морфофункциональных изменений при различных физиологических состояниях и патологических процессах в организме человека при неотложных состояниях для подбора адекватных методов клинико-лабораторного исследования. Для достижения ОПК-2.2 владеть: навыками



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

			интерпретации результатов исследований при различных морфофункциональных, физиологических состояниях и патологических процессах в организме человека для распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия неотложного состояния в клинике внутренних болезней, требующего срочного медицинского вмешательства.
ОПК-3	Способен использовать специализированно-диагностическое и лечебное оборудование, при менять медицинские изделия, лекарственные средства, клеточные продукты и генноинженерные технологии, предусмотренные порядками оказания медицинской помощи.	ОПК-3.1. Демонстрирует знания и умения использовать в клинико-лабораторной и экспериментальной работе специализированное диагностическое и лечебное оборудование. ОПК-3.2. Владеет алгоритмом применения специализированного оборудования, медицинских изделий, биомедицинских технологий при решении профессиональных задач.	Для достижения ОПК-3.1 знать: основные принципы и механизмы использования специализированного диагностического и лечебного оборудования для оказания медицинской помощи при неотложных состояниях в клинике внутренних болезней. Для достижения ОПК-3.2 знать: сущность и принципы основных современных методов диагностики и лечения неотложных состояний в клинике внутренних болезней. Для достижения ОПК-3.1 уметь: разрабатывать план организационно-методических мероприятий с использованием специализированного диагностического и лечебного оборудования для оказания медицинской помощи при неотложных состояниях в клинике внутренних болезней. Для достижения ОПК-3.2 уметь: выбирать и использовать специализированное оборудование и медицинские изделия при диагностике и лечении неотложных состояний в клинике внутренних болезней. Для достижения ОПК-3.1 владеть: навыками составления алгоритма применения специализированного диагностического и лечебного оборудования для оказания медицинской помощи при неотложных состояниях в клинике внутренних болезней. Для достижения ОПК-3.2 владеть: навыками применения специализированного оборудования, медицинских изделий, биомедицинских технологий при проведении и оценке результатов стандартных и специальных методов исследования и лечения неотложных состояний в клинике внутренних болезней.
ОПК-9	Способен соблюдать принципы врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами (их родственниками / законными представителями-	ОПК-9.1. Знает основные правила и принципы врачебной этики; модели взаимоотношений «врач-пациент», права и моральные обязательства медицинских работников и права пациентов; основные этические документы	Для достижения ОПК-9.1 знать: основные правила и принципы врачебной этики; модели взаимоотношений «врач-пациент» при оказании неотложной помощи при urgentных состояниях, права и моральные обязательства медицинских работников и права пациентов; основные этические документы международных и отечественных профессиональных медицинских ассоциаций, и организаций.



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

	ми), коллегами.	Международных и отечественных профессиональных медицинских ассоциаций, и организаций. ОПК-9.3. Использует принципы врачебной этики и деонтологии в профессиональной деятельности.	Для достижения ОПК-9.3 знать: основные принципы врачебной этики и деонтологии. Для достижения ОПК-9.1 уметь: анализировать содержание основных правил и принципов врачебной этики при оказании неотложной помощи при urgentных состояниях, этических документов международных и отечественных профессиональных медицинских ассоциаций, и организаций. Для достижения ОПК-9.3 уметь: применять правовые и этические нормы поведения, проявлять такт и деликатность в общении с коллегами и пациентами. Для достижения ОПК-9.1 владеть: навыками реализации основных правил и принципов врачебной этики при оказании неотложной помощи при urgentных состояниях, прав и моральных обязательств медицинских работников и прав пациентов, этических документов международных и отечественных профессиональных медицинских ассоциаций, и организаций. Для достижения ОПК-9.3 владеть: навыками защиты прав потребителя и бесконфликтного разрешения ситуаций.
--	-----------------	--	--



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

3. СОДЕРЖАНИЕ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

3.1 Виды оценочных средств

№ п/п	Код компетенции/ планируемые результаты обучения	Контролируемые темы/ разделы	Наименование оценочного средства для текущего контроля	Наименование оценочного средства на промежуточной аттестации/№ задания
	ОПК 2: Способен выявлять и оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека, моделировать патологические состояния in vivo и in vitro при проведении биомедицинских исследований.	Тема 1. Неотложные состояния при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Первичная сердечно-лёгочная реанимация. Тема 2. Неотложные состояния при заболеваниях внутренних органов. Тема 3. Неотложные состояния при заболеваниях нервной системы, в психиатрии и наркологии. Тема 4. Неотложные состояния в офтальмологии, в оториноларингологии, в стоматологии. Тема 5. Неотложные состояния при инфекционных болезнях. Тема 6. Острые аллергические заболевания. Тема 7. Травматология. Тема 8. Отравления. Тема 9. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии.	Вопросы для устного опроса, ситуационные задачи.	Ситуационные задачи для экзамена.
2	ОПК 3: Способен использовать специализированное диагностическое и лечебное оборудование, применять медицинские изделия, лекарственные средства, клеточные продукты и генно-инженерные технологии, предусмотренные порядками оказания медицинской помощи.	Тема 1. Неотложные состояния при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Первичная сердечно-лёгочная реанимация. Тема 2. Неотложные состояния при заболеваниях внутренних органов. Тема 3. Неотложные состояния при заболеваниях нервной системы, в психиатрии и наркологии. Тема 4. Неотложные состояния в офтальмологии, в оториноларингологии, в стоматологии. Тема 5. Неотложные состояния при инфекционных болезнях. Тема 6. Острые аллергические заболевания. Тема 7. Травматология. Тема 8. Отравления. Тема 9. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии.	Вопросы для устного опроса, ситуационные задачи	Ситуационные задачи для экзамена.
3	ОПК 9: Способен соблюдать	Тема 1. Неотложные состояния при	Вопросы для	Ситуационные



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

принципы врачебной этики и деонтологии в работе с пациентами (их родственниками / законными представителями), коллегами.	заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Первичная сердечно-лёгочная реанимация. Тема 2. Неотложные состояния при заболеваниях внутренних органов. Тема 3. Неотложные состояния при заболеваниях нервной системы, в психиатрии и наркологии. Тема 4. Неотложные состояния в офтальмологии, в оториноларингологии, в стоматологии. Тема 5. Неотложные состояния при инфекционных болезнях. Тема 6. Острые аллергические заболевания. Тема 7. Травматология. Тема 8. Отравления. Тема 9. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии.	устного опроса, ситуационные задачи	задачи для экзамена.
--	--	-------------------------------------	----------------------

Типовые задания, критерии и показатели оценивания в рамках текущего контроля представлены в рабочей программе дисциплины (модуля). Полные комплекты оценочных средств и контрольно-измерительных материалов хранятся на кафедре.

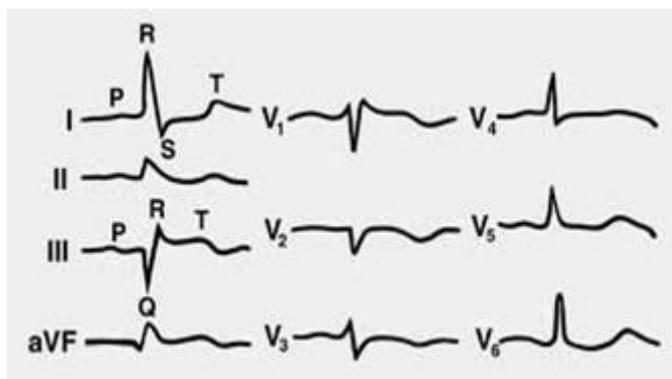
3.2 Содержание оценочных средств

Ситуационные задачи для экзамена:

Задача 1. У роженицы М. 35 лет, в послеродовом периоде появились сильные боли в грудной клетке, резкая одышка смешанного характера, потеряла сознание. Объективно: общее состояние тяжелое, отмечается цианоз лица. ЧДД до 30 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 ритмичный 100 в 1 минуту. АД - 100/60 мм рт. ст. Сердечные тоны приглушены, расщепление второго тона над легочной артерией. Живот мягкий безболезненный. В ОАК: 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%, б/х - 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%.

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

ЭКГ



Вопросы: 1. Установить предварительный диагноз. 2. Составить план дополнительного обследования. 3. Провести дифференциальную диагностику. 4. Определить тактику лечения.

Эталон ответа: 1. Предварительный диагноз: тромбоэмболия легочной артерии. 2. Общий анализ крови, определение активности изоферментов КФК, ЛДГ, определение свертывающей и противосвертывающей системы крови, обзорная рентгенография грудной клетки, эхокардиография. 3. Необходимо провести дифференциальную диагностику с: приступом стенокардии, инфарктом миокарда, расслаивающей аневризмой аорты, плевритом, пневмотораксом. 4. Борьба с шоком, лечение сердечной недостаточности. Купирование болевого синдрома. Фибринолитическая и антикоагуляционная терапия.

Задача 2. Больной К., 53 года. Доставлен в блок интенсивной терапии с острым инфарктом миокарда и отеком легких. АД 60/0 мм. рт. ст. ЭКГ: пароксизмальная тахикардия. Тактика ведения больного.

Ответ: Срочно провести ЭИТ (дефибрилляцию), т.к. у больного шок и медикаментозная антиаритмическая терапия в этих условиях не показана.

Задача 3. В приемное отделение районной больницы бригадой СМП из дома доставлен мужчина, 62 лет, с интенсивными болями в грудной клетке, появившимися с вечера и сопровождавшимися холодным липким потом. Бригада СМП зафиксировала АД 85/70 мм. рт. ст., зарегистрировала ЭКГ. Диагноз: острый ИМ. Больной госпитализирован в отделение реанимации. При поступлении: состояние крайне тяжелое. Больной вял, заторможен. Жалуется на загрудинные боли. Общая бледность, диффузный цианоз, мраморный рисунок кожи. Кожа холодная, липкий пот. Мочевой пузырь пуст. Частота дыхания 22 в минуту, в легких хрипов нет. Тоны сердца едва прослушиваются, ЧСС 100 в мин, АД аускультативно не определяется, по пульсу систолическое 65 мм. рт. ст. Анамнез: указание на многолетнюю артериальную гипертензию. На ЭКГ синусовая тахикардия, гипертрофия левого желудочка; острая фаза распространенного крупноочагового ИМ. Вопросы: 1. Определите вид неотложного состояния по сведениям, указанным в задаче. 2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи пациенту, на всех этапах. 3. Составьте план ухода и наблюдения за пациентом в отделении реанимации и интенсивной терапии.

Эталон ответа. 1. Кардиогенный шок 3 степени. О развитии данного состояния можно судить по следующим данным: ИМ в анамнезе, состояние пациента крайне тяжелое, сознание спутанно, АД резко снижено, кожа бледная, цианотичная, липкий пот, © ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

	МИНОБРНАУКИ РОССИИ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ») Факультет/ Фундаментальной медицины Кафедра общей и клинической патологии		
	Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь» по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика; 30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»		
Версия документа - 1	стр. 3 из 119	Первый экземпляр _____	КОПИЯ № _____

дыхание частое, анурия. 2. Алгоритм оказания неотложной помощи: вызвать врача; осуществить транспортировку в реанимационное отделение, в положении лежа с приподнятым ножным концом; укрыть одеялом, к ногам приложить грелки; дать увлажненный кислород через носовые канюли; кофеин 1 мл 10% р-р подкожно; подключить кардиомонитор для контроля состояния; подготовить: одноразовую систему для внутривенного капельного вливания, шприцы, инфузомат, жгут, аппарат ЭКГ, пульсометр, дефибрилятор, мешок Амбу; приготовить: морфин 1 % -1 мл, допамин 0,5% - 5мл, дофамин 0,5%-40 мл, гепарин 5000 Ед/мл-5 мл, реополиглюкин 400 мл, глюкоза 5% - 400 мл, преднизолон 30 мг; выполнить назначения врача. 3. План ухода и наблюдения за пациентом в ОРИТ: Лечение больных с ИМ осложнённым кардиогенным шоком осуществляют в отделении реанимации и интенсивной терапии. Кардиомониторирование - контроль всех параметров, выведенных на монитор. В отсутствие кардиомонитора: измерять АД каждый час или по специальным указаниям врача; обратить внимание на пульсовое давление для исключения парадоксального и альтернирующего пульса; определять и оценивать пульс на верхушке сердца и лучевой артерии каждый час или по специальным указаниям врача; регистрировать ЭКГ каждые 4 ч, если нет других указаний врача. Оценивать состояние сознания, обращать внимание на появление беспокойства пациента или спутанность сознания. Определять и оценивать каждый час параметры дыхания: частоту, тип, характер одышки, оценивать их в динамике. Измерять температуру тела каждые 4 ч или согласно назначениям врача. Проводить объективный осмотр, обращать внимание на цвет и температуру кожных покровов. Проверять наличие отеков. Контролировать количество поступившей и выделенной жидкости, почасовой и суточный диурез, плотность мочи. Проводить мероприятия гигиенического ухода. Выполнять инфузионную и лекарственную интенсивную терапию согласно назначениям врача. Помогать врачу при проведении специальных процедур. Регистрировать результаты в листе интенсивного наблюдения.

Задача 4. Вызов врача неотложной помощи в школу. Мальчик 14 лет после окончания матча по баскетболу почувствовал неприятные ощущения в области сердца, сердцебиение, резкую слабость, головокружение. В момент осмотра: кожные покровы бледные, влажные, цианоз носогубного треугольника. Мраморность кожных покровов, симптом «белого пятна» 7 секунд. При аускультации легких дыхание везикулярное, равномерное, границы сердца в пределах нормы, тоны акцентированы, шумов нет. ЧД 34 в 1 минуту. Пульс слабого наполнения и напряжения более 200 ударов в 1 минуту. Артериальное давление 65/20 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Машина неотложной помощи прибыла через 20 минут после вызова. По прибытии службы СМП: ЧД 36 в 1 минуту, ЧСС более 200 в 1 минуту, АД 60/20 мм рт. ст. ЭКГ – комплекс QRS узкий, Р не виден, ST ниже изолинии. Вопросы: 1. Диагноз. 2. Неотложная помощь в стационаре.

Эталон ответа: 1. DS. Пароксизмальная предсердная тахикардия. Кардиогенный шок. 2. Врач отделения неотложной помощи может назначить валокордин 20-30 капель per os. Клиническая ситуация, частота сердцебиений более 150/минуту, уровень систолического артериального давления позволяют исключить синусовую тахикардию. Мероприятия неотложной медицинской помощи: в связи с первым эпизодом пароксизма нарушений ритма попытка его рефлексорного купирования путем стимуляции

блуждающего нерва (надавливанием на живот для повышения внутрибрюшного



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

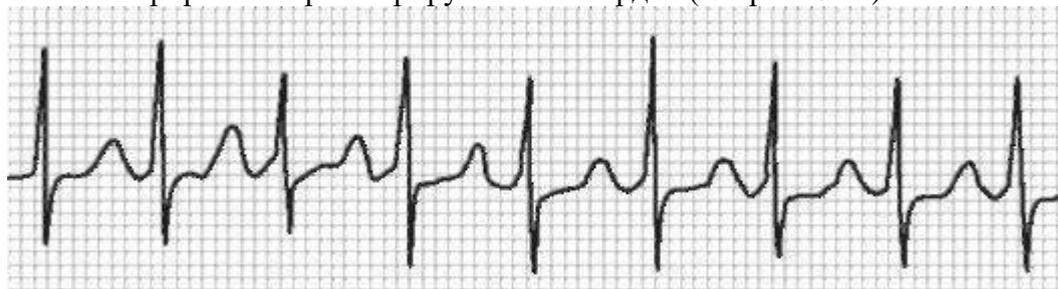
стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

давления, или проведением одностороннего попеременного массажа области каротидного синуса, или надавливанием на глазные яблоки, или вызыванием рвоты). При неэффективности данных мероприятий: Обеспечение доступа к вене После ЭКГ в/в медленно струйно аденозин 0,05 мг/кг (трифосаденин, АТФ) или изоптин 0,25%-2,0 (0,1 мг/кг) Если нарушения ритма не купированы – ЭИТ (синхронизированная кардиоверсия) 50 Дж В\В капельно 0,9% р-р хлорида натрия 10 мл/кг в час Оксигенотерапия 50% О₂. 3. Госпитализация в отделение реанимации и интенсивной терапии. Транспортировка в положении лежа

Задача 5. У больного 58 лет на вторые сутки повторного переднего трансмурального ИМ внезапно ухудшилось состояние. Появилась резкая слабость, кожные покровы влажные, бледные, число дыханий - 26 в минуту, АД 85/55 мм рт. ст. При ЭКГ-мониторировании регистрируется тахикардия (см. рис. 6-12).



У больного диагностирован кардиогенный шок и начато лечение допамином, преднизолоном, внутривенным введением реополиглюкина и гидрокарбонатом натрия. Учитывая данные ЭКГ (суправентрикулярная тахикардия), больному внутривенно капельно вводится раствор кордарона (амиодарона) 1200 мг. В течение часа на фоне проводимого лечения состояние больного существенно не изменилось. Почему лечение оказалось неэффективным?

Эталон ответа: По данным анамнеза, осмотра и объективного исследования, у больного имеются очевидные признаки кардиогенного шока. Следует уточнить причину развития кардиогенного шока у пациента с обширным поражением миокарда левого желудочка. При ЭКГ-мониторировании зарегистрирована суправентрикулярная тахикардия с частотой сердечного ритма 150 в минуту, на фоне которой развился кардиогенный шок. Первым лечебным мероприятием в данном случае является восстановление синусового ритма. Внутривенное введение кордарона* в данном случае нецелесообразно, так как он не восстанавливает синусовый ритм быстро. Необходима незамедлительная нормализация ритма сердца. Наиболее эффективным методом восстановления сердечного ритма является ЭИТ.

Задача 6. Больной 72 лет доставлен в блок кардиореанимации с диагнозом: острый ИМ. При обследовании у пациента сохранялись боли в области грудины, одышка до 30 дыхательных движений в минуту. Над всеми отделами легких выслушивались разнокалиберные влажные хрипы. Тоны сердца глухие, 108 сокращений в минуту, АД 130/85 мм рт. ст. На ЭКГ синусовый ритм, признаки острого переднего трансмурального ИМ. На основании клинико-электрокардиографических данных у больного диагностирован острый ИМ, осложненный отеком легких. Больному начаты лечебные мероприятия: внутривенно струйно раствор морфина 1 % - 1,0, раствор фуросемида - 20 мг, капельно раствор нитроглицерина - 15 мкг/мин, а также ингаляция спирта с

	МИНОБРНАУКИ РОССИИ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ») Факультет/ Фундаментальной медицины Кафедра общей и клинической патологии		
	Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь» по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика; 30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»		
Версия документа - 1	стр. 3 из 119	Первый экземпляр _____	КОПИЯ № _____

кислородом. Через 40 мин больной выделил 400 мл мочи, АД - 130/80 мм рт. ст. Проявления левожелудочковой недостаточности не уменьшились. Почему лечение оказалось неэффективным?

Эталон ответа: В процессе лечения больного с острым ИМ, осложненным отеком легких, использованы рекомендованные схемы лечения и необходимые препараты. Следует уточнить причину недостаточной эффективности лечения. На фоне проводимой терапии у больного практически не снизилось АД, был получен недостаточный диуретический эффект. Для повышения эффективности лечебных мероприятий необходимо увеличить скорость и дозу нитроглицерина до 20-25 мкг в минуту под контролем АД (оптимальное АД - 100/70 мм рт. ст.). Необходимо увеличить дозу фуросемида до 100-200 мг.

Задача 7. Больной П., 40 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами головную боль, выраженную мышечную слабость, периодически возникающие подергивания мышц плечевого пояса. Из анамнеза: впервые данные жалобы начали беспокоить 2 недели назад с появления головных болей, самостоятельно измерял АД, значение которого было равно 180/110 мм. рт. ст. После этого эпизода за медицинской помощью не обращался. позже присоединились мышечная слабость, подергивание мышц плечевого пояса. Сегодня снова повышение АД до 200/100 мм. рт. ст., обратился к участковому терапевту. Объективно: состояние средней степени тяжести. Дыхание в легких везикулярное, ЧДД=18 в мин., хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости в норме. Сердечные тоны приглушены, аритмичные, ЧСС=90 в мин., АД=200/95 мм. рт. ст. ОАК: эритроциты $4 \cdot 10^9$ /л, гемоглобин 135 г/л, гематокрит 47%, тромбоциты 360 тыс./л, лейкоциты $7 \cdot 10^{12}$ /л. Свертывающая система крови: фибриноген 4 мкмоль/л, продолжительность кровотечения по Дьюку 2,5 мин. Б\х анализ крови: глюкоза крови 4,5 ммоль/л, холестерин 10 ммоль/л, АСТ 49 МЕ, АЛТ 28 МЕ, мочевины крови 6,2 ммоль/л, креатинин 120 мкмоль/л, калий 1,5 ммоль/л, натрий 135 ммоль/л. ОАМ: реакция мочи щелочная, белок+, эпителий плоский 9, эритроциты изменённые 1, неизменённые 2, лейкоциты 2, оксалаты+, бактерии и дрожжи ++. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС=95 в мин., желудочковая экстрасистолия. ЭХОКГ: АО=3,9 см, АК=1,8 см, ЛП=4,9 см, ФВ=55 %, КДР=6,4 см, КСР=4,4 см, МЖП=1,4 см, ТЗСЛЖ=1,4 см, СДЛА=60 мм. рт. ст, ПЗР=2,9 см. Уплотнение аорты, створок аортального клапана, кальциноз створок и фиброзного кольца. Кальциноз фиброзного кольца митрального клапана. Митральная регургитация I ст. Циркулярная гипертрофия стенок левого желудочка. Дилатация левых и правых отделов сердца. Снижение глобальной сократимости миокарда ЛЖ. Трикуспидальная регургитация II ст. Легочная гипертензия, СДЛА=60 мм. рт. ст. Рентгенограмма ОГК: сердце и легкие без патологии. КТ надпочечников: визуализируется увеличенный в размерах правый надпочечник (5×8 см). Вопросы: 1. Поставьте диагноз. 2. Назовите препарат для снижения АД, необходимый в данном случае. 3. Определите дальнейшую тактику ведения пациента в стационаре.

Эталон ответа: 1. При поступлении предварительный диагноз: Гипертонический криз, осложнившийся отёком лёгких. 2. На первоначальном этапе: Sol.Morphini hydrochloride 1%-1ml., Sol. Pentamini 5%-1ml., Sol. Isoceti 0,1%-10 ml. на физиологическом растворе в\в, Sol. Lasixi 15-2ml. в\в струйно, Кислород ингаляционно, Sol. Spirituos aethilici 33%-10 ml. в\в, готовый аэрозоль Aer. Antifomsilan 15,0 сделать 1-2 вдоха. 3. В стационаре: Tabl. «Arifon retard» 1,5 mg. Либо Tabl. Hipotiasidi 50 mg., Tabl.



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

Simvastatini 10 mg., Tabl. 'Betaloc-ZOC' 50 mg. При уточнении полного диагноза, изменить терапию. При выписке, в зависимости от окончательного диагноза, подобрать постоянную терапию пациенту, дать рекомендации по надлежащему образу жизни.

Задача 8. На станции метро, молодой человек 20-ти лет внезапно почувствовал себя плохо, схватился за голову и упал. Приехавший врач скорой помощи обнаружил пациента без сознания и определил положительные менингеальные симптомы. Девушка молодого человека сказала, что раньше он был абсолютно здоров и никогда ни на что не жаловался. Задания: 1) Поставьте предположительный клинический диагноз. 2) Нужна ли госпитализация? 3) Какие обследования необходимо провести в стационаре? 4) Какую тактику лечения можно рекомендовать? 5) Возможные исходы заболевания?

Эталон ответа: 1) Субарахноидальное кровоизлияние (вероятно аневризматическое). 2) Срочная госпитализация, поддержание витальных функций во время транспортировки. 3) ЛП, КТ или МРТ, МРТ ангиография или контрастная ангиография, ТК УЗДГ. 4) Тактика лечения: А) хирургическое лечение (при выявлении аневризмы). Б) купирование отека мозга (маннитол 20%, глицерол 10%, возвышенное положение головы, оксигенация) В) предупреждение ангиоспазма (блокаторы Са каналов – нимодипин) Г) базисная недифференцированная терапия инсульта 5) смертность достигает 40%, в случае выздоровления у большинства пациентов стойкая инвалидизация не наступает.

Задача 9. Больная 39 лет, в детском возрасте отмечались частые ангины, однократно отмечался симметричный полиартрит крупных суставов ног, длившийся около 3 недель. Последний год эпизодически отмечала «замирание сердца». Внезапно появились ощущение неровного биения сердца, слабость, одышка. При осмотре: цианотичный румянец, в нижних отделах лёгких – выслушиваются единичные незвучные влажные хрипы, ЧДД – 21 в минуту, перкуторные границы сердца в норме, I тон на верхушке эпизодически громкий, хлопающий, тоны сердца аритмичны с ЧСС-155 в минуту, пульс – 97 в минуту, АД – 110/80 мм рт. ст. По ЭКГ: зубцы Р не регистрируются, вместо них выявляются частые разнокалиберные мелкие волны, интервалы R-R не постоянны. Вопросы: 1) Сформулировать диагноз; 2) Оказать неотложную помощь. 3) Чем угрожает данное состояние? 4) Как профилактировать повторные нарушения ритма? 5) Показана ли антикоагулянтная терапия для профилактики тромбоэмболий?

Эталон ответа: 1. Хроническая ревматическая болезнь сердца. Митральный стеноз. Пароксизм фибрилляции предсердий, тахисистолическая форма. Сердечная астма. 2. Внутривенно струйно медленно под контролем артериального давления ввести Sol. Cordaroni 5% 15 мг/кг на физ. растворе. 3. Отёком лёгких. 4. Продолжить приём кордарона внутрь, протезирование митрального клапана, ингибиторы АПФ (или антагонисты рецепторов ангиотензина II). 5. Да, у больной имеется митральный стеноз, сердечная недостаточность.

Задача 10. Пациент Н., 43 года, внезапно потерял сознание. АД и пульс не определяются. Из анамнеза известно: 3 дня назад впервые в жизни нарушение ритма сердца – пароксизм фибрилляции предсердий, в связи с чем был доставлен в стационар. При поступлении по ЭКГ ритм фибрилляции предсердий с ЧСС 140 в мин. Для восстановления ритма пациенту был назначен кордарон (амиодарон) в насыщающей дозировке 1,2 г/сут (6 таблеток) в первый день, затем по 3 таблетки в сутки. По ЭКГ,

	МИНОБРНАУКИ РОССИИ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ») Факультет/ Фундаментальной медицины Кафедра общей и клинической патологии		
	Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь» по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика; 30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»		
Версия документа - 1	стр. 3 из 119	Первый экземпляр _____	КОПИЯ № _____

записанной сегодня: ритм – фибрилляция предсердий, ЧСС \approx 75-80 в мин. Вопросы: 1) Какое состояние развилось у пациента? 2) Вероятная причина развившегося состояния? 3) Оцените назначенную антиаритмическую терапию? 4) Дальнейший алгоритм действий врача? 5) Какой объем обследований необходимо провести в плановом порядке?

Эталон ответа: 1. Внезапная сердечная смерть. 2. Вероятнее всего - фибрилляция желудочков. 3. Пациенту было показано восстановление ритма. При лечении амиодароном в насыщающей дозировке необходим ежедневный контроль интервала QT. 4. Проходимость верхних дыхательных путей, непрямой массаж сердца и искусственное дыхание, ЭКГ для определения варианта остановки сердца – фибрилляция желудочков или асистолия, ФЖ -электроимпульсная терапия, лидокаин. 5. ЭКГ по Холтеру, Эфи, ЭХОКС.

Задача 11. Мужчина 58 лет с ревматическим митральным пороком сердца внезапно утратил сознание, возник генерализованный судорожный припадок. Был госпитализирован. При осмотре на отделении: несколько заторможен, вял, не помнит, что с ним случилось, речь правильная, но замедленная, левосторонний центральный гемипарез, левосторонняя гемигипестезия. Менингеальных симптомов нет. Задание: 1) Поставьте предположительный клинический диагноз? 2) Какие обследования необходимо провести? 3) Какую тактику лечения можно рекомендовать?

Эталон ответа: 1) Ишемический инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии (предположительно тромбоэмболический). 2) КТ или МРТ головного мозга, дуплексное сканирование церебральных сосудов или МРТ ангиография, ЭКГ, ЭХО кардиография, клинический анализ крови, биохимический анализ крови (исследование свертывающей системы крови, глюкозы, липидный спектр 3) а) базисная недифференцированная терапия инсульта При подтверждении ишемического характера инсульта: б) антикоагулянтная терапия (фраксипарин, далее переход на варфарин). в) дезагрегантная терапия (аспирин, плавикс, дипиридамол).

Задача 12. Больная 67 лет, страдает стенокардией напряжения, II ф.кл, 3 года назад перенесла инфаркт миокарда. Во время разговора по телефону начал «заплетаться» язык, выронила трубку из правой руки. При осмотре врача специализированной неврологической бригады скорой помощи: АД -140/80 мм Hg, фибрилляция предсердий 120 ударов в минуту. Неврологически: сглажена правая носогубная складка, язык девирует вправо, парез правой руки до 3х баллов, глубокие рефлексы D>S, симптом Бабинского справа. Задание: 1) Поставьте предположительный клинический диагноз? 2) Нужна ли госпитализация? 3) Какие обследования необходимо провести в стационаре? 4) Какую тактику лечения можно рекомендовать?

