

Скорая медицинская помощь

Ситуационные задачи

Купить: medkeys.ru/product/skoraya/



Условие ситуационной задачи

Ситуация

Беременная 34 недели доставлена бригадой СМП с подозрением на преэклампсию.

Жалобы

Пациентка жалуется на головную боль, тошноту и боли в эпигастральной области, мелькание «мушек» перед глазами, отеки на лице и кистях рук.

Анамнез заболевания

Указанные жалобы беспокоят на протяжении нескольких недель, однако за последние 2 дня усилилась головная боль, появилось мелькание мушек, в связи с чем вызвала СМП.

Анамнез жизни

Всего в анамнезе две беременности.

* Первая беременность – 2 года назад, протекала с повышением АД.

* Вторая беременность – настоящая: I триместр протекал без осложнений; во II триместре периодически беспокоила головная боль, к врачу не обращалась; в III триместре в последнюю неделю появились отеки рук, затем лица.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Сознание ясное, в контакт вступает. Лицо отечное, гиперемированное, АД 180/100, 180/90 мм рт. ст. Выраженные отеки лица и рук. Матка нормального тонуса. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное 170 уд./мин. Выделения светлые. Живот мягкий, безболезненный. Матка увеличена соответственно сроку беременности. Положение плода продольное. Головка плода над входом в малый таз. Родовой деятельности нет.

Необходимыми лабораторными исследованиями при поступлении являются

Результаты лабораторных исследований

У данной пациентки + _____ + степень тяжести артериальной гипертензии

- легкая
- средняя
- умеренная
- тяжелая

К критериям постановки диагноза «Преэклампсия» относится наличие

- общей прибавки веса
- протеинурии
- отечного синдрома
- изменения остроты зрения

У данной пациентки + _____ + степень тяжести преэклампсии

- средняя
- тяжелая
- промежуточная
- легкая

К задачам базовой терапии преэклампсии относят

- сохранение диуреза на уровне 0,5 мл/кг/час
- профилактику тромбоэмболических осложнений
- поддержание среднего давления на уровне 80 мм.рт.ст
- профилактику судорожных приступов

Стартовая терапия включает введение магния сульфата 25%

- 200 мл в/в за 10-15 мин
- 20 мл в/в за 10-15 мин
- 20 мл в/м дробно за 10-15 мин
- 20 мл в/м однократно

Основным эффектом магния сульфата при лечении преэклампсии является

- вазоконстрикторный
- диуретический
- анаболический
- противосудорожный

При развитии судорожного приступа или серии судорожных приступов у беременной женщины с клиникой преэклампсии при отсутствии других причин ставится диагноз

- эклампсия
- гипертензивная энцефалопатия
- гестационная эпилепсия
- вегетативная дисфункция нервной системы

Пациенткам с эклампсией, имеющим очаговую неврологическую симптоматику, рекомендуется выполнить

- спинномозговую пункцию
- эхоэнцефалографию
- КТ головного мозга
- ЭЭГ

Показанием к срочному родоразрешению является

- количество тромбоцитов менее $200 \cdot 10^9 /л$
- артериальная гипертензия средней степени тяжести

- синдром задержки роста плода I степени
- эклампсия

При концентрации магния в крови более 6 ммоль/л возможным осложнением является

- наджелудочковая тахикардия
- полиурия
- угнетение дыхания
- тахипноэ

К критериям HELLP-синдрома относится

- наджелудочковая тахикардия
- полиурия
- угнетение дыхания
- тахипноэ

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Первобеременная в сроке 37 недель доставлена бригадой скорой помощи.

Жалобы

Не предъявляет ввиду тяжести состояния.

Анамнез заболевания

Муж вызвал БСМП в связи с потерей сознания пациенткой. В дороге были судороги, купировались самостоятельно.

Анамнез жизни

Беременность первая. Со слов мужа наблюдалась в женской консультации в связи с повышенным давлением, отеками.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Сознание: оглушение. Кожные покровы цианотичной окраски. В углах рта следы пены, окрашенной кровью. АД 200/100, 190/95 мм рт. ст. Тоны сердца плода 140 ударов в минуту, ясные, ритмичные. Родовой деятельности нет. Матка в состоянии нормального тонуса. Положение плода продольное, предлежит головка, подвижна над входом в малый таз.

Необходимыми лабораторными исследованиями при поступлении являются

- наджелудочковая тахикардия
- полиурия
- угнетение дыхания
- тахипноэ

Результаты лабораторных исследований

Критерием постановки диагноза «Преэклампсия» является наличие

- общей прибавки веса
- ухудшения остроты зрения
- гипертензии
- отечного синдрома

У данной пациентки преэклампсия + _____ + степени тяжести

- тяжелой
- очень тяжелой
- средней
- умеренной

Осложнением, развившимся у данной пациентки, является

- гипергликемическая кома
- острый психоз
- острый респираторный дистресс-синдром
- эклампсия

У данной пациентки + _____ + степень тяжести артериальной гипертензии

- средняя
- легкая
- умеренная
- тяжелая

Основным препаратом для лечения тяжелой преэклампсии и профилактики развития эклампсии является

- магния сульфат
- дроперидол
- супрастин
- закись азота

Главным этиопатогенетическим методом лечения тяжелой преэклампсии и эклампсии является

- медикаментозная седация
- диуретическая терапия
- спазмолитическая терапия
- родоразрешение

Трансфузия тромбоцитарной массы перед родоразрешением показана при количестве тромбоцитов менее + _____ + в мкл

- 50.000
- 200.000
- 500.000
- 150.000

Основным антигипертензивным препаратом при любой форме артериальной гипертензии во время беременности является

- каптоприл
- эуфиллин
- метилдопа
- метопролол

При проведении инфузионной терапии до родов максимальный объем вводимой внутривенно жидкости + _____ + мл/ч

- 80
- 800
- 500
- 250

При выявлении минимальных признаков HELLP-синдрома на фоне преэклампсии необходимо

- родоразрешение
- проведение гемодиализа
- увеличение дозы вводимого магния сульфата
- усиление антигипертензивной терапии

При концентрации магния в крови более 6 ммоль/л возможным осложнением является

- родоразрешение
- проведение гемодиализа
- увеличение дозы вводимого магния сульфата
- усиление антигипертензивной терапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Первобеременная 24 лет в сроке 34 недель самостоятельно обратилась в СОСМП.

Жалобы

На головную боль, плохое самочувствие.

Анамнез заболевания

Для выяснения акушерской ситуации произведено влагалищное исследование,

во время которого появилось двигательное беспокойство, мелкие фибриллярные подергивания мышц лица и рук, которые перешли в тонические судороги. После приступа судорог, продолжавшихся 1,5 минуты, сознание восстановилось.

Анамнез жизни

Из перенесенных заболеваний отмечает соматоформную дисфункцию вегетативной нервной системы по смешанному типу, нарушение жирового обмена (рост – 164 см, вес до беременности – 85 кг). С 32 недель беременности отмечает прибавку массы тела до 1,0 кг в неделю, отеки нижних конечностей, повышение АД до 160/90 мм рт. ст. Суточная протеинурия 2 г/л. От предложенной госпитализации отказалась, лечение в амбулаторных условиях не принимала.

Объективный статус

При осмотре: заторможена, дыхание через нос затруднено. Пульс 98 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД – 180/110 и 175/100 мм рт. ст. Отеки нижних конечностей, передней брюшной стенки и лица. Положение плода продольное, Сердцебиение плода слева 134 удара в минуту, ритмичное. Матка в нормотонусе. Родовой деятельности нет.

Необходимыми лабораторными исследованиями при поступлении являются

- родоразрешение
- проведение гемодиализа
- увеличение дозы вводимого магния сульфата
- усиление антигипертензивной терапии

Результаты лабораторных исследований

Критерием постановки диагноза «Преэклампсия» является наличие

- ухудшения остроты зрения
- отечного синдрома
- общей прибавки веса
- гипертензии

У данной пациентки преэклампсия + _____ + степени тяжести

- средней
- очень тяжелой
- тяжелой
- умеренной

Осложнением, развившимся у данной пациентки, является

- острый психоз
- гипергликемическая кома
- острый респираторный дистресс-синдром
- эклампсия

К симптомам-предвестникам эклампсии относят

- мастопатию
- боли в правой подвздошной области
- нарушения зрения
- полиурию

Основным препаратом для предупреждения судорожных приступов при тяжелой преэклампсии является

- магния сульфат
- супрастин
- дроперидол
- закись азота

При возникновении судорожных приступов и гипотензии необходимо

- начать введение хлористого кальция
- продолжить магниальную терапию
- добавить к терапии микроструйное введение адреналина
- прервать введение магния сульфата

Главным этиопатогенетическим методом лечения тяжелой преэклампсии и эклампсии является

- спазмолитическая терапия
- родоразрешение
- диуретическая терапия
- медикаментозная седация

Показанием к экстренному (минуты) родоразрешению является

- количество тромбоцитов менее $200 \cdot 10^9 / \text{л}$
- преэклампсия тяжелой степени
- эклампсия в анамнезе
- кровотечение из родовых путей

Для подготовки к родоразрешению пациентка должна находиться в отделении

- интенсивной терапии
- хирургическом
- динамического наблюдения
- родовом

После родоразрешения у женщин с тяжелой преэклампсией возможно развитие

- синдрома Образцова
- NIHHS-синдрома
- HELLP-синдрома
- синдрома Кушинга

На этапе интенсивной терапии и подготовки к родоразрешению противопоказано введение

- синдрома Образцова
- NIHHS-синдрома
- HELLP-синдрома
- синдрома Кушинга

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Первобеременная 34 лет в сроке 34 недель доставлена из поликлиники с диагнозом преэклампсия.

Жалобы

На головную боль и ухудшение зрения.

Анамнез заболевания

С указанными жалобами обратилась в женскую консультацию, от предложенной госпитализации отказалась, назначено лечение. В течение 2 дней интенсивного лечения состояние беременной ухудшилось. На фоне всех указанных явлений пациентка внезапно стала терять зрение, обратилась к окулисту.

Заключение окулиста: начинающаяся отслойка сетчатки. Вызвана БСМП.

Анамнез жизни

Из перенесенных заболеваний отмечает хронический цистит. С 32 недель беременности отмечает прибавку массы тела до 1,0 кг в неделю, отеки нижних конечностей повышение АД до 150/90 мм рт. ст.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Сознание ясное. АД — 179/100 мм рт. ст.

Значительные отеки конечностей, передней брюшной стенки, лица. Положение плода продольное, Сердцебиение плода 134 удара в минуту, ритмичное. Матка в нормотонусе. Родовой деятельности нет.

Необходимыми лабораторными исследованиями при поступлении являются

- синдрома Образцова
- NIHHS-синдрома
- HELLP-синдрома
- синдрома Кушинга

Результаты лабораторных исследований

К критериям постановки диагноза «Преэклампсия» относится

- протеинурия
- отечный синдром
- общая прибавка веса
- острота зрения

У данной пациентки преэклампсия + _____ + степени тяжести

- средней
- очень тяжелой
- умеренной
- тяжелой

К задачам базовой терапии преэклампсии относят

- сохранение диуреза на уровне 0,5 мл/кг/час
- поддержание среднего давления на уровне 80 мм.рт.ст
- профилактику судорожных приступов
- профилактику тромбоэмболических осложнений

Основным препаратом для лечения тяжелой преэклампсии и профилактики развития эклампсии является

- окситоцин
- фентанил
- магния сульфат
- метилэргометрин

Стартовая магниальная терапия включает введение магния сульфата 25%

- 20 мл в/м дробно за 10-15 мин
- 20 мл в/в за 10-15 мин
- 20 мл в/м однократно
- 200 мл в/в за 10-15 мин

При возникновении судорожных приступов и гипотензии необходимо

- продолжить магниальную терапию
- добавить к терапии микроструйное введение адреналина
- прервать введение магния сульфата
- начать введения хлористого кальция

Основным антигипертензивным препаратом при любой форме артериальной гипертензии во время беременности является

- эуфиллин

- метопролол
- каптоприл
- метилдопа

При сохранении или развитии тяжелой артериальной гипертензии после родоразрешения препаратом выбора является

- метопролол
- клофелин
- пентамин
- урапидил

При артериальной гипертензии тяжелой степени снижение АД до привычных цифр должно быть проведено в течение

- 72 ч
- 2-4 ч
- 24 ч
- 30 минут

При олиго- или анурии при неэффективности стимуляции диуреза необходимо

- начать введение эуфиллина и окситоцина
- увеличить дозу магния сульфата
- применение экстракорпоральной мембранной оксигенации
- начать заместительную почечную терапию

К критериям HELLP-синдрома относится

- начать введение эуфиллина и окситоцина
- увеличить дозу магния сульфата
- применение экстракорпоральной мембранной оксигенации
- начать заместительную почечную терапию

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Беременная 25 лет в экстренном порядке доставлена бригадой скорой помощи.

Жалобы

Жалобы на сильные головные боли, мелькание «мушек» перед глазами, боли в эпигастральной области.

Анамнез заболевания

Две недели назад появились отеки голеней, протеинурия 0,033-0,09 г/л. От госпитализации отказывалась. В связи с нарастанием симптомов вызвала БСМП.

Анамнез жизни

Настоящая беременность первая. В женской консультации наблюдалась с 14 недель, нерегулярно. В течение последнего месяца средняя прибавка веса составила 750 г за неделю.

Сопутствующие заболевания: АИТ . эутиреоз на ЗГТ эутирокс 100 мг.

Операции: аппендэктомия в детстве.

Объективный статус

Общее состояние тяжелое. Кожные покровы и слизистые бледные, умеренно влажные. Температура тела 37,0°C Ps 85 в мин, АД 180/100-190/110 мм рт. ст. Отеки генерализованные. Живот увеличен в объеме за счет беременной матки. Матка в нормотонусе. Per vaginam: шейка матки укорочена, длиной 2 см, мягкая, незначительно отклонена кзади от проводной оси малого таза, наружный маточный зев пропускает кончик пальца. Через своды влагалища пальпируется округлая, плотная, с четкими контурами часть плода, подвижная над входом в малый таз. Мыс не достигается.

Необходимыми лабораторными исследованиями при поступлении являются

- начать введение эуфиллина и окситоцина
- увеличить дозу магния сульфата
- применение экстракорпоральной мембранной оксигенации
- начать заместительную почечную терапию

Результаты лабораторных исследований

У данной пациентки + _____ + степень тяжести артериальной гипертензии

- умеренная
- тяжелая
- средняя
- легкая

Критерием постановки диагноза «Преэклампсия» является

- отечный синдром
- изменение остроты зрения
- общая прибавка веса
- протеинурия

Протеинурия 2,6 г за 24 часа, АД сист 180 мм рт.ст соответствует + _____ + степени тяжести преэклампсии

- промежуточной
- легкой
- тяжелой
- средней

К задачам базовой терапии преэклампсии относят

- профилактику судорожных приступов
- сохранение диуреза на уровне 0,5 мл/кг/час
- профилактику тромбоэмболических осложнений
- поддержание среднего давления на уровне 80 мм.рт.ст

Основным препаратом для лечения тяжелой преэклампсии и профилактики развития эклампсии является

- магния сульфат
- дроперидол
- закись азота
- супрастин

К критериям отмены магниальной терапии относят отсутствие

- судорог
- лихорадки
- диуреза
- тахикардии

Предпочтительным путем введения магния сульфата является

- подкожный
- пероральный
- внутривенный
- внутримышечный

Активную антигипертензивную терапию с применением внутривенных препаратов проводят только при уровне АД более + _____ + мм рт.ст

- 200/100
- 140/100
- 160/110
- 130/110

Показанием к срочному родоразрешению является

- количество тромбоцитов менее $200 \cdot 10^9 /л$
- эклампсия
- синдром задержки роста плода I степени
- артериальная гипертензия средней степени тяжести

Абсолютным противопоказанием к транспортировке в другой стационар является

- преэклампсия
- кровотечение
- срок беременности более 38 недель
- кесарево сечение в анамнезе

После родоразрешения у женщин с тяжелой преэклампсией возможно развитие

- преэклампсия
- кровотечение
- срок беременности более 38 недель
- кесарево сечение в анамнезе

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 70 лет госпитализирована скорой медицинской помощью.

Жалобы

На интенсивную боль, покраснение и отёчность обоих коленных суставов, в связи с этим невозможность стоять на ногах и ходить; подъём температуры до 38 градусов.

Анамнез заболевания

За день до обращения пациентка ощутила сильную слабость, отметила повышение температуры до 38 градусов, через несколько часов появились сильные ноющие боли в коленных суставах, с нарастающей гиперемией и отёком, боль достигла своего пика к концу суток

Анамнез жизни

- хронические заболевания: гипертоническая болезнь 3 стадии, артериальная гипертензия 3 степени; ишемическая болезнь сердца; ожирение 1 степени; сахарный диабет 2 типа (компенсированный); подагра; хроническая болезнь почек 3б стадии, нефролитиаз; желчекаменная болезнь;
- курение, злоупотребление алкоголем отрицает;
- профессиональные вредности отрицает;
- аллергологический анамнез спокойный;
- эпидемиологический анамнез без особенностей;
- хронические заболевания родителей отрицает;

Для постановки диагноза важное диагностическое значение имеет определение уровня

- преэклампсия
- кровотечение
- срок беременности более 38 недель
- кесарево сечение в анамнезе

Результаты обследования

Инструментальным исследованием, необходимым для подтверждения диагноза, является

- преэклампсия
- кровотечение
- срок беременности более 38 недель
- кесарево сечение в анамнезе

Результаты инструментального метода обследования

Для постановки точного диагноза необходимо также провести

- преэклампсия
- кровотечение
- срок беременности более 38 недель
- кесарево сечение в анамнезе

Результаты обследования

На основании полученных данных можно поставить диагноз

- преэклампсия
- кровотечение
- срок беременности более 38 недель
- кесарево сечение в анамнезе

Диагноз

Дифференциальный диагноз у данного пациента необходимо проводить с

- деформирующим остеоартритом обоих коленных суставов
- недифференцированным артритом
- септическим артритом
- саркоидозом

На догоспитальном этапе данному пациенту в качестве анальгезии необходимо введение

- кеторолака 2 мл внутримышечно
- эуфиллина 10 мл внутривенно
- эналаприла 2 мл внутримышечно
- супрастина 1 мл внутримышечно

Препаратами выбора на догоспитальном этапе для обезболивания являются

- симпатомиметики
- глюкокортикостероиды

- антибиотики
- жаропонижающие

После приступа острого подагрического артрита рекомендуется назначать

- кетотифен
- колхицин
- аллопуринол
- аторвастатин

Немедикаментозным методом лечения является

- дозированная ходьба по 30 минут в день
- диета
- плавание
- занятие спортом

В первую очередь стоит ограничить потребление в пищу

- нитритов
- оксалатов
- кальция
- пуринов

Пациентам с гипертонической болезнью в качестве антигипертензивной терапии следует ограничить прием

- диуретиков
- статинов
- блокаторов медленных кальциевых каналов
- ингибиторов АПФ

При длительном поддержании сывороточного уровня мочевой кислоты ниже 180 мкмоль/л увеличивается риск развития

- диуретиков
- статинов
- блокаторов медленных кальциевых каналов
- ингибиторов АПФ

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 50 лет экстренно доставлен в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы

Внезапное появление резкой боли за грудиной, одышку. Больной предпочитает лежать.

Анамнез заболевания

Данные симптомы появились несколько часов назад при полном общем благополучии.

Анамнез жизни

- хронические заболевания отрицает
- вредные привычки отрицает
- профессиональных вредностей нет
- аллергических реакций не было
- наследственность не отягощена

Объективный статус

Состояние тяжелое. Рост 175 см, вес 64 кг. Кожные покровы бледные, шейные вены набухли, пульсация в яремной области. Дыхание проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД 25/мин. АД 90/60 мм рт.ст. Пульс 110 уд./мин. Граница относительной сердечной тупости смещена вправо. Акцент II тона на легочной артерии.

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования на догоспитальном этапе относится

- диуретиков
- статинов
- блокаторов медленных кальциевых каналов
- ингибиторов АПФ

Результаты инструментального метода обследования

На основании полученных данных можно предположить диагноз

- диуретиков
- статинов
- блокаторов медленных кальциевых каналов
- ингибиторов АПФ

Диагноз

Данное заболевание необходимо дифференцировать с

- инфекционным эндокардитом; синдромом Дресслера
- острым инфарктом миокарда; расслоением аорты
- пневмонией; хронической обструктивной болезнью легких
- гидротораксом; перикардитом

Количество баллов по шкале Geneva у данного больного равно 5. Это соответствует + _____ + риску тромбоэмболии легочной артерии.

- высокому
- умеренному
- низкому
- среднему

Необходимо осуществить транспортировку пациента на носилках в положении

- с приподнятым ножным концом
- с приподнятым головным концом
- сидя
- полусидя

Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в условиях

- отделения интенсивной терапии
- терапевтического отделения
- амбулаторного этапа
- дневного стационара

На догоспитальном этапе пациенту показано безотлагательное внутривенное введение

- нитроглицерина
- промедола
- фуросемида
- нефракционированного гепарина

Первоочередным действием данному пациенту на догоспитальном этапе необходимо провести

- введение сердечных гликозидов
- успокоительную беседу
- оксигенотерапию
- введение симпатомиметиков

Одним из альтернативных методов тромболитической терапии при тромбоэмболии легочной артерии является

- выжидательная тактика
- увеличение дозы нефракционированного гепарина
- хирургическая легочная эмболэктомия
- прием оральных антикоагулянтов и антиагрегантов

Для контроля эффективности нефракционированного гепарина используют такой лабораторный показатель, как

- МНО
- тромбоциты
- АЧТВ
- D-димер

Для контроля эффективности и безопасности варфарина используют такой лабораторный показатель, как

- МНО
- протромбиновое время
- АЧТВ
- ПТИ

Противопоказаниями для проведения тромболитической терапии являются такие состояния, как

- МНО
- протромбиновое время
- АЧТВ
- ПТИ

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Б. 68 лет обратился в стационарное отделение скорой помощи в связи с острым заболеванием.

Жалобы

На приступообразный кашель с вязкой, плохо отходящей, желто-зелёной мокротой, повышение температуры до 38,1°C, одышку при минимальной физической нагрузке, выраженную слабость.

Анамнез заболевания

3 дня назад стал отмечать усиление одышки, увеличение количества мокроты. Неделю назад после переохлаждения появился кашель, заложенность носа, повышение температуры до 37,9°C, однако к врачу не обращался, лечился самостоятельно муколитиками, жаропонижающими. Сегодня утром стала усиливаться одышка, вызвал бригаду скорой медицинской помощи, доставлен в стационарное отделение скорой медицинской помощи

Анамнез жизни

Рос и развивался нормально.

Профессия: пенсионер, ранее – кладовщик.

Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, хронические заболевания отрицает, холецистэктомия.

Наследственность: у матери – хронический бронхит.

Вредные привычки: курит по 1 пачке в день (индекс курильщика 36 пачка/лет), алкоголь употребляет умеренно.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Положение вынужденное, с опорой на руки, в дыхании участвует вспомогательная мускулатура. Вес 102 кг, рост 185 см. Температура 37,9°C. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, влажные. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены. Грудная клетка – бочкообразная. Перкуторный тон коробочный. Притупления перкуторного звука нет. Выслушиваются звонкие влажные хрипы, дыхание ослаблено. ЧДД 35 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Акцент II тона над легочной артерией. ЧСС 98 в мин., АД 120/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Край мягкий, эластичный, безболезненный при пальпации. Периферические отеки отсутствуют. SatO₂ 76%.

Из лабораторных методов исследования для постановки диагноза данному пациенту необходимо выполнить

- МНО
- протромбиновое время
- АЧТВ
- ПТИ

Результаты лабораторного метода обследования

Из инструментальных методов исследования для постановки диагноза данному пациенту необходимо выполнить

- МНО
- протромбиновое время
- АЧТВ
- ПТИ

Результаты инструментальных методов обследования

На основании жалоб, анамнеза и результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования можно поставить диагноз

- МНО
- протромбиновое время
- АЧТВ
- ПТИ

Диагноз

Обострение данной патологии необходимо дифференцировать с

- бронхиальной астмой
- тромбоэмболией легочной артерии
- острым бронхитом
- опухолью легкого

Одним из наиболее частых возбудителей при обострении ХОБЛ является

- moraxella catarrhalis
- candida albicans
- clostridium botulinem
- streptococcus aureus

Для коррекции дыхательной недостаточности данному пациенту необходимо провести

- неинвазивную вентиляцию легких
- проведение кислородотерапии через носовые канюли
- трахеостомию
- введение эуфиллина

В случае нарастания острой дыхательной недостаточности, нестабильности гемодинамики пациенту показана

- искусственная вентиляция легких
- внутривенная инъекция бронхолитиков
- активная выжидательная тактика
- ингаляция кислорода через носовые канюли

Для лечения обострения у данного больного необходимо назначить

- ингибиторы протонной помпы, симпатомиметики, противокашлевые, М-холиноблокаторы
- прокинетики, М-холиноблокаторы, противокашлевые, антигипертензивные
- антиаритмики, симпатомиметики, антигипертензивные, противокашлевые
- бронходилататоры, кортикостероиды, антибиотики, муколитики

Данному больному необходимо назначить

- тигециклин, кларитромицин
- ванкомицин, меропенем
- цефтаролина фосамил, эритромицин
- амоксициллин/клавуланат, респираторные фторхинолоны

Длительность курса терапии пероральным преднизолоном составляет

- 10 дней с постепенной отменой
- 7 месяцев
- 5-7 дней
- 6 месяцев

Одной из наиболее частых причин обострения хронической обструктивной болезни легких является

- обострение хронического гастрита
- миокардит
- заболевания среднего уха
- инфекция дыхательных путей

Противопоказаниями к неинвазивной вентиляции легких при острой дыхательной недостаточности на фоне хронической обструктивной болезни легких являются

- обострение хронического гастрита
- миокардит
- заболевания среднего уха
- инфекция дыхательных путей

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 25 лет доставлена бригадой скорой медицинской помощи в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы

Жалобы на ночные, «голодные», «кинжальные» боли в эпигастральной области, тошноту и многократную рвоту коричневого цвета.

Анамнез заболевания

Пациентка считает себя больной со вчерашнего дня, когда в 3:00 появились первые симптомы заболевания.

Начало заболевания быстрое, в течение нескольких минут появилась острая боль в эпигастрии, сопровождающаяся рвотой, приносящей временное облегчение. Лекарства не принимала. На следующий день в связи с непрекращающимися болями пациентка вызвала скорую медицинскую помощь.

Анамнез жизни

Контакты с инфекционными больными, туберкулез, гепатит, ВИЧ, венерические заболевания, переливания крови отрицает.

Наследственный анамнез: у отца язвенная болезнь желудка

Операции: отрицает

Сопутствующие заболевания: отрицает

Объективный статус

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы нормального цвета.

Видимые слизистые оболочки нормального цвета, без высыпаний. Рост – 167 см, вес – 51 кг.

Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

Сердечно-сосудистая система: границы относительной и абсолютной сердечной тупости в пределах нормы.

Ритм сердца правильный. Тоны приглушены, шумов нет. Добавочные тоны не обнаружены.

Пульс ритмичный, частотой 85 ударов в минуту, регулярный, удовлетворительного наполнения, артериальная стенка мягкая, эластичная, пульс удовлетворительного напряжения, дефицита пульса нет.

Артериальное давление составляет 120/76 мм. рт. ст.

Частота дыхательных движений 17/ мин, аускультативно: везикулярное дыхание.

Со стороны опорно-двигательного аппарата, нервной, мочеполовой систем патологических изменений не выявлено.

При осмотре живот округлой формы, симметричный, не вздут. Участвует в акте дыхания. Видимой перистальтики желудочно-кишечного тракта не отмечается.

При пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области.

К лабораторным исследованиям, которые необходимо выполнить в первую очередь, относятся

- обострение хронического гастрита
- миокардит
- заболевания среднего уха
- инфекция дыхательных путей

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимыми инструментальными исследованиями в данной ситуации является

- обострение хронического гастрита
- миокардит
- заболевания среднего уха
- инфекция дыхательных путей

Результаты инструментального метода обследования

Учитывая выявленные изменения, больному вероятно можно поставить диагноз

- обострение хронического гастрита
- миокардит
- заболевания среднего уха
- инфекция дыхательных путей

Диагноз

Вероятной причиной возникновения данного заболевания является обсеменение слизистой оболочки

- campylobacter jejuni
- helicobacter pylori

- campylobacter coli
- escherichia coli

Одним из возможных предрасполагающих факторов развития данного заболевания у пациентки является

- молодой возраст
- отсутствие самостоятельного применения препаратов
- отягощенный анамнез
- дефицит массы тела

Дифференциальный диагноз у данной пациентки необходимо проводить с

- почечной коликой
- стрессовыми язвами
- дивертикулярной болезнью кишечника
- острым эзофагитом

Препаратом, входящим в состав квадротерапии эрадикации *H.pylori*, является

- цефтриаксон
- тетрациклин
- висмута трикалия дицитрат
- аспирин

Группой препаратов, применяемых при лечении язвенной болезни, являются

- блокаторы H1 –гистаминовых рецепторов
- ингибиторы протонной помпы
- м-холиномиметики
- нестероидные противовоспалительные препараты

Дозировки препаратов при назначении тройной схемы Омепразол + ____ + , Кларитромицин + _____ + , Амоксициллин + _____ +

- 20 мг*2; 1000 мг*2; 1000 мг*2
- 40 мг*2; 500 мг*2; 500 мг*2
- 20 мг*2; 500 мг*2; 1000 мг*2
- 40 мг*2; 1000 мг*2; 500 мг*2

Для диагностики инфекции *H.Pylori* проводят

- посев желудочного сока
- суточное мониторирование внутрижелудочного pH
- уреазный тест
- кал на скрытую кровь

Помимо кровотечения и перфорации язвы, осложнениями язвенной болезни является

- колоректальный рак
- стеноз привратника
- лейкопения
- гепатомегалия

Для профилактики обострения язвенной болезни необходимыми мероприятиями являются

- колоректальный рак
- стеноз привратника
- лейкопения
- гепатомегалия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 27 лет самостоятельно обратилась в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы

На общую слабость, лихорадку до 39, болезненные ложные позывы к дефекации, боль в правой подвздошной области, кровянистые выделения с калом до 5 раз в сутки.

Анамнез заболевания

Вышеуказанные симптомы появились в течение двух недель, когда впервые почувствовала боли в правой подвздошной области и тенезмы. Через неделю также, отмечает, что были кровянистые выделения с калом, которые появились на 7-ой день болезни. Принимала ибупрофен для снижения температуры тела – с положительным эффектом. За медицинской помощью не обращалась. В связи с нарастанием симптомов, обратилась в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Анамнез жизни

Контакты с инфекционными больными, туберкулез, гепатит, ВИЧ, венерические заболевания, переливания крови отрицает.

Эпидемиологический анамнез: за пределы области не выезжала, контакт с инфекционными больными отрицает, подозрительные, испорченные продукты в пищу не употребляла.

Операции: отрицает.

Аллергологический анамнез: без особенностей.

Сопутствующие заболевания: отрицает.

Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. В контакт вступает легко. В пространстве и времени: ориентирована. Т тела – 38.3. Склеры: обычной окраски. Кожные покровы: сухие бледные. Видимые слизистые

оболочки бледно-розовые. Варикозное расширение вен нижних конечностей отсутствует. Периферические лимфоузлы: не увеличены, безболезненны, эластичны. Отеки не определяются.

Сердечно-сосудистая система: Пульс 98 уд./мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен, симметричный. АД: 115/70 мм рт. ст.

Дыхательная система: Дыхание самостоятельное, эффективное, ритмичное. ЧДД 16 в мин. Над легкими при перкуссии ясный легочный тон. Притупление перкуторного тона: отсутствует. Дыхание жесткое, проводится во все отделы легких, ослаблено в нижних отделах справа. Хрипы в легких не выслушиваются. SatO₂: 98 %.

Желудочно-кишечный тракт: Язык: влажный, обложен. Живот при пальпации: болезненный в правой подвздошной области, симптомы раздражения брюшины: отрицательные.

Органы мочеиспускания: Симптом поколачивания по пояснице: отрицательный. При ректальном осмотре на перчатке имеются следы крови.

К необходимым лабораторным исследованиям в данной ситуации относятся

- колоректальный рак
- стеноз привратника
- лейкопения
- гепатомегалия

Результаты лабораторных методов обследования

Из инструментальных методов исследования в данной ситуации необходимо выполнить

- колоректальный рак
- стеноз привратника
- лейкопения
- гепатомегалия

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая выявленные изменения, больному можно поставить диагноз

- колоректальный рак
- стеноз привратника
- лейкопения
- гепатомегалия

Диагноз

Взятие биопсии у данной пациентки показано ввиду

- желания пациентки
- подозрения на колоноректальный рак
- подозрения на токсический мегаколон
- первичной постановки диагноза

Пациентке показана госпитализация в

- терапевтический стационар
- гастроэнтерологическое отделение
- отделение реанимации и интенсивной терапии
- хирургический стационар

В качестве поддерживающей терапии глюкокортикостероиды

- применяются в некоторых случаях
- применяются
- не применяются
- не используют при лечении язвенного колита

Излечения больных язвенным колитом можно достичь путем

- приема антибиотиков
- поддержания диеты
- применения глюкокортикостероидов
- удаления субстрата заболевания (колпроктэктомия)

Ввиду лихорадки данной пациентке необходимо назначение + _____ + терапии

- дезинтоксикационной
- спазмолитической
- антибактериальной
- инфузионной

Антибактериальным препаратом первой линии является

- амоксициллин+ванкомицин
- джозамицин+меропенем
- метронидазол+ципрофлоксацин
- оксациллин+цефтриаксон

Жизнеугрожающим осложнением язвенного колита является

- абсцесс печени
- узловатая эритема
- перфорация толстой кишки
- присоединение бактериальной инфекции

При перфорации толстой кишки показана в экстренном порядке

- колэктомия
- ирригоскопия
- фиброколоноскопия с биопсией
- диагностическая лапароскопия

К внекишечным осложнениям язвенного колита относится

- колэктомия
- ирригоскопия
- фиброколоноскопия с биопсией
- диагностическая лапароскопия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 60 лет доставлена в стационар бригадой скорой помощи.

Жалобы

На слабость, жажду, головную боль.

Анамнез заболевания

В течение 8 лет сахарный диабет 2 типа, постоянно принимает метформин. Последнюю неделю получает инъекции дексаметазона, по поводу радикулопатии.

Последние 3 дня отмечает общую слабость, сухость во рту, при измерении глюкозы капиллярной крови повышение до 30 ммоль, в связи с чем вызвала скорую помощь.

Анамнез жизни

* В анамнезе хроническая гипертоническая болезнь.

* Не курит, алкоголь не употребляет.

* Аллергологический анамнез без особенностей.

* Оперативные вмешательства: холецистэктомия 5 лет назад, кесарево сечение 40 лет назад.

Объективный статус

Общее состояние: средней степени тяжести.

Сознание: ШКГ 15. Конституция: гиперстеник, рост, см: 162, вес, кг: 82.0.

Кожные покровы: сухие. Отеки: нет. Сердечно-сосудистая система:

Аускультация сердца: сердечные тоны приглушены, Пульс: 98 уд/мин, АД: 160\80 мм рт. ст.

Дыхание: самостоятельное. Аускультация легких: дыхание жесткое, частота дыхания 20 в минуту.

Запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Сатурация O₂: 97%.

Желудочно-кишечный тракт: язык: обложен, живот при пальпации: диффузно-болезненный, симптомы раздражения брюшины: отрицательные. Симптом поколачивания по пояснице: отрицательный.

Без очаговой неврологической симптоматики.

К лабораторным исследованиям, необходимым для постановки диагноза, относят

- колэктомия
- ирригоскопия
- фиброколоноскопия с биопсией
- диагностическая лапароскопия

Результаты лабораторных методов исследования

Наиболее вероятным диагнозом у данной пациентки с учетом лабораторных данных является

- колэктомия
- ирригоскопия
- фиброколоноскопия с биопсией
- диагностическая лапароскопия

Диагноз

Определите степень тяжести данного состояния

- тяжелая
- умеренная
- легкая
- очень тяжелая

Данной пациентке показано лечение в условиях

- терапевтического отделения
- эндокринологического отделения
- отделения реанимации
- дневного стационара

Провоцирующим фактором развития данного состояния является

- длительная физическая нагрузка
- терапия стероидами
- самостоятельное увеличение дозы инсулина
- надпочечниковая недостаточность

Сразу при поступлении необходимо начать инфузию раствора

- NaCl 10%
- NaCl 0,9%
- рингера-лактат
- реополиглюкин

Показанием к введению бикарбоната натрия является рН крови

- $\leq 6,9$
- $>7,5$
- $\leq 7,35$
- $>7,46$

На начальных этапах терапии необходим анализ на кетоновые тела в моче

- каждый час
- каждые 30 минут
- 2 раза в день
- каждые 2 дня

Начальная доза инсулина короткого действия для внутривенного болюсного введения + _____ + ед/кг реальной массы тела

- 0,8-1
- 0,5-0,6
- 0,1-0,15
- 1-2

При непрерывной инфузии инсулина для предотвращения сорбции инсулина в системе необходимо к раствору NaCl 0,9% добавить

- раствор глюкозы 40%
- раствор NaCl 10%
- раствор альбумина
- инсулин длительного действия

В первые сутки следует не снижать уровень глюкозы менее + _____ + ммоль

- 20
- 25
- 17
- 13

Начальная скорость регидратации с помощью 0.9% раствора NaCl + _____ + мл/кг массы тела

- 20
- 25
- 17
- 13

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 65 лет доставлена в стационар бригадой скорой помощи.

Жалобы

На слабость, боль в животе.

Анамнез заболевания

Указанные жалобы беспокоят на протяжении недели. Имеет сахарный диабет, получает инсулинотерапию (лантус). 2 недели назад получила в аптеке инсулин другой фирмы, после начала его использования в прежних дозах отмечала значительные колебания глюкозы при самостоятельном измерении – от 3 до 25, в связи с невозможностью записаться в поликлинику, вызвала скорую помощь.

Анамнез жизни

- * В анамнезе гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, фибрилляция предсердий постоянная форма, СД 2 на инсулинотерапии.
- * Не курит, алкоголь не употребляет.
- * Аллергологический анамнез: аллергия на амоксициллин – отек Квинке.
- * Оперативные вмешательства: пластика пупочной грыжи 10 лет назад.

Объективный статус

Общее состояние: средней степени тяжести. Сознание: ШКГ 15. Конституция: нормостеник, рост, см: 165, вес, кг: 72.0.

Кожные покровы: сухие. Отеки: пастозность голеней. Сердечно-сосудистая система: сердечные тоны приглушены, Пульс: 100 уд./мин. АД: 110/60 мм рт. ст.

Дыхание: самостоятельное. Аускультация легких: дыхание жесткое, частота дыхания 20 в минуту.

Запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Сатурация O₂: 97%. Желудочно-кишечный тракт: язык обложен, живот при пальпации диффузно-болезненный, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Симптом поколачивания по пояснице: отрицательный.

Без очаговой неврологической симптоматики.

К лабораторным исследованиям, необходимым для постановки диагноза, относят

- 20
- 25
- 17
- 13

Результаты лабораторных методов обследования

Наиболее вероятным диагнозом у данной пациентки с учетом лабораторных данных является

- 20
- 25
- 17
- 13

Диагноз

Определите степень тяжести указанного состояния

- тяжелая
- легкая
- умеренная
- очень тяжелая

Данной пациентке показано лечение в условиях

- дневного стационара
- терапевтического отделения
- эндокринологического отделения
- отделения реанимации

Провоцирующим фактором развития данного состояния является

- сопутствующая терапия
- нарушение диеты
- длительная физическая нагрузка
- изменение инсулинотерапии

Сразу при поступлении необходимо начать инфузию раствора

- NaCl 10%
- реополиглюкин
- NaCl 0,9%
- глюкозы 5 % с инсулином

Показанием к введению бикарбоната натрия является рН крови

- $\leq 7,35$
- $>7,46$
- $\leq 6,9$
- $>7,5$

Внутримышечная инсулинотерапия проводится

- при невозможности в/в доступа
- всем больным при диабетическом кетоацидозе
- при уровне глюкозы более 30 ммоль/л
- по желанию пациента

Начальная доза инсулина короткого действия для внутривенного болюсного введения + _____ + ед/кг реальной массы тела

- 0,8-1

- 0,5-0,6
- 1-2
- 0,1-0,15

Вместе с введением инсулина для коррекции электролитных нарушений назначают инфузию

- железа
- кальция
- калия
- магния

В первые сутки не следует снижать уровень глюкозы менее + _____ + ммоль

- 25
- 20
- 13
- 17

Перевод на п/к инсулинотерапию возможен при уровне глюкозы менее + _____ + ммоль/л

- 25
- 20
- 13
- 17

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 75 лет доставлен в стационар бригадой скорой помощи с представлением о декомпенсации сахарного диабета (глюкоза капиллярной крови 42 ммоль).

Жалобы

Сбор жалоб невозможен ввиду тяжести состояния.

Анамнез заболевания

Со слов дочери, последнюю неделю отец постоянно лежал, был вялым, отказывался от еды и воды, за неделю до этого самостоятельно увеличил дозу индапамида в связи с повышенным давлением. Накануне эпизод судорог, купированный самостоятельно, в связи с чем дочь вызвала бригаду скорой помощи.

Анамнез жизни

В анамнезе гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца (инфаркт 10 лет назад) сахарный диабет 2 типа, принимает метформин.

Не курит, алкоголь по праздникам.

Аллергологический анамнез : аллергия на йод – отек Квинке.

Оперативные вмешательства: протезирование левого тазобедренного сустава 7 лет назад.

Объективный статус

Общее состояние: тяжелое. Сознание: глубокое оглушение. Конституция: нормостеник, рост: 175 см, вес: 72.0 кг. Кожные покровы: сухие.

Отеки: не определяются. Сердечно-сосудистая система: сердечные тоны приглушены.

Пульс: 100 уд/мин, АД 110/60 мм рт. ст.

Дыхание: самостоятельное. Аускультация легких: дыхание жесткое, частота дыхания 24, парциальное давление O₂: 97%. Желудочно-кишечный тракт: язык обложен, живот при пальпации диффузно-болезненный, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Симптом поколачивания по пояснице: отрицательный.

Без очаговой неврологической симптоматики.

Мышечный гипертонус

К лабораторным исследованиям, необходимым для постановки диагноза, относят

- 25
- 20
- 13
- 17

Результаты лабораторных методов обследования

У данного пациента имеет место

- 25
- 20
- 13
- 17

Диагноз

При гиперосмолярном гипергликемическом состоянии особенностью неврологической ситуации является

- преобладание парезов и параличей
- быстрое развитие судорог и одностороннего спонтанного нистагма
- преобладание гипотонуса и долгое восстановление после нормализации осмолярности
- ее изменчивость и полное исчезновение при нормализации осмолярности

Данному пациенту показано лечение в условиях

- отделения реанимации
- дневного стационара

- терапевтического отделения
- эндокринологического отделения

Сразу при поступлении необходимо начать инфузию раствора

- глюкозы 5 % с инсулином
- реополиглюкина
- реамберина
- NaCl 0,9%

Перед продолжением инфузионной терапии необходимо определить уровень

- дефицита Cl
- ионизированного Ca
- скорректированного Na
- скорректированного K

Для регидратации необходимый объем инфузии за 1-й час должен составить

- 4-6 л
- 100-250 мл
- 250-500 мл
- 1-1.5 л

Особенностями инсулинотерапии при подобном состоянии на начальных этапах инфузионной терапии является

- расчет инсулина на идеальную массу тела
- введение высоких доз инсулина
- внутримышечный путь введения инсулина
- ограничение введения инсулина

Введение больших доз инсулина вместе с 0,45% раствором NaCl может приводить к

- сепсису
- острой почечной недостаточности
- отеку мозга
- гипотонии

Скорость снижения глюкозы плазмы должна быть не более + _____ + ммоль/л/ч

- 4
- 10
- 6

- 15

При гиперосмолярном состоянии в профилактических целях возможно назначение

- гидрокарбоната натрия
- бензодиазепинов
- аминакапроновой кислоты
- антикоагулянтов

Нормальной осмолярностью плазмы является + _____ + мосмоль/л

- гидрокарбоната натрия
- бензодиазепинов
- аминакапроновой кислоты
- антикоагулянтов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 80 лет доставлена в стационар бригадой скорой помощи с гипергликемией (глюкоза капиллярной крови 35 ммоль).

Жалобы

Сбор жалоб невозможен в связи с тяжестью состояния.

Анамнез заболевания

Со слов соседки по участку, заметила, что пациентка не выходит из дома 2 дня, зайдя в дом обнаружила без сознания, вызвала скорую помощь.

Анамнез жизни

В анамнезе гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа на инсулинотерапии

Другой информацией соседка не располагает.

Объективный статус

Общее состояние: тяжелое. Сознание: ШКГ 8. Конституция: нормостеник, рост, см: 172, вес, кг: 62.0. Кожные покровы: сухие. Отеки: нет. Сердечно-сосудистая система: Аускультация сердца: сердечные тоны приглушены. Пульс: 98 уд/мин, АД: 80/60 мм рт. ст.

Дыхание: самостоятельное. Аускультация легких: дыхание жесткое, проводится во все отделы, частота дыхания 28. Запах ацетона в выдыхаемом воздухе.

Сатурация O₂: 92%. Желудочно-кишечный тракт: язык обложен. Без очаговой неврологической симптоматики.

На ЭКГ, предоставленной БСМП ритм синусовый с ЧСС 100, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, без очаговых ишемических изменений.

К лабораторным исследованиям, необходимым для постановки диагноза, относят

- гидрокарбоната натрия

- бензодиазепинов
- аминокaproновой кислоты
- антикоагулянтов

Результаты лабораторных методов обследования

Наиболее вероятным диагнозом неотложного состояния у данной пациентки с учетом клинико-лабораторных данных является

- гидрокарбоната натрия
- бензодиазепинов
- аминокaproновой кислоты
- антикоагулянтов

Диагноз

Степень тяжести развившегося осложнения у больной можно оценить как

- тяжелое
- умеренное
- средней тяжести
- легкое

Данной пациентке показано лечение в условиях

- терапевтического отделения
- отделения реанимации
- дневного стационара
- эндокринологического отделения

Основным компонентом терапии является

- профилактика кровотечений
- поддержание АД на уровне 120/80
- стимуляция форсированного диуреза
- устранение инсулиновой недостаточности

Сразу при поступлении необходимо начать инфузию раствора

- NaCl 0,9%
- NaCl 10%
- реополиглюкин
- рингера-лактат

Для обеспечения лабораторного мониторинга и мероприятий интенсивной терапии больной необходимо выполнить

- установку временного электро-кардиостимулятора

- катетеризацию подключичной и/или других центральных вен
- установку катетера Сван-Ганса
- канюлирование бедренной артерии

Об адекватности инфузионной терапии, перфузии почек свидетельствует темп диуреза не менее + ____ + мл/кг/ч

- 0,5
- 5
- 2
- 0,1

Начальная доза инсулина короткого действия для внутривенного болюсного введения + _____ + ед/кг реальной массы тела

- 0,8-1
- 1-2
- 0,1-0,15
- 0,5-0,6

При непрерывной инфузии инсулина для предотвращения сорбции инсулина в системе необходимо к раствору NaCl 0,9% добавить

- раствор глюкозы 40%
- инсулин длительного действия
- раствор альбумина
- раствор NaCl 10%

Скорость снижения глюкозы плазмы должна быть не более + ____ + ммоль/л/ч

- 4
- 10
- 1
- 6

При снижении глюкозы крови до ≤ 14 ммоль/л целесообразно начать ведение

- 4
- 10
- 1
- 6

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 76 лет доставлена в стационар бригадой скорой помощи в связи с гипергликемией (глюкоза капиллярной крови 35 ммоль).

Жалобы

Сбор жалоб невозможен в связи с тяжестью состояния.

Анамнез заболевания

Найдена на улице без сознания, прохожие вызвали скорую помощь.

Анамнез жизни

Сбор анамнеза невозможен в связи с тяжестью состояния.

Объективный статус

Общее состояние: тяжелое. Сознание: ШКГ 8. Конституция: гиперстеник, рост, см: 162, вес, кг: 92.0. Кожные покровы: сухие. Отеки: нет. Сердечно-сосудистая система: сердечные тоны приглушены. Пульс: 98 уд/мин, АД: 80/50 мм рт. ст. Дыхание: самостоятельное, дыхание жесткое, проводится во все отделы, частота дыхания 26. Запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Сатурация O₂: 92%. Желудочно-кишечный тракт: язык обложен, на передней брюшной стенке следы от инъекций.

Без очаговой неврологической симптоматики.

На ЭКГ, предоставленной бригадой скорой помощи ритм синусовый с ЧСС 100, без очаговых ишемических изменений.

К лабораторным исследованиям, необходимым для постановки диагноза, относят

- 4
- 10
- 1
- 6

Результаты лабораторных методов обследования

При оценке по шкале комы Глазго учитывается

- оценка болевого синдрома, дермографизм, артериальное давление
- открывание глаз, словесный ответ, двигательная реакция
- кислотно-основное состояние, частота дыхания, артериальное давление
- мышечный тонус, результат электроэнцефалограммы, окуловестибулярный рефлекс

Наиболее вероятным диагнозом у данной пациентки с учетом лабораторных данных является

- оценка болевого синдрома, дермографизм, артериальное давление
- открывание глаз, словесный ответ, двигательная реакция
- кислотно-основное состояние, частота дыхания, артериальное давление
- мышечный тонус, результат электроэнцефалограммы, окуловестибулярный рефлекс

Диагноз

Данной пациентке показано лечение в условиях

- токсикологического отделения
- терапевтического отделения
- эндокринологического отделения
- отделения реанимации

Основным компонентом терапии является

- профилактика кровотечений
- стимуляция форсированного диуреза
- устранение инсулиновой недостаточности
- поддержание АД на уровне 120/80

Сразу при поступлении необходимо начать инфузию раствора

- реамберина
- рингера-лактат
- NaCl 0,9%
- реополиглюкин

Для обеспечения лабораторного мониторинга и мероприятий интенсивной терапии больной необходимо выполнить

- катетеризацию подключичной и/или других центральных вен
- канюлирование бедренной артерии
- установку временного электрокардиостимулятора
- установку катетера Сван-Ганса

При ЦВД выше 12 см водн.ст скорость регидратации должна составлять + _____ + мл/ч

- 1000-1500
- 250 – 300
- 500-1000
- 0-100

Начальная доза инсулина короткого действия для внутривенного болюсного введения + _____ + ед/кг реальной массы тела

- 0,1-0,15
- 0,8-1
- 0,5-0,6
- 1-2

При непрерывной инфузии инсулина для предотвращения сорбции инсулина в системе необходимо к раствору NaCl 0,9% добавить

- раствор альбумина
- раствор NaCl 10%
- инсулин длительного действия
- раствор глюкозы 40%

При непрерывной инфузии инсулина через инфузомат оптимальной скоростью введения является + _____ + ед/кг /ч

- 0,01
- 0,5
- 0,1
- 1

Показанием к введению бикарбоната натрия является рН крови

- 0,01
- 0,5
- 0,1
- 1

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 80 лет доставлен в стационар бригадой скорой помощи в связи с декомпенсацией сахарного диабета (глюкоза капиллярной крови 32 ммоль).

Жалобы

Сбор жалоб невозможен в связи с тяжестью состояния.

Анамнез заболевания

Найден сыном в квартире без сознания.

Анамнез жизни

В анамнезе гипертоническая болезнь, фибрилляция предсердий постоянная форма, сахарный диабет 2 типа на инсулинотерапии.

Объективный статус

Общее состояние: тяжелое. Сознание: ШКГ 8. Конституция: нормостеник, рост, см: 175, вес, кг: 75.0. Кожные покровы: сухие. Отеки: нет. Сердечно-сосудистая система: сердечные тоны приглушены. Пульс: 90 уд/мин, АД: 90/50 мм рт. ст. Дыхание: самостоятельное. Аускультация легких: дыхание жесткое, проводится во все отделы, частота дыхания 24 в минуту. Запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Парциальное давление O₂: 90%. Желудочно-кишечный тракт: язык обложен, на передней брюшной стенке следы от инъекций.

Без очаговой неврологической симптоматики, менингеальные симптомы отрицательные.

На ЭКГ, предоставленной БСМП, фибрилляция предсердий с ЧСС 90, без очаговых ишемических изменений.

К лабораторным исследованиям, необходимым для постановки диагноза, относят

- 0,01
- 0,5
- 0,1
- 1

Результаты лабораторных методов обследования

При оценке по шкале комы Глазго учитывается

- мышечный тонус, результат ЭЭГ, окуловестибулярный рефлекс
- кислотно-основное состояние, частота дыхания, артериальное давление
- открывание глаз, словесный ответ, двигательная реакция
- оценка болевого синдрома, дермографизм, артериальное давление

Наиболее вероятным диагнозом у данного пациента с учетом лабораторных данных является

- мышечный тонус, результат ЭЭГ, окуловестибулярный рефлекс
- кислотно-основное состояние, частота дыхания, артериальное давление
- открывание глаз, словесный ответ, двигательная реакция
- оценка болевого синдрома, дермографизм, артериальное давление

Диагноз

Определите степень тяжести данного состояния

- тяжелая
- легкая
- умеренная
- средняя

Основным компонентом терапии является

- профилактика кровотечений
- устранение инсулиновой недостаточности
- стимуляция форсированного диуреза
- поддержание АД на уровне 120/80

Провоцирующим фактором данного состояния является

- надпочечниковая недостаточность
- отмена инсулина больными
- длительная физическая нагрузка

- самостоятельное увеличение дозы инсулина больными

Сразу при поступлении необходимо начать инфузию раствора

- NaCl 10%
- рингера-лактат
- реополиглюкин
- NaCl 0,9%

При ЦВД выше 12 см водн.ст скорость регидратации должна составлять + _____ + мл/ч

- 500-1000
- 1000-1500
- 250 – 300
- 0-100

Начальная доза инсулина короткого действия для внутривенного болюсного введения + _____ + ед/кг реальной массы тела

- 0,1-0,15
- 1-2
- 0,8-1
- 0,5-0,6

При непрерывной инфузии инсулина для предотвращения сорбции инсулина в системе необходимо к раствору NaCl 0,9% добавить

- раствор NaCl 10%
- раствор глюкозы 40%
- инсулин длительного действия
- раствор альбумина

При непрерывной инфузии инсулина через инфузомат оптимальной скоростью введения является + _____ + ед/кг /ч

- 0,1
- 0,5
- 1
- 0,01

На начальных этапах терапии необходим контроль наличия кетоновых тел в моче каждые

- 0,1
- 0,5
- 1
- 0,01

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девушка 29 лет доставлена бригадой скорой медицинской помощи в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы

Жалобы на общую слабость, одышку при физической нагрузке, кашель с обильным выделением светло-зеленой мокроты с прожилками крови (до 400 мл в сутки), потливость, особенно по ночам, повышение температуры ближе к вечеру до $38,5^{\circ}\text{C}$.

Анамнез заболевания

Пациентка считает себя больной с детства, когда после эпизода аспирации инородного тела (в 5 лет проглотила деталь от конструктора) через несколько месяцев впервые появился постоянный кашель с отделением небольшого количества прозрачной мокроты. Периодически на протяжении 20 лет возникали обострения заболевания в виде появления кашля с обильной гнойной мокротой, повышения температуры тела до 38°C .

Настоящее обострение случилось вчера, когда пациентка отметила ухудшение общего самочувствия, появление кашля с обильной светло-зеленой мокротой, подъем температуры к вечеру до $38,5^{\circ}\text{C}$. Утром следующего дня пациентка отметила появление в мокроте прожилок крови, в связи с чем вызвала скорую помощь.

Анамнез жизни

Контакты с инфекционными больными, туберкулез, гепатит, ВИЧ, венерические заболевания, переливания крови отрицает.

Операции: отрицает.

Сопутствующие заболевания: отрицает.

Перенесенные заболевания: 2-3 раза в год бронхиты, в 21 год нижнедолевая правосторонняя пневмония.

Курение, употребление алкоголя отрицает.

Объективный статус

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледного оттенка, отмечается небольшой акроцианоз.

Видимые слизистые оболочки бледноватого цвета, без высыпаний.

Язык влажный, обложен грязно-желтоватым налетом.

Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

Сердечно-сосудистая система: границы относительной и абсолютной сердечной тупости в пределах нормы.

Ритм сердца правильный. Тоны приглушены, шумов нет. Добавочные тоны не обнаружены.

Пульс ритмичный, частотой 110 ударов в минуту, регулярный, удовлетворительного наполнения, артериальная стенка мягкая, эластичная, пульс удовлетворительного напряжения, дефицита пульса нет.

Артериальное давление составляет 115/75 мм. рт. ст.

Частота дыхательных движений 22/ мин, перкуторно: над всей поверхностью

легких коробочный тон, притупление перкуторного тона в нижних отделах легких. Аускультативно: рассеянные влажные и сухие хрипы над всей поверхностью легких, больше под обеими лопатками.

Со стороны опорно-двигательного аппарата, мочеполовой, пищеварительной, нервной систем патологических изменений не выявлено.

Предпочтительным методом визуализации патологического процесса в данной ситуации является

- 0,1
- 0,5
- 1
- 0,01

Результаты обследования

К необходимым лабораторным методам для уточнения стадии заболевания относятся

- 0,1
- 0,5
- 1
- 0,01

Результаты лабораторных методов обследования

Учитывая выявленные изменения, больной можно поставить диагноз

- 0,1
- 0,5
- 1
- 0,01

Диагноз

Принимая во внимание анамнез пациентки, бронхоэктатическую болезнь следует рассматривать как

- вызванную ингаляционным повреждением
- обструктивную
- ассоциированную с иммунодефицитными состояниями
- генетически детерминированную

Данной пациентке с бронхоэктазами в фазе обострения и с осложненным течением требуется госпитализация в отделение

- торакальной хирургии
- терапевтическое
- пульмонологическое

- эндоваскулярной хирургии

Для профилактики гемоаспирации пациентке необходимо придать положение

- на правом боку с приведенными к животу коленями
- Симса (промежуточное между положением лежа на животе и лежа на боку)
- с возвышенным головным концом
- с возвышенным ножным концом

Показанием к оперативному вмешательству у пациентки является

- легочное кровотечение
- большое количество выделяемой мокроты
- двухсторонний характер поражения
- анемия легкой степени

Объем операции у данной пациентки будет включать выполнение

- лобэктомии
- сегментэктомии
- пульмонэктомии
- двусторонней резекции легких

Помимо муколитиков, лекарственными препаратами, улучшающими эвакуацию мокроты у больных с бронхоэктатической болезнью, являются

- бронходилататоры
- антибактериальные препараты
- нестероидные противовоспалительные препараты
- ингаляционные глюкокортикостероиды

Появление легочного кровотечения свидетельствует о развитии у больной стадии

- деструкции
- бурого опеченения
- нагноения бронхоэктазов
- рубцевания

Основной задачей консервативной терапии при неосложненном течении бронхоэктатической болезни является

- постоянный полноценный дренаж мокроты и санация бронхиального дерева
- купирование явлений системного воспаления в бронхах путем назначения глюкокортикостероидов

- подавление патогенной микрофлоры путем системного введения антибиотиков
- купирование явлений бронхообструктивного синдрома

Диагностическим методом, применяемым при бронхоэктатической болезни с лечебной целью, является

- постоянный полноценный дренаж мокроты и санация бронхиального дерева
- купирование явлений системного воспаления в бронхах путем назначения глюкокортикостероидов
- подавление патогенной микрофлоры путем системного введения антибиотиков
- купирование явлений бронхообструктивного синдрома

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 27 лет, обратился самостоятельно в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы

На повышение температуры тела до 39,5°C, кашель с мокротой желтоватого цвета.

Анамнез заболевания

Внезапное повышение температуры отметил позавчера вечером, позже появился кашель. Принимал парацетамол, с положительным эффектом, температура снизилась до 38,0. Ввиду ухудшения субъективного состояния, сохранения повышенной температуры, обратился за медицинской помощью в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Анамнез жизни

* В анамнезе-хронический бронхит, обострения редкие, до 1го раза в год

* не курит, алкоголем не злоупотребляет;

* эпид. Анамнез: за пределы области не выезжал, контакт с инфекционными больными отрицает;

* профессиональных вредностей не имел;

* аллергические реакции – на пенициллины, в виде крапивницы

* у отца – артериальная гипертензия, мать здорова.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Рост 175 см, масса тела 71 кг. Кожные покровы бледные. Периферических отеков нет. Температура тела 39,0°C. При сравнительной перкуссии – притупление перкуторного звука в правых нижних отделах; в других отделах-ясный легочный звук. Над нижними правыми полями выслушиваются мелкоузырчатые хрипы. В остальных отделах - дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 31 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 95 в мин, АД 90/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю

реберной дуги.

Брюшины отрицательные. Симптом поколачивания по пояснице:
отрицательный

К необходимым в данной ситуации инструментальным методам исследования относятся

- постоянный полноценный дренаж мокроты и санация бронхиального дерева
- купирование явлений системного воспаления в бронхах путем назначения глюкокортикостеридов
- подавление патогенной микрофлоры путем системного введения антибиотиков
- купирование явлений бронхообструктивного синдрома

Результаты инструментальных методов обследования

К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся

- постоянный полноценный дренаж мокроты и санация бронхиального дерева
- купирование явлений системного воспаления в бронхах путем назначения глюкокортикостеридов
- подавление патогенной микрофлоры путем системного введения антибиотиков
- купирование явлений бронхообструктивного синдрома

Результаты лабораторных методов обследования

Для контроля эффективности лечения пациента проводят

- общий анализ крови через 1 неделю
- компьютерную томографию грудной клетки через 2 недели
- рентгенографию грудной клетки в двух проекциях через 2 недели
- рентгенографию грудной клетки в двух проекциях через 4 недели

На основании полученных данных можно установить диагноз

- общий анализ крови через 1 неделю
- компьютерную томографию грудной клетки через 2 недели
- рентгенографию грудной клетки в двух проекциях через 2 недели
- рентгенографию грудной клетки в двух проекциях через 4 недели

Диагноз

Для принятия решения о госпитализации пациента в данной ситуации используется шкала

- CURB-65
- SCORE
- Geneva
- Wells

О дыхательной недостаточности 2 степени свидетельствует SatO₂ = + _____ + %

- 76-89
- 75-89
- 75-90
- 76-94

Наиболее вероятным возбудителем заболевания в данном случае является

- *Chlamydomphila pneumoniae*
- *Streptococcus pneumoniae*
- *Legionella* spp.
- *Haemophilus influenzae*

В данной ситуации необходимо назначить

- ампициллин в/в
- респираторные фторхинолоны внутрь
- макролиды внутрь
- респираторные фторхинолоны в/в

Наряду с инфузионной терапией неотложные мероприятия должны включать

- оксигенотерапию
- жаропонижающую терапию
- небулайзерную терапию с бронходилататорами
- небулайзерную терапию с муколитиками

Первоначальная оценка эффективности и безопасности стартового режима антибактериальной терапии при пневмонии должна быть выполнена через + _____ + после начала лечения

- 24-36 часов
- 3-6 часов
- 1-2 недели
- 48-72 часа

Методом специфической профилактики данного заболевания является

- вакцинация противокоронавирусной вакциной
- вакцинация пневмококковой вакциной

- частое проветривание помещения
- использование индивидуальных средств защиты

Наряду с выраженной дыхательной недостаточностью «большим критерием», определяющим тяжесть течения заболевания и необходимости перевода пациента в отделение реанимации и интенсивной терапии, является

- вакцинация противокоронавирусной вакциной
- вакцинация пневмококковой вакциной
- частое проветривание помещения
- использование индивидуальных средств защиты

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 25 лет экстренно госпитализирована в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы

На тяжесть в эпигастрии, тошноту, трехкратную рвоту темного цвета, выраженную слабость.

Анамнез заболевания

Считает себя больной с подросткового возраста, когда на фоне погрешности в диете преимущественно в весенне-осенний период возникали боли в эпигастрии, тошнота, изжога, отрыжка кислым, наблюдалась гастроэнтерологом. Эрадикационная терапия не проводилась. Получала курсовую терапию ингибиторами протонной помпы.

Ухудшение состояния накануне вечером: появились тошнота, боли в верхних отделах живота, по поводу чего приняла Спазмалгон. К утру болевой синдром уменьшился, но усилилась тошнота, была трехкратная рвота по типу "кофейной гущи", появилась выраженная слабость, в связи с чем была вызвана бригада скорой медицинской помощи.

Анамнез жизни

Операции: киста яичника, лапароскопия 2010г. Аппендэктомия 2013г.

Эпиданамнез: Контакты с инфекционными больными, tbc, гепатит, ВИЧ, вен. заболевания, переливания крови отрицает.

Аллергологический анамнез: аллергия на медикаменты - витамины группы В, анальгин, дротаверин, трамадол - сыпь.

Вредные привычки отрицает.

Гинекологический анамнез : Менструации с регулярные, безболезненные, по 4 дня, обильные, цикл 28 дней, последние 18 дней назад. Беременностей 0.

Гинекологические заболевания отрицает, вероятность беременности отрицает

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Рост 156 см, вес 66.0 кг, индекс массы тела: 27.1 {Избыточная масса тела}

Кожные покровы бледные. Склеры обычной окраски.

Трофических изменений кожи стоп, язв нет.

Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны, эластичны.

Отеки не определяются.

Щитовидная железа не увеличена.