Эталон ответа: 1) Ишемический инсульт (предположительно кардиоэмболический) в бассейне левой средней мозговой артерии. 2) Госпитализация обязательна. 3. КТ или МРТ головного мозга, дуплексное сканирование церебральных сосудов или МРТ ангиография, ЭКГ, ЭХО кардиография, клинический анализ крови, биохимический анализ крови (исследование свертывающей системы крови, глюкозы, липидный спектр) 4) а) базисная недифференцированная терапия инсульта При подтверждении ишемического характера инсульта методы выбора: б) антикоагулянтная терапия (фраксипарин, далее переход на варфарин). в) тромболизис (при отсутствии противопоказаний) г) дезагрегантная терапия (аспирин, плавикс, дипиридамол) В случае

	МИНОБРНАУКИ РОССИИ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ») Факультет/ Фундаментальной медицины Кафедра общей и клинической патологии		
	Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь» по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика; 30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»		
Версия документа - 1	стр. 3 из 119	Первый экземпляр _____	КОПИЯ № _____

выявления гемодинамически значимых стенозов: д) хирургическое лечение (стентирование, эндартерэктомия).

Задача 13. Пациент, служащий офиса, 24 лет, при поступлении в стационар предъявлял жалобы на изжогу, боль в эпигастральной области через 2 часа после приёма пищи и в ночное время. Больной госпитализирован в терапевтическое отделение городской многопрофильной больницы для лечения активной фазы язвенной болезни. Через 2 дня от начала госпитализации после нарушения диеты отметил усиление боли в эпигастральной области, кровавую рвоту. Из анамнеза известно, что во время службы в Армии выявлена язвенная болезнь луковицы 12-перстной кишки. Объективно: общее состояние удовлетворительное, пониженного питания, кожные покровы и видимые слизистые бледно-розового цвета, язык влажный, обложен коричневым налетом у корня. В легких везикулярное дыхание, ЧДД-22 в минуту. Тоны сердца – ритм правильный, ЧСС 96 в минуту, пульс 96 в минуту, ритмичный. АД 110/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, при пальпации болезнен в эпигастрии и справа. Перистальтика выслушивается. Печень - размеры по Курлову 9-8-7 см. Периферических отеков нет. Вопросы: 1. Назовите неотложное состояние и его диагностические критерии. 2. Причины и механизм развития данного неотложного состояния. 3. Ваш диагноз. 4. Ваша тактика и необходимые лечебные мероприятия.

Эталон ответа: 1. Дуоденальное кровотечение. 2. Язвенная болезнь с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки. Механизм развития желудочно-кишечного кровотечения. Этиологический фактор (язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки) → эрозия слизистой оболочки → эрозия подслизистого слоя → аррозия сосуда → кровотечение. 3. Предварительный диагноз: Язвенная болезнь с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки активная фаза, осложненная кровотечением. 4. Тактика.-Вызов хирурга для решения вопроса о дальнейшей тактике лечения больного и врача-эндоскописта для проведения диагностической и лечебной (при необходимости) ЭФГДС. Лабораторные исследования – ОАК с тромбоцитами, гематокритом, группа крови, резус-фактор, Мониторинг ЧСС, АД, ЦВД, диуреза. -Для оценки степени тяжести кровопотери рассчитывают шоковый индекс – отношение частоты пульса в минуту к величине САД (в норме он равен 0,5, при значении 1,0 существует дефицит ОЦК 20-30%, 1,5 соответствует потере 50% ОЦК). - Пункция и катетеризация центральной вены или периферической вены для измерения ЦВД и осуществления заместительной инфузионной терапии, ликвидации дефицита ОЦК. -Катетеризация мочевого пузыря для контроля за почасовым диурезом. -Промывание желудка через толстый зонд (до получения чистых промывных вод) с последующей лечебно-диагностической ФГДС. Принципы лечения. Гемостатическая терапия – местное воздействие холодом, эпсилонаминокапроновая кислота 5% - 150 мл в/в капельно или транексамовая кислота 10-15 мг на 1 кг массы тела, октреотид, этамзилат 12,5% - 2-4 мл в/м или в/в 2 раза в сутки или дицинон, переливание свежзамороженной плазмы (250 мл) с целью восполнения факторов свертывания.-Введение кристаллоидных растворов из группы декстранов и оксиэтилированного крахмала – рондеферрин, рондекс, неорондекс, полифер, плазмастерил, рефорант, стабизол, волекам и объемзамещающих растворов (при снижении АД). Снижение желудочной секреции – ингибиторы протонной помпы: лосек 40 мг в/в капельно на физиологическом р-ре или блокаторы H₂ – гистаминовых рецепторов: квамател 40 мг/сутки в/в капельно на физиологическом р-ре или в/в струйно.

	МИНОБРНАУКИ РОССИИ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ») Факультет/ Фундаментальной медицины Кафедра общей и клинической патологии		
	Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь» по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика; 30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»		
Версия документа - 1	стр. 3 из 119	Первый экземпляр _____	КОПИЯ № _____

При выявлении на ЭФГДС продолжающегося кровотечения провести инструментальный гемостаз: -термически (термокоагуляция, мультиполярная электрокоагуляция, лазерокоагуляция); инъекционно (склеротерапия и введение сосудосуживающих средств-раствор адреналина, полидоканола и др.); пломбирующим материалом (фибрин, медицинский клей); механически (лигирование кровоточащего сосуда). При отсутствии эффекта – оперативное лечение.

Задача 14. Больная, 46 лет, вызвала врача-терапевта на дом в связи с появлением утром приступа острых болей в правом подреберье и эпигастрии. Накануне вечером ела жареный картофель со свининой. Боли иррадиируют в правое плечо, правую лопатку, сопровождаются тошнотой. Однократно была рвота желудочным содержимым с примесью желчи, без улучшения состояния больной. Длительность болевого синдрома 6 часов. Самостоятельно приняла 1 таблетку но-шпы со слабым эффектом. Из анамнеза известно, что колющие боли в правом подреберье при погрешностях в диете беспокоят в течение последних 5 лет, за помощью не обращалась. При объективном исследовании: общее состояние средней тяжести. Пациентка беспокойна, стонет от боли. Температура тела 37,5 С. Кожные покровы бледные, легкая субиктеричность склер. Избыточно развита подкожножировая клетчатка, преимущественно на животе. Индекс массы тела – 31 кг/м². Со стороны органов дыхания патологии нет. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 110. АД 140/80. Язык обложен белым налетом. Живот при пальпации напряжен в эпигастрии и правом подреберье, там же определяется болезненность. Симптомы Мерфи, Кера, Мюсси-Георгиевского, Ортнера-Грекова положительные. Печень и селезенка – перкуторные размеры не изменены, не пальпируются. Стул и моча обычного цвета. Вопросы: 1. Назовите неотложное состояние. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз заболевания. 2. Наиболее вероятный патогенез развития данного состояния. 3. Круг заболеваний для дифференциального диагноза. 4. Тактика врача, маршрутизация пациентки. 5. Принципы врачебной помощи, какой препарат противопоказан для купирования боли.

Эталон ответа: 1. ЖКБ. Желчная колика. Ожирение 1 степени, абдоминальный тип. 2. С учетом метаболических нарушений, наиболее вероятна дислипидемия, формирование литогенной желчи с образованием холестериновых камней в желчном пузыре, развитием холецистита и холангита. Боль преимущественно обусловлена раздражением висцеральных болевых рецепторов вследствие спастических сокращений желчевыводящих путей при продвижении камней. 3. Острый и хронический холецистит, ДЖВП, панкреатит, гепатит. 4. Вызов бригады СМП, госпитализация в хирургический стационар, с учетом длительности болевого приступа. 5. Немедикаментозные мероприятия: снять стесняющую одежду, уложить на правый бок, ограничить резкие движения, отказ от приема пищи и жидкости. Медикаментозное лечение - применение спазмолитических препаратов и М-холинолитиков (платифиллин 0,2% по 2 мл в/м; атропина сульфат 0,1% по 1 мл в/м; дротаверин 2% по 2–4 мл в/м, в/в капельно; папаверин 2% по 2 мл в/м, в/в на физ. растворе). При выраженном болевом синдроме - сочетание спазмолитиков с анальгетиками (баралгин 5 мл в/м, в/в; кеторолак по 1 мл в/м, при отсутствии эффекта - трамадол, промедол) и противорвотными препаратами (метоклопрамид). Морфин противопоказан, т.к. вызывает спазм сфинктера Одди.

Задача 15. Пациентка 36 лет, доставлена в клинику бригадой СМП со спутанным
 © ФГБОУ ВО «ЧелГУ»



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

сознанием. Продуктивный контакт невозможен. Со слов родственников, в течение последних 12 часов отмечала выраженное беспокойство, головную боль, лихорадку до 38 С, сердцебиение, тошноту, многократную рвоту. Использовала НПВС – без эффекта. Появление бреда и нарушение сознания заставило родственников вызвать скорую помощь. Из анамнеза известно, что в течение последних 4-х месяцев пациентка получала лечение по поводу диффузного токсического зоба. Самостоятельно прекратила прием мерказолила в течение месяца, так как «забыла» взять с собой препарат в отпуск. Объективно: состояние тяжелое. Продуктивный контакт затруднен из-за спутанности сознания. Пациентка истощена. Кожные покровы влажные. Температура 39,4 С. Тремор конечностей. ЧДД 28 в минуту. ЧСС 140 в минуту, тоны аритмичны. Систолический шум во всех точках выслушивания. АД 90/60. Размеры печени по Курлову: 13x11x10 см, поверхность плотная. Экзофтальм. Щитовидная железа диффузно увеличена до III степени, эластичная. Вопросы: 1. Укажите неотложное состояние и причину его развития. 2. Укажите причину артериальной гипотензии. 3. Сформулируйте диагноз заболевания. 4. Тактика и неотложная помощь.

Эталон ответа: 1. Тиреотоксический криз, необоснованный перерыв в тиреостатической терапии, выход в кровь большого количества тиреоидных гормонов. 2. Присоединение вторичной острой надпочечниковой недостаточности на фоне усиления метаболизма кортизола. 3. Диффузный токсический зоб, тяжелое течение. Тиреотоксический криз на фоне самостоятельной отмены препаратов. Аутоиммунная офтальмопатия. 4. Госпитализация в ОРИТ. Лечебная тактика: 1) мерказолил-60-80 мг перорально или через назогастральный зонд, растворив в 100-150 мл 5 % раствора глюкозы, или ректально; 2) диазепам 0,5 % раствор-2-3 мл в / м; 3) С учетом артериальной в связи с гипофункцией надпочечников и для снижения периферических эффектов тиреоидных гормонов, начиная с часа вывода из кризиса: гидрокортизона гемисукцинат-50-100 мг каждые 6-8 часов или преднизолон 30-60 мг в / в каждые 6-8 часов или дексаметазона натрия по 2 мг каждые 6-8 часов в / в; 4) для уменьшения эффектов катехоламинов-анаприлин-80 мг перорально (при нормализации АД) • метамизол натрия (анальгин) 50 % раствор-2-4 мл в / м (при гипертермии) • кислородотерапия • для подавления секреции тиреоидных гормонов через 1-2 часа после дачи тиреостатиков вводится раствор Люголя 1%-30-50 капель per os (при рвоте-в клизме); • контрикал-10 000 ЕД в 50 мл 0,9 % раствора натрия хлорида в / в; • аскорбиновая кислота 5 % раствор-50 мл в / в; • регидратационная терапия: 5 % раствор глюкозы, 0,9 % раствор натрия хлорида, раствор Рингера, плазмозаменители.

Задача 16. Пациентка 32 лет, страдает Аддисоновой болезнью в течение 10 лет. Постоянно принимает 5 мг метипреда, добавляет к пище по 10 г соли. Три дня назад заболела гриппом с фебрильной температурой, самостоятельно лечилась парацетамолом и тамифлю по 75 мг x 2 раза. Температура снизилась до субфебрилитета, но состояние значительно ухудшилось: появилась резкая общая слабость, боль в животе, тошнота, рвота 5 – 6 раз за последние несколько часов, не приносящая облегчение. Доставлена в стационар, по дороге пациентка стала «загружена», перестала отвечать на вопросы. Объективно: сопор, продуктивный контакт невозможен. Гиперпигментация кожи с усилением на шее, в околососковых ареалах, межфаланговых суставов кистей рук, локтях, коленях. Кожные покровы сухие, холодные на ощупь. Дыхание поверхностное, ЧДД 30 в минуту. Пульс 54 в минуту, слабого наполнения. АД 60/20 мм рт ст. Тоны © ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

	МИНОБРНАУКИ РОССИИ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ») Факультет/ Фундаментальной медицины Кафедра общей и клинической патологии		
	Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь» по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика; 30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»		
Версия документа - 1	стр. 3 из 119	Первый экземпляр _____	КОПИЯ № _____

сердца резко ослаблены. Живот безболезненный, не вздут, участвует в акте дыхания. Вопросы: 1. Укажите неотложное состояние и причину его развития. 2. Сформулируйте диагноз заболевания. 3. Какие исследования необходимо сделать в первую очередь? 4. Лечебная тактика.

Эталон ответа: 1. Острая надпочечниковая недостаточность. Инфекционный фактор – острая вирусная инфекция. 2. Первичная Аддисонова болезнь. Острая надпочечниковая недостаточность. Грипп, тяжелое течение. 3. Уровень электролитов, глюкозы, креатинина, ЦВД. определение суточной экскреции кортизола с мочой. 4. Лечебная тактика: Массивная терапия кортикостероидами: гидрокортизона сукцинат внутривенно струйно 100 – 150 мг, далее внутривенная инфузия по 50 – 100 мг каждые 4 - 6 часов. При стабилизации АД – переход на внутримышечное введение по 75 – 100 мг каждые 4 – 6 часов. Или преднизолон 200 – 300 мг в сутки парентерально в сочетании с 5 мл 5% аскорбиновой кислоты. При снижении АД на фоне введения ГКС – масляный раствор ДОКСА в дозе 5 мг (1 мл) внутримышечно 1 – 2 раза в сутки. Борьба с обезвоживанием: 5% раствор глюкозы, натрия хлорид, плазмозаменители под контролем АД, диуреза, ЦВД до 2,5 – 3,5 л в сутки. Этиотропная терапия - продолжить противовирусную терапию тамифлю по 150 мг в сутки до 7 дней. При признаках присоединения бактериальной инфекции – антибиотики. При возбуждении – барбитураты, седативные.

Задача 17. Мальчик М., 14 лет, наблюдается по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки в течение 2-х лет. После стрессовой ситуации состояние ребёнка внезапно ухудшилось, появились слабость, вялость, головокружение, рвота «кофейной гущей», мелена. При осмотре – кожа бледная, мышечный тонус снижен, пульс нитевидный. ЧСС – 145 в минуту. АД – 60/30 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный. Вопросы: 1. Какое осложнение развилось у ребенка. 2. План лечения. 3. Прогноз.

Эталон ответа: 1. Кишечное кровотечение. 2. Холод, гемостатическая терапия, консультация хирурга. 3. При своевременном лечении благоприятный.

Задача 18. В течение 7 месяцев больной 14 лет жалуется на сильные боли в верхней половине живота опоясывающего характера, появляющиеся после физической нагрузки. Беспокоит рвота съеденной пищей, которая не приносит облегчения, вздутие живота, неоформленный, обильный, «жирный» стул. Состояние удовлетворительное. Положение вынужденное - лежит на боку с подтянутыми к животу ногами. Язык обложен белым налетом. Живот вздут, резкая болезненность в эпигастральной области, болезненна пальпация по Гротту головки и тела поджелудочной железы. Амилаза крови - 64 г/лхч. Копрограмма - кал неоформленный, блестит, при микроскопии обнаруживается нейтральный жир +++, мышечные волокна без исчерченности +++, внеклеточный крахмал +++. Вопросы: 1. Предварительный диагноз. 2. Методы дообследования. 3. Тактика ведения.

Эталон ответа: 1. Хронический панкреатит, обострение. 2. УЗИ ГБС. 3. Противовоспалительные препараты, спазмолитики, препараты протонной помпы.

Задача 19. Больной 7 лет поступил в клинику на 3й день болезни с жалобами на головную боль, отечность лица, голеней, появление мочи в виде «мясных помоев». Заболевание началось через 2 недели после перенесенной ангины. Состояние средней тяжести. Отечность лица, пастозность голеней и стоп. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная, АД – 130/85 мм рт.ст. Симптом поколачивания отрицательный с

	МИНОБРНАУКИ РОССИИ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ») Факультет/ Фундаментальной медицины Кафедра общей и клинической патологии		
	Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь» по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика; 30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»		
Версия документа - 1	стр. 3 из 119	Первый экземпляр _____	КОПИЯ № _____

обеих сторон. Суточный диурез 300мл, моча красного цвета. ОАК: Нв 125 г\л, ЭР – $4,0 \times 10^{12}$ /л, лейкоц – $12,3 \times 10^9$ /л, п – 6%, с – 59%, эоз – 5%, л – 24%, м – 6%, СОЭ 20 мм\ч. В ОАМ эр измененные, покрывают поле зрения, лейкоц – 2-3 в поле зрения, цилиндры зернистые 3-4 в поле зрения, белок – 0.99 г\л. Общий белок – 65 г\л, креатинин – 0.27 ммоль\л, холестерин – 6.0 ммоль\л. Беталипопротеиды – 85 ЕД\л. Вопросы: 1. Сформулируйте клинический диагноз. 2. Объясните происхождение отеков. 3. Какое исследование позволит уточнить этиологию заболевания.

Эталон ответа: 1. Острый гломерулонефрит с нефротическим синдромом период развернутых клинических проявлений с нарушением азотвыделительной функции почек. 2. Гематурия, увеличение проницаемости стенок капилляров (per diapedesin). 3. Подтвердить этиологию: выявления АТ к стрептококку в сыворотке крови.

Задача 20. Молодой человек 24 лет, доставлен через сутки после начала заболевания с жалобами на общую слабость, рвоту цвета кофейной гущи. Больным себя считает с армии, когда стал отмечать периодически возникающие весной и осенью «голодные» боли в эпигастрии. Лечился самостоятельно. Ухудшение последние две недели, когда появились боли в эпигастрии, которые уменьшились после приема альмагеля. Два дня назад заметил дегтеобразный стул. Объективно общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые бледно-розового цвета, пульс 96 в минуту, ритмичный, АД 110/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, при пальпации незначительно болезнен в эпигастрии и справа. Перистальтика хорошая, стул темного цвета. В крови: Эр 3,5 x 10¹²/л, Нв – 100 г\л. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Какое осложнение возможно у больного? 3. Какие необходимые инструментальные и лабораторные методы обследования следует выполнить? 4. Алгоритмы Ваших действий. 5. Принципы консервативной терапии. 6. Показания к оперативному лечению и возможные его варианты. 7. Ваши рекомендации при выписке.

Эталон ответа: 1. Предварительный диагноз: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением. 2. Гастродуоденальное кровотечение. 3. Из дополнительных методов необходимо определение группы крови и резус-фактора. После промывания желудка показана экстренная ФГДС. 4. Необходимо установить источник кровотечения и его локализацию, оценить степень кровопотери, попытаться остановить кровотечение неоперативными методами гемостаза, оценить риск рецидива кровотечения. 5. При остановившемся кровотечении или после эндоскопической остановки его проводится консервативное лечение, включающее инфузионную и гемостатическую терапию, противоязвенное лечение. 6. Показанием к экстренной операции является профузное гастродуоденальное кровотечение при неэффективности или невозможности эндоскопического гемостаза. Срочные операции выполняются при неустойчивом гемостазе или рецидиве кровотечения после восстановления кровопотери и стабилизации витальных функций. При дуоденальном кровотечении язвенного генеза применяют прошивание кровоточащей язвы с ваготомией и пилоропластикой или резекцию желудка. 7. После выписки – наблюдение гастроэнтеролога, реабилитационный курс лечения в санаторных условиях.

Задача 21. Больной К., 60 лет, доставлен в приемный покой стационара в экстренном порядке. Заболел внезапно 10-12 часов назад, когда появились боли в левой половине живота, которые усиливались и приняли схваткообразный характер, трижды рвота застойным содержимым, не отходят газы. Ранее подобных болей не было, но в



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

течение последнего года имеется склонность к запорам. Применял слабительные средства. Амбулаторно не обследовался. Объективно: Кожные покровы обычной окраски, язык обложен белым налетом, влажный. Пульс 98 в минуту, ритмичный. В легких дыхание свободное, хрипов нет. Живот равномерно вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, разлитая болезненность с преимущественной локализацией в нижних отделах. Перкуторно тимпанит по ходу толстого кишечника, перистальтика выслушивается, ослабленная, определяется «шум плеска». Слабо положительные перитонеальные симптомы в левой подвздошной области и над лоном. При пальцевом ректальном исследовании ампула пуста, следы кала обычного цвета. В анализе крови: Лейкоциты – $16,2 \times 10^9/\text{л}$, Эр – $3,4 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 24 мм/ч. Вопросы: 1. Предположительный диагноз. 2. Какие дополнительные методы обследования можно использовать? 3. С чем следует провести дифференциальную диагностику? 4. Алгоритм Ваших действий. Принципы консервативной терапии.

Эталон ответа: 1. Острая толстокишечная непроходимость. Обтурация левого фланга или ректосигмоидного отдела толстой кишки. 2. Обзорная рентгенография органов брюшной полости, УЗИ, проба фон Монтейфеля, экстренная ирригография, колоноскопия. 3. Дифференциальную диагностику следует проводить с хроническим атоническим колитом, копростазом, псевдообструкцией толстой кишки, различными формами мегалоколон, заворотом сигмы, неспецифическим язвенным колитом. 4. Инфузионно-спазмолитическая терапия, очистительные клизмы, лечебная колоноскопия, дренирование желудка, толстой кишки (попытка консервативной или колоноскопической декомпрессии толстой кишки). В случае неэффективности – не позднее чем через 6 – 12 часов после поступления – экстренная лапаротомия.

Задача 22. Больной страдает язвенной болезнью желудка много лет, периодически лечится, лечение дает эффект на несколько месяцев. В настоящее время период обострения, через несколько дней должен был лечь в клинику. Собираясь на работу, отметил чувство слабости, головокружение, шум в ушах, тошноту и был черный, как деготь, стул — такого состояния раньше никогда не было. Больного всегда мучили боли, а на сей раз они перестали беспокоить. При осмотре: некоторая бледность кожных покровов, пульс 96 уд, в 1 мин, наполнение снижено, АД 100/60 мм.рт.ст. (обычное давление больного 140/80 мм.рт.ст.), некоторое учащение дыхания. Язык суховат, обложен белым налетом, живот не вздут, мягкий, незначительно болезненный при пальпации в эпигастрии, симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен. Вопросы: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Какие дополнительные исследования следует провести. 3. Расскажите об объеме доврачебной неотложной помощи. 4. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного больного в условиях стационара.

Эталон ответа: 1. Диагноз: желудочное кровотечение, геморрагический шок I степени. О таком диагнозе можно подумать прежде всего исходя из анамнеза- больной страдает язвенной болезнью желудка, без особых причин почувствовал слабость, головокружение, стало подташнивать, практически исчезли боли в области желудка (нейтрализация кислого желудочного содержимого) и, что весьма важно, был черный как деготь стул. Данные осмотра тоже склоняют к такому мнению: больной бледен, пульс 96 ударов в 1 мин, снижено артериальное давление до 100/60 мм рт. ст. тогда как обычное



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

давление больного 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий и незначительно болезненный в эпигастрии. 2. Больному следует провести пальцевое исследование прямой кишки. На пальце будет обнаружен черный как деготь кал. Мелена характерна для желудочного кровотечения. 3. Алгоритм оказания неотложной помощи: 1. Строгий постельный режим. 2. Успокоить больного. 3. Приложить холод к животу, начать введение гемостатиков. 4. Транспортировать в положении лежа на носилках в отделение неотложной хирургии машиной скорой медицинской помощи. 5. Если возможно, то начать введение в вену, например, полиглюкина с целью увеличения ОЦК, нормализации гемодинамики. 6. В условиях клиники для уточнения диагноза показано: ФГДС. Если содержимое желудка кровь, кровь удаляется, желудок промывают осторожно прохладным физиологическим раствором, может быть обнаружен источник кровотечения. Анализ крови важен для оценки состояния и для сравнения с последующими показателями. Если нет угрожающего кровотечения, то показано консервативное лечение: строгий постельный режим, внутривенное введение крови, плазмы, полиглюкина, реополиглюкина и других кровезаменителей. Введение эpsilon—аминокапроновой кислоты, раствора дицинона, хлористого кальция, желатины, фибриногена и т.д. На область желудка накладывают периодически холод. Через рот ничего не дают. Проводятся регулярный лабораторный контроль состава крови (Hb, эритроциты, гематокрит), наблюдение за общим состоянием, повторная ФГДС. Иногда для остановки кровотечения используют локальную гипотермию и диатермолазерную коагуляцию. При стабилизации состояния и тем более улучшении продолжается консервативная терапия с коррекцией вводимых средств и расширением диеты. В случае продолжающегося кровотечения, угрожающего жизни больного, показано оперативное вмешательство. Эта операция на высоте кровотечения — мера вынужденная.

Задача 23. Фельдшера пригласили в соседнюю квартиру к больной. Женщина жалуется на боли в правой подвздошной области, рвоты не было, но беспокоит чувство тошноты. Боли постоянного характера, иррадиации нет. Температура тела 37,5. Больной себя считает несколько часов. При осмотре: язык слегка обложен, суховат, живот в правой подвздошной области болезненный, брюшная стенка в этой области напряжена, положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Положительны и симптомы Ситковского и Образцова. Вопросы: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Расскажите о дополнительных методах исследования, необходимых для подтверждения диагноза. 3. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи. 4. Расскажите о диагностической и лечебной программе в условиях стационара.

Эталон ответа: 1. Диагноз: острый аппендицит. Такое предположение базируется на данных обследования живота — в правой подвздошной области определяется болезненность, напряжение мышц, раздражение брюшины, боль справа усиливается в положении на левом боку (симптом Ситковского), при пальпации правой подвздошной области боль усиливается, когда больная удерживает вытянутую правую ногу в приподнятом положении, то есть когда напряжена пояснично-подвздошная мышца и воспаленный отросток прижимается рукой к напряженной мышце (симптом Образцова). 2. Дополнительные методы исследования: В сомнительных случаях проверить наличие или отсутствие других симптомов — Воскресенского, Ровзинга, Бартомье- Михельсона, Раздольского. Симптом Воскресенского (симптом рубашки) – определяют наличие зоны



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

болезненности при проведении рукой сверху вниз вдоль брюшной стенки справа через



рубашку. Симптом Ровзинга – пережимают сигму и производят легкий толчок в направлении к селезеночному углу – усиливается боль справа. Симптом Бартомье – Михельсона при пальпации правой подвздошной области в положении больного на левом боку боль усиливается. Симптом Раздольского – болезненность при перкуссии над очагом воспаления. 3. Алгоритм оказания неотложной помощи: вызвать машину скорой медицинской помощи; приложить холод к животу. Больная подлежит экстренной госпитализации в хирургическое отделение машиной скорой помощи, так как возможно грозное осложнение – перитонит. Обезболивающие вводить не следует, чтобы не затушевать клиническую картину. Местно можно приложить холод, что несколько задержит прогрессирование воспаления. Сердечные препараты вводятся по показаниям. 4. В клинике производят общий анализ крови и мочи. Больная должна быть осмотрена вагинально для исключения патологии женской половой сферы. Если есть сомнения в диагнозе, то следует провести дополнительные исследования, например, лапароскопию, которая позволяет осмотреть почти все органы брюшной полости, оценить состояние париетальной и висцеральной брюшины, выявить наличие или отсутствие экссудата. Лечение больной с острым аппендицитом только оперативное (исключение составляет случай с плотным аппендикулярным инфильтратом, который стараются разрешить консервативно). Оперируют взрослых по поводу острого аппендицита чаще под местной анестезией. Подготовка к операции – вводят раствор промедола, бреют операционное поле, больная должна помочиться. Операция- аппендэктомия. В зависимости от наличия или отсутствия экссудата, его характера и количества, характера изменения брюшины решается вопрос о показаниях к дренированию брюшной полости и виду дренирования. Медикаментозные назначения тоже зависят от характера воспалительного процесса и общего состояния больного (антибиотики, сердечные, инфузионная терапия и т.д.) В послеоперационном периоде важно проводить профилактику пареза кишечника, пневмонии, пролежней, тромбообразований. Если какое-то из осложнений развивается, следует своевременно начать лечение, чтобы предотвратить прогрессирование процесса.

Задача 24. Мужчина 42 лет почувствовал сильнейшую боль в верхнем отделе живота, которую сравнил с ударом кинжала. Боль появилась в момент физической нагрузки, рвоты не было. Много лет страдает язвенной болезнью желудка по поводу чего многократно лечился в терапевтических клиниках. Вызвана скорая медицинская помощь, приехавший фельдшер осмотрел больного. Больной бледен, покрыт холодным потом, выражение лица страдальческое, положение вынужденное- лежит на боку, ноги приведены к животу, пульс 80 уд. в мин, язык суховат, обложен слегка белым налетом. Живот в акте дыхания не участвует, пальпацией определяется резкое напряжение мышц, болезненность, положительный симптом Щеткина – Блюмберга. Вопросы: 1. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его. 2. Назовите дополнительные симптомы необходимые для уточнения диагноза. 3. Составьте и аргументируйте алгоритм оказания неотложной помощи. 4. Составьте диагностическую и лечебную программу в стационаре.

Эталон ответа: 1. Диагноз. Перфоративная язва желудка. Можно предположительно поставить диагноз на основании прежде всего жалоб больного: в момент физической нагрузки больной почувствовал сильнейшие боли в верхнем отделе живота, которые можно сравнить с ударом кинжала. Положение больного на боку с приведенными к



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

животу ногами тоже характерно для перфорации. В пользу предполагаемого диагноза



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

говорят и результаты исследования живота — в акте дыхания передняя брюшная стенка не участвует, пальпация резко болезненна, мышцы брюшного пресса напряжены, положителен симптом Щеткина- Блюмберга. 2. Дополнительно можно проверить симптом сглаженности или отсутствия печеночной тупости, который объясняется поступлением воздуха в брюшную полость через перфоративное отверстие стенки желудка. Этот симптом определяется практически всегда при перфорации язвы желудка. В отлогих местах можно определить притупление перкуторного звука за счет поступления в брюшную полость жидкого желудочного содержимого. Пальцевое ректальное и вагинальное исследования могут выявить болезненность тазовой брюшины. 3. Алгоритм оказания неотложной помощи: исключить энтеральное введение жидкости и пищи; вызвать машину скорой медицинской помощи для транспортировки больного в отделение неотложной хирургии; ввести сердечные и дыхательные аналептики по показаниям. Анальгетики не вводить! Приложить холод к животу; ввести тонкий назогастральный зонд (не промывать!); транспортировать в положении лежа со слегка согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами. Через рот ничего не даем, так как содержимое желудка поступает в свободную брюшную полость. Целесообразно удалить содержимое желудка с помощью зонда. Введение лекарственных средств, кроме анальгетиков, в зависимости от состояния больного. Анальгетики не вводят, так как могут смазать клиническую картину. Холод уменьшит боли и развитие воспалительного процесса, поэтому целесообразно его применение на догоспитальном этапе. Транспортировка только в положении лежа в рациональном для больного положении. 4. Диагностическая и лечебная программа в стационаре: выполняют анализы крови и мочи (изменения зависят от сроков заболевания). При неясной клинической картине проводят дополнительные исследования: обзорную Ro-графию с целью обнаружения “серпа просветления” над печенью; лапароскопию. Лечение оперативное. Операция проводится под интубационным наркозом. Объем операции зависит от времени с момента перфорации, общего состояния больного, квалификации хирурга, особенностей язвенного анамнеза, характера язвы и т.д. Премедикация (её объем) зависит от состояния пациента.

Задача 25. 43-х летний мужчина несколько лет страдает пахово-мошоночной грыжей. Часа полтора тому назад во время подъема груза почувствовал сильную боль в правой паховой области. Боли продолжали беспокоить и в положении лежа, была однократная рвота. Ранее вправимое в положении лежа грыжевое выпячивание стало невправимым и очень болезненным. Жена вызвала соседа-фельдшера. Фельдшер оценил общее состояние больного как удовлетворительное. При осмотре отметил образование в пахово-мошоночной области справа, при пальпации резко болезненное, напряженное. Вопросы: 1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. 2. Расскажите о дополнительных методах исследования и методике их проведения. 3. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи с обоснованием каждого этапа. 4. Расскажите о диагностической и лечебной программе.

Эталон ответа: 1. Диагноз – ущемленная правосторонняя пахово-мошоночная грыжа. Основанием для постановки такого диагноза служит прежде всего характерный анамнез – больной давно страдает пахово-мошоночной грыжей, резкие боли в правом паху появились во время физической нагрузки, грыжевое выпячивание стало



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

болезненным, напряженным и, в отличие от прежнего состояния, невосприимчивым. Данные



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

объективного осмотра тоже говорят за ущемление – в правой пахово-мошоночной области определяется болезненное, напряженное, невправимое образование. 2. Дополнительно можно провести перкуссию над выпячиванием. Перкуторный звук может быть тупым, когда содержимым грыжевого мешка является, например, сальник и тимпаническим, когда ущемилась кишечная петля. 3. Алгоритм оказания неотложной помощи: введение сердечных средств по показаниям; Транспортировка в отделение неотложной хирургии в положении лежа специальным транспортом (машиной скорой медицинской помощи). Недопустимо на догоспитальном этапе введение наркотических средств, спазмолитиков, применение ванн и тепла на область грыжи, т.к. это может способствовать вправлению грыжи. Ущемление нарушает кровообращение содержимого грыжевого мешка, в результате могут развиваться грубые изменения ущемленных органов, вплоть до некроза, вправление такого органа в брюшную полость ведет к развитию перитонита. Нельзя прибегать и к ручному вправлению грыжи. Транспортировать больного надо в экстренном порядке, т.к. от сроков с момента ущемления зависит объем операции и, конечно, результаты лечения. 4. Диагностическая и лечебная программа в стационаре: проводят общие анализы крови и мочи. При подтверждении диагноза назначается хирургическое вмешательство. Операция – грыжесечение. Если ущемление самостоятельно разрешилось до осмотра фельдшера или в момент осмотра, или в момент транспортировки, госпитализация больного в отделение неотложной хирургии для наблюдения обязательна, так как неизвестно состояние вправившегося органа.

Задача 26. Молодой мужчина упал, ударившись левым подреберьем о перекладину, расположенную на высоте приблизительно 15 см от земли. Сразу почувствовал боли в животе, головокружение, слабость. Пострадавшего занесли прохожие в здравпункт соседнего предприятия, где он был осмотрен фельдшером. Результаты осмотра: больной бледен, покрыт холодным потом, лежит спокойно на спине- положение не меняет, пульс 120 в 1 мин, наполнение снижено, АД 85/40 мм.рт.ст., дыхание ритмичное, несколько учащенное. Живот при пальпации мягкий, резко болезненный, симптом Щеткина - Блюмберга положителен во всех отделах. Вопросы: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Расскажите о дополнительных исследованиях, необходимых для подтверждения диагноза. 3. Составьте и аргументируйте алгоритм оказания неотложной помощи. 4. Расскажите о диагностической и лечебной программе в условиях стационара.

Эталон ответа: 1. Диагноз: закрытая травма живота (разрыв селезенки?), геморрагический шок II степени. Заключение основано на данных анамнеза: заболевание связывает с травмой, до травмы был абсолютно здоров, ударился областью левого подреберья (расположение паренхиматозного органа- селезенки) и сразу отметил боли в животе, головокружение слабость; объективного исследования: бледность кожных покровов и видимых слизистых, липкий пот, учащение пульса и снижение кровяного давления говорят о состоянии шока. Поскольку живот мягкий, а симптом Щеткина-Блюмберга выражен отчетливо можно думать о кровотечении в брюшную полость (скорее всего разрыве селезенки). 2. Данному больному следует провести дополнительное исследование- перкуссию живота. Если в брюшной полости скопилась жидкость (кровь), то отмечается притупление перкуторного звука в латеральных отделах. Этой жидкостью может быть только кровь, так как при повреждении полых органов

	МИНОБРНАУКИ РОССИИ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ») Факультет/ Фундаментальной медицины Кафедра общей и клинической патологии		
	Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь» по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика; 30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»		
Версия документа - 1	стр. 3 из 119	Первый экземпляр _____	КОПИЯ № _____

(желудка, кишечника, мочевого пузыря) было бы напряжение мышц брюшного пресса. 3.



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

Алгоритм оказания неотложной помощи: обеспечить покой и положить холод на живот; ввести гемостатики; осуществить ингаляцию кислорода; обеспечить экстренную транспортировку в отделение неотложной хирургии в положении лежа машиной скорой медицинской помощи; по пути следования начать инфузионную терапию, по возможности — применить аутоанальгезию. Покой необходим, т.к. физическая нагрузка усилит кровопотерю и боли -углубит шок. Восполнение ОЦК, путем введения жидкости улучшить кровоснабжение тканей, будет способствовать стабилизации гемодинамики. Дача кислорода в ингаляциях увеличит насыщение крови кислородом. Экстренность транспортировки диктуется тем, что возможности организма по преодолению последствий травмы ограничены. 4. В отделении неотложной хирургии для уточнения диагноза, если в этом есть необходимость, возможно проведение лапароцентеза с щарящим катетером, лапароскопии. Исследуются кровь и моча, определяются группа крови и резус-принадлежность. При травме живота с кровотечением в брюшную полость показана операция. Премедикация: раствор промедола, раствор атропина. Больной должен помочиться или производят катетеризацию. Наркоз итубационный. Во время операции введение крови и кровезаменителей. Если повреждена селезенка или сосуд, а полые органы не повреждены, то излившаяся кровь может быть возвращена в кровяное русло, конечно, если травма живота закрытая. В послеоперационном периоде коррекция обменных процессов, профилактика пневмоний, пролежней, возможного развития ДВС синдрома, наблюдение за состоянием раны и функцией кишечника.

Задача 27. У больного, 40 лет, после подъема тяжести возникла резкая боль в левой половине грудной клетки, слабость, одышка. Объективно: ЧД 26 в минуту. Над левым легким перкуторно тимпанический звук, дыхание резко ослаблено. ЧСС 100 в минуту, АД 110/70 мм рт.ст. Живот без особенностей. Вопросы: 1. Вероятный диагноз. 2. План обследования. 3. План лечения.

Эталон ответа: 1. Спонтанный пневмоторакс. 2. Рентгенография лёгких, ЭКГ, общий анализ крови. 3. Дренирование плевральной полости по Билау, антибиотики.

Задача 28. Больная 42 лет, в течение года похудела на 10 кг, отмечает потливость, раздражительность, быструю утомляемость. Внезапно появились ощущения перебоев в работе сердца, слабость. При осмотре: кожные покровы розовые, влажные, горячие, температура 37,3°C, экзофтальм, пальпируются перешеек и доли щитовидной железы эластической консистенции, тоны сердца аритмичны с ЧСС-134 в минуту, пульс – 98 в минуту, АД – 130/60 мм рт. ст. По ЭКГ: зубцы Р не регистрируются, вместо них выявляются частые разнокалиберные мелкие волны, интервалы R-R не постоянны. Вопросы: 1) Сформулировать диагноз; 2) Оказать неотложную помощь.

Эталон ответа: 1. Диффузный токсический зоб. Тиреотоксикоз. Тиреотоксическая кардиодистрофия. Пароксизм фибрилляции предсердий, тахисистолическая форма. 2. Внутривенно струйно медленно под контролем артериального давления ввести Sol. Novocainamidi 10%-10 ml на физ. растворе.

Задача 29. Больной К. 42 лет, доставлен в приемный покой городской больницы врачами бригады «скорой медицинской помощи». Был обнаружен родственниками в бессознательном состоянии. Из анамнеза известно, что в течение 10 лет злоупотребляет алкоголем, часто бывают запои. Объективно: общее состояние тяжелое, сопор, печеночный запах изо рта, больной пониженного питания, кожные покровы и видимые



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

слизистые желтушной окраски, на коже туловища множественные телеангиоэктазии.



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

Тремор кистей. ЧДД 22 в минуту. ЧСС – 100 в минуту, АД 100/70 мм.рт.ст. с обеих сторон. Живот при пальпации мягкий. Печень выступает из-под края правой реберной дуги на 4 см, поверхность гладкая, плотная. Размеры по Курлову 15 – 13 – 12 см. При обследовании, проведенном в приемном покое, выявлены следующие изменения: ОАК – эр. – $3,4 \times 10^{12}/л$, Нв – 106 г/л, ЦП – 0,8, лейкоциты – $6,2 \times 10^9/л$, э – 3%, п – 18%, с – 38%, сег – 31%, м – 10%, СОЭ – 24 мм/час. АСТ – 16 ед/л, АЛТ – 20 ед/л; общий билирубин 64,2 ммоль/л, прямой – 42,2 ммоль/л, непрямой – 22,0 ммоль/л, альбумины 34%, ПТИ – 60%. По данным УЗИ – гепатомегалия, диффузные изменения печени. Вопросы. 1. Назовите неотложное состояние и его диагностические критерии. 2. Причина, вызвавшая неотложное состояние. 3. Механизм развития данного неотложного состояния. 4. Ваша тактика и необходимые лечебные мероприятия.

Эталон ответа: 1. Печеночная энцефалопатия (III ст.). Критерии – сопор, печеночный запах изо рта, тремор кистей. 2. Алкогольный гепатит. 3. Механизм развития печеночной энцефалопатии. Алкоголь → гепатоцитоллиз → печеночно-клеточная недостаточность → аминокислотный дисбаланс → накопление нейротоксинов (в частности, аммиака) → отек и функциональные нарушения астроглии → изменение постсинаптических рецепторов → изменение процессов нейротрансмиссии → изменение проницаемости ГЭБ → снижение обеспечения нейронов АТФ → клинические проявления печеночной энцефалопатии. 4. Объем лечебных мероприятий относится к неотложной терапии, лечение должно проводиться в условиях ПИТ или реанимации: мониторинг АД, ЧСС, ЦВД, диуреза; постельный режим; калорийность диеты - 1500 – 2000 ккал/сутки, белка не более 20-30 г/сутки; поддержание водно-электролитного обмена – 5-10% р-р глюкозы или альбумина (под контролем ЦВД), препараты калия; очищение кишечника, снижение образования аммиака – клизмы с лактулозой, каждые 12 часов; антибиотики с целью деконтаминации кишечника – рифаксимин, неомицин, ципрофлоксацин; дезинтоксикационная терапия – реамберин, полидез, р-р глюкозы с инсулином; для улучшения метаболических процессов в печеночных клетках - гепасол 500 мл в/в капельно, доза устанавливается индивидуально, 1-2 раза в день через 12 часов, гепа-мерц 40 мг (8 ампул) в/в, гептрал 400-800 в/в капельно, эссенциале; флумазенил- антагонист бензодиазепиновых рецепторов, начальная доза 200-300 мкг; при геморрагическом синдроме – свежзамороженная плазма, концентрат протромбинового комплекса.

Задача 30. Больной С., 60 лет, доставлен в приемный покой бригадой скорой помощи. Со слов родственников, в течение 5 лет страдает сахарным диабетом 2 типа, регулярно контролирует уровень глюкозы, принимает диабетон МВ. Ухудшение состояния постепенное, в течение недели, на фоне гриппа. Пациент стал отмечать общую слабость, резкую утомляемость, снижение аппетита, тошноту. В день поступления появились острые боли в эпигастрии, многократная рвота, после чего пациент при нарастании заторможенности потерял сознание. Объективно: сознание отсутствует, на болевые раздражители не реагирует, спонтанные движения отсутствуют. Температура тела 35,8 С. Кожные покровы сухие. Гипотония глазных яблок, зрачки расширены. Запах ацетона изо рта. Дыхание глубокое, шумное, прерываемое паузами (типа Куссмауля), ЧДД 24. При аускультации легких – жесткое дыхание. Тоны сердца ритмичны, ЧСС 86, пульс слабого наполнения и напряжения. АД 100/70 мм рт.ст. Живот



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

- патологическое напряжение мышц в эпигастрии. Отеков нижних конечностей нет.



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

Глюкоза в венозной плазме – 20,2 ммоль/л; общий анализ мочи – удельный вес – 1028, положительный тест на глюкозу и кетоновые тела. Калий сыворотки – 3,0 ммоль/л. рН крови – 7,0 ммоль/л. Вопросы: 1. Назовите неотложное состояние, укажите диагностические критерии. 2. Принципы лечения.

Эталон ответа: 1. Кетоацидотическая (гипергликемическая кома). Диагностические критерии: гипергликемия выше 13,9 ммоль/л, сопровождающаяся постепенно нарастающей неврологической симптоматикой вплоть до потери сознания, признаки дегидратации (сухость кожи и слизистых, снижение тургора кожи и тонуса глазных яблок), признаки кетоацидоза (запах ацетона изо рта, кетонурия, дыхание Куссмауля, диабетический псевдоперитонит – боли, рвота и напряжение мышц живота из-за действия кетоновых тел и дегидратации брюшины); метаболический ацидоз – снижение рН, гипокалиемия. 2. Механизм развития: Триггер: присоединение инфекции – гриппа. 1. На фоне системного воспалительного ответа у больного сахарным диабетом 2 типа – усугубление инсулиновой недостаточности с развитием гипергликемии. 2. Основные принципы лечения: Устранение инсулиновой недостаточности: Основной метод – терапия инсулином короткого действия (ИКД) в «режиме малых доз». 1) Начальная доза ИКД: 0,15 ед/кг в/в болюсно струйно или в/м (10 – 20 ЕД). Необходимую дозу набирают в инсулиновый шприц, добирают 0,9% NaCl до 1 мл и вводят очень медленно (2–3 мин). 2) В последующие часы: ИКД по 0,1 ед/кг в час на 0,9% NaCl с помощью инфузомата, в/в капельно или в/в струйно. 3) При достижении уровня глюкозы плазмы ≤ 13 ммоль/л: 5–10% глюкоза (+ 3–4 ед ИКД на каждые 20г глюкозы) пока не сможет принимать жидкость и пищу. 4) При улучшении состояния, стабильной гемодинамике, уровне глюкозы плазмы $\leq 11-12$ ммоль/л и рН $> 7,3$ переходят на п/к введение ИКД каждые 4 – 6 ч. Борьба с дегидратацией и гиповолемией: 1) 0,9%-ный раствор хлорида натрия в/в капельно со скоростью 2-3 л в течение первых 1-3 ч или 5-10 мл/кг/ч, затем, снижая объем от 500 до 250 мл в час в первые 8 часов под контролем АД, ЦВД и диуреза. 2) Коллоидные плазмозаменители (при гиповолемии – систолическое АД ниже 80мм рт. ст. или ЦВД ниже 4 мм водн.ст.). Восстановление электролитного баланса и КЩС: 1. Введение 10% раствора калия хлорида при снижении концентрации K^+ в сыворотке менее 5 ммоль/л; 2. Введение 2,74% натрия гидрокарбоната при снижении рН менее 7,05. Выявление и лечение сопутствующих заболеваний и состояний (спровоцировавших диабетический кетоацидоз или развившихся как его осложнение). При наличии бактериальных осложнений – антибиотики широкого спектра действия. Скорость снижения гликемии – не более 4 ммоль/л/час (опасность обратного осмотического градиента между внутри- и внеклеточным пространством и отека мозга); в первые сутки следует не снижать уровень глюкозы плазмы менее 13–15 ммоль/л.

Задача 31. Пациентка, 78 лет, доставлена бригадой СМП с диагнозом сахарный диабет, кетоацидотическая кома. Давность коматозного состояния неизвестна. Со слов родственников известно, что больная страдает сахарным диабетом 2 типа, принимает таблетки глюренорм 2 раза в день. Утром отмечала повышение температуры до 38 градусов, болезненность при мочеиспускании, приняла парацетамол. Вечером обнаружена дочерью в бессознательном состоянии. Объективно: контакт с пациенткой невозможен. Температура 38 градусов. Кожа и видимые слизистые сухие. Тактильная и болевая чувствительность сохранены. Тонус глазных яблок и мышечный тонус снижен.



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

Дыхание поверхностное. ЧСДД 32 в минуту. АД 100/60, пульс слабого наполнения,



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

ритмичный. Печень не увеличена. Ригидность затылочных мышц. Положителен симптом Бабинского. При катетеризации мочевого пузыря моча не получена. Глюкоза крови 42 ммоль/л. Кетоновые тела 5 мг/% (норма). Ацетон мочи отр. В общем анализе крови: лейкоциты 15×10^9 с нейтрофильным сдвигом. СОЭ 48 мм в час. Общий анализ мочи – лейкоциты сплошь в поле зрения, бактериурия. Вопросы: 1. Какой вид комы наиболее вероятен у пациентки, обоснуйте. 2. Необходимые диагностические мероприятия. 3. Неотложная помощь.

Эталон ответа: 1. Гиперосмолярная кома у пациентки с СД 2 типа. Возраст старше 75 лет, связь с инфекцией мочеполовых путей, отсутствие кетоацидоза при высоком уровне глюкозы в сыворотке крови. 2. Необходимые диагностические мероприятия: рН крови, осмолярность плазмы, электролиты крови, креатинин, ЭКГ. Консультация невролога. При стабилизации состояния - обследование в поиске очага инфекции мочевыделительной системы (цистит, пиелонефрит?). 3. Госпитализация в ОРИТ. Регидратация гипотоническим раствором хлорида натрия под контролем ЦВД. Инсулиноterapia. Препараты калия. 4. Антибактериальная терапия препаратами широкого спектра действия.

Задача 32. Больной Ш., 20 лет, страдающий сахарным диабетом 1 типа, во время лыжной прогулки потерял сознание. Сопровождающие друзья вызвали скорую помощь. Со слов окружающих, за несколько минут до потери сознания пациент остановился, побледнел, стал хлопать руками вокруг себя, затем упал, появились судорожные подергивания конечностей. Прикусывания языка, пены изо рта не было. Скорая помощь прибыла через 15 минут после потери сознания. До приезда бригады друзья пытались вводить сладкий чай с помощью ложки. Объективно: сознание отсутствует, на раздражители не реагирует. Кожные покровы бледные, влажные. Тургор кожи и тонус глазных яблок – в норме. Дыхание ровное, ЧДД 18. ЧСС 100, АД 110/60, пульс нормального напряжения. Живот – без особенностей. Отеков нет. Глюкоза из капиллярной крови (с помощью глюкометра) – 1,8 ммоль/л. Вопросы: 1. Назовите неотложное состояние, укажите диагностические критерии. 2. Кратко опишите механизм развития неотложного состояния для данного случая. 3. Тактика, принципы лечения.

Эталон ответа: 1. Гипогликемическая кома у пациента с сахарным диабетом 1 типа. 2. Механизм развития: при интенсивной физической нагрузке произошло усиленное потребление глюкозы. В ответ на гипогликемию развивается последовательное угнетение ЦНС: коры больших полушарий – мозжечка – продолговатого мозга (нейрогликопения). Для поддержания уровня глюкозы в крови происходит активация процессов гликогенолиза, глюконеогенеза, протеолиза, липолиза, а также тормозится процесс утилизации глюкозы периферическими тканями. Данные механизмы осуществляются под контролем контринсулиновых гормонов (глюкагона, катехоламинов, глюкокортикоидов, соматотропного гормона, адренотропного гормона). Повышение их концентрации приводит к стимуляции вегетативной нервной системы с характерными проявлениями (возбуждение, тремор, дрожь, сердцебиение, резкое чувство голода). Если продолжительность гипогликемической комы составляет менее 30 мин, то при адекватном лечении и быстром возвращении сознания осложнений, как правило, не наблюдается. В результате более длительного энергетического голодания развивается отек вещества головного мозга, появляются мелкоочечные кровоизлияния в



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

мозговые ткани. В конечном итоге данные патологические изменения являются



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

причиной нарушений в клетках коры мозга структурного характера вплоть до гибели нейронов. 3. Лечение: 1. Струйное введение в вену 40% раствора глюкозы (40—100 мл) до выхода пациента из комы. 2. Если сознание не восстанавливается после в/в введения 100мл 40%-ного раствора глюкозы – начать в/в капельное введение 5–10%-ного раствора глюкозы и госпитализировать. 3. В тяжелых случаях дополнительно возможно применение адреналина (1 мл 0,1% раствора под кожу), глюкокортикоидов парентерально, глюкагона 1 мг в/м. 4. Введение сладких растворов при бессознательном состоянии не показано из-за отсутствия глотательного рефлекса и опасности асфиксии.

Задача 33. Больной 36 лет, периодически жаловался на головные боли. Днем, после физического перенапряжения почувствовал «удар в голову», была рвота, и кратковременная потеря сознания. В неврологическом статусе: психомоторное возбуждение. Парезов конечностей нет. Выражен менингеальный синдром: гиперестезия к свету и звукам, ригидность мышц затылка 4см, с-м Кернига под углом 100° с обеих сторон, положительные верхний и нижний симптомы Брудзинского. Вопросы: 1. Поставить клинический диагноз. 2. Назначить дополнительные методы обследования. 3. Назначить лечение и определить методы вторичной профилактики.

Эталон ответа: 1. Субарахноидальное кровоизлияние, возможно из аневризмы. 2. Методом выбора в диагностике субарахноидального кровоизлияния является КТ головного мозга, при негативных данных КТ показана люмбальная пункция с анализом ликвора, ЭКГ, общий и биохимический анализ крови. В дальнейшем МР-ангиография, по показаниям рентгеновская ангиография и МРТ ГМ с контрастированием. 3. Лечение: борьба с отеком мозга – маннитол 400 мл, лазикс 20 мг в/в; профилактика сосудистого спазма: (блокаторы кальциевых каналов) – нимотоп по 60 мг 6 раз в день; гиперволемиа: р-р электролитов: натрия хлорида 0,9 % 400 мл, магния сульфат 25% 10 мл, калия хлорида 4% 5,0; нейропротекция – актовегин 400 мг 2 раза в день в/в. При выявлении церебральной аневризмы – консультация нейрохирурга для решения вопроса об оперативном лечении.

Задача 34. В приемное отделение доставлен больной 55 лет, страдающий в течение десяти лет гипертонической болезнью с высокими цифрами АД, у которого после физического напряжения появилась сильная головная боль, повторная рвота, затем потерял сознание. В неврологическом статусе: сознание утрачено – кома II, зрачки S> D, сглажена правая носогубная складка, правосторонняя гемиплегия с высоким мышечным тонусом и высокими сухожильными рефлексам, с симптомом Бабинского. Ригидность затылочных мышц 1см, с-м Кернига под углом 160° с обеих сторон. Вопросы: 1. Поставить клинический диагноз. 2. Назначить дополнительные методы обследования необходимые для уточнения диагноза. 3. Назначить лечение и определить методы вторичной профилактики.

Эталон ответа: 1. ОНМК по типу паренхиматозного кровоизлияния в бассейне левой средней мозговой артерии. Фон: Гипертоническая болезнь III, риск 4. 2. КТ головного мозга, МР-ангиография ЭКГ, общий и биохимический анализ крови. 3. Лечение: борьба с отеком мозга – маннитол 400 мл, лазикс 20 мг в/в; профилактика сосудистого спазма: (блокаторы кальциевых каналов) – нимотоп по 60 мг 6 раз в день; гиперволемиа: р-р электролитов – натрия хлорида 0,9 % 400 мл, магния сульфат 25% 10 мл, калия хлорида 4% 5,0; нейропротекция – актовегин 400 мг 2 раза в день в/в).



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

Вторичная профилактика: назначение гипотензивной терапии; при выявлении

	МИНОБРНАУКИ РОССИИ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ») Факультет/ Фундаментальной медицины Кафедра общей и клинической патологии		
	Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь» по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика; 30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»		
Версия документа - 1	стр. 3 из 119	Первый экземпляр _____	КОПИЯ № _____

артериальной аневризмы консультация нейрохирурга для решения вопроса об оперативном лечении.

Задача 35. В приемное отделение доставлен больной Р., 57 лет, страдающий в течении девяти лет гипертонической болезнью с высокими цифрами АД, у которого после физического напряжения появилась сильная головная боль, повторная рвота, затем потерял сознание. В неврологическом статусе: сознание отсутствует – кома II, левый зрачок шире правого, сглажена правая носогубная складка, правосторонняя гемиплегия с высоким мышечным тонусом и высокими сухожильными рефлексамии, с симптомом Бабинского. Ригидность затылочных мышц 1см, с-м Кернига под углом 160 с обеих сторон. Вопросы: 1. Поставить клинический диагноз. 2. Назначить лечение и определить методы вторичной профилактики.

Эталон ответа: 1. Геморрагический инсульт. 2. Лечение: борьба с отеком мозга: маннитол 400 мл, лазикс 20 мг в/в; профилактика сосудистого спазма: (блокаторы кальциевых каналов) – нимотоп по 60 мг 6 раз в день; гиперволемиа: р-р электролитов – натрия хлорида 0,9 % 400 мл, магния сульфат 25% 10 мл, калия хлорида 4% 5,0; нейропротекция: актовегин 400 мг 2 раза в день в/в. Вторичная профилактика: выявление и лечение артериальных аневризм, борьба с гипертонией.

Задача 36. Больная В., 16 лет, доставлена в приемное отделение машиной скорой помощи. В сопроводительных документах указано, что с 10 лет страдает эпилепсией, систематически принимает бензонал. Сегодня один за другим возникло 3 приступа с потерей сознания и генерализованными судорогами тонико-клонического характера. При осмотре: сознание утрачено, пульс ритмичный, 96 уд. в мин. Тоны сердца приглушены, АД 150/100. Дыхание аритмичное из-за продолжающихся судорожных сокращений мышц. Температура тела 37,5°. Зрачки широкие, на свет не реагируют. В мимических и скелетных мышцах наблюдаются почти постоянные клонические судороги. Следы прикусов на языке, кровавая пена у рта, непроизвольное мочеиспускание. Сухожильные рефлексы снижены. С обеих сторон вызывается рефлекс Бабинского. Ригидность мышц затылка 3см., симптом Кернига под углом 130°. Вопросы: 1. Выделить клинические синдромы. 2. Поставить клинический диагноз. 3. Назначить лечение.

Эталон ответа: 1. Синдром тонико-клонического эпилептического статуса. 2. Идиопатическая эпилепсия с первично-генерализованными тонико-клоническими эпилепсиями, осложненная эпистатусом. 3. Лечение: реланиум 20 мг в/в; в дальнейшем цель лечения состоит в поддержании дыхания (интубация, ИВЛ), кровообращения в условиях реанимации, при отсутствии эффекта барбитуровый наркоз тиопентала натрия.

Задача 37. Больной З., 30 лет. С 12 лет отмечает приступы тонико-клонических судорог с прикусом языка и непроизвольным мочеиспусканием. Частота приступов 1 раз в 2-3 месяца, наследственность не отягощена. В неврологическом статусе: очаговой симптоматики не выявлено. Глазное дно – без патологии. На ЭЭГ – эпилептиформная генерализованная активность. Вопросы: 1. Выделить клинические синдромы. 2. Поставить клинический диагноз. 3. Назначить лечение.

Эталон ответа: 1. Синдром первично-генерализованных тонико-клонических эпилептических приступов. 2. Идиопатическая эпилепсия с первично-генерализованными тонико-клоническими эпилепсиями. 3. Противосудорожная



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

терапия: депакин в дозе 20-30мг/кг, начиная с 500 мг в сутки, повышая дозу каждые 3

	МИНОБРНАУКИ РОССИИ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ») Факультет/ Фундаментальной медицины Кафедра общей и клинической патологии		
	Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь» по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика; 30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»		
Версия документа - 1	стр. 3 из 119	Первый экземпляр _____	КОПИЯ № _____

дня (под контролем АСТ, АЛТ, билирубина, тромбоцитов), постоянно и длительно.