Сердечно-сосудистая система: Пульс: 100 уд./мин ритмичный

удовлетворительного наполнения не напряжен, АД: 105/75 мм рт. ст., тоны ясные, чистые

Дыхательная система: ЧДД 18 в мин. Перкуссия легких: над легкими ясный легочный тон. Притупление перкуторного тона отсутствует. Аускультация легких: дыхание везикулярное проводится во все отделы легких. Хрипы в легких не выслушиваются. O₂ sat: 99%

Желудочно-кишечный тракт: язык влажный, не обложен. Живот при пальпации подвздут, не напряжен, перистальтика ослаблена, при пальпации чувствительный в мезогастррии, эпигастррии, симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Органы мочеиспускания: симптом поколачивания по пояснице отрицательный

Ректально: Кожа перианальной области не изменена. Сфинктер в тонусе.

Пальпация стенок кишки безболезненная. На высоте пальца патологических образований не определяется. Ампула пустая. Следы кала коричневого цвета.

Из лабораторных методов исследования для постановки диагноза пациентке необходим

- вакцинация противокоронавирусной вакциной
- вакцинация пневмококковой вакциной
- частое проветривание помещения
- использование индивидуальных средств защиты

Результаты лабораторного метода обследования

Основным инструментальным методом постановки диагноза в данном случае является

- вакцинация противокоронавирусной вакциной
- вакцинация пневмококковой вакциной
- частое проветривание помещения
- использование индивидуальных средств защиты

Результаты инструментального метода обследования

На основании клинических, лабораторных, инструментальных данных данной пациентке можно сформулировать диагноз

- вакцинация противокоронавирусной вакциной
- вакцинация пневмококковой вакциной
- частое проветривание помещения
- использование индивидуальных средств защиты

Диагноз

Данной пациентке показана диета № + ___ + по Певзнеру

- 1
- 5
- 9
- 15

С целью снижения кислотопродукции желудка пациентке необходимо назначение

- ингибиторов протонной помпы внутривенно
- синтетических аналогов соматостатина
- мизопростола
- блокаторов H₂-гистаминовых рецепторов

Всех пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями необходимо обследовать на наличие

- cl.deficile
- COVID-19
- helicobacter pylori
- ps.aeruginosa

При появлении признаков рецидива желудочно-кишечного кровотечения предпочтительным методом остановки кровотечения является

- инъекционный эндоскопический гемостаз
- комбинированный эндоскопический гемостаз
- резекция желудка
- эмболизация сосудов желудка

К методам оперативного лечения при безуспешных попытках остановки кровотечения из дуоденальной язвы относится

- пилородуоденотомия с пилоропластикой по Финнею и стволовой ваготомией
- диагностическая лапароскопия
- наложение эзофагоюнального анастомоза
- дуоденотомия

Наиболее вероятным провоцирующим фактором развития желудочно-кишечного кровотечения, наряду с H.pylory инфекцией, является прием

- нестероидных противовоспалительных препаратов
- антикоагулянтов
- антибиотиков пенициллинового ряда

- комбинированных оральных контрацептивов

В случае невзятия материала на *H. Pylori* при выполнении экстренной фиброэзофагогастродуоденоскопии, альтернативным способом его диагностики будет

- посев кала на *H. Pylori*
- гистологический метод
- уреазный дыхательный тест
- определение IgG к *H. Pylori*

К поздним осложнениям язвенной болезни желудка относится

- малигнизация язвы
- абсцесс печени
- полипоз желудка
- токсический мегаколон

Поздние, голодные, ночные боли характерны для язвы

- малигнизация язвы
- абсцесс печени
- полипоз желудка
- токсический мегаколон

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 62 года доставлен бригадой СМП с улицы.

Жалобы

Сбор жалоб невозможен ввиду тяжести состояния.

Анамнез заболевания

Анамнез заболевания собрать не предоставляется возможным из-за тяжести состояния. Найден прохожим в тяжелом состоянии, которым и была вызвана бригада скорой медицинской помощи.

Анамнез жизни

Неизвестен.

Объективный статус

Положение пассивное. Состояние тяжелое. Сознание по ш. Глазго 6б Зрачки – S= D, обычного размера. Фотореакция сохранена, лицо симметричное.

Дыхание самостоятельное, ЧД 8-9 в мин. SatO₂ 89% (FiO₂ 0.21%)

Кожные покровы гиперемированы, внешних признаков повреждений нет

По кардиомонитору ритм синусовый ритм с ЧСС 102 в 1 мин, АД 90/60 (САД 70) мм рт. ст.

Живот симметричный, при пальпации мягкий, умеренно вздут, перистальтика

выслушивается.

Температура тела 36,8°C.

К лабораторным исследованиям, которые необходимо выполнить в стационарном отделении скорой медицинской помощи, относят

- малигнизация язвы
- абсцесс печени
- полипоз желудка
- токсический мегаколон

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым инструментальным методом обследования является

- малигнизация язвы
- абсцесс печени
- полипоз желудка
- токсический мегаколон

Результаты инструментального метода обследования

На основании полученных данных можно поставить диагноз

- малигнизация язвы
- абсцесс печени
- полипоз желудка
- токсический мегаколон

Диагноз

Тяжесть состояния пациента соответствует дальнейшему обследованию в условиях + _____ + стационарного отделения скорой медицинской помощи

- «зеленой зоны»
- палаты интенсивной терапии
- блока краткосрочного пребывания
- палаты динамического наблюдения

Брадикардия у больного в коме является показанием для проведения

- низкопоточной оксигенотерапии через носовые канюли
- высокопоточной оксигенотерапии через лицевую маску
- неинвазивной вентиляции легких
- искусственной вентиляции легких

При артериальной гипотензии на фоне инфузионной терапии показано введение

- бемегрида
- гипотонического раствора натрия хлорида
- раствора глюкозы 40%
- преднизолона

Об адекватности инфузионной терапии, перфузии почек свидетельствует темп диуреза

- 1 мл/кг/ч
- 0.1 мл/кг/ч
- 400 мл/ч
- 30 мл/ч

Основной причиной смерти больных с острым отравлением этанолом на догоспитальном этапе является

- нарушение внешнего дыхания
- синдром позиционного сдавления
- дегидратация вследствие рвоты
- острый коронарный синдром

Нарушением кислотно-щелочного равновесия, характерным для накопления продуктов метаболизма этанола, является

- метаболический ацидоз
- дыхательный алкалоз
- дыхательный ацидоз
- метаболический алкалоз

Для коррекции метаболического ацидоза применяют

- 40% раствор глюкозы
- 4% раствор натрия гидрокарбоната
- 10% раствор натрия хлорида
- 40% раствора натрия гидрокарбоната

Для профилактики токсической посталкогольной энцефалопатии Вернике больному показано внутривенное введение

- рибофлавина
- пиридоксина
- цианокобаламина
- тиамина

При отсутствии положительной динамики состояния больного в течение 3 ч на фоне проводимой терапии необходимо

- рибофлавина

- пиридоксина
- цианокобаламина
- тиамина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 62 года самостоятельно обратилась в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы

На общую слабость, одышку при минимальной физической нагрузке.

Анамнез заболевания

Длительно страдает сердечно-сосудистыми заболеваниями. Базисную терапию принимает нерегулярно. Указанные жалобы беспокоят на протяжении одного дня, самостоятельно принимала нитроглицерин – без эффекта. В связи с сохранением жалоб, беспокойством за свое здоровье самостоятельно обратилась в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Анамнез жизни

- * в анамнезе: хронический пиелонефрит, аутоиммунный тиреоидит
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональных вредностей не имела;
- * аллергическая реакция на цефтриаксон - крапивница
- * оперативные вмешательства: 3 года назад – лапароскопическая холецистэктомия

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 162 см, масса тела 71 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 19 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, неритмичные, ЧСС 136 в 1 мин, АД 130/75 мм рт. ст. Температура тела 37,0°C. Живот симметричный, при пальпации мягкий безболезненный.

Очаговой неврологической симптоматики нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- рибофлавина
- пиридоксина
- цианокобаламина
- тиамина

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- рибофлавина
- пиридоксина

- цианокобаламина
- тиамин

Результаты инструментального метода обследования

На электрокардиограмме у данной пациентки регистрируется

- рибофлавин
- пиридоксин
- цианокобаламина
- тиамин

Диагноз

У данной пациентки имеет место + _____ + форма фибрилляции предсердий

- впервые выявленная
- постоянная
- персистирующая
- длительно персистирующая

У данной пациентки + _____ + вариант фибрилляции предсердий

- нормосистолический
- брадисистолический
- тахисистолический
- латентный

Показанием для проведения электроимпульсной терапии у больной может быть

- неустойчивая гемодинамика
- ЧСС больше 140
- наличие инфаркта миокарда в анамнезе
- длительность приступа более 48 часов

Для купирования пароксизма у данной пациентки необходимо введение + _____ + в дозе + _____ + мг

- амиодарон; 300
- бисопролол; 20
- пропранолол; 150
- аллапинин; 50

После купирования пароксизма и отсутствия осложнений пациентка может быть госпитализирована

- на койку кратковременного пребывания стационарного отделения скорой медицинской помощи
- в отделение реанимации и интенсивной терапии
- в стационар сестринского ухода
- в дневной стационар

Для решения вопроса об антикоагулянтной терапии у больной следует использовать шкалу

- GRACE
- SIRS
- CHA₂-DS₂-VASc
- APACHE

Для оценки риска кровотечений у больных фибрилляцией предсердий используют шкалу

- NEWS
- HAS-BLED
- CURB65
- CHA₂-DS₂-VASc

Одной из частых внекардиальных причин фибрилляции предсердий является

- хроническая болезнь легких
- тиреотоксикоз
- ревматоидный артрит
- хроническая болезнь почек

Одной из стратегий терапии фибрилляции предсердий является контроль

- хроническая болезнь легких
- тиреотоксикоз
- ревматоидный артрит
- хроническая болезнь почек

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 54 года доставлен бригадой скорой медицинской помощи.

Жалобы

На общую слабость, одышку, ощущение перебоев в работе сердца.

Анамнез заболевания

Потерял сознание в магазине, сотрудники торгового центра вызвали скорую медицинскую помощь, до приезда бригады пришел в себя.

Длительно страдает сердечно-сосудистым заболеванием, по поводу которого принимает постоянную базисную терапию. Ухудшение самочувствия, со слов пациента, около 3-х дней, когда стала нарастать общая слабость, появились неприятные ощущения в области сердца. Сегодня появилось ощущение перебоев в работе сердца.

Анамнез жизни

- * в анамнезе: мочекаменная болезнь
- * курит 1 пачку в день, алкоголь не употребляет
- * профессиональных вредностей не имел;
- * аллергические реакции отрицает
- * оперативные вмешательства - аппендэктомия в детстве

Объективный статус

Состояние тяжелое. Рост 182 см, масса тела 85 кг. Кожные покровы обычной окраски, влажные. Периферических отеков нет. Дыхание жесткое, влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах легких ЧДД 28 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, неритмичные, ЧСС 180 в 1 мин. АД 90/62 мм рт. ст. Температура тела 36,0°C. Живот симметричный, при пальпации мягкий безболезненный. Очаговой неврологической симптоматики нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- хроническая болезнь легких
- тиреотоксикоз
- ревматоидный артрит
- хроническая болезнь почек

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- хроническая болезнь легких
- тиреотоксикоз
- ревматоидный артрит
- хроническая болезнь почек

Результаты инструментального метода обследования

На электрокардиограмме у данного пациента регистрируется

- хроническая болезнь легких
- тиреотоксикоз
- ревматоидный артрит
- хроническая болезнь почек

Диагноз

У данного пациента имеет место + _____ + форма фибрилляции предсердий

- тахисистолическая
- нормосистолическая
- брадисистолическая
- смешанная

Показанием для проведения электроимпульсной терапии у больного может быть

- длительность приступа более 48 часов
- наличие сердечно-сосудистого заболевания в анамнезе
- ЧСС больше 140
- неустойчивая гемодинамика

Данному пациенту показана электроимпульсная терапия

- в экстренном порядке
- в плановом порядке
- через 3 суток
- на амбулаторном этапе

Для профилактики тромбоэмболических осложнений перед проведением электроимпульсной терапии необходимо ввести

- инсулин
- гепарин
- клофелин
- атропин

Для проведения экстренной электроимпульсной терапии пациенту показана госпитализация в

- кардиохирургическое отделение
- кардиологическое отделение
- терапевтическое отделение
- отделение реанимации и интенсивной терапии

Для решения вопроса об антикоагулянтной терапии у пациента следует использовать шкалу

- SIRS
- GRACE
- APACHE
- CHA₂-DS₂-VASc

Для оценки риска кровотечений у данного пациента применима шкала

- HAS-BLED
- NEWS
- CHA₂-DS₂-VASc
- CURB65

Энергия первого разряда для бифазных дефибрилляторов должна быть равна + _____ + Дж

- 200
- 300
- 360
- 50

Феноменом Фредерика называется сочетание фибрилляции предсердий с

- 200
- 300
- 360
- 50

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 64 года самостоятельно обратился в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы

На общую слабость, одышку при минимальной физической нагрузке, потемнение в глазах при смене положения тела, пониженное АД.

Анамнез заболевания

Указанные жалобы появились примерно 5 дней назад, связывал свое состояние с магнитными бурями, к врачу не обращался. Сегодня утром при измерении АД 110/65 мм.рт.ст, привычные цифры 150/80 мм.рт.ст, появилось сильное головокружение, слабость, выросла одышка в связи с чем обратился в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Анамнез жизни

* в анамнезе сердечно-сосудистое заболевание, хроническая обструктивная болезнь легких, по поводу которых постоянно принимает терапию.

* в детстве перенес ревматизм

* курит 1 пачку в день, алкоголь по выходным;

* профессиональных вредностей не имел;

* аллергические реакции отрицает

* оперативные вмешательства отрицает

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 180 см, масса тела 85 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. На

верхушке – диастолический шум. ЧСС 62 в 1 мин, АД 110/72 мм рт. ст. Температура тела 36,0°C. Живот симметричный, при пальпации мягкий безболезненный.

Очаговой неврологической симптоматики нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 200
- 300
- 360
- 50

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- 200
- 300
- 360
- 50

Результаты инструментального метода обследования

По данным электрокардиограммы у данного пациента регистрируется

- 200
- 300
- 360
- 50

Диагноз

У данного пациента «клапанное» трепетание предсердий вероятнее всего связано со стенозом + _____ + клапана

- аортального
- митрального
- пульмонального
- трикуспидального

Для восстановления ритма у данного пациента необходимо использовать

- лидокаин
- амиодарон
- метопролол
- аллапинин

В случае недостижения восстановления ритма медикаментозным путем у данного пациента необходимо

- увеличить дозировку медикаментозной терапии вдвое
- отпустить пациента домой
- провести электрическую кардиоверсию
- отпустить пациента на амбулаторное лечение

Перед проведением электроимпульсной терапии данному пациенту необходимо выполнить

- суточное мониторирование ЭКГ
- коронароангиографию
- магнитно-резонансную томографию сердца
- чреспищеводную эхокардиографию

Сумма баллов по шкале CHA₂-DS₂-VASc у данного пациента равна

- 4
- 3
- 2
- 1

Данному пациенту показана терапия

- пероральными антикоагулянтами
- двойная дезагрегантная
- ацетилсалициловой кислотой
- гепарином в течение 10 дней

Для оценки риска кровотечений у больного необходимо использовать шкалу

- NEWS
- CURB65
- CHA₂-DS₂-VASc
- HAS-BLED

Пациентам с митральным стенозом умеренной или тяжелой степени, либо с механическим искусственным клапаном сердца, с целью профилактики ТЭО рекомендован только

- клопидогрель
- ривароксабан
- аспирин
- варфарин

Одним из непрямых оральных антикоагулянтов, антагонистом витамина К является

- клопидогрель
- ривароксабан
- аспирин
- варфарин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 20 лет доставлена бригадой скорой медицинской помощи.

Жалобы

На момент осмотра жалобы на слабость, жажду, головную боль, головокружение.

Анамнез заболевания

В течение последних нескольких дней отмечает общую слабость, жажду, отсутствие аппетита, сонливость. Сама подобные симптомы ни с чем не связывает. Сегодня появилось сильное головокружение и предобморочное состояние, в связи с ухудшением самочувствия, беспокойностью за свое здоровье вызвала скорую медицинскую помощь.

Анамнез жизни

В анамнезе хронический пиелонефрит, хронический синусит, другие хронические заболевания отрицает.

Не курит, алкоголь по праздникам.

Аллергологический анамнез спокойный.

На диспансерном учете не состоит.

Оперативные вмешательства отрицает.

Объективный статус

Общее состояние: средней степени тяжесть. Сознание: шкала ком Глазго 14.

Конституция: нормостеник, рост, см: 172, вес, кг: 62.0. Кожные покровы: сухие. Отеки: не определяются. Сердечно-сосудистая система: Пульс: 88 уд./мин, АД: 100/60 мм рт. ст.

Дыхание: самостоятельное. Аускультация легких: дыхание жесткое. O₂ sat: 97%

Запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Желудочно-кишечный тракт: язык:

обложен, живот при пальпации: диффузно -болезненный, симптомы раздражения брюшины: отрицательные.

Симптом поколачивания по пояснице: отрицательный.

Без очаговой неврологической симптоматики.

К лабораторным исследованиям, необходимым для постановки диагноза, относят

- клопидогрель
- ривароксабан
- аспирин

- варфарин

Результаты лабораторных методов обследования

Наиболее вероятным диагнозом у данной пациентки с учетом лабораторных данных является

- клопидогрель
- ривароксабан
- аспирин
- варфарин

Диагноз

У пациентки имеет место диабетический кетоацидоз + _____ + степени тяжести

- очень тяжелой
- легкой
- тяжелой
- умеренной

Данной пациентке показано лечение в условиях

- эндокринологического отделения
- дневного стационара
- палаты интенсивной терапии и реанимации
- терапевтического отделения

Развитие кетоацидоза в дебюте диабета позволяет заподозрить у больной

- несахарный диабет
- LADA-диабет
- сахарный диабет 1 типа
- сахарный диабет 2 типа

На догоспитальном этапе необходимо начать инфузию раствора

- NaCl 0,9%
- рингера-лактат
- реополиглюкин
- NaCl 10%

Начальная доза инсулина короткого действия для внутривенного болюсного введения + _____ + ед/кг массы тела

- 0,5-0,6
- 0,1-0,15

- 0,8-1
- 1-2

На начальных этапах терапии необходимо контролировать гликемию

- каждые 10 минут
- каждый час
- каждые 8 часов
- 2 раза в день

При непрерывной инфузии инсулина для предотвращения сорбции инсулина в системе необходимо к раствору NaCl 0,9% добавить

- раствор альбумина
- инсулин длительного действия
- раствор NaCl 10%
- раствор глюкозы 40%

Для достаточной регидратации необходимый объем инфузии 0,9% раствора NaCl 0,9% за 1-й час составляет

- 1-1.5 л
- 4-6 л
- 100-250 мл
- 250-500 мл

Скорость снижения глюкозы плазмы должна быть не более + ____ + ммоль/л/ч

- 6
- 10
- 4
- 1

Без определения pH введение бикарбоната с целью устранения ацидоза

- 6
- 10
- 4
- 1

Условие ситуационной задачи

Жалобы

На опоясывающую боль в эпигастрии, тошноту, рвоту до 4-х раз съеденной пищей.

Анамнез заболевания

Около 8 часов назад, после четырехдневного постоянного употребления крепкого алкоголя (250 мл водки/день), появилась давящая боль в эпигастрии. Самостоятельно принимал но-шпу, активированный уголь без эффекта, в связи с усилением боли, отсутствия эффекта от принимаемой терапии, появлением тошноты, рвоты вызвал бригаду скорой медицинской помощи. Лихорадку, нарушения стула отрицает.

Анамнез жизни

- * в анамнезе хронический простатит, другие хронические заболевания отрицает.
- * курит 1 пачку/день, употребляет крепкий алкоголь 2-3 раза в неделю.
- * профессиональных вредностей не имеет.
- * аллергические реакции отрицает.
- * оперативных вмешательств не было.
- * контакты с инфекционными больными отрицает.

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Рост 175 см, масса тела 77 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 98 в 1 мин, АД 130/75 мм рт. ст. Температура тела 36,8°C. Живот симметричный, вздут, болезненный при пальпации в эпигастральной области, перитонеальные симптомы отрицательные. Ректально: кожа перианальной области не изменена, сфинктер в тонусе, пальпация стенок кишки безболезненная, на высоте пальца патологических образований не определяется, кал на перчатке обычного цвета. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный.

К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся

- 6
- 10
- 4
- 1

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым инструментальным обследованием является

- 6
- 10
- 4
- 1

Результаты инструментального метода обследования

Учитывая полученные данные лабораторно-инструментального исследования, больному можно поставить диагноз

- 6

- 10
- 4
- 1

Диагноз

Показана консультация специалиста

- реаниматолога
- хирурга
- терапевта
- инфекциониста

У данного пациента степень тяжести острого панкреатита можно расценить как + _____ + степени тяжести

- очень тяжелой
- тяжелой
- средней
- легкой

Данному больному показано лечение в условиях

- инфекционного стационара
- палаты интенсивной терапии и реанимации
- хирургического отделения
- терапевтического отделения

Данному пациенту лечение следует начинать с

- консервативной терапии
- перкутанного дренирования главного панкреатического протока
- лучевой терапии
- хирургического лечения

В базисный лечебный комплекс для лечения лёгкого панкреатита входит применение

- экстракорпоральных методов детоксикации
- электрофореза с лидазой
- антибиотиков
- анальгетиков в комбинации со спазмолитиками

Оптимальный объем инфузионной терапии в первые 24 часа составляет + ____ + мл на кг

- 40
- 10

- 100
- 4

При отсутствии эффекта от проводимой базисной терапии (п.1) в течение 6 часов и наличии хотя бы ещё одного из признаков шкалы экспресс оценки следует относить о. панкреатит к + _____ + степени тяжести

- крайне тяжелой
- средней
- тяжелой
- легкой

Оптимально для диагностики панкреонекроза рекомендуется выполнение мультиспиральной компьютерной или магнитно-резонансной томографии на + _____ + сутки заболевания

- 15-30
- 4-14
- 1-3
- 30-35

К этиологическим формам острого панкреатита относят

- 15-30
- 4-14
- 1-3
- 30-35

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девушка 20 лет доставлена бригадой скорой медицинской помощи в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы

На повышение температуры тела до $38,7^{\circ}\text{C}$, озноб, потливость, сухой кашель, боли в нижних отделах правой половины грудной клетки, усиливающиеся при глубоком вдохе, кашле, общую слабость, головную боль, ломоту в теле, снижение работоспособности.

Анамнез заболевания

Две недели назад появился кашель, насморк, температура тела не повышалась. Самостоятельно принимала: грудной сбор, синекод, барсучий жир, амоксициллин в течение недели - без эффекта. Спустя неделю температура повысилась сначала до $37,5^{\circ}\text{C}$, затем до $38,9^{\circ}\text{C}$, в связи с чем, вызвала скорую медицинскую помощь, которой доставлена в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Анамнез жизни

Контактов с инфекционными больными не было. Операций не было. Туберкулез, гепатит, ВИЧ, венерические заболевания, переливания крови - отрицает.

Семейный анамнез: не отягощен.

Вредные привычки: отрицает.

Аллергологический анамнез: не отягощен.

Гинекологический анамнез: Менструации с 14 лет, регулярные, беременностей 0.

Объективный статус

* Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. В контакт вступает легко. В пространстве и времени ориентирована правильно. Температура тела 38^oС.

* Кожные покровы, склеры обычной окраски, влажные. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны, эластичны. Отеков нет.

* Дыхание через нос затруднено. Дыхание ритмичное. ЧДД 22 в мин. При перкуссии - в нижних отделах справа звук притуплен. При аускультации - в нижних отделах правого легкого дыхание жесткое, выслушиваются единичные влажные мелкопузырчатые хрипы.

* Пульс 100 уд./мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен, симметричный. АД: 110/80 мм рт. ст.

* Язык влажный, чистый. Живот при пальпации: мягкий, безболезненный во всех отделах, симптомы раздражения брюшины отрицательные.

* Симптом поколачивания по пояснице отрицательный.

Необходимыми лабораторными методами обследования для постановки диагноза являются

- 15-30
- 4-14
- 1-3
- 30-35

Результаты лабораторных методов обследования

Обязательным для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- 15-30
- 4-14
- 1-3
- 30-35

Результаты инструментального метода обследования

На основании жалоб, анамнеза и данных лабораторно-инструментального обследования, можно поставить диагноз

- 15-30
- 4-14
- 1-3
- 30-35

Диагноз

При развитии острой дыхательной недостаточности у больных с внебольничной пневмонией абсолютным показанием к проведению искусственной вентиляции легких является

- повышение $PaCO_2$ более, чем на 20% от исходного уровня
- частота дыхательных движений 22 в минуту
- нарушение сознания (сопор, кома), психомоторное возбуждение
- уровень креатинина 80 мкмоль/л и выше

Препаратом выбора для лечения данной пациентки является

- доксициклин
- оксациллин
- ципрофлоксацин
- цефтриаксон

Критерием достаточности антибактериальной терапии внебольничной пневмонии является

- стойкое снижение температуры тела ниже $37,2^{\circ}C$ в течение 48 ч
- прекращение кашля
- частота дыхания $<30/мин$
- исчезновение хрипов при аускультации

Целью назначения нестероидных противовоспалительных препаратов в данном клиническом случае является

- более быстрое выздоровление пациента
- жаропонижающий эффект
- профилактика осложнений
- улучшение общего самочувствия

Амоксициллин у больных с внебольничной пневмонией при нормальной функции печени и почек назначается по 1 г внутрь каждые + _____ + часов

- 6
- 8
- 24
- 12

Этиотропная антимикробная терапия при внебольничной пневмонии, вызванной *Legionella spp.*, допускает назначение левофлоксацина в сочетании с

- цефтриаксоном
- амоксициллином
- бензилпенициллином
- рифампицином

К группе высокого риска развития пневмококковых инфекций относятся пациенты

- с иммунодефицитом
- старше 50 лет
- младше 70 лет
- с массой тела меньше 50 кг

Одним из наиболее эффективных способов профилактики внебольничной пневмонии в настоящее время является

- прием витамина С в профилактических дозах
- проведение вакцинации вакцинами ППСВ23 и ПКВ13
- прием иммуномодуляторов сезонно
- метод закаливания

Осложнением внебольничной пневмонии является

- прием витамина С в профилактических дозах
- проведение вакцинации вакцинами ППСВ23 и ПКВ13
- прием иммуномодуляторов сезонно
- метод закаливания

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девушка 29 лет доставлена бригадой скорой медицинской помощи в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы

Жалобы на общую слабость, заторможенность, разлитую головную боль, боль в глазных яблоках, повышение температуры до 40°C , выраженный тремор в верхних конечностях, появление «гнусавости» голоса, затруднения при жевании и глотании, выраженное слюноотделение.

Анамнез заболевания

Заболела остро неделю назад, когда в течение двух дней появилась слабость, повышение температуры до $37,5^{\circ}\text{C}$, позже присоединилась головная боль, интенсивность которой с течением времени нарастала. Постепенно нарастала

слабость, головная боль стала носить характер разлитой, появилась боль в глазных яблоках, тошнота, дважды была рвота, не приносящая облегчения. 3 дня назад появились «гнусавость» голоса, затруднения при жевании и глотании. На седьмой день у пациентки развился генерализованный судорожный припадок, продолжавшийся около 5 минут, в связи с чем родственники пациентки вызвали скорую помощь.

При опросе было установлено, что пациентка 10 дней назад вернулась с Дальнего Востока, где во время туристического похода жила в лесу в палатке.

Анамнез жизни

Контакты с инфекционными больными, туберкулез, гепатит, ВИЧ, венерические заболевания, переливания крови отрицает.

Сопутствующие заболевания и операции: отрицает.

Перенесенные заболевания: отрицает.

Курение, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус

* Состояние тяжелое. Лицо и шея гиперемированы, склеры инъецированы.

Кожные покровы туловища и видимые слизистые нормального цвета, чистые.

* За левой ушной раковиной обнаружен присосавшийся клещ (клещ удален и отправлен на исследование в микробиологическую лабораторию).

* Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

* В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений 22/ мин.

* Границы сердца в пределах нормы. Тоны приглушены, ритмичны, шумов нет. ЧСС 120 ударов в минуту. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 100/60 мм рт. ст.

* Неврологический статус: выраженный тремор верхних конечностей, периферический бульбарный паралич: мягкое небо неподвижно; дисфония, дизартрия и «гнусавость» речи, дисфагия с регургитацией жидкой пищи в нос. Определяется ригидность затылочных мышц на 2 поперечных пальца, симптомы Кернига и Брудзинского положительные.

К исследованиям, которые необходимо выполнить в первую очередь для постановки диагноза, относят

- прием витамина С в профилактических дозах
- проведение вакцинации вакцинами ППСВ23 и ПКВ13
- прием иммуномодуляторов сезонно
- метод закаливания

Результаты обследования

Для выявления/исключения органических заболеваний ЦНС в данной клинической ситуации решающее значение имеет проведение

- прием витамина С в профилактических дозах
- проведение вакцинации вакцинами ППСВ23 и ПКВ13
- прием иммуномодуляторов сезонно
- метод закаливания

Результаты обследования

На основании полученных данных, проведенных исследований больной можно поставить диагноз Клещевой энцефалит, + _____ + форма, тяжелой степени тяжести, острое течение

- прием витамина С в профилактических дозах
- проведение вакцинации вакцинами ППСВ23 и ПКВ13
- прием иммуномодуляторов сезонно
- метод закаливания

Диагноз

О диагнозе клещевого энцефалита также могут свидетельствовать данные

- посева крови на питательные среды
- эпидемиологического анамнеза
- биопсии головного мозга
- визуализирующих исследований

В качестве этиотропной терапии клещевого энцефалита используют

- интерферон α -2a
- рибавирин
- человеческий сывороточный иммуноглобулин против вируса клещевого энцефалита
- меглюмина акридонат

При быстро прогрессирующей клинике отека мозга рекомендовано назначение

- антибактериальных препаратов
- противовирусных препаратов
- нейротропных препаратов
- глюкокортикостероидов

Для купирования судорожного синдрома при клещевом энцефалите используют

- вальпроат натрия
- карбамазепин
- фенбарбитал
- галоперидол

С учетом высокой лихорадки пациентке показано назначение

- парацетамола

- системных глюкокортикостероидов
- левофлоксацина
- умифеновира гидрохлорида

Наиболее прогностически благоприятной формой клещевого энцефалита является

- лихорадочная
- менингеальная
- менингоэнцефалитическая
- полиомиелитическая

Наиболее действенным способом профилактики клещевого энцефалита является

- приём противовирусных препаратов перед походом в лес
- применение репеллентов
- активная иммунизация
- пассивная иммунизация

Одним из путей передачи клещевого энцефалита является

- вертикальный
- алиментарный
- контактный
- воздушно-капельный

На догоспитальном этапе дифференциальную диагностику различных форм энцефалита и менингоэнцефалита

- вертикальный
- алиментарный
- контактный
- воздушно-капельный

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 75 лет доставлена родственниками в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы

На острую боль в поясничной области слева, иррадиирующие в левую часть живота.

Анамнез заболевания

За неделю до госпитализации впервые появились приступообразные боли в поясничной области слева, иррадиирующие в левую часть живота. Боли

усиливались при ходьбе и физической нагрузке. Для купирования болевого синдрома самостоятельно принимала «Но-шпу», «Анальгин». В течение последующих 7 дней интенсивность болевых ощущений и длительность приступов возрастали, появилась примесь крови в моче.

Анамнез жизни

Контакты с инфекционными больными, туберкулез, гепатит, ВИЧ, венерические заболевания, переливания крови отрицает.

Операции: экстирпация матки.

Аллергологический анамнез: без особенностей.

Семейный анамнез: у сестры мочекаменная болезнь.

Объективный статус

* Общее состояние средней степени тяжести. Температура тела $38,1^{\circ}\text{C}$.

* Сознание ясное, в контакт вступает легко, в пространстве и времени ориентирована правильно.

* Кожные покровы, склеры: обычной окраски, влажные. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые.

* Периферические лимфоузлы: не увеличены, безболезненны, эластичны.

Отеков нет. Дыхание самостоятельное, эффективное, ритмичное. ЧДД 18 в мин. При перкуссии - ясный легочный тон. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких. Хрипов нет.

* Пульс 98 уд./мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен, симметричный. АД 130/75 мм рт. ст.

* Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации: мягкий, слегка болезненный в левой подвздошной области, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Симптом поколачивания по пояснице: положительный слева.

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- вертикальный
- алиментарный
- контактный
- воздушно-капельный

Результаты инструментального метода обследования

Необходимыми лабораторными методами исследования для постановки диагноза являются

- вертикальный
- алиментарный
- контактный
- воздушно-капельный

Результаты лабораторных методов обследования

При наличии болей в поясничной области, иррадиирующих в нижнюю часть живота, на фоне лихорадки или при наличии у пациента одной почки необходимо в экстренном порядке выполнить

- магнитно-резонансную томографию брюшной полости
- повторное ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- спиральную компьютерную томографию брюшной полости
- обзорную рентгенографию брюшной полости

На основании выявленных изменений, можно думать о развитии у больной

- магнитно-резонансную томографию брюшной полости
- повторное ультразвуковое исследование органов брюшной полости
- спиральную компьютерную томографию брюшной полости
- обзорную рентгенографию брюшной полости

Диагноз

Неблагоприятным признаком, свидетельствующем о возможном развитии осложнений у данной пациентки, является

- ишурия
- лихорадка
- странгурия
- отсутствие лейкоцитоза

В данной клинической ситуации дифференциальный диагноз необходимо проводить с

- впервые возникшей стенокардией
- перитонитом
- кишечной коликой
- грыжей межпозвонкового диска

Медицинская эвакуация больных с почечной коликой после купирования болей осуществляется в положении

- сидя
- полулежа
- лежа
- полусидя

Препаратом выбора для купирования болевого синдрома является

- диклофенак
- фентанил
- целекоксиб
- эторикоксиб

В случае неэффективности купирования болевого синдрома, используют комбинацию ненаркотических анальгетиков и

- наркотических анальгетиков
- амитриптилина
- спазмолитиков
- селективных ингибиторов циклооксигеназы-2

В данной клинической ситуации показанием к госпитализации являются наличие

- лихорадки
- нестабильной гемодинамики
- отягощенного анамнеза по мочекаменной болезни
- положительного симптома поколачивания

Амбулаторное лечение пациентов с почечной коликой проводится в случае

- односторонней почечной колики без осложнений
- фебрильной температуры
- наличия единственной почки
- беременности

Противопоказанием к проведению экскреторной урографии является

- односторонней почечной колики без осложнений
- фебрильной температуры
- наличия единственной почки
- беременности

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 35 лет доставлен бригадой СМП в СОСМП многопрофильного стационара.

Жалобы

На момент осмотра активно жалоб не предъявляет.

Анамнез заболевания

3 дня назад на фоне отмены алкоголя возник эпизод слабости, головокружения, которому пациент значения не придал. В тот же день появился черный жидкий стул, который сохранялся на протяжении 3 дней. По этому поводу обратился к хирургу поликлиники, откуда по СМП доставлен в приемное отделение.

Анамнез жизни

- * Пациент хронические заболевания отрицает.
- * Прием лекарств отрицает.
- * Длительное время злоупотребляет алкоголем.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Во времени и пространстве ориентирован правильно. Температура тела $36,6^{\circ}\text{C}$

ЧДД 14/мин., SpO₂ ~ 99%, ЧСС=75/мин., АД 110/75 мм.рт.ст.

Ректально: на высоте пальца без патологических образований. Кал на перчатке черного цвета.

Необходимым лабораторным методом обследования для постановки диагноза является

- односторонней почечной колики без осложнений
- фебрильной температуры
- наличия единственной почки
- беременности

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза является

- односторонней почечной колики без осложнений
- фебрильной температуры
- наличия единственной почки
- беременности

Результаты инструментального метода обследования

Учитывая данные анамнеза, осмотра и лабораторно-инструментального исследования, больному можно поставить диагноз

- односторонней почечной колики без осложнений
- фебрильной температуры
- наличия единственной почки
- беременности

Диагноз

В данном клиническом случае больному в обязательном порядке необходимо выполнить

- исследование свертывающей системы крови (коагулограмму)
- установку назогастрального зонда
- рентгенографию органов брюшной полости
- биохимический анализ крови

Заподозрить кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода можно при наличии

- одышки

- аритмии
- асцита
- рвоты кофейной гущей

Гемостатическим средством, ингибирующим фибринолиз, является

- дабигатран
- свежезамороженная плазма
- протамина сульфат
- транексамовая кислота

При тяжелом ЖКК, от момента поступления в стационар ЭГДС должна быть выполнена не позднее + ____ + часов

- 4
- 2
- 12
- 24

При ЖКК из язвы желудка показано внутривенное введение блокаторов

- Н₁-гистаминовых рецепторов
- α-адренорецепторов
- β₂-адренорецепторов
- протонной помпы

При кровотечении из варикозно-расширенных вен пищевода показано внутривенное введение

- терлипрессина
- фентанила
- галоперидола
- добутамина

При нестабильной гемодинамике пациенты с ЖКК должны наблюдаться в условиях

- терапевтического отделения
- дневного стационара
- ОРИТ
- хирургического отделения

Одним из основных патогенетических факторов желудочного кровотечения является

- повышение активности печеночных трансаминаз
- снижение синтеза гастрина
- увеличение продукции простагландинов

- инфицирование *H. pylori*

Для оценки риска рецидива кровотечения и смерти используют эндоскопическую классификацию

- повышение активности печеночных трансаминаз
- снижение синтеза гастрина
- увеличение продукции простагландинов
- инфицирование *H. pylori*

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 35 лет доставлен бригадой СМП из общественного места в СОСМП многопрофильного стационара.

Жалобы

На рвоту черной измененной кровью («кофейной гущей»), слабость, головокружение.

Анамнез заболевания

Находясь в кинотеатре внезапно почувствовал слабость, головокружение, тошноту. Дважды была рвота кофейной гущей, в связи с чем, вызвал СМП.

Анамнез жизни

На протяжении недели в связи с зубной болью принимал кеторол.

Хронические заболевания отрицает.

Не курит, алкоголь по праздникам.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Во времени и пространстве ориентирован правильно. Температура тела $36,6^{\circ}\text{C}$.

ЧДД 14/мин., SpO₂ 99%, АД 110/75 мм рт.ст., ЧСС 75/мин

Ректально: на высоте пальца патологических образований не определяется. Кал на перчатке коричневого цвета.

Обязательным для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- повышение активности печеночных трансаминаз
- снижение синтеза гастрина
- увеличение продукции простагландинов
- инфицирование *H. pylori*

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- повышение активности печеночных трансаминаз
- снижение синтеза гастрина

- увеличение продукции простагландинов
- инфицирование *H. pylori*

Результаты инструментального метода обследования

Учитывая данные анамнеза, осмотра и лабораторно-инструментальных методов обследования, больному можно поставить диагноз

- повышение активности печеночных трансаминаз
- снижение синтеза гастрина
- увеличение продукции простагландинов
- инфицирование *H. pylori*

Диагноз

Для оценки риска рецидива кровотечения и смерти используют эндоскопическую классификацию

- Wells
- Killip
- Джанелидзе
- Forrest

При невозможности определения группы крови, по жизненным показаниям возможна трансфузия эритроцитсодержащих компонентов + _____ + группы

- 0 (I), Rh (-)
- АВ (IV), Rh (-)
- 0 (I), Rh (+)
- АВ (IV), Rh (+)

При острой массивной кровопотере (более 1500 мл), сопровождающейся развитием острого ДВС-синдрома, необходимо

- провести трансфузию свежзамороженной плазмы
- внутривенное введение раствора гепарина 5т ЕД каждые 8 ч
- струйное введение раствора тиосульфата натрия – 10 мл
- подкожное введение раствора октреотида 1 мл каждые 12 ч

Показанием к переливанию тромбоцитного концентрата в связи с высоким риском спонтанного кровотечения является снижение концентрации тромбоцитов менее

- $50 \times 10^9 / \text{л}$
- $500 \times 10^9 / \text{л}$
- $100 \times 10^9 / \text{л}$
- $20 \times 10^9 / \text{л}$

Гемостатическим средством, ингибирующим фибринолиз, является

- свежемороженая плазма
- транексамовая кислота
- протамина сульфат
- дабигатран

ЭГДС при тяжелом ЖКК должна быть выполнена не позднее + ____ + часов от момента поступления больного в стационар

- 2
- 4
- 24
- 12

При кровотечении из язвы желудка показано внутривенное введение блокаторов

- H₁-гистаминовых рецепторов
- α-адренорецепторов
- β₂-адренорецепторов
- протонной помпы

Пациенты с ЖКК при нестабильной гемодинамике должны наблюдаться в условиях

- хирургического отделения
- терапевтического отделения
- дневного стационара
- ОРИТ

Заподозрить развитие кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода можно при наличии

- хирургического отделения
- терапевтического отделения
- дневного стационара
- ОРИТ

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 25 лет доставлен бригадой СМП в СОСМП многопрофильной больницы.

Жалобы

Не предъявляет ввиду тяжести состояния.

Анамнез заболевания

Со слов родственников в последнее время отмечал жалобы на частое мочеиспускание и жажду. По этому поводу к врачу не обращался. Утром в день поступления в стационар почувствовал слабость, головокружение, тошноту, спутанность сознания. Пациент упал, потерял сознание, начал глубоко и шумно дышать. Родственники вызвали СМП.

Анамнез жизни

Со слов родственников какими-либо хроническими заболеваниями не страдал, лекарственных препаратов не принимал.

У деда по отцовской линии – сахарный диабет 1 типа.

Объективный статус

- * Состояние тяжелое. Сознание - сопор.
- * Изо рта пациента чувствуется запах ацетона
- * Кожные покровы и слизистые чистые, бледные, тургор кожи снижен, глазные яблоки при пальпации мягкие.
- * Дыхание глубокое, шумное, хрипов нет, ЧДД 25/мин.
- * Тоны сердца ясные, ритмичные ЧСС 105 уд/мин, АД 150/86 мм рт.ст., пульс ритмичный, симметричный, удовлетворительного наполнения.
- * Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены.
- * Периферических отеков нет.

Необходимыми лабораторными методами обследования для постановки диагноза являются

- хирургического отделения
- терапевтического отделения
- дневного стационара
- ОРИТ

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым инструментальным методам обследования для постановки диагноза относят

- хирургического отделения
- терапевтического отделения
- дневного стационара
- ОРИТ

Результаты инструментального метода обследования

Учитывая данные анамнеза, осмотра и лабораторно-инструментального исследования, больному можно поставить диагноз

- хирургического отделения
- терапевтического отделения
- дневного стационара
- ОРИТ

Диагноз

Наиболее вероятной причиной развития диабетического кетоацидоза у данного пациента является

- напряженный рабочий график
- манифестация сахарного диабета
- прием бигуанидов
- гипергидратация

Экспресс анализ гликемии при глюкозе сыворотки >13 ммоль/л необходимо проводить с периодичностью в + _____ + час

- 3
- 2
- 1
- 5

Основным препаратом для лечения диабетического кетоацидоза является

- 40% глюкоза
- фуросемид
- кальция хлорид
- инсулин

Для лечения диабетического кетоацидоза используется инсулин

- актрапид НМ
- инсуман® Базал ГТ
- семиленте
- ленте

При диабетическом кетоацидозе начальная доза инсулина составляет + _____ + ЕД/кг/ч внутривенно (через инфузомат)

- 0,01
- 0,1
- 10,0
- 1,0

В инфузионную смесь необходимо добавить 1 мл крови пациента для предотвращения

- тромбирования инфузионной системы
- резус-конфликта
- реакции инсулина со светом
- сорбции инсулина в системе

Показанием к введению бикарбоната натрия является значение рН крови менее

- 7.0
- 6.9
- 7.4
- 7.6

При развитии диабетического кетоацидоза возможно появление дыхания

- Куссмауля
- типа апноэ
- Биота
- Чейн-Стокса

При быстром снижении осмолярности крови возможно развитие

- Куссмауля
- типа апноэ
- Биота
- Чейн-Стокса

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 75 лет переведен из эндокринологического отделения в СОСМП.

Жалобы

На боли в животе, в мышцах, головную боль, тошноту, слабость, одышку, сонливость.

Анамнез заболевания

Находился на лечении в эндокринологическом отделении по поводу декомпенсации СД 2 типа. После выполнения планового КТ исследования с внутривенным контрастированием появились вышеперечисленные жалобы. Переведен в БИТ СОСМП.

Анамнез жизни

Длительное время страдает СД 2 типа. Постоянно принимает препараты бигуанидов в максимальной дозе. В последнее время появились признаки декомпенсации сахарного диабета.

Объективный статус

- * Состояние тяжелое. Сознание спутанное. Запаха ацетона от пациента нет.
- * Кожные покровы и слизистые бледные.
- * Дыхание шумное, глубокое, хрипов нет, ЧДД 25/мин.
- * Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 110 уд/мин., АД 90/50 мм рт.ст. на обеих руках, пульс ритмичный, симметричный.
- * Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены.
- * Периферических отеков нет.

Необходимыми лабораторными методами обследования для постановки диагноза являются

- Куссмауля
- типа апноэ
- Биота
- Чейн-Стокса

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза является

- Куссмауля
- типа апноэ
- Биота
- Чейн-Стокса

Результаты инструментального метода обследования

Учитывая данные анамнеза, осмотра и лабораторно-инструментальных методов обследования, можно думать о развитии у больного

- Куссмауля
- типа апноэ
- Биота
- Чейн-Стокса

Диагноз

Спровоцировать развитие лактатацидоза может внутривенное введение

- рентгеноконтрастного вещества
- сульфаниламидов
- галоперидола
- диуретиков

Лактатацидоз могут вызвать пероральные сахароснижающие препараты из группы

- тиазолиндионов
- глиптинов
- производных сульфонилмочевины
- бигуанидов

Лактоацидоз, согласно данным исследования кислотно-основного состояния крови, характеризуется наличием

- компенсированного дыхательного ацидоза
- декомпенсированного дыхательного алкалоза
- декомпенсированного метаболического ацидоза
- компенсированного метаболического ацидоза

Для лечения данного больного с целью уменьшения продукции лактата необходимо использовать

- инсулин
- метформин
- гипотиазид
- вилдаглиптин

Прямым способом удаления лактата из организма является

- гемодиализ с безлактатным буфером
- инфузионная терапия
- диуретическая терапия
- гемосорбция

Основным методом борьбы с гиперкапнией при лактоацидозе является использование

- бикарбоната натрия
- 40% глюкозы
- ИВЛ
- дыхательной гимнастики

При лактоацидозе ведение бикарбоната натрия показано только при рН менее

- 7,3
- 6,9
- 7,5
- 7,1

Для лактоацидоза характерно появление дыхания

- Куссмауля
- Биота
- типа апноэ
- Чейн-Стокса

При острой передозировке метформина необходимо назначить

- Куссмауля
- Биота
- типа апноэ

- Чейн-Стокса

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Молодой человек 28 лет доставлен бригадой скорой медицинской помощи в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы

Жалобы на общую слабость, сонливость, разлитую головную боль, боль в глазных яблоках, повышение температуры до 39°C .

Анамнез заболевания

Пациент считает себя больным в течение недели, заболел остро. В течение двух дней появилась слабость, повышение температуры до $37,5^{\circ}\text{C}$. В дальнейшем присоединилась головная боль, интенсивность которой с течением времени нарастала. Постепенно нарастала слабость, головная боль стала носить характер разлитой, появилась боль в глазных яблоках и постоянное чувство тошноты. На седьмой день болезни на фоне приступа интенсивной головной боли у пациента был однократный эпизод рвоты, в связи с чем пациент вызвал скорую помощь.

Анамнез жизни

- * Контакты с инфекционными больными, туберкулез, гепатит, ВИЧ, венерические заболевания, переливания крови отрицает. Операции: отрицает
- * Эпид. анамнез: две недели назад был в лесу на пикнике, после возвращения домой обнаружил у себя в области бедра клеща. Клещ был самостоятельно удален пациентом, исследование клеща в микробиологической лаборатории не проводилось.
- * Сопутствующие заболевания: отрицает.
- * Перенесенные заболевания: отрицает.
- * Курение, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы туловища нормального оттенка, отмечается гиперемия лица и шеи.

Видимые слизистые оболочки без высыпаний, наблюдается инъекция склер. Язык влажный, обложен белесоватым налетом.

Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

Сердечно-сосудистая система: границы относительной и абсолютной сердечной тупости в пределах нормы.

Ритм сердца правильный. Тоны ясные, шумов нет. Добавочные тоны не обнаружены.

Пульс ритмичный, частотой 110 ударов в минуту, регулярный, удовлетворительного наполнения, артериальная стенка мягкая, эластичная, пульс удовлетворительного напряжения, дефицита пульса нет.

Артериальное давление составляет 105/70 мм. рт. ст.

Частота дыхательных движений 22/мин, аускультативно: дыхание везикулярное над всей поверхностью легких

Со стороны опорно-двигательного аппарата, мочеполовой, пищеварительной

систем патологических изменений не выявлено.

Неврологический статус: очаговой симптоматики не выявлено. Определяется ригидность затылочных мышц на 3 поперечных пальца, симптомы Кернига и Брудзинского положительные.

В первую очередь для постановки диагноза необходимо выполнить

- Куссмауля
- Биота
- типа апноэ
- Чейн-Стокса

Результаты обследования

На первом этапе дифференциальной диагностики в данной ситуации наибольшую помощь может оказать

- Куссмауля
- Биота
- типа апноэ
- Чейн-Стокса

Результаты обследования

Учитывая результаты проведенных исследований, больному можно поставить диагноз: Клещевой вирусный энцефалит

- Куссмауля
- Биота
- типа апноэ
- Чейн-Стокса

Диагноз

При госпитализации обычно в таких случаях проводят дифференциальный диагноз с

- мигренью
- гипогликемией
- энцефалитами другой этиологии
- черепно-мозговой травмой

Средством этиотропной терапии клещевого энцефалита является

- рибавирин
- меглюмина акридонат
- человеческий сывороточный иммуноглобулин против вируса клещевого энцефалита

- интерферон Альфа-2а

Для профилактики инфекционно-токсического шока при клещевом энцефалите среднетяжёлого и тяжёлого течения применяются

- антибактериальные препараты
- нейропротективные препараты
- глюкокортикостероиды
- противовирусные препараты

Для купирования судорожного синдрома при клещевом энцефалите применяются

- карбамазепин
- вальпроат натрия
- фенobarбитал
- фенитоин

Для лечения отёка мозга при клещевом энцефалите применяется

- гипертонический раствор хлорида натрия
- спиронолактон
- торасемид
- маннитол

На догоспитальном этапе при выраженной головной боли можно назначить

- кетотифен
- парацетамол
- ацетилсалициловую кислоту
- димедрол

Существует + ____ + пути/путей передачи вируса клещевого энцефалита

- 2
- 4
- 3
- 5

Кроме клинических данных и данных иммунологических исследований позволяют убедительно поставить диагноз клещевого энцефалита данные

- эпидемиологического анамнеза
- посева спинномозговой жидкости на питательные среды
- посева крови на питательные среды
- визуализирующих исследований

Дифференциальную диагностику различных форм энцефалита и менингоэнцефалита на догоспитальном этапе

- эпидемиологического анамнеза
- посева спинномозговой жидкости на питательные среды
- посева крови на питательные среды
- визуализирующих исследований

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 40 лет доставлен бригадой скорой медицинской помощи в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы

Жалобы на общую слабость, заторможенность, разлитую головную боль, боль в глазных яблоках, повышение температуры до 39°C , выраженный тремор в верхних конечностях, нарушение речи в виде «гнусавости» голоса, затруднения при жевании и глотании.

Анамнез заболевания

Пациент считает себя больным с в течение недели, заболел остро. В течение двух дней появилась слабость, повышение температуры до $37,5^{\circ}\text{C}$. В дальнейшем присоединилась головная боль, интенсивность которой с течением времени нарастала. Постепенно нарастала слабость, головная боль стала носить характер разлитой, появилась боль в глазных яблоках, тошнота, 2 раза был эпизод рвоты, не приносящей облегчения. 3 дня назад пациент отметил у себя появление «гнусавости» голоса.

На седьмой день появилось затруднение при жевании и глотании, в связи с чем пациент вызвал скорую помощь.

Из анамнеза также известно, что пациент проживает в сельской местности, держит коз, периодически употребляет в пищу сырое козье молоко.

Анамнез жизни

Контакты с инфекционными больными, туберкулез, гепатит, ВИЧ, венерические заболевания, переливания крови отрицает.

Операции: отрицает.

Сопутствующие заболевания: отрицает.

Перенесенные заболевания: отрицает.

Курение, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы туловища нормального оттенка, отмечается гиперемия лица и шеи.

Видимые слизистые оболочки без высыпаний, наблюдается инъекция склер.

Язык влажный, обложен белесоватым налетом.

Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

Сердечно-сосудистая система: границы относительной и абсолютной сердечной тупости в пределах нормы.

Ритм сердца правильный. Тоны ясные, шумов нет. Добавочные тоны не обнаружены.

Пульс ритмичный, частотой 110 ударов в минуту, регулярный, удовлетворительного наполнения, артериальная стенка мягкая, эластичная, пульс удовлетворительного напряжения, дефицита пульса нет.

Артериальное давление составляет 105/70 мм. рт. ст.

Частота дыхательных движений 22/ мин, аускультативно: дыхание везикулярное над всей поверхностью легких

Со стороны опорно-двигательного аппарата, мочеполовой, пищеварительной систем патологических изменений не выявлено.

Неврологический статус: выраженный тремор верхних конечностей, :периферический бульбарный паралич: мягкое небо неподвижно; дисфония, дизартрия и «гнусавость» речи, дисфагия с регургитацией жидкой пищи в нос. Определяется ригидность затылочных мышц на 2 поперечных пальца, симптомы Кернига и Брудзинского положительные.

На первом этапе дифференциальной диагностики в данной ситуации наибольшую помощь может оказать

- эпидемиологического анамнеза
- посева спинномозговой жидкости на питательные среды
- посева крови на питательные среды
- визуализирующих исследований

Результаты обследования

Для подтверждения диагноза необходимо выполнить

- эпидемиологического анамнеза
- посева спинномозговой жидкости на питательные среды
- посева крови на питательные среды
- визуализирующих исследований

Результаты обследования

Учитывая результаты проведенных исследований, больному можно поставить диагноз

- эпидемиологического анамнеза
- посева спинномозговой жидкости на питательные среды
- посева крови на питательные среды
- визуализирующих исследований

Диагноз

Кроме клинических данных и данных иммунологических исследований, позволяют убедительно поставить диагноз клещевого энцефалита данные

- визуализирующих исследований
- биопсии головного мозга
- эпидемиологического анамнеза
- посева спинно-мозговой жидкости на питательные среды

Пациенты с клещевым энцефалитом подлежат переводу в

- хирургическое отделение
- инфекционную больницу
- дневной стационар
- терапевтическое отделение

При быстро прогрессирующей клинике отека мозга рекомендовано назначение

- глюкокортикостероидов
- нейропротективных препаратов
- антибактериальных препаратов
- противовирусных препаратов

Этиотропное лечение, помимо назначения специфического противоклещевого иммуноглобулина и противовирусных препаратов включает назначение

- ноотропных препаратов
- нейропротекторов
- препаратов интерферона
- антибактериальных препаратов

Для купирования судорожного синдрома применяется

- диазепам
- пирацетам
- фенобарбитал
- фенитоин

При отеке-набухании головного мозга необходимо незамедлительное введение

- гипертонического раствора хлорида натрия
- спиронолактона
- метилпреднизолона
- торасемида

Для дезинтоксикационной терапии на догоспитальном этапе внутривенно капельно вводят

- цианокобаламин

- альбумин
- реополиглюкин
- 5% раствор декстрозы

Для клещевого энцефалита характерно(а)

- субфебрильная лихорадка с температурой тела до 37–38°C
- острое, быстрое повышение температуры тела до 39–41 °C
- отсутствие лихорадки в первые 3-4 недели заболевания
- гектическая, изнуряющая лихорадка с суточными колебаниями до 5°C

Существует + _____ + пути(ей) передачи вируса клещевого энцефалита

- субфебрильная лихорадка с температурой тела до 37–38°C
- острое, быстрое повышение температуры тела до 39–41 °C
- отсутствие лихорадки в первые 3-4 недели заболевания
- гектическая, изнуряющая лихорадка с суточными колебаниями до 5°C

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 70 лет доставлен в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы

* на боли по левому фланку живота, не иррадирующие, приступообразного характера, сопровождающиеся тошнотой, без рвоты, без нарушения мочеиспускания

* повышение температуры тела, изменения стула отрицает

Анамнез заболевания

* В анамнезе длительное заболевание почек.

* Настоящее ухудшение самочувствия с утра, когда появились боли по левому фланку живота приступообразного характера. Повышение температуры тела, нарушения, изменений характера мочеиспускания отрицает. Принимал спазмолитики (тримебутин, дротаверин) с умеренным положительным эффектом. В связи с сохранением болей прежней интенсивности несмотря на проводимую терапию была вызвана бригада скорой медицинской помощи, которой был доставлен в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Анамнез жизни

* Эпиданамнез: гепатит А в детстве. Контакты с инфекционными больными, тbc, гепатит, ВИЧ, вен. заболевания, переливания крови отрицает

* Сопутствующие заболевания:

Открытоугольная глаукома, атрофия обоих зрительных нервов с полной потерей зрения на оба глаза

Гипертоническая болезнь, без ассоциированных клинических состояний (ИМ, ОНМК, СД в анамнезе отрицает). Постоянно принимает амлодипин 5 мг/ 1 раз в сутки, лозартан 50 мг 1 раз в сутки с достижением АГ 1 степени.

* Операции: 2007 г - холецистэктомия по поводу острого калькулезного холецистита, неоднократные операции на обоих глазах (уточнить год, характер вмешательств не может)

* Травмы: отрицает

* Аллергологический анамнез: без особенностей

* Наследственность: заболевания у родственников отец: умер в 86 лет, чем болел - не помнит, мать: умерла в 48 лет (заболевание почек и сердца, уточнить не может)

* Вредные привычки: курение: курил раньше, бросил, алкоголь: только по праздникам

Объективный статус

* Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В пространстве и времени ориентирован. Рост, см: 180, вес, кг: 102, индекс массы тела: 31.5 {ожирение I} Кожные покровы, склеры обычной окраски. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны, эластичны. Отеков нет.

* Сердечно-сосудистая система: Пульс: 60 уд\мин ритмичный удовлетворительного наполнения не напряжен симметричный, АД: 164\89 мм рт. ст.

* Дыхательная система: ЧДД: 17 в мин. Перкуссия легких: над легкими коробочный тон. Притупление перкуторного тона отсутствует. Аускультация легких: дыхание жесткое. Хрипы в легких не выслушиваются. O₂ sat: 98 %

* Желудочно-кишечный тракт: язык обложен, живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, симптомы раздражения брюшины отрицательные

* Органы мочеиспускания: Симптом поколачивания по пояснице отрицательный

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- субфебрильная лихорадка с температурой тела до 37–38°C
- острое, быстрое повышение температуры тела до 39–41 °C
- отсутствие лихорадки в первые 3-4 недели заболевания
- гектическая, изнуряющая лихорадка с суточными колебаниями до 5°C

Результаты инструментальных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- субфебрильная лихорадка с температурой тела до 37–38°C
- острое, быстрое повышение температуры тела до 39–41 °C
- отсутствие лихорадки в первые 3-4 недели заболевания
- гектическая, изнуряющая лихорадка с суточными колебаниями до 5°C

Результаты лабораторных методов обследования

На основании результатов клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования можно поставить диагноз

- субфебрильная лихорадка с температурой тела до 37–38°C
- острое, быстрое повышение температуры тела до 39–41 °С
- отсутствие лихорадки в первые 3-4 недели заболевания
- гектическая, изнуряющая лихорадка с суточными колебаниями до 5°C

Диагноз

Дифференциальную диагностику данного состояния необходимо проводить с

- острым панкреатитом, расслаивающей аневризмой аорты, кишечной непроходимостью
- язвенным колитом, кишечной коликой, сальмонеллезом
- острым коронарным синдромом, дивертикулитом, брюшным тифом
- острым инфарктом миокарда абдоминальной формой, болезнью Крона, мезаденитом

Данному пациенту необходимо провести

- стентирование мочеточника совместно с консервативным лечением
- ударно-волновую литотрипсию
- стентирование мочеточника с дальнейшим хирургическим лечением
- консервативное лечение

Препаратами выбора, кроме нестероидных противовоспалительных средств, для лечения данного пациента являются

- альфа-адреномиметики
- бета-адреноблокаторы
- спазмолитики
- альфа-адреноблокаторы

Тактикой, при недостижении адекватной анальгезии, является добавление в терапию

- максимальной суточной дозы дротаверина
- наркотических анальгетиков
- кеторолака
- кетопрофена

Медицинская эвакуация, после купирования болей, осуществляется на носилках в положении

- полулежа
- лежа
- сидя
- полусидя

Противопоказанием к проведению экскреторной урографии является

- гипергликемия
- лихорадка
- наличие единственной почки
- аллергия на рентгенконтрастные препараты

В случае появления олигурии, нарастании уровня креатинина в 2 раза от исходного за 6 часов, необходимо выполнить

- дальнейшее динамическое наблюдение
- стентирование мочеточника или нефростомию с последующим оперативным лечением
- ударно-волновую литотрипсию
- инфузионную терапию совместно с диуретиками

Допустимыми инструментальными методами исследования у беременных с почечной коликой, кроме ультразвукового исследования, является

- рентгенография брюшной полости
- компьютерная томография в ангиорежиме
- магнитно-резонансная томография
- цистоскопия

Показанием к госпитализации является

- рентгенография брюшной полости
- компьютерная томография в ангиорежиме
- магнитно-резонансная томография
- цистоскопия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 55 лет доставлен бригадой скорой медицинской помощи в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы

На интенсивные давящие боли за грудиной, иррадиирующие в левую руку, длительностью около часа, ощущение нехватки воздуха.

Анамнез заболевания

Со слов знает о заболевании сердца около 10 лет. Ранее периодически

беспокоили давящие боли в области сердца при ходьбе, которые купировались в покое. В течении 3-х дней отмечает ухудшение самочувствия: учащение болей сжимающего характера в области сердца, иррадиирующие в левую руку, при ходьбе, купируются в покое. Обращался в поликлинику по месту жительства, предложена госпитализация, от которой отказался. Сегодня возникли давящие, сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в левую руку, не проходящие в течение часа. В связи с обеспокоенностью за свое здоровье и выраженный болевой синдром вызвал скорую медицинскую помощь, которой доставлен в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Анамнез жизни

Контакты с инфекционными больными, туберкулез, гепатит, ВИЧ, венерические заболевания, переливания крови отрицает.

Операции: отрицает.

Сопутствующие заболевания: имеются сердечно-сосудистые заболевания, по поводу которых не принимает регулярно терапию.

Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. В пространстве и времени: ориентирован. Кожные покровы, склеры: обычной окраски, влажные. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Варикозное расширение вен нижних конечностей отсутствует. Периферические лимфоузлы: не увеличены, безболезненны, эластичны. Отеки не определяются.

Сердечно-сосудистая система: пульс удовлетворительных характеристик; фибрилляция предсердий; ЧСС: 98-104 уд/мин; АД 136/100 мм/рт.ст.

Дыхательная система: Дыхание самостоятельное, эффективное, ритмичное.

ЧДД 16 в мин. Над легкими при перкуссии ясный легочный тон. Притупление перкуторного тона отсутствует. Дыхание жесткое, проводится во все отделы легких. Хрипы в легких не выслушиваются. O₂ sat: 98 %.

Желудочно-кишечный тракт: Язык: влажный. Живот при пальпации: мягкий, безболезненный во всех отделах, симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Симптом поколачивания по пояснице отрицательный.

Необходимое для постановки диагноза в данном случае инструментальное исследование – это

- рентгенография брюшной полости
- компьютерная томография в ангиорежиме
- магнитно-резонансная томография
- цистоскопия

Результаты инструментального исследования

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- рентгенография брюшной полости
- компьютерная томография в ангиорежиме

- магнитно-резонансная томография
- цистоскопия

Результаты лабораторного метода обследования

При отрицательном уровне высокочувствительных тропонинов тест должен быть повторен через +_____+ часа(ов)

- 2
- 3
- 7
- 12

На основании полученных данных можно поставить диагноз

- 2
- 3
- 7
- 12

Диагноз

Дифференциальный диагноз следует проводить с

- язвенной болезнью желудка вне обострения
- дегенеративно-дистрофическими изменениями шейного отдела позвоночника
- эндокардитом
- тромбозом легочной артерии

На догоспитальном этапе необходимо дать пациенту разжевать ацетилсалициловую кислоту в дозировке +_____+ мг

- 80-90
- 150-325
- 90-100
- 75-125

К ацетилсалициловой кислоте, в отсутствие противопоказаний, необходимо добавить +_____+ мг

- дилтиазем 90
- клопидогрел 300
- бисопролол 2.5
- ривароксабан 2.5

Для купирования болевого синдрома, кроме введения морфина, используется

- аторвастатин
- целекоксиб
- каптоприл
- нитроглицерин

Оксигенотерапия показана пациентам с ОКСбпST

- при насыщении крови кислородом $< 90\%$
- при невозможности проведения ЧКВ в течение 12 часов
- при признаках ишемии передне-перегородочной локализации
- во всех случаях

Данному пациенту для снижения риска неблагоприятного исхода необходимо парентеральное введение

- эналаприла
- алтеплазы
- нефракционированного гепарина
- пропранолола

Противопоказанием к введению β -адреноблокаторов является

- пароксизмальная тахикардия
- атриовентрикулярная блокада II–III степени
- ишемический инсульт в течение последних 6 месяцев
- отек легких

К пациентам с очень высоким риском неблагоприятного исхода относят пациентов с

- пароксизмальная тахикардия
- атриовентрикулярная блокада II–III степени
- ишемический инсульт в течение последних 6 месяцев
- отек легких

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 35 лет доставлена бригадой скорой медицинской помощи с представлением о бронхиальной астме, ухудшение.

Жалобы

Выраженная одышка, общая слабость.

Анамнез заболевания

Сбор полного анамнеза затруднен ввиду тяжести состояния. В анамнезе бронхиальная астма со слов (аллергическая), по требованию принимает ингалятор беродуал, полноценно не обследовалась, за помощью не обращалась,

после употребления в пищу орехов через некоторое время отметила кашель, затруднение выдоха, самостоятельно приняла цетиризин, беродуал без значимого эффекта, ввиду ухудшения самочувствия вызвала скорую медицинскую помощь, госпитализирована в стационар.

Анамнез жизни

Инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения отрицает. Слов в анамнезе бронхиальная астма.

Объективный статус

Положение вынужденное, ортопноэ. Состояние тяжелое. Сознание - ясное, возбуждена. Кожные покровы акроцианоз.

Дыхание самостоятельное, поверхностное, аускультативно проводится во все отделы симметрично с обеих сторон, резко ослаблено в средне - нижних отделах с обеих сторон. ЧД 24-26, SpO₂ 83% (FiO₂ 0.30)

По кардиомонитору ритм синусовый с ЧСС 136 уд\мин, без свежих ишемических изменений. АД 92\50 мм. рт. ст.

С целью лабораторной диагностики пациентки обязательным будет выполнение

- пароксизмальная тахикардия
- атриовентрикулярная блокада II–III степени
- ишемический инсульт в течение последних 6 месяцев
- отек легких

Результаты обследования

Инструментальная диагностика включает в себя

- пароксизмальная тахикардия
- атриовентрикулярная блокада II–III степени
- ишемический инсульт в течение последних 6 месяцев
- отек легких

Результаты обследования

Шкала Глазго включает в себя оценку таких параметров, как

- открывание глаз, двигательная реакция на боль, ЭЭГ- картина
- поднятие головы, мышечный тонус
- открывание глаз, словесный ответ, двигательная реакция
- данные ЭКГ, двигательная реакция на боль, признаки дислокации головного мозга

Учитывая данные лабораторно-инструментальных обследований, можно поставить диагноз

- открывание глаз, двигательная реакция на боль, ЭЭГ- картина
- поднятие головы, мышечный тонус

- открывание глаз, словесный ответ, двигательная реакция
- данные ЭКГ, двигательная реакция на боль, признаки дислокации головного мозга

Диагноз

У пациента имеет место + _____ + острая дыхательная недостаточность

- рестриктивная
- обструктивная
- перфузионная
- торакодиафрагмальная

В рамках проведения респираторной поддержки пациентке показано

- оксигенотерапия увлажненным кислородом через лицевую маску
- немедленно завести воздуховод, наложить лицевую маску, начать ИВЛ мешком Амбу
- незамедлительно выполнить интубацию трахеи, начать ИВЛ с контролем по объему
- немедленно начать ИВЛ в режиме CPAP+Psup 10-12 см вод.ст., FiO₂= 70—90%

В рамках интенсивной терапии пациентке показано проведение

- антикоагулянтной, дезагрегантной терапии
- бронхолитической терапии
- прокинетической терапии
- тромболитической терапии

В состав небулайзерной бронхолитической терапии необходимо включить

- сальбутамол
- амброксол
- домперидон
- метопролол

В состав инфузионной терапии включают

- амоксициллин
- супрастин
- адреналин
- дексаметазон

Перевод на ИВЛ показан в случае

- сатурации менее 90%

- рефрактерной гипоксемии
- фебрильной лихорадке
- ЧДД более 22

К препаратам второго ряда для купирования бронхоспазма относят

- финлепсин
- амиодарон
- магния сульфат
- триампур

Применение седативных препаратов и наркотических средств при обострении бронхиальной астмы

- финлепсин
- амиодарон
- магния сульфат
- триампур

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 29 лет, обратился в стационарное отделение скорой медицинской помощи самостоятельно. Говорить не мог. Наблюдались цианоз, учащенное шумное с затруднением вдоха дыхание с участием вспомогательных мышц, втяжением надключичных, подключичных, яремных ямок и межреберных промежутков. После чего потерял сознание, вызван реаниматолог.

Жалобы

Не предъявляет

Анамнез заболевания

Неизвестен.

Анамнез жизни

Неизвестен.

Объективный статус

Положение вынужденное. Состояние тяжелое. Сознание сопор - кома I

Кожные покровы цианотичные.

Дыхание поверхностное, ЧД 3-4-5 в минуту, SpO₂ 51% (FiO₂ 0.21%)

По Кардиомонитору синусовый ритм с ЧСС 49 в 1 мин, АД 80/40 мм рт. ст.

Живот симметричный, при пальпации мягкий.

Для обеспечения проходимости дыхательных путей пациенту

незамедлительно необходимо

- при неудачной попытке интубации выполнить коникотомию
- провести оксигенотерапию увлажненным кислородом через лицевую маску с потоком 3-8 л/мин

- немедленно завести воздуховод, наложить лицевую маску, начать искусственную вентиляцию лёгких мешком Амбу
- провести оксигенотерапию увлажненным кислородом через носовые канюли с потоком 3-5 л/мин

С целью уменьшения отека слизистой гортани необходимо ввести

- флуимуцил внутривенно капельно
- эуфиллин внутривенно
- внутривенно дексаметазон
- фуросемид внутримышечно

Для купирования дыхательной недостаточности необходимо использовать

- дофамин
- тиопентал натрия
- пропофол
- кислород

В качестве средства, уменьшающего отёк, следует применить

- фуросемид
- этиловый спирт
- маннитол
- гипертонический раствор натрия хлорида

В план обследования необходимо включить

- фуросемид
- этиловый спирт
- маннитол
- гипертонический раствор натрия хлорида

Результаты обследования

Вероятнее всего, причиной острой дыхательной недостаточности является

- стеноз гортани, трахеи
- нарушение внутрижелудочковой проводимости
- внебольничная пневмония
- тромбоэмболия легочной артерии

Наиболее частым этиологическим фактором данного заболевания является

- вирусная инфекция
- стафилококк
- искривление шейного отдела позвоночника
- травма шейного отдела позвоночника

У пациента имеется нарушение кислотно-основного состояния в виде

- хронического дыхательного алкалоза, компенсированного метаболическим ацидозом
- метаболического алкалоза с частичной компенсацией
- первичного метаболического ацидоза с респираторной компенсацией
- декомпенсированного респираторного ацидоза

К одной из причин респираторного ацидоза относится

- передозировка парацетомола
- хроническая обструктивная болезнь легких
- отравление угарным газом
- отравление суррогатами алкоголя

О гиперкапнии говорят при $P_{aCO_2} > + \underline{\hspace{1cm}} +$ мм рт.ст

- 15
- 35
- 25
- 45

Одной из причин возникновения острой вентиляционной дыхательной недостаточности с нарушением проходимости дыхательных путей является

- бронхиальная астма вне обострения
- кардиогенный отёк лёгких
- пневмония
- ХОБЛ

Для острого респираторного дистресс-синдрома характерен индекс оксигенации $+ \underline{\hspace{1cm}} +$ мм рт.ст

- бронхиальная астма вне обострения
- кардиогенный отёк лёгких
- пневмония
- ХОБЛ

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 62 года потеряла сознание, находясь около регистратуры в стационарном отделении скорой медицинской помощи.

Жалобы

Жалоб ввиду тяжести состояния не предъявляет.

Анамнез заболевания

Сбор анамнеза затруднен ввиду тяжести состояния. Со слов родственников прибыли на плановую госпитализацию в травматологическое отделение с целью замены протезированного ранее правого тазобедренного сустава. Доставлена в палату интенсивной терапии стационарного отделения скорой медицинской помощи.

Анамнез жизни

Сбор анамнеза затруднен ввиду тяжести состояния.

Объективный статус

Положение пассивное. Состояние тяжелое. Сознание - кома, (по ш. Глазго 3б).

Кожные покровы бледные.

Дыхание самостоятельное отсутствует. SatO₂ не определяется (FiO₂ 0.21%)

По кардиомонитору ритм желудочковой тахикардии.

В данном случае необходимо незамедлительно начать

- внутривенное введение атропина
- восстановление ритма
- установление причины остановки кровообращения
- сердечно-легочную реанимацию

Наряду с проведением сердечно-легочной реанимации необходимо обеспечить

- проходимость дыхательных путей и кислородотерапию
- определенную температуру воздуха в помещении
- определенную позу больному
- искусственную вентиляцию легких мешком Амбу

+ _____ + - один из видов остановки кровообращения, при которых требуется нанесение разряда дефибриллятора

- Полная блокада правой ножки пучка Гиса
- Фибрилляция желудочков
- Беспульсовая электрическая активность
- Асистолия

Следующим шагом данному пациенту показано выполнение

- внутривенного введения раствора дигоксина
- внутривенного введения раствора атропина
- дефибрилляции
- компрессии грудной клетки

После дефибрилляции желудочков необходимо ввести амиодарон, в дозе

+ _____ + мг

- 120
- 900
- 300
- 1200

Диагностика на госпитальном этапе в стационарном отделении скорой медицинской помощи включает в себя

- 120
- 900
- 300
- 1200

Результаты обследования

В условиях стационара пациенту также необходимо провести

- 120
- 900
- 300
- 1200

Результаты обследования

Для уточнения диагноза в обязательном порядке данному пациенту необходимо провести

- 120
- 900
- 300
- 1200

Результаты обследования

У данного пациента вероятной причиной остановки кровообращения является

- острый инфаркт миокарда
- внутреннее кровотечение
- тромбоэмболия легочной артерии
- острая почечная недостаточность

Данному пациенту показано

- проведение тромболитической терапии
- введение сердечных гликозидов
- проведение антикоагулянтной терапии
- введение бета-блокаторов

Препаратом выбора для проведения тромболитической терапии является

- аликсабан
- раствор гепарина натрия
- алтеплаза
- низкомолекулярный гепарин эноксипарин

Повышенная концентрация лактата в крови свидетельствует о

- аликсабан
- раствор гепарина натрия
- алтеплаза
- низкомолекулярный гепарин эноксипарин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 67 лет потерял сознание на входе в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы

Жалоб ввиду тяжести состояния не предъявляет.

Анамнез заболевания

Сбор анамнеза затруднен ввиду тяжести состояния. Со слов родственников прибыли на плановую госпитализацию в пульмонологическое отделение, в анамнезе заболевание легких, на входе в СтОСМП ощутил резкую нехватку воздуха, потерял сознание, доставлен в ПИТ СтОСМП.

Анамнез жизни

Сбор анамнеза затруднен ввиду тяжести состояния.

Объективный статус

Положение пассивное. Состояние тяжелое. Сознание - сопор, (по ш. Глазго 9б). Кожные покровы бледные, влажные, холодные, выраженный цианоз лица, шеи. Дыхание самостоятельное, поверхностное. ЧД 8-10 в мин. SatO₂ 62% (FiO₂ 0.21%)

По кардиомонитору ритм синусовый с ЧСС 53 в 1 мин, АД 70/35 (САД 47) мм. рт. ст.

Живот симметричный, при пальпации мягкий.

Диагностика на госпитальном этапе в стационарном отделении скорой медицинской помощи включает в себя

- аликсабан
- раствор гепарина натрия
- алтеплаза
- низкомолекулярный гепарин эноксипарин

Результаты обследования

Основным методом инструментального вида диагностики является

- аликсабан
- раствор гепарина натрия
- алтеплаза
- низкомолекулярный гепарин эноксипарин

Результаты инструментального обследования

С целью оценки состояния свертывающей и фибринолитической системы необходимо выполнить

- аликсабан
- раствор гепарина натрия
- алтеплаза
- низкомолекулярный гепарин эноксипарин

Результаты обследования

На основании лабораторно-инструментальных данных данному больному можно поставить диагноз

- аликсабан
- раствор гепарина натрия
- алтеплаза
- низкомолекулярный гепарин эноксипарин

Диагноз

Непосредственно после поступления пациента в отделение интенсивной терапии начинать лечение следует с

- сердечных гликозидов
- оксигенотерапии
- тромболитической терапии
- адрено- и симпатомиметиков

Препаратом выбора для проведения тромболитической терапии является

- варфарин с начальной дозой 5 мг/сут, затем титруют до достижения показателя МНО 2-3
- низкомолекулярный гепарин эноксипарин натрия в дозе 1 мг/кг массы тела каждые 12 ч
- алтеплаза 0,6 мг/кг на протяжении 15 мин (максимальная доза 50 мг)
- раствор гепарина натрия со скоростью 18Ед/кг/ч, корректируя в зависимости от уровня АЧТВ

Альтернативными методами тромболитической терапии при ТЭЛА являются

- выжидательная тактика
- прием оральных антикоагулянтов и антиагрегантов
- хирургическая легочная эмболэктомия или катетерная эмболэктомия
- увеличение дозы НФГ

К абсолютным противопоказаниям для проведения тромболиза относятся

- транзиторная ишемическая атака в последние 6 месяцев
- рефрактерная артериальная гипертензия с АД >180/110
- желудочно-кишечное кровотечение в течение 1 месяца
- язва желудка и двенадцатиперстной кишки в фазе обострения

В целях коррекции гипотензии следует внутривенно ввести

- раствор адреналина в дозировке 0.1%-1 мл, каждые 5 минут
- кристаллоидные, коллоидные растворы в соотношении 2:1
- норадреналин в дозировке 0,05-0,5 мкг/кг/мин
- раствор атропина 0.1%-1 мл, каждые 5 минут

С целью адекватного обезболивания пациенту с ангинозными болями следует ввести внутривенно

- анальгин
- перфалган
- фентанил
- кетонал

Острое повреждение легких сопровождается

- снижением индекса оксигенации (PaO_2/FiO_2) ниже 50 мм.рт.ст
- повышением индекса оксигенации (PaO_2/FiO_2) более 50 мм. рт. ст
- повышением индекса оксигенации (PaO_2/FiO_2) более 300 мм. рт. ст
- снижением индекса оксигенации (PaO_2/FiO_2) ниже 300 мм.рт.ст

Об адекватности перфузии почек свидетельствует темп диуреза

- снижением индекса оксигенации (PaO_2/FiO_2) ниже 50 мм.рт.ст
- повышением индекса оксигенации (PaO_2/FiO_2) более 50 мм. рт. ст
- повышением индекса оксигенации (PaO_2/FiO_2) более 300 мм. рт. ст
- снижением индекса оксигенации (PaO_2/FiO_2) ниже 300 мм.рт.ст

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 53 года, доставлен бригадой скорой помощи в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы

Сбор жалоб, анамнеза несколько затруднен ввиду тяжести состояния пациента, жалобы на момент осмотра на общую слабость, тошноту, рвоту без примесей, опоясывающие боли в верхних отделах живота, усиливающиеся в положении на спине.

Анамнез заболевания

Полный сбор жалоб, анамнеза затруднен ввиду тяжести состояния пациента. Известно, что злоупотребляет алкоголем. Несколько раз находится на стационарном лечении в связи с каким-то заболеванием живота (выписка на руках нет). В течение года госпитализирован повторно. Последние 2 недели злоупотреблял алкоголем (бутылка водки в день), 4 дня, со слов родственников, не употребляет спиртного. В течение последних нескольких дней стал отмечать рвоту в начале съеденной пищи и желчью, а затем слизью, до 16 раз в сутки. Появились опоясывающие боли, боли в верхних отделах живота, усиливающиеся в положении на спине. Самостоятельно для облегчения состояния ничего не принимал. Ввиду нарастания вышеописанных жалоб вызвал бригаду скорой помощи, госпитализирован в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Анамнез жизни

Затруднен, ввиду тяжести состояния пациента.

Объективный статус

Положение пассивное. Состояние тяжелое. Сознание оглушение 1 (по ш. Глазго 14б). Зрачки – S= D, обычного размера.

Кожные покровы гиперемированы.

Дыхание самостоятельное, ЧД 20 в мин. SpO₂ 92% (FiO₂ 0.21%)

По кардиомонитору ритм синусовый с ЧСС 120 в 1 мин, АД 90/50 мм рт. ст.

Язык сухой, обложен. Живот симметричный, вздут, при пальпации болезненный и напряженный в эпигастральной области и в холецистопанкреатодуоденальной зоне (зоне Шоффара). Цианоз околопупочной области. Перистальтические шумы ослаблены. Диурез снижен.

Кроме общего анализа крови, необходимо выполнить следующие лабораторные методы обследования

- снижением индекса оксигенации (PaO₂/FiO₂) ниже 50 мм.рт.ст
- повышением индекса оксигенации (PaO₂/FiO₂) более 50 мм. рт. ст
- повышением индекса оксигенации (PaO₂/FiO₂) более 300 мм. рт. ст
- снижением индекса оксигенации (PaO₂/FiO₂) ниже 300 мм.рт.ст

Результаты лабораторных методов обследования

Для верификации клинического диагноза и уточнения тяжести у данного больного приоритетными инструментальными методами обследования будут

- снижением индекса оксигенации (P_{aO_2}/F_{iO_2}) ниже 50 мм.рт.ст
- повышением индекса оксигенации (P_{aO_2}/F_{iO_2}) более 50 мм. рт. ст
- повышением индекса оксигенации (P_{aO_2}/F_{iO_2}) более 300 мм. рт. ст
- снижением индекса оксигенации (P_{aO_2}/F_{iO_2}) ниже 300 мм.рт.ст

Результаты инструментальных методов обследования

В случае неясности диагноза рекомендовано выполнение

- снижением индекса оксигенации (P_{aO_2}/F_{iO_2}) ниже 50 мм.рт.ст
- повышением индекса оксигенации (P_{aO_2}/F_{iO_2}) более 50 мм. рт. ст
- повышением индекса оксигенации (P_{aO_2}/F_{iO_2}) более 300 мм. рт. ст
- снижением индекса оксигенации (P_{aO_2}/F_{iO_2}) ниже 300 мм.рт.ст

Результаты обследования

Учитывая полученные данные лабораторно-инструментального исследования, больному можно поставить диагноз

- снижением индекса оксигенации (P_{aO_2}/F_{iO_2}) ниже 50 мм.рт.ст
- повышением индекса оксигенации (P_{aO_2}/F_{iO_2}) более 50 мм. рт. ст
- повышением индекса оксигенации (P_{aO_2}/F_{iO_2}) более 300 мм. рт. ст
- снижением индекса оксигенации (P_{aO_2}/F_{iO_2}) ниже 300 мм.рт.ст

Диагноз

У пациента имеет место острый панкреатит + _____ + степени тяжести

- средней
- очень тяжелой
- легкой
- тяжелой

Выявленную гипергликемию следует трактовать как

- дебют сахарного диабета 2 типа
- реакция на стресс
- дебют сахарного диабета 1 типа
- один из признаков тяжести панкреатита

Коррекции гипотонии необходимо начать с

- инфузии изотонического раствора натрия хлорида
- введения эпинефрина с 0,04 мкг/кг*мин
- введения гидроксиэтилкрахмала
- инфузии инсулина 0,1 Ед/кг/час

Лечение пациента следует проводить

- в отделении гастроэнтерологии
- в отделении реанимации и интенсивной терапии стационара с хирургическим отделением
- в хирургическом отделении
- амбулаторно

Данному пациенту лечение следует начинать с

- физиотерапевтических методов
- консервативной медикаментозной терапии
- хирургического лечения
- перкутанного дренирования главного панкреатического протока

Повторные КТ брюшной полости следует выполнять каждые 7-10 дней при условии

- не информативности УЗ-контроля
- перевода в хирургическое отделение
- отсутствия эффекта от лечения
- выполнения оперативного вмешательства

Наиболее вероятной этиологической формой панкреатита у данного больного является

- алкогольно-алиментарный
- острый травматический
- дисгормональный
- лекарственный

При дополнительном выявлении минимум двух из нижеперечисленных симптомов выездные бригады скорой медицинской помощи осуществляют медицинскую эвакуацию пациентов с острым панкреатитом в медицинские организации второго уровня

- алкогольно-алиментарный
- острый травматический
- дисгормональный
- лекарственный

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 72 года, доставлена в стационарное отделение скорой медицинской помощи внучкой самостоятельно.

Жалобы

Сбор жалоб, анамнеза несколько затруднен ввиду когнитивных нарушений на момент осмотра на общую слабость, боли по всей поверхности живота, рвоту желудочным содержимым (со слов до 15 раз в сутки).

Анамнез заболевания

Полный сбор жалоб, анамнеза затруднен ввиду тяжести состояния пациента. Со слов внучки известно, что в анамнезе злоупотребление алкоголем, однако, последние два года придерживается диеты, алкоголь не употребляет. Вчера с подругой посещала кладбище, выпила 6 рюмок виски, оступившись упала, ударившись головой, госпитализирована в городскую больницу, выполнена компьютерная томография головного мозга (данных за костно-травматические изменения, геморагические изменения не получено) - меддокументация предоставлена, выписана этим же днем. Ввиду сохранения жалоб на боли по всей поверхности живота, рвоту желудочным содержимым самостоятельно доставлена в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Анамнез жизни

Со слов внучки в анамнезе заболевание поджелудочной железы.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Сознание ясное, заторможена, путается в показаниях, несколько дезориентирована. Зрачки D=S.

Кожные покровы обычной окраски, язык сухой, обложен.

Дыхание самостоятельное, ЧД 24 в мин. SatO₂ ~ 86% (FiO₂ 0.21%)

По кардиомонитору ритм синусовый с ЧСС 120 в 1 мин, АД 106/70 мм рт. ст.

Живот симметричный, вздут, при пальпации болезненный по всей поверхности, пальпируется пупочная грыжа.

Необходимыми лабораторными и инструментальными методами обследования, кроме общего анализа крови, являются

- алкогольно-алиментарный
- острый травматический
- дисгормональный
- лекарственный

Результаты лабораторных и инструментальных обследований

Необходимым инструментальным обследованием в данной ситуации является

- алкогольно-алиментарный
- острый травматический
- дисгормональный
- лекарственный

Результаты инструментального обследования

Наиболее вероятным клиническим диагнозом у больной является

- алкогольно-алиментарный
- острый травматический
- дисгормональный
- лекарственный

Диагноз

С целью экспресс-оценки тяжести острого панкреатита рекомендуется использовать

- шкалу SCORE
- шкалу Джанелидзе
- шкалу Wells
- результаты ультразвукового исследования поджелудочной железы

Для определения тактики дальнейшего лечения больной показана консультация

- хирурга
- терапевта
- гинеколога
- гастроэнтеролога

Дальнейшее введение пациентки должно проводиться в условиях

- хирургического отделения
- отделения гастроэнтерологии и гепатологии
- амбулаторно-поликлинического
- отделения реанимации и интенсивной терапии

В целях стабилизации состояния, поддержания гемодинамики, сердечного выброса, почечного кровотока данной пациентке следует проводить

- сердечно-легочную реанимацию
- внутривенную инфузию раствора норадреналина в дозировке 0,05-0,5 мкг/кг/мин
- инфузионно – трансфузионную терапию
- промывание желудка

Об адекватности инфузионной терапии, перфузии почек свидетельствует темп диуреза

- 0.1 мл/(кг×ч)
- 800 мл/ч
- 0.5-1 мл/(кг×ч)
- 50 мл/ч

Данной пациентке с целью декомпрессии показана установка

- катетера для инвазивного мониторинга АД
- трахеостомы
- катетера Сван-Ганца
- назогастрального зонда

Применение антибиотиков с профилактической целью у данной больной

- рекомендуется в конце первых суток
- противопоказано
- рекомендуется сразу при поступлении
- не рекомендуется в первые трое суток

Повышенная концентрация лактата в крови свидетельствует о

- снижении концентрации бикарбоната в плазме крови
- наличии хронической обструктивной болезни легких
- кислородной задолженности тканей
- снижении концентрации калия в плазме крови

Этиологической формой острого панкреатита у данной больной является

- снижении концентрации бикарбоната в плазме крови
- наличии хронической обструктивной болезни легких
- кислородной задолженности тканей
- снижении концентрации калия в плазме крови

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 78 лет, доставлена в стационар бригадой скорой помощи.

Жалобы

Сбор жалоб, анамнеза затруднен ввиду когнитивных нарушений, жалобы на момент осмотра на интенсивные боли в животе, увеличение в объеме живота, отсутствие стула в течении 7 дней, многократную рвоту до 15 раз в сутки, общую слабость.

Анамнез заболевания

Полный сбор жалоб, анамнеза затруднен ввиду когнитивных нарушений.

Известно, что пациентка считает себя больной в течении недели, когда стала нарастать слабость, появились боли в животе, отсутствие стула, многократно возникала рвота, не приносящая облегчения, из-за чего пациентка отказывалась от еды. Самостоятельно принимала но-шпу, микроклизмы, однако, боли в животе нарастали, живот увеличился в объеме, что послужило поводом для вызова бригады СМП.

Анамнез жизни

Полный сбор жалоб, анамнеза затруднен ввиду когнитивных нарушений. Со слов в анамнезе аппендэктомия в юности, холецистэктомия более 20 лет назад.

Объективный статус

Положение пассивное. Состояние тяжелое. Контакту доступна, дезориентирована. Зрачки – S= D, обычного размера.

Дыхание самостоятельное, ЧД 25-26 в мин. SatO₂ ~ 90% (FiO₂ ~ 0.21%).

По кардиомонитору ритм синусовый с ЧСС 138 в 1 мин, АД 75/40 мм. рт. ст.

Живот увеличен в объеме, напряжен, симметричный, при пальпации диффузно болезненный во всех отделах. Перистальтика не выслушивается. Ректально: Ампула прямой кишки пустая, зияет.

Для уточнения диагноза необходимыми лабораторными методами диагностики являются

- снижении концентрации бикарбоната в плазме крови
- наличии хронической обструктивной болезни легких
- кислородной задолженности тканей
- снижении концентрации калия в плазме крови

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым инструментальным исследованием является

- снижении концентрации бикарбоната в плазме крови
- наличии хронической обструктивной болезни легких
- кислородной задолженности тканей
- снижении концентрации калия в плазме крови

Результаты инструментального обследования

У данного пациента + _____ + группа крови

- A(II) Rh-
- B(III) Rh+
- AB(IV) Rh-
- O(I) Rh+

Учитывая полученные данные лабораторно-инструментального исследования, больному может быть установлен диагноз

- A(II) Rh-
- B(III) Rh+
- AB(IV) Rh-
- O(I) Rh+

Диагноз

Для определения дальнейшей тактики ведения больной показана консультация

- хирурга

- гинеколога
- инфекциониста
- гастроэнтеролога

Установленный диагноз странгуляционной острой кишечной непроходимости служит показанием к операции в сроки + _____ + от момента поступления

- не более 2 часов
- 12 часов после проведения консервативной терапии
- 72 часа
- 6 - 12 часов

При установленном диагнозе острой кишечной непроходимости обязательной манипуляцией является

- исследование крови на стерильность
- переливание свежезамороженной плазмы
- проведение сифонной клизмы
- установка желудочного зонда

Для снижения риска возникновения гнойно-инфекционных осложнений рекомендовано проведение

- антибиотикопрофилактики
- профилактики послеоперационных венозных тромбозов
- экстренная вакцинация антирабической вакциной
- гастропротективной терапии

С целью коррекции водно-электролитных нарушений и ликвидации гиповолемии показано введение

- кристаллоидных растворов
- эритроцитарной массы
- коллоидных растворов
- тромбоцитарной взвеси

У больной имеются признаки + _____ + острой кишечной непроходимости

- динамической
- декомпенсированной
- компенсированной
- субкомпенсированной

При кишечной непроходимости компартмент синдром представляет собой остро развившуюся

- почечную недостаточность
- сердечную недостаточность
- внутрибрюшную гипертензию
- гиповолемию и гемоконцентрацию

Патогномоничным рентгенологическим признаком кишечной непроходимости являются раздутые петли тонкой кишки с уровнем жидкости в них, обозначаемые как

- почечную недостаточность
- сердечную недостаточность
- внутрибрюшную гипертензию
- гиповолемию и гемоконцентрацию

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 22 года, обратилась в стационарное отделение скорой медицинской помощи самостоятельно в сопровождении друга.

Жалобы

На момент осмотра жалобы на выраженную общую слабость, одышку, озноб, лихорадку до 40^oС, боли в животе.

Анамнез заболевания

В связи с тяжестью состояния пациентки собрать полный анамнез не предоставляется возможным, точное время начала заболевания назвать затрудняется, известно, что последние сутки отмечает резкое ухудшение состояния с ранее перечисленными жалобами, за последние 6 часов трехкратно наблюдались ознобы с повышением температуры тела до 40^oС, катаральные явления отрицает. Известен факт длительной инъекционной наркомании (использует дезоморфин).

Анамнез жизни

В анамнезе - указания на инъекционную наркоманию (использует дезоморфин).

Объективный статус

* В сознании, дезориентирована. Состояние тяжелое.

* Кожные покровы бледные, холодные, множественные следы от внутривенных инъекций в локтевых сгибах, в паховых складках

* Дыхание поверхностное, ЧД 32 в мин, при аускультации - дыхание проводится во все отделы симметрично с обеих сторон, хрипов нет. SpO₂ 89% (FiO₂ 0.21%)

* Тоны сердца глухие, ритмичные. Шумы над областью сердца и крупных сосудов не выслушиваются. По кардиомонитору синусовый ритм, ЧСС 128 в 1 мин, АД 85/40 мм рт. ст.

* Живот симметричный, при пальпации мягкий, болезненный в нижних отделах.

Для полноценной диагностики на начальном этапе оказания помощи пациентке необходимо выполнить

- почечную недостаточность
- сердечную недостаточность
- внутрибрюшную гипертензию
- гиповолемию и гемоконцентрацию

Результаты обследования

В рамках дополнительного обследования пациентке необходимо выполнить

- почечную недостаточность
- сердечную недостаточность
- внутрибрюшную гипертензию
- гиповолемию и гемоконцентрацию

Результаты обследования

На основании клинических, лабораторных и инструментальных данных у пациентки с сепсисом может быть диагностирован

+ _____ + шок

- почечную недостаточность
- сердечную недостаточность
- внутрибрюшную гипертензию
- гиповолемию и гемоконцентрацию

Диагноз

Учитывая тяжесть состояния, дальнейшее обследование пациентки должно проводиться в условиях

- палаты интенсивной терапии стационарного отделения скорой медицинской помощи
- палаты динамического наблюдения приемного отделения
- инфекционного стационара
- терапевтического отделения

В рамках проведения интенсивной респираторной терапии пациентке показана

- немедленная интубация и начало искусственной вентиляции легких
- оксигенотерапия увлажненным 50% кислородом через лицевую маску с потоком 5-8 л/мин
- ингаляционная терапия беродуалом через небулайзер
- оксигенотерапия увлажненным 50% кислородом через носовые катетеры с потоком 1-2 л/мин

У пациентки имеется нарушение кислотно-щелочного равновесия в виде

- метаболического алкалоза
- декомпенсированного метаболического ацидоза
- хронического дыхательного ацидоза, компенсированного метаболического алкалоза
- компенсированного метаболического ацидоза

Для проведения мероприятий интенсивной терапии необходимо выполнить

- катетеризацию подключичной и/или других центральных вен
- проведение тромболитической терапии
- постановку временной эндокардиальной кардиостимуляции
- нейрелептаналгезию

В рамках проведения интенсивной терапии в экстренном порядке показано

- введение амиодарона
- проведение вазопрессорной поддержки
- введение лидокаина
- введение раствора нитроглицерина

Об адекватности инфузионной терапии, перфузии почек свидетельствует почасовой диурез на уровне

- 50 мл/ч
- 800 мл/ч
- 0.5-1 мл\кг\ч
- 0.1 мл/кг/ч

Индекс оксигенации при остром респираторном дистресс-синдроме

- увеличен
- не изменен
- сохранен
- снижен

Для оценки тяжести полиорганной недостаточности у больной с шоком целесообразно использовать шкалу

- SOFA
- комы Глазго
- CHA2DS2-VASc
- SCORE

Эффективные антимикробные препараты должны быть назначены больной в течение + _____ + с момента постановки диагноза септического шока

- SOFA

- комы Глазго
- CHA2DS2-VASc
- SCORE

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 20 лет, доставлен линейной бригадой скорой медицинской помощи с представлением об отравлении неизвестным веществом в ближайший стационар по жизненным показаниям.

Жалобы

Не предъявляет – сознание отсутствует - кома.

Анамнез заболевания

Со слов врача скорой помощи, пациент обнаружен без сознания на лестнице в многоквартирном доме. Со слов соседей – наркоман, состоит на учете.

Анамнез жизни

Наркоанамнез, со слов врача скорой медицинской помощи – хроносепсис.

Объективный статус

* Состояние крайне тяжелое. Положение пассивное. Сознание - кома (по ш. Глазго 5б). Зрачки: S=D, узкие. Фотореакция: «+», лицо симметричное.

* Дыхание поверхностное, ЧД 8 в мин. SpO₂ ~ 83% (FiO₂ ~ 0.21%)

* По кардиомонитору эктопический ритм, ЧСС 49 в 1 мин, АД 72/50 мм рт.ст.

* Живот симметричный.

Для установления диагноза на начальном этапе оказания медицинской помощи необходимо выполнить

- SOFA
- комы Глазго
- CHA2DS2-VASc
- SCORE

Результаты обследования

В экстренном порядке пациенту необходимо провести консультацию

- нейрохирурга
- сосудистого хирурга
- кардиолога
- хирурга

Пациенту показано проведение

- фуросемида
- хлористого кальция
- маннита
- нитратов

С целью мониторинга и проведения мероприятий интенсивной терапии необходимо выполнить

- электроимпульсную терапию с величиной энергии для первого разряда 150 Дж
- катетеризацию подключичной и/или других центральных вен
- временную эндокардиальную кардиостимуляцию
- проведение тромболитической терапии

В рамках проведения интенсивной респираторной поддержки пациенту показано незамедлительно

- выполнить трахеостомию
- завести воздуховод, наложить лицевую маску и начать искусственную вентиляцию легких мешком Амбу
- провести интубацию трахеи, начать искусственную вентиляцию легких
- начать проводить высокопоточной оксигенотерапии увлажненным кислородом через носовые канюли с потоком 10-15 л/мин

Пациенту в палате интенсивной терапии стационарного отделения скорой медицинской помощи для седации и синхронизации с аппаратом ИВЛ показано внутривенное введение

- галоперидола суммарно в дозе 15 мг
- пропофола в дозе 1,5–2,5 мг на 1 кг веса тела пациента
- раствора перфалгана в дозе 100 мл
- раствора ардуана суммарно в дозе 8 мг

В целях стабилизации, поддержания гемодинамики, сердечного выброса, почечного кровотока предпочтительно введение раствора

- изокета в дозе 0.5-3 мкг/кг/мин с увеличением по мере необходимости
- норадреналина в дозе 0,05-0,5 мкг/кг/мин
- атропина в дозе 0.1%-1 мл, каждые 5 минут
- эуфиллина в дозе 2,4%-10 мл

Для снижения внутричерепного давления показано

- создать умеренную гипоксию
- опустить головной конец кровати на 30°
- приподнять головной конец кровати на 30°
- осуществить эластическое бинтование головы

Об адекватной почечной перфузии свидетельствует почасовой диурез в пределах

- 0.1 мл/кг/ч
- 0.5-1 мл/кг/ч

- 30 мл/ч
- 400 мл/ч

Наиболее частым осложнением катетеризации внутренней яремной вены является

- гидроторакс, хилоторакс, перфорация центральных сосудов
- тромбо-, воздушная эмболия, инфекционные осложнения
- непреднамеренная пункция сонной артерии, гематома
- тампонада перикарда, миграция катетера, узлообразование/миграция проводника

Натрий является основным катионом

- интерстициального пространства организма
- внеклеточного пространства организма
- внутрисосудистого пространства организма
- внутриклеточного пространства организма

Осмолярность плазмы крови в норме составляет + _____ + мосмоль/л

- интерстициального пространства организма
- внеклеточного пространства организма
- внутрисосудистого пространства организма
- внутриклеточного пространства организма

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 64 лет, проходивший лечение в терапевтическом отделении многопрофильного стационара переведен в СОСМП.

Жалобы

На давящую боль за грудиной с иррадиацией в левую руку, одышку, ощущение перебоев в работе сердца, холодный пот, чувство страха.

Анамнез заболевания

Пациент находился на лечении в терапевтическом отделении городской больницы с диагнозом «Гипертоническая болезнь». Примерно 30 минут назад появились вышеперечисленные жалобы. Дежурным врачом отделения был дан нитроглицерин сублингвально, без положительного эффекта. Было принято решение перевести пациента для обследования в условиях отделения скорой медицинской помощи.

Анамнез жизни

Длительное время страдает гипертонической болезнью, с максимальным повышением АД до 180/100 мм рт.ст. Во время обследования была выявлена дислипидемия. Курит по 1 пачке сигарет в день, стаж курения 50 лет.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Положение ортопноэ. Во времени и пространстве ориентирован. Возбужден. АД=90/60 мм рт.ст ЧСС=120/мин, пульс ритмичный. ЧДД=30/мин SpO₂ = 85% При аускультации легких выслушиваются влажные хрипы над нижними отделами.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования является определение

- интерстициального пространства организма
- внеклеточного пространства организма
- внутрисосудистого пространства организма
- внутриклеточного пространства организма

Результаты лабораторного метода обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- интерстициального пространства организма
- внеклеточного пространства организма
- внутрисосудистого пространства организма
- внутриклеточного пространства организма

Результаты инструментального метода обследования

Учитывая анамнез, данные осмотра и лабораторно-инструментального исследования, больному можно поставить диагноз

- интерстициального пространства организма
- внеклеточного пространства организма
- внутрисосудистого пространства организма
- внутриклеточного пространства организма

Диагноз

В первую очередь для консультации необходимо вызвать

- хирурга
- ревматолога
- кардиолога
- невролога

Патогенетической терапией выбора при ОКSpST является

- реперфузионная терапия
- электроимпульсная терапия
- гиполипидемическая терапия
- диуретическая терапия

Лечение неосложненного инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST на догоспитальном этапе включает назначение + _____ + мг

- варфарина 5
- ацетилсалициловой кислоты 250
- дипиридамола 200
- ривароксабана 5

Анальгетиком выбора при отеке легких будет являться

- трамадол
- морфин
- промедол
- анальгин

Тяжесть острой сердечной недостаточности оценивают по шкале

- SOFA
- Killip
- Wells
- GRACE

При остром коронарном синдроме с подъемом сегмента ST, осложненном отеком легких, применяют ингаляции

- карбогена
- сальбутамола
- закиси азота
- кислорода

Двойная антиагрегантная терапия включает назначение ацетилсалициловой кислоты и

- варфарина
- дабигатрана
- гепарина
- тикагрелора

В случае невозможности проведения ЧКВ в течение 120 мин от момента постановки диагноза ОКСпST предпочтительной тактикой ведения является

- чрезпищеводная электрокардиостимуляция
- оксигенотерапия
- диуретическая терапия
- тромболитическая терапия

При возникновении реперфузионной желудочковой тахикардии применяют

- чрезпищеводная электрокардиостимуляция
- оксигенотерапия
- диуретическая терапия
- тромболитическая терапия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 64 лет доставлен бригадой скорой медицинской помощи в стационар с улицы.

Жалобы

На давящую боль за грудиной с иррадиацией в левую руку, одышку, ощущение перебоев в работе сердца, холодный пот, чувство страха.

Анамнез заболевания

На фоне умеренной физической нагрузки почувствовал боль за грудиной с иррадиацией в левую руку, инспираторную одышку, появилась слабость, головокружение выступил холодный пот. Проходимыми дан нитроглицерин — без эффекта. Вызвана скорая медицинская помощь.

Анамнез жизни

В течение последних лет отмечает появление перемежающейся хромоты. Курит 1 пачку сигарет в день, стаж курения 50 лет. Алкоголь не употребляет.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Возбужден. Положение ортопноэ. Во времени и пространстве ориентирован. АД=95/60 мм рт.ст ЧСС=120/мин, пульс римичный. ЧДД=30/мин, SpO₂ = 85% При аускультации легких выслушиваются влажные хрипы над нижними и средними отделами легких.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования является определение

- чрезпищеводная электрокардиостимуляция
- оксигенотерапия
- диуретическая терапия
- тромболитическая терапия

Результаты лабораторного метода обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- чрезпищеводная электрокардиостимуляция
- оксигенотерапия
- диуретическая терапия
- тромболитическая терапия

Результаты инструментального метода обследования

Учитывая анамнез, данные осмотра и лабораторно-инструментального исследования, больному можно поставить диагноз

- чрезпищеводная электрокардиостимуляция
- оксигенотерапия
- диуретическая терапия
- тромболитическая терапия

Диагноз

В первую очередь для консультации необходимо вызвать врача

- ревматолога
- хирурга
- кардиолога
- невролога

Кислородотерапия со скоростью 4-8 л/минуту показана при насыщении крови кислородом менее + _____ + %

- 97
- 95
- 90
- 93

Для предупреждения или ограничения тромбообразования в лечении больных с ОКС применяют

- антиагреганты
- бета-адреноблокаторы
- нитраты
- статины

В комплексном лечении ОКС используют + _____ + мг

- варфарин 2,5
- дипиридамол 300
- ривароксабан 5
- ацетилсалициловую кислоту 250

Начальной дозой нефракционированного гепарина при ОКСпST является

- 4000 ЕД в/в болюсно
- 1000 ЕД в/в болюсно
- 100 ЕД/кг/ч через перфузор
- 4000 ЕД/кг/ч через перфузор

В настоящее время тромболитическую терапию применяют только для лечения

- ОКС без подъема ST
- внезапной сердечной смерти
- ОКС с подъемом ST
- ранней постинфарктной стенокардии

При некупирующемся болевом синдроме рекомендуется использовать

- нитраты
- нестероидные противовоспалительные препараты
- морфин
- трамадол

При возникновении реперфузионной желудочковой тахикардии применяют

- капельное введение сульфата магния
- болюсное введение АТФ
- закрытый массаж сердца
- электрическую кардиоверсию

К вариантам нестабильной стенокардии относится

- капельное введение сульфата магния
- болюсное введение АТФ
- закрытый массаж сердца
- электрическую кардиоверсию

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 60 лет доставлен бригадой скорой медицинской помощи в СОСМП многопрофильной больницы.

Жалобы

На давящую боль за грудиной с иррадиацией в левую руку, одышку, холодный пот, чувство страха.

Анамнез заболевания

Работал во дворе, когда на фоне физической нагрузки, отметил появление сильной боли за грудиной. Принял нитроглицерин без положительного эффекта. Вызвал скорую медицинскую помощь.

Анамнез жизни

Длительное время страдает стенокардией напряжения, при приступах принимает нитроглицерин. От предложенного аорто-коронарного шунтирования отказался. Курил 40 лет по 1 пачке сигарет в день, в настоящее

время не курит. Алкоголем не злоупотребляет. Отец умер от инфаркта миокарда.

Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести. В пространстве и времени ориентирован. Конституция гиперстеническая, рост 178 см, вес 103 кг, индекс массы тела: $32,51 \text{ кг/м}^2$.

Кожные покровы нормальной окраски. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Периферические лимфоузлы: не увеличены, безболезненны, эластичны.

Отеков нет.

Сердечно-сосудистая система: Пульс 105 уд/мин, ритмичный не напряжен, симметричный, АД 100/60 мм рт. ст.

Дыхательная система: ЧДД 22 в мин. Притупление перкуторного тона отсутствует. Аускультация легких: дыхание жесткое, выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы в нижне-боковых отделах легких. O_2 sat: 92%.

Желудочно-кишечный тракт: язык обложен белым налетом, живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, симптомы раздражения брюшины: отрицательные.

Органы мочеиспускания без патологии.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются определение

- капельное введение сульфата магния
- болюсное введение АТФ
- закрытый массаж сердца
- электрическую кардиоверсию

Результаты лабораторного метода обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- капельное введение сульфата магния
- болюсное введение АТФ
- закрытый массаж сердца
- электрическую кардиоверсию

Результаты инструментального метода обследования

Учитывая анамнез, данные осмотра и лабораторно-инструментального исследования, больному можно поставить диагноз

- капельное введение сульфата магния
- болюсное введение АТФ
- закрытый массаж сердца
- электрическую кардиоверсию

Диагноз

К типу 3 инфаркта миокарда относится

- вторичный инфаркт миокарда
- инфаркт миокарда, ассоциированный с ЧКВ
- инфаркт миокарда, ассоциированный с АКШ
- внезапная коронарная смерть

Патогенетической терапией выбора при остром инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST является

- гиполипидемическая терапия
- антикоагулянтная терапия
- реперфузионная терапия
- электроимпульсная терапия

Для снижения риска рецидива инфаркта миокарда при лечении ИМпST рекомендуется использовать

- баллонную ангиопластику без стентирования
- стенты с лекарственным покрытием
- тромбаспирацию
- голометаллические стенты

Лечение неосложненного инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST на догоспитальном этапе включает назначение + _____ + мг

- ацетилсалициловой кислоты 250
- дипиридамола 200
- ривароксабана 5
- варфарина 5

После проведения тромболитической терапии больного направляют

- в поликлинику по месту жительства
- в центр с возможностью выполнения ЧКВ
- в ближайший стационар
- домой

Абсолютным противопоказанием для проведения тромболизиса является

- острый период ОНМК
- применение антиагрегантов на догоспитальном этапе
- артериальная гипертензия
- антифосфолипидный синдром

Анальгетиком выбора при отеке легких будет являться

- морфин
- промедол
- анальгин
- трамадол

При возникновении реперфузионной желудочковой тахикардии применяют

- болюсное введение АТФ
- электрическую кардиоверсию
- капельное введение сульфата магния
- закрытый массаж сердца

ЭКГ диагностику острого коронарного синдрома затрудняет наличие

- болюсное введение АТФ
- электрическую кардиоверсию
- капельное введение сульфата магния
- закрытый массаж сердца

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 34 лет в экстренном порядке доставлен из кабинета компьютерной томографии (КТ).

Жалобы

Не предъявляет ввиду тяжести состояния.

Анамнез заболевания

Со слов сопровождающего медперсонала известно, что пациенту внезапно стало плохо во время выполнения КТ с контрастом: появился кожный зуд, кашель, беспокойство, головная боль, звон в ушах. Началась одышка, затем пациент потерял сознание.

Анамнез жизни

Со слов сопровождающего медперсонала известно, что у пациента не было выраженной соматической патологии. Ранее отмечалась аллергическая реакция на неизвестный препарат.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Сознание — сопор. Дыхание поверхностное, стридорозное, с частотой 42/мин, SpO₂ ≈ 75%. Кожные покровы бледные, покрыты холодным липким потом. Губы цианотичны. АД=60/0 мм рт. ст. ЧСС = 100/мин, пульс нитевидный.

Учитывая обстоятельства происшествия, анамнез и данные осмотра, больному можно поставить диагноз

- болюсное введение АТФ
- электрическую кардиоверсию

- капельное введение сульфата магния
- закрытый массаж сердца

Диагноз

В данном случае степень тяжести анафилактического шока можно определить как + _____ + степень

- 1
- 3
- 2
- 4

Основой лечения анафилактического шока является как можно более раннее введение

- адреналина
- супрастина
- атропина
- кордарона

Первоначально при анафилактическом шоке адреналин вводится в

- полость левого желудочка
- в наружную яремную вену после установки венозного катетера
- середину передне-латеральной поверхности бедра
- эндотрахеально в 10 мл физиологического раствора

Для обеспечения дыхательной функции необходимо

- провести интубацию трахеи, начать ИВЛ
- начать кислородотерапию 4-6 л/мин через носовые канюли
- начать искусственное дыхание рот-в-рот
- выполнить прием Геймлиха

Для улучшения визуализации гортани во время прямой ларингоскопии рекомендовано придание пациенту

- джексоновского положения
- положения Фовлера
- положения Тренделенбурга
- прон-позиции

Необходимо провести инфузионную терапию в объеме

- 200 мл гипертонического NaCl
- 1-2 л кристаллоидных и коллоидных плазмозаменителей
- 1 л натрия гидрокарбоната

- 1-2 дозы свежзамороженной плазмы

При сохранении гипотензии необходимо внутривенно ввести

- атропин
- дигоксин
- левосимендан
- адреналин

На фоне сохраняющейся нестабильной гемодинамики категорически запрещено применение

- натрия хлорида
- адреномиметиков
- глюкокортикостероидов
- Н1-гистаминоблокаторов

Путем введения глюкокортикостероидных препаратов при анафилактическом шоке является

- внутривенный
- ректальный
- пероральный
- ингаляционный

При сохраняющемся бронхоспазме целесообразно применение

- кромогликатов
- глюкокортикостероидов
- бета2-агонистов
- м-холиномиметиков

Методом лечения прогрессирующего отека при развитии стеноза гортани является

- кромогликатов
- глюкокортикостероидов
- бета2-агонистов
- м-холиномиметиков

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 41 лет доставлена бригадой СМП в стационарное отделение СМП многопрофильной больницы.

Жалобы

На внезапно появившуюся осиплость голоса, затруднения при дыхании, дисфагию.

Анамнез заболевания

Дома, в связи с повышением давления на фоне психоэмоционального стресса, по совету соседки приняла каптоприл. Через некоторое время появились вышеперечисленные жалобы, в связи с чем, пациентка немедленно вызвала СМП.

Анамнез жизни

Хронические заболевания пациентка отрицает. Ранее неоднократно госпитализировалась с диагнозом острый живот, но каждый раз диагноз не подтверждался. При сборе семейного анамнеза отметила, что мать ее умерла от отека гортани.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. В постели активна. Во времени и пространстве ориентирована. АД=140/85 мм рт. ст. ЧСС=75/мин. Дыхание шумное стридорозное. ЧДД=23/мин, SpO₂ = 97%.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- кромогликатов
- глюкокортикостероидов
- бета2-агонистов
- м-холиномиметиков

Результаты лабораторных методов обследования

Учитывая анамнез и данные осмотра, больному можно поставить диагноз

- кромогликатов
- глюкокортикостероидов
- бета2-агонистов
- м-холиномиметиков

Диагноз

Пациент с ангионевротическим отеком гортани должен лечиться/получать интенсивную терапию

- в реанимационном отделении
- амбулаторно
- в терапевтическом отделении стационара
- в дневном стационаре

При абдоминальном болевом синдроме показана

- спазмолитическая терапия

- анальгетическая терапия
- консультация врача-хирурга
- консультация врача-онколога

При прогрессирующем отеке гортани врач скорой медицинской помощи проводит/выполняет

- однократную попытку интубации трахеи, затем коникотомию
- ингаляцию глюкокортикоидами
- бронхолитическую терапию
- ингаляцию увлажненного кислорода

Патогенетическим немедикаментозным методом лечения ангионевротического отека является

- отмена вызвавшего реакцию препарата
- назначение стола №5 по Певзнеру
- внутривенное введение H1-гистаминоблокаторов
- внутривенное введение глюкокортикостероидов

При появлении жизнеугрожающих признаков при ангионевротическом отеке гортани в первую очередь применяют

- фенотерол ингаляционно 200 мкг
- беклометазон ингаляционно 200 мкг
- адреналин 0,1-0,3 мл п/к или в/м
- супрастин 1 мл 2% раствора в/м

Препаратами первой линии при неосложненном ангионевротическом отеке являются

- H1-гистаминоблокаторы 1 поколения
- альфа-адреномиметики
- H2-гистаминоблокаторы
- H1-гистаминоблокаторы 2 поколения

При тяжелом течении ангионевротического отека, которое невозможно контролировать H1-гистаминоблокаторами, назначают

- глюкокортикостероиды
- аминофиллины
- бета1-адреноблокаторы
- нестероидные противовоспалительные средства

Ангионевротический отек часто сопровождается

- кашлем
- диареей

- дизурическими явлениями
- крапивницей

Диуретиком выбора для лечения жизнеугрожающего ангионевротического отека является

- гипотиазид
- спиронолактон
- маннитол
- фуросемид

При выписке пациенты направляются на консультацию к врачу

- гипотиазид
- спиронолактон
- маннитол
- фуросемид

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 21 лет доставлена бригадой скорой медицинской помощи (СМП) из ресторана в стационарное отделение СМП многопрофильной больницы.

Жалобы

На внезапно появившуюся осиплость голоса, затруднения при дыхании, дисфагию.

Анамнез заболевания

Пациентка с друзьями пошла в китайский ресторан, где заказала экзотическое блюдо. Вскоре после употребления появилась осиплость голоса, затруднения при дыхании, дисфагия. Немедленно вызвала скорую медицинскую помощь

Анамнез жизни

Хронические заболевания пациентка отрицает. В раннем детстве была неустановленная пищевая аллергия. Ранее неоднократно госпитализировалась с диагнозом острый живот, но каждый раз диагноз не подтверждался. При сборе семейного анамнеза отметила что мать ее умерла от отека гортани.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. В постели активна. Во времени и пространстве ориентирована. АД=140/85 мм рт. ст. ЧСС=75/мин. Дыхание шумное стридорозное, ЧДД=23/мин, SpO₂ = 97%.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- гипотиазид
- спиронолактон
- маннитол
- фуросемид

Результаты лабораторных методов обследования

Учитывая анамнез и данные осмотра, больному можно поставить диагноз

- гипотиазид
- спиронолактон
- маннитол
- фуросемид

Диагноз

Пациент с ангионевротическим отеком гортани должен лечиться/получать интенсивную терапию

- амбулаторно
- в реанимационном отделении
- в дневном стационаре
- в терапевтическом отделении стационара

При абдоминальном болевом синдроме показана

- консультация онколога
- спазмолитическая терапия
- анальгетическая терапия
- консультация хирурга

При прогрессирующем отеке гортани врач скорой медицинской помощи проводит/выполняет

- ингаляцию глюкокортикоидов
- однократную попытку интубации трахеи
- ингаляцию увлажненным кислородом
- бронхолитическую терапию

При неудачной попытке интубации трахеи/невозможности произвести интубацию трахеи врач скорой медицинской помощи выполняет

- установку системы CombiTube
- повторную попытку интубации
- установку назогастрального зонда
- коникотомию или микротрахеостомию

Патогенетическим немедикаментозным методом лечения ангионевротического отека является

- внутривенное введение H1-гистаминоблокаторов
- отмена вызвавшего реакцию препарата
- внутривенное введение глюкокортикостероидов

- назначение стола №5 по Певзнеру

При жизнеугрожающем отеке гортани в первую очередь применяют

- фенотерол
- супрастин
- адреналин
- беклометазон

Препаратами первой линии при неосложненном ангионевротическом отеке являются

- альфа-адреномиметики
- H1-гистаминоблокаторы 2 поколения
- H2-гистаминоблокаторы
- H1-гистаминоблокаторы 1 поколения

При тяжелом течении ангионевротического отека, которое невозможно контролировать H1-гистаминоблокаторами, назначают

- бета1-адреноблокаторы
- глюкокортикостероиды
- нестероидные противовоспалительные средства
- аминофиллины

Ангионевротический отек часто сопровождается

- диареей
- дизурическими явлениями
- крапивницей
- кашлем

При выписке пациенты направляются на амбулаторное лечение у врача

- диареей
- дизурическими явлениями
- крапивницей
- кашлем

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девушка 20 лет доставлена бригадой СМП в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы

На повышение температуры тела до $38,7^{\circ}\text{C}$, озноб, потливость, сухой кашель,

боль в нижних отделах правой половины грудной клетки, усиливающаяся при кашле, глубоком вдохе, общую слабость, головную боль, ломоту в теле, снижение работоспособности.

Анамнез заболевания

Две недели назад впервые появился кашель и насморк, температура тела не повышалась. Лечилась самостоятельно: грудной сбор, синекод, барсучий жир, амоксициллин - без эффекта. Спустя неделю температура повысилась до $37,5^{\circ}\text{C}$, затем максимально до $38,9^{\circ}\text{C}$, вызвала СМП. Доставлена в СОСМП.

Анамнез жизни

Контакты с инфекционными больными, туберкулез, гепатит, ВИЧ, венерические заболевания, переливания крови отрицает.

Операции: отрицает.

Семейный анамнез: не отягощен.

Вредные привычки: отрицает.

Аллергологический анамнез: Аллергические реакции на лекарственные средства, пищевые продукты, предметы бытовой химии, на укусы пчел, комаров, блох, клопов и других насекомых, растения, пыль, домашних животных отрицает.

Гинекологический анамнез: Менструации с 14 лет, регулярные, беременностей 0.

Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. В пространстве и времени: ориентирована. Кожные покровы, склеры: обычной окраски, влажные. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Периферические лимфоузлы: не увеличены, безболезненны, эластичны. Отеки не определяются. Температура: 38°C .

Сердечно-сосудистая система: Пульс 100 уд./мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен, симметричный. АД 110/80 мм рт. ст.

Дыхательная система: Дыхание через нос затруднено. Дыхание ритмичное. ЧДД 22 в мин. При перкуссии: притупление перкуторного звука в нижних отделах справа. При аускультации: справа в нижних отделах дыхание жесткое, выслушиваются единичные влажные мелкопузырчатые хрипы.

Желудочно-кишечный тракт: язык влажный, чистый. Живот при пальпации: мягкий, безболезненный во всех отделах, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Симптом поколачивания по пояснице: отрицательный

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- диареей
- дизурическими явлениями
- крапивницей
- кашлем

Результаты обследования

К обязательным для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- диареей
- дизурическими явлениями
- крапивницей
- кашлем

Результаты обследования

Учитывая изменения, выявленные у больной, можно поставить диагноз

- диареей
- дизурическими явлениями
- крапивницей
- кашлем

Диагноз

К осложнениям внебольничной пневмонии, помимо абсцесса легкого, относят

- ХОБЛ
- гидроторакс
- эмпиему плевры (гнойный плеврит)
- пневмоторакс

Абсолютными показаниями к проведению ИВЛ при внебольничной пневмонии, осложнившейся развитием острой ДН, являются

- нарушение сознания (сопор, кома), психомоторное возбуждение
- наличие тяжелых сопутствующих заболеваний
- ЧДД 22-25 в мин
- повышение $PaCO_2 > 20\%$ от исходного уровня

Антибактериальным препаратом выбора у пациентов без сопутствующих заболеваний и других факторов риска инфицирования редкими и/или полирезистентными бактериальными возбудителями (ПРВ) являются

- комбинация респираторного фторхинолона с цефотаксимом или цефтриаксоном
- ципрофлоксацин или левофлоксацин
- ингибиторозащищенный аминопенициллин и ампициллин
- цефалоспорины III поколения (цефотаксим, цефтриаксон)

К критериям достаточности антибактериальной терапии при внебольничной пневмонии относится

- частота дыхания <math><30</math>/мин
- исчезновение хрипов при аускультации
- отсутствие осложнений ВП
- стойкое снижение температуры тела <math><37,2^{\circ}\text{C}</math> в течение не менее 48 ч

Этиотропная антимикробная терапия при внебольничной пневмонии, вызванной *Legionella spp.*, включает

- амоксициллин
- бензилпенициллин
- цефтриаксон
- левофлоксацин {plus} рифампицин

Рекомендуемые дозы амоксициллина у больных внебольничной пневмонией с нормальной функцией печени и почек следующие

- 1,0-2,0 г в/в, в/м каждые 6 ч
- 0,5 г внутрь каждые 24 ч (3-дневный курс)
- 0,1 г внутрь каждые 12 ч
- 0,5 или 1 г (предпочтительно) внутрь каждые 8 ч

Назначение нестероидных противовоспалительных препаратов может быть рекомендовано для

- быстрого снижения температуры до нормальных значений
- профилактики осложнений
- более быстрого выздоровления пациента
- достижения жаропонижающего и анальгетического эффектов

К группам высокого риска развития пневмококковых инфекций относятся пациенты

- старше 65 лет
- мужчины старше 50 лет
- с массой тела меньше 50 кг
- женщины старше 50 лет

Наиболее эффективными способами профилактики внебольничной пневмонии в настоящее время являются

- старше 65 лет
- мужчины старше 50 лет
- с массой тела меньше 50 кг
- женщины старше 50 лет

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 86 лет доставлена скорой помощью в СОСМП.

Жалобы

На одышку при минимальной физической нагрузке, общую слабость, ощущение сердцебиения.

Анамнез заболевания

Пациентка 86 лет страдает бронхиальной астмой с молодости, получает беклометазон 250 мкг 1 доза утром, сальбутамол по требованию. Ухудшение состояния, которое больная ни с чем не связывает, в течение последних 2-х недель, когда постепенно выросла одышка, участились приступы удушья, в связи с чем стала использовать сальбутамол до 10 раз в день. Прием сальбутамола купирует приступ удушья, уменьшает выраженность одышки, в тоже время пациентка отмечает выраженное сердцебиение. При очередном приступе удушья вызвала СМП, доставлена в стационар.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания: ИБС (2008 году проведено стентирование коронарных артерий), ХСН ПА, 3 ФК по NYHA. СД 2 типа - принимает глибенкламид, хронический простой гастрит.

* не курит, алкоголем не злоупотребляет

* профессиональных вредностей не имела

* аллергологический анамнез не отягощен

* Аппендэктомия в детстве

Объективный статус

* Общее состояние: относительно удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко.

* Рост 150 см, вес 53.0 кг, индекс массы тела: 23.6 {норма} Отеков нет.

* Щитовидная железа не увеличена.

* Сердечно-сосудистая система: Пульс: 81 уд/мин ритмичный удовлетворительного наполнения, АД: 140/90 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные.

* Дыхательная система: ЧДД: 22 в мин. Перкуссия легких: над легкими коробочный тон. Аускультация легких: дыхание жесткое, сухие свистящие хрипы диффузно. SpO₂ ~ 92%

* Желудочно-кишечный тракт: Язык влажный, не обложен, живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Физиологические отправления в норме.

Для постановки диагноза данному пациенту в условиях СОСМП необходимо выполнить лабораторные исследования

- старше 65 лет
- мужчины старше 50 лет
- с массой тела меньше 50 кг
- женщины старше 50 лет

Результаты обследования

Для постановки диагноза данной пациентке в условиях СОСМП необходимо выполнить инструментальные методы исследования

- старше 65 лет
- мужчины старше 50 лет
- с массой тела меньше 50 кг
- женщины старше 50 лет

Результаты обследования

На основании результатов клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования можно выставить диагноз

- старше 65 лет
- мужчины старше 50 лет
- с массой тела меньше 50 кг
- женщины старше 50 лет

Диагноз

Для определения степени тяжести обострения бронхиальной астмы пациентке необходимо регулярно проводить оценку

- частоты дыхания, частоты сердечных сокращений, ПСВ, SpO₂
- артериального давления, частоты сердечных сокращений, частоты дыхания, КОС и газов крови
- ЭКГ, клинического анализа крови, рентгенографии грудной клетки
- артериального давления, частоты сердечных сокращений, клинического анализа крови

Данные клинического и биохимического анализов крови пациентки с большей степенью вероятности указывают на + _____ + анемию

- железодефицитную
- В12-дефицитную
- апластическую
- гемолитическую

Для уточнения генеза анемии у данной пациентки необходимо провести

- исследование уровня ферритина в крови
- пробу Кумбса
- определение концентрации витамина В12 сыворотке крови
- исследование костномозгового пунктата

При проведении исследования уровень Ферритина - 10 нг/мл, , что указывает на

- анемию в следствии нарушения порфиринового обмена
- талассемию
- железодефицитную анемию
- анемию хронического заболевания

Для выявления причин железодефицитной анемии пациентке необходимо выполнить следующее дополнительное обследование

- ирригографию, КТ грудной клетки
- ФБС, КТ пазух носа
- ЭГДС, колоноскопия
- маммографию, УЗИ брюшной полости и малого таза

При углубленном обследовании источников хронической кровопотери не выявлено. Методом выбора для лечения анемии у пациентки являются

- прием препаратов железа внутрь в течение 2 месяцев
- прием препаратов железа внутривенно в течение 2-3 недель
- переливание эритроцитарной массы с последующим переходом на препараты перорального железа
- прием препаратов железа внутрь в течение 3-4 недель

Несмотря на коррекцию уровня гемоглобина, у пациентки сохраняется экспираторная одышка, сухие свистящие хрипы диффузно при аускультации легких, тахикардия, сохраняется потребность в сальбутамоле до 3-4 р/сутки. К терапии необходимо добавить

- омализумаб {plus} ингаляционный ГКС
- β 2-агонист длительного действия (фиксированная комбинация ИГКС {plus} ДДБА)
- таблетки теофеллина {plus} бронходилататор длительного действия
- ингаляционный ГКС {plus} бронходилататор короткого действия (фиксированная комбинация)

Данной пациентке для терапии ИБС противопоказан прием

- бета-адреноблокаторов
- ингибиторов АПФ
- блокаторов кальциевых каналов
- статинов

Назначение парентеральных препаратов железа не показано при

- бета-адреноблокаторов
- ингибиторов АПФ
- блокаторов кальциевых каналов
- статинов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 19 лет доставлен бригадой скорой медицинской помощи (СМП) из дома в стационарное отделение СМП многопрофильной больницы.

Жалобы

Активно предъявляет жалобы на боль в правой подвздошной области, усиливающуюся при движении, лихорадку 37°C .

Анамнез заболевания

Заболел внезапно. Утром в день обращения почувствовал боль в правой подвздошной области, однократно была диарея. Принял но-шпу без эффекта, вызвал СМП.

Анамнез жизни

Хронические заболевания отрицает, лекарства не принимает. Не курит, алкоголь по праздникам.

Объективный статус

Общее состояние: относительно удовлетворительное.

Кожные покровы, склеры: обычной окраски.

Отеки: не определяются.

Сердечно-сосудистая система: Пульс: 75 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен, симметричный, АД 120 и 70 мм рт. ст.