Задача 38. После двухнедельного запоя в течение двух суток больной не спал, появился вначале безотчетный страх, затем вечером при закрытых глазах видел какие-то страшные морды животных. Ночью вдруг увидел рядом с кроватью “черного человека”, по полу бегали маленькие страшные люди, чудовища. Критики к своему состоянию нет. Все тело дрожит, тахикардия. Вопросы: поставить диагноз, определить реабилитационную тактику (медикаменты, режим).

Эталон ответа: Алкогольный делирий. Режим усиленного наблюдения. Лечение: транквилизаторы (феназепам, реланиум, нозепам); дезинтоксикационная терапия, после этого можно назначить нейролептик (галоперидол, хлорпротексен).

Задача 39. Вызов фельдшера скорой помощи на дом. Мужчина 35 лет, жалобы на выраженные головные боли постоянного, «распирающего» характера, сопровождающиеся тошнотой, рвотой, головокружением, ознобом и общей слабостью. Болеет третий день. Объективно: АД 140/80, пульс 60 ударов в минуту, температура 39,8 град. С. Ригидность шеи 3-4 поперечных пальца. Выявляется симптом Кернига. Рефлексы с конечностей оживлены, равны. Симптом Бобинского положителен с обеих сторон. На кожных покровах туловища единичные геморрагические высыпания. Вопросы: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Расскажите о возможных осложнениях и прогнозе. 3. Расскажите об объеме догоспитальной помощи и транспортировке больного по назначению. 4. Составьте план диагностических мероприятий в стационаре и расскажите о принципах лечения.

Эталон ответа: 1. Менингит. 2. При неоказании помощи развивается отек мозга, гипертермия с возможным летальным исходом. 3. Введение Sol. Prednisoloni в/в (противовоспалительный и противоотечный эффект). Транспортировка на носилках в инфекционную больницу. 4. Диагностические мероприятия в стационаре: биохимический анализ ликвора (спинномозговой жидкости); общий анализ крови; бакпосев на питательные среды соскоба слизистой из носоглотки, гемокультуры (кровь из вены), соскоба с элементов сыпи. План лечения: Патогенетическое лечение: дегидратация (снятие отека головного мозга); гормоны (преднизолон, дексаметазон) в/в; диуретики (фуросемид); этиотропное лечение (антибиотики: пенициллин, левомицетин, тетрациклин); симптоматическое (снижение гипертермии), витамины.

Задача 40. На фельдшерский пункт с улицы доставлен пациент. Он одет неопрятно, на одежде следы рвотных масс, запах алкоголя и мочи. Т-36⁰С. В контакт не вступает, реагирует на болевые раздражители движениями. Лицо пастозное, гиперемировано, симметричное. Видимых повреждений нет. Зрачки симметричные, слегка сужены, реакция их на свет снижена. Мышечный тонус снижен, сухожильные рефлексы сохранены. ЧДД 26 уд. /мин. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 90 уд. /мин. АД 105/60ммрт.ст. Вопросы: 1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента. 2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Эталон ответа: 1. Алкогольная кома. 2. Алгоритм оказания неотложной помощи: оценить состояние пациента для определения лечебной тактики; провести промывание желудка (кома является относительным противопоказанием для промывания желудка и необходимо убедиться, что зонд не находится в дыхательных путях), ввести солевое слабительное, активированный уголь через зонд для освобождения ЖКТ от



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

отравляющего вещества; начать инфузионную терапию (реополиглюкин и полиглюкин,



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

0,9% раствор хлорида натрия, 5% раствор глюкозы, 4% раствор соды в/в) для выведения всосавшегося алкоголя из органов и тканей; ввести унитиола 5% - 10 мл, тиосульфата натрия 30% - 30-40 мл в/в для нейтрализации отравляющего вещества; ввести в/в манитол 15% (разовая доза 1-1,5 г/кг), лазикс 2-4 мл, оксibuтират натрия 10-20 мл, преднизолон 120-150 мг для борьбы с отеком мозга; провести оксигенотерапию для борьбы с гипоксией мозга; госпитализировать больного в токсикологическое отделение. Во время транспортировки проводить профилактику устранения острых дыхательных нарушений (аспирации рвотных масс, западения языка).

Задача 41. Больной обратился к зубному врачу хирургического кабинета стоматологической поликлиники с целью удаления зуба. Из анамнеза установлено, что у больного была аллергическая реакция на инъекцию пенициллина. Больному проведена анестезия 2% раствором новокаина. Через 3 - 5 минут состояние больного ухудшилось. Объективные данные: выраженная бледность, цианоз, обильный пот, тахикардия, артериальное давление резко снизилось; появилось ощущение покалывания, зуд кожи лица, чувство страха, ощущение тяжести за грудиной и затрудненное дыхание. Вопросы: 1. Определите неотложное состояние пациента. 2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Эталон ответа: 1. У пациента аллергическая реакция на новокаин в виде анафилактического шока по вине хирурга, который не учел, что пенициллин разводится новокаином. 2. Алгоритм оказания неотложной помощи: а) обколоть место инъекции 0,1% р-ром адреналина с целью снижения скорости всасывания аллергена; б) срочно вызвать врача для оказания квалифицированной медицинской помощи через третье лицо; в) уложить пациента с опущенной головой, придать возвышенное положение нижним конечностям с целью притока крови к головному мозгу; г) расстегнуть стесняющую одежду и обеспечить доступ свежего воздуха; д) осуществлять контроль за состоянием пациента (АД, ЧДД, пульс); е) положить на место инъекции пузырь со льдом; ж) ввести антигистаминные препараты с целью десенсибилизации (2% р-р супрастина или 2% р-р пипольфена или 1% р-р димедрола); приготовить противошоковый набор; з) выполнить назначения врача.

Задача 42. Больной К., 46 лет утром заметил резкое снижение зрения правого глаза до светоощущения. Накануне отмечал появление искр перед глазом. Больной длительное время страдает ревматоидным артритом. При офтальмоскопии виден молочный отек сетчатки, все видимые сосуды резко сужены, в макулярной области вишнево-красное пятно. Ваш диагноз, мероприятия экстренной помощи, лечение заболевания.

Эталон ответа: Острая непроходимость центральной артерии сетчатки. Экстренная госпитализация, улучшение реологии крови, сосудорасширяющие препараты, спазмолитики.

Задача 43. У больного Н., 23 года несколько дней назад появилась колышущаяся завеса перед левым глазом. Пациент имеет миопическую рефракцию (12,0Д). В анамнезе падение на улице в гололед. Предположительный диагноз, обследование, методы лечения.

Эталон ответа: Отслойка сетчатки. Офтальмоскопия, УЗ-сканирование глаза. Хирургическое лечение.

Задача 44. Пациент П., 55 лет после употребления неизвестного алкогольного



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

напитка к вечеру заметил резкое снижение зрения обоих глаз. Больной заторможен,

	МИНОБРНАУКИ РОССИИ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ») Факультет/ Фундаментальной медицины Кафедра общей и клинической патологии		
	Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь» по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика; 30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»		
Версия документа - 1	стр. 3 из 119	Первый экземпляр _____	КОПИЯ № _____

зрачки широкие, на свет не реагируют. На глазном дне определяется легкий перипапиллярный отек. В поле зрения – центральные скотомы. Ваш диагноз, тактика ведения больного?

Эталон ответа: Токсическое поражение зрительного нерва. Экстренная детоксикация, госпитализация.

Задача 45. К врачу консультативной поликлиники офтальмологической больницы обратился пациент, 36 лет, с жалобами на низкое зрение правого глаза. Со слов больного заметил случайно. Ранее острота зрения на оба глаза была высокой, по медицинской документации 1 год назад Visus OU = 1,0. При осмотре: Visus OD = 0,2 н/к, Visus OS = 1,0. OD – конъюнктива бледно – розовая, гладкая, прозрачная, передний отдел глаза без патологии, рефлекс с глазного дна ярко – розовый, диск зрительного нерва бледный монотонный, границы его четкие. Артерии сетчатки сужены, вены обычного калибра. Очаговой патологии не выявлено. OS – патологии не выявлено. Поставьте диагноз. Назовите возможные причины развития патологии. Определите план дальнейшего обследования и лечения пациента.

Эталон ответа: Диагноз: Частичная атрофия зрительного нерва OD. Дообследование у офтальмолога: исследование полей зрения на белый цвет и цветные метки, электрофизиологическое исследование зрительного анализатора, исследование зрительно вызванных потенциалов. Возможная причина заболевания – опухоль головного мозга. Обследование у невропатолога, рентгенография черепа, компьютерная томография головного мозга, магнитно-резонансная томография головного мозга.

Задача 46. На прием обратился молодой человек с жалобами на покраснение и боли в области левого глаза. Боли усиливаются в ночное время. Заболевание началось остро. Из анамнеза известно, что больной длительно страдает ревматизмом. Одновременно с появлением болей в глазу, появились боли в суставах. При осмотре: левый глаз - смешанная инъекция сосудов глазного яблока, на задней поверхности роговицы мелкие серые преципитаты, в передней камере гнойный экссудат. Радужка гиперемирована, зрачок узкий, глазное дно в норме. Вопросы: 1. Установить причину заболевания. 2. Поставить диагноз. 3. Назначить лечение

Эталон ответа: 1. Ревматизм. 2. Диагноз: Острый ревматоидный иридоциклит. 3. Противовоспалительное (антибиотики, НПВС, кортикостероиды), мидриатики, антигистаминные.

Задача 47. Больной 58 лет, обратился с жалобами на потерю зрения на левый глаз, сильные боли в глазу. Левый глаз заболел 2 часа тому назад после работы на огороде. Объективно: острота зрения левого глаза = 0. Внутриглазное давление 45 мм. рт. ст. При осмотре: выраженная застойная инъекция сосудов глазного яблока, роговицы отечная, передняя камера мелкая, зрачок 6 мм, на свет не реагирует, рефлекс, с глазного дна слабый из-за отека роговицы, детали глазного дна не видны. Вопросы: 1. Поставить диагноз. 2. Назначить лечение.

Эталон ответа: 1. Диагноз: Острый приступ глаукомы левого глаза. 2. 1-инстилляцией раствора пилокарпина по схеме, диакарб (1 таблетка 3 раза в день), литическая смесь с аминазином, промедолом, димедролом.

Задача 48. Больной 36 лет, обратился с жалобами на снижение зрения на правый глаз. В правый глаз что-то попало при работе с металлом. Болевой синдром отсутствует.



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

Объективно: острота зрения правого глаза =0,05 коррекция зрения не улучшает.



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

Внутриглазное давление в норме. При осмотре: поверхностная смешанная инъекция конъюнктивы глазного яблока, на роговице правого глаза линейная рана длиной 3 мм в меридиане трех часов в 1 мм от лимба, радужка структурная, серого цвета на обоих глазах, в хрусталике неравномерные помутнения с коричневым оттенком. Рефлекс с глазного дна слабый. Вопросы: 1. Поставьте диагноз. 2. Назначьте лечение.

Эталон ответа: 1. Диагноз: Проникающая рана роговицы с инородным (железным) телом внутри правого глаза. 2. Хирургическое (удаление инородного тела), противовоспалительное (а\б, десенсибилизирующая терапия)

Задача 49. Больная М., 18 лет, доставлена машиной «Скорой помощи» в приемное отделение. Жалобы на боль в горле слева, которая усиливается при глотании и открывании рта, общую слабость, повышение температуры тела до 39°C. Болеет около 10 дней. Получала лечение у терапевта в поликлинике по поводу лакунарной ангины. Были назначены полоскание глотки содой пищевой, пенициллин по 500 тыс. ЕД 4 раза в день внутрь 5 дней, анальгин. На фоне лечения значительное улучшение, но последние три дня вновь появилась боль в горле слева, повышение температуры тела. Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 38,8°C. При пальпации определяются мелкие болезненные подвижные передние шейные лимфатические узлы слева. Рот открывается на 2 см, при фарингоскопии – слизистая оболочка передней небной дужки слева гиперемирована, отечна, асимметрия зева за счет инфильтрации мягкого неба слева, смещения небной миндалины медиально и книзу. Вопросы: 1. Поставьте диагноз. 2. Назначьте лечение.

Эталон ответа: 1. Лакунарная ангина. Паратонзиллярный абсцесс слева. 2. Госпитализация в ЛОР отделение, вскрытие паратонзиллярного абсцесса, антибактериальная терапия, полоскание глотки антисептиками, анальгетики.

Задача 50. «Скорой помощью» в ночное время в ЛОР отделение доставлен ребенок 5 лет с затруднением дыхания, «лающим кашлем», охриплым голосом. Болен в течение 5 дней. Получал лечение у педиатра по поводу: ОРВИ. Острого ринофарингита. Назначено обильное питье и сосудосуживающие капли в нос. Три дня назад появился сухой кашель, повышение температуры тела до 37,8°C, ухудшение общего состояния, слабость. Со слов родителей вчера ночью во время приступа кашля у ребенка появилось затруднение дыхания. Вызвали «03» К моменту прибытия «Скорой помощи» дыхание улучшилось, но беспокоил сильный «лающий» кашель с мокротой. Врач рекомендовал обратиться утром к участковому педиатру. Утром осмотрен педиатром, лечение прежнее. Сегодня ночью вновь приступообразный кашель и затруднение дыхания. Вызвали «03». Объективно: общее состояние средней степени тяжести, температура тела 38°C. Ребенок возбужден, сидит, инспираторная одышка, акроцианоз. Риноскопия – слизистая оболочка полости носа умеренно гиперемирована отечна, скудно слизистой отделяемое. Мезофарингоскопия – слизистая оболочка ротоглотки, преимущественно задней её стенки гиперемирована, отечна. При непрямой ларингоскопии: слизистая оболочка гортани диффузно ярко гиперемирована, отечна, голосовые складки подвижны, голосовая щель сужена, обильно слизь из трахеи при кашле. Вопросы: 1. Поставьте диагноз. 2. Назначьте лечение.

Эталон ответа: 1. ОРЗ. Острый ринофаринголаринготрахеит. Острый воспалительный стеноз гортани II степени. 2. Госпитализация в инфекционное



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

отделение, антибактериальная терапия, глюкокортикостероиды, муколитики и



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

отхаркивающие средства, ингаляции с кортикостероидами и муколитиками.

Задача 51. Больная П., 40 лет, жалуется на боль в правом ухе, гноетечение из него, снижение остроты слуха, общую слабость. Болеет в течение 12 дней. На фоне острого насморка появилась заложенность правого уха, затем боль стреляющего характера, повышение температуры тела до 38,0°C. Через два дня появилось гноетечение из уха, боль уменьшилась, нормализовалась температура тела. Обратилась к отоларингологу в поликлинику, назначен 3% борный спирт на турундах в правое ухо, сосудосуживающие капли в нос, согревающие компрессы на ухо. На фоне проводимого лечения 2 дня назад вновь возникло гноетечение из уха, появилась боль в ухе и заушной области, повышение температуры тела до 37,8-38,2°C. Объективно: общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное, температура тела 38,0°C. При наружном осмотре: ушная раковина справа без воспалительных изменений, несколько оттопырена. Кожа сосцевидной области умеренно гиперемирована, пастозна, сглажена заушная складка. Пальпация козелка безболезненна, пальпация сосцевидного отростка болезненна. При отоскопии: слева без особенностей, справа – гной в наружном слуховом проходе, в костном отделе наружный слуховой проход сужен за счет отека кожи верхнезадней стенки. Барабанная перепонка гиперемирована, отечна, щелевидная перфорация в переднее-нижнем квадранте, из перфорации поступает, пульсируя гной. Вопросы: 1. Поставьте диагноз. 2. Назначьте лечение.

Эталон ответа: 1. Острый гнойный перфоративный средний отит справа. Острый гнойный мастоидит справа. 2. Срочная госпитализация в ЛОР отделение, хирургическое лечение – антромастоидотомия справа, антибактериальная терапия, анальгетики, дезинтоксикационная терапия, перевязки.

Задача 52. Больной Р., 24 лет, жалуется на боль в области носа, покраснение и припухлость носа, головную боль, общую слабость. Болен 3 дня. Объективно: Общее состояние удовлетворительное, температура тела 38°C. Кожа кончика и крыла носа слева гиперемирована и отечна. Пальпации мягких тканей носа и верхней губы слева болезненна. Инфильтрация верхней губы слева. При вестибулоскопии – в преддверии носа слева на крыле гиперемия кожи, конусовидный инфильтрат с гнойным стержнем в центре. Вопросы: 1. Поставьте диагноз. 2. Назначьте лечение.

Эталон ответа: 1. Абсцедирующий фурункул преддверия носа слева. 2. Госпитализация в ЛОР отделение, вскрытие абсцесса преддверия носа, антибактериальная терапия, анальгетики, перевязки.

Задача 53. Больная Н., 40 лет, жалуется на гноетечение из левого уха, снижение остроты слуха на него, головную боль. Болеет с 5-летнего возраста после того, как перенесла скарлатину. Ежегодно лечится амбулаторно и в стационаре, но гноетечение не прекращается. Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 36,7°C. Отоскопия слева – наружный слуховой проход широкий, кожа розовая, скудное слизисто-гнойное отделяемое в костном отделе. При туалете наружного слухового прохода определяется резкий неприятный запах гноя. Барабанная перепонка серая, мутная, отечна, рубцово изменена, перфорация в ненатянутой части, через которую видны грануляции и крошковидные белесоватые массы. Шепотную речь левым ухом не воспринимает, разговорную - с 2 метров. Вопросы: 1. Поставьте диагноз. 2. Назначьте лечение.



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

Эталон ответа: 1. Хронический гнойный эпитимпанит слева (грануляционно-

	МИНОБРНАУКИ РОССИИ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ») Факультет/ Фундаментальной медицины Кафедра общей и клинической патологии		
	Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь» по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика; 30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»		
Версия документа - 1	стр. 3 из 119	Первый экземпляр _____	КОПИЯ № _____

холестеатомная форма), обострение. Тугоухость слева II - III ст. 2. Госпитализация, хирургическое лечение – санирующая операция на среднем ухе слева, антибактериальная терапия, анальгетики, промывание полости антисептиками, инстилляцией ушных капель. При наличии оборудования и инструментов санирующая операция может быть дополнена реконструктивным этапом (тимпанопластика).

Задача 54. Больной, 34 лет поступил в клинику с жалобами на боли в области лица и наличие участков коричневого и черного цвета на щечной областях, подбородке и верхней губе. Из анамнеза выяснено, что пациент химик, на работе разбил колбу с серной кислотой, брызги попали на лицо, на месте лицо обработал раствором гидрокарбоната натрия. Больному был поставлен диагноз химический кислотный ожог лица. Какова должна быть тактика неотложной терапии данного пациента.

Эталон ответа: Введение обезболивающих средств – борьба с болевым шоком: наркотические анальгетики п/к, в/м – морфина гидрохлорид 1%-1мл, промедол 2%-1мл; Экстренная профилактика столбняка: п/к 1мл адсорбированного столбнячного анатоксина, через 30мин в другой участок тела 3000 МЕ противостолбнячной сыворотки; - в/в струйно преднизолон 60-90мг; -в/в струйно коргликон 0,06%-1мл или строфантин 0,05%-1мл на физ. р-ре.

Задача 55. На амбулаторном приеме в стоматологическом кабинете после проведения проводниковой анестезии 2%-4 мл лидокаина по поводу удаления 46 зуба стало резко ухудшаться общее состояние пациента: появилась слабость, давящее чувство за грудиной, бледность кожных покровов лица, рук, выступил холодный пот, появилась тошнота. Выраженная тахикардия, пульс слабый, артериальное давление резко падает. Появились судороги, потеря сознания. С момента появления первых неблагоприятных признаков прошло около 3-4 минут.

Эталон ответа: Если спустя 60-90 секунд больной не приходит в сознание, незамедлительно начинать вводить подкожно 1мл 0,1% раствора адреналина, внутривенно раствор кофеина или кордиамина 1-2мл. При отсутствии эффекта внутривенно вводят 20мл 40% раствора глюкозы с добавлением 1мл 0,1% раствора адреналина. Внутримышечно – 2-3мл 2,5% пипольфена или 1% раствора димедрола или 2% супрастина. При бронхоспазме внутривенно вводят 10мл 2,4% раствора эуфилина в 10мл 40% глюкозы. Наладить постоянное капельное введение внутривенно смеси 250-300мл 5% глюкозы + 2мл 0,1 раствора адреналина или мезатона, струйно ввести в вену 30-60мг преднизолона или 125-250мг гидрокортизона. При остановке сердца проводят непрямой массаж сердца с искусственным дыханием «рот в рот» или «рот в нос». После выведения больного из тяжелого состояния, необходима госпитализация в терапевтическое или аллергологическое отделение.

Задача 56. Больная С., 32 лет, предъявляет жалобы на выраженную общую слабость, потливость, повышение температуры тела до 38°C, которое сопровождается ознобом, приступы удушья по ночам, на приступы учащенного неритмичного сердцебиения. Около трех месяцев назад в гинекологическом отделении проводилось диагностическое выскабливание, на следующий день впервые было отмечено повышение температуры (максимально – до 37,8 град.), был проведен курс антибактериальной терапии с эффектом (температура нормализовалась), была выписана домой. Однако через два дня после выписки возобновились подъемы температуры тела



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

до субфебрильных цифр с ознобами, в дальнейшем температура достигала 38,7°C.



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

Самостоятельно принимала сумамед без эффекта, при осмотре гинекологом данных за воспалительный процесс в малом тазу получено не было. Постепенно нарастали слабость и одышка, периодически температура повышалась до 37,5 °С, по поводу которой принимала НПВП с временным эффектом. К врачу не обращалась. Неделю назад внезапно развился приступ учащенного сердцебиения, который сопровождался нарастанием одышки и купировался самостоятельно через 4 часа. С повторным приступом госпитализирована в клинику. В анамнезе пролапс митрального клапана I степени. При осмотре: состояние средней тяжести. Конституция астеническая. Температура тела 37,4 град. Кожные покровы и слизистые умеренно бледные, чистые. На конъюнктивах – единичные геморрагии. Акроцианоз. Отеки голеней и стоп. Отмечается гипермобильность суставов. ЧДД- 20 в минуту, дыхание жесткое, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Сердечный толчок не определяется. Сердце: левая граница на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии, правая граница по правому краю грудины, верхняя – по нижнему краю III ребра. Тоны сердца приглушены, выслушивается III тон. I тон на верхушке ослаблен, после него выслушивается шум, проводящийся в левую подмышечную область. ЧСС 122 удара в минуту, PS – 118 в мин, ритм сердца неправильный, АД 100/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень не выходит за край реберной дуги по правой среднеключичной линии, пальпируется слегка болезненный полюс селезенки (размеры ее 11x7 см). В ОАК - Нв 100г/л, эритроц. 3,4 млн., лейкоц. 9,6 тыс., п/я 7%, нейтр. 64%, лимф. 19%, тромбоц. 134 тыс., СОЭ 38 мм/час, об. белок 65 г, альб. 38 г, альфа-1 – 3%, альфа-2 – 8%, бета – 5%, гамма – 27%; СРБ +++ , IgG 2850 мг%, креатинин 98мкмоль/л. В ОАМ - рН5, уд. вес 1014, следы белка, сахара, ацетона нет, эритроц. 8-10 в п/зр., лейкоц. 01-2 в п/зр. На рентгенограммах органов грудной клетки: несколько увеличены 2-я и 3-я и 4-я дуги по левому контуру сердца, контрастированный пищевод отклоняется по дуге большого радиуса, плевральные синусы свободны. Вопросы: 1. Проведите диагностический поиск. 2. Сформулируйте предварительный диагноз. 3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований. 4. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии. 5. Каковы показания к оперативному лечению при данном заболевании. 6. Какова оптимальная тактика лечения больной на данный момент.

Эталон ответа: 1. На первом этапе диагностического поиска сочетание жалоб, характерных, с одной стороны, для инфекционного процесса (выраженная общая слабость, потливость, повышение температуры тела до 38,1 град, ознобы), а с другой - для заболевания сердца с развитием сердечной недостаточности и пароксизмальной тахикардии, по всей видимости, фибрилляции предсердий или трепетания предсердий с переменным коэффициентом проведения (одышка при небольших физических нагрузках, приступы удушья по ночам, которые постепенно купируются в положении сидя, приступы учащенного неритмичного сердцебиения, возникающие внезапно и купирующиеся в пределах 4-6 часов, преходящие отеки голеней и стоп) заставляет заподозрить развитие у больной инфекционного эндокардита. В пользу этого диагноза говорят такие данные анамнеза, как наличие у больной пролапса митрального клапана (предрасполагающий фактор), появление лихорадки после гинекологического вмешательства (пусковой фактор, непосредственно приведший к бактериемии),



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

неэффективность НПВП и кратковременных курсов антибактериальной терапии. На



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

втором этапе диагностического поиска при осмотре выявлены кардинальные признаки данного заболевания: новый шум регургитации (митральной), спленомегалия, а также лихорадка, признаки дилатации левого желудочка (что обусловлено развившейся митральной регургитацией и подтверждает диагноз сердечной недостаточности), выраженного поражения миокарда (ритм галопа), аускультативно – наиболее вероятно фибрилляция предсердий. На третьем этапе диагностического поиска выявлены дополнительные данные в пользу диагноза «инфекционный эндокардит» - лейкоцитоз со сдвигом влево, анемия, увеличение СОЭ, диспротеинемия, СРБ+++; повышение иммунных показателей (РФ, IgG), признаки гематурического варианта нефрита (в общем анализе мочи, увеличение преимущественно левых камер сердца (на рентгенограммах)).

2. Наиболее вероятно, таким образом, развитие у больной подострого вторичного (на фоне пролапса митрального клапана) инфекционного эндокардита, осложнившегося развитием гломерулонефрита. 3. Для верификации диагноза необходимо в первую очередь провести трехкратный посев крови на высоте лихорадки и ЭХО-КГ (трансторакальную и чреспищеводную) для выявления вегетаций на митральном клапане и уточнения степени митральной регургитации, фракции выброса левого желудочка, а также для исключения перикардита. Необходимо также провести анализ мочи по Нечипоренко, пробу Реберга (для уточнения характера и тяжести гломерулонефрита), определить коагулограмму. 4. Основными клиническими синдромами при инфекционном эндокардите являются неспецифический инфекционный, интоксикационный, тромбоэмболический синдромы, синдром поражения эндокарда, синдром иммунного поражения других органов и систем, а также гематологический синдром. Современная диагностика инфекционного эндокардита проводится на основании больших и малых диагностических критериев. К большим критериям относят положительную гемокультуру (типичные для инфекционного эндокардита возбудители, выделенные не менее, чем из двух проб крови) и доказательства поражения эндокарда (положительные данные ЭХО-КГ: свежие вегетации, или абсцесс, или вновь сформировавшаяся клапанная регургитация, или возникшая дисфункция протеза). К малым критериям относят 1) предрасположенность (кардиогенные факторы или частые внутривенные инъекции лекарств, в том числе при наркомании); 2) температура тела 38 град.С и выше; 3) сосудистые феномены (эмболии крупных артерий, инфаркт легкого, микотические аневризмы, внутричерепные кровоизлияния, пятна Джэнуэя); 4) иммунологические феномены (гломерулонефрит, узелки Ослера, пятна Рота, ревматоидный фактор+серозит, миокардит, гепатит, васкулит); 5) микробиологические данные (положительная гемокультура, не удовлетворяющая большому критерию, т.е. Однократная позитивная культура нетипичных для ИЭ возбудителей, или серологическое подтверждение активной инфекции, обусловленной потенциальным возбудителем ИЭ); 6) ЭХО-КГ данные, согласующиеся с ИЭ, но не отвечающие большому критерию (утолщение клапанных створок, «стертые» вегетации и т.д.); 7) изменения лабораторных показателей (анемия, сдвиг влево лейкоцитарной формулы, тромбоцитопения, резкое увеличение СОЭ, СРБ, гипопропротеинемия, гиперфибриногенемия, криоглобулинемия, положительный ревматоидный фактор, высокий уровень ЦИК, АНФ в низких титрах, протеинурия, гематурия). Учитывая эти критерии, можно поставить диагноз определенного



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

эндокардита (патологические критерии: микроорганизмы, выделенные из вегетаций,



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

эмболов или миокардиальных абсцессов, или патоморфологические изменения – вегетации или абсцессы миокарда, подтвержденные гистологически; клинические критерии: два больших критерия или один большой и три малых критериев или пять малых критериев), возможного эндокардита (результаты исследований согласуются с диагнозом эндокардита, но для определенного диагноза недостаточно критериев, а в отвергнутый эндокардит данные не укладываются) и отвергнуть этот диагноз (если имеются точный альтернативный диагноз, регресс симптомов при антибиотикотерапии до 4-х дней, отсутствие патоморфологических признаков эндокардита в операционном или аутопсийном материале при антибиотикотерапии до 4-х дней). 5. Показаниями к оперативному лечению при инфекционном эндокардите являются: устойчивость к антибиотикам различных групп в течение 3-4 недель; прогрессирующая вследствие клапанной деструкции (не миокардита!) сердечная недостаточность; выявление возбудителей, устойчивых к антибактериальной терапии (грибы, синегнойная палочка и др.); эндокардит протеза; абсцессы миокарда, клапанного кольца, внутрисердечные гнойные фистулы; крупные (более 10 мм), рыхлые, подвижные вегетации на клапанах или хордах (чреспищеводная ЭХО-КГ), угрожающие развитием тромбоемболий. 6. Больной необходимо в первую очередь купировать развившийся у нее пароксизма фибрилляции предсердий в пределах ближайших полутора суток - путем в/в введения 5 мг верапамила (изоптина), при неэффективности в/в введением кордарона под контролем уровня АД. Начать в/в антибактериальную терапию. Кроме того, показана терапия по поводу сердечной недостаточности (ингибиторы АПФ, малые дозы метопролола, диуретики), антиаритмическая терапия препаратами. Развитие у больной иммуногломерулонефрита требует решения вопроса о назначении малых доз преднизолона.