Дыхание: самостоятельное, эффективное, глубокое, ритмичное. ЧДД 16 в минуту. Аускультация легких: дыхание жестковатое, проводится во все отделы легких. $\text{SpO}_2 = 98\%$. Желудочно-кишечный тракт: язык: влажный, не обложен, живот при пальпации: мягкий, болезненный в правой подвздошной области, симптомы раздражения брюшины: отрицательные. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Пальпация в точке Мак-Бурнея болезненна. Температура тела – $37,5^{\circ}\text{C}$.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- бета-адреноблокаторов
- ингибиторов АПФ
- блокаторов кальциевых каналов
- статинов

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимым в данной ситуации инструментальным методом исследования будет

- бета-адреноблокаторов
- ингибиторов АПФ
- блокаторов кальциевых каналов
- статинов

Результаты инструментального метода обследования

Учитывая анамнез, данные осмотра и лабораторно-инструментального исследования, больному можно поставить диагноз

- бета-адреноблокаторов
- ингибиторов АПФ
- блокаторов кальциевых каналов
- статинов

Диагноз

Учитывая клинико-лабораторные данные, ведущим патологическим процессом у пациента является

- воспаление
- тромбоцитопения
- лимфопролиферативный процесс
- анемия

Рекомендованным методом визуализации при остром аппендиците будет

- ФГДС
- рентгенография живота
- ангиография органов брюшной полости
- скintiграфия органов брюшной полости

При невозможности выполнить или при получении сомнительных результатов рентгенографии органов брюшной полости выполняется

- обзорная рентгенография органов брюшной полости
- магнитно-резонансная холангиопанкреатография
- диагностическая лапароскопия
- срединная лапаротомия

В качестве препарата выбора для предоперационной антибиотикопрофилактики используется

- цефазолин 1,0 г
- метронидазол 500 мг
- цефтриаксон 1,0 г
- амоксиклав 1000+200 мг

От момента поступления пациента в стационар рекомендовано проведение осмотра хирургом не позднее

- 0,5 часа
- 6 часов

- 2 часа
- 1 часа

Операцией выбора при неосложненном аппендиците типичной локализации является

- эндоскопическая резекция
- лапароскопическая аппендэктомия
- открытая аппендэктомия с доступом по Мак-Бурнею
- правосторонняя гемиколэктомия

При аппендикулярном инфильтрате, не осложненном абсцедированием, показана

- срединная лапаротомия
- гемосорбция
- гемотрансфузия
- антибактериальная терапия

Для дифференциальной диагностики острого аппендицита и острой кишечной непроходимости первоочередным исследованием будет

- лапароскопия органов брюшной полости
- КТ органов брюшной полости с контрастированием
- колоноскопия
- обзорная рентгенография органов брюшной полости в прямой проекции

Если у пациента отсутствуют явные признаки аппендицита, но имеются признаки воспаления, то тактику врача стационарного отделения СМП составит

- лапароскопия органов брюшной полости
- КТ органов брюшной полости с контрастированием
- колоноскопия
- обзорная рентгенография органов брюшной полости в прямой проекции

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 35 лет доставлен родственниками в стационарное отделение скорой медицинской помощи (СМП) из дома.

Жалобы

Самостоятельно жалоб не предъявляет. Со слов родственников, на протяжении 8 дней жаловался на боль в животе, лихорадку (38°C), тошноту. В отделении однократно была рвота желудочным содержимым.

Анамнез заболевания

8 дней назад во время отдыха в Таиланде родственники впервые заметили беспокойность пациента, связали с болью в животе. Самостоятельно начали принимать неустановленный антибиотик с положительным эффектом. В связи с улучшением состояния самостоятельно отменили его через 3 дня. Боль рецидивировала, присоединилась лихорадка. На протяжении последних двух дней отмечали задержку стула.

Анамнез жизни

Пациент с врожденной микроцефалией с выраженным неврологическим дефицитом. Собрать анамнез не представляется возможным. Родственники соматические заболевания отрицают, из лекарств принимает только финлепсин ретард 200 мг.

Объективный статус

Общее состояние: относительно удовлетворительное.

Сознание: возбужден. В контакт: не вступает.

Эмоциональная лабильность: выражена

В пространстве и времени: не ориентирован.

Кожные покровы, склеры: обычной окраски.

Отеки: не определяются.

Сердечно-сосудистая система: Пульс: 95 уд./мин ритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен, симметричный, АД: 120 /70 мм рт. ст.

Дыхание: самостоятельное, эффективное, глубокое, ритмичное. ЧДД: 16 в мин.

Аускультация легких: дыхание жестковатое проводится во все отделы легких.

SpO₂ = 98%

Желудочно-кишечный тракт: язык: влажный, не обложен, живот при пальпации: мягкий, слабо болезненный в правой подвздошной области, симптомы раздражения брюшины: отрицательные

В правой подвздошной области пальпируется округлое болезненное образование.

Температура тела – 39⁰С.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- лапароскопия органов брюшной полости
- КТ органов брюшной полости с контрастированием
- колоноскопия
- обзорная рентгенография органов брюшной полости в прямой проекции

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования при малоинформативном УЗИ органов брюшной полости будет

- лапароскопия органов брюшной полости
- КТ органов брюшной полости с контрастированием

- колоноскопия
- обзорная рентгенография органов брюшной полости в прямой проекции

Результаты инструментального метода обследования

Учитывая анамнез, данные осмотра и лабораторно-инструментального исследования, больному можно поставить диагноз

- лапароскопия органов брюшной полости
- КТ органов брюшной полости с контрастированием
- колоноскопия
- обзорная рентгенография органов брюшной полости в прямой проекции

Диагноз

Учитывая клинико-лабораторные данные, ведущим патологический процессом у данного пациента является

- воспаление
- лимфопролиферативный процесс
- анемия
- тромбоцитопения

При невозможности выполнить или при получении сомнительных результатов компьютерной томографии органов брюшной полости выполняется

- диагностическая лапароскопия
- обзорная рентгенография органов брюшной полости
- срединная лапаротомия
- магнитно-резонансная холангиопанкреатография

Чтобы отследить динамику патологического процесса, необходимо через некоторое время повторить

- биохимический анализ крови
- коагулограмму
- клинический анализ крови
- общий анализ мочи

Острый гепатит у пациента можно исключить по лабораторным показателям

- наличию шизоцитов в крови
- уровню АЛТ, АСТ
- уровню гамма-глобулина сыворотки крови
- D-димера

При периаппендикулярном абсцессе показано оперативное лечение в объеме

- правосторонней гемиколэктомии
- открытой лапаротомии
- чрескожного (пункционного) дренирования
- лапароскопической аппендэктомии

При аппендикулярном инфильтрате, не осложненном абсцедированием, показана

- гемосорбция
- антибактериальная терапия
- срединная лапаротомия
- гемотрансфузия

Для дифференциальной диагностики острого аппендицита и острой кишечной непроходимости первоочередным исследованием будет

- колоноскопия
- обзорная рентгенография органов брюшной полости в прямой проекции
- лапароскопия органов брюшной полости
- КТ органов брюшной полости с контрастированием

Операцией выбора при неосложненном аппендиците типичной локализации является

- открытая аппендэктомия с доступом по Мак-Бурнею
- лапароскопическая аппендэктомия
- эндоскопическая резекция толстой кишки
- правосторонняя гемиколэктомия

Если у пациента отсутствуют явные признаки аппендицита, но имеются признаки воспаления, то тактику врача стационарного отделения СМП составит

- открытая аппендэктомия с доступом по Мак-Бурнею
- лапароскопическая аппендэктомия
- эндоскопическая резекция толстой кишки
- правосторонняя гемиколэктомия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 66 лет доставлен бригадой скорой медицинской помощи (СМП) из дома в стационарное отделение СМП многопрофильной больницы.

Жалобы

Активно предъявляет жалобы на общую слабость, головокружение и головную боль, полиурию.

Анамнез заболевания

Со слов сопровождающих: на протяжении недели отмечал вышеперечисленные жалобы, значения не придавал. Состояние стабильно ухудшалось, в связи с чем, родственниками вызвана СМП.

Анамнез жизни

Длительное время страдает сахарным диабетом 2 типа. Назначенную терапию принимал эпизодически, в последнее время отменил совсем.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Сознание спутанное. Кожные покровы и слизистые бледные, без высыпаний, тургор кожи снижен, глазные яблоки при пальпации мягкие. АД 150/86 мм рт. ст. на обеих руках. Пульс=ЧСС=105 уд./мин, ритмичный, симметричный, удовлетворительных характеристик. Тоны сердца ясные, ритмичные. Дыхание самостоятельное, глубокое, ритмичное, 17 в минуту, аускультативно жесткое, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Периферических отеков нет. Запаха ацетона нет.

Наблюдается тремор конечностей, нистагм, дизартрия.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- открытая аппендэктомия с доступом по Мак-Бурнею
- лапароскопическая аппендэктомия
- эндоскопическая резекция толстой кишки
- правосторонняя гемиколэктомия

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования будет

- открытая аппендэктомия с доступом по Мак-Бурнею
- лапароскопическая аппендэктомия
- эндоскопическая резекция толстой кишки
- правосторонняя гемиколэктомия

Результаты инструментального метода обследования

Учитывая анамнез, данные осмотра и лабораторно-инструментального исследования больному можно поставить диагноз

- открытая аппендэктомия с доступом по Мак-Бурнею
- лапароскопическая аппендэктомия
- эндоскопическая резекция толстой кишки
- правосторонняя гемиколэктомия

Диагноз

Основным отличием гиперосмолярного гипергликемического состояния и диабетического кетоацидоза является

- выраженная глюкозурия
- гиперкалиемия
- отсутствие ацидоза, кетоза
- провокация приемом бигуанидов

Основной терапией при лечении гиперосмолярного гипергликемического состояния будет + _____ + терапия

- диуретическая
- антикоагулянтная
- ноотропная
- инфузионная

Основным раствором для инфузии является

- гипертонический NaCl
- бикарбонат натрия
- глюконат кальция
- изотонический NaCl

Уровень глюкозы плазмы следует снижать не быстрее + _____ + ммоль/л/ч

- 2
- 8
- 6
- 4

Основной характеристикой инсулинотерапии при гиперосмолярном гипергликемическом состоянии является

- отсутствие необходимости использования инсулина
- необходимость применения инсулинов длительного действия
- введение инсулина короткого действия в малых дозах
- введение инсулина в субмаксимальных дозах

При быстром снижении осмолярности плазмы крови возможно развитие

- отека мозга, отека легких
- инфаркта миокарда, ОНМК
- тромбоза глубоких вен нижних конечностей, ТЭЛА
- кетоацидоза, лактатацидоз

При гиперосмолярном гипергликемическом состоянии необходимо проводить дифференциальный диагноз с

- ТЭЛА
- гипертоническим кризом
- ОКС
- отеком головного мозга

Объем проводимой регидратации изменяют в зависимости от

- диуреза
- уровня гликемии
- скорректированного натрия
- лактата

Особенностью неврологической симптоматики при гиперосмолярном гипергликемическом состоянии является

- диуреза
- уровня гликемии
- скорректированного натрия
- лактата

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 61 год доставлен бригадой СМП с пожара

Жалобы

На жажду, чувство жара в области обожженных поверхностей тела

Анамнез заболевания

При возгорании частного дома соседа участвовал в тушении пожара

Анамнез жизни

Собрать не удалось ввиду тяжести состояния

Объективный статус

В контакт вступает с трудом, возбужден, просит пить. Лицо и шея покрыты пузырями различной величины, участки кожи между пузырями гиперемированы, припухшие. В области волосистой части головы волосистой кожей покрыты участки гиперемии и мокнущие эрозированные поверхности. На кончике носа и губах – струпья. Брови и ресницы отсутствуют. На тыльных сторонах кистей обеих рук – множественные пузыри, струпья, лоскуты отслоенной кожи. Пульс до 98 ударов в мин., АД 105/60 мм.рт.ст

Необходимыми лабораторными исследованиями при поступлении в стационарное отделение СМП (СОСМП) являются

- диуреза

- уровня гликемии
- скорректированного натрия
- лактата

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми инструментальными обследованиями являются

- диуреза
- уровня гликемии
- скорректированного натрия
- лактата

Результаты инструментальных методов обследования

При невозможности выполнить фибробронхоскопию, осмотр и оценку проходимости верхних дыхательных путей выполняют с помощью

- прямой (непрямой) ларингоскопии
- рентгеноскопии
- компьютерной томографии
- УЗИ плевральных полостей

Тяжесть ингаляционной травмы определяется

- данными рентгенологического исследования
- анамнестическими данными
- выраженностью дыхательной недостаточности
- эндоскопическими критериями

При поступлении при визуальной оценке площадь термических поражений у данного больного составляет примерно + _____ + % поверхности тела

- 26
- 20
- 16
- 11

Показанием к превентивной интубации трахеи у пострадавших с многофакторным поражением является

- угнетение сознания по шкале комы Глазго менее 13 баллов
- поражение дыхательных путей тяжелой степени
- ожоги тела II степени площадью более 20% поверхности тела
- локализация ожогов I степени на лице

Дополнительным фактором, способствующим усилению дыхательной недостаточности, может являться

- артериальная гипертензия
- интраабдоминальная гипотензия
- артериальная гипотензия
- интраабдоминальная гипертензия

В первые 8 часов инфузионной терапии рекомендуется введение

- раствора маннитола 15%
- раствора глюкозы 40 %
- раствора натрия хлорида 0,9%
- раствора Рингера

Критериями адекватности инфузионной терапии является

- темп диуреза 0,01–0,02 мл/(кг×ч)
- ЦВД 16–18 мм рт.ст
- АД ср менее 70 мм рт.ст
- темп диуреза не ниже 0,5-1 мл/кг/час

В состав небулайзерной терапии у пострадавших с ингаляционной травмой входит

- будесонид
- сальбутамол
- этиловый спирт
- цефтриаксон

При развитии острого респираторного дистресс-синдрома показано введение

- симпатомиметиков
- спазмолитиков
- муколитиков
- глюкокортикоидов

Для прогностической оценки тяжести термической травмы используется

- симпатомиметиков
- спазмолитиков
- муколитиков
- глюкокортикоидов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 62 года доставлен бригадой СМП с улицы в стационарное отделение СМП (СОСМП)

Жалобы

Сбор жалоб невозможен ввиду тяжести состояния

Анамнез заболевания

Найден прохожими, лежащим на остановке, запах алкоголя изо рта, рвота. На вопросы не отвечал, встать самостоятельно не мог, в связи с чем была вызвана бригада СМП.

Анамнез жизни

Неизвестен

Объективный статус

Положение пассивное. Состояние тяжелое. Сознание по шкале Глазго 6 баллов.

Зрачки S= D, обычного размера. Фотореакция сохранена, лицо симметричное.

Дыхание самостоятельное, ЧД 8-9 вдохов в мин. SatO₂ 89% (FiO₂ 0.21)

Кожные покровы гиперемированы, внешних признаков повреждений нет.

По кардиомонитору ритм синусовый ритм с ЧСС 102 уд. в 1 мин, АД 90/60 (САД 70) мм рт. ст.

Живот симметричный, при пальпации мягкий, повздут, перистальтика выслушивается.

Температура тела 36,8.

К лабораторным исследованиям, которые необходимо выполнить при поступлении в стационарное отделение СМП (СОСМП) относят

- симпатомиметиков
- спазмолитиков
- муколитиков
- глюкокортикоидов

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым инструментальным методом обследования является

- симпатомиметиков
- спазмолитиков
- муколитиков
- глюкокортикоидов

Результаты инструментального метода обследования

Диагнозом, который можно поставить на основании данных объективного обследования, лабораторных и инструментальных исследований данному пациенту, является

- симпатомиметиков
- спазмолитиков
- муколитиков
- глюкокортикоидов

Диагноз

Для глубокой алкогольной комы характерно

- восстановление болевой чувствительности
- гипертонус мышц-сгибателей
- повышение роговичного рефлекса
- угнетение роговичного рефлекса

Для ускорения окисления алкоголя и нормализации обменных процессов на догоспитальном этапе рекомендовано внутривенное введение

- раствора 40% декстрозы
- 1% раствора кальция хлорида 200 мл
- преднизолона 90 мг
- унитиола 10 мл

Основной причиной смерти больных острым отравлением этанолом на догоспитальном этапе является

- синдром позиционного сдавления
- острый коронарный синдром
- дегидратация вследствие рвоты
- нарушение проходимости верхних дыхательных путей и внешнего дыхания

К факторам риска развития острого отравления этанолом относят

- хронический атрофический гастрит
- язвенную болезнь желудка
- хронический алкоголизм
- молодой возраст

Смертельной концентрацией этанола в крови считается + ____ + г/л

- 3-4
- 2-4
- 1-2
- 5-8

Концентрация этанола в крови при пероральном приеме достигает максимального уровня через + ____ + часа (-ов)

- 12
- 6
- 0,5
- 1,5

При отсутствии положительной динамики состояния больного в течение 3 часов на фоне проводимой терапии необходимо

- применить экстракорпоральные методы детоксикации
- уменьшить объем инфузионной терапии
- исключить своевременно не выявленные сопутствующие поражения (черепно-мозговую травму, ателектаз легких)
- повторно провести токсикологическое исследование

Для уменьшения гиперсаливации и бронхореи возможно введение

- атропина
- феназепама
- димедрола
- адреналина

Частым осложнением алкогольной комы является синдром

- атропина
- феназепама
- димедрола
- адреналина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 62 года доставлен бригадой СМП с улицы

Жалобы

Сбор жалоб невозможен ввиду тяжести состояния

Анамнез заболевания

Найден прохожими, лежащим на остановке, запах алкоголя изо рта, рвота. На вопросы не отвечал, встать самостоятельно не мог, в связи с чем была вызвана бригада СМП.

Анамнез жизни

Неизвестен

Объективный статус

Положение пассивное. Состояние тяжелое. Сознание по шкале Глазго 6 баллов Зрачки S= D, обычного размера. Фотореакция сохранена, лицо симметричное.

Дыхание самостоятельное, ЧД 8-9 вдохов в мин. SatO₂ 89% (FiO₂ 0.21) Кожные покровы гиперемированы, внешних признаков повреждений нет

По кардиомонитору ритм синусовый ритм с ЧСС 102 в 1 мин, АД 90/60 (САД 70) мм рт. ст.

Живот симметричный, при пальпации мягкий, подвздут, перистальтика выслушивается.

Температура тела 36,8.

К лабораторным исследованиям, которые необходимо выполнить при поступлении в стационарное отделение СМП (СОСМП) относят

- атропина
- феназепама
- димедрола
- адреналина

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым инструментальным методом обследования является

- атропина
- феназепама
- димедрола
- адреналина

Результаты инструментального метода обследования

На основании объективного обследования, лабораторных и инструментальных данных данному больному можно поставить диагноз

- атропина
- феназепама
- димедрола
- адреналина

Диагноз

Для глубокой алкогольной комы характерно

- повышение сухожильных рефлексов
- повышение температуры тела
- восстановление болевой чувствительности
- полная утрата болевой чувствительности

Для ускорения окисления алкоголя и нормализации обменных процессов используют глюкозу в дозе 40-60 мл 40% раствора с инсулином внутривенно капельно и витамины

- С, D, E
- B1, B6, C
- B2, A, D
- B12, D, B7

При артериальной гипотензии на фоне инфузионной терапии показано введение

- бемегрида
- преднизолона
- раствора глюкозы 40%
- гипотонического раствора натрия хлорида

К факторам риска развития острого отравления этанолом относят

- окружающую температуру воздуха ниже 0 градусов
- молодой возраст, мужской пол
- употребление спиртных напитков натощак
- хронический атрофический гастрит

Смертельной концентрацией этанола в крови считается концентрация + _____ + г/л

- 5-8
- 1-2
- 10-12
- 3-4

Накопление продуктов метаболизма этанола способствует развитию

- метаболического алкалоза
- метаболического ацидоза
- дыхательного ацидоза
- дыхательного алкалоза

Острые отравления этанолом следует дифференцировать с

- прободением язвы желудка
- острым коронарным синдромом
- черепно-мозговой травмой
- тиреотоксикозом

Наиболее частой ошибкой оказания медицинской помощи при алкогольном отравлении является введение

- Витамина В1 (тиамина) и Витамина В6 (пиридоксина)
- транквилизаторов
- фуросемида без восполнения ОЦК
- изотонического раствора натрия хлорида

Для уменьшения гиперсаливации и бронхореи возможно введение

- Витамина В1 (тиамина) и Витамина В6 (пиридоксина)
- транквилизаторов
- фуросемида без восполнения ОЦК
- изотонического раствора натрия хлорида

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 29 лет самостоятельно обратилась в СОСМП многопрофильного стационара.

Жалобы

На боль в левой поясничной области, дизурию, фебрильную лихорадку, слабость.

Анамнез заболевания

На протяжении недели отмечала вышеперечисленные жалобы, в связи с этим принимала НПВС, канефрон, отмечала краткосрочное улучшение. В связи с сохранением жалоб решила обратиться в СОСМП.

Анамнез жизни

Длительное время страдает хроническим циститом, по этому поводу курсами принимает канефрон. Не курит, алкоголь по праздникам.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко, ориентирована в пространстве и времени. Рост 168 см, вес 65 кг. Кожные покровы, склеры: обычной окраски, влажные. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Варикозное расширение вен нижних конечностей отсутствует. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны, эластичны. Отеки не определяются.

Сердечно-сосудистая система: Пульс 100 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен, симметричный. АД: 120/75 мм рт. ст.

Дыхательная система: Дыхание самостоятельное, эффективное, ритмичное. ЧДД 18 в мин. Над легкими при перкуссии ясный легочный тон. Притупление перкуторного тона отсутствует. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких. Хрипы в легких не выслушиваются.

Желудочно-кишечный тракт: Язык: влажный, обложен. Живот при пальпации: мягкий, болезненный в левом мезогастрii, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Симптом поколачивания по пояснице: положительный слева. Температура тела 38°C .

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- Витамина В1 (тиамина) и Витамина В6 (пиридоксина)
- транквилизаторов
- фуросемида без восполнения ОЦК
- изотонического раствора натрия хлорида

Результаты лабораторными методами обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- Витамин В1 (тиамина) и Витамин В6 (пиридоксина)
- транквилизаторов
- фуросемида без восполнения ОЦК
- изотонического раствора натрия хлорида

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая анамнез, данные осмотра и лабораторно-инструментального исследования, больной можно поставить диагноз

- Витамин В1 (тиамина) и Витамин В6 (пиридоксина)
- транквилизаторов
- фуросемида без восполнения ОЦК
- изотонического раствора натрия хлорида

Диагноз

Острый пиелонефрит является частым осложнением

- гломерулонефрита
- аппендицита
- цистита
- асцита

Основой патогенетической терапии при пиелонефрите является применение + _____ + препаратов

- десенсибилизирующих
- спазмолитических
- антибактериальных
- диуретических

Препаратами выбора для лечения острого пиелонефрита являются

- карбапенемы
- аминогликозиды
- линезолиды
- фторхинолоны

При резистентности возбудителя к фторхинолонам следует назначить

- цефалоспорины 1 поколения
- защищенные пенициллины
- тетрациклины
- цефалоспорины 3 поколения

Для уточнения антибактериальной терапии обязательно выполнение

- посева мочи
- мазка из уретры
- биопсии почки
- посева крови

Показанием для оперативного лечения у больной острым пиелонефритом может стать

- дизурические явления, в виде учащенного ночного мочеиспускания и болезненности
- желание пациентки
- повышение температуры до 39°C и невозможность ее купирования
- невозможность дренирования почки малоинвазивными методами

Показанием для нефрэктомии у больной может стать

- наличие добавочной почки
- наличие гнойного разрушения более $2/3$ почечной паренхимы
- наличие 1 почки
- прием антикоагулянтов

При остром пиелонефрите, вызванным полирезистентным госпитальным штаммом, препаратом выбора является

- фурацилин
- цефтазидим
- линкомицин
- линезолид

Наиболее грозным осложнением острого пиелонефрита является

- фурацилин
- цефтазидим
- линкомицин
- линезолид

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 35 лет самостоятельно обратилась в СОСМП многопрофильного стационара.

Жалобы

Активно предъявляет жалобы на боль в левой поясничной области, дизурию, лихорадку 38°C .

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение 3 дней, когда на фоне переохлаждения впервые

появилась лихорадка, частое болезненное мочеиспускание, боль в пояснице слева. Лекарственные препараты не принимала, за мед. помощью не обращалась. По совету соседки решила обратиться в СОСМП.

Анамнез жизни

Хроническую патологию отрицает, лекарства не принимает. Курит меньше 1 пачки 10 лет, алкоголь по праздникам. Работа ночная, связана с частыми переохлаждениями.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. В пространстве и времени: ориентирована. Рост 162 см, вес 70 кг. Кожные покровы, склеры: обычной окраски, влажные. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Варикозное расширение вен нижних конечностей отсутствует. Периферические лимфоузлы: не увеличены, безболезненны, эластичны. Отеки не определяются.

Сердечно-сосудистая система: Пульс 90 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен, симметричный. АД: 130/75 мм рт. ст.

Дыхательная система: Дыхание самостоятельное, эффективное, ритмичное. ЧДД 18 в мин. Над легкими при перкуссии ясный легочный тон. Притупление перкуторного тона отсутствует. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких. Хрипы в легких не выслушиваются.

Желудочно-кишечный тракт: Язык: влажный, обложен. Живот при пальпации: мягкий, болезненный в левом мезогастрii, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Симптом поколачивания по пояснице: положительный слева. Температура тела 37,9⁰С.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- фурацилин
- цефтазидим
- линкомицин
- линезолид

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- фурацилин
- цефтазидим
- линкомицин
- линезолид

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая анамнез, данные осмотра и лабораторно-инструментального исследования, больной можно поставить диагноз

- фурацилин
- цефтазидим
- линкомицин
- линезолид

Диагноз

Фактором риска развития инфекции мочевых путей у женщин является

- короткая и широкая уретра
- гигиена половой жизни
- соблюдение личной гигиены
- особенности гормонального фона

Основой патогенетической терапии при остром пиелонефрите является назначение

- спазмолитиков
- анальгетиков
- антибактериальных препаратов
- диуретиков

В качестве терапии первой линии при остром пиелонефрите применяют

- карбапенемы
- аминогликозиды
- фторхинолоны
- защищенные пенициллины

При резистентности возбудителя к фторхинолонам назначают

- полимиксины
- цефалоспорины 1 поколения
- цефалоспорины 3 поколения
- защищенные пенициллины

Продолжительность курса антибактериальной терапии составляет +_____+ дней

- 3-5
- 21-28
- 10-14
- 7-10

У пациентки острый пиелонефрит можно рассматривать как типичное осложнение

- сахарного диабета

- бактериального вагиноза
- цистита
- гломерулонефрита

Для повышения эффективности антибактериальной терапии пациентке обязательно показано выполнение

- посева крови
- мазка из уретры
- посева мочи
- биопсии почки

Препаратами выбора для лечения острого пиелонефрита у ВИЧ-инфицированных являются

- защищенные пенициллины
- фторхинолоны и аминогликозиды
- триметоприм+сульфаметаксазон
- нитрофурановые производные

Наиболее частым возбудителем острого пиелонефрита является

- защищенные пенициллины
- фторхинолоны и аминогликозиды
- триметоприм+сульфаметаксазон
- нитрофурановые производные

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 34 лет доставлен БСМП в СОСМП многопрофильного стационара.

Жалобы

Активно предъявляет жалобы на острую схваткообразную боль в правой мезогастральной области.

Анамнез заболевания

На фоне полного благополучия внезапно возникла очень резкая интенсивная боль в правом мезогастрин, заставившая пациента немедленно вызвать бригаду СМП.

Анамнез жизни

Длительное время знает о наличии «песка в почках», подробности рассказать не может. Хроническую патологию, прием лекарств отрицает.

Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. В контакт вступает легко, ориентирован в пространстве и времени. Рост 186 см, вес 114 кг. Кожные покровы, склеры: обычной окраски, влажные. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Варикозное расширение вен нижних конечностей отсутствует.

Периферические лимфоузлы: не увеличены, безболезненны, эластичны. Отеки не определяются.

Сердечно-сосудистая система: пульс 90 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен, симметричный. АД: 130/75 мм рт. ст.

Дыхательная система: Дыхание самостоятельное, эффективное, ритмичное самостоятельное, эффективное, ритмичное. ЧДД 18 в мин. Над легкими при перкуссии ясный легочный тон. Притупление перкуторного тона отсутствует. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких. Хрипы в легких не выслушиваются.

Желудочно-кишечный тракт: Язык: влажный, обложен. Живот при пальпации: мягкий, болезненный в правом мезогастрii, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Симптом поколачивания по пояснице: положительный справа.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- защищенные пенициллины
- фторхинолоны и аминогликозиды
- триметоприм+сульфаметаксазон
- нитрофурановые производные

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- защищенные пенициллины
- фторхинолоны и аминогликозиды
- триметоприм+сульфаметаксазон
- нитрофурановые производные

Результаты инструментального метода обследования

Учитывая анамнез, данные осмотра и лабораторно-инструментального исследования, больному можно поставить диагноз

- защищенные пенициллины
- фторхинолоны и аминогликозиды
- триметоприм+сульфаметаксазон
- нитрофурановые производные

Диагноз

При невозможности визуализации конкремента, сомнениях в диагнозе показано выполнение

- повторного УЗИ

- цистоскопии
- обзорной лапароскопии
- КТ органов брюшной полости

Для купирования клинической симптоматики почечной колики следует использовать

- наркотические анальгетики
- нестероидные противовоспалительные препараты
- диуретики
- антибиотики

Предпочтительным путем введения анальгетиков у больного с почечной коликой является

- внутривенный
- пероральный
- ректальный
- внутримышечный

Мочу пациента пропускают через фильтр для обнаружения

- сгустков крови
- колоний бактерий
- отслоившегося эпителия
- вышедших камней

При невозможности выполнения КТ органов брюшной полости и отсутствии противопоказаний больному с почечной коликой может быть выполнена

- экскреторная урография
- позитронно-эмиссионная томография
- цистоскопия
- МРХПГ

Повышение температуры тела на фоне почечной колики свидетельствует о развитии

- разрыва мочеточника
- обструктивного пиелонефрита
- тампонады мочевого пузыря
- септического шока

При сохранении болевого синдрома на фоне проводимой терапии больному показана консультация

- хирурга

- невролога
- терапевта
- уролога

При сохранении некупируемого болевого синдрома, появлении тошноты пациенту показано

- экстренное дренирование почки
- повторное введение НПВС и спазмолитиков
- введение церукала
- начало детоксикационной терапии (форсированный диурез)

При почечной колике с анурией категорически запрещено

- экстренное дренирование почки
- повторное введение НПВС и спазмолитиков
- введение церукала
- начало детоксикационной терапии (форсированный диурез)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 78 лет, заметил большое количество крови при мочеиспускании, вызвал СМП.

Жалобы

На момент осмотра жалобы на общую слабость, появление крови в моче. В присутствии бригады СМП мочеиспускание – тотальная макрогематурия, единичные сгустки крови.

Анамнез заболевания

Последние 3 месяца отмечает общую слабость, за это время несколько эпизодов изменения цвета мочи до светло - розового. Значения не придал, за медицинской помощью не обращался. Сегодня утром при мочеиспускании заметил большое количество алой крови, в связи с чем вызвал СМП.

Анамнез жизни

* Рос и развивался нормально, образование среднее, работал на красильном предприятии.

* Курение 0,5 пачки в день 50 лет

* Наследственность не отягощена

* Аллергологический анамнез без особенностей

* Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь, ХОБЛ (терапия: Симбикорт)

Объективный статус

* Состояние относительно удовлетворительное

* Кожные покровы бледные

* ЧДД 12/мин

* При аускультации дыхание жесткое

- * АД 146/85 ЧСС 108
- * Живот мягкий, безболезненный
- * Очаговая неврологическая симптоматика отсутствует
- * Температура тела 36,9

Учитывая жалобы, анамнез, данные объективного осмотра данному больному

- показано лечение в стационаре дневного пребывания
- показана экстренная госпитализация в урологический стационар
- показано лечение в поликлинике по месту жительства
- показано санаторно-курортное лечение

Задачей диагностических мероприятий в СтОСМП является

- выявить больных, нуждающихся в интенсивной терапии или экстренном оперативном вмешательстве
- выявить источник гематурии
- при наличии новообразования провести гистологическое исследование
- выявить больных, нуждающихся в установлении группы инвалидности
- выявить больных, нуждающихся в санаторно-курортном лечении
- при наличии новообразования стадировать по TNM

К необходимым лабораторным методам обследования в СтОСМП относят

- выявить больных, нуждающихся в интенсивной терапии или экстренном оперативном вмешательстве
- выявить источник гематурии
- при наличии новообразования провести гистологическое исследование
- выявить больных, нуждающихся в установлении группы инвалидности
- выявить больных, нуждающихся в санаторно-курортном лечении
- при наличии новообразования стадировать по TNM

Результаты лабораторных методов обследования

Обязательным инструментальным обследованием при поступлении пациента в СтОСМП является

- выявить больных, нуждающихся в интенсивной терапии или экстренном оперативном вмешательстве
- выявить источник гематурии
- при наличии новообразования провести гистологическое исследование
- выявить больных, нуждающихся в установлении группы инвалидности
- выявить больных, нуждающихся в санаторно-курортном лечении
- при наличии новообразования стадировать по TNM

Результаты инструментального метода обследования

На основании объективного обследования, лабораторных и инструментальных данных данному больному может быть поставлен диагноз

- выявить больных, нуждающихся в интенсивной терапии или экстренном оперативном вмешательстве
- выявить источник гематурии
- при наличии новообразования провести гистологическое исследование
- выявить больных, нуждающихся в установлении группы инвалидности
- выявить больных, нуждающихся в санаторно-курортном лечении
- при наличии новообразования стадировать по TNM

Диагноз

Данному больному показана консультация врача

- нефролога
- сосудистого хирурга
- уролога
- гематолога

Помимо выявления выраженной протеинурии и/или повышенного содержания креатинина у больных гематурией, показанием к консультации нефролога будет

- сочетание гематурии с диареей, лихорадкой и кожной сыпью
- сочетание гематурии со стойкой пиурией, резистентной к антибиотикотерапии
- наличие подкожных геморрагий у больных гематурией
- появление гематурии у больных системными заболеваниями

Осложнением гематурии будет

- острый простатит
- тампонада мочевого пузыря кровяными сгустками
- разрыв мочевого пузыря
- острая почечная недостаточность

Показанием к консультации гематолога является

- увеличение печени и селезенки у больных гематурией
- появление гематурии у больных системными заболеваниями
- выявление выраженной протеинурии у больных гематурией
- выявление повышенного содержания креатинина и мочевины у больных гематурией

Возможной причиной гематурии является прием

- ингибиторов АПФ
- антикоагулянтов
- статинов
- уросептиков

Гемостатическая терапия в СтОСМП проводится по показаниям и включает в себя назначение

- препарата фактора свертывания крови VIII
- переливания тромбоцитарной массы
- витамина К
- этамзилата

Приоритетной задачей лечения пациента с макрогематурией в СтОСМП будет

- препарата фактора свертывания крови VIII
- переливания тромбоцитарной массы
- витамина К
- этамзилата

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 78 лет, доставлен с приема участкового терапевта.

Жалобы

На момент осмотра жалуется на головокружение, тошноту, неустойчивость при ходьбе.

Анамнез заболевания

11.07. родственники начали отмечать нехарактерные перепады настроения, незначительную спутанность речи. Было зафиксировано АД 180/100 мм рт. ст, при этом спутанность речи выросла, не мог быстро формулировать мысль. Данное состояние длилось около 6 часов. Родственниками доставлен в городскую больницу, где выполнили МСКТ головного мозга, заключение: локальная и диффузная церебральная атрофия.

На основании чего был выставлен диагноз: ЦВБ. Дисциркуляторная энцефалопатия 3 стадии, субкомпенсация. Синдром вестибулопатии. Ухудшение.

Пациент отправлен домой с рекомендациями: бетасерк (бетагистина дигидрохлорид) 24 мг 3 р/д, мексидол (этилметилгидроксипиридина сукцинат) 125 мг 3 р/д 3 месяца, актовегин (депротеинизированный гемодериват крови телят) 200 мг 2 р/д 2 месяца, цераксон (цитиколин натрия).

15.07. в связи с сохранением жалоб обратился к участковому терапевту.

Анамнез жизни

* В анамнезе сахарный диабет 2 типа, диабетическая полинейропатия.

Принимает галвус мет (вилдаглиптин/метформина гидрохлорид) 850/50 2 раза в

день.

* Гипертоническая болезнь 2 стадии, АГ 2 степени, риск сердечно-сосудистых осложнений 4. При повышении АД периодически принимает: моксонидин 0,2 мг или коринфар (нифедипин) 10 мг.

* По поводу артроза систематически принимает аэртал.

* ОНМК, ОИМ отрицает.

* Не курит, алкоголь по выходным.

Объективный статус

* В сознании, ориентирован. Легкая дизартрия. Зрачки узкие d=s, реакция зрачков на свет живая, содружественная, диплопии, гемианопсии нет. Установочный нистагм при взгляде в стороны. Сглажена правая носогубная складка.

* Общее состояние: средней тяжести.

* Сознание: ясное.

* В пространстве и времени: ориентирован.

* Телосложение: правильное, кожные покровы и склеры обычной окраски.

* Периферические лимфоузлы: не увеличены, безболезненны, эластичны.

* Отеки: не определяются.

* Сердечно-сосудистая система: пульс 76 уд/мин ритмичный, АД 130/70 мм рт. ст.

* Дыхание: самостоятельное эффективное. ЧДД 16 в мин. Перкуссия легких: над легкими ясный легочный звук. Притупление перкуторного тона отсутствует. Аускультация легких: дыхание жесткое, проводится во все отделы легких. Хрипы в легких не выслушиваются. O₂ sat: 98%.

К лабораторным исследованиям, которые необходимо выполнить в стационарном отделении скорой медицинской помощи (СтОСМП), относят

- препарата фактора свертывания крови VIII
- переливания тромбоцитарной массы
- витамина К
- этамзилата

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- препарата фактора свертывания крови VIII
- переливания тромбоцитарной массы
- витамина К
- этамзилата

Результаты инструментальных методов обследования

Диагнозом, который можно поставить данному больному на основании объективного обследования, лабораторных и инструментальных данных, является

- препарата фактора свертывания крови VIII
- переливания тромбоцитарной массы
- витамина К
- этамзилата

Диагноз

Пациенту в экстренном порядке необходима консультация врача

- невролога
- сосудистого хирурга
- кардиолога
- нейрохирурга

Внутривенная тромболитическая терапия при отсутствии показаний проводится в первые + _____ + часа(ов) от начала развития заболевания

- 72
- 12
- 4,5
- 0,5

Противопоказанием к внутривенной тромболитической терапии является

- язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии ремиссии
- ТИА в предшествующее 12 месяцев в вертебро-базилярном бассейне
- артериальная гипертензия с цифрами систолического АД 150-160 на базовой терапии
- геморрагический инсульт или инсульт неуточненного характера в анамнезе

С целью профилактики/снижения тяжести внутричерепной гипертензии следует

- опустить головной конец кровати на 30°
- внутривенно струйно ввести раствор альбумина 20%-100 мл
- приподнять головной конец кровати на 30-40°
- внутривенно струйно ввести раствор нитроглицерина 0.1%-10 мл

Пациенту с ОНМК по ишемическому типу показана госпитализация в

- отделение реанимации и интенсивной терапии хирургического профиля
- нейрохирургическое отделение
- терапевтическое отделение
- региональный сосудистый центр

При неэффективности консервативной терапии повышенного внутричерепного давления (ВЧД) рекомендовано выполнение

- эндоваскулярной эмболизации среднемозговой артерии
- экстракорпоральной мембранной оксигенации
- тромболитической терапии
- декомпрессивной краниотомии

Критическим уровнем внутричерепного давления (ВЧД), требующим лечения, считают величину + _____ + мм рт. ст

- 2 - 2,5
- 10 - 12
- 5 - 6
- 20 – 25

Методом коррекции дисфагии в острейшей фазе инсульта является

- парентеральное питание
- наложение чрескожной гастростомы
- установка назогастрального зонда
- занятие с логопедом

Рекомендуется начинать медицинскую реабилитацию пациентам с ишемическим инсультом не позднее + _____ + от момента поступления в стационар при отсутствии противопоказаний

- парентеральное питание
- наложение чрескожной гастростомы
- установка назогастрального зонда
- занятие с логопедом

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 56 лет доставлен бригадой СМП из поликлиники.

Жалобы

На момент осмотра жалобы на чувство нехватки воздуха, давящую боль за грудиной, чувство страха.

Анамнез заболевания

Указанные жалобы возникли утром по пути на работу, когда перебежал дорогу на мигающий сигнал светофора. В течение 20 минут сидел на скамейке, указанные жалобы сохранялись, в связи с чем обратился в поликлинику. После регистрации ЭКГ дежурный терапевт вызвала бригаду СМП, доставлен в стационарное отделение СМП (СОСМП).

Анамнез жизни

Гипертоническая болезнь 2 стадии, АГ 2 степени, риск сердечно-сосудистых осложнений 4. При повышении АД периодически принимает: моксонидин 0,2 мг или коринфар (нифедипин) 10 мг. ОНМК, ОИМ отрицает.

Не курит, алкоголь по выходным.

Объективный статус

Общее состояние: средней тяжести.

Сознание: ясное.

В пространстве и времени: ориентирован.

Телосложение: правильное. Кожные покровы, склеры: обычной окраски, влажные.

Отеки: не определяются.

Сердечно-сосудистая система: пульс 76 уд/мин ритмичный, АД 160/70 мм рт. ст.

Дыхание самостоятельное эффективное. ЧДД 16 в мин. Перкуссия легких над легкими ясный легочный тон. Притупление перкуторного тона отсутствует.

Аускультация легких дыхание жесткое, проводится во все отделы легких.

Хрипы в легких не выслушиваются. О₂ sat: 98 %.

К маркерам повреждения миокарда, исследование которых необходимо выполнить при поступлении в стационарное отделение СМП (СОСМП), относят

- парентеральное питание
- наложение чрескожной гастростомы
- установка назогастрального зонда
- занятие с логопедом

Результаты обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- парентеральное питание
- наложение чрескожной гастростомы
- установка назогастрального зонда
- занятие с логопедом

Результаты инструментального метода обследования

ЭКГ должна быть снята после первого контакта с пациентом не позднее + _____ + минут

- 60
- 10
- 30
- 120

Диагнозом, который можно поставить данному больному на основании объективного обследования, лабораторных и инструментальных данных, является

- 60
- 10
- 30
- 120

Диагноз

В качестве анальгетического средства рекомендуется применять

- диклофенак
- морфин
- димедрол (дифенгидрамина гидрохлорид)
- феназепам (бромдигидрохлорфенилбензодиазепин)

Препаратами выбора для проведения антиагрегантной терапии при ОКС являются

- ацетилсалициловая кислота 150-300 мг и дипиридамола 300 мг
- тикагрелор 90 -180 мг и дипиридамола 75 -300 мг
- тикагрелор 90 - 180 мг и клопидогрел 300 - 600 мг
- ацетилсалициловая кислота 150-300 мг и клопидогрел 300-600 мг

Противопоказанием к внутривенной тромболитической терапии является

- ТИА в предшествующее 12 месяцев в вертебро-базиллярном бассейне
- артериальная гипертензия с цифрами систолического АД 150-160 на базовой терапии
- язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии ремиссии
- геморрагический инсульт или инсульт неуточненного характера в анамнезе

Предпочтительным методом реперфузионной терапии при наличии технической возможности является

- АКШ (аортокоронарное шунтирование)
- тромболитическая терапия
- антикоагулянтная терапия
- ЧКВ (чрескожное коронарное вмешательство)

Для стратификации риска у пациентов с ОКС используют шкалу

- HAS BLED
- NYHA

- CHA2DS2VASC
- TIMI

Диагностику ОКС затрудняет наличие

- неполной блокады правой ножки пучка Гиса
- ритма фибрилляции предсердий
- полной блокады левой ножки пучка Гиса
- декстрокардии

После установки стента необходимо продолжение

- поддерживающей ноотропной терапии
- тромболитической терапии
- анальгезирующей терапии
- двойной антиагрегантной терапии

Некоронарогенное повышение уровня тропонина может быть вызвано

- поддерживающей ноотропной терапии
- тромболитической терапии
- анальгезирующей терапии
- двойной антиагрегантной терапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 76 лет доставлен бригадой СМП.

Жалобы

На момент осмотра жалобы на чувство жжения в левой половине грудной клетки с иррадиацией в нижнюю челюсть, одышку.

Анамнез заболевания

Указанные жалобы возникли около часа назад на фоне повышения АД до 190/110 мм рт. ст., самостоятельно принял две таблетки нитроглицерина с интервалом 10 минут – без эффекта, в связи с чем вызвал СМП.

Анамнез жизни

Гипертоническая болезнь III ст. 3ст. риск 4. ИБС: Стенокардия напряжения 2 ф.к. Постоянная терапия: валсартан 160 мг, моксонидин 0,2 мг.

ОНМК, ОИМ, СД отрицает.

Не курит, алкоголь не употребляет.

Профессиональных вредностей не имел. На пенсии 6 лет.

Аллергологический анамнез без особенностей.

Объективный статус

Общее состояние: средней тяжести.

Сознание: ясное.

В пространстве и времени: ориентирован.

Телосложение: правильное. Кожные покровы, склеры обычной окраски, влажные.

Отеки: не определяются.

Сердечно-сосудистая система пульс 76 уд/мин ритмичный, АД 160/70 мм рт. ст.

Дыхание самостоятельное эффективное. ЧДД 16 в мин. При перкуссии над легкими ясный легочный звук, притупление перкуторного тона отсутствует.

Аускультация легких - дыхание жесткое, проводится во все отделы. Хрипы в легких не выслушиваются. O₂ Sat: 98 %.

К маркерам повреждения миокарда, исследование которых необходимо выполнить при поступлении в стационарное отделение скорой медицинской помощи (СОСМП), относят

- поддерживающей ноотропной терапии
- тромболитической терапии
- анальгезирующей терапии
- двойной антиагрегантной терапии

Результаты обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- поддерживающей ноотропной терапии
- тромболитической терапии
- анальгезирующей терапии
- двойной антиагрегантной терапии

Результаты инструментального метода обследования

Диагнозом, который можно поставить данному больному на основании объективного обследования, лабораторных и инструментальных данных, является

- поддерживающей ноотропной терапии
- тромболитической терапии
- анальгезирующей терапии
- двойной антиагрегантной терапии

Диагноз

В качестве анальгетического средства рекомендуется применять

- морфин
- димедрол (дифенгидрамина гидрохлорид)
- феназепам (бромдигидрохлорфенилбензодиазепин)
- диклофенак

Наиболее эффективной комбинацией, используемой до начала или во время реперфузионного вмешательства для снижения суммарного риска ишемических событий, является аспирин в сочетании с

- непрямыми оральными антикоагулянтами
- дипиридамолом
- блокаторами P2Y₁₂-рецепторов тромбоцитов
- гепаринами

Тромболитическая терапия проводится, если чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) невозможно выполнить в течение

- 120 мин от момента появления болей в грудной клетке
- 120 мин от момента использования нитратов
- 120 мин от момента постановки диагноза
- 120 мин от момента первого контакта с любым медработником

Точно определить локализацию, характер и степень поражения коронарных артерий позволяет

- электрокардиография
- эхокардиография
- коронароартериография
- КТ-ангиография

Для стратификации риска у пациентов с ОКС, помимо шкалы TIMI, используют шкалу

- NYHA
- GRACE
- CHA₂DS₂VASC
- HAS BLED

Диагностику ОКС затрудняет наличие

- полной блокады левой ножки пучка Гиса
- ритма фибрилляции предсердий
- декстрокардии
- неполной блокады правой ножки пучка Гиса

К 3 типу инфаркта миокарда относится

- вторичный инфаркт миокарда
- внезапная коронарная смерть
- ИМ, ассоциированный с ЧКВ
- ИМ, ассоциированный с АКШ

Некоронарогенное повышение тропонина может быть вызвано

- обширными ожогами
- дегенеративным заболеванием позвоночника
- гипогликемией
- психоэмоциональным стрессом

Регистрация ЭКГ в отведениях V7-V9 выполняется при подозрении на ИМ

- обширными ожогами
- дегенеративным заболеванием позвоночника
- гипогликемией
- психоэмоциональным стрессом

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 74 лет доставлен бригадой СМП.

Жалобы

На момент осмотра жалобы на дискомфорт в левой половине грудной клетки, одышку, выраженную слабость.

Анамнез заболевания

Указанные жалобы возникли около часа назад на фоне повышения АД до 190/110 мм рт. ст, самостоятельно принял таблетку капотена (каптоприл 25 мг), две таблетки нитроглицерина с интервалом 10 минут – без эффекта, таблетку диклофенака – также без эффекта, после чего вызвал СМП.

Анамнез жизни

Гипертоническая болезнь III ст. 3ст. риск 4. ИБС: Стенокардия напряжения 2 ф.к. Постоянная терапия: валсартан 160 мг и моксонидин 0,2 мг. При повышении АД принимает каптоприл 25 мг.

ОНМК, ОИМ, СД отрицает.

Не курит, алкоголь не употребляет.

Профессиональных вредностей не имел. На пенсии 4 года

Аллергологический анамнез без особенностей.

Объективный статус

Сознание ясное, в пространстве и времени ориентирован.

Телосложение правильное. Кожные покровы и склеры бледные, влажные.

Голени пастозны. Сердечно-сосудистая система: пульс 106 уд/мин ритмичный, АД 150/74 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены.

Дыхание: самостоятельное, эффективное. ЧДД 16 в мин. Перкуссия легких - над легкими ясный легочный тон. Притупление перкуторного тона отсутствует.

Аускультация легких - дыхание жесткое, проводится во все отделы легких. В нижних отделах легких выслушиваются мелкопузырчатые хрипы. O~2~~ ~Sat: 93%.

К маркерам повреждения миокарда, исследование которых необходимо выполнить при поступлении в стационарное отделение скорой медицинской помощи (СОСМП) относят

- обширными ожогами
- дегенеративным заболеванием позвоночника
- гипогликемией
- психоэмоциональным стрессом

Результаты обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- обширными ожогами
- дегенеративным заболеванием позвоночника
- гипогликемией
- психоэмоциональным стрессом

Результаты инструментального метода обследования

ЭКГ должна быть снята после первого контакта с пациентом не позднее + _____ + минут

- 120
- 30
- 60
- 10

Какой диагноз можно поставить на основании объективного обследования, лабораторных и инструментальных данных данному больному?

- 120
- 30
- 60
- 10

Диагноз

В качестве антикоагулянтной терапии следует использовать

- дипиридамол
- варфарин
- клопидогрел
- гепарин

Препаратами выбора для проведения антиагрегантной терапии при ОКС являются

- тикагрелор 90 - 180 мг и клопидогрел 300 - 600 мг
- тикагрелор 90 -180 мг и дипиридамола 75 -300 мг
- ацетилсалициловая кислота 150-300 мг и клопидогрел 300-600 мг
- ацетилсалициловая кислота 150-300 мг и дипиридамола 300 мг

Противопоказанием к внутривенной тромболитической терапии является

- артериальная гипертензия с цифрами систолического АД 150-160 на фоне базовой терапии
- геморрагический инсульт или инсульт неуточненного характера в анамнезе
- ТИА в предшествующее 12 месяцев в вертебро-базилярном бассейне
- язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии ремиссии

Предпочтительным методом реперфузионной терапии при наличии технической возможности является

- антикоагулянтная терапия
- чрескожное коронарное вмешательство
- тромболитическая терапия
- аортокоронарное шунтирование

Для стратификации риска у пациентов с ОКС используются шкалы

- HAS BLED, CHA2DS2VASC
- NYHA, HAS BLED
- GRACE, TIMI
- NIHSS, CHA2DS2VASC

Диагностику ОКС затрудняет наличие

- полной блокады левой ножки пучка Гиса
- ритма фибрилляции предсердий
- неполной блокады правой ножки пучка Гиса
- декстروкардии

У данного пациента класс тяжести СН по Killip

- IV
- II
- I
- III

К атипичным формам ИМпСТ относят

- IV
- II

- I
- III

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 66 лет доставлена бригадой СМП.

Жалобы

На момент осмотра жалобы на давящую боль во всей грудной клетке, дискомфорт в эпигастрии.

Анамнез заболевания

Указанные жалобы возникли утром на фоне полного благополучия. При измерении АД составило 165/90 мм рт. ст., приняла таблетку физиотенза (моксонидина) 0,2 мг. Спустя 2 часа АД - 140/80 мм рт. ст., боль в грудной клетке сохранялась, появилось чувство покалывания в кончиках пальцев левой кисти.

Анамнез жизни

Гипертоническая болезнь III ст. 3 ст. риск 4. ИБС: Стенокардия напряжения 2 ф.к., сахарный диабет.

Регулярно принимает лозап плюс 50/12,5 (лозартан/гидрохлоротиазид)

По поводу сахарного диабета регулярно принимает метформин 1000 мг.

Ранее подобные боли беспокоили при физической нагрузке, купировались в покое в течение 3-5 минут.

ОНМК, ОИМ отрицает.

Не курит, алкоголь не употребляет.

Профессиональных вредностей нет. На пенсии.

Аллергологический анамнез без особенностей.

Объективный статус

Сознание ясное. В пространстве и времени ориентирована.

Телосложение правильное. Кожные покровы и склеры обычной окраски, отеков нет.

Сердечно-сосудистая система: пульс 76 уд/мин ритмичный, АД 140/70 мм рт. ст.

Тоны сердца приглушены. Дыхание самостоятельное, эффективное. ЧДД 16 в

мин. Перкуссия легких - над легкими ясный легочный тон, притупление

перкуторного тона отсутствует. При аускультации легких дыхание жесткое,

проводится во все отделы легких, хрипы не выслушиваются. O₂ Sat: 96 %.

К маркерам повреждения миокарда, исследование которых необходимо выполнить при поступлении в стационарное отделение скорой медицинской помощи (СОСМП), относят

- IV
- II
- I
- III

Результаты обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- IV
- II
- I
- III

Результаты инструментального метода обследования

При наличии подъема сегмента ST на ЭКГ и отрицательном тропониновом тесте необходимо

- выполнить миоглобиновый тест
- начать мероприятия по обеспечению реперфузии миокарда
- повторно определить уровень тропонина через 3 часа
- продолжить проведение дифференциальной диагностики

Какой диагноз можно поставить на основании объективного обследования, лабораторных и инструментальных данных данному больному?

- выполнить миоглобиновый тест
- начать мероприятия по обеспечению реперфузии миокарда
- повторно определить уровень тропонина через 3 часа
- продолжить проведение дифференциальной диагностики

Диагноз

В качестве анальгетического средства рекомендуется применять

- диклофенак
- морфин
- феназепам (бромдигидрохлорфенилбензодиазепин)
- димедрол (дифенгидрамина гидрохлорид)

При планировании первичного чрескожного коронарного вмешательства (ЧКВ) в составе двойной антиагрегантной терапии следует использовать + _____ + мг

- варфарин 2,5
- варфарин 5
- клопидогрел 600
- клопидогрел 75

Противопоказанием к внутривенной тромболитической терапии является

- ТИА в предшествующее 12 месяцев в вертебро-базиллярном бассейне
- геморрагический инсульт или инсульт неуточненного характера в анамнезе
- артериальная гипертензия с цифрами систолического АД 150-160 на фоне базовой терапии
- язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии ремиссии

Расчет дозы для болюсного введения нефракционированного гепарина в рамках антикоагулянтной терапии при ОКС + _____ + МЕ/кг

- 10
- 60
- 300
- 2,5

Для стратификации риска у пациентов с ОКС, помимо шкалы GRACE, используют шкалу

- CHA2DS2VASC
- TIMI
- HAS BLED
- NYHA

Диагностику ОКС затрудняет наличие

- ритма фибрилляции предсердий
- полной блокады левой ножки пучка Гиса
- неполной блокады правой ножки пучка Гиса
- декстрокардии

Под повторным инфарктом миокарда понимают инфаркт, развившийся

- в течение первых 7 суток после предыдущего
- после 120 суток после предыдущего
- в течение первых 48 часов после предыдущего
- после 28 суток от предыдущего

Некоронарогенное повышение тропонина может быть вызвано

- в течение первых 7 суток после предыдущего
- после 120 суток после предыдущего
- в течение первых 48 часов после предыдущего
- после 28 суток от предыдущего

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 86 лет доставлена бригадой СМП.

Жалобы

Сбор жалоб затруднен ввиду тяжести состояния, выраженной одышки.

Анамнез заболевания

Со слов родственников, утром жаловалась на чувство нехватки воздуха, тяжесть за грудиной. При измерении АД - 110/65 мм рт. ст. В течение нескольких часов нарасла одышка, появился холодный липкий пот, в связи с чем родственники вызвали СМП.

Анамнез жизни

В анамнезе ГБ, ИБС, принимаемую терапию родственники назвать затрудняются.

Объективный статус

Сознание: оглушение.

Вынужденное положение с приподнятым головным концом

Телосложение: правильное.

Кожные покровы бледные, влажные.

Отеки до середины обеих голени.

Сердечно-сосудистая система: пульс 116 уд/мин ритмичный, АД 90/70 мм рт. ст.

Тоны сердца приглушены.

Дыхание самостоятельное с ЧДД 26 в мин. При перкуссии легких - над легкими выслушивается ясный легочный тон, притупление перкуторного тона отсутствует.

Аускультация легких - дыхание жесткое, проводится во все отделы легких, в нижних отделах билатерально до угла лопатки выслушиваются мелкопузырчатые хрипы. O₂ sat: 86%.

К маркерам повреждения миокарда, исследование которых необходимо выполнить при поступлении в стационарное отделение скорой медицинской помощи (СОСМП), относят

- в течение первых 7 суток после предыдущего
- после 120 суток после предыдущего
- в течение первых 48 часов после предыдущего
- после 28 суток от предыдущего

Результаты обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- в течение первых 7 суток после предыдущего
- после 120 суток после предыдущего
- в течение первых 48 часов после предыдущего
- после 28 суток от предыдущего

Результаты инструментального метода обследования

Какой диагноз можно поставить на основании объективного обследования, лабораторных и инструментальных данных данной больной?

- в течение первых 7 суток после предыдущего
- после 120 суток после предыдущего
- в течение первых 48 часов после предыдущего
- после 28 суток от предыдущего

Диагноз

В качестве анальгетического средства рекомендуется применять

- димедрол (дифенгидрамина гидрохлорид)
- диклофенак
- морфин
- феназепам (бромдигидрохлорфенилбензодиазепин)

Если планируется первичное чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ), то в состав двойной антиагрегантной терапии должен входить + _____ + нагрузочной дозе + _____ + мг

- клопидогрел; 600
- варфарин; 5
- клопидогрел; 75
- варфарин; 2,5

У данного пациента класс тяжести СН по Killip

- III
- IV
- I
- II

Применение нитратов для терапии отека легких у данного пациента ограничено

- головной болью при приеме нитроглицерина в анамнезе
- возрастом
- выраженным тахипноэ
- гипотензией

Для стратификации риска у пациентов с ОКС используются шкалы

- NYHA, NIHSS
- HAS BLED, NYHA
- GRACE, TIMI
- CHA2DS2VASC, HAS BLED

Точно определить локализацию, характер и степень поражения коронарных артерий позволяет

- КТ-ангиография
- коронароартериография
- радиовентрикулография
- эхокардиография

Под повторным инфарктом миокарда понимают инфаркт, развившийся

- после 28 суток от предыдущего
- в течение первых 48 часов после предыдущего
- после 120 суток после предыдущего
- в течение первых 7 суток после предыдущего

Некоронарогенное повышение тропонина может быть вызвано

- дегенеративным заболеванием позвоночника
- сепсисом и крайне тяжелым состоянием больного
- гипогликемией
- психоэмоциональным стрессом

К атипичным формам ИМпСТ относят

- дегенеративным заболеванием позвоночника
- сепсисом и крайне тяжелым состоянием больного
- гипогликемией
- психоэмоциональным стрессом

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 53 года доставлен бригадой СМП с подозрением на острый панкреатит.

Жалобы

На опоясывающую боль в эпигастрии, тошноту.

Анамнез заболевания

Считает себя больным на протяжении последних 2-х дней, когда появилась давящая боль в эпигастрии, самостоятельно принимал кеторол - без эффекта. В связи с сохранением болевого синдрома, тошноты вызвал СМП. Лихорадку, нарушения стула отрицает. Накануне заболевания отмечает погрешности в диете (употреблял салаты, заправленные майонезом, шашлык, алкоголь).

Анамнез жизни

* в анамнезе гипертоническая болезнь, другие хронические заболевания и оперативные вмешательства отрицает

* вредные привычки: курит по 1 пачке в день, алкоголь употребляет по

выходным

- * профессиональных вредностей не имеет
- * аллергический анамнез не отягощен
- * контакты с инфекционными больными отрицает

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Температура тела $37,0^{\circ}\text{C}$. Рост 180 см, масса тела 80 кг.

Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет.

Дыхание везикулярное, ЧДД 15 в 1 мин.

Тоны сердца ритмичные, ЧСС 78 в 1 мин, АД 155/85 мм рт. ст.

Живот симметричный, вздут, болезненный при пальпации в эпигастральной области, перитонеальные симптомы отрицательные. Ректально: кожа перианальной области не изменена, сфинктер в тонусе, пальпация стенок кишки безболезненная, на высоте пальца патологических образований не определяется, кал на перчатке обычного цвета. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный.

Необходимыми лабораторными методами исследования в данной ситуации являются

- дегенеративным заболеванием позвоночника
- сепсисом и крайне тяжелым состоянием больного
- гипогликемией
- психоэмоциональным стрессом

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым инструментальным обследованием является

- дегенеративным заболеванием позвоночника
- сепсисом и крайне тяжелым состоянием больного
- гипогликемией
- психоэмоциональным стрессом

Результаты инструментального метода обследования

Учитывая полученные данные проведенного лабораторно-инструментального обследования, можно думать о диагнозе

- дегенеративным заболеванием позвоночника
- сепсисом и крайне тяжелым состоянием больного
- гипогликемией
- психоэмоциональным стрессом

Диагноз

Больному показана консультация врача-специалиста

- хирурга
- терапевта
- реаниматолога
- инфекциониста

У данного пациента имеет место + _____ + степень тяжести острого панкреатита

- легкая
- средняя
- тяжелая
- средне-тяжелая

Данному больному показано установить

- уретральный катетер
- катетер Сван-Ганца
- катетер для инвазивного мониторинга АД
- назогастральный зонд

Лечение в данном клиническом случае следует начинать с

- консервативной терапии
- хирургического лечения
- лучевой терапии
- перкутанного дренирования главного панкреатического протока

К препаратам базисного лечебного комплекса, используемым для лечения острого панкреатита лёгкой степени, относятся

- спазмолитики
- антациды
- антибактериальные препараты
- гемостатики

Объем инфузионной терапии в первые сутки у данного больного должен составлять + _____ + мл

- 500
- 3200
- 1000
- 2000

Для диагностики панкреонекроза в оптимальные сроки рекомендуется выполнение МСКТА (МРТ) на + ___ + сутки заболевания

- 15-30
- 1-3

- 4-14
- 30-35

При поступлении больного в стационар осмотр врачом-хирургом должен быть проведен не позднее +__+ час

- 6
- 1
- 0,5
- 2

К этиологическим формам острого панкреатита относят

- 6
- 1
- 0,5
- 2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина примерно 60 лет доставлен бригадой скорой помощи с территории недалеко от больницы.

Жалобы

Не предъявляет ввиду тяжести состояния.

Анамнез заболевания

Около 20 минут назад внезапно потерял сознание, прохожими вызвана СМП. В состоянии клинической смерти на механической поддержке кровообращения аппаратом Lucas 2 доставлен в стационарное отделение СМП.

Анамнез жизни

Неизвестен

Объективный статус

* Состояние крайне тяжелое. Кожные покровы бледные, влажные. Дыхание аппаратное, проводится во все отделы легких.

* Искусственная вентиляция легких с объемом вдоха 400 мл и частотой 14 в минуту, FiO₂~1,0.

* Определяется пульсация сонных артерий с частотой работы аппарата Lucas 2.

* Повреждений визуально не определяется.

Для диагностики внезапной сердечной смерти (ВСС), кроме признаков внезапной остановки кровообращения, необходимо наличие

- положительных результатов тропонинового теста
- маркёров тромбообразования
- результатов измерения АД
- информации о потенциально фатальном заболевании сердца

Необходимым инструментальным методом обследования в данной ситуации является

- положительных результатов тропонинового теста
- маркёров тромбообразования
- результатов измерения АД
- информации о потенциально фатальном заболевании сердца

Результаты обследования

У данного пациента на ЭКГ регистрируется

- желудочковая тахикардия с широкими комплексами
- трепетание желудочков
- фибрилляция желудочков
- двунаправленная веретенообразная желудочковая тахикардия

Лечебные мероприятия следует начать с

- введения адреналина
- санации верхних дыхательных путей
- введения амиодарона
- разряда дефибрилляции

При использовании дефибрилятора с бифазной формой импульса первый разряд наносится с энергией + ___ + Дж

- 150 - 200
- 360
- 200 – 300
- 300

Оценка сердечного ритма при проведении циклов компрессий грудной клетки и ИВЛ проводится с периодичностью

- каждые 2 минуты
- только при появлении самостоятельного дыхания у пациента
- после каждого разряда дефибрилляции
- каждые 4 - 5 минут

При сохранении фибрилляции желудочков на ЭКГ после 3-го разряда дефибрилятора следует ввести лекарственный препарат

- адреналин 1 мг
- амиодарон 300 мг
- атропин 1 мг
- адреналин 1 мг и амиодарон 300 мг

На ЭКГ после 4го разряда дефибрилляции регистрируется ФЖ. В данной ситуации необходимо сразу после пятого разряда ввести лекарственные препараты

- атропин 1 мг
- эуфиллин 240 мг
- амиодарон 150 мг
- эуфиллин 120 мг

Возможной альтернативой амиодарону является

- лидокаин
- магния сульфат
- эналаприл
- верапамил

Показанием к введению магния сульфата при проведении сердечно-легочной реанимации (СЛР) является

- веретенообразная желудочковая тахикардия
- электро-механическая диссоциация
- фибрилляция желудочков
- асистолия

При невозможности катетеризации периферической вены, преимущественным путем введения лекарственных препаратов является

- сублингвальный
- эндотрахеальный
- внутримышечный
- внутрикостный

Прекратить реанимационные мероприятия разрешается только в тех случаях, когда при использовании всех доступных методов сердечно-легочной реанимации СЛР отсутствуют признаки их эффективности у нормотермичного пациента в течение 30 мин с

- сублингвальный
- эндотрахеальный
- внутримышечный
- внутрикостный

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 27 лет доставлен бригадой СМП в стационарное отделение СМП (СОСМП).

Жалобы

Не предъявляет ввиду тяжести состояния.

Анамнез заболевания

Вынесен спасателями при пожаре в многоквартирном доме.

Анамнез жизни

Не известен.

Объективный статус

Сознание помраченное. Лицо и кисти со следами закопчения, нос и губы обожжены. Дыхание поверхностное, периодически отмечается кашель, отхаркивание мокроты с примесью гари. АД 90/50 мм рт. ст. ЧСС 124 уд/мин.

Первоочередными лабораторными исследованиями из перечня необходимых для больного, поступающего в стационарное отделение СМП, будут

- сублингвальный
- эндотрахеальный
- внутримышечный
- внутрикостный

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми инструментальными обследованиями больного в стационарном отделении СМП являются

- сублингвальный
- эндотрахеальный
- внутримышечный
- внутрикостный

Результаты инструментальных методов обследования

Для диагностики ингаляционной травмы необходимым исследованием является

- сублингвальный
- эндотрахеальный
- внутримышечный
- внутрикостный

Дополнительная информация

При фибробронхоскопии выявлены: слизистая оболочка рыхлая, выраженная гиперемия и отек слизистой оболочки, тотальное наслоение фиксированной на слизи копоти до уровня сегментарных бронхов, отсутствие кашлевого рефлекса.

Данная картина характерна для + _____ + степени тяжести поражения слизистой дыхательных путей

- легкой
- средней
- очень тяжелой
- тяжелой

Для примерной оценки термического поражения площади поверхности тела может быть использовано правило

- одной второй
- десяток
- девяток
- трех четвертей

Показанием к превентивной интубации трахеи и проведению ИВЛ является

- поражение гортани, выявленное по данным фибробронхоскопии
- SpO₂ менее 90%
- частота дыхания более 20 в минуту
- ожог мягких тканей лица II степени

Респираторная поддержка должна обеспечивать уровень сатурации крови кислородом не менее + _____ + %

- 88-90
- 95-98
- 92-95
- 90-92

В первые 24 ч после ожоговой травмы объем инфузионной терапии рассчитывается по формуле

- 4 мл/кг массы тела × % площади повреждения
- расчетный ОЦК × % площади повреждения
- 4 мл/кг массы тела × возраст в годах
- расчетный ОЦК × возраст в годах

Первоначальная доза гепарина для болюсного введения при ожоговом шоке составляет + ___ + тыс. ЕД

- 10
- 2
- 1
- 5

Для проведения небулайзерной терапии у пострадавших с ингаляционной травмой используется раствор

- диоксидина
- этилового спирта 10%
- сальбутамола 100 мкг/1 доза
- цефтриаксона

После стабилизации состояния, при отсутствии признаков органной дисфункции пациенты с ожоговой травмой могут быть переведены в

- отделение реанимации и интенсивной терапии
- ожоговое отделение
- ЛОР-отделение
- хирургическое отделение

При прогностической оценке тяжести термической травмы учитывают

- отделение реанимации и интенсивной терапии
- ожоговое отделение
- ЛОР-отделение
- хирургическое отделение

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 45 лет после ожога пламенем доставлен соседом на легковой машине через 40 минут после ожоговой травмы.

Жалобы

Жалобы на боли, холод, жажду.

Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что при ремонтных работах в гараже воспламенился бензин.

Анамнез жизни

Собрать не удалось.

Объективный статус

При поступлении состояние больного тяжелое. На туловище обрывки обгоревшей одежды. Кожные покровы лица бледные, имеются множественные пузыри с геморрагическим содержимом. Часть пузырей лопнула. PS 120 уд. в 1 мин. АД 120/70 мм рт. ст. Больной заторможен, дрожит, была однократная рвота, дыхание неровное. В легких хрипов нет. Язык сухой. Живот несколько вздут.

Необходимыми лабораторными исследованиями при поступлении пациента в стационарное отделение СМП являются

- отделение реанимации и интенсивной терапии
- ожоговое отделение
- ЛОР-отделение
- хирургическое отделение

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми инструментальными обследованиями являются

- отделение реанимации и интенсивной терапии
- ожоговое отделение
- ЛОР-отделение
- хирургическое отделение

Результаты инструментальных методов обследования

Показаниями к выполнению фибробронхоскопии являются

- ХОБЛ в анамнезе
- локализация ожогов на лице
- цианоз верхней половины туловища
- повышение температуры тела

Тяжесть ингаляционной травмы определяется

- выраженностью дыхательной недостаточности
- данными рентгенологического исследования
- анамнестическими данными
- эндоскопическими критериями

Для примерной оценки площади термического поражения может быть использовано правило

- десяток
- пяти третей
- девяток
- тридцати трех

У тяжело обожженных абсолютным показанием к интубации трахеи и проведению различных видов респираторной поддержки является

- ожоги лица II степени
- тахипноэ более 20 в минуту
- отсутствие сознания
- артериальная гипотензия

При ИВЛ рекомендуемая величина дыхательного объема составляет + ___ + мл/кг

- 16-18
- 1-2
- 20-25
- 6-8

Объем инфузионной терапии относительно расчетного у обожженных с ингаляционной травмой рекомендуется

- ограничивать
- не изменять
- увеличивать
- уменьшать

С целью профилактики осложнений со стороны ЖКТ рекомендуют назначение + _____ + препаратов

- антисекреторных
- антибактериальных
- спазмолитических
- прокинетических

В состав небулайзерной терапии у пострадавших с ингаляционной травмой входит

- щелочной раствор
- ингаляционный глюкокортикостероид
- диоксидин
- ацетилцистеин

После стабилизации состояния, при отсутствии признаков органной дисфункции пациенты могут быть переведены в + _____ + отделение

- психосоматическое
- ожоговое
- хирургическое
- терапевтическое

Для прогностической оценки тяжести травмы используется

- психосоматическое
- ожоговое
- хирургическое
- терапевтическое

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 61 года доставлена бригадой СМП.

Жалобы

На общую слабость, одышку, чувство страха.

Анамнез заболевания

Указанные жалобы возникли на фоне полного благополучия накануне утром. Пациентка ранее отмечала возникновение подобных эпизодов, которые купировались самостоятельно в течение дня. В связи с сохранением вышеуказанных жалоб вызвала БСМП.

Анамнез жизни

- * Перенесенные и хронические заболевания: гипертоническая болезнь, ИБС
- * Оперативные вмешательства: 4 года назад – ревизия органов брюшной полости по поводу проникающего ножевого ранения
- * Вредные привычки: не курит, злоупотребляет алкоголем;
- * Профессиональных вредностей не имела;
- * Аллергологический анамнез не отягощен

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Температура тела $36,0^{\circ}\text{C}$. Рост 172 см, вес 65 кг.

Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет.

Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин.

Тоны сердца приглушены, неритмичные, ЧСС 140 в 1 мин, АД 138/82 мм рт. ст.

Живот симметричный, при пальпации мягкий безболезненный.

Очаговой неврологической симптоматики нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- психосоматическое
- ожоговое
- хирургическое
- терапевтическое

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- психосоматическое
- ожоговое
- хирургическое
- терапевтическое

Результаты инструментального метода обследования

На ЭКГ у данной пациентки регистрируется

- наджелудочковая тахикардия с широкими комплексами
- трепетание предсердий
- фибрилляция предсердий
- синдром Бругада

У данной пациентки имеет место + _____ + форма фибрилляции предсердий

- брадисистолическая
- нормосистолическая
- тахисистолическая
- смешанная

Для уточнения диагноза фибрилляция предсердий /трепетание предсердий с плохо различимыми по стандартной ЭКГ волнами F/f выполняется

- трансэзофагеальная эхокардиография
- суточное мониторирование ЭКГ
- электрофизиологическое исследование
- трансторакальная эхокардиография

Медикаментозная кардиоверсия может быть выполнена при длительности пароксизма менее + ____ + часов

- 60
- 48
- 96
- 72

Препаратом выбора для купирования пароксизма фибрилляции предсердий является

- дигоксин
- эбрантил
- метопролол
- амиодарон

Проведение электроимпульсной терапии в экстренном порядке показано при

- неустойчивой гемодинамике
- ЧСС больше 100 в 1 минуту
- сопутствующем гипертоническом кризе
- наличии инфаркта миокарда в анамнезе

Перед проведением электроимпульсной терапии для купирования пароксизма фибрилляции предсердий длительностью более 48 часов и стабильной гемодинамике рекомендовано выполнение

- трансторакальной ЭХО-КГ
- чреспищеводной ЭХО-КГ
- КТ органов грудной полости
- суточного мониторирования ЭКГ

При отсутствии тяжелых сопутствующих заболеваний пациент после купирования пароксизма фибрилляции предсердий госпитализируется в

- отделение рентген – хирургических методов диагностики и лечения
- отделение реанимации и интенсивной терапии
- стационар сестринского ухода
- отделение кратковременного пребывания СтОСМП

При решении вопроса об антикоагулянтной терапии используется шкала

- GRACE
- CHA₂-DS₂-VASc
- APACHE
- SIRS

При жизнеугрожающих кровотечениях, возникших на фоне приема варфарина, показано введение

- GRACE
- CHA₂-DS₂-VASc
- APACHE
- SIRS

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 30 лет самостоятельно обратился в СОСМП.

Жалобы

На тупую ноющую боль в левом подреберье с иррадиацией в левую поясничную область.

Анамнез заболевания

Около 3-х недель назад почувствовал боль в поясничной области слева, которая затем переместилась в левое подреберье, периодически иррадиировала в левую паховую область. Самостоятельно принимал кетанов, баралгин с незначительным эффектом. Со слов больного, на фоне указанных болей был эпизод появления крови в моче. Обращался к урологу по месту жительства, был назначен канефрон – без выраженного эффекта. В связи с усилением болей, пациент вызвал СМП и был госпитализирован ЦРБ.

Выписан с диагнозом: Мочекаменная болезнь. Конкременты почек.

Левосторонняя почечная колика.

Был рекомендован прием табл. Роватинекс по 2 табл. 2 р/д, но-шпа по 2 табл. 2 р/д, кетанов + баралгин при болях, наблюдение урологом по месту жительства.

Несмотря на указанную терапию, болевой синдром сохранялся, в связи с чем, пациент самостоятельно обратился в СОСМП.

Анамнез жизни

* Рос и развивался: в соответствии с возрастом.

- * Перенесенные заболевания и операции: френулопластика 3 года назад, ОРВИ.
- * Наблюдается у терапевта по поводу гиперурикемии, соблюдает рекомендованную диету.
- * Аллергологический анамнез – не отягощен.
- * Наркологический анамнез: наркосодержащие препараты не принимает.

Объективный статус

Общее состояние : удовлетворительное. Температура тела $36,8^{\circ}\text{C}$. Сознание ясное. Конституция: нормостеник, рост, см: 164, вес, кг: 71, индекс массы тела: 26.4 Кожные покровы, склеры обычной окраски, Видимые слизистые оболочки: бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны, эластичны. Отеков нет.

Дыхание самостоятельное. ЧДД: 18 в мин. При аускультации легких: дыхание жесткое. Хрипы не выслушиваются. $\text{SatO}_2 \sim 98\%$. Пульс: 74 уд./мин, ритмичный, симметричный, АД 130/80 мм рт. ст.

Язык влажный, живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Ректально: кожа перианальной области не изменена. Сфинктер в тонусе. Пальпация стенок кишки безболезненная. На высоте пальца патологических образований не определяется. Кал на перчатке обычного цвета. Область почек не изменена. Симптом поколачивания - положительный слева. Щитовидная железа: не увеличена.

К лабораторным исследованиям, которые необходимо выполнить в СтОСМП, относят

- GRACE
- $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc}$
- APACHE
- SIRS

Результаты обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- GRACE
- $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc}$
- APACHE
- SIRS

Результаты обследования

При подозрении на уретеролитиаз необходимо выполнить

- GRACE
- $\text{CHA}_2\text{DS}_2\text{-VASc}$
- APACHE
- SIRS

Результаты обследования

На основании данных объективного, лабораторного и инструментального обследования данных больному можно поставить диагноз

- GRACE
- CHA₂-DS₂-VASc
- APACHE
- SIRS

Диагноз

Консервативная терапия при данной патологии включает использование

- колхицина
- наркотических анальгетиков
- нестероидных противовоспалительных препаратов
- миорелаксантов центрального действия

При неэффективности нестероидных противовоспалительных препаратов следует назначить

- дротаверин
- церукал
- диазепам
- трамадол

Наибольшую вероятность спонтанного отхождения имеют конкременты до + _____ + мм

- 9
- 4
- 11
- 7

Проведение хирургического лечения показано пациентам

- при расширении чашечно-лоханочной системы
- после купирования почечной колики
- с признаками обструкции мочеточника
- с полиурией

Методом дренирования почки при обструкции ВМП является установка

- уретральной слинг-системы
- катетера Нелатона
- постоянного катетера Фоллея
- мочеточникового стента

Больной может быть выписан на амбулаторное лечение для продолжения консервативной терапии

- при снижении диуреза
- в случае наличия конкремента мочеточника диаметром менее 0,9 см
- после купирования болевого синдрома
- при условии камневыделения в анамнезе

При рассмотрении показаний к госпитализации пациента в отделение специализированной помощи необходима консультация врача

- скорой медицинской помощи
- терапевта
- уролога
- нефролога

С учетом данных анамнеза, у больного, вероятно, имеется + _____ + уролитиаз

- скорой медицинской помощи
- терапевта
- уролога
- нефролога

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 54 года, вызов СМП - невозможность мочеиспускания.

Жалобы

На отсутствие мочеиспускания в течение 12 часов, сильные позывы на мочеиспускание, чувство распирания внизу живота.

Анамнез заболевания

Накануне употреблял алкоголь, ночью появились сильные позывы на мочеиспускание, при попытке - выделение мочи по несколько капель. К утру мочеиспускание стало невозможным, появились распирающие боли в надлобковой области, в связи с чем, вызвал бригаду СМП.

Анамнез жизни

* Около 5 лет наблюдается по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ), терапию не получает, значение ПСА месяц назад: 1,1 нг/мл

* Курит по 1 пачке в день, алкоголь употребляет по выходным

* Профессиональных вредностей не имеет

* Аллергическая реакция на амоксициллин в виде крапивницы

* Аппендэктомия в детстве

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Вес 90 кг, рост 179 см.

Температура тела 36,8⁰С. Кожные покровы влажные, теплые.

Дыхание жесткое, проводится во все отделы. ЧДД 20 в мин.

Тоны сердца ясные. ЧСС 98/мин, АД 165/90 мм рт. ст.

Живот вздут, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации живот болезненный в нижних отделах, в надлобковой области пальпируется выпячивание, при перкуссии притупление до уровня 2 см ниже пупка.

Физическое обследование пациента обязательно должно включать

- скорой медицинской помощи
- терапевта
- уролога
- нефролога

Результаты обследования

К лабораторным исследованиям, которые необходимо выполнить для установления диагноза в условиях СтОСМП, относят

- скорой медицинской помощи
- терапевта
- уролога
- нефролога

Результаты обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- скорой медицинской помощи
- терапевта
- уролога
- нефролога

Результаты обследования

На основании данных объективного, лабораторного и инструментального обследования больному можно поставить диагноз

- скорой медицинской помощи
- терапевта
- уролога
- нефролога

Диагноз

Дифференциальный диагноз острой задержки мочи необходимо проводить с

- острым циститом
- эректильной дисфункцией
- анурией
- острым пиелонефритом

Противопоказанием к проведению катетеризации мочевого пузыря является

- наличие императивных позывов к мочеиспусканию
- объем остаточной мочи более 1000 мл
- тяжелое состояние пациента
- острое воспалительное заболевание органов мочеполовой системы

Показанием для выполнения альтернативных способов дренирования мочевого пузыря и устранения причин ОЗМ является

- хроническая задержка мочи
- желание пациента
- невозможность катетеризации мочевого пузыря
- самостоятельное разрешение ОЗМ до приезда бригады СМП

Эвакуация мочи из дренированного мочевого пузыря должна производиться

- с применением активной аспирации всего объема мочи
- быстро, с применением компрессионных маневров
- одномоментно
- постепенно по 100-200 мл или капельно

При быстром опорожнении мочевого пузыря является увеличивается риск развития

- кровотечения из сосудов стенок мочевого пузыря
- острого почечного повреждения
- острого цистито-пиелита
- острого абсцедирующего простатита

Провоцирующим фактором острой задержки мочеиспускания является прием

- антихолинергических средств
- $\alpha 1$ -адреноблокаторов
- блокаторов 5α -редуктазы
- петлевых диуретиков

Возможной причиной острой задержки мочеиспускания у женщин является

- тазовый пролапс

- артериальная гипертензия
- апоплексия яичника
- беременность

Альтернативным способом дренирования мочевого пузыря, выполняемым врачом-урологом, является

- тазовый пролапс
- артериальная гипертензия
- апоплексия яичника
- беременность

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 61 года доставлена бригадой скорой медицинской помощи из дома в стационарное отделение СМП.

Жалобы

На постоянную ноющую боль в поясничной области слева, незначительную тошноту, сухость во рту, учащенное болезненное мочеиспускание.

Анамнез заболевания

Заболела остро 7 дней назад после возвращения из отпуска из Геленджика, когда появилось затрудненное, болезненное, учащенное мочеиспускание.

Лечилась самостоятельно: принимала Ибуклин и Циклоферон, без эффекта.

Позже присоединились боли в левой поясничной области, не связанные с двигательной активностью. Сегодня днем повысилась температура тела до 38,0^oC, в связи с чем пациентка вызвала бригаду СМП и была госпитализирована. Указанное состояние впервые.

Анамнез жизни

Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь, гонартроз.

Перенесенные заболевания в детстве - ОРВИ, ветряная оспа, корь.

Операции: резекция яичника слева (2002), секторальная резекция правой молочной железы (2003), 2 операции по поводу внематочной беременности – в молодости.

Контакты с инфекционными больными отрицает.

Аллергологический анамнез – не отягощен.

Вредные привычки отрицает.

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное.

Конституция: нормостеническая, рост 164 см, вес 71 кг, индекс массы тела 26,4.

Температура тела 38,8^oC

Кожные покровы эластичные, обычной окраски, чистые. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Отеков нет.

Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны.

Дыхание самостоятельное. ЧДД 18 в мин. При аускультации дыхание жесткое,

хрипов нет. SatO₂ ~ 98%

Пульс: 94 уд/мин., ритмичный симметричный, АД: 130/80 мм рт. ст.

Язык влажный, живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Симптом поколачивания по пояснице - положительный слева.

Щитовидная железа не увеличена.

Ректальное исследование: кожа перианальной области не изменена. Сфинктер в тонусе. Пальпация стенок кишки безболезненная. На высоте пальца патологических образований не определяется. Кал на перчатке обычного цвета.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- тазовый пролапс
- артериальная гипертензия
- апоплексия яичника
- беременность

Результаты обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- тазовый пролапс
- артериальная гипертензия
- апоплексия яичника
- беременность

Результаты обследования

КТ почек и мочевыводящих путей позволяет выявить

- деструктивный процесс в почке
- острое повреждение почек прerenального генеза
- нарушение реабсорбционной функции почек
- снижение эффективного фильтрационного давления

Учитывая полученные данные объективного, лабораторного и инструментального обследования, больной можно поставить диагноз

- деструктивный процесс в почке
- острое повреждение почек прerenального генеза
- нарушение реабсорбционной функции почек
- снижение эффективного фильтрационного давления

Диагноз

Дифференциальную диагностику острого пиелонефрита необходимо проводить с

- острым парапроктитом
- острой почечной недостаточностью
- брюшным тифом
- панкреатитом

Проведение консультации нефролога показано при

- наличии признаков почечной недостаточности
- протеинурии до 1 г/сут
- необходимости дренирования чашечно-лоханочной системы
- гектической лихорадке более 72 часов

Ведущее значение в лечении острого пиелонефрита имеет + _____ + терапия

- антикоагулянтная
- гемодилюционная
- антибактериальная
- диуретическая

До начала проведения антибактериальной терапии рекомендуется проведение

- пробы с водной нагрузкой
- бактериологического исследования мочи
- исследования функции внешнего дыхания
- определения группы крови и резус-фактора

Наиболее частым возбудителем острого пиелонефрита является

- E.coli
- S.marcescens
- P.aeruginosa
- K.pneumoniae

При нетяжелом течении неосложненного пиелонефрита препаратом первой линии эмпирической терапии является

- доксициклин
- ципрофлоксацин
- кларитромицин
- линезолид

Альтернативными препаратами для лечения неосложненного пиелонефрита нетяжелого течения являются препараты из группы

- гликопептидов
- оксазолидинонов
- аминогликозидов

- цефалоспоринов III поколения

Для уменьшения симптомов интоксикации показано проведение

- гликопептидов
- оксазолидинонов
- аминогликозидов
- цефалоспоринов III поколения

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 71 год самостоятельно обратился в СОСМП.

Жалобы

На повышение температуры тела до $38,8^{\circ}\text{C}$, общую слабость.

Анамнез заболевания

Пациент считает себя больным около 2-х недель, когда отметил повышение температуры тела до 38°C , появление рези при мочеиспускании, по поводу чего обращался за медицинской помощью и проходил стационарное лечение в районной больнице с положительным эффектом. Пациент был выписан с диагнозом: Хронический пиелонефрит. После выписки придерживался данных рекомендаций. Два дня назад вновь отметил повышение температуры тела до $38,8^{\circ}\text{C}$, общую слабость, в связи с чем самостоятельно обратился в СОСМП.

Анамнез жизни

* В анамнезе: гипертоническая болезнь, постоянная принимает «Лозап плюс», сахарный диабет 2 типа, принимает метформин.

* Операции: по поводу гинекомастии справа в возрасте 22 лет. Травмы: перелом левой лучевой кости в 1994 г., перелом в области правой стопы в 2004 г.

* Аллергия на пенициллин.

* Вредные привычки: курение по 0,5 пачки /день.

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. Температура тела $38,2^{\circ}\text{C}$. Сознание ясное.

Конституция: нормостеник, рост 175 см, вес 75 кг, индекс массы тела 24,5.

Кожные покровы, склеры обычной окраски. Отеков нет.

Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны, эластичны.

Дыхание самостоятельное. ЧДД 17 в мин. При перкуссии легких звук ясный легочный. При аускультации легких дыхание везикулярное, хрипов нет. SatO₂ 98 %

Пульс 78 уд./мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен симметричный, АД 127/78 мм рт. ст.

Язык влажный, живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Симптом поколачивания по пояснице отрицательный.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- гликопептидов
- оксазолидинонов
- аминогликозидов
- цефалоспоринов III поколения

Результаты обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- гликопептидов
- оксазолидинонов
- аминогликозидов
- цефалоспоринов III поколения

Результаты обследования

КТ почек и мочевыводящих путей позволяет выявить

- нарушение ренин-секретирующей функции почек
- процент функционирующих клубочков
- снижение эффективного фильтрационного давления
- деструктивный процесс в почке

Учитывая полученные данные объективного, лабораторного и инструментального обследования, больному можно поставить диагноз

- нарушение ренин-секретирующей функции почек
- процент функционирующих клубочков
- снижение эффективного фильтрационного давления
- деструктивный процесс в почке

Диагноз

Дифференциальную диагностику острого пиелонефрита необходимо проводить с

- острым аппендицитом
- острым гастроэнтеритом
- брюшным тифом
- острым нефротическим синдромом

Ведущее значение в лечении острого пиелонефрита занимает

+ _____ + терапия

- антибактериальная
- антикоагулянтная
- диуретическая

- гемодилюционная

Для проведения адекватной антибактериальной терапии необходимо до ее начала выполнить

- определение группы крови и резус-фактора
- бактериологический анализ мочи
- проведение пробы с водной нагрузкой
- исследование функции внешнего дыхания

Наиболее частым возбудителем острого пиелонефрита у больных с сахарным диабетом является

- P.aurogenosa
- S.aureus
- K.oxytoca
- S.mirrabilis

До получения результатов бактериологического исследования мочи проводится _____ терапия

- инфузионная спазмолитическая
- эмпирическая антибактериальная
- заместительная почечная
- диуретическая

Проведение консультации нефролога показано в случае

- острого обструктивного пиелонефрита с необходимостью дренирования чашечно-лоханочной системы
- острого пиелонефрита, сопровождающегося протеинурией до 1 г/сут
- острого пиелонефрита на фоне иммунодефицитного состояния любой этиологии
- острого пиелонефрита, сопровождающегося гектической лихорадкой более 72 часов

Показанием к проведению экстренного оперативного лечения является

- сохраняющаяся лихорадка более 5 суток
- неэффективность эмпирической антибактериальной терапии
- острый вторичный пиелонефрит
- нарастание уровня креатинина при необструктивном пиелонефрите

Показанием к нефрэктомии является

- сохраняющаяся лихорадка более 5 суток
- неэффективность эмпирической антибактериальной терапии
- острый вторичный пиелонефрит

- нарастание уровня креатинина при необструктивном пиелонефрите

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 66 лет, доставлен в СОСМП из отделения хирургии

Жалобы

Сбор жалоб невозможен ввиду тяжести состояния

Анамнез заболевания

Находился в отделении хирургии после плановой операции пластики грыжи белой линии живота. Обнаружен медперсоналом в коридоре без сознания, доставлен в СОСМП.

Анамнез жизни

В анамнезе гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа. Курение 30 пачколет. Рак предстательной железы. Состояние после ТУР простаты полгода назад.

Объективный статус

Положение вынужденное. Состояние тяжелое. Сознание кома I (ШКГ 5).

Кожные покровы бледные, цианоз верхней половины груди, головы, влажные, холодные, липкий пот. +

Дыхание самостоятельное, поверхностное, ослаблено в н/о с обеих сторон, ЧД 24-26 в мин. SatO₂ 80% (FiO₂ 0.21%) +

По кардиомонитору ритм синусовый с ЧСС 125 в 1 мин, АД 82/50 мм рт. ст.

Живот симметричный, при пальпации мягкий.

Критериями для оценки по шкале Глазго служат

- словесный ответ, двигательная реакция на боль, признаки дислокации головного мозга
- поднимание головы, мышечный тонус, словесный ответ
- открывание глаз, словесный ответ, реакция на боль
- открывание глаз, двигательная реакция на боль, ЭЭГ- картина

Вероятность развития ТЭЛА оценивается по шкале

- PESI
- Глазго
- SIRS
- Grace

К лабораторным исследованиям, которые необходимо выполнить в СтОСМП, относят

- PESI
- Глазго
- SIRS
- Grace

Результаты обследования

В данной ситуации необходимыми инструментальными методами исследования являются

- PESI
- Глазго
- SIRS
- Grace

Результаты обследования

На основании объективного обследования, лабораторных и инструментальных данных вероятным диагнозом у данного больного является

- PESI
- Глазго
- SIRS
- Grace

Диагноз

Признаком перегрузки правого желудочка на ЭКГ является

- индекс Соколова-Лайона $SV1+RV6 > 35$ мм
- $S \sim I \sim -Q \sim I \sim \sim I \sim \sim I \sim$
- RsR' в V5-V6
- продолжительность QRS более 0,12

Золотым стандартом диагностики ТЭЛА является

- чрезпищеводная эхокардиография
- МСКТ с контрастированием легочных артерий
- ультразвуковое исследование легких
- обзорная рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях

При массивной ТЭЛА с выраженными гемодинамическими расстройствами показано проведение

- диуретической терапии
- тромболитической
- антибиотикотерапии
- нейропротективной терапии

Противопоказанием к внутривенной тромболитической терапии является

- геморрагический инсульт или инсульт неуточненного характера в анамнезе
- язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии ремиссии
- артериальная гипертензия с цифрами систолического АД более 150-160 на фоне терапии
- ТИА в предшествующее 12 месяцев в вертебро-базилярном бассейне

Препаратом выбора для проведения тромболитической терапии является

- алтеплаза
- варфарин
- нефракционированный гепарин
- низкомолекулярный гепарин

При проведении тромболитической терапии на фоне остановки кровообращения у пациента с тромбоэмболией легочной артерии продолжительность сердечно-легочной реанимации

- уменьшается до 10 минут
- увеличивается до 60-90 минут
- не изменяется
- зависит от используемого тромболитического препарата

Альтернативным методом лечения массивной ТЭЛА при невозможности или неэффективности тромболитической терапии является

- уменьшается до 10 минут
- увеличивается до 60-90 минут
- не изменяется
- зависит от используемого тромболитического препарата

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 60 лет, доставлен в СОСМП из поликлиники

Жалобы

На момент осмотра жалобы на одышку при минимальной нагрузке, постоянный непродуктивный кашель

Анамнез заболевания

Указанные жалобы появились на фоне полного благополучия после физической нагрузке – перевозил мебель. Самостоятельно принимал АЦЦ без эффекта, в связи с сохранением жалоб обратился в поликлинику

Анамнез жизни

- в анамнезе ГБ, ИБС, постоянно принимает кардиомагнил
- 3 месяца назад диагностирован рак мочевого пузыря, проходит курс

брахитерапии

- вредные привычки отрицает
- профессиональных вредностей нет
- аллергических реакций не было
- наследственность не отягощена

Объективный статус

Общее состояние : относительно удовлетворительное. Рост 175 см, вес 68 кг. +

Сознание : ясное. +

В пространстве и времени: ориентирован +

Телосложение : правильное +

Кожные покровы, склеры: обычной окраски, влажные +

Отеки : не определяются +

Сердечно-сосудистая система: . Пульс: 106 уд.\мин ритмичный, АД: 125\70 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Акцент II тона над легочной артерией_.

_Дыхание: самостоятельное эффективное. ЧДД: 26 в мин. Перкуссия легких: над легкими ясный легочный тон. Притупление перкуторного тона: отсутствует.

Аускультация легких: дыхание жесткое проводится во все отделы легких.

Хрипы в легких: не выслушиваются. O₂ sat: 92 %

На основании клинической картины, можно предположить, что у пациента имеет быть

- обструктивная острая дыхательная недостаточность
- острая гипоксемическая дыхательная недостаточность
- рестриктивная недостаточность центрального генеза
- торакодиафрагмальная дыхательная недостаточность

Вероятность развития ТЭЛА оценивается по шкале

- SIRS
- Grace
- PESI
- Глазго

К лабораторным исследованиям, которые необходимо выполнить в СтОСМП, относят

- SIRS
- Grace
- PESI
- Глазго

Результаты обследования

В данной ситуации необходимыми инструментальными методами исследования являются

- SIRS

- Grace
- PESI
- Глазго

Результаты обследования

На основании объективного обследования, лабораторных и инструментальных данных вероятным диагнозом у данного больного является

- SIRS
- Grace
- PESI
- Глазго

Диагноз

Данное заболевание у больного следует дифференцировать с

- приступом стенокардии
- пневмонией
- астматическим статусом
- гидротораксом

В качестве фактора риска тромбоэмболии у данного больного можно рассматривать

- наличие онкологического заболевания
- длительный стресс
- ожирение
- малоподвижный образ жизни

Основным методом лечения массивной ТЭЛА является

- использование венозных вазодилататоров
- оксигеноерапия
- антибиотикотерапия
- тромболизис

Противопоказанием к внутривенной тромболитической терапии является

- черепно-мозговая травма в течении 3 недель
- прием отхаркивающих препаратов в анамнезе
- ТИА в вертебро-базиллярном бассейне в предшествующие 12 месяцев
- хронический гастрит

Пациентам умеренного и низкого риска в течение первых 5 суток заболевания показана терапия

- бета-адреноблокаторами
- низкомолекулярными гепаринами
- ингибиторами ЦОГ-1
- блокаторами кальциевых каналов

Для контроля состояния свертывающей системы при терапии низкомолекулярными гепаринами необходимо использовать такой лабораторный показатель, как

- уровень тромбоцитов
- АЧТВ
- D-димер
- МНО

Альтернативным методом лечения массивной ТЭЛА при невозможности или неэффективности тромболитической терапии является

- уровень тромбоцитов
- АЧТВ
- D-димер
- МНО

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 75 лет, доставлен в СОСМП бригадой СМП

Жалобы

Сбор жалоб невозможен ввиду тяжести состояния

Анамнез заболевания

Со слов родственников, внезапно начал задыхаться, кашлять, посинел, потерял сознание, в связи с чем вызвали СМП.

Анамнез жизни

В анамнезе гипертоническая болезнь. Курение 50 пачколет. Варикозная болезнь вен нижних конечностей, месяц назад лечился у флеболога по поводу тромбофлебита большой подкожной вены справа. Остальные данные родственники назвать затрудняются.

Объективный статус

Положение вынужденное. Состояние тяжелое. Сознание кома I (ШКГ 6).

Кожные покровы бледные, цианоз верхней половины туловища, влажные, холодные, липкий пот. Дыхание самостоятельное, поверхностное, аускультативно ослаблено в с обеих сторон, ЧД 24-26 в мин. SatO₂ 80% (FiO₂ 0.21%). По кардиомонитору ритм синусовый с ЧСС 125 в 1 мин, АД 90/50 мм рт. ст. Живот симметричный, при пальпации мягкий.

Критериями для оценки по шкале Глазго служат

- ригидность затылочных мышц, анизокория, ЭЭГ- картина

- открывание глаз, словесный ответ, реакция на боль
- наличие самостоятельного дыхания, показатели центральной гемодинамики, наличие патологических рефлексов
- менингеальные знаки, патологические формы дыхания, уровень глюкозы венозной крови

Причинами данного заболевания могут являться

- обширные операции, травмы; длительная иммобилизация больного; варикозная болезнь
- ожирение; возраст >35 лет; прием БАДов
- длительный стресс; активные занятия спортом; беременность
- сердечная недостаточность; дистрофические нарушения опорно-двигательного аппарата; психические заболевания

К лабораторным исследованиям, которые необходимо выполнить в СтОСМП, относят

- обширные операции, травмы; длительная иммобилизация больного; варикозная болезнь
- ожирение; возраст >35 лет; прием БАДов
- длительный стресс; активные занятия спортом; беременность
- сердечная недостаточность; дистрофические нарушения опорно-двигательного аппарата; психические заболевания

Результаты обследования

В данной ситуации необходимыми инструментальными методами исследования являются

- обширные операции, травмы; длительная иммобилизация больного; варикозная болезнь
- ожирение; возраст >35 лет; прием БАДов
- длительный стресс; активные занятия спортом; беременность
- сердечная недостаточность; дистрофические нарушения опорно-двигательного аппарата; психические заболевания

Результаты обследования

На основании объективного обследования, лабораторных и инструментальных данных вероятным диагнозом у данного больного является

- обширные операции, травмы; длительная иммобилизация больного; варикозная болезнь
- ожирение; возраст >35 лет; прием БАДов
- длительный стресс; активные занятия спортом; беременность

- сердечная недостаточность; дистрофические нарушения опорно-двигательного аппарата; психические заболевания

Диагноз

Признаком перегрузки правого желудочка на ЭКГ является

- синдром S~I~-Q~III~
- удлинение PQ более 0,24 с
- продолжительность QRS более 0,12
- косонисходящая депрессия ST в I, aVL, V5-V6

Золотым стандартом диагностики ТЭЛА является

- ультразвуковое исследование легких с подсчетом В-линий
- электрофизиологическое исследование
- МСКТ с контрастированием легочных артерий
- обзорная рентгенография органов грудной полости

Основным методом лечения массивной ТЭЛА с выраженными нарушениями гемодинамики является

- антибиотикотерапия
- тромболизис
- гемостатическая терапия
- оксигенотерапия

Абсолютным противопоказанием к внутривенной тромболитической терапии является

- полостная операция в течение последних 3 недель
- ожирение
- курение в анамнезе
- наличие нарушений сознания

Препаратом выбора для проведения тромболитической терапии является

- ривароксабан
- нефракционированный гепарин
- низкомолекулярный гепарин
- алтеплаза

В рамках проведения респираторной терапии пациенту показано

- немедленно начать МВЛ в режиме CPAP+Psup 10-12 см вод.ст., FiO₂= 70—90%
- оксигенотерапия увлажненным кислородом через лицевую маску с потоком 3-8 л/мин

- немедленно завести воздуховод, наложить лицевую маску, начать ИВЛ мешком Амбу
- незамедлительно выполнить интубацию трахеи, начать ИВЛ

Предрасполагающим фактором к развитию данного заболевания у больного является + _____ + в анамнезе

- немедленно начать МВЛ в режиме СРАР+Psup 10-12 см вод.ст., FiO₂= 70—90%
- оксигенотерапия увлажненным кислородом через лицевую маску с потоком 3-8 л/мин
- немедленно завести воздуховод, наложить лицевую маску, начать ИВЛ мешком Амбу
- незамедлительно выполнить интубацию трахеи, начать ИВЛ

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 30 лет самостоятельно обратилась в СОСМП

Жалобы

На момент осмотра жалобы на одышку при минимальной нагрузке, постоянный непродуктивный кашель, слабость, боль в грудной клетке, усиливающуюся при кашле.

Анамнез заболевания

Указанные жалобы появились на фоне полного благополучия 2 дня назад. Не лихорадила. Самостоятельно делала ингаляции беродуалом без эффекта.

Анамнез жизни

- в анамнезе БА интермиттирующая, использует беротек по потребности
- беременностей, родов не было
- вредные привычки отрицает
- профессиональных вредностей нет
- наследственность: мать умерла в 45 лет от ОНМК, у сестры антифосфолипидный синдром

Объективный статус

Общее состояние: средней тяжести. Рост 158 м, вес 54 кг. +

Сознание: ясное. +

В пространстве и времени: ориентирована

Телосложение: правильное

Кожные покровы бледные, влажные, акроцианоз, периоральный цианоз

Отеки : не определяются

Сердечно-сосудистая система: . Пульс: 106 уд./мин ритмичный, АД: 125/70 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Акцент II тона на легочной артерии. Дыхание: самостоятельное поверхностное. ЧДД: 26 в мин. Перкуссия легких: над легкими ясный легочный тон. Притупление перкуторного тона: отсутствует.

Аускультация легких: дыхание жесткое проводится во все отделы легких.
Хрипы в легких: не выслушиваются. O₂ sat: 89 %

Клинически у данной больной можно предположить стадию ДН

- I
- III
- IV
- II

Вероятность развития ТЭЛА оценивается по шкале

- Глазго
- Grace
- PESI
- SIRS

К лабораторным исследованиям, которые необходимо выполнить в СтОСМП, относят

- Глазго
- Grace
- PESI
- SIRS

Результаты обследования

В данной ситуации необходимыми инструментальными методами исследования являются

- Глазго
- Grace
- PESI
- SIRS

Результаты обследования

На основании объективного обследования, лабораторных и инструментальных данных вероятным диагнозом у данной больной является

- Глазго
- Grace
- PESI
- SIRS

Диагноз

У молодой пациентки необходимо проводить дифференциальный диагноз ТЭЛА и

- миастении
- острого инфаркта миокарда
- пневмонии
- тиреотоксического кризиса

В качестве наиболее вероятной причины данного заболевания у пациентки следует рассматривать

- беременность
- ожирение
- депрессивное расстройство
- гиперкоагуляционные состояния

При массивной ТЭЛА показано проведение

- Нач антибиотикотерапии
- нейропротективной терапии
- гемостатической терапии
- тромболизиса

Противопоказанием к внутривенной тромболитической терапии является

- курение
- прием оральных контрацептивов в анамнезе
- продолжающиеся кровотечения любой локализации
- хронический пиелонефрит

Предпочтительным методом инструментальной диагностики ТЭЛА у женщин является

- сцинтиграфия легких
- КТ-ангиография
- рентгенография органов грудной клетки
- чрезпищеводная эхокардиография

Под понятием «Массивная ТЭЛА» принято понимать

- обструкцию менее 50% со стабильной гемодинамикой при наличии признаков дисфункции ПЖ или некроза миокарда
- обструкцию более 50% объема сосудистого русла легких, без системной гипотонии
- обструкцию менее 50% со стабильной гемодинамикой при отсутствии признаков дисфункции ПЖ или некроза

- обструкцию более 50% объема сосудистого русла легких, САД менее 90 или снижение АД на 40 мм рт. ст. в течение 15 мин и более, не связанное с развитием аритмии, гиповолемии, сепсиса

Альтернативным методом лечения массивной ТЭЛА при невозможности или неэффективности тромболитической терапии является

- обструкцию менее 50% со стабильной гемодинамикой при наличии признаков дисфункции ПЖ или некроза миокарда
- обструкцию более 50% объема сосудистого русла легких, без системной гипотонии
- обструкцию менее 50% со стабильной гемодинамикой при отсутствии признаков дисфункции ПЖ или некроза
- обструкцию более 50% объема сосудистого русла легких, САД менее 90 или снижение АД на 40 мм рт. ст. в течение 15 мин и более, не связанное с развитием аритмии, гиповолемии, сепсиса

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 40 лет доставлен бригадой СМП

Жалобы

На момент осмотра жалобы на одышку при минимальной нагрузке, боль в грудной клетке, усиливающуюся при кашле, кашель с выделением прожилок крови.

Анамнез заболевания

Указанные жалобы появились на фоне полного благополучия накануне. Не лихорадил. Самостоятельно ЛС не принимал. В связи с усилением одышки, появлением кровохарканья вызвал СМП.

Анамнез жизни

- хронические заболевания отрицает
- неделю назад артроскопия с пластикой передней крестообразной связки левого коленного сустава
- вредные привычки отрицает
- профессиональных вредностей нет
- наследственность не отягощена

Объективный статус

Сознание : ясное. +

В пространстве и времени: ориентирован +

Телосложение : правильное. Рост 186 см, вес 98 кг. +

Кожные покровы бледные, периоральный цианоз +

Отеки : не определяются +

Сердечно-сосудистая система: Пульс: 98 уд./мин ритмичный, АД: 145/74 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Акцент II тона на легочной артерии. Дыхание: самостоятельное. ЧДД: 24 в мин. Перкуссия легких: над легкими ясный

легочный тон. Притупление перкуторного тона: отсутствует. Аускультация легких: дыхание жесткое проводится во все отделы легких. Хрипы в легких: не выслушиваются. O₂ sat: 88 %

Клинически у данного больного можно предположить + _____ + стадию ДН

- III
- IV
- I
- II

Вероятность развития ТЭЛА оценивается по шкале

- NIHС
- РААС
- PESI
- APACHE

К лабораторным исследованиям, которые необходимо выполнить в СтОСМП, относят

- NIHС
- РААС
- PESI
- APACHE

Результаты обследования

В данной ситуации необходимыми инструментальными методами исследования являются

- NIHС
- РААС
- PESI
- APACHE

Результаты обследования

На основании объективного обследования, лабораторных и инструментальных данных вероятным диагнозом у данного больного является

- NIHС
- РААС
- PESI
- APACHE

Диагноз

Антикоагулянтная терапия должна быть начата больному

- в течение первых суток
- сразу при обоснованном подозрении на ТЭЛА, не дожидаясь верификации диагноза
- только после верификации диагноза результатами КТ-ангиографии
- только после получения положительного анализа на d-димер

Пациентам с массивной ТЭЛА с выраженными нарушениями гемодинамики абсолютно показано проведение

- ультрафильтрации крови
- гемотрансфузии
- внутриаортальной баллонной контрпульсации
- тромболизиса

В рамках проведения респираторной поддержки пациенту показано

- немедленно завести воздуховод, наложить лицевую маску, начать ИВЛ мешком Амбу
- немедленно начать МВЛ в режиме CPAP+Psup 10-12 см вод.ст., $FiO_2 = 70—90\%$
- незамедлительно выполнить интубацию трахеи, начать ИВЛ с контролем по объему, FiO_2 в пределах 35—55 %, с тем чтобы поддерживать $PaO_2 > 70$ мм рт.ст. и $SaO_2 > 92\%$, $PaCO_2$ на уровне 30—35 мм рт.ст
- проведение оксигенотерапии увлажненным кислородом через лицевую маску с потоком 3-8 л/мин

Противопоказанием к внутривенной тромболитической терапии является

- язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки в стадии ремиссии
- бронхиальная астма в анамнезе
- продолжающиеся кровотечения любой локализации
- хроническая болезнь почек со снижением СКФ менее 60 мл/мин/1,73 м²

Препаратом выбора для проведения тромболитической терапии является

- алтеплаза
- варфарин
- низкомолекулярный гепарин
- нефракционированный гепарин

Факторами риска госпитальной летальности при ТЭЛА являются повышенные уровни

- тропонина и NT-proBNP
- АЛТ и АСТ

- С-реактивного белка и гамма-глобулинов
- лейкоцитов и СОЭ

Альтернативой тромболитической терапии при массивной ТЭЛА при наличии противопоказаний является

- тропонина и NT-proBNP
- АЛТ и АСТ
- С-реактивного белка и гамма-глобулинов
- лейкоцитов и СОЭ

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 35 лет, беременность 26-27 недель, доставлена бригадой скорой помощи в СОСМП.

Жалобы

На одышку экспираторного характера, малопродуктивный кашель.

Анамнез заболевания

Бронхиальная астма с 7 лет, обострения 2-4 раза в год, базисная терапия: симбикорт 4,5/80 мкг по 1 дозе 2 раза в сутки. Настоящее ухудшение состояния в течение последних 3-х недель. По совету гинеколога отменила постоянную терапию 2 месяца назад.

Анамнез жизни

- * хронические заболевания: аутоиммунный тиреоидит, эутиреоз на ЗГТ: L-тироксин 75 мг
- * вредные привычки: курила, бросила 2 года назад
- * профессиональных вредностей не имеет
- * аллергологический анамнез: витамины группы В - крапивница
- * пластика пупочной грыжи в детстве
- * беременность первая

Объективный статус

Общее состояние: относительно удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Рост 180 см, вес 73,0 кг, индекс массы тела 23,6. Отеков нет.

Сердечно-сосудистая система: тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс 96 уд/мин., удовлетворительного наполнения, АД 120/70 мм рт. ст.

Дыхательная система: ЧДД 20 в мин. При перкуссии легких – звук с коробочным оттенком, при аускультации легких: дыхание жесткое, сухие свистящие хрипы на выдохе. SatO₂ ~ 91%

Желудочно-кишечный тракт: Язык влажный, не обложен, живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Физиологические отправления в норме.

Щитовидная железа увеличена.

Необходимыми лабораторными методами исследования для постановки диагноза пациентке в условиях СОСМП являются

- тропонина и NT-proBNP
- АЛТ и АСТ
- С-реактивного белка и гамма-глобулинов
- лейкоцитов и СОЭ

Результаты обследования

Необходимыми инструментальными методами обследования для постановки диагноза пациентке в условиях СОСМП являются

- тропонина и NT-proBNP
- АЛТ и АСТ
- С-реактивного белка и гамма-глобулинов
- лейкоцитов и СОЭ

Результаты обследования

На основании данных клинического, лабораторного и инструментального обследований больной можно поставить диагноз

- тропонина и NT-proBNP
- АЛТ и АСТ
- С-реактивного белка и гамма-глобулинов
- лейкоцитов и СОЭ

Диагноз

Для оценки тяжести обострения бронхиальной астмы у пациентки необходимо продолжить контролировать

- частоту дыхания, частоту сердечных сокращений, SpO₂
- уровень лейкоцитов, гемоглобина и гематокрита
- цвет кожных покровов, наличие отеков нижних конечностей, значения АЧТВ
- артериальное давление, диурез, продолжительность интервала QT

Обязательный объем терапии для лечения обострения бронхиальной астмы у беременной пациентки в СтОСМП включает ингаляции

- гипертонического раствора NaCl 5 мл
- увлажненного кислорода 1–4 л/мин
- аминокaproновой кислоты 10 мл
- амброксола 5 мл

Беременным женщинам с обострением БА рекомендуется назначать

- ту же терапию, как и у небеременных
- меньшие дозы холинолитиков
- меньшие дозы глюкокортикостероидов
- меньшие дозы В-адреномиметиков

При развитии гипоксемии у беременной пациентки с БА рекомендуется немедленное назначение высоких доз кислорода для поддержания сатурации на уровне (%)

- 94-95
- 84-88
- 90-95
- 88-92

При отсутствии эффекта начальной ингаляционной терапия β₂-агонистами показано назначение

- антигистаминных препаратов
- цитостатических препаратов
- муколитиков
- системных ГКС

Одним из критериев выписки или перевода из СтОСМП является

- ЧД менее 25 в минуту
- ПСВ более 20% должной или наилучшей индивидуальной величины
- РаО₂ более 50 мм рт. ст
- SpO₂ более 75%

Женщинам, кормящим грудью, рекомендуется

- использовать только противоастматическую терапию по требованию, не чаще 2-х раз/сутки
- увеличить дозу ингаляционных ГКС
- продолжить прием базисной противоастматической терапии как обычно
- отказаться от базисной противоастматической терапии на период грудного вскармливания

Осложнением астматического статуса является

- обтурационный ателектаз
- аспирационная пневмония
- спонтанный пневмоторакс
- двусторонний гидроторакс

При обострении БА проведение ИВЛ необходимо в случае

- обтурационный ателектаз

- аспирационная пневмония
- спонтанный пневмоторакс
- двусторонний гидроторакс

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 25 лет, доставлена в палату интенсивной терапии бригадой скорой медицинской помощи; беременность 24-25 недель.

Жалобы

Сознание - остаточная медицинская седация, продуктивному контакту не доступна. Сбор жалоб затруднен.

Анамнез заболевания

Сбор анамнеза затруднен. Со слов врача скорой медицинской помощи, вызов в вестибюль станции метро, поводом к вызову послужила потеря сознания. По факту прибытия бригады скорой медицинской помощи - пациентка в сознании, заторможена, ориентирована в личности, месте, пространстве, со слов женщины беременность 24- 25 недель (медицинской документации нет), жалобы на головную боль, «мелькание мушек» перед глазами, слабость, тошноту, ранее сознание не теряла. В момент сбора анамнеза фибриллярные подергивания мышц лица, век, верхних конечностей, далее тонико - клонические судороги с утратой сознания. Судорожный синдром 30-40 секунд. Купирование судорог в/в введением раствора сибазона 4 мл, госпитализация в стационар.

Анамнез жизни

Сбор анамнеза жизни не возможен ввиду тяжести состояния пациентки.

Объективный статус

Положение пассивное. Состояние тяжелое. Сознание остаточная медицинская седация. Зрачки S=D, обычного размера. Фотореакция +, лицо симметричное. Дыхание самостоятельное, ЧД 14 в мин. SatO₂ ~ 92% (FiO₂ ~ 0.21%). По кардиомонитору ритм синусовый с ЧСС 62 в 1 мин, АД 190/100 (САД 130) мм рт. ст.

Живот увеличен согласно сроку беременности, при пальпации мягкий.

Сердцебиение плода выслушивается (ЧСС плода 120 уд/мин).

Отмечаются отеки век, глаз, нижних конечностей.

Выполнена катетеризация мочевого пузыря – получено 50 мл концентрированной мочи.

В момент осмотра возникновение тонических судорог с переходом в клонические судороги, угнетение сознания.

К лабораторным исследованиям, необходимым для постановки диагноза, относят

- обтурационный ателектаз
- аспирационная пневмония
- спонтанный пневмоторакс
- двусторонний гидроторакс

Результаты обследования

Необходимыми инструментальными методами являются

- обтурационный ателектаз
- аспирационная пневмония
- спонтанный пневмоторакс
- двусторонний гидроторакс

Результаты обследования

В мониторинг основных функций со стороны матери входят

- энцефалограмма
- газы крови
- мониторинг артериального давления
- мониторинг центрального венозного давления

Пациентке в экстренном порядке необходима консультация

- сосудистого хирурга
- акушера - гинеколога
- кардиолога
- хирурга

На основании анамнеза, результатов инструментального и лабораторного обследования больной может быть установлен диагноз

- сосудистого хирурга
- акушера - гинеколога
- кардиолога
- хирурга

Диагноз

Препаратом первой линии для лечения судорог у больной с эклампсией является

- магния сульфат
- пропофол
- диазепам
- карбамазепин

С целью купирования судорожного приступа сульфат магния вводится

- внутримышечно
- перорально
- в виде высоких клизм

- внутривенно

С целью коррекции артериальной гипертензии предпочтительно назначить

- галоперидол
- прозерин
- капотен
- нифедипин

С целью коррекции кислотно-щелочного баланса у пациентки необходимо

- начать инфузию инсулина 0,1 Ед/кг/час
- изменить параметры искусственной вентиляции легких, снизив минутный объём вентиляции и обеспечив гиперкапнию
- начать инфузию раствора натрия гидрокарбоната (8,4%, 4%)
- начать инфузию раствора маннитола 15%-200 мл, из расчета 1 г/кг

Нагрузочная доза сульфата магния составляет + ____ + г

- 80
- 1
- 4
- 12

Первым признаком передозировки магния сульфата является

- невнятная речь
- нарушение сердечного ритма по типу желудочковой тахикардии
- острая дыхательная недостаточность
- угнетение дыхания

Антидотом магния сульфата является раствор

- невнятная речь
- нарушение сердечного ритма по типу желудочковой тахикардии
- острая дыхательная недостаточность
- угнетение дыхания

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 59 лет доставлена реанимационной бригадой скорой медицинской помощи в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы

На момент осмотра жалобы на одышку, боли в области сердца, сжимающего характера.

Анамнез заболевания

Сбор анамнеза затруднен ввиду тяжести состояния. Известен длительный анамнез гипертонической болезни (максимальные цифры АД 180/90 мм рт. ст.), принимает терапию (название препаратов не помнит). Со слов, совершая покупки в магазине, ощутила боли в области сердца, одышку, сердцебиение, головокружение, холодный, липкий пот, сознание не теряла, сотрудники магазина вызвали бригаду скорой медицинской помощи.

Пациентка доставлена в палату интенсивной терапии стационарного отделения скорой медицинской помощи.

Анамнез жизни

Сбор анамнеза затруднен ввиду тяжести состояния.

Объективный статус

Положение пассивное. Состояние тяжелое. Сознание ясное, заторможена (по ш. Глазго 14 баллов). Кожные покровы бледные, акроцианоз, влажные, холодные. Рост 162 см, вес 84 кг. Поверхностные вены обеих голеней варикозно расширены. Асимметричные отеки голеней, справа значительно больше, чем слева.

Дыхание самостоятельное, глубокое, проводится во все отделы симметрично с обеих сторон, ослаблено в нижних отделах, там же выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы, ЧД 26-28 в мин. SatO₂ 82% (FiO₂ 0.21%)

По кардиомонитору ритм синусовый с ЧСС 117 в 1 мин, АД 83/55 (САД 48) мм рт. ст.

Живот симметричный, при пальпации мягкий.

Выполнена катетеризация мочевого пузыря – получено 100 мл прозрачной мочи.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются: определение

- невнятная речь
- нарушение сердечного ритма по типу желудочковой тахикардии
- острая дыхательная недостаточность
- угнетение дыхания

Результаты обследования

Основными методами инструментальной диагностики являются

- невнятная речь
- нарушение сердечного ритма по типу желудочковой тахикардии
- острая дыхательная недостаточность
- угнетение дыхания

Результаты обследования

С целью оценки состояния свертывающей и фибринолитической системы необходимо выполнить

- невнятная речь
- нарушение сердечного ритма по типу желудочковой тахикардии
- острая дыхательная недостаточность
- угнетение дыхания

Результаты обследования

Учитывая результаты обследований, данной пациентке можно поставить диагноз

- невнятная речь
- нарушение сердечного ритма по типу желудочковой тахикардии
- острая дыхательная недостаточность
- угнетение дыхания

Диагноз

Пациентке показано немедленное проведение

- гемостатической терапии
- антибиотикотерапии
- тромболитической терапии
- нейропротективной терапии

Препаратом выбора для проведения тромболитической терапии является

- раствор гепарина натрия со скоростью 18Ед/кг/ч, корректируя в зависимости от уровня АЧТВ
- низкомолекулярный гепарин эноксипарин натрия в дозе 1 мг/кг массы тела каждые 12ч
- алтеплаза 0,6 мг/кг на протяжении 15 мин (максимальная доза 50мг)
- варфарин с начальной дозой 5 мг/сут с последующим титрованием дозы

К абсолютным противопоказаниям для проведения тромболиза относится

- транзиторная ишемическая атака в последние 6 месяцев
- желудочно-кишечное кровотечение в течение 1 месяца
- хронический гастрит в фазе обострения
- декомпрессируемые пункции (подключичной вены, люмбальная, печени)

Тромболитическая терапия больной должна проводиться в

- терапевтическом отделении
- отделении торакальной хирургии
- ОРИТ
- отделении пульмонологии

Оптимальным методом контроля эффективности тромболитической терапии является

- обзорная рентгенография органов грудной полости в 2х проекциях
- эхокардиография
- коагулограмма с определением АЧТВ
- доплерография вен нижних конечностей и малого таза

Эхокардиографическим признаком эффективного тромболизиса является

- уменьшение индекса массы миокарда
- увеличение экскурсии передней створки трикуспидального клапана
- увеличение ФВ ЛЖ на 8-10%
- снижение давления в легочной артерии

Альтернативным методом лечения тромбоэмболии легочной артерии при неэффективности тромболитической терапии является

- баллонная ангиопластика
- увеличение дозы нефракционированного гепарина
- эмболэктомия
- назначение антиагрегантов

Рецидивирующая несмотря на адекватную антикоагулянтную терапию ТЭЛА является показанием для

- баллонная ангиопластика
- увеличение дозы нефракционированного гепарина
- эмболэктомия
- назначение антиагрегантов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 80 лет доставлена бригадой скорой медицинской помощи с подозрением на декомпенсацию сахарного диабета (глюкоза капиллярной крови 35 ммоль/л).

Жалобы

Сбор жалоб невозможен в связи с тяжестью состояния.

Анамнез заболевания

Со слов соседки по участку, заметила, что пациентка не выходит из дома 2 дня, зайдя в дом обнаружила без сознания, вызвала бригаду скорой медицинской помощи.

Анамнез жизни

Длительное время страдает гипертонической болезнью, сахарным диабетом 2 типа, на инсулинотерапии.

Другой информацией соседка не располагает.

Объективный статус

Общее состояние: тяжелое.

Сознание: шкала комы Глазго = 8.

Рост 168 см, вес 70 кг. Кожные покровы: сухие. Отеков нет. Сердечно-сосудистая система: пульс: 98 уд/мин, АД: 80/60 мм рт. ст.

Дыхание: самостоятельное. Аускультация легких: дыхание жесткое, проводится во все отделы. O₂ sat: 92% Запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Размеры печени по Курлову 9*8*7 см.

Очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

На ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 100, неполная блокада левой ножки пучка Гиса.

К лабораторным исследованиям, необходимым для постановки диагноза относят

- баллонная ангиопластика
- увеличение дозы нефракционированного гепарина
- эмболэктомия
- назначение антиагрегантов

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом у данной пациентки с учетом лабораторных данных является

- баллонная ангиопластика
- увеличение дозы нефракционированного гепарина
- эмболэктомия
- назначение антиагрегантов

Диагноз

У пациентки имеет место диабетический кетоацидоз + _____ + степени тяжести

- тяжелой
- умеренной
- легкой
- крайне тяжелой

Данной пациентке показано лечение в условиях

- терапевтического отделения
- отделения реанимации и интенсивной терапии
- эндокринологического отделения
- дневного стационара

Основным компонентом терапии является

- стимуляция форсированного диуреза
- устранение инсулиновой недостаточности
- профилактика кровотечений
- поддержание АД на уровне 120/80

На догоспитальном этапе или в приемном отделении больной необходимо начать инфузию раствора

- раствор Рингера
- 5% глюкозы
- реополиглюкин
- NaCl 0,9%

Начальная скорость регидратации с помощью 0,9% раствора NaCl в первый час должна составлять + _____ + л

- 0,2-0,5
- 1,5-2
- 2-2,5
- 1-1,5

Об адекватности инфузионной терапии, перфузии почек свидетельствует темп диуреза не менее + _____ + мл/кг в час

- 0,5
- 5
- 2
- 0,1

Начальная доза инсулина короткого действия для внутривенного болюсного введения + _____ + ед/кг реальной массы тела

- 0,5-0,6
- 0,1-0,15
- 1-2
- 0,8-1

При непрерывной инфузии инсулина для предотвращения сорбции инсулина в системе необходимо к раствору NaCl 0,9% добавить раствор

- альбумина

- глюкозы 40%
- инсулина
- гемодеза

Скорость снижения глюкозы плазмы должна быть не более + ____ + ммоль/л/ч

- 4
- 8
- 6
- 10

Перевод на подкожную инсулинотерапию осуществляется при улучшении состояния, стабильной гемодинамике, рН > 7,3 и уровне глюкозы в периферической крови ниже + ____ + ммоль/л

- 4
- 8
- 6
- 10

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 41 года доставлен бригадой скорой медицинской помощи с подозрением на острый панкреатит.

Жалобы

На опоясывающую боль в эпигастрии, тошноту, рвоту до четырех раз съеденной пищей.

Анамнез заболевания

Около 8 часов назад появилась давящая боль в эпигастрии, самостоятельно принимал но-шпу, активированный уголь без эффекта, в связи с появлением тошноты, рвоты вызвал скорую медицинскую помощь. Лихорадку, нарушения стула отрицает.

На протяжении четырех дней до заболевания употреблял алкоголь (ежедневно по 500 мл водки).

Анамнез жизни

- * в анамнезе хронический простатит, другие хронические заболевания отрицает;
- * курит 1 пачку сигарет в день;
- * профессиональных вредностей не имеет;
- * аллергические реакции отрицает;
- * оперативных вмешательств не было, контакты с инфекционными больными отрицает

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 175 см, масса тела 77 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание

везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 78 в 1 мин, АД 130/75 мм рт. ст. Температура тела 36,8°C. Живот симметричный, вздут, болезненный при пальпации в эпигастральной области, перитонеальные симптомы отрицательные. Размеры печени по Курлову 10*9*8 см, печень не пальпируется. Ректально: кожа перианальной области не изменена, сфинктер в тонусе, пальпация стенок кишки безболезненная, на высоте пальца патологических образований не определяется, кал на перчатке обычного цвета. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный.

К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся

- 4
- 8
- 6
- 10

Результаты обследования

Необходимым скрининговым инструментальным методом обследования в данной ситуации является

- 4
- 8
- 6
- 10

Результаты обследования

Учитывая полученные данные лабораторно-инструментального исследования, больному можно поставить диагноз

- 4
- 8
- 6
- 10

Диагноз

Показана консультация специалиста врача

- терапевта
- реаниматолога
- инфекциониста
- хирурга

Для оценки тяжести острого панкреатита и прогноза развития заболевания рекомендуется применение шкалы

- CURB65
- Альварадо
- Глазго
- Джанелидзе

Данному больному показано лечение в условиях

- хирургического отделения
- инфекционного стационара
- терапевтического отделения
- отделения реанимации

**У данного больного может быть диагностирована + _____ +
этиологическая форма острого панкреатита**

- алкогольно-алиментарная
- травматическая
- инфекционная
- билиарная

К перитонеальным симптомам относится симптом

- Ортнера
- Обуховской больницы
- Щеткина-Блюмберга
- падающей капли

Данному пациенту лечение следует начинать с

- лапароскопии
- чрескожного дренирования брюшной полости под УЗ-наведением
- перкутанного дренирования главного панкреатического протока
- консервативной терапии

В базисный лечебный комплекс для лечения лёгкого панкреатита входит применение

- электрофореза с лидазой
- спазмолитиков
- антикоагулянтов
- антибиотиков

Для диагностики панкреонекроза рекомендуется выполнение

- гастроскопия
- ретроградная панкреатохолангиография
- ангиография чревного ствола
- МСКТ органов брюшной полости

К осложнениям псевдокист поджелудочной железы относят

- гастроскопия
- ретроградная панкреатохолангиография
- ангиография чревного ствола
- МСКТ органов брюшной полости

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 75 лет доставлен бригадой скорой медицинской помощи с представлением о декомпенсации сахарного диабета (глюкоза капиллярной крови 38 ммоль/л).

Жалобы

Сбор жалоб невозможен ввиду тяжести состояния.

Анамнез заболевания

Со слов дочери последнюю неделю отец постоянно лежал, был вялым, отказывался от еды и воды, за неделю до этого самостоятельно увеличил дозу индапамида в связи с повышенным давлением. Накануне эпизод судорог, купированный самостоятельно, в связи с чем дочь вызвала бригаду скорой медицинской помощи.

Анамнез жизни

Длительное время отмечает повышение артериального давления до максимальных цифр 200/120 мм рт. ст., в 2000 году перенес инфаркт миокарда. С 2005 года диагностирован сахарный диабет 2 типа, постоянно принимает метформин.

Не курит, алкоголь не злоупотребляет.

Аллергологический анамнез: аллергия на йод – отек Квинке.

Оперативные вмешательства: протезирование левого тазобедренного сустава в 2003 году.

Объективный статус

Общее состояние: тяжелое. Сознание: Шкала комы Глазго = 13 баллов.

Конституция: нормостеническая, рост, см: 175, вес, кг: 72.0. Кожные покровы: сухие. Отеков нет.