Задача 57. В здравпункт, где дежурит фельдшер, обратилась работница красильного цеха фабрики. Спустя несколько дней после инъекции раствора сульфата магния больную стали беспокоить боли в правой ягодичной области. Больная прощупала уплотнение, резко болезненное и горячее на ощупь. Температура тела последние два дня $38^{\circ} - 38,5^{\circ}$, знобит. Общее состояние больной относительно удовлетворительное АД – 180 / 90 мм.рт.ст., пульс ритмичен, напряжен, температура тела – $38,3^{\circ}$ в верхненаружном квадранте правой ягодичной области припухлость и гиперемия, размер участка гиперемии 8x 8 см., пальпацией определяется резко болезненное уплотнение, в центре его – отчетливая флюктуация. Вопросы: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Расскажите о причинах и профилактике данного заболевания. 3. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи с обоснованием каждого этапа. 4. Расскажите о диагностической и лечебной программе.

Эталон ответа: 1. Диагноз: Постинъекционный абсцесс правой ягодичной области. За данный диагноз говорят, во-первых, наличие болезненного инфильтрата с гиперемией кожи над ним и с симптомом флюктуации в центре; во-вторых, нарушения общего состояния – ознобы и высокая температура и, конечно, данные анамнеза о связи заболевания с инъекцией. 2. Причины и профилактика заболевания: Во время инъекции были нарушены требования асептики, занесена инфекция, в результате развился воспалительный процесс. Строжайшее соблюдение асептики при проведении инъекций — гарантия профилактики гнойных осложнений. 3. Алгоритм оказания неотложной помощи: измерение АД и температуры тела; введение раствора анальгина, антибиотика,



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

сердечных и гипотензивных препаратов; наложение асептической повязки на область



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

воспаления; обеспечение срочной транспортировки больной в хирургическое отделение. Больная страдает гипертонической болезнью, в связи с чем артериальное давление следует измерить и решить вопрос о введении гипотензивного средства. Раствор анальгина уменьшит болевые ощущения и несколько снизит температуру. Сердечные средства показаны, т. к. у больной высокая температура. На область абсцесса наложить сухую асептическую повязку, т. к. больная будет срочно транспортирована в хирургическое отделение, и там будет решаться вопрос о дальнейшем лечении. Транспортировка должна быть обеспечена или машиной скорой медицинской помощи, или транспортом предприятия, обязательно в сопровождении медицинского работника.

4. В хирургическом отделении будут сделаны общие анализы крови и мочи, осуществлена консультация терапевта. В данном случае показано оперативное лечение. Операцию целесообразно проводить под внутривенным наркозом (сомбревин, калипсол, виадрил). Премедикация – введение раствора промедола и раствора атропина. Гнойник вскрывается, гной удаляется, дальнейшее лечение проводится как гнойной раны: дренирование с применением гипертонического раствора и протеолитических ферментов. Можно использовать ультразвук, лучи лазера, диадинамические токи, обработку полости антисептическим раствором под давлением и другие методы. Необходимо строжайшее соблюдение асептики при всех манипуляциях, так как ассоциация усиливает патогенность микробов. Режим постельный. После очищения раны и начала роста грануляций рекомендуются повязки с индифферентными мазями, перевязки редкие, щадящие. Общее лечение по показаниям. Антибиотики назначаются с учетом чувствительности к ним микрофлоры.

Задача 58. Фельдшер скорой помощи осматривает женщину, кормящую мать, 25 лет, которая жалуется на боли в правой молочной железе, озноб, головную боль, повышение температуры до 39°C . 3 недели назад в молочной железе появились боли, железа увеличилась в объеме, поднялась температура до 39°C , появилась головная боль, чувство разбитости, пропал аппетит, кормление грудью стало болезненным. Лечилась водочными компрессами, самостоятельно пыталась сцеживать молоко. При осмотре: в больной железе отчетливо пальпируется плотное образование, размером 6х8 см, кожа над ним синюшно-багрового цвета, образование резко болезненно, в центре его размягчение диаметром 2см. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Вопросы: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Расскажите о дополнительных объективных методах исследования и методиках их проведения. 3. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи с обоснованием каждого этапа. 4. Расскажите о диагностическо-лечебной программе в стационаре.

Эталон ответа: 1. Диагноз. Острый лактогенный мастит справа в стадии абсцедирования. Диагноз поставлен на основании жалоб больной, анамнеза заболевания, а также осмотра, при котором обнаружено плотное образование, кожа над ним синюшно-багрового цвета, в центре размягчение. Общие признаки: повышение температуры, головная боль, разбитость, озноб указывают также на воспалительный характер заболевания. 2. Из дополнительных методов дообследования показана пальпация здоровой молочной железы. 3. Алгоритм оказания неотложной помощи: Больной показано оперативное лечение: вскрытие и дренирование абсцесса, поэтому она эвакуируется санитарным транспортом в отделение гнойной хирургии. На молочную



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

железу накладывают повязку, фиксирующую железу и поднимающую её. 4.



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

Диагностическая программа в стационаре: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови; пальпация молочных желез и периферических лимфатических узлов; рентгенография легких и УЗИ печени производятся с целью определения возможных метастатических гнойных очагов, учитывая давность заболевания; осмотр анестезиолога. Лечебная программа: Больной показана экстренная операция: вскрытие и дренирование абсцесса. Проходит она под общим обезболиванием (внутривенный наркоз сомбревином или гексиалом с ГОМКом), предварительно за 30-40 минут производится обязательно премедикация. В операционной начинают инфузионную терапию препаратами гемодинамического (полиглюкин, реополиглюкин) и дезинтоксикационного действия (гемодез), регуляторами водно-солевого обмена (дисоль, трисоль, физиологический раствор), 5% раствором глюкозы. В послеоперационный период инфузионную терапию надлежит продолжить при выраженной интоксикации. Стол общий с увеличенным объемом жидкости, витаминов. Антибиотикотерапия по схеме ЦАМ (кефзол, гентамицин, метронидазол). Ежедневные перевязки по правилам лечения гнойных ран в зависимости от фазы течения гнойного процесса. К здоровой молочной железе ребенка прикладывать для кормления весь период лечения, к больной – после прекращения гноетечения из раны или из соска, если оно было, а до этого производят сцеживание молока 3 раза в день. Показана также ретромаммарная новокаиновая блокада 0,25% р-ром 100-150 мл с добавлением трипсина 1 раз в 3 дня. Во время лечения больная пользуется хлопчатобумажными лифчиками на коротких бретельках, фиксирующих и поднимающих молочные железы. Больная выписывается с рекомендациями правильного ухода за молочными железами во время кормления: соблюдения гигиены, правил кормления, обязательного сцеживания молока после каждого кормления, смазывания трещин соска 1% раствором метиленового синего. После кормления к соскам прикладывают салфетки, смоченные вазелиновым маслом.

Задача 59. Вызов бригады СМП к новорожденному ребёнку 25 дней жизни. Мальчик от 2-й беременности, 2-х преждевременных родов в сроке 34 недели. У матери ожирение II степени, рецидивирующий вагиноз. Беременность протекала с угрозой прерывания в 10 недель. Состояние при рождении было средней тяжести, масса тела 1900 г, оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. В периоде ранней адаптации наблюдался СДР умеренной степени, обусловленный ателектазами легких, неврологические симптомы общего угнетения, нарастающая желтуха, прогрессирующая потеря массы. К 7-м суткам жизни масса тела 1700 г. Выписан по настоянию родителей на 23 сутки жизни с массой тела 1900 г. Лабораторное исследование. Общий анализ крови при рождении: НЬ - 180 г/л; Ег - 5,3-1012/л; лейкоц. - 12-109 /л; п - 8 %, с - 52 %; л - 28 %; м - 12 %; ИС=0,13. СР-Б в пуповинной крови (+), средние молекулы — 0,4 у.е. На 7-е сутки жизни общий анализ крови: Ег — 3,8-1012/л; НЬ - 130 г/л; лейкоц. - 4,6-109 /л; ю - 1 %; п -17 %, с - 29 96; л - 53 %; м - 1 %; ИС = 0,62; СОЭ -25 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий белок 49 г/л; билирубин — 198,6 мкмоль/л; мочевины — 9,1 ммоль/л; К — 3,9 ммоль/л; Na — 128 ммоль/л; сахар крови — 3,5 ммоль/л; СР-Б (++) ; СМ - 0,8 у.е. Иммуноглобулины в сыворотке крови: М — 0,6 г/л; А - 0,15 г/л; G - 5,6 г/л. При осмотре врача СМП резко заторможен. Кожа серовато-желтушного цвета, отек и гиперемия кожи вокруг пупка, пупочная ранка покрыта кровянистой корочкой, выбухает. Выше пупка пальпируется плотный тяж. Дыхание аритмичное по частоте и глубине, ЧД — 60 в 1 мин, при



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

аускультации — ослабленное, мелкопузырчатые влажные хрипы непостоянной



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

локализации. Тоны сердца глухие, ЧСС — 150 в 1 мин. Общая мышечная гипотония, гипорефлексия. Живот вздут, при пальпации напряжен, печень +2 см, селезенка + 0,5 см. Стул жидкий, с примесью белых комочков и зелени. Температура тела 35,1°С. Вопросы: 1. Диагноз. 2. Необходимые мероприятия неотложной медицинской помощи. 3. мероприятия неотложной помощи в стационаре.

Эталон ответа: 1. Диагноз: Сепсис новорожденного (септицемия, гнойный омфалит, флебит пупочной вены). Септический шок. Недоношенность 34 недели. 2. Доступ к вене Инфузия физиологического раствора и 5% р-ра глюкозы 10-20 мл/кг/час с подключением микроструйного введения допамина 6-10 мкг/кг/мин при отсутствии улучшения параметров гемодинамики Гидрокортизон 25 мг Оксигенотерапия 50% O₂ Мониторинг параметров гемодинамики и дыхания Необходима экстренная госпитализация в отделение реанимации и интенсивной терапии. Транспортировка в кювезе. 3. 1. Новорожденные, больные сепсисом, выхаживаются в кювезе, с проведением оксигенотерапии, адекватной степени дыхательной недостаточности. При тяжелом течении сепсиса проводится парентеральное или парентерально-энтеральное питание с увеличением суточного калоража. Необходимо тщательное соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов. 2. Стартовая антибактериальная терапия при неизвестном возбудителе — сочетание полусинтетических пенициллинов с цефалоспоридами II—III поколений или аминогликозидами (гентамицин, нетромицин и др.) или цефалоспоринов с аминогликозидами. После уточнения возбудителя — назначение антибиотиков с учетом чувствительности выделенного штамма микроорганизма. При госпитальной инфекции используют «защищенные» пенициллины (амоксиклав, уназин и др.) в сочетании с цефалоспоридами III—IV поколений (роцефин, лонгацеф, оритаксим и др.) или аминогликозидами II—III поколений (амикацин, нетромицин, нетилмицин). При тяжелом течении сепсиса и высокой резистентности к антибиотикам применяют антибиотики резерва: ванкомицин, кларитромицин, рифампицин, карбопенемы (имепенем, тиаenam). Фторхинолоновые антибиотики (ципрофлоксацил) применяют лишь по жизненным показаниям. При анаэробной флоре применяют метронидазол, при генерализованном кандидомикозе — амфотерицин В, флюцитозин, дифлюкан. Для лечения сепсиса всегда используют сочетание 2 антибиотиков (при молниеносном течении — 3) в дозах, превышающих обычные в 1,5—2 раза, которые вводят внутривенно, курсами по 7—10 дней (до 14), непрерывно, до улучшения состояния. Для профилактики дисбактериоза используют пробиотики (лактобактерин, биофлор и др.) 3. Для усиления иммунной защиты организма в остром периоде сепсиса используют иммуноглобулины и плазму направленного действия (антистафилококковый иммуноглобулин и плазма, антиэшерихиозная, антисинегнойная плазма), иммуноглобулин для внутривенного введения (сандоглобулин, пентаглобин и др.). Применяют также бактериофаги (стафилококковый, протейный), лизоцим, УФО и лазерное облучение крови. В тяжелых случаях используют экстракорпоральную иммунокоррекцию: плазмаферез, гемосорбцию, ЗПК. В восстановительном периоде при затяжном течении сепсиса после проведения иммунологического исследования назначают: — при недостаточности клеток макрофагально-моноцитарной системы: ликолипид, полиоксидоний, дибазол, нуклеинат натрия, бактериальные и дрожжевые полисахариды (продигиозан, бронховаксом), растительные адаптогены (эхинацея,



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

элеутеракокк, алоэ и др.); — при дефекте клеточного звена иммунитета: гормоны тимуса



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

(тимоген, тактивин, тималин), полиоксидоний, имунофан, димефосфон. 4. С целью детоксикации и коррекции метаболизма проводится инфузионная терапия (10% раствор глюкозы, физиологический раствор), введение растворов электролитов, при парентеральном питании — аминокислотных смесей (вамин и др.) 5. При декомпенсированном ДВС-синдроме назначают ангиопротекторы, ингибиторы протеолиза (овамин, контрикал), свежезамороженную плазму. Для улучшения кардиодинамики используют адреномиметики (дофамин, добутамин), титрование эуфиллина. Проводят также лечение отечного, энцефалитического и других синдромов.

6. Санация местных гнойных очагов

Задача 60. Больная Н., 30 лет, страдает Аддисоновой болезнью в течение 13 лет, постоянно принимает по утрам по 5 мг преднизолона, соблюдает диету. Добавляет к пище по 10 г соли. Четыре дня тому назад заболела гриппом с высокой температурой (39,8 С), принимала аспирин по 0,5 3 раза в день. Температура тела снизилась, однако состояние значительно ухудшилось: появились тошнота, резкая боль в животе, частая рвота, не приносящая облегчения. В тяжелом состоянии доставлена в больницу. Объективно: сознание затемнено, кожа гиперпигментирована с характерным для Аддисоновой болезни усилением, сухая, холодная. Пульс 56 в минуту, нитевидный, АД 60/20 мм рт.ст. Тоны сердца резко ослаблены, живот участвует в акте дыхания, мягкий, при пальпации болезненный. Вопросы: 1. Поставьте и обоснуйте диагноз. 2. Какую неотложную медицинскую помощь необходимо оказать больной.

Эталон ответа: 1. Аддисонова болезнь первичная. Острая надпочечниковая недостаточность на фоне гриппа. 2. 1) Массивная кортикостероидная терапия: 100 — 150 мг гидрокорти-зона сукцината в/в струйно, далее – постоянная в/в инфузия по 50-100 мг каждые 4-6 часов. После выведения больного из коллапса и повышения артериального давления выше 100 мм рт. ст. возможен переход на в/м введение каждые 4 - 6 часов по 50-75 мг. Общая доза гидрокортизона за 1-е сутки обычно составляет 400—600 мг, но может превышать 1000 мг. Введение гидрокортизона следует сочетать с внутримышечными инъекциями ДОКСА по 5 мг (1 мл) 0,5% раствора 1 —2 раза в сутки. 2) Борьба с обезвоживанием и шоком: объем вводимой жидкости за сутки составляет 2,5—3,5 л. Вводят растворы натрия хлорида, глюкозы, полиглюкин в дозе 400 мл или плазму. При неукротимой рвоте внутривенно - 5-10 мл 10% р-ра натрия хлорида. При явлениях отека мозга переливают маннитол, назначают мочегонные препараты. 3) Этиотропная терапия: устранение причины надпочечниковой недостаточности (антибактериальная терапия, антитоксическая, гемостатическая). 4) Симптоматическая терапия: сердечные гликозиды, седативные.

Задача 61. Больная 36 лет обратилась к участковому врачу 15 февраля, на третий день болезни, с жалобами на головокружение, общую слабость, боль в подложечной области, сухость во рту, двоение в глазах. Заболевание началось с тошноты, однократной рвоты съеденной пищей. Со второго дня болезни беспокоила тупая постоянная боль в подложечной области, резчайшая слабость, двоение, а глазах. С трудом дошла до поликлиники из-за головокружения и неотчетливости контуров окружающих предметов. Перенесенные заболевания: хронический безкаменный холецистит, хронический панкреатит. Объективно: состояние средней тяжести. Температура 36,6°С. Лицо бледное. Менингеальных знаков нет. Голос глухой. Имеется сужение левой глазной щели и



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

сглаженность левой носогубной складки. Левый зрачок су жен. В легких везикулярное



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

дыхание. Тоны сердца глуховатые, ритм правильный. Пульс 60 в минуту удовлетворительного качества. АД 110/65 мм. рт.ст. Язык слегка обложен беловатым налетом, отмечается отклонение его влево. Живот вздут, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стула не было трое суток. Вопросы: 1. Какие данные эпиданамнеза необходимо уточнить? 2. Ваш предварительный диагноз. 3. Какое требуется лечение?

Эталон ответа: 1. Употребление консервированных продуктов, сала, копченостей, приготовленных в домашних условиях, рыбы. 2. Ботулизм. Необходимо дифференцировать с пищевой токсикоинфекцией., энцефалитом. 3. Больную следует обязательно госпитализировать, промыть желудок и кишечник, ввести противоботулиническую сыворотку, затем проводить дезинтоксикационную, десенсибилизирующую, давать антибактериальную терапию.

Задача 62. Больной С., 38 лет, колхозник, работал в течение последних 2-х недель на сенокосе, жил на полевом стане. Больных в стане нет. Воду для питья и приготовления пищи доставляют из колхоза, иногда употреблял воду для питья из ручья. Заболел 2 дня назад остро. Беспокоили сильный озноб, резкая головная боль, слабость, боли во всем теле, особенно в пояснице, тошнота, каждый день рвота, мучительная икота. Отмечал яркую гиперемия лица, шеи, верхней части туловища («симптом капюшона»), инъекцию сосудов склер, «пылающий зев». В первые дни заболевания госпитализирован в инфекционное отделение районной больницы с диагнозом: Подозрение на грипп. Общее состояние тяжелое, временами бред. Температура 39-40°C. Патологических изменений со стороны мочи нет. 8 На третий день пребывания в больнице появилась мелкоточечная петехиальная сыпь на груди, спине, верхних конечностях. Несколько раз наблюдалось носовое кровотечение. При повторном анализе мочи - белок 2,5 мг/л, в большом количестве эритроциты, лейкоциты, цилиндры. Температура тела нормальная, состояние больного тяжелое, сознание спутанное, частая рвота с примесью крови, анурия. Вопросы: 1. Ваш предполагаемый диагноз, его обоснование. 2. Методы диагностики заболевания. 3. Определите цели и составьте план вмешательства.

Эталон ответа: 1. Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, олигоурический период, тяжелое течение. Обоснование диагноза: острое начало с лихорадки, озноба, спутанное сознание, боли в пояснице, рвота, синдром «капюшона», инъекция сосудов склер, гиперемия зева, мелкоточечная петехиальная сыпь на теле, носовое кровотечение, анурия; в ОАМ – протеинурия, цилиндрурия, микрогематурия, пиурия. 2. Клинико-эпидемиологический, серологический (ИФА, РНГА), ПЦР. 3. По назначению врача проводит инфузионную терапию, десенсибилизирующую терапию, ставит мочегонные. Для снятия симптомов интоксикации и поддержания функций почек антикоагулянты, ингибиторы протеаз, по показаниям - экстракорпоральный гемодиализ.

Задача 63. Больной Н., 43 лет, заболел остро, когда появились озноб, общая слабость, головокружение, ломота во всем теле, появились схваткообразные боли в нижнем отделе живота, частый жидкий стул. На второй день состояние ухудшилось, температура тела повысилась до 40°C, усилились схваткообразные боли внизу живота, жидкий стул со слизью до 20 раз в сутки, ложные позывы на акт дефекации. Из эпидемиологического анамнеза выяснено, что за день до заболевания употреблял в пищу



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

ливерную колбасу вместе с сослуживцем, у которого регистрируется аналогичная



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

симптоматика. При осмотре: больной бледный, язык влажный, обложен серо-грязным налетом, живот при пальпации мягкий, болезненный по ходу толстого кишечника, болезненность в эпигастрии, левой подвздошной области, по ходу 14 толстого кишечника. Сигмовидная кишка спазмирована, болезненна. Пульс - 90/мин., ритмичный, АД - 110/80 мм рт. ст. Менингеальный синдром отсутствует. Мочеиспускание безболезненное. В копрограмме: эритроциты - 5-8 в поле зрения, лейкоциты - 8-12 в поле зрения, слизи много. В периферической крови: L-13,7*10⁹ /л, СОЭ-20 мм/час, э-0%, ю-1%, п35%, с-56%, лимф. -6%, м-2%. Вопросы: 1. Ваш диагноз и его обоснование. 2. Определите план вмешательства.

Эталон ответа: 1. Острый шигеллез, колитический вариант, средней степени тяжести. Диагноз выставлен на основании острого начала, интоксикации, лихорадки, схваткообразных болей в нижних отделах живота, частого жидкого стула со слизью, ложных позывов на акт дефекации, характерных изменений в копрограмме (эритроциты, лейкоциты, слизь), умеренного лейкоцитоза со сдвигом влево и умеренно ускоренной СОЭ в периферической крови, сведений эпидемиологического анамнеза. 2. По назначению врача дают больному фторхинолоны, ферменты, проводят дезинтоксикационную терапию для снятия симптомов интоксикации и диарейного синдрома.

Задача 64. Больная К., 66 лет, заболела остро: в 22 часа появились обильная рвота до 5 раз, приносящая облегчения, сначала желудочным содержимым, а затем желчью, озноб, частый жидкий стул желтоватого цвета. В 2 часа ночи 18 отмечались судороги икроножных мышц, в 4 часа ночи – кратковременная потеря сознания. Доставлена по скорой помощи в инфекционный стационар. Из эпидемиологического анамнеза: в день заболевания употребляла в пищу мясной салат, заправленный майонезом, хранившийся при комнатной температуре. При поступлении: больная беспокойна, жалуется на тянущие боли в икроножных мышцах, слабость, головокружение. В приемном покое была 2 раза рвота. Состояние тяжелое. Температура тела 36°C. Кожные покровы холодные на ощупь, цианоз губ, кончика носа Слизистая полости рта сухая. Язык обложен густым беловатым налетом. Голос сиплый, говорит с усилием, временами переходит на шепот. Наблюдались периодические судорожные подергивания икроножных мышц, кистей, стоп и пальцев ног. Тургор кожи снижен, особенно на тыльной стороне кистей и стоп. Пульс 124/мин., АД-70/50 мм рт. ст., ЧДД-28/мин. Живот несколько вздут, чувствительный в эпигастрии, урчание при пальпации тонкой кишки. Стул водянистый, желтоватого цвета. Вопросы: 1. Ваш диагноз и его обоснование. 2. Определите план вмешательства.

Эталон ответа: 1. Пищевая токсикоинфекция, гастроэнтеритический вариант, тяжелое течение, осложненное гиповолемическим шоком II степени. Диагноз выставлен на основании эпиданамнеза, короткого инкубационного периода, острого начала, выраженных диспепсических явлений (рвота, жидкий стул), тахикардии, гипотонии, судорожного синдрома, акроцианоза, сухости кожных покровов и слизистых). 2. По назначению врача проводят регидратационную терапию солевыми растворами (стартовым является ацесоль) в объеме не менее 6% от массы тела внутривенно капельно быстро для снятия симптомов заболевания.

Задача 65. Больная С. 40 лет, после внутривенной инъекции 1,2г амоксиклава через



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

2 минуты стала предъявлять жалобы на резкую общую слабость, тошноту, ощущение



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

жара во всем теле, зуд кожи, кашель, затруднение дыхания на выдохе. В сознании. На коже лица и туловища – ярко красные крупные пятна с неровными краями. Тоны сердца приглушены, пульс 114 в минуту. АД 80 и 50 мм рт ст. В легких выслушиваются рассеянные сухие и влажные хрипы, ЧДД 28 в минуту, выдох удлинён. Вопросы: 1. Назовите неотложное состояние, его диагностические критерии. 2. Причины и механизмы развития данного неотложного состояния. 3. Ваш диагноз. 4. Ваша тактика, необходимые лечебные мероприятия.

Эталон ответа: 1. Анафилактический шок. Диагностические критерии: - развитие неотложного состояния через 2 минуты после внутривенной инъекции амоксициллина; - артериальная гипотензия (80 и 50 мм рт ст), тахикардия 114 в минуту; - нарушение функции дыхания (кашель, затруднение дыхания, рассеянные сухие и влажные хрипы, ЧДД 28 в минуту); - реакция кожи (гиперемия, крупные пятна с неровными краями, зуд кожи). 2. Попадание аллергена (амоксициллин) в sensibilized организм → соединение его с антителами на клетках мишенях (тучных клетках, базофилах) с последующей их активацией → образование и секреция различных медиаторов (гистамина, фактора активации тромбоцитов, эозинофильного хемотаксического фактора и т.д.) → увеличение сосудистой проницаемости, сокращение гладкой мускулатуры бронхов, расслабление гладких мышц сосудов → относительная гиповолемия + уменьшение возврата венозной крови к правым отделам сердца → снижение сердечного выброса, снижение артериального давления. 3. Анафилактический шок на введение амоксициллина, средней степени тяжести. 4. При появлении вышеописанных симптомов: Немедленно ввести внутримышечно 0,5 мл 0,1% раствор адреналина. Срочно развести 1 мл 0,1% раствора адреналина в 400 мл раствора кристаллоида. Через систему для инфузии приготовленный раствор титровать со скоростью 20-60 капель в 1 минуту до нормализации АД. При невозможности срочного приготовления раствора для титрования - внутривенно медленно ввести шприцем 0,5 мл 0,1% раствора адреналина в 20 мл кристаллоида. Смесь вводить по 0,2 – 1 мл с интервалами 30 – 60 сек. с оценкой клинического эффекта. Одновременно в другую вену ввести объем-восстанавливающие растворы (кристаллоиды, рео- и полиглюкин). Стартовый объем вводимых замещающих растворов – 2 л. При отсутствии эффекта → внутривенное капельное титрование 1мл 0,2% раствора норэпинефрина в 500 мл 5% раствора глюкозы. При отсутствии эффекта → внутривенное капельное титрование 5мл 4% раствора допамина в 400 мл кристаллоида. Титровать со скоростью 12 – 30 капель в 1 минуту. Внутривенно капельно ввести преднизолон 1 – 3 мг/кг каждые 4-6 часов в течение 24 часов. Наладить дыхание увлажненным кислородом. При отсутствии эффекта и сохраняющейся гипотензии, и дыхательной недостаточности → консультация реаниматолога (интубация трахеи, искусственная вентиляция легких и другие реанимационные мероприятия).

Задача 66. К мальчику 3-х лет на дом вызвана бригада скорой помощи. Около 20 минут назад появились жалобы на беспокойство, резкую головную боль, затруднение дыхания, полиморфную сыпь по всему телу с зудом. Установлено, что за 30 минут до прибытия бригады скорой помощи больному по поводу двусторонней мелкоочаговой пневмонии была сделана первая инъекция 0,5 ампициллина внутримышечно. В возрасте 2-х лет при лечении оспеном по поводу острого гнойного отита была реакция в виде кратковременной аллергической сыпи. На момент осмотра ребенок заторможен. На коже



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

лица, туловища, конечностей уртикарная сыпь на бледном фоне. Холодный, липкий пот.



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

Затруднен выдох. Частота дыхания - 56 в 1 мин. Аускультативно дыхание проводится равномерно с обеих сторон, рассеянные мелкопузырчатые и субкрепитирующие хрипы. Перкуторно - звук с коробочным оттенком. Границы сердца не расширены, тоны приглушены. АД- 60/20 мм рт. ст., пульс - 160 уд/мин, нитевидный. Живот доступен пальпации, имеется умеренная болезненность без определенной локализации. Печень + 1 см из-под края реберной дуги. В течение последнего часа мочеиспусканий не было. Вопросы: 1. Диагноз. 2. Первая врачебная помощь.

Эталон ответа: 1. DS. Лекарственный анафилактический шок (на ампициллин). 2. Терапия Адреналин 10 мкг/кг 1,5 мл 0,01% р-ра (разведение 1:10!) в/в, в/м Придать больному горизонтальное положение с несколько приподнятыми ногами. Полость рта и дыхательные пути очистить от слизи, повернуть голову ребенка набок для предупреждения аспирации. Измерение АД каждые 2-3 минуты. Предупредить потери тепла Доступ к вене и в/в струйно преднизолон 3 мг/кг 100% оксигенотерапия При сохранении явлений бронхоспазма – ингаляция сальбутамола 1,25 мг или беродуала с помощью небулайзера Если на этом фоне сохраняется артериальная гипотензия, то в/в капельно допамин 5-10 мкг/кг/минуту или адреналин в 50,0 мл изотонического раствора NaCl 0,1-1,0 мкг/кг/мин, кристаллоиды в/в со скоростью не менее 10 мл/кг/час и выше под контролем уровня АД При появлении уртикарных элементов на коже возможно дополнительное введение H1- блокаторов (супрастин). В случае длительного сохранения коллапса – подключение, после введения H1-блокаторов, H2-блокаторов в условиях отделения реанимации Госпитализация в отделение реанимации

Задача 67. Больной по поводу ангины получал амоксициллин и аспирин. Внезапно после приема лекарств появилось жжение вокруг рта и отек верхней губы. Решив, что это реакция на лекарственные препараты, больной прекратил прием аспирина, а амоксициллин заменил на аугментин. К концу дня отек распространился на все лицо, веки, и больной вызвал «скорую помощь». Вопросы: 1. Диагноз больного. 2. Какова причина ухудшения состояния. 3. Неотложная помощь. 4. Дальнейшие рекомендации.