Сердечно-сосудистая система: пульс: 100 уд/мин, АД: 110/60 мм рт. ст.

При аускультации легких выслушивается жесткое дыхание, хрипов нет.

Сатурация $O_2 = 97\%$ Желудочно-кишечный тракт: язык обложен белым налетом, живот при пальпации диффузно болезненный, симптомы раздражения брюшины - отрицательные.

Симптом Пастернацкого отрицательный.

Очаговой неврологической симптоматики нет.

К лабораторным исследованиям, необходимым для постановки диагноза относят

- гастроскопия

- ретроградная панкреатохолангиография
- ангиография чревного ствола
- МСКТ органов брюшной полости

Результаты обследования

На основании жалоб, анамнеза, данных осмотра и результатов лабораторного обследования у больного можно диагностировать такое осложнение сахарного диабета как

- диабетический алкалоз
- диабетический кетоацидоз
- гиперосмолярное гипергликемическое состояние
- гипогликемическая кома

Для высокого содержания глюкозы в плазме крови характерно

- увеличение осмолярности
- исчезновение осмолярности
- сохранение осмолярности
- снижение осмолярности

Данному пациенту показано лечение в условиях

- терапевтического отделения
- отделения реанимации и интенсивной терапии
- эндокринологического отделения
- дневного стационара

Провоцирующим фактором развития гиперосмолярного гипергликемического состояния у больного могло явиться

- надпочечниковая недостаточность
- увеличенное потребление жидкости
- длительная физическая нагрузка
- увеличение дозы диуретика

На догоспитальном этапе или в приемном отделении больному необходимо начать инфузию раствора

- гемодеза
- NaCl 0,9%
- глюкозы 5% с инсулином
- реополиглюкина

Перед продолжением инфузионной терапии необходимо определить уровень

- ионизированного Са
- скорректированного К
- дефицита Сl
- скорректированного Na

Необходимый объем инфузии за 1-й час составляет

- 250-500 мл
- 100-250 мл
- 1-1.5 л
- 50 мл

Особенностями инсулинотерапии при гиперосмолярном состоянии на начальных этапах инфузионной терапии является

- введение высоких доз инсулина
- расчет инсулина на идеальную массу тела
- внутримышечный путь введения инсулина
- ограничение введения инсулина

Введение больших доз инсулина вместе с 0,45% раствором NaCl может приводить к

- гемолитическому кризу
- острой почечной недостаточности
- гипотонии
- отеку мозга

Основным направлением лечения гиперосмолярного гипергликемического состояния является

- устранение кетоза
- борьба с гипогидратацией и гиповолемией
- антибактериальная терапия
- борьба с гипоксией и гиперкапнией

При гиперосмолярном состоянии в профилактических целях возможно назначение

- устранение кетоза
- борьба с гипогидратацией и гиповолемией
- антибактериальная терапия
- борьба с гипоксией и гиперкапнией

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 65 лет доставлена бригадой СМП.

Жалобы

На момент осмотра жалобы на слабость, боль в животе.

Анамнез заболевания

Указанные жалобы беспокоят на протяжении недели. В анамнезе СД, инсулинотерапия лантус. Со слов, 2 недели назад получила в аптеке инсулин другой фирмы, после начала его использования в назначенных дозах отмечала значительные колебания глюкозы, при самостоятельном измерении – от 3 до 25 ммоль/л, в связи с невозможностью записаться в поликлинику, вызвала СМП.

Анамнез жизни

В анамнезе хронические заболевания: гипертоническая болезнь, ИБС, фибрилляция предсердий (ФП) постоянная форма, СД 2 типа, инсулинотерапия. Не курит, алкоголь не употребляет.

Аллергологический анамнез: аллергия на амоксициллин – отек Квинке.

Оперативные вмешательства: пластика пупочной грыжи 10 лет назад.

Объективный статус

Общее состояние: средней степени тяжесть. Сознание: ШКГ 15. Конституция: нормостеник, рост, см: 165, вес, кг: 72.0. Кожные покровы: сухие. Отеки: пастозность голеней. Сердечно-сосудистая система: Пульс: 100 уд/мин, АД: 110/60 мм рт. ст.

Дыхание: самостоятельное. Аускультация легких: дыхание жесткое. SpO₂ sat: 97%

Запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Желудочно-кишечный тракт: язык - обложен, живот при пальпации – диффузно- болезненный, симптомы раздражения брюшины – отрицательные. Симптом поколачивания по пояснице – отрицательный.

Без очаговой неврологической симптоматики.

К лабораторным исследованиям, необходимым для постановки диагноза относят

- устранение кетоза
- борьба с гипогидратацией и гиповолемией
- антибактериальная терапия
- борьба с гипоксией и гиперкапнией

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом у данной пациентки с учетом лабораторных данных является

- устранение кетоза
- борьба с гипогидратацией и гиповолемией
- антибактериальная терапия
- борьба с гипоксией и гиперкапнией

Диагноз

У пациентки имеет место диабетический кетоацидоз + _____ + степени тяжести

- умеренной
- легкой
- очень тяжелой
- тяжелой

Причиной болей в животе у данной больной, вероятнее всего, является

- обострение калькулезного холецистита
- химический гастрит
- обострение хронического панкреатита с эндокринной недостаточностью
- диабетический псевдоперитонит

Провоцирующим фактором диабетического кетоацидоза является

- длительная физическая нагрузка
- ошибки в технике инъекций
- терапия антибиотиками
- надпочечниковая недостаточность

На догоспитальном этапе или в приемном отделении больной необходимо начать инфузию раствора

- 0,9% NaCl
- 10% NaCl
- глюкозы 5 % с инсулином
- реополиглюкина

Показанием к введению бикарбоната натрия является рН крови

- $\leq 6,9$
- $>7,46$
- $\leq 7,35$
- $>7,5$

Внутримышечная инсулинотерапия проводится

- всем больным в диабетическом кетоацидозе
- по желанию пациента
- при уровне глюкозы более 30 ммоль/л
- при невозможности в/в доступа

Начальная доза инсулина короткого действия для внутривенного болюсного введения составляет + _____ + ед/кг реальной массы тела

- 0,8-1
- 1-2
- 0,1-0,15
- 0,5-0,6

Вместе с введением инсулина для коррекции электролитных нарушений назначают инфузию

- кальция
- магния
- калия
- железа

В первые сутки следует НЕ снижать уровень глюкозы крови менее + _____ + ммоль/л

- 17-19
- 13-15
- 25-27
- 20-23

Перевод на п/к инсулинотерапию возможен при уровне глюкозы менее + _____ + ммоль/л

- 17-19
- 13-15
- 25-27
- 20-23

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 20 лет доставлена бригадой СМП.

Жалобы

На момент осмотра жалобы на слабость, жажду, головную боль.

Анамнез заболевания

В течение последних нескольких дней отмечает общую слабость, жажду, отсутствие аппетита, сонливость, в связи с ухудшением самочувствия вызвала СМП.

Анамнез жизни

В анамнезе хронический пиелонефрит, хронический синусит, другие хронические заболевания отрицает.

Не курит, алкоголь по праздникам.

Аллергологический анамнез спокойный.

На диспансерном учете не состоит.

Оперативные вмешательства отрицает.

Объективный статус

Общее состояние: средней степени тяжести
Сознание: ШКГ 14. Конституция: нормостеническая, рост, см: 172, вес, кг: 62.0. Кожные покровы: сухие. Отеки: не определяются. Сердечно-сосудистая система: Пульс: 88 уд/мин, АД: 100\60 мм рт. ст.

Дыхание: самостоятельное. Аускультация легких: дыхание жесткое. O~2~ sat: 97%

Запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Желудочно-кишечный тракт: язык обложен, живот при пальпации – диффузно- болезненный, симптомы раздражения брюшины – отрицательные. Симптом поколачивания по пояснице – отрицательный.

Без очаговой неврологической симптоматики.

К лабораторным исследованиям, необходимым для постановки диагноза, относят

- 17-19
- 13-15
- 25-27
- 20-23

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом у данной пациентки с учетом лабораторных данных является

- 17-19
- 13-15
- 25-27
- 20-23

Диагноз

У пациентки имеет место диабетический кетоацидоз + _____ + степени тяжести

- умеренной
- легкой
- очень тяжелой
- тяжелой

Данной пациентке показано лечение в условиях

- терапевтического отделения
- дневного стационара
- эндокринологического отделения
- ОРИТ

Наиболее часто с диабетического кетоацидоза дебютирует

- Lada диабет
- СД 1 типа
- СД 2 типа
- несахарный диабет

Сразу при поступлении необходимо начать инфузию раствора

- Рингера-лактат
- реополиглюкина
- NaCl 0,9%
- NaCl 10%

Показанием к введению бикарбоната натрия является рН крови

- $\leq 7,35$
- $>7,5$
- $\leq 6,9$
- $>7,46$

На начальных этапах терапии необходимо контролировать гликемию

- каждые 10 минут
- 2 раза в день
- каждый час
- каждые 8 часов

Начальная доза инсулина короткого действия для внутривенного болюсного введения + _____ + ед/кг реальной массы тела

- 0,5-0,6
- 0,1-0,15
- 1-2
- 0,8-1

При непрерывной инфузии инсулина короткого действия для предотвращения его сорбции в системе необходимо к раствору NaCl 0,9% добавить

- раствор глюкозы 40%
- раствор NaCl 10%
- инсулин длительного действия
- раствор альбумина

Скорость снижения глюкозы плазмы должна быть не более + _____ + ммоль/л/ч

- 4
- 6
- 10
- 1

Для достаточной регидратации необходимый объем инфузии раствора NaCl 0,9% за 1-й час составит

- 4
- 6
- 10
- 1

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 60 лет доставлена бригадой СМП.

Жалобы

На момент осмотра жалобы на слабость, жажду, головную боль.

Анамнез заболевания

Последнюю неделю получает инъекции дексаметазона, по поводу радикулопатии.

Последние 3 дня отмечает общую слабость, сухость во рту, при измерении глюкозы капиллярной крови повышение до 30 ммоль, в связи с чем вызвала СМП.

Анамнез жизни

В анамнезе гипертоническая болезнь, ИБС, СД 2 - типа принимает метформин.

Не курит, алкоголь не употребляет.

Аллергологический анамнез спокойный.

Оперативные вмешательства: холецистэктомия 5 лет назад, кесарево сечение 40 лет назад.

Объективный статус

Общее состояние: средней степени тяжесть. Сознание: ШКГ 15. Конституция - гиперстеническая, рост, см - 162, вес, кг - 82.0 Кожные покровы: сухие Отеки: пастозность голеней. Сердечно-сосудистая система: Пульс: 98 уд/мин, АД: 160\80 мм рт. ст.

Дыхание: самостоятельное. Аускультация легких: дыхание жесткое. O₂ sat: 97%

Запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Желудочно-кишечный тракт: язык: обложен, живот при пальпации: диффузно болезненный, симптомы раздражения брюшины: отрицательные. Симптом поколачивания по пояснице: отрицательный.

Без очаговой неврологической симптоматики.

К лабораторным исследованиям, необходимым для постановки диагноза относят

- 4
- 6
- 10
- 1

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом у данной пациентки с учетом лабораторных данных является

- 4
- 6
- 10
- 1

Диагноз

У пациентки имеет место диабетический кетоацидоз + _____ + степени тяжести

- тяжелой
- умеренной
- легкой
- очень тяжелой

Данной пациентке показано лечение в условиях

- отделения реанимации
- амбулаторно-поликлинического отделения
- дневного стационара
- отделения терапии

Провоцирующим фактором диабетического кетоацидоза является

- надпочечниковая недостаточность
- самостоятельное увеличение дозы инсулина больными
- терапия стероидами
- длительная физическая нагрузка

На госпитальном этапе или в приемном отделении необходимо начать инфузию раствора

- NaCl 0,9%
- Рингера-лактат
- реополиглюкина
- NaCl 10%

Показанием к введению бикарбоната натрия является рН крови

- $>7,46$
- $\leq 7,35$
- $>7,5$
- $\leq 6,9$

На начальных этапах терапии необходим контроль кетоновых тел в моче

- каждые 2 дня
- 2 раза в день
- каждые 30 минут
- каждый час

Начальная доза инсулина короткого действия для внутривенного болюсного введения составляет + ____ + ед/кг реальной массы тела

- 0,1-0,15
- 0,8-1
- 1-2
- 0,5-0,6

При непрерывной инфузии инсулина короткого действия, для предотвращения его сорбции в системе, к вводимой смеси NaCl и инсулина следует добавить

- раствор альбумина
- раствор NaCl 10%
- раствор глюкозы 40%
- инсулин длительного действия

В первые сутки следует не снижать уровень глюкозы крови менее + ____ + ммоль/л

- 13 -15
- 20 - 23
- 17 -19
- 25 - 27

Начальная скорость регидратации с помощью 0.9% раствора NaCl составляет + ____ + мл/кг массы тела

- 13 -15
- 20 - 23
- 17 -19
- 25 - 27

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 61 год доставлена бригадой СМП.

Жалобы

На общую слабость, одышку, чувство страха.

Анамнез заболевания

Указанные жалобы возникли накануне утром на фоне полного благополучия. В связи с сохранением жалоб вызвала бригаду СМП.

Ранее возникали подобные эпизоды, жалобы купировались самостоятельно в течение дня.

Анамнез жизни

- * в анамнезе гипертоническая болезнь, ИБС
- * не курит, злоупотребляет алкоголем;
- * профессиональных вредностей не имела;
- * аллергические реакции отрицает
- * оперативные вмешательства: 4 года назад – ревизия органов брюшной полости по поводу проникающего ножевого ранения

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 172 см, масса тела 65 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, неритмичные, ЧСС 140 в 1 мин, АД 138/82 мм рт. ст. Температура тела 36,0°C. Живот симметричный, при пальпации мягкий безболезненный. Очаговой неврологической симптоматики нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 13 -15
- 20 - 23
- 17 -19
- 25 - 27

Результаты обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- 13 -15
- 20 - 23
- 17 -19
- 25 - 27

Результаты обследования

На ЭКГ у данной пациентки регистрируется

- синдром Бругада

- фибрилляция предсердий
- наджелудочковая тахикардия с широкими комплексами
- трепетание предсердий

У данного пациента имеет место + _____ + форма фибрилляции предсердий (ФП)

- брадисистолическая
- тахисистолическая
- нормосистолическая
- смешанная

Всем пациентам с ФП для оценки сердечной структуры и функции рекомендовано проведение

- трансторакальной эхокардиографии
- мультиспиральной компьютерной томографии сердца с контрастированием
- МРТ сердца с гадолинием
- чреспищеводной эхокардиографии

Для уточнения наличия тромбоза ушка левого предсердия больному показано проведение

- трансторакальной ЭхоКГ
- чреспищеводной ЭхоКГ
- стресс-ЭхоКГ
- торакоскопии

Медикаментозная кардиоверсия эффективна при длительности пароксизма ФП

- менее 60 ч
- менее 96 ч
- менее 72 ч
- менее 48 ч

Для медикаментозной кардиоверсии используется

- амиодарон
- клофелин
- метопролол
- эбрантил

Электроимпульсная терапия (ЭИТ) в экстренном порядке показана при

- наличии инфаркта в анамнезе
- сопутствующем гипертоническом кризе

- неустойчивой гемодинамике
- ЧСС больше 100

Перед кардиоверсией рекомендовано проведение антикоагулянтной терапии, если

- длительность эпизода ФП составляет более 48 часов или неизвестна
- у пациента в анамнезе имеется криптогенный инсульт
- у индекс по шкале CHA₂DS₂-VASc составляет >2 для мужчин и > 3 для женщин
- планируется электрическая кардиоверсия

Если длительность эпизода ФП составляет 48 часов и более, либо если продолжительность эпизода нарушения ритма неизвестна, перед кардиоверсией рекомендовано проводить антикоагулянтную терапию не менее

- 3 недель
- 48 часов
- 7 суток
- 3 месяцев

Для решения вопроса об антикоагулянтной терапии используется шкала

- 3 недель
- 48 часов
- 7 суток
- 3 месяцев

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 64 года самостоятельно обратился в стационарное отделение СМП (СОСМП).

Жалобы

На общую слабость, одышку при минимальной физической нагрузке, потемнение в глазах при резком вставании с дивана, пониженное АД.

Анамнез заболевания

Указанные жалобы появились накануне, связывал свое состояние с магнитными бурями, к врачу не обращался. Утром при измерении АД 110/65, привычные цифры 150/80. В связи с чем обратился в СОСМП.

Анамнез жизни

* в анамнезе ХОБЛ, гипертоническая болезнь, постоянно принимает спирова, лозап плюс

* в детстве перенес ревматизм

* курит 1 пачку в день, алкоголь по выходным

- * профессиональных вредностей не имел
- * аллергические реакции отрицает
- * оперативные вмешательства отрицает

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 180 см, масса тела 85 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, неритмичные, диастолический шум на верхушке. ЧСС 55 уд в 1 мин, АД 110/72 мм рт. ст. Температура тела 36,0°C. Живот симметричный, при пальпации мягкий безболезненный.

Очаговой неврологической симптоматики нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 3 недель
- 48 часов
- 7 суток
- 3 месяцев

Результаты обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- 3 недель
- 48 часов
- 7 суток
- 3 месяцев

Результаты обследования

На ЭКГ у данного пациента регистрируется

- наджелудочковая тахикардия с широкими комплексами
- фибрилляция предсердий
- АВ- блокада 2 степени
- трепетание предсердий

У данного пациента имеет место + _____ + форма трепетания предсердий (ТП)

- брадисистолическая
- нормосистолическая
- тахисистолическая
- регулярная

Трепетание предсердий (ТП) относится к предсердным тахикардиям, обусловленным циркуляцией волны возбуждения по механизму

- макро-реэнтри
- макро-ротафлоу
- микро-ротафлоу
- микро-реэнтри

«Клапанная» мерцательная аритмия чаще всего связана со стенозом + _____ + клапана

- митрального
- трикуспидального
- аортального
- пульмонального

С учетом течения и длительности аритмия у данного пациента может быть классифицирована как

- впервые диагностированная
- пароксизмальная
- персистирующая
- постоянная

Пациенту с пароксизмом трепетания предсердий и нестабильной гемодинамикой показано проведение

- ритмурежающей терапии
- неотложной кардиоверсии
- антикоагулянтной терапии в течение 3х недель
- антиагрегантной терапии пожизненно

При длительности пароксизма более 48 часов и стабильной гемодинамике для исключения тромбоза предсердий перед проведением электроимпульсной терапии (ЭИТ) необходимо выполнить

- чреспищеводную ЭхоКГ
- трансторакальную ЭхоКГ
- суточный монитор ЭКГ
- КТ органов грудной клетки

Больному с со средним и тяжёлым митральным стенозом ревматического генеза для профилактики риска тромбоэмболических осложнений рекомендованы

- антиагреганты
- антагонисты витамина К
- флеботоники

- новые оральные антикоагулянты

Целевой уровень МНО у больного с клапанным ТП, получающим антагонисты витамина К, должно составлять

- 1,5-2
- 0,85 - 1,05
- 3,0-3,5
- 2,0-3,0

Пероральные антикоагулянты рекомендованы больным ФП и ТП мужского пола с суммой баллов по шкале CHA₂-DS₂-VASc

- 1,5-2
- 0,85 - 1,05
- 3,0-3,5
- 2,0-3,0

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 54 года доставлен бригадой СМП.

Жалобы

На общую слабость, одышку.

Анамнез заболевания

Потерял сознание в магазине, сотрудники торгового центра вызвали СМП, до приезда бригады пришел в себя.

Со слов пациента около 3-х дней беспокоят жалобы на общую слабость, ощущение перебоев в работе сердца.

Анамнез жизни

* в анамнезе гипертоническая болезнь, фибрилляция предсердий (ФП)

пароксизмальная форма, мочекаменная болезнь

* постоянно принимает лозап плюс

* курит 1 пачку в день, алкоголь не употребляет

* профессиональных вредностей не имел

* аллергические реакции отрицает

* оперативные вмешательства - аппендэктомия в детстве

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост 182 см, масса тела 85 кг. Кожные покровы обычной окраски, влажные. Периферических отеков нет. Дыхание жесткое, влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах легких, ЧДД 28 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, неритмичные, ЧСС 132 в 1 мин, АД 90/62 мм рт. ст. Температура тела 36,0°C. Живот симметричный, при пальпации мягкий безболезненный.

Очаговой неврологической симптоматики нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 1,5-2
- 0,85 - 1,05
- 3,0-3,5
- 2,0-3,0

Результаты обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- 1,5-2
- 0,85 - 1,05
- 3,0-3,5
- 2,0-3,0

Результаты обследования

На ЭКГ у данного пациента регистрируется

- наджелудочковая тахикардия
- мерцание-трепетание предсердий
- AV- блокада 2 степени
- фибрилляция предсердий

У данного пациента имеет место + _____ + форма фибрилляции предсердий (ФП)

- тахисистолическая
- брадисистолическая
- смешанная
- нормосистолическая

Феноменом Фредерика называется сочетание ФП с

- АВ-блокадой III
- желудочковой экстрасистолией
- острым инфарктом миокарда
- наджелудочковой тахикардией

Для нормосистолической формы ФП характерна частота

- 60-100
- 50-90
- 90-120
- 40-80

Показанием к восстановлению синусового ритма является

- перенесенный инфаркт миокарда
- избыточная масса тела
- нарушение гемодинамики
- длительность пароксизма более 48 часов

Данному пациенту показана

- ритмурежающая терапия
- антикоагулянтная терапия
- диуретическая терапия
- экстренная электроимпульсная терапия (ЭИТ)

Перед проведением ЭИТ необходимо ввести

- атропин
- клофелин
- гепарин
- верапамил

После проведения экстренной ЭИТ пациенту показана госпитализация в

- ОРИТ
- терапевтическое отделение
- кардиохирургическое отделение
- кардиологическое отделение

Пероральные антикоагулянты (АКГ) рекомендованы больным ФП и трепетанием предсердий (ТП) мужского пола с суммой баллов по шкале CHA₂-DS₂-VASc ≥

- 4
- 2
- 1
- 3

Сумма баллов по шкале HAS-BLED + ____ + указывает на высокий риск кровотечений

- 4
- 2
- 1
- 3

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 62 года самостоятельно обратилась в стационарное отделение скорой медицинской помощи (СОСМП).

Жалобы

На общую слабость, одышку при минимальной физической нагрузке.

Анамнез заболевания

Указанные жалобы беспокоят на протяжении 3х дней, самостоятельно принимала нитроглицерин – без эффекта. В связи с сохранением жалоб по совету подруги обратилась в СОСМП.

Анамнез жизни

* в анамнезе гипертоническая болезнь, ИБС. Постинфарктный кардиосклероз (ИМ без Q трехлетней давности), хронический пиелонефрит, аутоиммунный тиреоидит

* не курит, алкоголем не злоупотребляет;

* профессиональных вредностей не имела;

* аллергическая реакция на цефтриаксон - крапивница

* оперативные вмешательства: 3 года назад – лапароскопическая холецистэктомия

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 162 см, масса тела 71 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 19 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, неритмичные, ЧСС 136 в 1 мин, АД 130/75 мм рт. ст. Температура тела 37,0°C. Живот симметричный, при пальпации мягкий безболезненный.

Очаговой неврологической симптоматики нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 4
- 2
- 1
- 3

Результаты обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- 4
- 2
- 1
- 3

Результаты обследования

На ЭКГ у данной пациентки регистрируется

- наджелудочковая тахикардия с узкими комплексами
- синусовая тахикардия
- фибрилляция предсердий
- трепетание предсердий

У данной пациентки имеет место + _____ + форма фибрилляции предсердий (ФП)

- персистирующая
- длительно персистирующая
- постоянная
- впервые выявленная

В качестве одной из наиболее частых внекардиальных причин ФП у пациентки следует исключать

- ХОБЛ
- гломерулонефрит
- ревматоидный артрит
- тиреотоксикоз

Для нормосистолической формы ФП характерна частота

- 80-140
- 40-80
- 60-100
- 100-120

Одной из стратегий терапии ФП является контроль

- массы тела
- артериального давления
- сердечного выброса
- частоты желудочкового ритма

Электроимпульсная терапия (ЭИТ) в экстренном порядке показана при

- наличии инфаркта миокарда в анамнезе
- ЧСС больше 140 в минуту
- длительности приступа более 48 часов
- неустойчивой гемодинамике

Для купирования пароксизма длительностью менее 48 часов вводят амиодарон в дозе + _____ + мг

- 1200
- 150
- 300

- 50

После купирования пароксизма и отсутствии тяжелого сопутствующего заболевания пациент может быть госпитализирован

- в отделение рентген – хирургических методов диагностики и лечения
- в отделение реанимации и интенсивной терапии
- на койки кратковременного пребывания СОСМП
- в стационар сестринского ухода

Для решения вопроса об антикоагулянтной терапии используется шкала

- GRACE
- SIRS
- CHA₂DS₂-VASc
- APACHE

Для оценки риска кровотечений у больных ФП используют шкалу

- GRACE
- SIRS
- CHA₂DS₂-VASc
- APACHE

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 61 года доставлена бригадой СМП с подозрением на острый пиелонефрит.

Жалобы

На боль тянущего характера в поясничной области слева, учащенное болезненное мочеиспускание, изменение цвета мочи (мутно-желтая) повышение температуры до 38,5°C .

Анамнез заболевания

5 дней назад после купания в холодной воде отметила появление учащенного болезненного мочеиспускания, самостоятельно приняла цистон, без эффекта. 2 дня назад отметила повышение температуры тела до 38,5°C, изменение цвета мочи, появление тянущей боли в левой поясничной области. В связи с сохранением вышеуказанных жалоб вызвала СМП.

Анамнез жизни

Сопутствующие заболевания: хронический цистит

Перенесенные заболевания в детстве - ОРВИ.

Операции: отрицает.

Контакты с инфекционными больными отрицает.

Аллергологический анамнез – не отягощен.

Вредные привычки отрицает.

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Конституция: нормостеник, рост 164 см, вес 60 кг, индекс массы тела 22,3. Температура тела 38,8^oС. Кожные покровы, склеры обычной окраски. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны, эластичны.

Дыхание самостоятельное. ЧДД 18 в мин. При аускультации дыхание жесткое, хрипов нет. SatO₂ 98 % Пульс: 110 уд./мин., ритмичный симметричный, АД: 130/80 мм рт. ст.

Язык влажный, живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Симптом поколачивания по пояснице - положительный слева. Щитовидная железа не увеличена. Ректальное исследование: кожа перианальной области не изменена. Сфинктер в тонусе. Пальпация стенок кишки безболезненная. На высоте пальца патологических образований не определяется. Кал на перчатке обычного цвета.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- GRACE
- SIRS
- CHA₂-DS₂-VASc
- APACHE

Результаты обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- GRACE
- SIRS
- CHA₂-DS₂-VASc
- APACHE

Результаты обследования

Выполнение КТ почек и мочевыводящих путей у данной пациентки позволило выявить

- деструктивный процесс в почке
- острое повреждение почек преренального генеза
- снижение эффективного фильтрационного давления
- мочекаменную болезнь

Учитывая полученные данные объективного, лабораторного и инструментального обследования, больной можно поставить диагноз

- деструктивный процесс в почке

- острое повреждение почек преренального генеза
- снижение эффективного фильтрационного давления
- мочекаменную болезнь

Диагноз

Ведущее значение в лечении острого пиелонефрита имеет + _____ + терапия

- спазмолитическая
- антибактериальная
- диуретическая
- нефропротективная

До начала проведения антибактериальной терапии рекомендуется проведение

- пробы с водной нагрузкой
- исследования функции внешнего дыхания
- определения группы крови и резус-фактора
- бактериологического исследования мочи

Наиболее частым возбудителем острого пиелонефрита является

- K.pneumoniae
- S.marcescens
- P.aeruginosa
- E.coli

Данной пациентке в качестве стартовой эмпирической антибактериальной терапии может быть назначен

- Эртепенем
- Доксициклин
- Ципрофлоксацин
- Пиперациллин/тазобактам

Альтернативными препаратами для лечения неосложненного пиелонефрита нетяжелого течения являются препараты из группы

- аминогликозидов
- гликопептидов
- цефалоспоринов III поколения
- полусинтетических пенициллинов

Для уменьшения симптомов интоксикации показано проведение

- диуретической терапии

- инфузионной терапии
- физиотерапии с использованием инфракрасного излучения
- заместительной почечной терапии

Вызов нефролога на консультацию необходим при

- выявлении резистентных к антибиотикотерапии возбудителей в моче
- наличии признаков почечной недостаточности
- наличии протеинурии до 0,5 г/сут.
- необходимости дренирования чашечно-лоханочной системы

Однозначно нуждаются в экстренной госпитализации больные

- выявлении резистентных к антибиотикотерапии возбудителей в моче
- наличии признаков почечной недостаточности
- наличии протеинурии до 0,5 г/сут.
- необходимости дренирования чашечно-лоханочной системы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 26 лет доставлена скорой помощью в СОСМП.

Жалобы

На одышку экспираторного характера при минимальной физической нагрузке, общую слабость, малопродуктивный кашель.

Анамнез заболевания

В анамнезе бронхиальная астма смешанная (аллергическая, инфекционно-зависимая) с 17 лет, обострения 2-4 раз в год, принимает беротек по требованию. Настоящее обострение в течение последних 2-х недель после перенесенного ОРВИ. Дополнительно использовала беротек до 10 раз в день, в связи с отсутствием эффективности вызвала СМП.

Анамнез жизни

- * не курит, алкоголем не злоупотребляет
- * профессиональных вредностей не имеет
- * аллергологический анамнез: пыльцевая сенсibilизация
- * аппендэктомия в детстве

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Рост 160 см, вес 53.0 кг, индекс массы тела: 23.6 кг/м^2 . Отеки не определяются.

Дыхательная система. ЧДД 24 в мин. При перкуссии легких - с коробочным оттенком. Притупление перкуторного тона отсутствует. При аускультации легких - дыхание жесткое, диффузные сухие свистящие хрипы. Sat O₂ ~ 91%

Сердечно-сосудистая система: Пульс 100 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, АД 130/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные.

Желудочно-кишечный тракт: язык влажный, чистый, живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Физиологические отправления в норме.

Щитовидная железа не увеличена.

Для постановки диагноза данной пациентке в условиях СОСМП необходимо выполнить лабораторные исследования, включающие

- выявления резистентных к антибиотикотерапии возбудителей в моче
- наличии признаков почечной недостаточности
- наличии протеинурии до 0,5 г/сут.
- необходимости дренирования чашечно-лоханочной системы

Результаты лабораторных обследований

Для постановки диагноза данной пациентке в условиях СОСМП необходимо использовать инструментальные методы обследования, включающие

- выявления резистентных к антибиотикотерапии возбудителей в моче
- наличии признаков почечной недостаточности
- наличии протеинурии до 0,5 г/сут.
- необходимости дренирования чашечно-лоханочной системы

Результаты инструментальных методов обследования

На основании данных, полученных при клиническом, лабораторном и инструментальном обследовании, больной можно поставить диагноз

- выявления резистентных к антибиотикотерапии возбудителей в моче
- наличии признаков почечной недостаточности
- наличии протеинурии до 0,5 г/сут.
- необходимости дренирования чашечно-лоханочной системы

Диагноз

При оценке степени тяжести обострения бронхиальной астмы у данной пациентки необходимо контролировать

- диурез, частоту сердечных сокращений, лейкоцитоз
- частоту дыхания, частоту сердечных сокращений, SpO₂
- цвет кожных покровов, наличие отеков нижних конечностей, артериальное давление
- артериальное давление, частоту сердечных сокращений, диурез

Обязательный объем терапии для лечения обострения бронхиальной астмы средней степени тяжести в СтОСМП включает ингаляции

- увлажненного кислорода 1–4 л/мин.

- амброксола 5 мл
- аминакапроновой кислоты 10 мл
- гипертонического раствора NaCl 5 мл

При отсутствии эффекта от проводимой терапии в течение 4–6 ч возможно капельное внутривенное введение

- димедрола
- актовегина
- фуросемида
- аминофиллина

Применение седативных препаратов и наркотических средств при обострении БА

- осуществляется по желанию пациента
- показано при ЧДД более 25
- запрещено
- необходимо сразу при поступлении

При отсутствии эффекта начальной ингаляционной терапия β₂-агонистами показано назначение

- антигистаминных препаратов
- системных ГКС
- цитостатических препаратов
- муколитических препаратов

Одним из критериев выписки или перевода из СтОСМП является

- уровень SpO₂ более 82%
- ПСВ более 20% должной или наилучшей индивидуальной величины;
- рaO₂ более 20 мм рт. ст
- уровень SpO₂ более 92%

При отсутствии контроля взрослым пациентам с бронхиальной астмой на 3-й ступени терапии рекомендуется комбинация

- ингаляционный ГКС {plus} бронходилататор длительного действия (фиксированная комбинация)
- ингаляционный ГКС {plus} бронходилататор короткого действия (фиксированная комбинация)
- таблетки теофиллина {plus} бронходилататор длительного действия
- омализумаб {plus} ингаляционный ГКС

Осложнением астматического статуса является

- бронхоэктатическая болезнь

- спонтанный пневмоторакс
- обтурационный ателектаз
- двусторонний гидроторакс

При обострении БА проведение ИВЛ необходимо в случае

- бронхоэктатическая болезнь
- спонтанный пневмоторакс
- обтурационный ателектаз
- двусторонний гидроторакс

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 30 лет самостоятельно обратился в стационарное отделение скорой помощи.

Жалобы

На момент осмотра пациент предъявляет жалобы на тупую ноющую боль в левом подреберье с иррадиацией в левую поясничную область.

Анамнез заболевания

Около 3-х недель назад почувствовал боль в поясничной области слева, которая затем переместилась в левое подреберье, периодически иррадиировала в паховую область слева. Самостоятельно принимал кетанов, баралгин с незначительным эффектом. Со слов пациента, на фоне болей был эпизод появления крови в моче. Обратился к урологу по месту жительства, назначен канефрон, боли сохранялись, а через 7 дней усилились, пациент вызвал СМП и был госпитализирован в ЦРБ. Выписан с диагнозом: мочекаменная болезнь. Конкременты почек. Левосторонняя почечная колика. Рекомендовано табл. Роватинекс 2 таблетки 2 р./д, но-шпа по 2 таблетки 2р./д, кетанов и баралгин при болях, наблюдение уролога. Указанную терапию принимал, болевой синдром сохранялся, в связи с чем самостоятельно обратился в стационарное отделение скорой помощи.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался в соответствии с возрастом
- * Перенесенные заболевания и операции: френулопластика 3 года назад, ОРВИ - в детстве.
- * Наблюдается у терапевта по поводу гипергомоцистеинемии, принимает варфарин. Другие хронические заболевания – отрицает.
- * Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными, туберкулез, гепатит, венерические заболевания - отрицает, в эпид. районы - не выезжал, гемотрансфузии отрицает.
- * Аллергологический анамнез: неотягощен
- * Вредные привычки - отрицает

Объективный статус

- * Общее состояние удовлетворительное Сознание ясное. Конституция

нормостеническая, рост 164 см, вес 71 кг, индекс массы тела: 26.4 кг/м²

Температура тела на момент поступления 36,8 °C

* Кожные покровы, склеры: обычной окраски, видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны, эластичны. Отеков нет.

* Щитовидная железа не увеличена

* Дыхание самостоятельное. ЧДД: 18 в мин. При аускультации легких - дыхание жесткое, хрипов нет. SpO₂ ~ 98% Сердечно-сосудистая система: ЧСС 74 уд/мин, ритм правильный, АД 130/80 мм рт. ст.

* Желудочно-кишечный тракт: язык влажный, живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, симптомов раздражения брюшины нет
Симптом поколачивания по пояснице: положительный слева. Ректально: кожа перианальной области не изменена. Сфинктер в тонусе. Пальпация стенок кишки безболезненная. На высоте пальца патологических образований не определяется. Кал на перчатке обычного цвета

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами исследования в стационарном отделении скорой помощи являются

- бронхоэктатическая болезнь
- спонтанный пневмоторакс
- обтурационный ателектаз
- двусторонний гидроторакс

Результаты обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- бронхоэктатическая болезнь
- спонтанный пневмоторакс
- обтурационный ателектаз
- двусторонний гидроторакс

Результаты обследования

При подозрении на уретеролитиаз необходимо выполнить

- бронхоэктатическая болезнь
- спонтанный пневмоторакс
- обтурационный ателектаз
- двусторонний гидроторакс

Результаты обследования

На основании клинических данных и результатов лабораторно-инструментального обследования больному можно поставить диагноз

- бронхоэктатическая болезнь
- спонтанный пневмоторакс
- обтурационный ателектаз
- двусторонний гидроторакс

Диагноз

Консервативная терапия неосложненной почечной колики включает назначение

- нестероидных противовоспалительных препаратов
- холиномиметиков
- антигистаминных препаратов
- β -адреноблокаторов

При сохранении выраженного болевого синдрома на фоне применения нестероидных противовоспалительных средств применяют

- диазепам
- дексаметазон
- трамадол
- дротаверин

Наибольшую вероятность спонтанного отхождения имеют конкременты до 6 мм, локализованные в

- нижней трети мочеточника
- промежуточной трети мочеточника
- верхней трети мочеточника
- средней трети мочеточника

Показанием к хирургическому лечению почечной колики является наличие признаков

- обструкции мочеточника
- полиурии
- расширения чашечно-лоханочной системы
- хронического пиелонефрита

Дренирование почки при обструкции верхних мочевых путей осуществляется методом установки

- уретральной слинг-системы
- постоянного катетера Фоллея
- мочеточникового стента
- катетера Нелатона

Больной может быть вписан на амбулаторное лечение для продолжения консервативной терапии при условии

- отхождения конкремента в присутствии медицинского персонала
- отсутствия эритроцитурии
- установки нефростомического дренажа
- купирования болевого синдрома

Для госпитализации пациента в отделение специализированной помощи необходима консультация врача

- уролога
- андролога
- нефролога
- терапевта

Всем пациентам со склонностью к образованию мочевых конкрементов рекомендуется избегать чрезмерного потребления

- уролога
- андролога
- нефролога
- терапевта

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 71 год, доставлена в стационар бригадой скорой помощи с представлением о желудочно-кишечном кровотечении.

Жалобы

Сбор жалоб, анамнеза затруднен ввиду тяжести состояния. На момент осмотра жаловалась на интенсивные боли в гипогастрии и правой подвздошной области, усиливающиеся при изменении положения тела, тошноту, сухость во рту.

Анамнез заболевания

Полный сбор жалоб, анамнеза затруднен ввиду тяжести состояния, известно, что вчера около 22:00 отметила нарастающую боль в нижних отделах живота постоянного характера, впоследствии отметила многократную рвоту, появление общей слабости, сухости во рту в 01:35 доставлена бригадой скорой медицинской помощи (СМП) в стационарное отделение СМП (СтОСМП).

Анамнез жизни

Полный сбор жалоб, анамнеза затруднен ввиду когнитивных нарушений. Со слов, в анамнезе операция по поводу ущемленной грыжи (год операции не уточняет).

Объективный статус

Положение активное в пределах кровати. Состояние тяжелое. Контакту доступна, дезориентирована, заторможена. Зрачки S=D, обычного размера.

Дыхание самостоятельное, ЧД 18-20 в мин. SpO₂ ~ 90% (FiO₂ ~ 0.21%)
По кардиомонитору ритм синусовый с ЧСС 120 в 1 мин, АД 105/60 мм рт. ст.
Живот увеличен в объеме, напряжен, при пальпации диффузно болезненный во всех отделах, симптом раздражения брюшины положительный.

Для полноценной диагностики в условиях СтОСМП необходимо выполнить

- уролога
- андролога
- нефролога
- терапевта

Результаты обследования

Повышенная концентрация лактата в крови до 5.3 ммоль/л свидетельствует о

- повышении концентрации бикарбоната в плазме крови
- кислородной задолженности тканей
- снижении концентрации калия в плазме крови
- наличии системного воспаления

Необходимыми инструментальными исследованиями в СтОСМП являются

- повышении концентрации бикарбоната в плазме крови
- кислородной задолженности тканей
- снижении концентрации калия в плазме крови
- наличии системного воспаления

Результаты обследования

Учитывая полученные данные лабораторно-инструментального исследования, больной можно поставить диагноз

- повышении концентрации бикарбоната в плазме крови
- кислородной задолженности тканей
- снижении концентрации калия в плазме крови
- наличии системного воспаления

Диагноз

Помимо постановки назогастрального зонда и катетеризации мочевого пузыря, с целью мониторинга и мероприятий интенсивной терапии необходимо выполнить

- лапароцентез в экстренном порядке по жизненным показаниям
- проведение трансфузии эритроцитарной массы

- катетеризацию вены
- катетеризацию легочной артерии катетером Сван-Ганса

У всех пациентов с ОКН рекомендовано проведение + _____ + терапии

- дегидратационной
- кислородо-
- инфузионной
- спазмолитической

В целях восполнения волемиического статуса необходимо

- ввести адреналин в дозировке 0.01-0.15 мкг/кг/мин с увеличением по мере необходимости
- головной конец кровати опустить на 30°
- проводить инфузию сбалансированных (буферных) растворов
- произвести трансфузию эритроцитарной массы, свежезамороженной плазмы

Показана консультация

- инфекциониста
- хирурга
- уролога
- гастроэнтеролога

Выполнена декомпрессия верхних отделов ЖКТ не позднее + _____ + часов от момента установления диагноза

- 12
- 36
- 72
- 2

Для снижения риска возникновения гнойно-инфекционных осложнений рекомендовано проведение

- гастропротективной терапии
- антибиотикопрофилактики
- профилактики послеоперационных венозных тромбозов
- промывания желудка

Всем пациентам при установленном диагнозе странгуляционной ОКН (инвагинация, заворот, узлообразование, странгуляционная форма спаечной непроходимости) рекомендуется

- выполнение экстренного оперативного лечения
- введение спазмолитиков

- наблюдение в течении 12 часов
- оперативное лечение после проведения консервативной терапии

Выявленные при обзорной рентгенографии брюшной полости у пациентки уровни раздела сред газ/жидкость называются

- выполнение экстренного оперативного лечения
- введение спазмолитиков
- наблюдение в течении 12 часов
- оперативное лечение после проведения консервативной терапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 52 года доставлен реанимационной бригадой скорой помощи.

Жалобы

Активно не предъявляет ввиду тяжести состояния, жгучие боли за грудиной, чувство нехватки воздуха.

Анамнез заболевания

Полный сбор анамнеза не возможен ввиду тяжести состояния. Сегодня 10 часов назад возникли боли в грудной клетке, жгучего характера, иррадиирующие в левую руку, чувство нехватки воздуха, выраженная слабость, вызвал скорую медицинскую помощь (СМП), на догоспитальном этапе: Брилинта 180 мг, аспирин 500 мг, гепарин 5000 МЕ в/в.

Анамнез жизни

Инфаркт миокарда, ОНМК, сахарный диабет, язвенную болезнь отрицает.

Объективный статус

Положение вынужденное, с высоким изголовьем. Состояние тяжелое. Сознание оглушение.

Дыхание самостоятельное, аускультативно проводится во все отделы симметрично с обеих сторон, влажные хрипы в средне-нижних отделах, ЧД 24 в минуту. SpO₂ ~ 78% (FiO₂ 40%)

По кардиомонитору ритм синусовый с ЧСС 110 уд/мин, элевация ST, АД 76 /40 мм. рт. ст.

Живот симметричный, подвздут, не напряжен, при пальпации мягкий, безболезненный.

С целью лабораторной диагностики на начальном этапе оказания помощи пациенту в экстренном порядке необходимо выполнить

- выполнение экстренного оперативного лечения
- введение спазмолитиков
- наблюдение в течении 12 часов
- оперативное лечение после проведения консервативной терапии

Результаты лабораторной диагностики

Основным методами инструментального вида исследования у данного пациента является

- выполнение экстренного оперативного лечения
- введение спазмолитиков
- наблюдение в течении 12 часов
- оперативное лечение после проведения консервативной терапии

Результаты инструментального метода обследования

На основании объективного обследования, лабораторных и инструментальных данных данному больному можно поставить диагноз

- выполнение экстренного оперативного лечения
- введение спазмолитиков
- наблюдение в течении 12 часов
- оперативное лечение после проведения консервативной терапии

Диагноз

Осложнением у данного пациента является + _____ + шок

- анафилактический
- гиповолемический
- дистрибутивный (распределительный)
- кардиогенный

С целью адекватного обезболивания пациенту следует ввести внутривенно

- кетонал
- сибазон
- анальгин
- морфин

Если планируется первичное ЧКВ в состав двойной антиагрегантной терапии входит + _____ + мг

- варфарин 5
- клопидогрел 75
- клопидогрел 600
- варфарин 2,5

При поступлении данному пациенту в первую очередь необходимо

- подготовить операционное поле
- обеспечить венозный доступ
- катетеризировать мочевой пузырь
- провести термометрию

Противопоказанием к введению β -блокаторов является

- стенокардия напряжения в анамнезе
- брадикардия
- тахикардия
- подозрение на острый инфаркт миокарда

Применение нитратов для терапии отека легких у данного пациента ограничено

- гипотензией
- возрастом
- выраженным тахипноэ
- головной болью при приеме нитроглицерина в анамнезе

Эквивалентом подъема ST на ЭКГ является

- гипертрофия правого желудочка
- впервые возникшая полная блокада левой ножки пучка Гисса
- резкое отклонение электрической оси влево
- пароксизм фибрилляции предсердий

Постинфарктная стенокардия — стенокардия, возникшая в первые + ___ + недель(-и) после инфаркта миокарда

- 2
- 3
- 4
- 5

Повышение концентрации лактата в крови свидетельствует о

- 2
- 3
- 4
- 5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 56 лет обратился самостоятельно с рабочего места.

Жалобы

Общая слабость, онемение правой руке, слабость в ногах, онемение правой части лица

Анамнез заболевания

Находясь на рабочем месте, внезапно ощутил общую слабость, головную боль,

коллеги отметили перекосившуюся правую часть лица, ввиду чего был доставлен в СОСМП.

Анамнез жизни

Инфаркт миокарда, ОНМК, сахарный диабет, язвенную болезнь отрицает.

Объективный статус

Положение активное в пределах кровати. Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Зрачки S=D, обычного размера. Фотореакция {plus}.

Дыхание самостоятельное, эффективное, ЧД 14 в мин. SpO₂ 98% (FiO₂ 0.21%)

По кардиомонитору ритм синусовый с ЧСС 59 в 1 мин, АД 92/50 мм рт. ст.

Живот симметричный, безболезненный

Для диагностики на начальном этапе оказания помощи необходимо выполнить

- 2
- 3
- 4
- 5

Результаты обследования

Основным методом инструментального вида диагностики является

- 2
- 3
- 4
- 5

Результаты инструментального вида обследования

Пациенту в экстренном порядке необходима консультация

- 2
- 3
- 4
- 5

Результаты обследования

На основании объективного обследования, лабораторных и инструментальных данных данному больному можно поставить диагноз

- 2
- 3
- 4
- 5

Диагноз

Данному пациенту показан перевод в

- нейрохирургическое отделение
- региональный сосудистый центр
- отделение терапии
- неврологическое отделение

Время с момента поступления больного с признаками ОНМК в отделение до получения дежурным врачом-неврологом отделения заключения КТ- или МРТ-исследования головного мозга и анализа крови должно составлять не более + _____ + минут

- 40
- 60
- 120
- 90

С целью профилактики/снижения тяжести внутричерепной гипертензии следует

- опустить головной конец кровати на 30°
- внутривенно струйно ввести раствор нитроглицерина 0,1% - 10 мл
- внутривенно струйно ввести раствор альбумина 20% - 100 мл
- приподнять головной конец кровати на 30-40°

Внутривенная тромболитическая терапия при отсутствии показаний проводится в первые + _____ + часа(-ов) от начала развития заболевания

- 12
- 4,5
- 72
- 0,5

Противопоказанием к внутривенной тромболитической терапии является

- геморрагический инсульт или инсульт неуточненного характера в анамнезе
- язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии ремиссии
- ТИА в предшествующее 12 месяцев в вертебро-базилярном бассейне
- артериальная гипертензия с цифрами систолического АД 150-160 мм рт. ст. на базовой терапии

Инфузионная терапия может включать в себя раствор

- 5% декстрозы

- 0,9% NaCl
- 40% декстрозы
- 0,45% NaCl

К общемозговым симптомам относится

- головокружение
- менингеальный синдром
- симптом Кернига
- ригидность мышц затылка

Основным принципом гипотензивной терапии при ОНМК будет

+ _____ + уровня АД

- головокружение
- менингеальный синдром
- симптом Кернига
- ригидность мышц затылка

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 86 лет доставлена скорой помощью в СОСМП.

Жалобы

На одышку при минимальной физической нагрузке, общую слабость, ощущение сердцебиения.

Анамнез заболевания

Пациентка страдает бронхиальной астмой с молодости, получает беклометазон 250 мкг 1 доза утром, сальбутамол по требованию. В течение последних 1-2 недель постепенно нарастала одышка. Ухудшение состояния пациентка ни с чем не связывает, пользуется сальбутамолом около 10 раз в день с умеренным снижением одышки, но нарастанием тахикардии. При очередном приступе одышки вызвала СМП, доставлена в стационар.

Анамнез жизни

Хронические заболевания: ИБС, ХСН IIА, ФК 3, в 2008 году проведена ангиопластика и стентирование коронарных артерий. СД 2 типа на терапии глибенкламидом, хронический простой гастрит.

Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Профессиональных вредностей не имеет.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Аппендэктомия в детстве.

Объективный статус

Общее состояние: относительно удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Рост 150 см, вес 53.0 кг, индекс массы тела: 23.6 (норма) Отеков нет. Щитовидная железа не увеличена.

Сердечно-сосудистая система: Пульс 81 уд. в мин., ритмичный,

удовлетворительного наполнения, АД 140/90 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные.

Дыхательная система: ЧДД 20 в мин. Перкуссия легких: над легкими коробочный тон. Аускультация легких: дыхание жесткое, сухие свистящие хрипы диффузно. SpO₂ 95%.

Желудочно-кишечный тракт: Язык влажный, не обложен, живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Физиологические отправления в норме.

Лабораторными методами исследования необходимыми для постановки диагноза пациентке в условиях СОСМП являются

- головокружение
- менингеальный синдром
- симптом Кернига
- ригидность мышц затылка

Результаты обследования

Инструментальными методами исследования для постановки диагноза данному пациенту в условиях СОСМП являются

- головокружение
- менингеальный синдром
- симптом Кернига
- ригидность мышц затылка

Результаты обследования

На основании результатов клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования можно поставить диагноз + _____ +. Гипохромная микроцитарная анемия средней степени тяжести

- ХСН IIБ ст., IV ФК по NYHA
- Бронхиальная астма, неконтролируемая, обострение
- ХОБЛ обострение
- ОКС без подъема ST

Для оценки степени тяжести обострения бронхиальной астмы у данной пациентки необходимо контролировать

- артериальное давление, уровень диуреза, уровень пульсового давления
- ЭКГ, клинический анализ крови, рентгенографию грудной клетки
- частоту дыхания, частоту сердечных сокращений, ПСВ, SpO₂
- артериальное давление, уровень пульсового давления, уровень гемоглобина

Дифференциальный диагноз генеза анемии у данной пациентки необходимо проводить между

- апластической анемией и миелобластным лейкозом
- миелобластным лейкозом и лимфолейкозом
- миелодиспластическим синдромом и апластической анемией
- железодефицитной анемией и В12-дефицитной / фолиеводефицитной анемией

К исследованиям, уточняющим генез анемии относится определение уровня

- апластической анемией и миелобластным лейкозом
- миелобластным лейкозом и лимфолейкозом
- миелодиспластическим синдромом и апластической анемией
- железодефицитной анемией и В12-дефицитной / фолиеводефицитной анемией

Дополнительная информация

При проведении обследования пациентки получены следующие данные:

Вит В12 - 200 пг/мл (N: более 175), +

Фолиевая к-та - 10 нг/мг (3 - 25), +

ОЖСС - 100 мкмоль/л (N: 45 – 62,2), +

Ферритин - 10 нг/мл (N: 30 – 300), +

Сывороточное железо - 7 мкмоль/л (N: 12,5 – 30). +

На основании полученных результатов можно поставить диагноз

- апластической анемией и миелобластным лейкозом
- миелобластным лейкозом и лимфолейкозом
- миелодиспластическим синдромом и апластической анемией
- железодефицитной анемией и В12-дефицитной / фолиеводефицитной анемией

Диагноз

Для выявления причин железодефицитной анемии данной пациентке необходимо выполнить

- маммографию
- анализ мокроты на атипичные клетки
- эзофагогастродуоденоскопию
- КТ грудной клетки

При углубленном обследовании не выявлено источников хронической кровопотери. Методом выбора для лечения анемии у пациентки являются препараты железа + _____ + на

- перорально; 1 месяц
- перорально; 4,5 месяца
- внутривенно; 14 дней
- внутримышечно; 14 дней

У пациентки сохраняется экспираторная одышка, сухие свистящие хрипы диффузно при аускультации легких, тахикардия. Необходимая для пациентки терапия должна включать

- таблетки теофиллина {plus} бронходилататор длительного действия
- ингаляционный ГКС {plus} бронходилататор короткого действия (фиксированная комбинация)
- омализумаб {plus} ингаляционный ГКС
- ингаляционный ГКС {plus} бронходилататор длительного действия (фиксированная комбинация)

Данной пациентке для терапии ИБС противопоказан прием

- блокаторов кальциевых каналов
- ацетилсалициловой кислоты в низких дозах
- бета-адреноблокаторов
- ингибиторов АПФ

Лечение парентеральными препаратами железа показано при

- блокаторов кальциевых каналов
- ацетилсалициловой кислоты в низких дозах
- бета-адреноблокаторов
- ингибиторов АПФ

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 55 лет доставлена родственниками в стационарное отделение скорой медицинской помощи (СОСМП).

Жалобы

На слабость, тошноту, головокружение, головную боль, полиурию.

Анамнез заболевания

На протяжении пяти дней отмечала нарастание вышеперечисленных жалоб, связывала их с метеочувствительностью. За мед. помощью не обращалась, лекарств не принимала. В связи с сохранением жалоб доставлена родственниками в СОСМП.

Анамнез жизни

Со слов родственников несколько лет назад у пациентки был диагностирован сахарный диабет 2 типа. В связи с этим принимала метформин в минимальной дозировке, но потом самостоятельно отменила в связи с хорошим

самочувствием. Страдает ожирением. Также страдает ГБ, но на фоне назначенной терапии отмечает нормотензию.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Сознание спутанное. Кожные покровы и слизистые бледные, без высыпаний, тургор кожи снижен, глазные яблоки при пальпации мягкие. АД 150/86 мм рт. ст. на обеих руках. Пульс=ЧСС=105 уд/мин, ритмичный, симметричный, удовлетворительных характеристик. Тоны сердца ясные, ритмичные, систолический шум на верхушке. Дыхание жесткое, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Периферических отеков нет. Запаха ацетона от пациентки нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- блокаторов кальциевых каналов
- ацетилсалициловой кислоты в низких дозах
- бета-адреноблокаторов
- ингибиторов АПФ

Результаты обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования будет

- блокаторов кальциевых каналов
- ацетилсалициловой кислоты в низких дозах
- бета-адреноблокаторов
- ингибиторов АПФ

Результаты обследования

Учитывая анамнез, данные осмотра и лабораторно-инструментального исследования больной можно поставить диагноз

- блокаторов кальциевых каналов
- ацетилсалициловой кислоты в низких дозах
- бета-адреноблокаторов
- ингибиторов АПФ

Диагноз

Типичным провоцирующим фактором для развития гипертонического гипергликемического состояния является

- гипергидратация
- генетическая предрасположенность
- прием бигуанидов
- любое острое состояние

Основной терапией при лечении гиперосмолярной комы будет + _____ + терапия

- ритмурежающая
- ноотропная
- диуретическая
- регидратационная

Первоочередным мероприятием в плане лечения будет внутривенная инфузия + _____ + капельно со скоростью 1 л/ч

- 0,45% раствора NaCl
- 10% раствора MgSO₄
- гипертонического раствора NaCl
- 0,9% раствора NaCl

Во время терапии гипергликемического гиперосмолярного состояния требуется мониторинг

- скорректированного хлора
- pH
- скорректированного натрия
- уровня гликированного гемоглобина

Уровень глюкозы плазмы следует снижать не быстрее + ____ + ммоль/л/ч

- 4
- 6
- 8
- 2

Кроме коррекции и мониторинга уровня натрия при гиперосмолярном гипергликемическом состоянии (ГГС) требует особого внимания коррекция уровня

- хлора
- калия
- бикарбоната
- магния

Скорость регидратации изменяют в зависимости от

- скорректированного натрия
- лактата
- уровня гликемии
- диуреза

Частой сопутствующей терапией при гиперосмолярном гипергликемическом состоянии (ГГС) является назначение

- производных сульфонилмочевины
- инотропных препаратов
- антиаритмиков
- антикоагулянтов

Для лечения диабетического кетоацидоза (ДКА) используется инсулин + _____ + действия

- производных сульфонилмочевины
- инотропных препаратов
- антиаритмиков
- антикоагулянтов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 56 лет доставлен в приемный покой с амбулаторного приема врача общей практики.

Жалобы

На момент осмотра активно предъявляет жалобы на головную боль, головокружение, тошноту, ощущение сердцебиения.

Анамнез заболевания

Проснувшись поутру пациент отметил головокружение, тошноту. В связи с этим обратился к врачу общей практики по месту жительства. Во время обращения присоединилась головная боль, отдающая в затылок, слабость нижних конечностей, холодный пот. +

АД измеренное во время приема было 230/110 мм рт. ст. Врачом общей практики вызвана бригада СМП.

Анамнез жизни

Длительное время страдает гипертонической болезнью ГБ. Последний раз по этому поводу обращался к терапевту 7 лет назад. Периодически принимает назначенную тогда терапию: 5 мг бисопролола 1 раз в день.

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. В постели активен. Во времени и пространстве ориентирован. АД = 220/110 мм рт. ст., ЧСС = 65 в мин, ЧДД=14 в мин, SpO₂ = 99%

Т тела 36.6°C.

Очаговой неврологической симптоматики нет.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является определение

- производных сульфонилмочевины
- инотропных препаратов

- антиаритмиков
- антикоагулянтов

Результаты обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- производных сульфонилмочевины
- инотропных препаратов
- антиаритмиков
- антикоагулянтов

Результаты обследования

Учитывая анамнез, данные осмотра и лабораторно-инструментального исследования, больному можно поставить диагноз

- производных сульфонилмочевины
- инотропных препаратов
- антиаритмиков
- антикоагулянтов

Диагноз

Гипертонический криз нередко осложняется

- рефрактерной гипотензией
- тромбозами артерий конечностей
- желудочно-кишечными кровотечениями
- ОНМК по геморрагическому типу

Предпочтительным путем введения препаратов при неосложненном кризе будет

- внутривенный
- внутримышечный
- пероральный
- ректальный

При отсутствии сопутствующей патологии препаратом выбора лечения гипертонического криза является

- бисопролол
- фентоламин
- эналаприл
- верапамил

Эналаприл относят к группе препаратов

- калийсберегающие диуретики
- сартаны
- бета-блокаторы
- иАПФ

Снижение АД проводят со скоростью + _____+% от исходного на протяжении + _____+ часов

- 20-25; 2-6
- 20-25; 6-12
- 25-50; 6-12
- 25-50; 2-6

Синдром отмены клонидина характеризуется

- кожным зудом
- диареей
- повышением АД
- нервно-мышечным возбуждением

При наличии у пациента бронхиальной астмы категорически запрещается применение

- ингибиторов АПФ
- бета-блокаторов
- диуретиков
- альфа-адреноблокаторов

Характерной особенностью гипотензивного действия нитратов является наличие

- быстрого прекращения действия
- развития стойкой гипотензии
- риска развития нарушений ритма
- «синдрома отмены»

Для предотвращения эклампсии и лечения судорог у беременных пациенток рекомендовано в/в введение

- быстрого прекращения действия
- развития стойкой гипотензии
- риска развития нарушений ритма
- «синдрома отмены»

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 18 лет доставлен родственниками в стационарное отделение скорой медицинской помощи (СОСМП) многопрофильной больницы.

Жалобы

На тошноту, сердцебиение, чувство голода, головокружение, тремор конечностей.

Анамнез заболевания

Со слов родственников, пропустив прием пищи утром ушел на тренировку. Оттуда вернулся в связи с плохим самочувствием. Родственниками решено было отвезти пациента в СОСМП.

Анамнез жизни

Недавно был поставлен диагноз СД 1 типа. В связи с этим получает двухкомпонентную инсулинотерапию: базальный инсулин + инсулин короткого действия (ИКД).

Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Сознание спутанное, во времени и пространстве не ориентирован, крайне агрессивен. Кожные покровы бледные, липкие от холодного пота, без высыпаний. АД 105/67 мм рт.ст. Пульс=ЧСС=134 уд/мин, ритмичный, симметричный, удовлетворительных характеристик. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на 1 см ниже правой реберной дуги, селезенка не увеличена. Периферических отеков нет. Выявляется тремор рук.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются определение

- быстрого прекращения действия
- развития стойкой гипотензии
- риска развития нарушений ритма
- «синдрома отмены»

Результаты обследования

Учитывая анамнез, данные осмотра и лабораторно-инструментального исследования, больному можно поставить диагноз

- быстрого прекращения действия
- развития стойкой гипотензии
- риска развития нарушений ритма
- «синдрома отмены»

Диагноз

Гипогликемические состояния провоцирует прием

- бета-блокаторов

- «быстрых» углеводов
- диуретиков
- алкоголя

Жалобы пациента на тошноту, сердцебиение, тремор конечностей следует расценивать как + _____ + симптомы

- кетоацидотические
- вегетативные
- нейрогликопенические
- осмотические

При прогрессии гипогликемического состояния развивается

- тетрапарез
- диарея
- фибрилляция желудочков
- кома

Первичными лечебными мероприятиями при легкой гипогликемии являются

- внутривенное капельное введение 0,9% раствора NaCl со скоростью 1 л/ч
- прием 1-2 хлебных единиц быстро усваиваемых углеводов
- внутривенное струйное введение 40-100 мл 40% раствора глюкозы
- внутривенное струйное введение 200-300 мл 40% раствора глюкозы

Первичными лечебными мероприятиями при тяжелой гипогликемии являются

- прием 4-6 хлебных единиц быстро усваиваемых углеводов
- внутривенное капельное введение 0,9% раствора NaCl со скоростью 1 л/ч
- внутривенное струйное введение 40-100 мл 40% раствора глюкозы
- прием 1-2 хлебных единиц быстро усваиваемых углеводов

При отсутствии восстановления сознания после в/в введения 100 мл 40% раствора глюкозы необходимо начать

- внутримышечное введение инсулина короткого действия 20 ед
- внутривенное капельное введение 0,9% раствора NaCl со скоростью 1 л/ч
- внутривенное капельное введение 10% раствора KCl со скоростью 1 л/ч
- внутривенное капельное введение 5-10% раствора глюкозы

Мероприятия по купированию гипогликемии у больных СД, получающих сахароснижающую терапию, следует начинать при уровне глюкозы плазмы < + ____ + ммоль/л

- 2,8

- 3,0
- 3,9
- 2,2

При потере сознания категорически запрещается вливать в рот сладкие растворы из-за риска

- гипергликемии
- асфиксии
- кетоацидоза
- отека мозга

Кроме 40%-го раствора глюкозы для лечения гипогликемии применяют

- глюкагон
- клофелин
- атропин
- мезатон

При передозировке пероральными сахароснижающими препаратами с большой продолжительностью действия, внутривенное капельное введение 5-10% раствора глюкозы

- глюкагон
- клофелин
- атропин
- мезатон

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 35 лет обнаружен в палате эндокринологического отделения без сознания.

Жалобы

Ввиду тяжести состояния жалоб не предъявляет.

Анамнез заболевания

После вечернего укола инсулина был найден медсестрой без сознания в палате.

Анамнез жизни

Находился на эндокринологическом отделении в связи с декомпенсацией течения СД 1 типа. Других хронических заболеваний нет. Аллергические реакции, вредные привычки, хронические интоксикации, инфекции отсутствуют.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Сознание отсутствует, на болевые раздражители не реагирует, глаза не открывает. Кожные покровы бледные, липкие от холодного пота, без высыпаний. АД 105/67 мм рт. ст. Пульс=ЧСС=134 уд/мин, ритмичный,

симметричный, удовлетворительных характеристик. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на 1 см ниже правой реберной дуги, селезенка не увеличена. Периферических отеков нет.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является определение уровня

- глюкагон
- клофелин
- атропин
- мезатон

Результаты обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования будет

- глюкагон
- клофелин
- атропин
- мезатон

Результаты обследования

Учитывая анализ крови, больному можно поставить диагноз

- глюкагон
- клофелин
- атропин
- мезатон

Диагноз

Наиболее вероятной причиной возникновения данного состояния у пациента явился (явилась, явилось)

- употребление алкоголя
- пропуск приема пищи
- передозировка инсулина
- передозировка бигуанидами

Гипогликемические состояния провоцирует прием

- бета-блокаторов
- алкоголя
- «быстрых» углеводов
- диуретиков

Первичным лечебным мероприятием при легкой гипогликемии является

- внутривенное капельное введение 0,9% раствора NaCl со скоростью 1 л/ч
- прием 1-2 хлебных единиц быстро усваиваемых углеводов
- внутривенное струйное введение 40-100 мл 40% раствора глюкозы
- внутривенное струйное введение 200-300 мл 40% раствора глюкозы

Первичными лечебными мероприятиями при тяжелой гипогликемии являются

- прием 1-2 хлебных единиц быстро усваиваемых углеводов
- внутривенное капельное введение 0,9% раствора NaCl со скоростью 1 л/ч
- прием 4-6 хлебных единиц быстро усваиваемых углеводов
- внутривенное струйное введение 40-100мл 40% раствора глюкозы

Мероприятия по купированию гипогликемии у больных СД, получающих сахароснижающую терапию, следует начинать при уровне глюкозы плазмы $< + \underline{\hspace{1cm}} +$ ммоль/л

- 3,0
- 3,9
- 2,8
- 2,2

При потере сознания категорически запрещается вливать в рот сладкие растворы из-за риска

- гипергликемии
- кетоацидоза
- отека мозга
- асфиксии

Кроме 40%-го раствора глюкозы для лечения гипогликемии применяют

- атропин
- клофелин
- глюкагон
- мезатон

При передозировке пероральными сахароснижающими препаратами инфузию глюкозы

- продолжают до выведения препарата
- немедленно прекращают
- ускоряют
- заменяют на инфузию 0.9% NaCl

Типичными вегетативными симптомами гипогликемии являются

- продолжают до выведения препарата
- немедленно прекращают
- ускоряют
- заменяют на инфузию 0.9% NaCl

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 35 лет самостоятельно обратился в СОСМП многопрофильной больницы.

Жалобы

Активно предъявляет жалобы на тянущую боль в левой подвздошной области, усиливающуюся при движении.

Анамнез заболевания

Считает себя больным на протяжении 3-х дней когда появилась боль в левой подвздошной области, лихорадка 37.5°C.

Анамнез жизни

Контакты с инфекционными больными, туберкулез, гепатит, ВИЧ, венерические заболевания, переливания крови отрицает.

Вредные привычки: курение в течении 20 лет по пачке в день, алкоголь – в праздничные дни.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. В пространстве и времени: ориентирован. Кожные покровы, склеры: обычной окраски, влажные. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Варикозное расширение вен нижних конечностей отсутствует. Периферические лимфоузлы: не увеличены, безболезненны, эластичны. Отеки не определяются. Сердечно-сосудистая система: Пульс 78 уд./мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен, симметричный. АД: 130/75 мм рт. ст.

Дыхательная система: Дыхание самостоятельное, эффективное, ритмичное. ЧДД 18 в мин. Над легкими при перкуссии ясный легочный тон. Притупление перкуторного тона отсутствует. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких. Хрипы в легких не выслушиваются.

Желудочно-кишечный тракт: Язык влажный, обложен. Живот при пальпации мягкий, болезненный в левой подвздошной области, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный.

К необходимым лабораторным исследованиям в данной ситуации относятся

- продолжают до выведения препарата
- немедленно прекращают
- ускоряют
- заменяют на инфузию 0.9% NaCl

Результаты обследования

К необходимым инструментальным исследованиям в данной ситуации относятся

- продолжают до выведения препарата
- немедленно прекращают
- ускоряют
- заменяют на инфузию 0.9% NaCl

Результаты обследования

Учитывая анамнез, данные осмотра и лабораторно-инструментального исследования, больному можно поставить диагноз

- продолжают до выведения препарата
- немедленно прекращают
- ускоряют
- заменяют на инфузию 0.9% NaCl

Диагноз

При пальпации живота при остром дивертикулите определяется

- плотный болезненный сегмент кишки, преимущественно справа
- безболезненный, неподвижный сегмент сигмовидной кишки
- умеренно болезненный сегмент сигмовидной кишки каменистой плотности, фиксированный к стенке таза или брюшной стенке
- болезненный, относительно подвижный сегмент сигмовидной кишки тестоватой или плотной консистенции

Для консервативного лечение острого дивертикулита не целесообразно использовать

- сифонную клизму
- бесшлаковую диету
- спазмолитики
- прокинетики

Для консервативного лечения дивертикулита применяют

- прокинетики
- антибиотики
- диуретики
- деконгестанты

Острый дивертикулит, осложнившийся острым абсцессом, лечится консервативно при размере абсцесса + _____ + см

- более 3
- до 3
- более 5
- от 3,5 до 5

Антибиотики при консервативном дивертикулите рекомендуется назначать

- внутримышечно
- внутривенно
- ректально
- перорально

Неэффективность консервативного лечения констатируют в случае отсутствия эффекта после + ____ + курсов терапии

- 2
- 8
- 4
- 6

К осложнениям острого дивертикулита *НЕ* относится

- малигнизация
- кровотечение
- перфорация
- обструкция

При обострении дивертикулярной болезни не рекомендуется проводить

- колоноскопию
- УЗИ брюшной полости
- магнитно-резонансную томографию
- компьютерную томографию

Риск развития рецидивного эпизода воспаления у лиц, перенесших атаку острого дивертикулита, не превышает + ____ +%

- колоноскопию
- УЗИ брюшной полости
- магнитно-резонансную томографию
- компьютерную томографию

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 61 лет доставлен бригадой СМП в стационарное отделение СМП многопрофильной больницы.

Жалобы

Активно предъявляет жалобы на сильную боль в области правой стопы, ее побледнение, похолодание, парестезии.

Анамнез заболевания

Дома на фоне полного благополучия внезапно появились вышеперечисленные жалобы. Пациент принял анальгин — без эффекта, вызвал СМП.

Анамнез жизни

Пациент длительное время отмечал боль в правой ноге при длительной ходьбе, но значения ей не придавал, за мед. помощью не обращался. Длительное время курит: по 1 пачке 40 лет.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Сознание ясное. АД 140/90 мм рт. ст.

Пульс=ЧСС=96 уд/мин, ритмичный, удовлетворительных характеристик. Тоны сердца ясные, ритмичные, акцент 2 тона на аорте. Дыхание жесткое, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень, селезенка не увеличены.

Стопа правой ноги мраморно бледная, болезненная.

При осмотре пациента в первую очередь следует проверить

- пульсацию артерий стопы
- проходимость дыхательных путей
- устойчивость в пробе Ромберга
- реакцию зрачка на свет

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- пульсацию артерий стопы
- проходимость дыхательных путей
- устойчивость в пробе Ромберга
- реакцию зрачка на свет

Результаты обследования

Учитывая анамнез, данные осмотра и лабораторно-инструментального исследования, больному можно поставить диагноз

- пульсацию артерий стопы
- проходимость дыхательных путей
- устойчивость в пробе Ромберга
- реакцию зрачка на свет

Диагноз

Согласно УЗДГ данным, у пациента + _____ + ишемия

- неугрожающая
- необратимая
- терминальная
- угрожающая

Для профилактики тромбозов применяют

- диуретики
- деконгестанты
- вазодилататоры
- антиагреганты

Для лечения состоявшихся тромбозов применяют

- деконгестанты
- антикоагулянты
- инфузию кристаллоидов
- антиагреганты

Патогенетическим методом лечения тромбоза является

- вазодилатационная терапия
- антиагрегантная терапия
- реваскуляризация конечности
- ампутация

У пациентов с утратой жизнеспособности конечности выполняется

- тромболизис
- инфузия пентоксифиллина
- первичная ампутация
- реваскуляризация

Внутритромботический лизис рекомендуется в качестве эффективного метода лечения острой ишемии конечности, продолжительность которой не превышает + ____ + день (дней)

- 1
- 28
- 14
- 7

При подозрении на компартмент-синдром проводят

- тромболизис
- фасциотомию
- инфузию наркотических анальгетиков
- ампутацию конечности

Болезнь Бюргера (облитерирующий тромбоангиит) манифестирует у

- детей и подростков с дисплазией соединительной ткани
- пожилых мужчин курильщиков
- пожилых женщин с ожирением
- молодых курящих мужчин

Больным с критической ишемией нижних конечностей показан(-ы)

- детей и подростков с дисплазией соединительной ткани
- пожилых мужчин курильщиков
- пожилых женщин с ожирением
- молодых курящих мужчин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В приемное отделение многопрофильной больницы мужем доставлена женщина 25 лет.

Жалобы

Пациентка активно предъявляет жалобы на одышку, кашель, боль и отек в левой ноге.

Анамнез заболевания

На протяжении недели пациентку беспокоила боль в левой ноге. По этому поводу принимала НПВС, за медицинской помощью не обращалась. В день обращения во время ходьбы внезапно почувствовала головокружение, слабость, начался кашель с прожилками крови. Доставлена мужем в приемное отделение ближайшего стационара.

Анамнез жизни

Хронические болезни отрицает. Операции, травмы отрицает. Длительное время принимает комбинированные оральные контрацептивы.

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. В контакт вступает легко.

Эмоциональная лабильность не выражена.

В пространстве и времени ориентирована.

Кожные покровы, склеры: обычной окраски, Кожные покровы: сухие, Склеры: обычной окраски.

Варикозное расширение вен нижних конечностей: есть

Трофические изменения кожи стоп, язвы: нет

Подкожно-жировая клетчатка развита: удовлетворительно, распределена: равномерно

Периферические лимфоузлы: не увеличены, безболезненны, эластичны

Отеки: не определяются

Сердечно-сосудистая система: Пульс: 120 уд./мин, АД: 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 120 в минуту, акцент 2 тона на легочной артерии.

ЧДД 25 в минуту, дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. SpO₂ ~ 87%
Желудочно-кишечный тракт: язык: не обложен, живот при пальпации: мягкий, безболезненный во всех отделах, симптомы раздражения брюшины: отрицательные
Симптом поколачивания по пояснице: отрицательный
Левая голень отека, болезненна при пальпации. Пальпация левой подколенной ямки болезненная.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- детей и подростков с дисплазией соединительной ткани
- пожилых мужчин курильщиков
- пожилых женщин с ожирением
- молодых курящих мужчин

Результаты обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- детей и подростков с дисплазией соединительной ткани
- пожилых мужчин курильщиков
- пожилых женщин с ожирением
- молодых курящих мужчин

Результаты обследования

Учитывая анамнез, данные осмотра и лабораторно-инструментального исследования, больной можно поставить диагноз

- детей и подростков с дисплазией соединительной ткани
- пожилых мужчин курильщиков
- пожилых женщин с ожирением
- молодых курящих мужчин

Диагноз

Вероятность ТЭЛА оценивается по шкале

- Wells
- CRB-65
- HAS-BLED
- SCORE

Для стратификации риска раннего летального исхода при ТЭЛА дополнительно назначают

- Эхо-КГ
- стресс-Эхо-КГ

- пробу с шестиминутной ходьбой
- рентгенографию органов грудной клетки

При подтвержденной ТЭЛА с выраженными гемодинамическими нарушениями терапией выбора будет являться

- дофамин в дозе 10 мкг/кг/ч
- тромболизис/эмболэктомия
- новые пероральные антикоагулянты
- эноксапирин натрия 100МЕ/кг подкожно

Наилучшие результаты достигаются при выполнении тромболизиса в период

- 1 недели
- 52 часов
- 2 недель
- 48 часов

Начальной дозой нефракционированного гепарина при ТЭЛА является

- 100 ЕД/кг/ч через перфузор
- 5000 ЕД/кг/ч через перфузор
- 1000 ЕД в/в болюсно
- 5000 ЕД в/в болюсно

Поддерживающей дозой нефракционированного гепарина при ТЭЛА является

- 5000 ЕД подкожно
- 18 ЕД/кг/ч через перфузор
- 180 ЕД/кг/ч через перфузор
- 1000 ЕД подкожно

Дозу нефракционированного гепарина подбирают, опираясь на

- МНО
- АЧТВ
- тромбоциты
- протромбиновый индекс

Для профилактики рецидивов ТЭЛА целевым значением МНО при приеме варфарина является

- 2-3
- 3-4
- 4-5
- 1-2

При передозировке варфарина применяют введение

- 2-3
- 3-4
- 4-5
- 1-2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 72 лет доставлен БСМП в СОСМП многопрофильной больницы.

Жалобы

На общую слабость, инспираторную одышку в покое, сердцебиение.

Анамнез заболевания

При отсутствии провоцирующих факторов внезапно почувствовал одышку, слабость, тахикардию. Родственниками пациента вызвана СМП.

Анамнез жизни

У пациента рак простаты IV ст. с метастазами в позвоночник, находится на паллиативном лечении дома, все время лежит в постели, не ходит. Получает опиатные анальгетики, на фоне их болевой синдром не выражен.

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Эмоциональная лабильность не выражена.

В пространстве и времени ориентирован

Кожные покровы, склеры: обычной окраски, Кожные покровы: сухие.

Варикозное расширение вен нижних конечностей: есть

Трофические изменения кожи стоп, язвы: нет

Подкожно-жировая клетчатка развита: удовлетворительно, распределена: равномерно

Периферические лимфоузлы: не увеличены, безболезненны, эластичны

Отеки: не определяются

Сердечно-сосудистая система.

Пульс: 120 уд./мин, АД: 95/65 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 120 в минуту, акцент 2 тона на д легочной артерией.

ЧДД 25 в минуту, дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. SpO₂ ~ 87%

Желудочно-кишечный тракт: язык: не обложен, живот при пальпации: мягкий, безболезненный во всех отделах, симптомы раздражения брюшины: отрицательные. Симптом поколачивания по пояснице: отрицательный.

Левая голень отечна, болезненна при пальпации. Пальпация левой подколенной ямки болезненная

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- 2-3
- 3-4

- 4-5
- 1-2

Результаты обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- 2-3
- 3-4
- 4-5
- 1-2

Результаты обследования

Учитывая анамнез, данные осмотра и лабораторно-инструментального исследования, больному можно поставить диагноз

- 2-3
- 3-4
- 4-5
- 1-2

Диагноз

Вероятность ТЭЛА оценивается по шкале

- HAS-BLED
- Wells
- SCORE
- CRB-65

При подтвержденной ТЭЛА с выраженными гемодинамическими нарушениями терапией выбора будет являться

- эноксапарин натрия 100МЕ/кг подкожно
- новые пероральные антикоагулянты
- тромболизис/эмболэктомия
- дофамин в дозе 10 мкг/кг/ч

В случае, если проведение тромболизиса невозможно в связи с неприемлемо высоким риском кровотечений, методом выбора может стать

- применение консервативных методов лечения
- тромбэндартерэктомия
- эмболэктомия
- кава-фильтр

Введение урокиназы в ускоренном режиме проводится в дозировке + ____ + млн МЕ за + ____ + час(-а)

- 3; 1
- 3; 2
- 1,5; 2
- 6; 4

Наилучшие результаты достигаются при выполнении тромболизиса в период

- 52 часов
- 2 недель
- 1 недели
- 48 часов

Для стратификации риска раннего летального исхода при ТЭЛА дополнительно назначают

- стресс-Эхо-КГ
- Эхо-КГ
- рентгенографию органов грудной клетки
- пробу с шестиминутной ходьбой

При проведении тромболитической терапии на фоне остановки кровообращения у пациента с тромбоэмболией легочной артерии продолжительность СЛР

- зависит от используемого тромболитического препарата
- увеличивается
- уменьшается
- не изменяется

Предпочтительный метод инструментальной диагностики ТЭЛА во время беременности -- это

- рентгенография грудной клетки
- легочная ангиография
- КТ-ангиография
- сцинтиграфия легких

Понятию «массивная ТЭЛА» соответствует обструкция

- рентгенография грудной клетки
- легочная ангиография
- КТ-ангиография
- сцинтиграфия легких

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 25 лет самостоятельно обратилась в стационарное отделение больницы скорой медицинской помощи (СОСМП).

Жалобы

На частое болезненное мочеиспускание, лихорадку, боль в животе над лоном.

Анамнез заболевания

1 день назад на фоне переохлаждения внезапно появились вышеперечисленные жалобы. По этому поводу принимала Но-шпу, Канефрон без особого эффекта. В связи с сохранением жалоб самостоятельно обратилась в СОСМП.

Анамнез жизни

Хронические заболевания, прием лекарств отрицает. Вредные привычки отрицает. Наследственность не отягощена.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. В пространстве и времени: ориентирована. Кожные покровы, склеры: обычной окраски, влажные. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Варикозное расширение вен нижних конечностей отсутствует. Периферические лимфоузлы: не увеличены, безболезненны, эластичны. Отеки не определяются. Сердечно-сосудистая система: Пульс 78 уд./мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен, симметричный. АД: 130/75 мм рт. ст.

Дыхательная система: дыхание самостоятельное, эффективное, ритмичное. ЧДД 18 в мин. Над легкими при перкуссии ясный легочный тон. Притупление перкуторного тона отсутствует. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких. Хрипы в легких не выслушиваются.

Желудочно-кишечный тракт: Язык: влажный, обложен. Живот при пальпации: мягкий, болезненный над лоном, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Симптом поколачивания по пояснице: отрицательный.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- рентгенография грудной клетки
- легочная ангиография
- КТ-ангиография
- сцинтиграфия легких

Результаты обследования

Лихорадка, дизурия, болезненность при пальпации в области мочевого пузыря характерны для

- опухоли
- расслоения
- воспаления

- разрыва

**Учитывая клиническую картину, у больной можно поставить диагноз:
Острый**

- опухоли
- расслоения
- воспаления
- разрыва

Диагноз

Микробиологическим подтверждением острого неосложненного цистита является бактериурия в средней порции мочи

- $>10^5$ КОЕ/мл
- $>10^3$ КОЕ/мл
- $<10^3$ КОЕ/мл
- $>10^4$ КОЕ/мл

Показанием к госпитализации при цистите является

- макрогематурия
- лейкоцитурия
- бактериурия
- микрогематурия

Основной терапией при остром цистите является

- диуретическая
- десенсибилизирующая
- спазмолитическая
- антибактериальная

Неосложненный цистит лечится

- амбулаторно
- в ОРИТ
- в урологическом отделении
- в терапевтическом отделении

К препаратам выбора при неосложненном цистите относится

- тетрациклин
- цефоперазон
- фосфомицина трометамол
- амоксициллин + клавуланат

Для купирования боли при цистите показаны

- спазмолитики
- М-холинолитики
- нестероидные противовоспалительные средства (НПВС)
- наркотические анальгетики

Цистит является заболеванием, склонным к

- самостоятельному купированию
- прогрессированию
- рецидивированию
- озлокачествлению

Частым осложнением цистита является острый

- аппендицит
- сальпингоофорит
- пиелонефрит
- гломерулонефрит

Цистит, как правило, поражает

- аппендицит
- сальпингоофорит
- пиелонефрит
- гломерулонефрит

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девушка 28 лет обратилась в отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы

Жалобы на ежедневные приступы удушья и дыхательного дискомфорта, имеющие четкое начало и конец, ночью и рано утром. Приступообразный кашель с отделением умеренного количества мокроты. Экспираторную одышку при физической нагрузке. Чувство заложенности в грудной клетке.

Анамнез заболевания

С детства отмечает заложенность носа и умеренные слизистые выделения в период цветения деревьев (тополь, береза).

В последние 2 месяца появились эпизоды затрудненного «свистящего» дыхания, купирующиеся приемом быстродействующих бронхолитиков.

Ухудшение состояния в течение 10 дней: стала беспокоить одышка при обычной физической нагрузке, ежедневные приступы удушья до 2-3 раз в день, стала просыпаться по ночам из-за затрудненного дыхания.

Анамнез жизни

Контакты с инфекционными больными, туберкулез, гепатит, ВИЧ, венерические заболевания, переливания крови отрицает.

Операции: отрицает.

Сопутствующие заболевания: отрицает.

Наследственность неотягощена.

Вредные привычки: отрицает.

Аллергологический анамнез – поллиноз в период цветения деревьев.

Перенесенные заболевания: ОРВИ, корь, краснуха.

Объективный статус

Объективно: состояние средней степени тяжести.

Видимые слизистые оболочки нормального цвета, без высыпаний.

Периферические лимфатические узлы не пальпируются, отеков нет

При аускультации дыхание жесткое, над всей поверхностью легких выслушиваются сухие хрипы, ЧДД - 22 в минуту

Сердечно-сосудистая система: границы относительной и абсолютной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ритмичные ЧСС 90. Пульс ритмичный, регулярный, удовлетворительного наполнения и напряжения, дефицита пульса нет. АД 130/80 мм рт. ст.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Со стороны опорно-двигательного аппарата, нервной, мочеполовой систем патологических изменений не выявлено.

Необходимыми лабораторными методами обследования для постановки диагноза являются

- аппендицит
- сальпингоофорит
- пиелонефрит
- гломерулонефрит

Результаты лабораторного метода обследования

Инструментальным методом обследования, необходимым для постановки диагноза, является

- аппендицит
- сальпингоофорит
- пиелонефрит
- гломерулонефрит

Результаты инструментального метода обследования

Учитывая выявленные изменения больной можно поставить диагноз: Бронхиальная астма аллергическая, + _____ + течение, неконтролируемая, в стадии обострения

- аппендицит

- сальпингоофорит
- пиелонефрит
- гломерулонефрит

Диагноз

Чтобы доказать наличие сенсибилизации к растительному аллергену, нужно выполнить

- оценку количества эозинофилов в мокроте
- определение уровня специфических иммуноглобулинов E в крови
- пробу с вдыханием аллергена
- опрос свидетелей приступа

Пациентам с тяжелым обострением БА рекомендуется использование преднизолона в дозе + _____ + мг

- 5-10
- 10-20
- 20-25
- 40-50

С целью предотвращения симптомов или обострения пациентам с БА и ожирением рекомендуется

- отказ от алкоголя
- дыхание по Бутейко
- диета с низким содержанием жиров
- снижение массы тела

Показанием к назначению тиотропия бромиды служит наличие обострений более + ____ + раз(-а) в год

- 4
- 6
- 2
- 3

Для купирования симптомов заболевания рекомендуется использование

- фиксированной комбинации салбутамол / бекламентазона дипропионат
- низких доз системных и ингаляционных глюкокортикостероидов
- высоких доз системных глюкокортикостероидов {plus} бронхолитик
- низких доз ингаляционных и интраназальных глюкокортикостероидов

У пациентов, получающих терапию, тяжелая степень БА устанавливается при астме, требующей терапию, соответствующую + _____ + степени

- 1
- 3
- 2
- 4

Критерием тяжелого обострения БА является частота дыханий + _____ + в мин

- 25 и выше
- 35
- 30 и выше
- 20

Критериями тяжелого обострения бронхиальной астмы являются

- "немое" легкое, цианоз, слабые дыхательные усилия, брадикардия
- повышение частоты использования препаратов скорой помощи $\geq 50\%$ или дополнительное их применение в форме небулайзера
- потребность в проведении механической вентиляции легких
- невозможность произнести фразу на одном выдохе

Пациентам с обострением БА и $SpO_2 < 90\%$ рекомендуется назначение кислорода с потоком + _____ + литр(-ов) в минуту через носовые канюли

- "немое" легкое, цианоз, слабые дыхательные усилия, брадикардия
- повышение частоты использования препаратов скорой помощи $\geq 50\%$ или дополнительное их применение в форме небулайзера
- потребность в проведении механической вентиляции легких
- невозможность произнести фразу на одном выдохе

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Молодой человек 20 лет доставлен бригадой скорой медицинской помощи в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы

Жалобы на общую слабость, смешанную одышку при физической нагрузке, кашель с обильным выделением светло-зеленой мокроты (до 200 мл в сутки), потливость, особенно по ночам, повышение температуры ближе к вечеру до $38^{\circ}C$.

Анамнез заболевания

Пациент считает себя больным с 15 лет, когда впервые появился постоянный кашель с отделением небольшого количества прозрачной мокроты.

Периодически возникали обострения заболевания в виде появления кашля с обильной гнойной мокротой, повышения температуры тела до $38^{\circ}C$.

Настоящее обострение случилось вчера, когда пациент отметил ухудшение общего самочувствия, появление кашля с обильной светло-зеленой мокротой, подъем температуры к вечеру до 38°C . Через некоторое время кашель стал нарастать, появилась одышка при физической нагрузке, в связи с чем пациент вызвал скорую помощь.

Анамнез жизни

Контакты с инфекционными больными, туберкулез, гепатит, ВИЧ, венерические заболевания, переливания крови отрицает.

Операции: отрицает.

Сопутствующие заболевания: отрицает.

Перенесенные заболевания: в детстве корь, во взрослом возрасте 2-3 раза в год пневмонии.

Курение, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус

Объективно: состояние средней тяжести, температура 38.6°C .

Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормального цвета, чистые, небольшой акроцианоз. Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

Язык влажный, обложен грязно-желтоватым налетом.

ЧДД 22 в мин, перкуторно над всей поверхностью легких коробочный тон, притупление перкуторного звука слева под лопаткой. Аускультативно: рассеянные влажные и сухие хрипы над всей поверхностью легких, больше слева под лопаткой.

Сердечно-сосудистая система: границы относительной и абсолютной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны приглушены, ритмичны, ЧСС 110 ударов в минуту, шумов нет, пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 115/75 мм. рт. ст.

Со стороны опорно-двигательного аппарата, мочеполовой, пищеварительной, нервной систем патологических изменений не выявлено.

Основным методом визуализации патологического процесса в данной ситуации является

- "немое" легкое, цианоз, слабые дыхательные усилия, брадикардия
- повышение частоты использования препаратов скорой помощи $\geq 50\%$ или дополнительное их применение в форме небулайзера
- потребность в проведении механической вентиляции легких
- невозможность произнести фразу на одном выдохе

Результаты обследования

К необходимым лабораторным методам для уточнения стадии заболевания относятся

- "немое" легкое, цианоз, слабые дыхательные усилия, брадикардия
- повышение частоты использования препаратов скорой помощи $\geq 50\%$ или дополнительное их применение в форме небулайзера
- потребность в проведении механической вентиляции легких
- невозможность произнести фразу на одном выдохе

Результаты лабораторных методов обследования

Учитывая выявленные изменения больному можно поставить диагноз: Бронхоэктатическая болезнь, + _____ + форма, + _____ + течение, фаза

- "немое" легкое, цианоз, слабые дыхательные усилия, брадикардия
- повышение частоты использования препаратов скорой помощи $\geq 50\%$ или дополнительное их применение в форме небулайзера
- потребность в проведении механической вентиляции легких
- невозможность произнести фразу на одном выдохе

Диагноз

Принимая во внимание анамнез пациента, бронхоэктатическую болезнь следует рассматривать как

- аспирационную
- обструктивную
- постинфекционную
- ассоциированную с иммунодефицитными состояниями

Пациенту с бронхоэктатической болезнью с неосложненным течением в фазе обострения рекомендуется проведение

- хирургического лечения
- системной антибактериальной терапии
- ингаляционной антибактериальной терапии
- местной антибактериальной терапии

Диагностическим методом, применяемым при бронхоэктазах с лечебной целью, является

- плевральная пункция
- бронхография
- фибробронхоскопия
- ангиопульмонография

При подозрении на муковисцидоз молодым больным с бронхоэктазами проводится исследование

- потовой жидкости с определением концентрации хлоридов
- бронхиальных смывов на определение концентрации хлоридов
- мокроты на содержание хлоридов
- слюны с определением содержания хлоридов

Ключевую роль в лечении больных с бронхоэктазами играет постоянный полноценный дренаж мокроты с использованием муколитических средств и

- кинезиотерапии
- системного введения антибактериальных препаратов
- иммуномодулирующих препаратов
- физиотерапии

Вариантом хирургического лечения бронхоэктатической болезни у данного является проведение

- лобэктомии нижних долей левого и правого легких
- лобэктомии нижней доли левого легкого
- пневмонэктомии
- сегментэктомии (V, VIII, IX) левого легкого

Для повышения мукоцилиарного клиренса у больных с БЭ перед кинезиотерапией рекомендовано использование ингаляций

- антибактериальных препаратов
- глюкокортикостероидов
- антигистаминных препаратов
- гипертоническим раствором хлористого натрия (7%)

Бронхоэктатическая болезнь -- это

- острое инфекционное заболевание, вызванное условно-патогенной флорой, характеризующееся необратимыми изменениями (расширением, деформацией) бронхов
- хроническое врожденное, наследственно обусловленное заболевание, характеризующееся необратимыми изменениями (расширением, деформацией) бронхов
- хроническое приобретенное заболевание, инфекционно обусловленное заболевание, характеризующееся необратимыми изменениями (расширением, деформацией) бронхов
- гнойно-воспалительный процесс в резко расширенных деформированных бронхах с инфильтративными и склеротическими изменениями в перибронхиальном пространстве

К врожденным структурным аномалиям, приводящим к развитию бронхоэктазов относят синдром

- острое инфекционное заболевание, вызванное условно-патогенной флорой, характеризующееся необратимыми изменениями (расширением, деформацией) бронхов

- хроническое врожденное, наследственно обусловленное заболевание, характеризующееся необратимыми изменениями (расширением, деформацией) бронхов
- хроническое приобретенное заболевание, инфекционно обусловленное заболевание, характеризующееся необратимыми изменениями (расширением, деформацией) бронхов
- гнойно-воспалительный процесс в резко расширенных деформированных бронхах с инфильтративными и склеротическими изменениями в перибронхиальном пространстве

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 30 лет доставлен бригадой скорой медицинской помощи в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы

Жалобы на общую слабость, одышку при физической нагрузке, кашель с обильным выделением светло-зеленой мокроты (до 400 мл в сутки), потливость, особенно по ночам, повышение температуры ближе к вечеру до 39^oC.

Анамнез заболевания

Пациент считает себя больным в течение года, когда впервые появился постоянный кашель с отделением небольшого количества прозрачной мокроты. Вчера пациент отметил увеличение интенсивности кашля с отделением обильной светло-зеленой мокроты, ухудшение общего самочувствия, подъем температуры к вечеру до 38^oC, сегодня появилась одышка при физической нагрузке, в связи с чем пациент вызвал скорую помощь.

Анамнез жизни

Контакт с инфекционными больными, туберкулез, гепатит, венерические заболевания, переливания крови отрицает.

Сопутствующие заболевания: ВИЧ, диагноз установлен в 2016 году, антиретровирусную терапию не получает (со слов).

Перенесенные заболевания: нижнедолевая правосторонняя пневмония в 2016 году.

Операции: отрицает.

Курение, злоупотребление алкоголем отрицает.

Объективный статус

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, небольшой акроцианоз.

Видимые слизистые оболочки нормального цвета, без высыпаний.

Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

Частота дыхательных движений 22 в мин, перкуторно над всей поверхностью легких определяется коробочный звук, притупление перкуторного звука справа под лопаткой и по правой аксиллярной линии. +

Аускультативно: рассеянные влажные и сухие хрипы над всей поверхностью легких, больше справа под лопаткой.

Сердечно-сосудистая система: границы относительной и абсолютной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны приглушены, ритмичны, шумов нет. ЧСС 110 ударов в минуту, пульс регулярный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 115/75 мм рт. ст.

Со стороны опорно-двигательного аппарата, мочеполовой, пищеварительной, нервной систем патологических изменений не выявлено.

Предпочтительным методом визуализации патологического процесса в данной ситуации является

- острое инфекционное заболевание, вызванное условно-патогенной флорой, характеризующееся необратимыми изменениями (расширением, деформацией) бронхов
- хроническое врожденное, наследственно обусловленное заболевание, характеризующееся необратимыми изменениями (расширением, деформацией) бронхов
- хроническое приобретенное заболевание, инфекционно обусловленное заболевание, характеризующееся необратимыми изменениями (расширением, деформацией) бронхов
- гнойно-воспалительный процесс в резко расширенных деформированных бронхах с инфильтративными и склеротическими изменениями в перибронхиальном пространстве

Результаты обследования

К необходимым лабораторным методам для уточнения стадии заболевания относятся

- острое инфекционное заболевание, вызванное условно-патогенной флорой, характеризующееся необратимыми изменениями (расширением, деформацией) бронхов
- хроническое врожденное, наследственно обусловленное заболевание, характеризующееся необратимыми изменениями (расширением, деформацией) бронхов
- хроническое приобретенное заболевание, инфекционно обусловленное заболевание, характеризующееся необратимыми изменениями (расширением, деформацией) бронхов
- гнойно-воспалительный процесс в резко расширенных деформированных бронхах с инфильтративными и склеротическими изменениями в перибронхиальном пространстве

Результаты лабораторных методов обследования

Учитывая выявленные изменения больному можно поставить диагноз:

**Бронхоэктатическая болезнь, + _____ + форма,
+ _____ + течение, бронхоэктазы в нижней и средней долях
+ _____ + легкого, фаза обострения**

- острое инфекционное заболевание, вызванное условно-патогенной флорой, характеризующееся необратимыми изменениями (расширением, деформацией) бронхов
- хроническое врожденное, наследственно обусловленное заболевание, характеризующееся необратимыми изменениями (расширением, деформацией) бронхов
- хроническое приобретенное заболевание, инфекционно обусловленное заболевание, характеризующееся необратимыми изменениями (расширением, деформацией) бронхов
- гнойно-воспалительный процесс в резко расширенных деформированных бронхах с инфильтративными и склеротическими изменениями в перибронхиальном пространстве

Диагноз

Принимая во внимание анамнез пациента, бронхоэктазы следует рассматривать как

- генетически детерминированные
- обструктивные
- аспирационные
- ассоциированные с иммунодефицитными состояниями

Пациенту с бронхоэктазами в фазе ремиссии и при неосложненном течении требуется наблюдение врачом

- торакальным хирургом
- пульмонологом
- реаниматологом
- терапевтом

Диагностическим методом, используемым при БЭ в лечебных целях, является

- бронхография
- плевральная пункция
- фибробронхоскопия
- ангиопульмонография

Для оценки функциональных резервов остающегося легкого и переносимости операции до проведения оперативного лечения показано проведение

- бронхографии
- ангиопульмонографии
- исследования функции внешнего дыхания
- компьютерной томографии органов грудной клетки

Ключевую роль в лечении больных с бронхоэктазами играет постоянный полноценный дренаж мокроты с использованием

- системного введения антибактериальных препаратов
- физических методов и медикаментозных средств
- системных и ингаляционных ГКС
- бронхолитических препаратов

Предпочтительным методом лечения данного больного после достижения ремиссии является проведение

- двусторонней резекция легких
- пневмонэктомии правого легкого
- консервативной терапии
- билобэктомия средней и нижней доли правого легкого

Для повышения мукоцилиарного клиренса у больных с бронхоэктазами рекомендовано использование

- ингаляций гипертоническим раствором хлористого натрия (7%)
- антибактериальных препаратов
- ингаляционных ГКС
- антигистаминных препаратов

Бронхоэктатическая болезнь -- это

- врожденное, наследственно обусловленное заболевание, характеризующееся необратимыми изменениями бронхов, сопровождающимися их функциональной неполноценностью, нарушением дренажной функции и хроническим гнойно-воспалительным процессом в бронхиальном дереве, перибронхиальном пространстве с развитием ателектазов, эмфиземы и цирроза в паренхиме легкого
- гнойно-воспалительный процесс в резко расширенных деформированных бронхах с инфильтративными и склеротическими изменениями в перибронхиальном пространстве, ведущий к дальнейшему необратимому расширению бронхов с нарушением их дренажной функции, развитию ателектазов, эмфиземы, цирроза в регионарной зоне паренхимы легкого
- острое инфекционное заболевание, вызванное условно-патогенной флорой, характеризующееся необратимыми изменениями (расширением, деформацией) бронхов, сопровождающимися их функциональной неполноценностью, нарушением дренажной функции и хроническим гнойно-воспалительным процессом в бронхиальном дереве, перибронхиальном пространстве с развитием ателектазов, эмфиземы и цирроза в паренхиме легкого
- хроническое инфекционное рецидивирующее заболевание, характеризующееся необратимыми изменениями (расширением, деформацией) бронхов, сопровождающимися их функциональной

неполноценностью, нарушением дренажной функции и хроническим гнойно-воспалительным процессом в бронхиальном дереве, перибронхиальном пространстве с развитием ателектазов, эмфиземы и цирроза в паренхиме легкого

По клиническому течению выделяют + _____ + фазу(-ы) течения бронхоэктатической болезни

- врожденное, наследственно обусловленное заболевание, характеризующееся необратимыми изменениями бронхов, сопровождающимися их функциональной неполноценностью, нарушением дренажной функции и хроническим гнойно-воспалительным процессом в бронхиальном дереве, перибронхиальном пространстве с развитием ателектазов, эмфиземы и цирроза в паренхиме легкого
- гнойно-воспалительный процесс в резко расширенных деформированных бронхах с инфильтративными и склеротическими изменениями в перибронхиальном пространстве, ведущий к дальнейшему необратимому расширению бронхов с нарушением их дренажной функции, развитию ателектазов, эмфиземы, цирроза в регионарной зоне паренхимы легкого
- острое инфекционное заболевание, вызванное условно-патогенной флорой, характеризующееся необратимыми изменениями (расширением, деформацией) бронхов, сопровождающимися их функциональной неполноценностью, нарушением дренажной функции и хроническим гнойно-воспалительным процессом в бронхиальном дереве, перибронхиальном пространстве с развитием ателектазов, эмфиземы и цирроза в паренхиме легкого
- хроническое инфекционное рецидивирующее заболевание, характеризующееся необратимыми изменениями (расширением, деформацией) бронхов, сопровождающимися их функциональной неполноценностью, нарушением дренажной функции и хроническим гнойно-воспалительным процессом в бронхиальном дереве, перибронхиальном пространстве с развитием ателектазов, эмфиземы и цирроза в паренхиме легкого

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 74 года, доставлен бригадой скорой медицинской помощи с представлением о СД 2 типа в стадии декомпенсации? Гипергликемическая кома? Острое повреждение почек (ОПП)?

Жалобы

Не предъявляет ввиду тяжести состояния

Анамнез заболевания

Сбор анамнеза не возможен ввиду тяжести состояния пациента. Со слов врача

реанимационно-хирургической бригады: обнаружен социальным работником дома, на вопросы не отвечал, поэтому вызвана скорая медицинская помощь.

Анамнез жизни

На руках медицинские справки. В анамнезе сахарный диабет 2 типа, поликистоз единственной почки, хронический вирусный гепатит С с исходом в цирроз.

Объективный статус

Положение пассивное. Состояние тяжелое. Сознание кома I.

Дыхание глубокое, самостоятельное, ЧД 10-12 в минуту. SpO₂ 90% (FiO₂ 100%)

По кардиомонитору ритм синусовый с ЧСС 99 уд/мин, комплекс QRS уширен, АД 88/40 мм рт. ст.

Живот симметричный, при пальпации чувствителен диффузно.

Экспресс-тест на определение глюкозы капиллярной крови аппаратом Акку-Чек Актив - 24 ммоль/л.

Для полноценной диагностики на начальном этапе оказания помощи пациенту необходимо выполнить

- врожденное, наследственно обусловленное заболевание, характеризующееся необратимыми изменениями бронхов, сопровождающимися их функциональной неполноценностью, нарушением дренажной функции и хроническим гнойно-воспалительным процессом в бронхиальном дереве, перибронхиальном пространстве с развитием ателектазов, эмфиземы и цирроза в паренхиме легкого
- гнойно-воспалительный процесс в резко расширенных деформированных бронхах с инфильтративными и склеротическими изменениями в перибронхиальном пространстве, ведущий к дальнейшему необратимому расширению бронхов с нарушением их дренажной функции, развитию ателектазов, эмфиземы, цирроза в регионарной зоне паренхимы легкого
- острое инфекционное заболевание, вызванное условно-патогенной флорой, характеризующееся необратимыми изменениями (расширением, деформацией) бронхов, сопровождающимися их функциональной неполноценностью, нарушением дренажной функции и хроническим гнойно-воспалительным процессом в бронхиальном дереве, перибронхиальном пространстве с развитием ателектазов, эмфиземы и цирроза в паренхиме легкого
- хроническое инфекционное рецидивирующее заболевание, характеризующееся необратимыми изменениями (расширением, деформацией) бронхов, сопровождающимися их функциональной неполноценностью, нарушением дренажной функции и хроническим гнойно-воспалительным процессом в бронхиальном дереве, перибронхиальном пространстве с развитием ателектазов, эмфиземы и цирроза в паренхиме легкого

Результаты обследования

Основным методом инструментальной диагностики является

- врожденное, наследственно обусловленное заболевание, характеризующееся необратимыми изменениями бронхов, сопровождающимися их функциональной неполноценностью, нарушением дренажной функции и хроническим гнойно-воспалительным процессом в бронхиальном дереве, перибронхиальном пространстве с развитием ателектазов, эмфиземы и цирроза в паренхиме легкого
- гнойно-воспалительный процесс в резко расширенных деформированных бронхах с инфильтративными и склеротическими изменениями в перибронхиальном пространстве, ведущий к дальнейшему необратимому расширению бронхов с нарушением их дренажной функции, развитию ателектазов, эмфиземы, цирроза в регионарной зоне паренхимы легкого
- острое инфекционное заболевание, вызванное условно-патогенной флорой, характеризующееся необратимыми изменениями (расширением, деформацией) бронхов, сопровождающимися их функциональной неполноценностью, нарушением дренажной функции и хроническим гнойно-воспалительным процессом в бронхиальном дереве, перибронхиальном пространстве с развитием ателектазов, эмфиземы и цирроза в паренхиме легкого
- хроническое инфекционное рецидивирующее заболевание, характеризующееся необратимыми изменениями (расширением, деформацией) бронхов, сопровождающимися их функциональной неполноценностью, нарушением дренажной функции и хроническим гнойно-воспалительным процессом в бронхиальном дереве, перибронхиальном пространстве с развитием ателектазов, эмфиземы и цирроза в паренхиме легкого

Результаты инструментального метода обследования

Наиболее вероятным диагнозом у данного пациента, с учетом лабораторных данных, является

- врожденное, наследственно обусловленное заболевание, характеризующееся необратимыми изменениями бронхов, сопровождающимися их функциональной неполноценностью, нарушением дренажной функции и хроническим гнойно-воспалительным процессом в бронхиальном дереве, перибронхиальном пространстве с развитием ателектазов, эмфиземы и цирроза в паренхиме легкого
- гнойно-воспалительный процесс в резко расширенных деформированных бронхах с инфильтративными и склеротическими изменениями в перибронхиальном пространстве, ведущий к дальнейшему необратимому расширению бронхов с нарушением их дренажной функции, развитию ателектазов, эмфиземы, цирроза в регионарной зоне паренхимы легкого
- острое инфекционное заболевание, вызванное условно-патогенной флорой, характеризующееся необратимыми изменениями (расширением, деформацией) бронхов, сопровождающимися их функциональной неполноценностью, нарушением дренажной функции и хроническим гнойно-воспалительным процессом в бронхиальном дереве,

перибронхиальном пространстве с развитием ателектазов, эмфиземы и цирроза в паренхиме легкого

- хроническое инфекционное рецидивирующее заболевание, характеризующееся необратимыми изменениями (расширением, деформацией) бронхов, сопровождающимися их функциональной неполноценностью, нарушением дренажной функции и хроническим гнойно-воспалительным процессом в бронхиальном дереве, перибронхиальном пространстве с развитием ателектазов, эмфиземы и цирроза в паренхиме легкого

Диагноз

У пациента имеет место диабетический кетоацидоз + _____ + степени тяжести

- умеренной
- средней
- тяжелой
- легкой

У пациента развилось нарушение кислотно-щелочного состава в виде

- хронического дыхательного ацидоза, компенсированного метаболического алкалоза
- декомпенсированного метаболического алкалоза
- частично компенсированного метаболического ацидоза
- декомпенсированного метаболического ацидоза

Пациенту показано первоначальное введение инсулина короткого действия + _____ + реальной массы тела

- 0,1-0,15 ЕД/кг; в/в болюсно
- 0,1-0,15 ЕД/кг; в/в капельно
- 0,2-0,3 ЕД/кг; в/в болюсно
- 0,2-0,3 ЕД/кг; в/в капельно

Сразу при поступлении необходимо начать инфузию раствора

- NaCl 10%
- NaCl 0,9%
- Рингера-лактат
- реополиглюкина

С учетом выявленных лабораторных изменений пациенту показано

- проведение инфузии раствора калия
- назначение пероральных сахароснижающих препаратов
- выполнение плазмафереза

- проведение заместительной почечной терапии

Угрожающая жизни гиперкалиемия - это уровень калия

- $>6,5$ ммоль/л и/или наличие характерных ЭКГ-признаков
- $>8,5$ ммоль/л вне зависимости от характерных ЭКГ-признаков
- $>7,5$ ммоль/л и отсутствие характерных ЭКГ-признаков
- $>5,5$ ммоль/л и отсутствие характерных ЭКГ-признаков

На начальных этапах терапии необходимо определять кетоновые тела в моче

- 2 раза в день
- каждые 30 минут
- каждый час
- каждые 2 дня

При быстрой коррекции гипонатриемии возможно развитие

- остановки кровообращения (беспульсовая электрическая активность, фибрилляция желудочков, желудочковая тахикардия, асистолия)
- субарахноидального кровоизлияния
- кровоизлияния в надпочечники
- понтинного миелолиза

Понтинный миелолиз - это ментальные нарушения, периферический и центральный парез черепных нервов и

- остановки кровообращения (беспульсовая электрическая активность, фибрилляция желудочков, желудочковая тахикардия, асистолия)
- субарахноидального кровоизлияния
- кровоизлияния в надпочечники
- понтинного миелолиза

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 33 лет с сахарным диабетом 1 типа обратился к врачу-эндокринологу в поликлинику для коррекции инсулинотерапии.

Жалобы

На вариабельность гликемии от 3,1 до 15,4 ммоль/л, гипогликемии до 3-х раз в сутки, периодически сухость во рту, судороги нижних конечностей.

Анамнез заболевания

Сахарный диабет 1 типа диагностирован 20 лет назад (в возрасте 13 лет), дебют заболевания с кетоацидотической комы, гликемия 20 ммоль/л, инициирована инсулинотерапия.

На момент осмотра терапия по схеме: Туджео 26 Ед в 9.00, Апидра перед основными приемами пищи из расчета 1ХЕ- 1 Ед. Уровень гликированного гемоглобина исследован 1 неделю назад - 8,8%. +

Колебания гликемии от 3,1 до 15,4 ммоль/л, гипогликемии ощущает на уровне 3,2 ммоль/л, купирует соком, контроль гликемии 1 раз в день (натошак). +

Из осложнений: ранее выявлена дистальная диабетическая полинейропатия, также около 3 лет назад диагностирована диабетическая непролиферативная ретинопатия, данных за наличие диабетической нефропатии не получено. +

У пациента планируется оперативное вмешательство под общим наркозом (тиреоидэктомия по поводу рака щитовидной железы). Пациент 1 раз в месяц играет в футбол.

Анамнез жизни

Наследственность: не отягощена.

Аллергологический анамнез не отягощен. Пациент работает кондитером.

Объективный статус

Рост – 176 см, масса тела – 85 кг, индекс массы тела – 27,4 кг/м², температура тела – 36,4°C. Кожные покровы обычной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены, стрий нет, отёков нет. Аускультация легких – везикулярное дыхание, ЧДД – 14 в минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс – 69 в минуту, АД – 126/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Места инъекций без особенностей, участков липодистрофии нет. Стопы не изменены, язвенных дефектов нет. Отмечается снижение тактильной и температурной чувствительности с правой стороны. Пульсация периферических артерий стоп сохранена.

У данного пациента целевой уровень гликированного гемоглобина составляет менее + _____ + %

- 7,0
- 6,5
- 7,5
- 8,0

Целевой уровень гликемии у пациента натошак/перед едой составляет менее + _____ + ммоль/л

- 8,0
- 6,5
- 7,5
- 7,0

У пациента целевой уровень гликемии через 2 часа после еды составляет менее + _____ + ммоль/л

- 10,0
- 11,0
- 8,0
- 6,0

Учитывая наличие у пациента диабетической непролиферативной ретинопатии и диабетической дистальной полинейропатии, должен быть выставлен диагноз

- 10,0
- 11,0
- 8,0
- 6,0

Диагноз

Необходимо рекомендовать пациенту проводить контроль гликемии

- 1-2 раза в сутки
- 1 раз в неделю
- только при клинических признаках гипогликемии
- не менее 4 раз в день

Пациенту необходимо рекомендовать, учитывая планируемое оперативное вмешательство, в периоперационном периоде придерживаться гликемии +_____+ ммоль/л

- 3,5-10,0
- 3,0-7,5
- 7,8-10
- 6,0-12,8

Во время оперативного вмешательства контроль гликемии необходимо осуществлять

- каждый час
- до и после операции
- каждые 3-4 часа
- каждые 10-15 минут

В периоперационном периоде рекомендовано максимально избегать уровня гликемии выше +_____+ ммоль/л

- 9,0
- 7,0
- 12,0
- 8,0

Временным противопоказанием к физической активности является уровень гликемии выше +_____+ ммоль/л

- 12,0
- 16,0

- 10,0
- 8,0

Мониторинг эффективности инсулинотерапии по уровню гликированного гемоглобина осуществляется каждые + _____ + месяца(-ев)

- 3
- 6
- 12
- 2

При наличии сахарного диабета у отца риск развития сахарного диабета 1 типа в течение жизни у ребенка составляет + _____ + %

- 30
- 20
- 6
- 50

Выбор индивидуальных целей лечения сахарного диабета зависит от

- 30
- 20
- 6
- 50

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 80 лет доставлен родственниками в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы

На общую слабость, повышение температуры тела до $38,9^{\circ}\text{C}$, преимущественно в вечерние часы, кашель с отхождением слизисто-гноной мокроты, боли в грудной клетке слева при глубоком вдохе.

Анамнез заболевания

Заболел остро 3 дня назад, когда стали беспокоить нарастающая общая слабость, боли в мышцах, светобоязнь. На следующие сутки присоединился кашель с отхождением трудноотделяемой слизистой мокроты, повышение температуры тела до $38,5^{\circ}\text{C}$. День назад присоединились боли в левой половине грудной клетке, возникающие при покашливании, глубоком вдохе.

Анамнез жизни

Длительный анамнез гипертонической болезни, постоянной формой фибрилляции предсердий, нормосистолия EHRA - II, CHA2DS-VASc - 4 балла, HAS-BLED - 3 балла, на регулярной ритмурежающей терапии бета-блокаторами, антикоагулянтами в редуцированной дозе (Эликвис 2,5 мг x 2 раза

в день). Последний прием антибиотиков около 5 лет назад по поводу мочевой инфекции.

Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести. В контакт вступает легко. В пространстве и времени ориентирован. Конституция нормостеническая, рост 180 см, вес 78 кг, индекс массы тела: $24,1 \text{ кг/м}^2$.

Кожные покровы, склеры обычной окраски, Видимые слизистые оболочки бледно-розовые Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны, эластичны.

Отеков нет.

Сердечно-сосудистая система: Пульс: 90 уд./мин, ритм неправильный, не напряжен, симметричный, АД 100\60 мм рт. ст.

Дыхательная система: ЧДД: 25 в мин. Притупление перкуторного звука в нижних отделах слева. Аускультация легких: дыхание жесткое ослаблено слева в нижне-боковых отделах. Хрипы в легких: влажные мелкопузырчатые слева. Сатурация 95%.

Желудочно-кишечный тракт: язык обложен, живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, симптомы раздражения брюшины. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 30
- 20
- 6
- 50

Результаты обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относятся

- 30
- 20
- 6
- 50

Результаты обследования

С учетом жалоб, анамнеза, результатов физикального обследования, лабораторных и инструментальных методов исследования больному может быть установлен диагноз

- 30
- 20
- 6
- 50

Диагноз

Для стратификации риска неблагоприятного исхода у больных с внебольничной пневмонией на догоспитальном этапе показана шкала

- 30
- 20
- 6
- 50

Результаты обследования

Госпитализированным больным для оценки риска неблагоприятных исходов и показаний к интенсивной терапии рекомендуется оценка по шкале

- 30
- 20
- 6
- 50

Результаты обследования

Наличие 130 баллов по шкале _PORT_ требует лечения в

- амбулаторных условиях
- ОРИТ
- условиях стационара
- условиях дневного стационара

Основой лечения внебольничной пневмонии является

- неспецифическая общеукрепляющая терапия
- эмпирическая антибактериальная терапия
- этиотропная противовирусная терапия
- радикальное хирургическое лечение

Рекомендованным режимом антибиотикотерапии для больных внебольничной пневмонией, госпитализированных в отделение скорой медицинской помощи, служит комбинация бета-лактамов препаратов и

- респираторных фторхинолонов
- аминогликозидов
- тетрациклинов
- макролидов

При непереносимости бета-лактамов у больного может быть использован

- тетрациклин
- клиндамицин
- левофлоксацин
- хлорамфеникол

Предпочтительным методом первоначального введения антибактериальных препаратов в стационаре является

- пероральный
- ингаляционный
- эндобронхиальный
- парентеральный

Эффективность стартового режима антибактериальной терапии следует оценивать через

- 21 день
- 12-18 часов
- 5 суток
- 48-72 часа

Амбулаторное лечение показано больным с CRB -65 + ____ + баллов

- 21 день
- 12-18 часов
- 5 суток
- 48-72 часа

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 67 лет доставлена бригадой СМП из дома в СОСМП.

Жалобы

Общая слабость, частое безболезненное мочеиспускание.

Анамнез заболевания

Со слов родственников, около 5 лет страдает от сахарного диабета 2 типа, на учете у эндокринолога не состоит, никакой терапии по этому поводу не получает, уровень гликемии не контролирует. Последний месяц находилась на даче одна, после ОРВИ, которую лечила народными средствами (чеснок, отвар ромашки) стала отмечать нарастание общей слабости, учащение актов безболезненного мочеиспускания. Сегодня не смогла встать с кровати из-за выраженного головокружения, чувства учащенного сердцебиения.

Родственниками была вызвана бригада СМП

Анамнез жизни

Хронические заболевания: гипертоническая болезнь, постоянно принимает эналаприл 10 мг 2 раза в сутки, со слов, с достижением нормотензии.

Операции, травмы: отрицает.

Аллергические реакции: отрицает.

Хронические интоксикации: не курит и не курила, алкоголем не злоупотребляет.

Наследственность: оба родителя умерли от ОИМ в пожилом возрасте.

Хронические инфекции отрицает.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Сознание спутанное. Кожные покровы и слизистые бледные, без высыпаний, тургор кожи снижен, глазные яблоки при пальпации мягкие. АД 150 и 86 мм рт. ст. на обеих руках. Пульс=ЧСС=105 уд/мин, ритмичный, симметричный, удовлетворительных характеристик. Тоны сердца ясные, ритмичные, систолический шум на верхушке. Дыхание жесткое, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены.

Периферических отеков нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования на догоспитальном этапе или на уровне приемного отделения стационара являются

- 21 день
- 12-18 часов
- 5 суток
- 48-72 часа

Результаты обследования

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования в условиях стационара являются

- 21 день
- 12-18 часов
- 5 суток
- 48-72 часа

Результаты обследования

Учитывая полученные данные, больной может быть установлен диагноз сахарного диабета, осложнившегося развитием

- 21 день
- 12-18 часов
- 5 суток
- 48-72 часа

Диагноз

Провоцирующим фактором для развития гиперосмолярного гипергликемического состояния у больной может являться

- любое ОРВИ
- прием эналаприла
- употребление чеснока
- гипергидратация

Первоочередным лечебным мероприятием больной должна явиться внутривенная инфузия

- 10% раствора MgSO₄ капельно со скоростью 1 л/ч
- 5% раствора глюкозы капельно со скоростью 1 л/ч
- 0,9% раствора NaCl капельно со скоростью 1 л/ч
- маннитола в дозе 0,5–1,0 г/кг в течение 10–15 мин

Во время терапии гипергликемического гиперосмолярного состояния требуется мониторинг

- рН
- скорректированного натрия
- уровня гликированного гемоглобина
- скорректированного хлора

Основой терапии гиперосмолярного гипергликемического состояния наряду с борьбой с гиповолемией является введение

- бета-адреноблокаторов
- инсулина
- гидрокарбоната натрия
- блокаторов протонной помпы

Особенностью инсулинотерапии при гиперосмолярном гипергликемическом состоянии является использование препарата

- в малых дозах
- длительного действия
- в субмаксимальных дозах
- в комбинации с антиагрегантами

Возможным осложнением введения высоких доз инсулина короткого действия ($\geq 6-8$ ед/ч) при гиперосмолярном гипергликемическом состоянии является развитие

- отека мозга
- инфаркт миокарда
- ТЭЛА
- лактатацидоза

Если после явного снижения гиперосмолярности неврологические симптомы не уменьшаются, больному показано проведение

- гемосорбции
- люмбальной пункции
- осмотического диуреза
- компьютерной томографии головного мозга

При гиперосмолярном гипергликемическом состоянии часто требуется проведение дифференциального диагноза с

- отеком головного мозга
- ТЭЛА
- острым коронарным синдромом
- острой декомпенсированной сердечной недостаточностью

Основным отличием гиперосмолярного гипергликемического состояния и диабетического кетоацидоза является

- отеком головного мозга
- ТЭЛА
- острым коронарным синдромом
- острой декомпенсированной сердечной недостаточностью

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 75 лет обнаружена в палате без сознания.

Жалобы

Ввиду отсутствия сознания жалоб не предъявляет (кома 6 по шкале Глазго).

Анамнез заболевания

При плановом обходе вечером была найдена медсестрой без сознания в палате. Рядом с пациенткой находился шприц-ручка с инсулином-гларгином. Отмечено непроизвольное мочеиспускание пациенткой.

Анамнез жизни

Женщина 75 лет, длительное время страдавшая сахарным диабетом 2 типа, получающая терапию инсулином длительного действия (инсулин гларгин 16 ед/сут), была планово госпитализирована на гастроэнтерологическое отделение для обследования и подбора терапии по поводу недифференцированного гепатита.

Других хронических заболеваний нет. Аллергические реакции, вредные привычки, хронические интоксикации, инфекции отсутствуют.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Сознание отсутствует, на болевые раздражители не реагирует, глаза не открывает. Кожные покровы бледные, липкие от холодного пота, без высыпаний. АД 105 и 67 мм рт. ст. Пульс=ЧСС=134 уд/мин, ритмичный, симметричный, удовлетворительных характеристик. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Дыхание везикулярное, хрипов

нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется на 1 см ниже правой реберной дуги, селезенка не увеличена. Периферических отеков нет.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования является определение

- отеком головного мозга
- ТЭЛА
- острым коронарным синдромом
- острой декомпенсированной сердечной недостаточностью

Результаты обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- отеком головного мозга
- ТЭЛА
- острым коронарным синдромом
- острой декомпенсированной сердечной недостаточностью

Результаты обследования

Клиническая картина заболевания, выявленный уровень гликемии плазмы крови 2,1 ммоль/л позволяют установить клинический диагноз сахарного диабета, осложненного развитием

- отеком головного мозга
- ТЭЛА
- острым коронарным синдромом
- острой декомпенсированной сердечной недостаточностью

Диагноз

Значения глюкозы плазмы + _____ + ммоль/л (с симптомами или без) у больных сахарным диабетом, получающих сахароснижающую терапию, указывают на риск развития гипогликемии и требуют начала мероприятий по купированию гипогликемии независимо от наличия или отсутствия симптомов

- от 4,0 до < 4,9
- от 5,0 до < 5,5
- от 2,0 до < 2,9
- от 3,0 до < 3,9

Типичным симптомом нейрогликопении у больной является

- гипотония
- профузный пот

- тахикардия
- кома

Клиническая картина комы является признаком + _____ + гипогликемии

- тяжелой
- средне тяжелой
- легкой
- крайне тяжелой

Наиболее вероятной причиной возникновения данного состояния у пациентки явилась (-ось), (-лся)

- пропуск приема пищи
- передозировка бигуанидов
- передозировка инсулина
- употребление алкоголя

Первичными лечебными мероприятиями при тяжелой гипогликемии является

- внутривенное струйное введение 40 – 100 мл 40% раствора глюкозы
- внутримышечное введение инсулина короткого действия 20 ед
- внутривенное капельное введение 0,9% раствора NaCl со скоростью 1 л/ч
- прием 1-2 хлебных единиц быстро усваиваемых углеводов

При отсутствии восстановления сознания после в/в введения 100 мл 40% раствора глюкозы необходимо начать внутривенное капельное введение

- 10% раствора KCl со скоростью 1 л/ч
- 0,9% раствора NaCl со скоростью 1 л/ч
- 5–10% раствора глюкозы
- маннитола в дозе 0,5–1,0 г/кг в течение 10–15 мин

Необходимым компонентом помощи больным с клиникой гипогликемической комы является

- коррекция гипогидратации
- восстановление проходимости дыхательных путей
- терапия нейропротекторами
- профилактика тромбоэмболических осложнений

Типичными вегетативными симптомами гипогликемии являются

- боли в грудной клетке, одышка, отеки
- беспокойство, тревога, агрессивность
- сонливость, слабость, заторможенность
- кашель, отхождение мокроты, одышка

Мероприятия по купированию гипогликемии у больных СД, получающих сахароснижающую терапию, следует начинать при уровне глюкозы плазмы менее + _____ + ммоль/л

- боли в грудной клетке, одышка, отеки
- беспокойство, тревога, агрессивность
- сонливость, слабость, заторможенность
- кашель, отхождение мокроты, одышка

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Юноша 18 лет доставлен родственниками в СОСМП.

Жалобы

На общую слабость, сонливость, постоянную жажду, интенсивные боли в околопупочной области. Тошноту, рвоту, изменения стула и мочи отрицает.

Анамнез заболевания

Последние 2 недели на фоне ОРВИ стала беспокоить жажда, выросла общая слабость, появилась выраженная сонливость со снижением трудоспособности. Утром в день обращения стали беспокоить боли в околопупочной области режущего характера.

Анамнез жизни

С 15 лет страдает сахарным диабетом 1 типа, на постоянной инсулинотерапии. Наблюдается эндокринологом, но диету соблюдает плохо, хлебные единицы не подсчитывает. Самоконтроль гликемии и контроль уровня гликированного гемоглобина нерегулярный.

Операции, травмы отрицает. Аллергических реакций не было. Родители, братья, сестры здоровы.

Вредные привычки отрицает.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. При осмотре в выдыхаемом воздухе отмечен запах ацетона. Кожные покровы бледные, сухие, без высыпаний. АД 87 и 54 мм рт. ст. Пульс=ЧСС=120 уд/мин, ритмичный, симметричный, удовлетворительных характеристик. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумы не выслушиваются. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот болезненный в околопупочной области, симптомы раздражения брюшины слабopоложительные. Печень, селезенка не увеличены. Периферических отеков нет. По шкале Глазго 14 баллов.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- боли в грудной клетке, одышка, отеки
- беспокойство, тревога, агрессивность
- сонливость, слабость, заторможенность
- кашель, отхождение мокроты, одышка

Результаты обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- боли в грудной клетке, одышка, отеки
- беспокойство, тревога, агрессивность
- сонливость, слабость, заторможенность
- кашель, отхождение мокроты, одышка

Результаты обследования

Учитывая выявленные изменения, больному может быть установлен диагноз сахарного диабета 1 типа, осложненного развитием

- боли в грудной клетке, одышка, отеки
- беспокойство, тревога, агрессивность
- сонливость, слабость, заторможенность
- кашель, отхождение мокроты, одышка

Диагноз

Основной причиной возникновения данного состояния является

- избыток инсулина в организме по отношению к поступлению углеводов извне
- повышенное образование и снижение утилизации лактата и гипоксия
- абсолютная или выраженная относительная инсулиновая недостаточность
- выраженная относительная инсулиновая недостаточность и резкая дегидратация.

Первоочередным при лечении диабетического кетоацидоза является внутривенное введение 0,9% раствора хлорида натрия капельно со скоростью 1 л/ч

- и инсулина короткого действия по 2–5 ед/ч подкожно
- и внутривенное капельное введение 5–10% раствора глюкозы
- и инсулина короткого действия (ИКД) 0,1 - 0,15 ЕД/кг реальной массы тела в/в болюсно
- без введения инсулина короткого действия

Показанием к введению бикарбоната натрия при диабетическом кетоацидозе является уровень рН

- 7,3- 7,4
- < 6,9
- < 7,3
- > 7,4

Одновременно с введением инсулина необходимо начать внутривенное введение

- калия йодида
- магния сульфата
- калия хлорида
- кальция хлорида

Частой сопутствующей терапией при диабетическом кетоацидозе является использование + _____ + препаратов

- ферментных
- антиагрегантных
- антибактериальных
- нефропротекторных

Абдоминальный болевой синдром в данном случае является проявлением

- острого аппендицита
- острого панкреатита
- мезаденита
- диабетического кетоацидоза

Особенности клинической картины, результаты биохимического анализа крови и КЩС позволяют расценивать степень кетоацидоза у больного как

- средне-тяжелую
- тяжелую
- умеренную
- легкую

Для диабетического кетоацидоза средней степени тяжести характерны

- глюкоза крови > 13 ммоль/л, рН $< 7,0$, бикарбонат сыворотки < 10 мэкв/л, наличие артериальной гипотонии и сопора
- глюкоза крови > 13 ммоль/л, рН $< 7,25$, бикарбонат сыворотки 10-15 мэкв/л, наличие сонливости
- глюкоза крови > 13 ммоль/л, рН $< 7,3$, бикарбонат сыворотки 15-18 мэкв/л, наличие сопора
- глюкоза крови < 9 ммоль/л, рН $> 7,4$, бикарбонат сыворотки > 18 мэкв/л, глюкозурия

Типичным неврологическим проявлением диабетического кетоацидоза тяжелой степени является

- глюкоза крови > 13 ммоль/л, рН $< 7,0$, бикарбонат сыворотки < 10 мэкв/л, наличие артериальной гипотонии и сопора

- глюкоза крови > 13 ммоль/л, рН<7,25, бикарбонат сыворотки 10-15 мэкв/л, наличие сонливости
- глюкоза крови > 13 ммоль/л, рН<7,3, бикарбонат сыворотки 15-18 мэкв/л, наличие сопора
- глюкоза крови < 9 ммоль/л, рН>7,4, бикарбонат сыворотки >18 мэкв/л, глюкозурия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 55 лет доставлен в стационарное отделение скорой медицинской помощи бригадой скорой медицинской помощи с работы.

Жалобы

На боли за грудиной давящего характера, возникшие на высоте физической нагрузки (работа на стройке), с иррадиацией в область под левой лопаткой, длящиеся более 30 минут, сопровождающиеся появлением холодного липкого пота.