Эталон ответа: 1. Отек Квинке лекарственного генеза. 2. Лекарственная аллергия на амоксициллин. Ухудшение связано с приемом однокурсового препарата. 3. Ввести Sol.Prednizoloni3% 1mlв/м иSol.Tavegili2mlв/м. 4. Не принимать препараты пенициллинового ряда, в том числе полусинтетика, защищенные пенициллины и цефалоспорины. При назначении высокоаллергенных препаратов показано проведение скарификационных проб.

Задача 68. К девочке 4 лет вызвана бригада «Скорой помощи». 20 минут назад появились жалобы на беспокойство, резкую головную боль, затруднение дыхания, сыпь по всему телу с зудом. Из анамнеза известно, что ребенок болен в течение 2 дней двусторонней пневмонией. Участковый врач осмотрел ребенка и назначил амициллин в/м. Первая инъекция была выполнена за 30 минут до прибытия бригады «Скорой помощи». В возрасте 2 лет ребенок болел острым гнойным отитом, лечился оспеном, на который была реакция в виде кратковременной аллергической сыпи. На момент осмотра ребенок заторможен. На коже туловища, конечностей – уртикарная сыпь на бледном фоне. Холодный липкий пот. Затруднен выдох, ЧД-56 в 1 минуту. Аускультативно дыхание проводится равномерно с обеих сторон, рассеянные мелкопузырчатые и крепитирующие хрипы. Перкуторно – звук с коробочным оттенком. Границы сердца на



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

расширены, тоны приглушены. Пульс нитевидный, с частотой 160 в 1 минуту. АД – 60/20

	МИНОБРНАУКИ РОССИИ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ») Факультет/ Фундаментальной медицины Кафедра общей и клинической патологии		
	Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь» по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика; 30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»		
Версия документа - 1	стр. 3 из 119	Первый экземпляр _____	КОПИЯ № _____

мм рт. ст. Живот доступен пальпации, умеренная болезненность без определенной локализации. Печень +1см из-под края реберной дуги. В течение последнего часа мочеиспускания не было. Вопросы: 1. Сформулируйте диагноз. 2. Первая врачебная помощь. Дальнейшая тактика лечения.

Эталон ответа: 1. Лекарственный анафилактический шок средней степени тяжести. 2. Внутривенно или под язык эпинефрин 0,1% раствор 0,4мл, преднизолон 40мг, начать инфузионную терапию кристаллоидами из расчета 30 мл/кг. Ингаляция сальбутамола и в/в раствор аминофиллина (эуфиллин) 2,4% 6мг/кг, димедрол 1% раствор 0,05мл/кг парентерально, инфузионная терапия – кристаллоиды 30мл/кг/час. Экстренная госпитализация в отделение интенсивной терапии, в положении лежа, при постоянном проведении инфузионной терапии.

Задача 69. Больная Г., 27 лет, обратилась за помощью с жалобами на внезапно появившийся нарастающий отек в области губ, век, шеи, осиплость голоса, одышку, затрудненное дыхание, слабость, тошноту. Состояние развилось через 30 мин. после инъекции гентамицина. Объективно: на лице значительно выраженный отек, плотный, бледный, язык с трудом умещается во рту. Температура тела 37,3°C. Пульс 110 уд/мин. АД 150/90 мм рт. ст. Вопросы: 1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациентки. 2. Укажите причины, приводящие к возникновению данного осложнения. 3. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи при данном состоянии.

Эталон ответа: 1. Отек Квинке - остро развивающийся, быстро проходящий аллергический отёк кожи, подкожной клетчатки и слизистых оболочек. Анафилактоидные реакции — результат дегрануляции тучных клеток без участия IgE. 2. Причины: пероральное и парентальное введение лекарств, в т.ч. с диагностической целью, пищевые продукты (морепродукты, цитрусовые и др.), укусы насекомых и др. относится к немедленному типу аллергической реакции. 3. Доврачебная помощь: вызвать скорую помощь; исключить действие аллергена (отменить лекарство, вид пищи, вызывающий аллергию); успокоить больного (снять эмоциональную нагрузку); обеспечить доступ свежего воздуха: снять пояс, расстегнуть застёжку у ворота рубахи, открыть форточку; положить холодный компресс на пораженную область для уменьшения интенсивности зуда и отека; закапать в нос сосудосуживающие капли. Первая врачебная помощь заключается во введении больному антигистаминных средств (например, в/мышечно супрастин или димедрол). Больной транспортируется в стационар, в случае необходимости оказывается помощь в специализированном отделении. Десенсибилизирующая терапия: преднизолон или дексазон в/в и в/м. При тяжелом бронхоспазме - ингаляционные бета₂-адреностимуляторы (сальбутамол, 0,5 мл (2,5 мг) в 2,5 мл 0,9% NaCl. Кортикостероиды (гидрокортизон 500 мг в/в).

Задача 70. Вызов скорой помощи. Девочка 5 лет заболела внезапно. После укуса осы в кисть правой руки появилось резкое беспокойство, отек правой руки. Состояние ребенка крайне тяжелое, сознание затемнено. Кожные покровы бледные, акроцианоз. В месте укуса отмечается волдырь. Дыхание поверхностное, выражена одышка. Пульс слабый 140 ударов в минуту. Вопросы: 1. Ваш предположительный диагноз. 2. Тактика. Алгоритм неотложной помощи.

Эталон ответа: 1. Анафилактический шок на укус осы. 2. Срочная госпитализация ребенка в реанимационное отделение. Доступ к вене. Уложить ребенка горизонтально,



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

приподнять ноги, зафиксировать язык, голову повернуть набок. Работать в паре или



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

бригадой. 0,1% р-р адреналина гидрохлорида 0,1 мл/год жизни в/в струйно каждые 5 минут (следить за АД, пульсом) или в/м в корень языка, или вылить под язык либо эндотрахеально при ИВЛ (дозу увеличить в 3 раза). Восполнение ОЦК: глюкозо-солевые р-ры (10% р-р глюкозы, Рингер, Диссоль и др.) в/в струйно до стабилизации АД, затем капельно 10 мл/кг. При падении АД (шок 1 степени) – в/в капельно со скоростью 5-15 мг/кг/мин добутина гидрохлорида; при шоке 2 степени - в/в капельно со скоростью 5-15 мг/кг/мин добутина гидрохлорида и р-р адреналина гидрохлорида 0,1% 0,1 мг/кг/час (0,05 мл на год жизни - разовая доза). Предпочтительнее 0,4% р-р дексаметазона (в 1 мл - 4 мг) в расчете по преднизолону (1:4) либо 3% р-р преднизолон 5-10 мг/кг (в 1 мл - 30 мг) в/вено. При бронхоспазме ингаляции ГКС и β_2 адреномиметиков (беротек, беродуал) 1-2 дозы или 2,4% р-р эуфиллина. Кислородотерапия, ИВЛ, СЛР по необходимости.

Задача 71. Вы работаете в детском отделении стационара. Ребенку 5 лет, находящемуся на лечении по поводу ревматизма, родители принесли передачу, которая включает следующие продукты: печенье, яблоки, апельсины, курагу, шоколад. После еды у ребенка на верхней губе появился отек слизистых оболочек с ощущением распирания, безболезненный, при надавливании на место отека не образуется ямка. На коже лица, туловища и конечностей внезапно появились уртикарные элементы, окруженные зоной гиперемии, с отеком и зудом, с тенденцией к слиянию. Вопросы: 1. Ваш предварительный синдромный диагноз. 2. Тактика. Неотложная помощь.

Эталон ответа: 1. Острая аллергическая реакция на продукты, отек Квинке верхней губы, крапивница. 2. Водно-чайная пауза на 6-12 часов, промывание желудка, очистительная клизма, дача сорбентов, медикаментозная терапия: ГКС, антигистаминные препараты, наблюдение. 0,4% р-р дексаметазона (в 1 мл - 4 мг) либо 3% р-р преднизолон 5-10 мг/кг (в 1 мл - 30 мг) в/вено или в/мышечное. Антигистаминные препараты - тавегил в/мышечно 0,025 мг/кг; в/мышечно 2% р-р супрастина 0,5-1,0-2,0 мл. При бронхоспазме ингаляции ГКС и β_2 адреномиметиков (беротек, беродуал) 1-2 дозы, кислородотерапия. Готовность к коникотомии и ИВЛ. Орошение слизистой оболочки гортани 0,1% р-ром адреналина гидрохлорида 0,3-0,5 мл на 10мл 0,9% натрия хлорида.

Задача 72. Повар заводской столовой поскользнулся, опрокинул кастрюлю с кипятком на ноги. Тут же вызвали фельдшера здравпункта. Общее состояние пострадавшего удовлетворительное, АД 120/80 мм рт. ст., пульс 90 уд. в 1 мин. Больной жалуется на жгучие боли в обеих ногах. Пострадавший был в шортах, без носков, на ногах шлепанцы с узкой перекладиной сверху. При осмотре: в области передних поверхностей обеих голени обширные пузыри с прозрачным содержимым, такие же пузыри на тыльной стороне стоп. между пузырями небольшие участки гиперемии кожи. Вопросы: 1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. 2. Расскажите о методах определения площади ожоговой поверхности и причинах развития ожоговой болезни. 3. Составьте и аргументируйте алгоритм оказания неотложной помощи. 4. Составьте лечебную программу в условиях хирургического стационара.

Эталон ответа: 1. Диагноз. Термический ожог 2 ой степени обеих голени и стоп. Диагноз поставлен на основании анамнеза (опрокинута кастрюля с кипятком) и осмотра:



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

в области передней поверхности обеих голеней и тыльных поверхностей обеих стоп



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

обширные пузыри (практически вся указанная поверхность покрыта тотальным пузырем), содержимое пузырей прозрачное. Показатели пульса и давления у больного неплохие, то есть в момент осмотра нет пока данных, говорящих о развитии шока, однако, нельзя забывать, что эректильная фаза при термической травме длительная. 2. Площадь ожога может быть определена методом “девятки”. Голень и стопа составляют 9% поверхности тела, передняя поверхность одной голени и тыла одной стопы = 4,5%, а у нашего больного поражены передние поверхности обеих голеней и тыл обеих стоп, значит, площадь поражения составляет 9%. Можно использовать и метод ладони, площадь ладони составляет 1-1,2 % (следует иметь в виду ладонь больного). Есть таблица Постникова, в которой указаны отделы тела, площадь их в процентах и квадратных сантиметрах. Можно применить и другие методы. Для развития ожоговой болезни имеют значение площадь поражения, глубина (степень), возраст, сопутствующие заболевания. Ожоговая болезнь начинается с ожогового шока, его развитию способствуют болевой фактор и плазмотерия (ведущий механизм плазмотерии – увеличение проницаемости капилляров). Период токсемии объясняется всасыванием с поверхности ожога продуктов распада тканей, нарушением обменных процессов. Присоединение инфекции ведет к развитию септикотоксемии. Если организм и лечебные мероприятия справляются с развившимися в организме нарушениями, то наступает период реконвалесценции. 3. Алгоритм оказания неотложной помощи: 1. Охлаждение обожженной поверхности. 2. Введение анальгетиков, нейролептиков, антигистаминных препаратов, сердечных по показаниям. 3. Наложение асептической повязки. 4. Транспортировка на носилках в отделение неотложной хирургии машиной скорой помощи. 5. Внутривенное введение жидкости во время транспортировки в больницу. Можно применить аутоанальгезию. Больного с ожогами нельзя охлаждать. Местно в участках, пораженных термическим фактором, иногда рекомендуют охлаждение (например, полить холодной водой). Введение анальгетиков, нейролептиков, антигистаминных препаратов, сердечных гликозидов — это и профилактика, и борьба с шоком. Асептическая повязка защищает от инфицирования. Транспортировка на носилках, так как движения причинят боль, а болевой фактор – одна из причин возможного развития шока. По пути следования в больницу целесообразно прибегнуть при больших поражениях к аутоанальгезии (например, применить закись азота с кислородом) и внутривенному введению кровезаменителей. 4. Лечебная программа в условиях больницы будет произведена первичная хирургическая обработка (ПХО) ожоговой поверхности, если больной поступает в состоянии шока, то сначала проводятся противошоковые мероприятия, а к ПХО раневой поверхности приступают после нормализации показателей гемодинамики и дыхания. В тех случаях, когда у пострадавшего нет признаков шока, к ПХО приступают сразу. ПХО при обширных ожогах производится под анестезией, предпочтительно внутривенной (калипсол, сомбревин). Окружность ожога обрабатывают этиловым спиртом, поверхность ожога орошают раствором фурацилина, антибиотиков. Отслоенный эпидермис удаляют и выбирают один из методов местного лечения – открытый или закрытый (под повязкой). При глубоких обширных ожогах в процессе лечения прибегают к кожной пластике. Общее лечение проводится по показаниям (антибиотики, сердечные средства, витамины, инфузионная терапия, предпочтительно препаратами, содержащими белок и т.д.).



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

Обязателен контроль диуреза. Повторные лабораторные анализы крови и мочи.

	МИНОБРНАУКИ РОССИИ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ») Факультет/ Фундаментальной медицины Кафедра общей и клинической патологии		
	Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь» по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика; 30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»		
Версия документа - 1	стр. 3 из 119	Первый экземпляр _____	КОПИЯ № _____

Профилактика столбняка обязательна. Если нет документов о ранее проведенной иммунизации, то вводят 3000 АЕ противостолбнячной сыворотки дробно и 1 мл столбнячного анатоксина, затем через 3 недели вводят 1,5 мл анатоксина и через 3 недели вновь 1,5 мл столбнячного анатоксина. Если пациент был иммунизирован (есть подтверждающие документы), то поступают согласно инструкции.

Задача 73. Вы работаете фельдшером местного железнодорожного вокзала и в здравпункт доставлен постовым милиционером человек без определенного места жительства в состоянии средней степени алкогольного опьянения, который спал в привокзальном саду; температура воздуха на улице ниже 0°. При объективном осмотре доставленного лица: пальцы левой руки резко бледные, движения в пальцах отсутствуют, чувствительность не определяется. Через несколько минут кожа на пальцах стала синюшной, отечной и болезненной, с мраморным оттенком, в суставах пальцев появились движения, но не в полном объеме. Вопросы: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза и методику их выявления. 3. Расскажите об объеме доврачебной помощи и направлении в соответствующее лечебное учреждение. 4. Составьте план диагностических и лечебных мероприятий в лечебном учреждении.

Эталон ответа: 1. У пострадавшего отморожение пальцев левой кисти I степени (на момент осмотра), так как для более тяжелых степеней характерен более длительный скрытый период (до нескольких дней, когда появляются пузыри и некроз тканей). Требуется не менее 5-7 дней для того, чтобы определить границу патологического процесса. 2. Постепенное согревание пальцев, назначение сосудорасширяющих препаратов, растирание чистой тканью, ватой, смоченной спиртом; после чего появление порозовения кожи может подтвердить первоначальный диагноз. 3. Объем доврачебной помощи: а) постепенное согревание кисти в воде, начиная с комнатной температуры до температуры тела в течение 20-30 минут; б) накладывают асептическую повязку с толстым слоем ваты; в) проводят общее согревание (дать горячий чай, кофе, молоко и пищу, обогреть с помощью грелок, одеял); г) вводят сердечно-сосудистые средства и спазмолитики; д) направляют в травматологический пункт или отделение неотложной хирургии по решению врача скорой медицинской помощи. 4. Лечебные мероприятия в стационаре: В стационаре назначают антибиотики, сосудорасширяющие препараты, инфузионную терапию (реополиглюкин, раствор глюкозы), антикоагулянты до уточнения глубины отморожения. При I-II степени отморожения наблюдается полная регенерация кожи. Более глубокие повреждения требуют хирургических вмешательств (некрэктомия, пересадка кожи, реабилитационные мероприятия).

Задача 74. В результате дорожно-транспортного происшествия (ДТП) водитель получил многочисленные ушибы мягких тканей, ушибленные и резаные раны мягких тканей лица. Доставлен в постоянно действующий трассовый здравпункт сотрудником ГИБДД, который оказал первую медицинскую помощь (ввел раствор анальгина 50%-2 мл, кордиамин 2 мл и наложил на раны асептическую повязку, используя И.П.П.). Осмотревший пострадавшего фельдшер установил: пострадавший бледен, на вопросы отвечает неохотно, тихо и немногословно. Жалуется на головокружение, шум в ушах, тошноту, мелькание «мушек» перед глазами. Дыхание поверхностное, до 30 дыхательных движений в 1 минуту, АД 90/50 мм рт. ст. При осмотре грудной клетки,



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

конечностей достоверных признаков перелома костей не обнаружено. Осмотр живота



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

выявил отсутствие напряжения передней брюшной стенки, симптомов раздражения брюшины и наличия свободной жидкости в брюшной полости. Экспресс анализ крови показал уровень Нв 134 г/л. Вопросы: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Расскажите о дополнительных симптомах для уточнения основного диагноза и возможных сопутствующих патологий. 3. Составьте алгоритм неотложной доврачебной помощи и эвакуации пострадавшего по назначению. 4. Составьте план диагностических и лечебных мероприятий в стационаре.

Эталон ответа: 1. На основании обстоятельств полученной травмы со слов сотрудника ГИБДД и пострадавшего и объективных данных можно поставить предположительный диагноз: травматический шок II степени, торпидная фаза, на почве многочисленных ушибов мягких тканей, ранений лица и перенесенного стресса. 2. Дополнительные симптомы: Отсутствие видимых признаков повреждения костей, внутренних органов, неврологической симптоматики локального характера (что наблюдается при ушибе, сдавлении головного мозга), повреждения костей черепа, и разрыва ткани легких (гемопневмоторакс). При наличии перечисленных симптомов предположительный диагноз наиболее вероятен. Время пребывания пострадавшего в здравпункте в течение 30 минут показало улучшение его общего состояния с учетом проведенных лечебных мероприятий. 3. Алгоритм оказания неотложной доврачебной помощи: 1) введение 2%-2 мл промедола; 2) введение сердечно-сосудистых препаратов (раствора кордиамина 2 мл) и дыхательного аналептика (5% раствора эфедрина гидрохлорида 1 мл). 3) кислородотерапия через носовой катетер; 4) грелки с холодной водой на наиболее травмированные участки тела; 5) горячее питье (чай, кофе); 6) поскольку трудно исключить сотрясение головного мозга, пострадавшему показано в/в введение 25% раствора сульфата магния и 40%- раствора глюкозы 40 мл; 7) транспортировка в положении лежа на спине с повернутой на бок головой в нейрохирургическое отделение. 4. Диагностические и лечебные мероприятия в стационаре: 1) Ro-графия черепа и органов грудной клетки; 2) консультация врача – хирурга; 3) повторный общий анализ крови и общий анализ мочи; 4) строгий постельный режим; 5) продолжение лечебных мероприятий по устранению дыхательной недостаточности, нарушений гемодинамики, функции эндокринных желез, витаминной недостаточности; стимуляция диуреза и устранение психоэмоциональных нарушений (транквилизаторы, седативные и снотворные препараты), лечение механических повреждений мягких тканей (перевязки, антибиотикотерапия, физиотерапия).

Задача 75. Рабочий пиlorамы в результате несоблюдения техники безопасности придавлен бревном на уровне таза. Появились сильные боли в области таза. Доставлен в участковую больницу, где дежурил фельдшер. Объективно: состояние средней тяжести, бледен. Выраженная боль в области таза, определяется значительных размеров подкожная гематома в области крыльев подвздошных костей и в низу живота. При легком надавливании с боков на тазовые кости боли усиливаются (симптом Вернейля) и определяется крепитация. Мочеиспускание самостоятельное, моча не изменена. Движения в суставах нижних конечностей сохранены, но вызывают усиление болей в области таза. Симптомы раздражения брюшины и признаки внутреннего кровотечения не установлены. АД 105/70мм рт. ст., пульс 92 уд. мин. Вопросы: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. Расскажите о дополнительных симптомах для



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

уточнения диагноза и методике их выявления. 2. Составьте алгоритм оказания

	МИНОБРНАУКИ РОССИИ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ») Факультет/ Фундаментальной медицины Кафедра общей и клинической патологии		
	Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь» по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика; 30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»		
Версия документа - 1	стр. 3 из 119	Первый экземпляр _____	КОПИЯ № _____

неотложной помощи и правил транспортировки в лечебное учреждение соответствующего профиля. 3. Составьте план диагностических и лечебных мероприятий в стационаре.

Эталон ответа: 1. Диагноз: закрытый перелом костей таза без повреждения внутренних органов. Подтверждением данного диагноза являются факт травмы, ее механизм, объективное исследование и его результаты (подкожная гематома в области крыльев подвздошных костей и низа живота, положительный симптом Вернейля и крептация отломков кости), наличие самостоятельного мочеиспускания, отсутствие симптомов раздражения брюшины и явных признаков внутреннего кровотечения (удовлетворительные гемодинамические показатели), но при наличии симптомов травматического шока I степени. Необходимо срочно определить общий анализ крови и мочи для исключения острой кровопотери и повреждений внутренних органов. 2. Алгоритм неотложной помощи: а) создание полного покоя с приданием пострадавшему на носилках положения “лягушки”; б) введение 2%-1 мл промедола подкожно; в) введение сердечно-сосудистых препаратов (кордиамин 2 мл), растворы глюкозы 5%-500 мл с добавлением инсулина 5 единиц, капельная инфузия раствора полиглюкина 400,0; г) применение холода на низ живота; д) эвакуация на носилках в положении “лягушки” со скатанным одеялом под колени, в травматологическое отделение. 4. Диагностическая программа в стационаре: а) Ro-графия костей таза; б) обзорная Ro-графия брюшной полости; в) повторный общий анализ крови, определение гематокрита, объема циркулирующей крови, общий анализ мочи; г) консультация врача – хирурга. Лечебная программа: а) введение повторно 2%-2 мл промедола; б) внутритазовая новокаиновая блокада по Школьникову – Селиванову; в) симптоматическая терапия; г) консервативное лечение на функциональной кровати в случае подтверждения первоначального диагноза; д) полноценный уход и питание, профилактика пролежней.

Задача 76. Фельдшер скорой помощи прибыл на место автодорожной аварии. Женщина 50 лет стонет от боли, сознание сохранено. Жалуется на боли в области живота и тазовых костей, ноги разведены в тазобедренных суставах и согнуты в коленных, пятки ротированы наружу. АД 80и50 мм.рт.ст, пульс 100уд в1мин, слабого наполнения и напряжения. Язык сухой, живот не участвует в акте дыхания, при пальпации напряжен, болезнен во всех отделах, симптом Щеткина-Блюмберга положителен во всех отделах, выражен больше в паховых областях и над лоном. При осмотре промежности из ануса поступает кровь в небольшом количестве. Вопросы: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Расскажите о дополнительных объективных методах исследования и методиках их проведения. 3.Составьте алгоритм оказания неотложной помощи с обоснованием каждого этапа. 4. Расскажите о диагностическо-лечебной программе в стационаре.

Эталон ответа: 1. Диагноз. Перелом костей таза. Внутривнутрибрюшинный разрыв прямой кишки. Разлитой перитонит. Травматический шок II степени. Диагноз поставлен на основании жалоб больной, типичной для перелома костей таза “лягушки”- симптом Волковича, а также клиники разлитого перитонита, а поступление крови из прямой кишки можно расценить как травму именно прямой кишки. Окончательный диагноз будет поставлен в стационаре врачом после дообследования. 2. Из физикальных методов дообследования можно проверить симптом “ прилипшей пятки”, для этого просим



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

больную поднять и удержать выпрямленную ногу, пострадавшая лишь волочит ногу по



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

плоскости, не отрывая ее от последней. Известен также симптом усиления боли при небольшом сдавлении крыльев таза – “ симптом Вернейля”. Усиление боли при разведении крыльев таза- “ симптом Ларрея” -также свидетельствует о переломе костей таза. 3. Основной задачей первой помощи при переломе костей таза, да еще при наличии перитонита, является прежде всего борьба с травматическим шоком; в данном случае возможно в/м введение анальгина 50% 2 мл и 1% 1мл димедрола. Больная переключается на щит в положении “ лягушки”, и в карете скорой помощи надлежит начать инфузионную терапию препаратами: полиглюкин, реополиглюкин, желатиноль, глюкоза 5%, физиологический раствор. На переднюю брюшную стенку укладывают пузырь со льдом. Пострадавшая должна быть укутана теплым одеялом, пальто или пледом даже в хорошую погоду. 4. Диагностическая программа в стационаре: Общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови; определение группы крови по системе АВО и Rn- фактору, а также проб на совместимость, так как больной необходимо переливание крови; при пальцевом ректальном исследовании на перчатке, в случае разрыва прямой кишки, кровь; производится рентгенография костей таза, которая определит тактику лечения перелома: оперативное лечение или скелетное вытяжение; больная осматривается анестезиологом, назначается премедикация. Производится частичная санитарная обработка, сухое бритье операционного поля; надлежит сделать катетеризацию мочевого пузыря для определения возможной травмы его, при необходимости производится цистография. Лечебная программа: Инфузионная терапия, начатая на этапе эвакуации, продолжается. После определения группы крови по системе АВО и резус- фактора, а также проведения всех проб на совместимость переливают кровь, плазму. Больному показано оперативное лечение. Лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, при обнаружении внутрибрюшного разрыва прямой кишки необходимо ушить рану кишки. Накладывается двухствольная сигмостома. Брюшная полость промывается, дренируется. Производят интубацию тонкой кишки по Эбботу-Миллеру. Лапаротомную рану ушивают. В операционной производят девиацию сфинктера прямой кишки. Производят новокаиновую блокаду по Школьникову - Селиванову. Перелом костей таза лечат обычно скелетным вытяжением за проксимальный метафиз большеберцовой кости. Лечение в послеоперационный период по правилам ведения больных с перитонитом: положение в постели- Фовлера с учетом возможности скелетного вытяжения. Инфузионная терапия препаратами гемодинамического ряда (полиглюкин, реополиглюкин, желатиноль), дезинтоксикационного (гемодез), применяют регуляторы водно-солевого обмена (дисоль, трисоль, физиологический раствор), раствор 5% глюкозы. Переливание крови, плазмы, эритроцитной массы. Антибиотикотерапия и противовоспалительная по схеме ЦАМ (антибиотики цефалоспоринового ряда, аминогликозиды, метронидазол). Уход за колостомой и дренажами брюшной полости, мочевым катетером. Разрешение послеоперационного пареза кишечника. Возможна экстракорпоральная детоксикация (плазмаферез). Уход за полостью рта.

Задача 77. В ФАП доставлен мальчик 12 лет. Жалобы на головную боль, головокружение, шум в ушах, тошноту. При спуске на санках с горы ударился о глыбу земли, была кратковременная потеря сознания, рвота. О случившемся не помнит. Объективно: состояние средней тяжести, возбужден, кожа бледная, зрачки узкие,



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

равномерной ширины, прямая и содружественная реакции на свет не нарушена,



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

температура 36,6 град. С. Пульс 57 ударов в одну минуту, слабого наполнения. В теменной области рана размером 0,5x1,5 см, с неровными краями и кровоизлияниями в мягкие ткани, кровотечение умеренное. Вопросы: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположенный диагноз. 2. Расскажите о дополнительных физикальных методах обследования, необходимых для уточнения диагноза и методике их проведения. 3. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи. 4. Составьте план диагностического обследования и назовите основные принципы лечения в стационаре.

Эталон ответа: 1. Диагноз: Закрытая черепно-мозговая травма. Сотрясение головного мозга. Ушибленная рана лобной области. Диагноз поставлен на основании: а) анамнеза: характерного для сотрясения головного мозга: кратковременная потеря сознания и ретроградная амнезия; б) наличия жалоб: головная боль, головокружение, тошнота, рвота, шум в ушах (общемозговых симптомов, указывающих на повышение внутричерепного давления); в) данных объективного исследования: возбуждение, сужение зрачков, замедленный, слабый пульс (подтверждающих серьезное нарушение функций головного мозга), рана в лобной области. 2. Дополнительные физикальные методы обследования: для подтверждения диагноза и исключения внутричерепного кровотечения необходимо: проверить отсутствие очаговых неврологических расстройств: поражения черепномозговых нервов, парезов, параличей, менингеальных симптомов. Учитывая, что чаще поражаются глазодвигательные (III, IV, VI пары) и лицевой нервы (VII пара), необходимо исследовать их функцию. 3. Алгоритм оказания неотложной помощи: 1. вызвать (с помощью третьего лица) бригады скорой медицинской помощи; 2. обеспечить психический и физический покой; 3. приложить холод на голову; 4. провести оксигенотерапию 70%-м кислородом; 5. ввести не наркотические анальгетики: анальгин, баралгин – для уменьшения головной боли; 6. провести туалет раны, наложить асептическую давящую повязку; 7. транспортировать в нейрохирургический стационар, в положении лежа на спине с фиксированной головой (валики, ватно-марлевое кольцо). Все манипуляции выполняются в перчатках. 4. Диагностическая программа в стационаре: 1. обзорную рентгенографию черепа для исключения повреждения костей; 2. эхоэнцефалографию для исключения внутричерепной гематомы и диагностики нарастающего отека головного мозга; 3. электроэнцефалографию для исключения патологического очага и цереброваскулярной патологии; 4. консультацию офтальмолога: осмотр глазного дна для оценки состояния сосудов и исключения патологии со стороны сетчатки глаза; 5. лабораторные исследования: общий анализ крови (чаще без изменений), общий анализ мочи (без патологии, если нет сопутствующего заболевания почек). Лечебная программа в стационаре: 1. Проводят первичную хирургическую обработку раны. 2. Назначают постельный режим в течение 3-4 недель, психический покой; холод на голову; беллоид, белласпон — для устранения головокружения; для профилактики отека головного мозга глицерин 1 гр. на 1 кг веса в смеси с водой в пропорции 1:2, при явлениях нарастающего отека головного мозга дегитрационные средства: глюкоза 40%, сернокислая магнезия 25%, хлористый кальций 10%, лазикс; антигистаминные препараты: димедрол, пипольфен, для стабилизации вегетативных функций, уменьшения проницаемости сосудов; витамины В1, В2, С для нормализации функции головного мозга; седативные, симптоматические средства; диету: первый день фруктово-ягодные соки, 5% раствор



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

глюкозы, со второго дня легкоусвояемую диету.



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

Задача 78. Вызов фельдшера скорой помощи к мужчине 65 лет, страдающему гипертонией, через 2 часа после травмы. При спуске с лестницы ударился головой об угол дома. Бессознательное состояние было в течение часа. Беспокоит усиливающаяся головная боль, тошнота, рвота, появилась и стала нарастать одышка. При поступлении: пациент в сознании, но оглушен, снижена критика к своему состоянию. Двигательное возбуждение. Спротивляется обследованию. Кожа бледная, покрыта холодным потом. Дыхание прерывистое, 22 в минуту. Пульс 60 в одну минуту. АД 140/80 мм рт.ст. Ограничена подвижность глазных яблок кнаружи, нистагм, сглаженность левой носогубной складки. Вопросы: 1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. 2. Расскажите о дополнительных физикальных методах исследования, необходимых для уточнения диагноза, и методике их проведения. 3. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи. 4. Расскажите о диагностической и лечебной тактиках в условиях стационара.

Эталон ответа: 1. Диагноз: Закрытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга. Внутрочерепное кровоизлияние. Диагноз поставлен на основании: а) анамнеза: травмы черепа, длительной потери сознания; б) данных объективного исследования: наличия признаков очагового поражения структур головного мозга (недостаточность отводящих нервов, нистагм, центральный парез лицевого нерва, ригидность затылочных мышц) и симптомов нарастающей общемозговой симптоматики (психические расстройства, брадикардия, нарушение дыхания, головная боль, тошнота, рвота), указывающих на прогрессирующее повышение внутричерепного давления. 2. Для уточнения диагноза необходимо исключить симптомы нарушения функции зрительного и глазодвигательных нервов. Анизокория, ослабление или отсутствие реакции зрачков на свет, птоз, косоглазие, изменение поля зрения (выпадение половины или четверти поля зрения) будут указывать на интракраниальный характер поражения. 3. Алгоритм оказания неотложной помощи: В машине скорой медицинской помощи: приложить холод на голову, с целью повышения резистентности головного мозга к гипоксии; провести оксигенотерапию 70%-м кислородом, для устранения гипоксемии; применить антигипоксанты: (седуксен до 4 мл в/в); начать дегидратационную терапию (дексаметазон 1мг/кг в/в, лазикс 4-12 мл в/в), для уменьшения явлений отека мозга; транспортировать в нейрохирургический стационар, в положении лежа на спине с фиксацией головы (ватно-марлевым кольцом). 4. Диагностическая программа в стационаре: обзорную рентгенографию костей черепа, для исключения нарушения целостности костей; спинномозговую пункцию. Повышение ликворного давления, белка и наличие эритроцитов подтверждают поставленный диагноз; эхоэнцефалографию, для диагностики внутрочерепной гематомы и нарастающего отека головного мозга; магнитно-резонансную компьютерную томографию, для уточнения величины и локализации патологического очага; консультацию окулиста (наличие кровоизлияний на глазном дне подтверждает диагноз); лабораторные исследования: общий анализ крови (наблюдается лейкоцитоз, сменяющийся лимфоцитозом, повышается уровень остаточного азота, гипергликемия); общий анализ мочи (отмечается альбуминурия, иногда гликозурия, реже гиалиновые цилиндры и гематурия). Лечебная программа в стационаре: назначают постельный режим, психический покой; холод на голову; дегидратационные средства: 40% глюкоза (при отсутствии диабета), 25% сернокислая



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

магnezия, 10% хлористый кальций в/в, диуретики – лазикс в/в; антигипоксанты: натрия



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

оксибутират 20%, седуксен; глюкокортикоидные гормоны (предпочтительнее группы дексаметазона), в/в; гемостатические средства (1% викасол, 10% хлористый кальций, 10% глюконат кальция); кислородотерапию 70%-м кислородом; 4% раствор бикарбоната или лактата натрия в/в для коррекции нарушений кислотно-щелочного равновесия (при наличии ацидоза). При неэффективности консервативной терапии назначают хирургическое лечение.

Задача 79. В ФАП доставлен мужчина 25 лет. Получил удар бортом машины по спине, при падении ударился о стенку зернохранилища. Потери сознания не было. Не смог встать на ноги и идти. Жалобы на жгучую боль в позвоночнике и боль в животе, слабость и отсутствие движений в ногах. Объективно: Состояние средней тяжести, кожа бледная, АД 110/70 мм рт. ст. Пульс 80 в минуту. Дыхание не нарушено. Живот мягкий, безболезненный. В надлобковой области определяется округлое, упругое эластичное, умеренно болезненное образование. В нижнегрудном отделе позвоночника на уровне X-XI грудных позвонков — кровоподтек, умеренная болезненность при пальпации, отмечается выстояние остистых отростков X-XI грудных позвонков. Отмечаются отсутствие активных движений, понижение и уменьшение силы в нижних конечностях, снижение чувствительности ниже пупартовой связки. Вопросы: 1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз. 2. Расскажите о дополнительных физических методах обследования, необходимых для уточнения диагноза, и методике их проведения. 3. Расскажите об объеме доврачебной помощи, возможных осложнениях. 4. Расскажите о диагностической и лечебной программе в стационаре.

Эталон ответа: 1. Диагноз: Закрытый компрессионный перелом тел X-XI грудных позвонков с повреждением спинного мозга и тазовыми расстройствами. Диагноз поставлен на основании: а) анамнеза и жалоб: на сильный удар в спину, боль в пояснице, слабость в нижних конечностях; б) данных объективного исследования: кровоподтек в нижнегрудном отделе позвонка, умеренная болезненность при пальпации поясничной области, выстояние остистых отростков X-XI, грудных позвонков, припухлость, наличие пальпируемого образования в надлобковой области (переполненный мочевого пузыря), отсутствие активных движений, понижение тонуса и уменьшение силы в мышцах нижних конечностей, снижение чувствительности ниже уровня повреждения позвоночника. 2. Для уточнения диагноза и исключения поражения органов брюшной полости необходимо проверить отсутствие напряжения мышц передней брюшной стенки и симптомов раздражения брюшины. 3. Алгоритм оказания неотложной помощи: вызов (с помощью третьего лица) бригады скорой медицинской помощи; введение анальгетиков для уменьшения боли и профилактики шока – 2 мл 50% раствора анальгина, тромала, морадолола; бережное укладывание пострадавшего при помощи 3-5 человек в один прием на носилки со щитом в положении на спине, с осторожной фиксацией ремнями и лямками. Должно быть соблюдено правило – пострадавший должен быть уложен на носилки лишь один раз, второе переукладывание только в постель с операционного стола; катетеризация мочевого пузыря резиновым катетером – для эвакуации мочи; щадящая транспортировка в нейрохирургический стационар. 4. Диагностическая программа в стационаре: рентгенографию нижнегрудного и поясничного отделов позвоночника; магнито-резонансную томографию для уточнения локализации и характера повреждения позвоночника и спинного мозга; УЗИ органов



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

брюшной полости; люмбальную пункцию с исследованием спинномозговой жидкости



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

для установления вида повреждения спинного мозга; лабораторные исследования: общий анализ крови, мочи. Лечебная программа в стационаре: Решение вопроса о выборе метода лечения проводится индивидуально в каждом конкретном случае. При выборе консервативного метода лечения необходимо уложить пациента на щит для осуществления вытяжения и репозиции поврежденных позвонков с помощью валика, подложенного под область физиологического лордоза; проводить профилактику трофических нарушений; назначить антибактериальную терапию для профилактики инфекционных осложнений; проводить медикаментозную терапию, направленную на восстановление утраченных функций спинного мозга; назначить физические методы лечения (ЛФК, массаж) для реабилитации функции нижних конечностей.

Задача 80. Пациент П., 55 лет после употребления неизвестного алкогольного напитка к вечеру заметил резкое снижение зрения обоих глаз. Больной заторможен, зрачки широкие, на свет не реагируют. На глазном дне определяется легкий перипапиллярный отек. В поле зрения – центральные скотомы. Ваш диагноз, тактика ведения больного.

Эталон ответа: Токсическое поражение зрительного нерва. Экстренная детоксикация, госпитализация.

Задача 81. Пациент, 44 лет, обратился в приемный покой терапевтического отделения самостоятельно. Жалуется на головные боли, озноб, боли при глотании и при раскрытии рта. Болен около шестнадцати дней. Отмечает, что почувствовал ухудшение состояния после того, как постирал брюки в каком-то «растворителе», содержащий в своем составе бензол. Контакт с жидкостью был около 40-50 минут. Постепенно появились вышеописанные симптомы. Из перенесенных заболеваний отмечает только простудные. Алкоголь употребляет умеренно. Объективно: состояние средней тяжести температура тела 38,3. Кожные покровы бледные. На коже груди, живота синячкового типа сыпь. Задняя стенка глотки, язык, миндалины покрыты густым белым налетом, гиперемированы. Увеличены подчелюстные, шейные лимфоузлы. Тон и сердце ритмичные, ЧСС – 110 в минуту. АД=110/80 мм рт.ст. В легких хрипов нет. ЧДД – 20 в 1 минуту. Живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Отеков нет. ОАК: лейкоцитов – 1×10^9 , тромбоцитов – 65×10^9 , эритроциты – $3,2 \times 10^{12}$. Базофилы-0, Эозинофилы-0, Палочкоядерные-0, Сегментоядерные -12%, лимфоциты -70%, Моноциты -18%, СОЭ-60 мм. Осмотр ЛОР: Острый некротический тонзиллит. Вопросы: 1. Укажите неотложное состояние и причину его развития. 2. Сформулируйте диагноз заболевания. 3. Механизм развития патологического состояния. 4. Лечебная тактика.

Эталон ответа: 1. Миелотоксический агранулоцитоз. 2. Острое отравление бензолом. Миелотоксический агранулоцитоз. Тромбоцитопения. Острый некротический тонзиллит. 3. Механизм развития: воздействие бензола – подавление митоза полипотентных стволовых клеток – агранулоцитоз, тромбоцитопения - угнетение пролиферации клеток слизистой + присоединение инфекции - некротический тонзиллит. 4. Неотложная госпитализация в гематологического отделение, боксированную палату. В помещениях рекомендуется ультрафиолетовая стерилизация воздуха четыре раза в сутки, влажная уборка с обработкой помещения хлорамином, ограничение посещений, смена халата, шапочки, маски, бахилл персоналом при входе в блок. Постельный режим; стол:



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

ОД при отсутствии присоединения некротической энтеропатии; антибиотикотерапия



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

немиелотоксичными препаратами широкого спектра действия в сочетании с противогрибковыми (флюконазол, вориконазол, амфотерицин В): стимуляция лейкопоза: натрия нуклеинат 5 мл 5% раствора 2 раза в день внутримышечно или внутрь по 0,2–0,4 г 3–5 раз в день; лейкоген 0,02 г 3 раза в день; при продолжительности нейтропении свыше 10 дней, числе нейтрофилов менее 100 на мкл, колониестимулирующие гранулоцитарные факторы – филграстим 5,0 мкг/кг 1 раз в сутки в/в или п/к. внутривенный иммуноглобулин 400 мг/кг однократно; полоскание ротоглотки антисептиками 4-5 раз в день; деконтаминация кишечника (рифаксимин, фуразолидон - per os 5 дней, энтеросорбенты); дезинтоксикационная терапия (физ. раствор, 5% глюкоза 500 мл – 1 л в сутки); в качестве жаропонижающего средства при миелотоксическом агранулоцитозе допустим прием аспирина 0,5 – 1 г.; при снижении тромбоцитов менее 30×10^9 и/или появлении геморрагий – переливание тромбоконцентрата.

Задача 82. Мальчик 3 лет, предположительно за 60 минут до прибытия машины скорой помощи съел неизвестное количество таблеток из домашней аптечки бабушки. Родители, обратив внимание на заторможенность и неадекватное поведение ребенка, вызвали скорую помощь. Бабушка ребенка страдает гипертонической болезнью, применяет для лечения нифедипин и резерпин. В момент осмотра: общее состояние тяжелое, сомнолентность (оценка по шкале Глазго 10 баллов). Периодически возникают судороги, с преобладанием клонического компонента. Зрачки сужены. Кожные покровы лица и склеры глаз гиперемированы, носовое дыхание затруднено. Периферический цианоз, мраморность кожи на конечностях, симптом «белого пятна» более 7 секунд. Одышка до 50 в 1 минуту. Дыхание над легкими везикулярное, небольшое количество хрипов проводного характера. Тоны сердца резко ослаблены, пульс 50 в 1 минуту, слабого наполнения и напряжения. Артериальное давление 50/10 мм рт. столба. Живот мягкий, безболезненный, печень + 1 см из-под края реберной дуги. Не мочился. Вопросы: 1. Диагноз. 2. Неотложная помощь 3. Дальнейшая тактика

Эталон ответа: 1. DS. Отравление таблетками (резерпина и нифедипина?). Острая сердечно-сосудистая недостаточность. Судорожный синдром. 2. Терапия Увлажненный кислород 100% Седуксен 1,0 в\м и 0,1% р-р атропина 0,2-0,3 мл Промывание желудка через зонд по 200-250 мл НЕ МЕНЕЕ 3-х РАЗ Введение в желудок активированного угля 1,5 г Введение в желудок минерального масла 20,0-30,0 мл или 10% р-ра натрия сульфата Доступ к вене и введение 10% р-ра глюконата кальция 3,0 мл В\в капельно 5% р-р глюкозы и 0,9% р-р натрия хлорида от 20-30 мл/кг/час с р-ром допамина 6-10 мкг/кг/час (поддержание уровня систолического артериального давления выше 70 мм рт.ст.); преднизолон 60 мг Контроль жизненно важных функций Возможное применение эуфиллина при отсутствии положительной динамики для повышения частоты сердечных сокращений (с повышением скорости введения инфузионных растворов). 3. Госпитализация в токсикологический центр или отделение реанимации и интенсивной терапии с продолжением инфузионной терапии. Предусмотреть возможность эндотрахеальной интубации (после введения седуксена 1,0 и 0,1% р-ра атропина 0,15-0,3 мл (10 мкг/кг)) и проведения ИВЛ.

Задача 83. Фельдшер “Скорой помощи” вызван на дом к мужчине 32 лет. Жалобы на резкую слабость, тошноту, многократную рвоту, частый жидкий стул, сердцебиение,



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

расстройство сна, апатию, тревогу, чрезмерную потливость, зевоту. Из анамнеза: 24 часа

	МИНОБРНАУКИ РОССИИ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ») Факультет/ Фундаментальной медицины Кафедра общей и клинической патологии		
	Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь» по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика; 30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»		
Версия документа - 1	стр. 3 из 119	Первый экземпляр _____	КОПИЯ № _____

назад мужчина ел жареные грибы. Объективно: пациент равнодушен к окружающему, эйфоричен. Кожные покровы бледные, влажные. Тремор рук. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 120 уд. /мин. АД 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный при пальпации в эпигастральной области. Вопросы: 1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента. 2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.

Эталон ответа: 1. Отравление бледной поганкой. 2. Алгоритм оказания неотложной помощи: оценить состояние пациента для определения лечебной тактики; промыть желудок через зонд независимо от времени употребления грибов, ввести солевое слабительное, активированный уголь или другой адсорбент в дозе 1 г/кг с целью выведения яда из организма; обеспечить ингаляцию кислородом для уменьшения гипоксии; ввести детоксикационные средства: 5% раствор глюкозы 1000 мл с инсулином 10-12 ЕД, 5% раствором аскорбиновой кислоты 10 мл, 5% раствором витамина В₆ 5 мл в/в капельно; альбумин 200 мл 20% раствора в/в капельно; гемодез 200-400 мл в/в капельно; полюглокин 400 мл в/в капельно; ввести унитиол 5% раствор 5 мл в/м для нейтрализации яда; контроль АД, PS для оценки состояния пациента; госпитализировать пациента срочно в токсикологическое отделение или отделение реанимации с опытными специалистами по проведению гемосорбции, плазмафереза, гемодиализа, замещения крови.

Задача 84. К мальчику 9 лет вызвана скорая помощь. Состояние ребенка тяжелое, спутанность сознания, цианоз, одышка экспираторного характера с частотой дыхания до 60 в 1 мин, обильное выделение пенистой мокроты розового цвета, частота сердечных сокращений 140 уд/мин, пульс слабого наполнения, тоны сердца глухие. В легких на фоне жесткого дыхания обилие влажных разнокалиберных хрипов. От ребенка исходит резкий запах бензина. Вопросы: 1. Ваш предположительный синдромный диагноз. 2. Тактика. Неотложная помощь.

Эталон ответа: 1. Острое отравление парами бензина. Отек легких. Шок 2 ст. 2. Срочная госпитализация в отделение реанимации на носилках, инфузионная терапия, контроль АД. Оксигенация увлажненным кислородом, применение лазикса, пеногасителей, адреналина, инфузионная терапия.

Задача 85. Мужчина 32 лет. Жалобы на резкую слабость, тошноту, многократную рвоту, частый жидкий стул, сердцебиение, головокружение, двоение в глазах. Из анамнеза: 10 ч назад ел свежеприготовленные грибы. Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Тремор рук. Тоны сердца ритмичные. Пульс 120 уд. /мин. АД 90/60 мм рт. ст. Живот мягкий, слегка вздут, болезненный при пальпации в эпигастральной области, по ходу толстого и тонкого кишечника. Вопросы: 1. Оцените состояние пациента. 2. Ваша тактика и неотложная помощь.

Эталон ответа: 1. Диагноз: Отравление ядовитыми грибами. 2. Неотложная помощь: срочная госпитализация в токсикологическое отделение стационара; промывание желудка; атропин 0,1% — 1,0 мл подкожно; кофеин 20% — 2,0 мл внутримышечно; реополиглюкин — 400,0 мл внутривенно капельно; гемодез — 400,0 мл внутривенно капельно.

Задача 86. В токсикологическое отделение поступил больной 50 лет с жалобами на сильную боль в ротовой полости, по ходу пищевода, в эпигастральной области, рвоту с



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 3 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

примесью крови. Из анамнеза известно, что в состоянии алкогольного опьянения 30 мин

	МИНОБРНАУКИ РОССИИ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ») Факультет/ Фундаментальной медицины Кафедра общей и клинической патологии		
	Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь» по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика; 30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»		
Версия документа - 1	стр. 100 из 119	Первый экземпляр _____	КОПИЯ № _____

назад выпил неизвестную жидкость. Объективно: кожные покровы бледные, на губах, подбородке следы ожога. Пульс 100 уд. /мин. АД 80/50 мм рт. ст. При пальпации живота резкая болезненность в эпигастрии. Рвотные массы с примесью крови, с запахом алкоголя. Вопросы: 1. Оцените состояние пациента. 2. Ваша тактика и неотложная помощь.

Эталон ответа: 1. Диагноз: Отравление «прижигающими» ядами, алкогольное опьянение. 2. Неотложная помощь: срочная госпитализация в токсикологическое отделение стационара; промывание желудка через зонд; морфин 1% — 1,0 внутримышечно; преднизолон — 120 мг внутривенно; атропин 0,1 % — 1,0 мл подкожно; димедрол 1 % — 1,0 мл внутримышечно; эуфиллин 2,4% — 10,0 мл внутривенно; хлористый кальций 10% — 10,0 мл внутривенно; натрия гидрокарбонат 4% — 200,0 мл внутривенно капельно; реополиглюкин — 400,0 мл внутривенно капельно.

Задача 87. На улице обнаружен больной в бессознательном состоянии. Кожные покровы бледные, холодные, на локтевых сгибах следы от множественных инъекций. Объективно: кожные покровы бледные, тонус мышц снижен, миоз, язык сухой. Пульс 46 уд. /мин. АД 60/20 мм рт. ст. Дыхание нарушено по типу «апноэ», температура 35,5 °С. Вопросы: 1. Оцените состояние пациента. 2. Ваша тактика и неотложная помощь.

Эталон ответа: 1. Диагноз: Отравление опиатами. Передозировка. 2. Неотложная помощь: срочная госпитализация больного в токсикологическое отделение стационара; оксигенотерапия; повторные промывания желудка; очистительная клизма; кофеин 20% — 4,0 мл внутривенно на 10,0 мл 0,9% раствора натрия хлорида; кордиамин — 2,0 мл внутримышечно; налоксон 0,05% — 4,0 мл внутривенно; реополиглюкин — 400,0 мл внутривенно капельно; глюкоза 5% — 400,0 мл внутривенно капельно.

Задача 88. Больной 40 лет снят с поезда. Из анамнеза: пил спиртные напитки с неизвестными лицами. Объективно: больной бледен, сознание отсутствует, зрачки сужены, тонус мышц снижен. Тоны сердца ритмичные, брадикардия. Пульс 50 уд. /мин. АД систолическое 50 мм рт. ст. Вопросы: 1. Оцените состояние пациента. 2. Ваша тактика и неотложная помощь.

Эталон ответа: 1. Диагноз: Острое отравление клофелином. 2. Неотложная помощь: срочная госпитализация в токсикологическое отделение стационара; промывание желудка; налоксон — 2,0 мл внутривенно на 20,0 мл 10% раствора глюкозы; атропин 0,1% — 1,0 мл подкожно; преднизолон — 60 мг внутривенно; реополиглюкин — 400,0 мл внутривенно капельно; аскорбиновая кислота — 5,0 мл внутривенно струйно.

Задача 89. В токсикологическое отделение доставлена больная 45 лет. Около часа назад больную за большой палец ноги укусила гадюка. Объективно: на месте укуса 2 точечные ранки, припухлость, краснота, отек, боль в месте укуса. АД 90/60 мм рт. ст. Пульс 120 уд. /мин, слабого наполнения и напряжения, дыхание везикулярное. Вопросы: 1. Оцените состояние пациента. 2. Ваша тактика и неотложная помощь.

Эталон ответа: 1. Диагноз: Отравление ядом гадюки. 2. Неотложная помощь: госпитализация в токсикологическое отделение; промедол 1 % — 1,0 мл внутримышечно; димедрол 1 % — 1,0 мл внутримышечно; поливалентная сыворотка — 5000 ЕД внутримышечно; реополиглюкин — 400,0 мл внутривенно капельно; кофеин 20% — 2,0 мл внутримышечно; преднизолон — 90 мг внутривенно; холод на место укуса; иммобилизация укушенной конечности, шинирование ближайшего сустава.



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 101 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

Задача 90. Больная З., 25 лет, замужем. Поступила в хирургическое отделение с



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 102 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

жалобами на боли внизу живота, головокружение, шум в ушах, тошноту, рвоту. Последняя менструация 1,5 мес. назад. В общем анализе крови: Нв – 98 г/л, эритроциты – $2,9 \times 10^{12}/л$, СОЭ – 14 мм/час. Вопросы: Ваши диагностические и лечебные мероприятия. Оцените степень кровопотери.

Эталон ответа: Диагноз: разрыв внематочной беременности, гемоперитонеум, геморрагический шок 2 степени. Лечебные мероприятия: экстренная операция (лапаротомия, тубэктомия, реинфузия, санация, дренирование брюшной полости), противошоковая терапия. Степень кровопотери – средняя.

Задача 91. Женщина 37 лет с жалобами на слабость, головокружение, жажду, кровянистые выделения из влагалища, которые усилились после подъема тяжести. В анамнезе миома матки в течение 2 лет. Объективно: кожные покровы бледные. Пульс 110 уд./мин, АД 90/60 мм рт. ст. Живот при пальпации болезнен в надлобковой области, из влагалища обильные кровянистые выделения. Вопросы: 1. Оцените состояние пациента. 2. Ваша тактика и неотложная помощь.

Эталон ответа: 1. Диагноз: Миома матки. Маточное кровотечение. 2. Неотложная помощь: срочная госпитализация в гинекологическое отделение стационара; положение в постели с опущенным головным концом; холод на низ живота; этамзилат натрия 12,5% — 2,0 мл внутривенно на 10,0 мл 0,9% раствора натрия хлорида; аминокaproновая кислота 5 % — 50,0 мл внутривенно капельно; реополиглюкин — 400,0 мл внутривенно капельно.

Задача 92. Беременная М., 34 лет, доставлена в родильный дом по поводу кровотечения из влагалища, которое началось беспричинно, внезапно, безболезненное. Срок беременности 38 недель. В анамнезе 2 искусственных аборта, эндометрит. Общее состояние удовлетворительно, пульс 89 уд/мин, ритмичный, АД 110/70, 115/70. Матка в нормальном тоне, безболезненная, положение плода косое, сердцебиение плода ясное, ритмичное 150 уд/мин. Из влагалища кровотечение со сгустками крови. Кровопотеря 500 мл. Влагалищное исследование (при развернутой операционной): шейка матки укорочена до 1,5 см, центрирована, цервикальный канал раскрыт до 2-х см на всем протяжении внутреннего зева определяется мягкая, губчатая ткань. Во время исследования кровотечение усилилось. Анализ крови: Нв – 105 г/л, L – $7,3 \times 10^9/л$, СОЭ – 10 мм/час. Анализ мочи: белок 0,033 г/л, L-ед. в поле зрения. УЗИ – в нижнем сегменте матки плацента. Вопросы: 1. Поставьте диагноз неотложного состояния. 2. Определите тактику и оказание экстренной помощи.

Эталон ответа: 1. Беременность 38 недель. Центральное предлежание плаценты. 2. Срочное родоразрешение операцией кесарево сечение. Восполнение ОЦК. Профилактика ДВС-синдрома.

Задача 93. Беременная К., 24 лет, доставлена в родильное отделение машиной скорой помощи с жалобами на головную боль, однократную рвоту, мелькание «мушек» перед глазами. Беременность 1-ая, 40 недель. С 32 недель беременности отмечает отеки, повышение АД, в анализах мочи – протеинурию. При поступлении: АД 170/100, 160/100, отеки на нижних конечностях, передней брюшной стенки. Родовой деятельности нет. Положение плода продольное, предлежит головка прижата ко входу в м/таз. Сердцебиение плода 150 уд/мин, ритмичное, ясное. В общем анализе мочи, L - 31 - протеинурия 2 г/л; в общем анализе крови Нт – 42%, тромбоцитов 180,000. Вопросы: 1.



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 103 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

Поставьте диагноз неотложного состояния. 2. Определите тактику и оказание экстренной

	МИНОБРНАУКИ РОССИИ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ») Факультет/ Фундаментальной медицины Кафедра общей и клинической патологии		
	Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь» по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика; 30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»		
Версия документа - 1	стр. 104 из 119	Первый экземпляр _____	КОПИЯ № _____

помощи.

Эталон ответа: 1. Преэклампсия тяжелой степени. 2. Рауш-наркоз фторотаном. Закисью азота. Родоразрешение операцией кесарево сечение. Катетеризация 2-х вен. Лечебно-охранительный режим, ликвидация генерализованного спазма периферических сосудов и гиповолемии, диуретики, антигистаминные препараты. Лечение полиорганной недостаточности.

Задача 94. У роженицы В., 25 лет, произошли срочные роды живой доношенной девочкой массой тела 3450 гр., ростом 50 см без асфиксии. В анамнезе 1 роды и 2 осложненных искусственных аборта. Первый период родов осложнился первичной слабостью родовой деятельности. Послеродовый период протекал без осложнений. Через 10 мин. после рождения последа началось маточное кровотечение. Дно матки на 6 см выше пупка, матка мягкая, дряблая. При наружном массаже сокращается, затем вновь расслабляется и возобновляется кровотечение со сгустками крови, кровопотеря составила 800 мл. Анализ крови: Нб – 89 г/л; L – $6,3 \times 10^9$ /л; СОЭ 10 мм/час. Анализ мочи: белок – 0,033 г/л; L – единичные в поле зрения. Вопросы: 1. Поставьте диагноз неотложного состояния. 2. Определите тактику и оказание экстренной помощи.

Эталон ответа: 1. Ранний послеродовый период. Гипотоническое кровотечение. 2. Консервативный метод остановки гипотонического кровотечения (катетеризация мочевого пузыря, наружный массаж матки, в/венное введение утеротоников, другие обследования полости матки). При отсутствии эффекта – экстирпация матки с трубами. Восполнение ОЦК кровезаменителями.

Задача 95. Роженица С., 26 лет, поступила в родильный дом с доношенной беременностью и началом родовой деятельности. В течение 1,5 часов развилась чрезмерно сильная родовая деятельность и через 6 часов родила живую доношенную девочку массой тела 3600 г, ростом 50 см. Последовый период протекал без осложнений. Через 30 минут после родов у родильницы возник озноб, гипертермия до $39,5^{\circ}\text{C}$, одышка, акроцианоз. Пульс 115 уд/мин, ритмичный, АД снизилось до критических цифр (70/0, 75/20). К больной вызвана терминальная бригада. Анализ крови: Нб – 115 г/л; L – $12,6 \times 10^9$ /л; СОЭ – 34 мм/час. Анализ мочи: белок 0,033 г/л; L – 1-3 в п/з. Вопросы: 1. Поставьте диагноз неотложного состояния. 2. Определите тактику и оказание экстренной помощи.

Эталон ответа: 1. Роды I, срочные, быстрые. Чрезмерно сильная родовая деятельность. Эмболия околоплодными водами. 2. ИВЛ, борьба с кардио - пульмональным шоком – инфузионно – трансфузионная терапия (коллоиды, кристаллоиды, белковые препараты крови, эритроцитарная масса). Глюкокортикоиды в повышенных дозах, седативные, сердечно – сосудистые средства, профилактика ДВС – синдром.

Задача 96. Родильница М., 23 года, переведена в наблюдательное отделение на 4 сутки после родов с жалобами на повышение температуры тела до $39-40^{\circ}\text{C}$, озноб, обильный пот, слабость, отсутствие аппетита, мышечные боли. Роды осложнились слабостью родовой деятельности, длительным безводным периодом, гипотоническим кровотечением, ручным обследованием полости матки. Объективно: состояние тяжелое, бледна, акроцианоз, кожа нижних конечностей имеет мраморный рисунок, адинамия. Пульс 110 уд/мин, ритмичный, удовлетворительных свойств. АД 90/60, 100/65. ЧДД – 25



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 105 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

в мин. Язык суховат. Живот мягкий, без болезненный. Пальпация печени и селезенки



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 106 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

болезненная. Олигурия. Влагалищное исследование: шейка матки сформирована, цервикальный канал раскрыт до 2 см, тело матки увеличено до 14-15 недель беременности, мягкой консистенции, болезненное при пальпации. Придатки не определяются, выделения кровянистые, мутные с запахом. Анализ крови: Нб 100 г/л, L – $23,5 \cdot 10^9$ /л. СОЭ 42 мм/час. Анализ мочи: белок 0,033 г/л; L – 3-4 в п/з, УЗИ – субинволюция матки. Вопросы: 1. Поставьте диагноз неотложного состояния. 2. Определите тактику и оказание экстренной помощи.

Эталон ответа: 1. Послеродовый период. Сепсис. 2. Предоперационная подготовка (инфузионная антибактериальная терапия). Экстирпация матки с трубами. Комплексная терапия сепсиса (антибактериальная, дезинтоксикационная, десенсибилизирующая терапия, комплекс витаминов, иммунотерапия, лечение полиорганной недостаточности).

Задача 97. Повторнородящая Н., 27 лет, поступила в родильный дом с регулярной родовой деятельностью на протяжении 5 часов. Размеры таза: 25-28-31-20 см. Положение плода продольное, предлежит головка прижата ко входу в малый таз, сердцебиение плода ясное, ритмичное 145 уд/мин. предполагаемая масса плода 4100 г. Через 3,5 часа родила живого мальчика, весом 4150 г, рост 52 см, без асфиксии. Сразу же после рождения плода началось кровотечение из влагалища алой кровью, непрерывной струей. Послед родился через 5 минут, кровотечение продолжается. Вопросы: 1. Поставьте диагноз неотложного состояния. 2. Определите тактику и оказание экстренной помощи. Эталон ответа: 1. Ранний послеродовый период. Разрыв шейки матки III степени. 2. Ушивание разрыва шейки матки III степени. По показаниям восполнение ОЦК.

Задача 98. У повторно беременной сроком 35 недель после травмы появились боли в животе, умеренные кровянистые выделения из влагалища, усиленное шевеление плода. Объективно: состояние удовлетворительное, пульс 76 уд/мин, ритмичный, АД 125/70, 120/80. Матка в повышенном тоне, слева у дна отмечается локальная болезненность. Положение плода продольное, предлежит головка над входом в малый таз, сердцебиение плода 110 уд/мин, глухое, ритмичное. Влагалищное исследование: шейка матки сформирована, наружный зев закрыт, через передний свод определяется головка плода над входом в малый таз, выделения кровянистые, умеренные, темного цвета. Анализ крови: Нб – 100 г/л; L – $8,5 \cdot 10^9$ /л; СОЭ – 11 мм/час. Анализ мочи: сахар, белок не обнаружен; L – ед. в п/з. УЗИ – ретроплацентарная гематома слева 6×7 см. Вопросы: 1. Поставьте диагноз неотложного состояния. 2. Определите тактику и оказание экстренной помощи.

Эталон ответа: 1. Беременность 35 недель. Преждевременная отслойка нормально прикрепленной плаценты. Острая внутриутробная гипоксия плода. 2. Срочное родоразрешение операцией кесарево сечение. Профилактика ДВС – синдрома. Лечение асфиксии плода.

Задача 99. Первородящая К., 28 лет, доставлена в родильный дом с частыми, болезненными и продолжительными схватками, через 1-1,5 мин, по 60-70 сек, беспокойна. В анамнезе 1 роды, 4 искусственных аборта. Размеры таза 23-26-28-18 см. предположительная масса плода 3900г. На высоте одной из схваток роженица ощутила «кинжальную» боль внизу живота. Состояние ее резко ухудшилось, бледна, акроцианоз, пульс 120 уд/мин, АД 90/40, 85/50 мм. рт. ст., сознание затемнено. Живот умеренно вздут,



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 107 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

при пальпации болезнен. В левой половине живота под передней брюшной стенкой



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 108 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

определяются мелкие части плода, справа сократившаяся матка. Сердцебиение плода не прослушивается. Из влагалища умеренные кровянистые выделения. Влагалищное исследование: раскрытие шейки матки полное, предлежащая часть плода не определяется, умеренные кровянистые выделения. В моче – кровь. Анализ крови: Hb – 70 г/л; эр – $3,5 \times 10^9$ /л; СОЭ – 10 мм/час. Анализ мочи: белок 0,033 г/л; свежие эритроциты. Вопросы: 1. Поставьте диагноз неотложного состояния. 2. Определите тактику и оказание экстренной помощи.

Эталон ответа: 1. Роды I, срочные, II период. Общеравномерносуженный таз. Клинически узкий таз. Разрыв матки. 2. Срочная лапаротомия. Экстирпация матки с трубами. Восполнение ОЦК. Профилактика ДВС – синдрома.

Задача 100. У больной Г., 25 лет, после 2-х месячной задержки менструации и появления мажущихся кровянистых выделений внезапно возникла острая боль внизу живота справа, сопровождающаяся тошнотой, рвотой, обморочным состоянием. Срочно доставлена в гинекологическое отделение. Объективно: Бледна, пульс 105 уд/мин, ритмичный, АД 90/60, t – 36,7°C, живот умеренно вздут в нижних отделах, болезнен больше справа. Мажущиеся кровянистые выделения из влагалища. Влагалищное исследование: шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт, тело матки увеличено до 5 недель беременности, мягкой консистенции, слева придатки не определяются, справа их пальпация болезненная, там же определяется «тестоватость». Симптом Промтова положительный. Анализ крови: Hb – 95 г/л; L – $8,5 \times 10^9$ /л; СОЭ – 9 мм/час. Анализ мочи: белок 0,033 г/л; L – 2-3 в п/з. Группа крови В(III) Rh – положительная. Пункция брюшной полости через задний свод – получено 20 мл темной жидкой крови. Вопросы: 1. Поставьте диагноз неотложного состояния. 2. Определите тактику и оказание экстренной помощи.

Эталон ответа: 1. Прервавшаяся правосторонняя внематочная беременность. Анемия I ст. 2. Срочная лапаротомия. Удаление или пластика правой маточной трубы.

Задача 101. В гинекологическое отделение доставлена больная с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и кровотечение из влагалища. Считает себя беременной 12 недель. Заболела после перенесенного гриппа. Объективно: Состояние больной средней степени тяжести, бледна, пульс 98 уд/мин, ритмичный, АД 100/70. живот мягкий, безболезнен. Влагалищное исследование: шейка матки укорочена до 1,5 см. Раскрытие маточного зева на 2 см, в зеве пальпируется маточное яйцо, матка увеличена до 11-12 недель беременности, мягкой консистенции. Придатки не определяются. Кровотечение алой кровью. Анализ крови: Hb – 90 г/л; L – $8,5 \times 10^9$ /л; СОЭ – 10 мм/час. Анализ мочи: сахар, белок не обнаружены; L – 3-4 в п/з. Группа крови АВ (IV) Rh – положительный. Вопросы: 1. Поставьте диагноз неотложного состояния. 2. Определите тактику и оказание экстренной помощи.

Эталон ответа: 1. Беременность 11-12 недель. Самопроизвольный аборт в ходу. 2. Удаление плодного яйца. Выскабливание полости матки.

Задача 102. У роженицы Н., 24 лет, 5 сутки послеродового периода. Роды осложнились первичной слабостью родовой деятельности и преждевременным излитием околоплодных вод. Продолжались 17 часов 45 минут. Жалуется на субфебрильную температуру по вечерам, умеренные кровянистые выделения. Влагалищное исследование: шейка матки формируется, цервикальный канал раскрыт на 2 см, тело



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 109 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

матки увеличено до 15-16 недель беременности, мягковатой консистенции,

	МИНОБРНАУКИ РОССИИ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ») Факультет/ Фундаментальной медицины Кафедра общей и клинической патологии		
	Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь» по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика; 30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»		
Версия документа - 1	стр. 110 из 119	Первый экземпляр _____	КОПИЯ № _____

безболезненное. Лохи кровянистые, темного цвета, тусклые, без запаха. Анализ крови: Нв – 105 г/л; L – $8,3 \times 10^9$ /л; СОЭ – 13 мм/час. Анализ мочи: сахар, белок не обнаружены; L – ед. в п/з. Вопросы: 1. Поставьте диагноз неотложного состояния. 2. Определите тактику и оказание экстренной помощи.

Эталон ответа: 1. Послеродовой период 5 сутки. Субинволюция матки. 2. Антибиотики (профилактически), сокращающие и кровоостанавливающие средства.

Задача 103. Больная В., 23 лет, доставлена машиной скорой помощи в гинекологическое отделение с жалобами на температуру 39°C , боли внизу живота, тошноту, однократную рвоту, задержку газов, стула. Заболела после поднятия тяжести. Объективно: t – $39,2^\circ\text{C}$, пульс 102 уд/мин, ритмичный. АД 130/90. язык суховат. Живот в нижних отделах умеренно вздут, при пальпации болезнен, положительный симптом раздражения брюшины. Бели слизисто-гнойные. Влагалищное исследование: шейка матки цилиндрической формы, смещения ее болезненные, матка нормальных размеров, справа от матки пальпируется опухолевидное образование 6×7 см, ограниченное в подвижности, болезненное, с четкими контурами, слева придатки не определяются. Анализ крови: Нв – 125 г/л; L – $13,5 \times 10^9$ /л; СОЭ – 32 мм/час. Анализ мочи: белок 0,033; L – ед. в п/з. Вопросы: 1. Поставьте диагноз неотложного состояния. 2. Определите тактику и оказание экстренной помощи.

Эталон ответа: 1. Перекрут ножки опухоли яичника. Пельвиоперитонит. 2. Срочная лапаротомия. Удаление опухоли правого яичника.

Задача 104. Повторнородящая М., 30 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на головную боль, боль в эпигастральной области, ухудшение зрения, отеки на нижних конечностях. В анамнезе – хронический пиелонефрит. Срок беременности 38 недель. Общее состояние средней степени тяжести, АД 180/120, 175/115, отеки нижних конечностей, возбуждена. Положение плода продольное, предлежит головка прижата ко входу в малый таз, сердцебиение плода приглушено, ритмичное, 150 уд/мин. Во время наружного акушерского исследования врач заметил фибриллярное подергивание мимической мускулатуры и верхних конечностей. Анализ крови: Нв – 126 г/л; Ht – 41%, тромбоцитов 155.000. Анализ мочи: протеинурия 4,5 г/л, цилиндрофия. Вопросы: 1. Поставьте диагноз неотложного состояния. 2. Определите тактику и оказание экстренной помощи.

Эталон ответа: 1. Эклампсия. Предсудорожный период. 2. Ингаляция фторотана или закиси азота. Срочное родоразрешение операцией кесарева сечения. Катетеризация 2-х вен. Комплексная терапия тяжелой формы позднего гестоза (лечебно-охранительный режим, гипотензивная и инфузионная терапия, диуретики, антигистаминные препараты; лечение полиорганной недостаточности, профилактика ДВС – синдрома).

Задача 105. Роженица Г., 29 лет, доставлена в родильный дом в потужном периоде. Роды I, срочные. Потуги через 2 минуты по 60 сек, эффективные. Положение плода продольное, предлежит головка большим сегментом во входе в малый таз, сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 уд/мин. Околоплодные воды излились в приемном покое, светлые. Влагалищное исследование: открытие маточного зева полное, плодный пузырь отсутствует, предлежит головка в III плоскости малого таза, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева, спереди. Полностью обследована и консультирована необходимыми специалистами в женской консультации. Вопросы: 1.

	МИНОБРНАУКИ РОССИИ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ») Факультет/ Фундаментальной медицины Кафедра общей и клинической патологии		
	Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь» по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика; 30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»		
Версия документа - 1	стр. 111 из 119	Первый экземпляр _____	КОПИЯ № _____

Поставьте диагноз неотложного состояния. 2. Определите тактику и оказание экстренной

	МИНОБРНАУКИ РОССИИ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ») Факультет/ Фундаментальной медицины Кафедра общей и клинической патологии		
	Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь» по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика; 30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»		
Версия документа - 1	стр. 112 из 119	Первый экземпляр _____	КОПИЯ № _____

помощи.

Эталон ответа: 1. Роды I, срочные, II период. 2. Ведение II периода родов. Следить за: общим состоянием роженицы (пульс, АД, ЧДД, цвет кожных покровов, жалобы); потугами; сердцебиением плода; продвижением предлежащей части (врезывания, прорезывания); выделениями из влагалища; защитой промежности.

Задача 106. Беременная М., 26 лет, поступила в отделение экстрагенитальной патологии с жалобами на ухудшение шевеления плода, жажду, сухость во рту. Болеет сахарным диабетом, ИНСД II тип, средней степени тяжести. Беременность первая. Срок 33 недели. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз, сердцебиение плода приглушено, ритмичное, 160 уд/мин. Допплерография – нарушение маточно-плацентарного кровообращения. Признаки гипоксии плода. УЗИ – гиперплазия плаценты. Анализ крови: Hb – 105 г/л; L – $8,7 \times 10^9$ /л; СОЭ – 11 мм/час. Анализ мочи: сахар, белок не обнаружены; L – 8-10 в п/з. Глюкоза крови – 6,6 ммоль/л. Вопросы: 1. Поставьте диагноз неотложного состояния. 2. Определите тактику и оказание экстренной помощи.

Эталон ответа: 1. Беременность 33 недели, сахарный диабет ИНСД, II тип, средней степени тяжести. Фетоплацентарная недостаточность. Внутриутробная гипоксия плода. 2. Лечение фетоплацентарной недостаточности и внутриутробной гипоксии плода: ингаляция кислорода; глюкоза 10% - 500 мл капельно в/венно; аскорбиновая кислота 5% - 5 мл в/венно; эуфиллин 2,4% - 10,0 в/венно; курантил 4 мл в/венно; сигетин 2-4 мл 1% раствор в/венно; витамин B₆ 5% - 1 мл в/мышечно; гидрокарбонат натрия 5% - 100 мл в/венно капельно. При отсутствии эффекта – оперативное родоразрешение.

Задача 107. У роженицы С., 27 лет, послеродовой период осложнился гнойным эндометритом. На 4 сутки заболевания состояние больной резко ухудшилось: температура тела повысилась до 40°C, озноб, выраженные симптомы интоксикации, пульс 135 уд/мин, ритмичный, АД снизилось до 80/40, 70/20, появились мышечные боли, диарея, слуховые и зрительные галлюцинации, возбуждение. Сознание спутанное. Кожные покровы багрово-красного цвета, слизистые оболочки и ногтевые ложа с цианотичным оттенком. Анализ крови: Hb – 103 г/л; Ht – 40? L – $25,3 \times 10^9$ /л; СОЭ – 42 мм/час, сдвиг формулы влево, токсическая зернистость. Анализ мочи: белок 0,165 г/л; L – 8-10 в п/з.; свежие эритроциты 5-8 в п/з; гиалиновые цилиндры 2-3 в п/з, общий белок 52 г/л; мочевины 12,3 ммоль/л. Вопросы: 1. Поставьте диагноз неотложного состояния. 2. Определите тактику и оказание экстренной помощи.

Эталон ответа: 1. Беременность 33 недели, сахарный диабет ИНСД, II тип, средней степени тяжести. Фетоплацентарная недостаточность. Внутриутробная гипоксия плода. 2. Лечение фетоплацентарной недостаточности и внутриутробной гипоксии плода: ингаляция кислорода; глюкоза 10% - 500 мл капельно в/венно; аскорбиновая кислота 5% - 5 мл в/венно; эуфиллин 2,4% - 10,0 в/венно; курантил 4 мл в/венно; сигетин 2-4 мл 1% раствор в/венно; витамин B₆ 5% - 1 мл в/мышечно; гидрокарбонат натрия 5% - 100 мл в/венно капельно. При отсутствии эффекта – оперативное родоразрешение.

Задача 108. Больная К., 19 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на боли внизу живота больше слева, тошноту, однократную рвоту, слабость, головокружение. Заболела после полового контакта. 14-й день менструального цикла. Объективно: бледна, пульс 100 уд/мин, ритмичный, АД 90/60; t – 36,9°C. Живот в



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 113 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

нижних отделах умеренно вздут, ограничено участвует в акте дыхания, болезнен больше



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 114 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

слева, слабopоложительный симптом Щеткина-Блюмберга. Выделения из влагалища слизистые. Влагалищное исследование: шейка матки цилиндрической формы, смещение ее болезненное, тело матки нормальных размеров, подвижное, чувствительное при пальпации, справа придатки не определяются. Слева пальпация их болезненна. Анализ крови: Hb – 90 г/л; L – $7,5 \times 10^9$ /л; СОЭ – 9 мм/час. Анализ мочи: сахар, белок не обнаружены; L – ед. в п/з. Группа крови А(III), Rh – положительный. Пункция брюшной полости через задний свод – получена темная, жидкая кровь 20 мл. Вопросы: 1. Поставьте диагноз неотложного состояния. 2. Определите тактику и оказание экстренной помощи.

Эталон ответа: 1. Разрыв левого яичника. Внутрибрюшное кровотечение. 2. Срочная лапаротомия. Ушивание разрыва левого яичника. Восполнение ОЦК.

Задача 109. В гинекологическое отделение доставлена больная с жалобами на боли справа и слева внизу живота, $t-38,5^{\circ}\text{C}$, слабость, потерю аппетита, гнойные выделения из влагалища. Заболела после случайного полового акта. Объективно: общее состояние средней тяжести. Пульс 98 уд/мин, АД 130/90, $t-38,5^{\circ}\text{C}$. При пальпации живота отмечается болезненность в гипогастральном области, там же выраженный дефанс, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Влагалищное исследование: шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт, движение шейки матки болезненное, тело матки нормальных размеров, болезненность при смещении. Придатки с обеих сторон увеличены до размеров 4×5 см, болезненные, выделения гнойные. Анализ крови: Hb – 130 г/л; L – $15,5 \times 10^9$ /л; СОЭ – 25 мм/час, сдвиг формулы влево. Анализ мочи: белок 0,033 г/л; L – 3-4 в п/з. Мазок на гн: обнаружены внутриклеточно расположенные гонококки, L – покрывают поле зрения. Вопросы: 1. Поставьте диагноз неотложного состояния. 2. Определите тактику и оказание экстренной помощи.

Эталон ответа: 1. Острый двухсторонний аднексит гонорейной этиологии. 2. Консервативная терапия: антибиотики, анальгетики, десенсибилизирующие средства, витамины, по показаниям инфузионная терапия.

Задача 110. К врачу женской консультации обратилась больная Н., 42 лет с жалобами на обильное кровотечение из влагалища, слабость, головокружение. К врачу акушеру – гинекологу не обращалась в течение 10 лет. Объективно: состояние средней тяжести, пульс 98 уд/мин, ритмичный, АД 100/70. живот мягкий, безболезненный. Над лоном пальпируется опухолевидное образование, плотное, бугристое, безболезненное. Влагалищное исследование: шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт, тело матки увеличено до 14-15 недель беременности, бугристое, плотное, подвижная, без болезненное. Придатки с обеих сторон не пальпируются. Кровотечение алой кровью, обильное. Анализ крови: Hb – 90 г/л; L – $8,7 \times 10^9$ /л; СОЭ – 12 мм/час. Анализ мочи: сахар, белок не обнаружены; L – 3-4 в п/з. Вопросы: 1. Поставьте диагноз неотложного состояния. 2. Определите тактику и оказание экстренной помощи.

Эталон ответа: 1. Множественная миома матки. Метроррагия. 2. Диагностическое выскабливание полости матки, сокращающие и кровеостанавливающие средства. Лечение анемии (препараты железа, поливитамины, смесь микроэлементов).

Задача 111. Больная 28 лет поступила с жалобами на обильные кровянистые выделения из половых путей в течение 10 дней, после задержки месячных на 1,5 месяца, слабость. Подобные кровотечения повторяются у женщины периодически с 25 лет. Родов



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 115 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

– 2, аборт – 1. Объективно: кожные покровы бледные, тахикардия, АД 100/60 мм. рт. ст.

	МИНОБРНАУКИ РОССИИ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)		
	Факультет/ Фундаментальной медицины Кафедра общей и клинической патологии		
Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь» по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика; 30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»			
Версия документа - 1	стр. 116 из 119	Первый экземпляр _____	КОПИЯ № _____

При влагалищном исследовании: шейка без видимой патологии. Симптом зрачка (+++). Матка не увеличена, плотная, подвижная, придатки с обеих сторон не увеличены, без болезненны. Своды глубокие. Выделения кровянистые, обильные. Вопросы: 1. О каком заболевании можно думать в этом случае. 2. Какой метод лечения наиболее оптимален в данной ситуации и план лечебной тактики в дальнейшем.

Эталон ответа: 1. Дисфункциональные маточные кровотечения. 2. Фракционное выскабливание матки. При благоприятном результате гистологического исследования – гормонотерапия (гестагены, синтетические прогестины).

Задача 112. Больная М., 36 лет обратилась к врачу женской консультации с жалобами на боли внизу живота, больше справа. Боли усиливаются во время менструации, после менструации значительно уменьшаются. В анамнезе 2 искусственных аборта и 1 роды без осложнений. Объективно: общее состояние удовлетворительное, пульс 76 уд/мин, ритмичный, АД 125/80, t-37,8°C. Живот мягкий, при глубокой пальпации болезнен справа в паховой области. Влагалищное исследование: шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт, тело матки нормальных размеров, ограничено в подвижности, безболезненное. Справа от матки пальпируется опухолевидное образование размеров 5×6 см, с нечеткими контурами, малоподвижное, чувствительное при пальпации. Образование увеличивается во время менструации, становится болезненным. Слева придатки не определяются, выделения слизистые. Анализ крови: Hb – 127 г/л; L – $7,6 \times 10^9$ /л; СОЭ – 10 мм/час. Анализ мочи: сахар, белок не обнаружены; L – 3-4 в п/з. Мазок из цервикального канала: gn и trich. vaginalis не обнаружены, лейкоциты 3-5 в п/зрения; флора-кокки. Вопросы: 1. Поставьте диагноз неотложного состояния. 2. Определите тактику и оказание экстренной помощи.

Эталон ответа: 1. Эндометриоз правых придатков матки (правого яичника). 2. Медикаментозная терапия: обезболивание, данол, оргаметрил. Хирургическое лечение – удаление правых придатков.

Задача 113. У первобеременной сроком 40 недель 12 часов назад началась активная родовая деятельность, через 2 часа после начала схваток излились светлые, околоплодные воды. При транспортировке в акушерский стационар машиной скорой помощи у нее появились судороги с потерей сознания и последующим переходом в кому. В приемном покое родильного дома: АД 190/120, 180/100 мм. рт. ст., выраженные отеки нижних конечностей и передней брюшной стенки. Положение плода продольное, предлежит головка в полости малого таза, сердцебиение плода 186 уд/мин, приглушено, ритмичное. Влагалищное исследование: открытие маточного зева полное, плодный пузырь отсутствует, предлежит головка в IV плоскости малого таза. Протеинурия 6,0 г/л. В общем анализе крови Hb – 100 г/л; Ht – 43%, тромбоциты 150000. Вопросы: 1. Поставьте диагноз неотложного состояния. 2. Определите тактику и оказание экстренной помощи.

Эталон ответа: 1. Эклампсия, кома, раннее излитие околоплодных вод, внутриутробная гипоксия плода. 2. Срочное родоразрешение путем наложения выходных акушерских щипцов, под общим наркозом. ИВЛ. Катетеризация 2-х вен для проведения комплексной терапии тяжелой формы гестоза (лечебно – охранительный режим, гипотензивная и инфузионная терапия, диуретики, антигистаминные препараты, лечение полиорганной недостаточности и комы. Профилактика кровотечения в III



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 117 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

периоде родов).



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 118 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

4. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ И КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

4.1. Порядок проведения промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в форме экзамена. Экзамен проводится в виде решения ситуационных задач. Каждый студент решает два задания. Продолжительность – 60 минут.

4.2. Критерии оценивания промежуточной аттестации по видам оценочных средств.

4.2.1. Критерии оценивания решения ситуационных задач

Отлично/ зачтено/ 5 баллов	Хорошо/ зачтено/ 4 балла	Удовлетворитель но/зачтено/ 3 балла	Неудовлетвори тельно/ незачтено/ 2 балла
Высокий уровень освоения проверяемых компетенций	Средний уровень освоения проверяемых компетенций	Базовый уровень освоения проверяемых компетенций	Недостаточный уровень освоения проверяемых компетенций
Обучающийся отлично знает материал с учетом междисциплинарных связей, комплексно оценивает предложенную ситуацию, умеет анализировать проблему и аргументировано изложить свою точку зрения, правильный выбор тактики действий; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций грамотно изъясняется с использованием точных терминов и названий. Обучающийся практически не допускает ошибок.	Обучающийся хорошо знает материал, умеет анализировать проблему и аргументировано изложить свою точку зрения, незначительные затруднения при ответе на теоретические вопросы, неполное раскрытие междисциплинарных связей; правильный выбор тактики действий; логическое обоснование теоретических вопросов с дополнительными комментариями педагога; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций. Обучающийся допускает незначительные ошибки.	Обучающийся знаком с материалом, затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ, требующий наводящих вопросов педагога; выбор тактики действий в соответствии с ситуацией возможен при наводящих вопросах педагога, правильное последовательное, но неуверенное выполнение манипуляций.	Обучающийся не знает основных положений вопроса, неверно оценивает ситуацию; неправильно выбирает тактику действий, не ориентируется в основных понятиях, излагает материал с трудом, с грубыми фактическими ошибками, либо отказывается от ответов на вопросы.



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 119 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

4.3. Результаты промежуточной аттестации и уровни сформированности компетенций

Критерием успешности освоения учебного материала является экспертная оценка преподавателя, учитывающая регулярность посещения лекционных и семинарских занятий, освоение материала самостоятельной подготовки, знаний теоретического раздела программы по дисциплине, которые оцениваются устным опросом по вопросам дисциплины и решением ситуационных задач. Качество усвоения знаний завершается экзаменом.

Особенности проведения процедуры оценивания результатов обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья обозначены в рабочей программе дисциплины (модуля).

Уровни сформированности компетенций определяется следующим образом:

1. Высокий уровень сформированности компетенций соответствует оценке «отлично»:

- предполагает формирование компетенций на высоком уровне, готовность к самостоятельной профессиональной деятельности: формируются навыки общеклинического обследования; интерпретации результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики; владения методами экстренной диагностики urgentных состояний; методами проведения сердечно-легочной реанимации на тренажере; алгоритмом оказания неотложной помощи при urgentных состояниях; навыки ухода за тяжелобольными и агонирующими больными; навыки осуществления санитарно-просветительской работы, направленной на пропаганду здорового образа жизни и предупреждение развития неотложных состояний;

- студент способен аргументировать собственную точку зрения по дискуссионным вопросам дисциплины, критически оценивать информацию о состоянии и проблемах неотложной и скорой медицинской помощи, формулировать собственные выводы.

2. Средний уровень соответствует оценке «хорошо»:

- предполагает формирование компетенций на относительно высоком уровне: формируется комплексное знание этиологии, патогенеза и клиники наиболее часто встречающихся неотложных состояний в клинике внутренних болезней; современные методы ранней диагностики неотложных состояний, основные и дополнительные методы обследования, необходимые для постановки диагноза;

- студент способен давать развернутые ответы на теоретические вопросы дисциплины и решать ситуационные задачи на уровне не ниже оценки «хорошо».

3. Базовый уровень соответствует оценке «удовлетворительно»:

- предполагает формирование компетенций на начальном уровне: знание основных принципов и методов оказания неотложной помощи при состояниях и заболеваниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

- студент способен решать ситуационные задачи, правильно и последовательно, но неуверенно заполняя учебное задание при наводящих вопросах педагога.

4. Низкий уровень соответствует оценке «неудовлетворительно»: отсутствие знаний значительной части программного материала; неправильные ответы на вопросы, существенные и грубые ошибки в ответах, непонимание сути излагаемых вопросов; неумение применять теоретические знания при решении практических задач,



МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Челябинский государственный университет» (ФГБОУ ВО «ЧелГУ»)
Факультет/ Фундаментальной медицины
Кафедра общей и клинической патологии

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Неотложная и скорая медицинская помощь»
по специальности 30.05.01 Медицинская биохимия; 30.05.02 Медицинская биофизика;
30.05.03 Медицинская кибернетика ФГБОУ ВО «ЧелГУ»

Версия документа - 1

стр. 120 из 119

Первый экземпляр _____

КОПИЯ № _____

отсутствие навыков в обосновании выдвигаемых предложений и принимаемых решений.

Направление подготовки (специальность) 30.05.01 Медицинская биохимия, 30.05.02 Медицинская биофизика, 30.05.03 Медицинская кибернетика "Неотложная и скорая медицинская помощь", год(ы) набора 2025, очно

Фонд оценочных средств дисциплины (модуля) одобрен и рекомендован:

Проректор по учебной работе утверждено 24.02.2025 А.А. Саламатов

Ученым советом факультета фундаментальной медицины
Протокол заседания № 2 от 10.02.2025

Председатель Ученого совета
факультета фундаментальной
медицины

согласовано

О.Б. Цейликман

Заседанием кафедры Общей и клинической патологии

Протокол заседания № 2 от 10.02.2025

Заведующий кафедрой

согласовано

О.Н. Егоров

Автор (составитель)

Н.В. Держинский

Структура рабочей программы соответствует приказу ректора ФГБОУ ВО «ЧелГУ» от «13» апреля 2021 г. № 247-1