Анамнез заболевания

Находясь на работе на стройке, на высоте физической нагрузки отметил появление высокоинтенсивных болей за грудиной, описанных выше, одышки с затруднением вдоха и выдоха в покое, длящихся более 30 минут, в связи с чем коллегами была вызвана бригада скорой медицинской помощи.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания: отрицает
- * Операции: отрицает
- * Травмы: отрицает
- * Аллергические реакции: отрицает
- * Курение: курит более 30 лет по 1 пачке сигарет в сутки
- * Алкоголь: со слов, не употребляет
- * Наследственность: про заболевания отца и матери, причины их смерти не знает

Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести. В контакт вступает легко. В пространстве и времени ориентирован. Конституция: гиперстеник, рост 178 см, вес 103 кг, индекс массы тела: 32,51 кг/м².

Кожные покровы, склеры: обычной окраски, Видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Периферические лимфоузлы: не увеличены, безболезненны, эластичны.

Отеки: не определяются

Сердечно-сосудистая система: Пульс: 104 уд./мин, ритмичный не напряжен симметричный, АД: 100/60 мм рт. ст.

Дыхательная система: ЧДД: 22 в мин. Притупление перкуторного тона:

отсутствует. Аускультация легких: дыхание жесткое, влажные

мелкопузырчатые хрипы в нижне-боковых отделах легких. O₂ sat: 92 %.

Желудочно-кишечный тракт: язык обложен, живот при пальпации: мягкий,

безболезненный во всех отделах, симптомы раздражения брюшины: отрицательные.

Органы мочеиспускания: Симптом поколачивания (Пастернацкого) отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- глюкоза крови > 13 ммоль/л, рН $<7,0$, бикарбонат сыворотки <10 мэкв/л, наличие артериальной гипотонии и сопора
- глюкоза крови > 13 ммоль/л, рН $<7,25$, бикарбонат сыворотки 10-15 мэкв/л, наличие сонливости
- глюкоза крови > 13 ммоль/л, рН $<7,3$, бикарбонат сыворотки 15-18 мэкв/л, наличие сопора
- глюкоза крови < 9 ммоль/л, рН $>7,4$, бикарбонат сыворотки >18 мэкв/л, глюкозурия

Результаты обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят выполнение

- глюкоза крови > 13 ммоль/л, рН $<7,0$, бикарбонат сыворотки <10 мэкв/л, наличие артериальной гипотонии и сопора
- глюкоза крови > 13 ммоль/л, рН $<7,25$, бикарбонат сыворотки 10-15 мэкв/л, наличие сонливости
- глюкоза крови > 13 ммоль/л, рН $<7,3$, бикарбонат сыворотки 15-18 мэкв/л, наличие сопора
- глюкоза крови < 9 ммоль/л, рН $>7,4$, бикарбонат сыворотки >18 мэкв/л, глюкозурия

Результаты обследования

Учитывая жалобы, анамнез, результаты инструментальных и лабораторных исследований больному может быть установлен диагноз

- глюкоза крови > 13 ммоль/л, рН $<7,0$, бикарбонат сыворотки <10 мэкв/л, наличие артериальной гипотонии и сопора
- глюкоза крови > 13 ммоль/л, рН $<7,25$, бикарбонат сыворотки 10-15 мэкв/л, наличие сонливости
- глюкоза крови > 13 ммоль/л, рН $<7,3$, бикарбонат сыворотки 15-18 мэкв/л, наличие сопора
- глюкоза крови < 9 ммоль/л, рН $>7,4$, бикарбонат сыворотки >18 мэкв/л, глюкозурия

Диагноз

На ЭКГ больного имеются признаки инфаркта миокарда + _____ + локализации

- боковой
- передне-перегородочный
- нижней
- распространенной передней

Основным методом терапии пациентов с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST является

- применение антиагрегантов
- хирургическая реваскуляризация
- фармакологическая реперфузия
- высокодозная гепаринотерапия

Показанием к тромболитической терапии при ОКС с подъемом ST является невозможность выполнения ЧКВ от момента первого контакта с медработником в течение + _____ + часов

- 2
- 12
- 48
- 24

После проведения успешной тромболитической терапии больного следует направить

- домой
- в сосудистый центр
- в поликлинику по месту жительства
- в ближайший стационар

Препаратом выбора для купирования болевого синдрома при ОКС является + _____ +, вводимый

- промедол; подкожно
- нитроглицерин; сублингвально
- аспирин; перорально
- морфин; внутривенно

Всем больным с подозрением на ОКС при отсутствии противопоказаний должен быть назначен

- тикагрелор
- аспирин
- фуросемид
- дипиридамол

Опасным осложнением от применения морфина может стать

- запор
- гипертонический криз
- пароксизм фибрилляции предсердий
- выраженное угнетение дыхания

Диагностику ОКС затрудняет наличие

- ритма фибрилляции предсердий
- АВ-блокады 1 степени
- полной блокады левой ножки пучка Гиса
- полной блокады правой ножки пучка Гиса

Наиболее точно определить локализацию, характер и степень поражения коронарных артерий позволяет

- ритма фибрилляции предсердий
- АВ-блокады 1 степени
- полной блокады левой ножки пучка Гиса
- полной блокады правой ножки пучка Гиса

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 56 лет доставлена скорой помощью в СОСМП.

Жалобы

На затянувшийся приступ удушья, приступообразный сухой кашель, сердцебиение, резкую слабость.

Анамнез заболевания

Приступы удушья беспокоят 15 лет. Сначала приступы беспокоили только при контакте с аллергеном (была выявлена сенсibilизация к домашней пыли), а последний год беспокоят ежедневно. В межприступный период беспокоит приступообразный кашель с небольшим количеством трудноотделяемой слизистой мокроты, экспираторная одышка при незначительной физической нагрузке. Постоянно принимает симбикорт, таблетированные глюкокортикостероиды (3 таблетки метилпреднизолона в сутки). За последний год 3 раза лечилась стационарно.

Ухудшение самочувствия отмечает последние сутки: усилилась одышка, отметила снижение пиковой скорости выдоха до 30-40% от привычной, перестала отходить мокрота, было 4 приступа удушья, причем последний самостоятельно купировать не смогла.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания: ГБ, хронический калькулезный холецистит;
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональных вредностей не имеет;

* аллергологический анамнез: пылевая сенсibilизация;

* аппендэктомия в детстве.

Объективный статус

Объективно: Рост 156 см, вес 83 кг, ИМТ 34,3 кг/м², общее состояние тяжелое, больная возбуждена. Не может произнести фразу на одном выдохе. Положение тела вынужденное – сидя с фиксированным плечевым поясом, отмечается диффузный цианоз кожных покровов. Грудная клетка в состоянии максимального вдоха, в акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура. Слышны дистанционные хрипы. ЧДД 40 в 1 мин. При пальпации голосовое дрожание ослаблено, перкуторно коробочный звук, смещение нижних границ легких вниз и резкое ограничение их подвижности, аускультативно – в нижних отделах дыхание не выслушивается, в верхних отделах – жесткое, с умеренным количеством сухих хрипов, бронхофония ослаблена. Тоны сердца приглушены, ЧСС 120 в 1 мин. АД 130/90 мм рт. ст. Живот при поверхностной ориентировочной пальпации мягкий, безболезненный. Проведение глубокой пальпации невозможно из-за тяжести состояния больной. Стул, диурез в норме. SpO₂ = 88%.

Для постановки диагноза данной пациентке в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи (СОСМП) необходимо выполнить такие лабораторные методы исследования как

- ритма фибрилляции предсердий
- АВ-блокады 1 степени
- полной блокады левой ножки пучка Гиса
- полной блокады правой ножки пучка Гиса

Результаты лабораторных методов обследования

Для постановки диагноза данной пациентке в условиях СОСМП необходимо выполнить инструментальные методы исследования

- ритма фибрилляции предсердий
- АВ-блокады 1 степени
- полной блокады левой ножки пучка Гиса
- полной блокады правой ножки пучка Гиса

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования больной может быть установлен диагноз

- ритма фибрилляции предсердий
- АВ-блокады 1 степени
- полной блокады левой ножки пучка Гиса
- полной блокады правой ножки пучка Гиса

Диагноз

Особенности клинической картины, данные инструментальных методов обследования свидетельствуют о развитии у больной такого осложнения, как

- передозировка симпатомиметиков
- полисегментарная пневмония
- ложный круп
- астматический статус

Обязательный объем терапии в СтОСМП включает постоянные ингаляции

- фенотерола
- увлажненного кислорода
- амброксола
- будесонида

Поток подаваемого больному кислорода следует титровать под контролем пульсоксиметрии, чтобы поддерживать SaO_2 не ниже + _____ + %

- 90
- 95
- 99
- 93

Схема терапии обострения бронхиальной астмы в СтОСМП обязательно должна включать назначение

- антибактериальных препаратов
- сульфата магния
- теofilлина
- глюкокортикостероидов

Несмотря на психомоторное возбуждение больной, назначение ей седативных препаратов и наркотических средств запрещено из-за риска развития

- антибактериальных препаратов
- сульфата магния
- теofilлина
- глюкокортикостероидов

Дополнительная информация

В течение 6 часов состояние пациентки без динамики, участие вспомогательной мускулатуры в дыхании, психомоторное возбуждение сменилось сонливостью, заторможенностью пациентки, брадипноэ 10 дыхательных движений в минуту. **В связи с неэффективностью медикаментозной терапии больной показано**

- немедленно начать малоинвазивную вентиляцию легких в режиме CPAP+Psup 10-12 см вод. ст., FiO₂ = 70—90%
- проведение оксигенотерапии увлажненным кислородом через лицевую маску с потоком 3-8 л/мин
- выполнить интубацию трахеи, начать ИВЛ
- немедленно завести воздуховод, наложить лицевую маску, начать ИВЛ мешком Амбу

Критериями выписки или перевода из СтОСМП является

- отсутствие эозинофилии крови и мокроты
- SaO₂ более 92%
- отсутствие инфильтрации по данным рентгенографии ОГК
- значения индекса Тиффно более 70%

Данной пациентке в качестве антигипертензивной терапии противопоказано назначение

- бета-адреноблокаторов
- блокаторов кальциевых каналов
- тиазидных диуретиков
- блокаторов ангиотензиновых рецепторов

Осложнением астматического статуса может стать

- бета-адреноблокаторов
- блокаторов кальциевых каналов
- тиазидных диуретиков
- блокаторов ангиотензиновых рецепторов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 33 года доставлен в СОСМП бригадой СМП.

Жалобы

На боль в правой подвздошной области, сухость во рту, тошноту.

Анамнез заболевания

Утром появилась тошнота, затем боли ноющего характера в эпигастрии, был однократный кашицеобразный стул обычного цвета. Дизурических явлений не отмечал. Самостоятельно принял но-шпа – без эффекта. В течение нескольких часов боль распространилась на правую подвздошную область, усилилась, в связи с чем вызвал СМП.

Анамнез жизни

- * Хронические заболевания отрицает;
- * курит около пачки в день, алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональных вредностей не имел;

- * аллергических реакций не было;
- * оперативных вмешательств не было.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 182 см, масса тела 71 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 82 в 1 мин, АД 130/85 мм рт. ст. Температура тела 37,2°C. Живот симметричный, подвздут, при пальпации болезненный в эпигастральной и правой подвздошной области. Положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Воскресенского, Мак-Берни. Ректально: кожа перианальной области не изменена, сфинктер в тонусе, пальпация стенок кишки безболезненная, на высоте пальца патологических образований не определяется, кал на перчатке обычного цвета.

К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся

- бета-адреноблокаторов
- блокаторов кальциевых каналов
- тиазидных диуретиков
- блокаторов ангиотензиновых рецепторов

Результаты лабораторных методов обследования

Для оценки вероятности острого аппендицита используется шкала

- _NIHNS_
- _NEWS_
- Альвардо
- _РААС_

Принятие решения о необходимости проведения дополнительной визуализации брюшной полости основывается на

- наличии или отсутствии симптомов раздражения брюшины
- оценке уровня лейкоцитоза (больше или меньше $15 \cdot 10^9 / \text{л}$)
- оценке вероятности острого аппендицита по шкале Альвардо
- длительности заболевания

Симптом Ровзинга считается положительным при

- появлении болезненности передней стенки прямой кишки при ректальном пальцевом исследовании
- появлении болезненности при пальпации в точке, находящаяся посередине между пупком и передней верхней остью подвздошной кости справа
- ослаблении перистальтических шумов в правой половине живота по сравнению с левой

- появлении боли в правом нижнем квадранте при надавливании в левой половине живота

Учитывая полученные данные лабораторно-инструментального исследования, больному можно поставить диагноз

- появлении болезненности передней стенки прямой кишки при ректальном пальцевом исследовании
- появлении болезненности при пальпации в точке, находящаяся посередине между пупком и передней верхней остью подвздошной кости справа
- ослаблении перистальтических шумов в правой половине живота по сравнению с левой
- появлении боли в правом нижнем квадранте при надавливании в левой половине живота

Диагноз

В данной клинической ситуации больному показана консультация специалиста врача

- терапевта
- хирурга
- инфекциониста
- уролога

Рекомендованным сроком осмотра врачом-хирургом пациента с подозрением на острый аппендицит является + ____ + ч. от момента поступления больного в стационар

- 24
- 2
- 1
- 6

Для снижения риска возникновения гнойно-инфекционных осложнений пациентам с острым аппендицитом рекомендовано проведение

- антибиотикопрофилактики
- промывания желудка
- очистительной клизмы
- профилактики послеоперационных венозных тромбозов

В качестве препарата выбора для предоперационной антибиотикопрофилактики используется

- метронидазол 500 мг
- цефазолин 1,0 г

- ципрофлоксацин 500 мг
- амоксилав 1000 мг

Предпочтительным методом введения антибиотика является

- пероральный
- внутримышечный
- внутривенный
- зондовый

Противопоказанием к выполнению лапароскопии при остром аппендиците является

- лейкоцитоз больше $18 \cdot 10^9$
- перитонит с выраженным парезом ЖКТ
- недостаточная масса тела пациента
- отсутствие подтвержденного флегмонозного аппендицита

Основной причиной развития острого аппендицита является

- лейкоцитоз больше $18 \cdot 10^9$
- перитонит с выраженным парезом ЖКТ
- недостаточная масса тела пациента
- отсутствие подтвержденного флегмонозного аппендицита

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 33 года. Беременность 32 недели доставлена в СОСМП бригадой СМП.

Жалобы

На боль в правой подвздошной области, усиливающейся в положении на правом боку.

Анамнез заболевания

Указанный болевой синдром появился около 6 часов назад, постепенно нарастал, в связи с чем вызвала СМП.

Анамнез жизни

- * В анамнезе хронический пиелонефрит, АИТ;
- * не курит алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональных вредностей не имела;
- * аллергическая реакция на йод - крапивница;
- * оперативных вмешательство 3 года назад – кесарево сечение.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 162 см, масса тела 71 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 88 в 1 мин, АД

110/75 мм рт. ст. Температура тела 37,7°C. Живот симметричный, увеличен согласно сроку беременности, при пальпации болезненный в эпигастральной и правой подвздошной области. Ректально: кожа перианальной области не изменена, сфинктер в тоне, пальпация стенок кишки безболезненная, на высоте пальца патологических образований не определяется, кал на перчатке обычного цвета.

К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся

- лейкоцитоз больше $18 \cdot 10^9$
- перитонит с выраженным парезом ЖКТ
- недостаточная масса тела пациента
- отсутствие подтвержденного флегмонозного аппендицита

Результаты лабораторных методов обследования

Для оценки вероятности острого аппендицита используется шкала

- Альвардо
- HAS-BLED
- TIMI
- Глазго

Наибольшую значимость в оценке вероятности острого аппендицита по шкале Альвардо имеет такой лабораторный признак как

- палочкоядерный сдвиг в лейкоцитарной формуле
- ускорение СОЭ
- повышение концентрации СРБ
- лейкоцитоз

Особенности клинической картины, результаты лабораторного обследования позволяют рассчитать у больной индекс Альвардо +__+ баллов, что соответствует +_____+ вероятности острого аппендицита

- 5; неопределенной
- 7; средней
- 3; низкой
- 9; высокой

Принятие решения о необходимости проведения дополнительной визуализации брюшной полости основывается на

- наличию или отсутствию симптомов раздражения брюшины
- длительности заболевания
- оценке вероятности острого аппендицита по шкале Альвардо
- оценке уровня лейкоцитоза (больше или меньше $15 \cdot 10^9/\text{л}$)

Необходимым инструментальным исследованием в данной ситуации является

- наличию или отсутствию симптомов раздражения брюшины
- длительности заболевания
- оценке вероятности острого аппендицита по шкале Альварато
- оценке уровня лейкоцитоза (больше или меньше $15 \cdot 10^9/\text{л}$)

Результаты инструментального метода обследования

Учитывая полученные данные лабораторно-инструментального исследования, больной можно поставить диагноз

- наличию или отсутствию симптомов раздражения брюшины
- длительности заболевания
- оценке вероятности острого аппендицита по шкале Альварато
- оценке уровня лейкоцитоза (больше или меньше $15 \cdot 10^9/\text{л}$)

Диагноз

Для определения врачебной тактики показана консультация специалиста врача

- уролога
- хирурга
- инфекциониста
- терапевта

Осмотр пациентки хирургом должен быть выполнен не позднее + _____ + ч. от момента ее поступления в стационар

- 0,5
- 1
- 2
- 6

Тактикой ведения при остром аппендиците является

- аппендэктомия в плановом порядке после родоразрешения
- неотложная аппендэктомия
- консервативная антибиотикотерапия
- аппендэктомия после купирования острого воспаления

Для снижения риска возникновения гнойно-инфекционных осложнений пациентке с острым аппендицитом рекомендовано проведение

- вакцинопрофилактики пневмококковой вакциной
- очистительной клизмы

- промывания брюшной полости антисептиками по дренажу
- антибиотикопрофилактики

При клинической картине гангренозного и перфоративного аппендицита в родах рекомендовано (-на)

- вакцинопрофилактики пневмококковой вакциной
- очистительной клизмы
- промывания брюшной полости антисептиками по дренажу
- антибиотикопрофилактики

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 64 года доставлен бригадой СМП с диагнозом о. живот.

Жалобы

На боль в правой подвздошной области, повышение температуры тела до 37,4°C. Нарушения стула, дизурические явления отрицает.

Анамнез заболевания

Указанный болевой синдром появился 4 дня назад, самостоятельно принимал кеторол с временным эффектом, ждал записи к участковому терапевту 3 дня, с приема доставлен в СОСМП.

Анамнез жизни

* В анамнезе хронический панкреатит, ГБ, ИБС: стабильная стенокардия, ДГПЖ;

* не курит, алкоголь употребляет умеренно (по выходным);

* профессиональных вредностей не имел;

* аллергическая реакция на амоксиклав - крапивница;

* оперативных вмешательств ранее не было.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 172 см, масса тела 77 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 88 в 1 мин, АД 150/75 мм рт. ст. Температура тела 37,4°C. Живот симметричный, в правой подвздошной области пальпируется болезненное образование. Ректально: кожа перианальной области не изменена, сфинктер в тонусе, пальпация стенок кишки безболезненная, на высоте пальца патологических образований не определяется, кал на перчатке обычного цвета.

К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся

- вакцинопрофилактики пневмококковой вакциной
- очистительной клизмы
- промывания брюшной полости антисептиками по дренажу
- антибиотикопрофилактики

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми инструментальными исследованиями в данной ситуации являются

- вакцинопрофилактики пневмококковой вакциной
- очистительной клизмы
- промывания брюшной полости антисептиками по дренажу
- антибиотикопрофилактики

Результаты инструментальных методов обследования

В данном случае в качестве уточняющего исследования необходимо выполнить

- вакцинопрофилактики пневмококковой вакциной
- очистительной клизмы
- промывания брюшной полости антисептиками по дренажу
- антибиотикопрофилактики

Результаты обследования

Диагноз острого живота, установленный врачом скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе, является

- окончательным, так как позволяет исключить острую урологическую патологию
- правомочным до момента установления точного нозологического диагноза
- показанием к экстренному оперативному вмешательству
- преждевременным, так как больной не был осмотрен хирургом

Учитывая данные анамнеза, лабораторно-инструментального исследования, больному может быть установлен диагноз

- окончательным, так как позволяет исключить острую урологическую патологию
- правомочным до момента установления точного нозологического диагноза
- показанием к экстренному оперативному вмешательству
- преждевременным, так как больной не был осмотрен хирургом

Диагноз

Для уточнения клинического диагноза больному показана консультация врача

- инфекциониста

- терапевта
- уролога
- хирурга

Верной врачебной тактикой в данном случае будет

- консервативное лечение антибиотиками
- удаление аппендикулярного инфильтрата с правосторонней гемиколонэктомией
- перкутанная установка дренажа в правую подвздошную ямку
- экстренная диагностическая лапароскопия

Предпочтительным методом введения антибиотика является

- внутривенный
- зондовый
- пероральный
- внутримышечный

После разрешения аппендикулярного инфильтрата рекомендовано

- продолжение антибиотикопрофилактики в течение года
- выполнение колоноскопии
- физиотерапевтическое лечение
- соблюдение щадящей диеты пожизненно

После разрешения аппендикулярного инфильтрата повторный осмотр врачом-хирургом должен быть проведен через

- 1 месяц
- 6 месяцев
- 3 года
- 1 год

При выявлении на дооперационном этапе периаппендикулярного абсцесса без признаков перитонита рекомендовано выполнить

- экстренную лапаротомию с дренированием абсцесса
- перкутанное дренирование
- лапароскопическое удаление аппендикулярного инфильтрата
- установку системы контролируемого отрицательного давления (VAC)

Типичным положением для больного с острым аппендицитом является

- экстренную лапаротомию с дренированием абсцесса
- перкутанное дренирование
- лапароскопическое удаление аппендикулярного инфильтрата

- установку системы контролируемого отрицательного давления (VAC)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 31 год доставлен бригадой СМП с диагнозом о. живот.

Жалобы

На боль в правой подвздошной области. Нарушения стула, дизурические явления отрицает.

Анамнез заболевания

Указанный болевой синдром появился около 8 часов назад, самостоятельно принимал но-шпа без эффекта, в связи с сохранением болевого синдрома вызвал СМП.

Анамнез жизни

- * В анамнезе хронический гастрит;
- * не курит, алкоголь употребляет умеренно (по выходным);
- * профессиональных вредностей не имеет;
- * аллергические реакции отрицает;
- * оперативных вмешательств не было.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 185 см, масса тела 77 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 78 в 1 мин, АД 140/75 мм рт. ст. Температура тела 36,6°C. Живот симметричный, болезненный при пальпации в правой подвздошной области, положительные симптомы Ровзинга, Бартоломье-Михельсона, Ситковского. Перитонеальные симптомы отрицательные. Ректально: кожа перианальной области не изменена, сфинктер в тонусе, пальпация стенок кишки болезненная, на высоте пальца патологических образований не определяется, кал на перчатке обычного цвета.

К необходимому в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся

- экстренную лапаротомию с дренированием абсцесса
- перкутанное дренирование
- лапароскопическое удаление аппендикулярного инфильтрата
- установку системы контролируемого отрицательного давления (VAC)

Результаты лабораторных методов обследования

Положительный симптом Ровзинга - появление или усиление болей в правой подвздошной области при толчкообразном надавливании на левую подвздошную область, является признаком

- острого холецистита
- острого перитонита
- обтурационной кишечной непроходимости

- острого аппендицита

Для оценки вероятности острого аппендицита используется шкала

- Апгар
- Альговера
- Глазго
- Альворадо

При оценке по шкале Альворадо пациент набрал 5 баллов (боли в подвздошной области – 2 б., лейкоцитоз – 2 б., сдвиг в формуле – 1 б.), что соответствует + _____ + вероятности острого аппендицита

- неопределенной
- высокой
- низкой
- средней

Принятие решения о необходимости проведения дополнительной визуализации брюшной полости основывается на

- оценке вероятности острого аппендицита по шкале Альварадо
- оценке уровня лейкоцитоза (больше или меньше $15 \times 10^9/\text{л}$)
- наличию или отсутствию симптомов раздражения брюшины
- длительности заболевания

В данном случае в качестве уточняющего исследования необходимо выполнить

- оценке вероятности острого аппендицита по шкале Альварадо
- оценке уровня лейкоцитоза (больше или меньше $15 \times 10^9/\text{л}$)
- наличию или отсутствию симптомов раздражения брюшины
- длительности заболевания

Результаты обследования

Учитывая полученные данные лабораторно-инструментального исследования, больной можно поставить диагноз

- оценке вероятности острого аппендицита по шкале Альварадо
- оценке уровня лейкоцитоза (больше или меньше $15 \times 10^9/\text{л}$)
- наличию или отсутствию симптомов раздражения брюшины
- длительности заболевания

Диагноз

Болезненность стенок прямой кишки при ректальном обследовании больного может указывать на

- парапроктит
- кишечное кровотечение
- пельвиоперитонит
- тазовое расположение аппендикса

Для постановки окончательного диагноза и определения тактики ведения показана консультация

- терапевта
- инфекциониста
- уролога
- хирурга

Основным методом лечения острого аппендицита является

- консервативная терапия
- лапароскопическая аппендэктомия
- открытая аппендэктомия
- чрескожное дренирование правой подвздошной ямки

Противопоказанием к лапароскопической операции является (-ются)

- перитонит с выраженным парезом ЖКТ
- недостаточная масса тела пациента
- деструктивные формы аппендицита
- беременность

Основной причиной развития острого аппендицита является (-ются)

- перитонит с выраженным парезом ЖКТ
- недостаточная масса тела пациента
- деструктивные формы аппендицита
- беременность

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 21 год доставлена бригадой СМП с подозрением на о. аппендицит.

Жалобы

На боль в правой подвздошной области, тошноту, озноб.

Анамнез заболевания

Около 8 часов назад появилась давящая боль в эпигастрии, после употребления супа, самостоятельно принимала но-шпа, активированный уголь без эффекта, в связи с распространением болевого синдрома в правую подвздошную область вызвал СМП. Тошноты, рвоты, нарушения стула не было.

Анамнез жизни

- * В анамнезе хронический пиелонефрит;
- * не курит, алкоголь не употребляет;
- * профессиональных вредностей не имела;
- * аллергические реакции отрицает;
- * оперативных вмешательств не было;
- * Беременностей, родов не было;
- * 14 день менструального цикла.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 175 см, масса тела 57 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 78 в 1 мин, АД 120/75 мм рт. ст. Температура тела 36,8°C. Живот симметричный, болезненный при пальпации в правой подвздошной области, перитонеальные симптомы отрицательные. Ректально: кожа перианальной области не изменена, сфинктер в тоне, пальпация стенок кишки безболезненная, на высоте пальца патологических образований не определяется, кал на перчатке обычного цвета.

К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся

- перитонит с выраженным парезом ЖКТ
- недостаточная масса тела пациента
- деструктивные формы аппендицита
- беременность

Результаты лабораторных методов обследования

К перитонеальным симптомам относится симптом

- падающей капли
- Воскресенского
- Ортнера
- Обуховской больницы

При осмотре следует обратить внимание на положение пациента, которое в типичном случае представляет собой

- колено-локтевое положение
- позу лежа на животе
- позу эмбриона
- положение Тренделенбурга

В данном случае о. аппендицит необходимо в первую очередь дифференцировать с

- острым холециститом
- острым панкреатитом

- апоплексией яичника
- опоясывающим герпесом

В качестве уточняющего исследования необходимо выполнить

- острым холециститом
- острым панкреатитом
- апоплексией яичника
- опоясывающим герпесом

Результаты обследования

Учитывая полученные данные лабораторно-инструментального исследования, больной можно поставить диагноз

- острым холециститом
- острым панкреатитом
- апоплексией яичника
- опоясывающим герпесом

Диагноз

Для уточнения клинического диагноза и определения тактики лечения показана консультация врача

- инфекциониста
- хирурга
- уролога
- терапевта

При остром аппендиците рекомендовано выполнение

- дренирования правой подвздошной ямки
- неотложной открытой аппендэктомии
- неотложной лапароскопической аппендэктомии
- плановой аппендэктомии после купирования острого воспаления

Преимуществом лапароскопической аппендэктомии перед открытой являются не только лучшие косметические результаты, но и

- возможность применения при деструктивных формах аппендицита
- отсутствие необходимости в антибиотикопрофилактике
- меньший риск осложнений
- меньшая продолжительность операции

Средством антибиотикопрофилактики вторичных осложнений при аппендэктомии является _____, назначаемый

- метронидазол, перорально
- цефтриаксон, внутримышечно
- цефазолин, внутривенно
- амоксиклав, перорально

Противопоказанием к аппендэктомии является

- избыточная масса тела пациента
- отрицательный резус-фактор
- аппендикулярный инфильтрат
- беременность более 12 недель

При выявлении на дооперационном этапе периаппендикулярного абсцесса без признаков перитонита рекомендовано выполнить

- избыточная масса тела пациента
- отрицательный резус-фактор
- аппендикулярный инфильтрат
- беременность более 12 недель

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 71 год доставлен бригадой СМП с диагнозом острый живот.

Жалобы

На схваткообразную боль в нижних отделах живота, тошноту, вздутие живота, отсутствие стула в течение 5 дней.

Анамнез заболевания

В течение последнего месяца отмечает снижение аппетита, периодически тянущую боль в нижних отделах живота, запоры, неделю назад дважды была рвота съеденной пищей, в связи с усилением болевого синдрома, отсутствием стула 5 дней вызвал СМП.

Анамнез жизни

- * в анамнезе хронический простатит, ГБ, ИБС
- * не курит, алкоголем не злоупотребляет;
- * профессиональные вредности – работал на красильном заводе;
- * аллергические реакции отрицает
- * оперативные вмешательства: аппендэктомия в детстве, пластика правосторонней паховой грыжи 10 лет назад.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 185 см, масса тела 67 кг. Кожные покровы бледные. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 88 в 1 мин, АД 140/75 мм рт. ст. Температура тела 36,6°C. Живот асимметричный, преимущественно в левых отделах, болезненный при пальпации в левых отделах, перитонеальные симптомы отрицательные. Перистальтические шумы резко ослаблены.

Ректально: кожа перианальной области не изменена, сфинктер в тонусе, пальпация стенок кишки безболезненная, на высоте пальца патологических образований не определяется, ампула пустая.

Имеющийся у больного симптом Валя - относительно устойчивое не перемещающееся асимметричное вздутие живота, заметное на глаз, определяемое на ощупь, является специфичным симптомом

- острого панкреатита
- острого аппендицита
- острого холецистита
- острой кишечной непроходимости

К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся

- острого панкреатита
- острого аппендицита
- острого холецистита
- острой кишечной непроходимости

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым инструментальным методам исследования относятся

- острого панкреатита
- острого аппендицита
- острого холецистита
- острой кишечной непроходимости

Результаты инструментальных методов обследования

При обзорной рентгенографии органов брюшной полости у больного выявлен характерный рентгенологический признак - определение газа и уровней жидкости в расширенных петлях кишок, получивших название

- линий Дамуазо
- симптома Обуховской больницы
- булыжной мостовой
- чаши Клойбера

Методом диагностики, позволяющим определить точную локализацию непроходимости и ее причину, рекомендуемым всем больным, является

- УЗИ брюшной полости
- обзорная рентгенограмма брюшной полости
- колоноскопия
- компьютерная томография брюшной полости

Учитывая полученные данные лабораторно-инструментального исследования, больному можно поставить диагноз

- УЗИ брюшной полости
- обзорная рентгенограмма брюшной полости
- колоноскопия
- компьютерная томография брюшной полости

Диагноз

По уровню развития кишечная непроходимость у данного пациента, вероятно, является

- смешанной
- низкой
- промежуточной
- высокой

По уровню степени компенсации кишечная непроходимость у данного пациента, вероятно, является

- терминальной
- субкомпенсированной
- декомпенсированной
- компенсированной

Элементом консервативного лечения острой кишечной непроходимости является

- установка назогастрального зонда
- активная диуретическая терапия
- гемостатическая терапия
- применение грелок на поясничную область

Врачебная тактика при острой декомпенсированной кишечной непроходимости заключается в

- экстренном оперативном лечении после короткой предоперационной подготовки
- эндоскопическом стентировании кишки в экстренном порядке
- оперативном лечении в плановом порядке
- консервативном лечении в условиях хирургического отделения

Объем хирургического вмешательства у больного с декомпенсированной кишечной непроходимостью должен носить + _____ + характер

- симптоматический

- паллиативный
- радикальный
- мультивисцеральный

Противопоказанием к проведению колоноскопии у больных с декомпенсированной кишечной непроходимостью является

- симптоматический
- паллиативный
- радикальный
- мультивисцеральный

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 49 лет доставлен бригадой скорой помощи с подозрением на почечную колику.

Жалобы

На момент осмотра пациент предъявляет жалобы на сильную боль в левом мезогастрii.

Анамнез заболевания

За 4 дня до обращения был эпизод макрогематурии. Болей не было, за медицинской помощью не обращался. Утром в день обращения почувствовал резкую боль в левом фланге живота, усиливающуюся при движении. Пациент принял 4 таблетки но-шпы, ревалгин - без видимого эффекта. Вызвал СМП, доставлен в стационарное отделение скорой помощи.

Анамнез жизни

* Со слов пациента давно страдает мочекаменной болезнью. 5 лет назад проводилась литоэкстракция.

* Сопутствующая патология: хронический простатит, хронический цистит.

* Контакты с инфекционными больными, туберкулез, гепатит, ВИЧ, венерические заболевания, переливания крови - отрицает.

* Аллергия на: пыльцу растений - поллиноз.

Объективный статус

* Общее состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное.

Температура тела 37,0^oC

* Конституция нормостеническая, рост 178 см, вес 80.0 кг, индекс массы тела 25.2 кг/м² Кожные покровы, склеры: обычной окраски. Отеков нет. Дыхание самостоятельное, ЧДД 17 в мин. При аускультации легких дыхание везикулярное проводится во все отделы легких. Хрипов нет. SpO₂~99% Сердечно-сосудистая система: пульс 80 уд./мин ритмичный удовлетворительного наполнения не напряжен симметричный, АД 120/80 мм рт. ст.

* Желудочно-кишечный тракт: язык влажный, живот при пальпации:

болезненный по левому фланку, симптомы раздражения брюшины отрицательные Симптом поколачивания по пояснице положительный слева
Необходимыми лабораторными методами исследования для установления диагноза в стационарном отделении скорой помощи являются

- симптоматический
- паллиативный
- радикальный
- мультивисцеральный

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- симптоматический
- паллиативный
- радикальный
- мультивисцеральный

Результаты инструментального метода обследования

При подозрении на уретеролитиаз необходимым исследованием является

- симптоматический
- паллиативный
- радикальный
- мультивисцеральный

Результаты обследования

На основании полученных клинических и лабораторно-инструментальных данных больному можно поставить диагноз

- симптоматический
- паллиативный
- радикальный
- мультивисцеральный

Диагноз

Медикаментозная терапия данного пациента включает назначение

- β -адреноблокаторов
- анальгетиков
- холиномиметиков
- антигистаминных препаратов

При неэффективности нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВС) рекомендуется применять

- дротаверин
- преднизолон
- трамадол
- диазепам

Конечной целью терапии при почечной колике является

- профилактика инфекционных осложнений
- купирование местных воспалительных явлений в мочевыводящих путях
- устранение причины обструкции
- поддержание уровня диуреза

Проведение консервативной терапии в течение 6 часов было не эффективно - почечная колика у пациента не купирована, в этой ситуации показано

- дренирование почки
- введение седативных препаратов
- проведение заместительной почечной терапии
- выполнение нефрэктомии

Срочное дренирование чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) показано пациентам с признаками

- полиурии
- хронического пиелонефрита
- острого пиелонефрита
- расширения чашечно-лоханочной системы

К методам дренирования почки при обструкции относится установка

- мочеточникового стента
- катетера Нелатона
- уретральной слинг-системы
- постоянного катетера Фоллея

Для госпитализации пациента в отделение специализированной помощи необходима консультация врача

- нефролога
- уролога
- терапевта
- онколога

В случае выбора консервативной тактики рекомендуется пациентам с купированной почечной коликой при выписке на амбулаторное лечение назначать

- нефролога
- уролога
- терапевта
- онколога

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 53 года доставлен бригадой скорой помощи с подозрением на острый панкреатит.

Жалобы

На опоясывающую боль в эпигастрии, тошноту.

Анамнез заболевания

Считает себя больным на протяжении 2-х дней, когда впервые появилась боль в эпигастрии, самостоятельно принимал кеторол без эффекта, в связи с сохранением болевого синдрома, тошноты вызвал скорую помощь. Лихорадку, нарушения стула отрицает. +

Накануне заболевания отмечает погрешности в диете (употреблял салаты, шашлык, алкоголь).

Анамнез жизни

- В анамнезе хронический панкреатит, гипертоническая болезнь, другие хронические заболевания отрицает;
- курит 1 пачку/день, алкоголь употребляет по выходным;
- профессиональных вредностей не имеет;
- аллергические реакции отрицает;
- оперативных вмешательств не было;
- * контакты с инфекционными больными отрицает.

Объективный статус

- * Состояние удовлетворительное. Рост 180 см, масса тела 80 кг. Температура тела 37,0^oC
- * Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет.
- * Дыхание везикулярное, ЧДД 15 в 1 мин.
- * Тоны сердца ритмичные, ЧСС 78 в 1 мин, АД 155/85 мм рт. ст.
- * Живот симметричный, вздут, болезненный при пальпации в эпигастриальной области, перитонеальные симптомы отрицательные.
- * Ректально: кожа перианальной области не изменена, сфинктер в тонусе, пальпация стенок кишки безболезненная, на высоте пальца патологических образований не определяется, кал на перчатке обычного цвета.
- * Симптом поколачивания по пояснице отрицательный.

Необходимыми для постановки диагноза в данной ситуации лабораторными методами исследования являются

- нефролога
- уролога
- терапевта
- онколога

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым инструментальным методом обследования для установления диагноза у пациента является

- нефролога
- уролога
- терапевта
- онколога

Результаты инструментального метода обследования

Учитывая клинические данные и полученные результаты лабораторно-инструментального исследования, больному можно поставить диагноз

- нефролога
- уролога
- терапевта
- онколога

Диагноз

Согласно этиологической классификации у данного пациента имеет место + _____ + панкреатит

- билиарный
- обтурационный
- нефрогенный
- алкогольно-алиментарный

Для оценки тяжести острого панкреатита рекомендуется применение шкалы

- PORT
- CURB65
- Джанелидзе
- Альпорт

В данной клинической ситуации тяжесть течения острого панкреатита соответствует + _____ + степени тяжести

- тяжелой
- легкой

- средней
- промежуточной

Данный больной должен проходить лечение в условиях отделения

- хирургии
- реанимации
- терапии
- инфекционного

Лечение данного пациента следует начинать с проведения

- хирургического лечения
- лучевой терапии
- консервативной терапии
- перкутанного дренирования главного панкреатического протока

В базисный лечебный комплекс для лечения острого панкреатита в ранние сроки заболевания входит применение

- антацидов
- антибиотиков
- спазмолитиков
- прокинетиков

При тяжелом течении острого панкреатита возможно использование

- плазмафереза
- экстракорпоральной мембранной оксигенации
- ультрафильтрации
- гемодиализа

При выраженном болевом синдроме с целью анальгезии возможно применение

- антигистаминных препаратов
- эфирного наркоза
- эпидуральной блокады
- нейролептиков

Одним из критериев оценки качества медицинской помощи при остром панкреатите является осмотр больного хирургом не позднее + _____ + от момента поступления пациента в стационар

- антигистаминных препаратов
- эфирного наркоза
- эпидуральной блокады
- нейролептиков

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 49 лет доставлен бригадой СМП с подозрением на почечную колику.

Жалобы

На момент осмотра пациент предъявляет жалобы на сильную боль распирающего характера в левом мезогастррии, левой поясничной области.

Анамнез заболевания

За 4 дня до обращения был эпизод макрогематурии. Болей не было, за мед. помощью не обращался. Утром в день обращения почувствовал резкую боль в левом фланге живота, левой поясничной области. Принимал но-шпу 4 табл, ревалгин - без видимого эффекта. Вызвал СМП, доставлен в СОСМП.

Анамнез жизни

Со слов пациента давно страдает МКБ. 5 лет назад была литоэкстракция. + Сопутствующая патология: хр. простатит, хр. Цистит. + Контакты с инфекционными больными, тbc, гепатит, ВИЧ, вен. заболевания, переливания крови отрицает. + Аллергия на: пыльцу растений.

Объективный статус

Общее состояние: относительно удовлетворительное. Сознание: ясное.
Конституция: нормостеник, рост, см: 178, вес, кг: 80.0, индекс массы тела: 25.2. Кожные покровы, склеры: обычной окраски. Отеки: не определяются. + Температура тела 37,0°C. Сердечно-сосудистая система: Пульс: 80 уд./мин ритмичный удовлетворительного наполнения не напряжен симметричный, АД: 120/80 мм рт. ст. + Дыхание: самостоятельное эффективное Глубокое ритмичное. ЧДД: 17 в мин. Аускультация легких: дыхание везикулярное проводится во все отделы легких. Хрипы в легких: не выслушиваются. SpO₂ ~ 99% Желудочно-кишечный тракт: язык влажный, живот при пальпации: болезненный по левому флангу, симптомы раздражения брюшины: отрицательные Симптом поколачивания по пояснице: положительный слева.

К лабораторным исследованиям, которые необходимо выполнить в стационарном отделении скорой медицинской помощи (СтОСМП) относят

- антигистаминных препаратов
- эфирного наркоза
- эпидуральной блокады
- нейролептиков

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- антигистаминных препаратов
- эфирного наркоза

- эпидуральной блокады
- нейролептиков

Результаты инструментального метода обследования

При подозрении на уретеролитиаз необходимо выполнить

- антигистаминных препаратов
- эфирного наркоза
- эпидуральной блокады
- нейролептиков

Результаты обследования

На основании объективного обследования, лабораторных и инструментальных данных данному больному можно поставить диагноз

- антигистаминных препаратов
- эфирного наркоза
- эпидуральной блокады
- нейролептиков

Диагноз

Помимо назначения анальгетиков, консервативная терапия включает в себя назначение

- холиномиметиков
- α -адреноблокаторов
- β -адреноблокаторов
- препаратов урсодезоксихолевой кислоты

При неэффективности нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВС) рекомендуется применять

- церукал
- диазепам
- дротаверин
- трамадол

На фоне консервативной терапии в течение 6 часов почечная колика не купирована, данному пациенту показано

- введение седативных препаратов
- выполнение нефрэктомии
- проведение заместительной почечной терапии
- дренирование чашечно-лоханочной системы (ЧЛС)

Показанием к хирургическому лечению является (ются)

- почечные колики в анамнезе
- наличие конкремента диаметром 3 мм
- расширение чашечно-лоханочной системы (ЧЛС)
- обструкция единственной или трансплантированной почки

Методом дренирования почки при обструкции высокотехнологичной медицинской помощью (ВМП) является установка

- троакарной эпицистостомы
- постоянного катетера Фоллея
- мочеточникового стента
- уретральной слинг-системы

Больной может быть выписан на амбулаторное лечение для продолжения консервативной терапии при

- купировании болевого синдрома
- сохраняющемся болевом синдроме
- снижении диуреза
- появлении лейкоцитоза в клиническом анализе крови

Для рассмотрения показаний к госпитализации пациента в отделение специализированной помощи необходима консультация врача

- скорой медицинской помощи
- терапевта
- нефролога
- уролога

Осмотр врачом-урологом должен быть выполнен не позднее + ___ + ч. от момента поступления в стационар

- скорой медицинской помощи
- терапевта
- нефролога
- уролога

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 44 года самостоятельно обратился в СОСМП.

Жалобы

На момент осмотра жалобы на боль в поясничной области слева с иррадиацией

в левый бок, озноб, изменение цвета мочи до коричневого, появление прожилок крови в моче.

Анамнез заболевания

Вечером накануне отметил изменение цвета мочи, появление прожилок крови. Утром появилась боль в левой поясничной области с иррадиацией в левый бок, в связи с чем самостоятельно обратился в СОСМП.

Анамнез жизни

В анамнезе гипертоническая болезнь, постоянная терапия лозартан 50, индапамид, бисопролол (дозировку не помнит), другие хронические заболевания отрицает. +

Не курит. +

Аллергологический анамнез спокойный. +

На диспансерном учете не состоит.

Объективный статус

Общее состояние: удовлетворительное. Сознание: ясное. Конституция: гиперстеник, рост, см: 182, вес, кг: 116.0, индекс массы тела: 35.0 Кожные покровы: гиперемированы Отеки: не определяются Сердечно-сосудистая система: пульс: 88 уд./мин, АД: 144/80 мм рт. ст. +

Дыхание: самостоятельное. Аускультация легких: дыхание жесткое. O₂ sat: 97%

Желудочно-кишечный тракт: язык: обложен, живот при пальпации: болезненный в левой подвздошной области, симптомы раздражения брюшины: отрицательные Симптом поколачивания по пояснице: положительный слева

К лабораторным исследованиям, которые необходимо выполнить в СтОСМП относят

- скорой медицинской помощи
- терапевта
- нефролога
- уролога

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- скорой медицинской помощи
- терапевта
- нефролога
- уролога

Результаты инструментального метода обследования

При подозрении на уретеролитиаз в качестве уточняющего исследования необходимо выполнить

- скорой медицинской помощи
- терапевта

- нефролога
- уролога

Результаты обследования

На основании объективного обследования, лабораторных и инструментальных данных данному больному можно поставить диагноз

- скорой медицинской помощи
- терапевта
- нефролога
- уролога

Диагноз

Наибольшую вероятность спонтанного отхождения имеют мелкие конкременты, локализованные в + _____ + трети мочеточника

- средней
- верхней
- нижней
- промежуточной

Данному пациенту лечение следует начинать с

- хирургического лечения
- контактной литотрипсии
- консервативной терапии
- адьювантной терапии

С целью купирования болевого синдрома данному больному можно назначить

- преднизолон
- диклофенак
- цистон
- дюспаталин

В рамках медикаментозной экспульсивной терапии данному больному можно назначить

- маннитол
- тамсулозин
- верошпирон
- урапидил

Больной может быть выписан на амбулаторное лечение для продолжения консервативной терапии при

- снижении диуреза
- появлении лейкоцитоза в клиническом анализе крови
- умеренном нарастании креатинина в динамике
- купировании болевого синдрома

Для рассмотрения показаний к госпитализации пациента в отделение специализированной помощи необходима консультация врача

- скорой медицинской помощи
- терапевта
- нефролога
- уролога

Осмотр врачом-урологом должен быть выполнен не позднее + _____ + (в часах) от момента поступления в стационар

- 0,5
- 6
- 1
- 12

В основе развития мочекаменной болезни лежат

- 0,5
- 6
- 1
- 12

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 49 лет самостоятельно обратился в СОСМП.

Жалобы

На момент осмотра на

- * боли постоянного, «ноющего» характера в правой поясничной области, с иррадиацией по правому фланку живота, в мошонку;
- * учащенное мочеиспускание малыми порциями, помутнение мочи;
- * общее недомогание.

Анамнез заболевания

Заболел остро 2 дня назад, когда появились вышеуказанные жалобы. Принимал препараты НПВС с нестойким клиническим эффектом. Обратился в СОСМП самостоятельно.

Анамнез жизни

В анамнезе ГБ, другую сопутствующую патологию, травмы, операции отрицает. Постоянной терапии не получает.

5 дней назад проходил мед. осмотр на работе, предоставлены результаты

обследований:

|=====

| Показатель | Результат | Ед.изм. | Норма
| Эритроциты | 4.4 | $10^{12}/л$ | (4.1 - 5.1)
| Гемоглобин | 138 | г/л | (132 - 164)
| Цветовой показатель | 0.92 | | (0.85 - 1.05)
| Гематокрит | 40.5 | % | (40.0 - 48.0)
| Тромбоциты | 187 | $10^9/л$ | (150 - 400)
| Лейкоциты | 7.22 | $10^9/л$ | (4.00 - 8.80)
| Креатинин | 0.109 | ммоль/л | (0.053 - 0.115)

| Глюкоза | 7.00 | ммоль/л | (4.10 - 6.10)

4+ | Билирубин и его фракции

| Билирубин общий | 12.7 | мкмоль/л | (5.0 - 21.0)

| АЛТ | 18.6 | Е/л | (0.0 - 50.0)

| АСТ | 19.0 | Е/л | (0.0 - 50.0)

| α -Амилаза | 46 | Е/л | (28 - 100)

|=====

Объективный статус

Общее состояние: удовлетворительное. Сознание: ясное. Конституция: нормостеник, рост, см: 183, вес, кг: 84, индекс массы тела: 25.1 кг/м^2 . Кожные покровы, склеры: обычной окраски, сухие, чистые, Периферические лимфоузлы: не увеличены, безболезненны, эластичны. Отеки: не определяются. Сердечно-сосудистая система: Пульс: 70 уд/мин ритмичный удовлетворительного наполнения не напряжен, АД: 140/80 мм рт. ст., тоны ясные, чистые.

ЧДД: 15 в мин. Аускультация легких: дыхание жестковатое проводится во все отделы легких. Хрипы в легких не выслушиваются. O_2 sat: 99%. Язык: влажный, обложен, живот при пальпации: мягкий, безболезненный во всех отделах, симптомы раздражения брюшины: отрицательные. Симптом поколачивания по пояснице: положительный справа. Кожа перианальной области не изменена. Сфинктер в тонусе. Пальпация стенок кишки безболезненная. На высоте пальца определяется увеличенная, несколько уплотненная ПЖ, б/болезненная при пальпации. Кал на перчатке обычного цвета. Температура тела $36,5^\circ\text{C}$.

К лабораторным исследованиям, которые необходимо выполнить в СтОСМП, относят

- 0,5
- 6
- 1
- 12

Результаты обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- 0,5
- 6
- 1
- 12

Результаты обследования

Для уточнения размера, плотности, положения конкремента необходимо выполнить

- 0,5
- 6
- 1
- 12

Результаты обследования

На основании объективного обследования, лабораторных и инструментальных данных больному можно поставить диагноз

- 0,5
- 6
- 1
- 12

Диагноз

Дифференциальную диагностику почечной колики необходимо проводить с

- атонией мочевого пузыря
- острым аппендицитом
- хронической болезнью почек
- эректильной дисфункцией

У данного пациента имеются признаки развития такого осложнения как

- острое почечное повреждение
- острый гломерулонефрит
- гепаторенальный синдром
- острый паранефрит

С целью купирования болевого синдрома данному больному можно назначить

- канефрон
- фуросемид
- диклофенак
- тримедат

Для рассмотрения показаний к госпитализации пациента в отделение специализированной помощи необходима консультация врача

- уролога
- скорой медицинской помощи
- терапевта
- нефролога

Целью хирургического вмешательства при МКБ, осложненной почечной коликой, является

- нефробиопсия
- декомпрессия чашечно-лоханочной системы
- удаление пораженной почки
- лапароскопическая нефропексия

Перед началом антибактериальной терапии после дренирования почки необходимо выполнить забор

- крови на стерильность
- мочи на посев
- мочи на наличие микобактерий
- крови на вирусные гепатиты

Наиболее часто встречающимися неорганическими конкрементами являются

- карбидные
- селитровые
- кальциевые
- кремниевые

В основе развития мочекаменной болезни лежит

- карбидные
- селитровые
- кальциевые
- кремниевые

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Квартирный вызов. Мужчина 78 лет: спутанность сознания, одышка.

Жалобы

Сбор жалоб затруднен ввиду тяжелого состояния пациента.

Анамнез заболевания

Сбор анамнеза затруднен. Анамнез собран со слов внука, навещающего дедушку раз в неделю. Около 2-х недель назад дедушка жаловался на боль в горле, заложенность носа, ЛС не принимал, к врачу не обращался, жалобы прошли самостоятельно. Спустя неделю внук отметил появление у дедушки одышки, быстрой утомляемости, от вызова врача дедушка отказался. Еще неделю спустя обнаружил дедушку лежащим в кровати. Подняться на ноги не мог из-за выраженной слабости, на вопросы отвечал бессвязно, внук вызвал бригаду СМП.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально, профессиональных вредностей не имел.
- * Курение 0,5 пачки в день 50 лет.
- * Наследственность не отягощена.
- * Аллергологический анамнез без особенностей.
- * Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь, ХОБЛ (терапия: Симбикорт), СД 2 типа (на базис-болюсной инсулинотерапии).

Объективный статус

- * Состояние тяжелое.
- * Сознание 13 б ШКГ - оглушение.
- * Кожные покровы бледные, влажные.
- * ЧДД 32/мин.
- * При аускультации дыхание диффузно ослаблено, в нижних отделах легких не выслушивается, при перкуссии укорочение перкуторного тона в нижних отделах с обеих сторон.
- * АД 96/55 ЧСС 108.
- * Живот мягкий, безболезненный.
- * Очаговая неврологическая симптоматика отсутствует.
- * Температура тела 35,0°C.

К необходимым лабораторным методам обследования относят

- карбидные
- селитровые
- кальциевые
- кремниевые

Результаты обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- карбидные
- селитровые

- кальциевые
- кремниевые

Результаты обследования

Учитывая данные пульсоксиметрии, пациенту необходимо выполнить

- карбидные
- селитровые
- кальциевые
- кремниевые

Результаты обследования

На основании объективного обследования, лабораторных и инструментальных данных данному больному можно поставить диагноз

- карбидные
- селитровые
- кальциевые
- кремниевые

Диагноз

Для оценки тяжести пневмонии и прогноза у данного пациента на догоспитальном этапе может быть использована шкала

- GRACE
- NIHSS
- CHA2DS2-VASc
- CRB-65

Сумма баллов по шкале CURB-65 составляет 5 баллов, дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в условиях

- пульмонологического отделения
- дневного стационара
- терапевтического отделения
- ОРИТ

Наиболее частым возбудителем у пациентов с сопутствующей хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) является

- L.pneumophila
- S.viridans
- H.influenzae
- N.subflava

Предпочтительно использовать + _____ + путь введения лекарственных средств

- внутримышечный
- зондовый
- пероральный
- внутривенный

Для эмпирической антибактериальной терапии (АБТ) тяжелой внебольничной пневмонии (ВП) помимо комбинации амоксициллин/клавуланат {plus} кларитромицин используют комбинацию

- оксациллин {plus} осельтамивир
- занамибир {plus} эртапенем
- левофлоксацин {plus} цефтриаксон
- амикацин {plus} доксициклин

Одним из критериев достаточности АБТ ВП является

- нормализация лейкоцитарной формулы
- отсутствие интоксикационного синдрома
- отсутствие патологических изменений на рентгенограмме ОГП
- нормализация температуры тела

Абсолютными показанием к ИВЛ при острой дыхательной недостаточности (ДН) на фоне внебольничной пневмонии является

- индекс массы тела $> 40 \text{ кг/м}^2$
- сатурация гемоглобина артериальной крови $< 90\%$
- остановка дыхания
- частота дыхательных движений $> 22/\text{мин}$

Пациентам с сопутствующими хроническими заболеваниями бронхолегочной системы показана вакцинация

- индекс массы тела $> 40 \text{ кг/м}^2$
- сатурация гемоглобина артериальной крови $< 90\%$
- остановка дыхания
- частота дыхательных движений $> 22/\text{мин}$

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 66 лет, доставлен родственниками в СОСМП.

Жалобы

на

- * сильное головокружение,
- * головную боль в затылочной области,
- * неустойчивость при ходьбе,
- * тошноту без рвоты.

Анамнез заболевания

Со слов, сегодня утром (около 10:00) на фоне повышения АД отметил возникновение вышеописанных жалоб. Родственниками доставлен в СОСМП.

Анамнез жизни

- * В анамнезе гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа, принимаемые препараты не помнит.
- * Курит по 1 пачке в день, алкоголь употребляет по выходным.
- * Профессиональных вредностей не имеет.
- * Аллергическая реакция на амоксициллин в виде крапивницы.

Объективный статус

* Состояние средней тяжести. Вес 90 кг, рост 179 см. Температура тела 36,8^оС. Кожные покровы влажные, теплые. Дыхание жесткое, проводится во все отделы. ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ясные. ЧСС 98/мин, АД 165/90 мм рт. ст. Живот не вздут, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания. В сознании ШКГ 15 баллов, контактен, ориентирован. Поля зрения ориентировочно не нарушены. Зрачки среднего диаметра, симметричные. ФРЗ живые, симметричные. Движения глазных яблок в полном объеме, нистагма, диплопии нет. Чувствительность на лице не нарушена. Язык без явной девиации. Глотание не нарушено. Речь дизартрична.

* Тонус мышц конечностей значимо не изменен. Сухожильные рефлексы симметричны. Патологические стопные знаки с 2-х сторон. Чувствительность значимо не нарушена. Координаторные пробы выполняет с мимопопаданием. Менингеальных знаков нет.

При оценке сознания по шкале комы Глазго учитывают следующие признаки

- открывание глаз, словесный ответ, реакция на боль
- открывание глаз, двигательная реакция на боль, ЭЭГ- картина
- словесный ответ, двигательная реакция на боль, признаки дислокации головного мозга
- поднятие головы, мышечный тонус, словесный ответ

К общемозговым симптомам относится

- симптом Кернига
- менингеальный синдром
- ригидность мышц затылка
- головная боль

К лабораторным исследованиям, которые необходимо выполнить в СтОСМП, относят

- симптом Кернига

- менингеальный синдром
- ригидность мышц затылка
- головная боль

Результаты обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- симптом Кернига
- менингеальный синдром
- ригидность мышц затылка
- головная боль

Результаты обследования

На основании объективного обследования, лабораторных и инструментальных данных больному можно поставить диагноз

- симптом Кернига
- менингеальный синдром
- ригидность мышц затылка
- головная боль

Диагноз

Пациенту в экстренном порядке необходима консультация врача

- сосудистого хирурга
- кардиолога
- нейрохирурга
- невролога

Осмотр врачом-неврологом должен быть выполнен не позднее + ____ + минут от момента поступления в стационар

- 45
- 120
- 10
- 60

Внутривенная тромболитическая терапия при отсутствии противопоказаний проводится в первые + ____ + часа от начала развития заболевания

- 24
- 4,5
- 12

- 72

Противопоказанием к внутривенной тромболитической терапии является

- тяжелая черепно-мозговая травма (ЧМТ) в течение 3 месяцев
- язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии ремиссии
- артериальная гипертензия с цифрами систолического АД 150-160 на базовой терапии
- транзиторная ишемическая атака (ТИА) в предшествующие 12 месяцев

С целью профилактики/снижения тяжести внутричерепной гипертензии следует

- приподнять головной конец кровати на 30°
- внутривенно струйно ввести раствор альбумина 20% - 100 мл
- опустить головной конец кровати на 30°
- внутривенно струйно ввести раствор нитроглицерина 0.1% - 10 мл

Пациенту с ОНМК по ишемическому типу показана госпитализация в

- отделение реанимации и интенсивной терапии хирургического профиля
- неврологическое отделение
- ближайший стационар с отделением острых нарушений мозгового кровообращения
- терапевтическое отделение

В качестве нейропротективной терапии в остром периоде ОНМК применяется

- отделение реанимации и интенсивной терапии хирургического профиля
- неврологическое отделение
- ближайший стационар с отделением острых нарушений мозгового кровообращения
- терапевтическое отделение

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 75 лет доставлен родственниками в СОСМП.

Жалобы

На слабость в конечностях, шаткость при походке, головокружение.

Анамнез заболевания

Со слов сына, пациент полностью обслуживал себя, жил один на даче. Сын во время телефонного разговора заподозрил ухудшение состояния отца (отвечал заторможенно), на следующий день сын приехал на дачу, отметил

неспособность отца к самостоятельному передвижению из-за выраженной слабости в конечностях, наличие у него зрительных галлюцинаций. Измерил АД - 200/100. В связи с данными жалобами самостоятельно доставил отца в СОСМП.

Анамнез жизни

* В анамнезе гипертоническая болезнь. ИБС. постоянная форма ФП, постоянную терапию не принимает, капотен при повышении АД.

* В 2013 г. ЗЧМТ. УГМ. средней ст. тяжести. Состояние после удаления хронической субдуральной гематомы левой лобно-теменной области от 08.2013. ОНМК по геморрагическому типу от 2016.

* Курит по 1 пачке в день, алкоголь употребляет по выходным.

* Профессиональных вредностей не имеет.

* Аллергические реакции отрицает.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. ШКГ 15б. Вес 78 кг, рост 179 см. Температура тела 36,8^оС. Кожные покровы влажные, теплые. Дыхание жесткое, проводится во все отделы. ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ясные. ЧСС 98/мин, АД 160/80 мм.рт.ст. Живот не вздут, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания. В сознании, контактен, ориентирован. Поля зрения ориентировочно не нарушены. Зрачки среднего диаметра, симметричные. ФРЗ живые, симметричные. Движения глазных яблок в полном объеме, нистагма, диплопии нет. Язык без явной девиации. Глотание, фонация не нарушены. Речь дизартрична.

При выраженной гипертензии основным принципом гипотензивной терапии у пациентов с подозрением на ОНМК является

- постепенное снижение и поддержание на уровне 100-110/70 независимо от исходного АД
- достижение нормотензии в наиболее короткие сроки с использованием всех линий антигипертензивной терапии
- постепенное снижение и поддержание 15 – 20 мм рт. ст. выше «рабочего»
- избегание антигипертензивной терапии вне зависимости от исходных цифр АД

К общемозговым симптомам относится

- симптом Кернига
- менингеальный синдром
- ригидность мышц затылка
- головокружение

К лабораторным исследованиям, которые необходимо выполнить в СтОСМП, относят

- симптом Кернига
- менингеальный синдром
- ригидность мышц затылка
- головокружение

Результаты обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- симптом Кернига
- менингеальный синдром
- ригидность мышц затылка
- головокружение

Результаты обследования

На основании объективного обследования, лабораторных и инструментальных данных больному можно поставить диагноз

- симптом Кернига
- менингеальный синдром
- ригидность мышц затылка
- головокружение

Диагноз

Пациенту в экстренном порядке необходима консультация

- нейрохирурга
- сосудистого хирурга
- кардиолога
- невролога

Осмотр врачом-неврологом должен быть выполнен не позднее + ____ + минут от момента поступления в стационар

- 10
- 45
- 60
- 120

Внутривенная тромболитическая терапия при отсутствии противопоказаний должна проводиться в первые + ____ + часа/часов от начала развития заболевания

- 24
- 4,5
- 12
- 72

У данного пациента противопоказанием к проведению тромболитической терапии является

- фибрилляция предсердий
- наличие гипертонической болезни
- геморрагический инсульт в анамнезе
- возраст старше 60 лет

К мероприятиям по профилактике развития внутричерепной гипертензии относят

- положение Тренделенбурга
- внутривенное введение глюкозы 5% 500 мл
- возвышенное положение головного конца кровати
- внутривенное введение раствора нитроглицерина 0.1% - 10 мл

При необходимости для коррекции гиповолемии используют

- трансфузию свежзамороженной плазмы
- инфузию NaCl 0,9%
- инфузию гипотонического раствора NaCl
- инфузию 5% раствора глюкозы

В норме внутричерепное давление составляет + _____ + мм рт. ст

- трансфузию свежзамороженной плазмы
- инфузию NaCl 0,9%
- инфузию гипотонического раствора NaCl
- инфузию 5% раствора глюкозы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 62 года доставлен бригадой СМП с территории больницы.

Жалобы

Сбор жалоб невозможен ввиду тяжести состояния.

Анамнез заболевания

Навещал сына в хирургическом отделении. Со слов сына, жаловался на головокружение, внезапно во время разговора нарушилась артикуляция, затем потерял сознание, медперсоналом вызвана бригада СМП.

Анамнез жизни

Со слов сына в анамнезе гипертоническая болезнь. ОИМ, ОНМК не было.

Объективный статус

Положение пассивное. Состояние тяжелое. Сознание кома (по ш. Глазго 6б)
 Зрачки – S = D, обычного размера. Фотореакция сохранена, лицо симметричное.
 Дыхание глубокое, ЧД 8-9 в мин. SpO₂ ~ 82% (FiO₂ 0.21%)
 По Кардиомонитору ритм ФП/ТП? с ЧЖС 89-99 в 1 мин, АД 90/60 (САД 70) мм рт. ст.
 Живот симметричный, при пальпации мягкий, немного вздут, перистальтика

вялая.

Выполнена катетеризация мочевого пузыря – получено 100 мл концентрированной мочи.

Экспресс тест на определение глюкозы капиллярной крови аппаратом Акку - Чек Актив - 4,8 ммоль/л.

К лабораторным исследованиям, которые необходимо выполнить в СтОСМП, относят

- трансфузию свежезамороженной плазмы
- инфузию NaCl 0,9%
- инфузию гипотонического раствора NaCl
- инфузию 5% раствора глюкозы

Результаты обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- трансфузию свежезамороженной плазмы
- инфузию NaCl 0,9%
- инфузию гипотонического раствора NaCl
- инфузию 5% раствора глюкозы

Результаты обследования

На основании объективного обследования, лабораторных и инструментальных данных больному можно поставить диагноз

- трансфузию свежезамороженной плазмы
- инфузию NaCl 0,9%
- инфузию гипотонического раствора NaCl
- инфузию 5% раствора глюкозы

Диагноз

Пациенту в экстренном порядке необходима консультация врача

- сосудистого хирурга
- невролога
- нейрохирурга
- кардиолога

Препаратом, применяемым для тромболитической терапии, является

- гепарин низкомолекулярный
- алтеплаза
- этилметилгидроксипиридина сукцинат
- прокаинамид

Противопоказанием к внутривенной тромболитической терапии является

- артериальная гипотензия с цифрами артериального давления 90/60
- транзиторная ишемическая атака в предшествующие 12 месяцев
- распространение очага ишемии на территорию более $\frac{1}{3}$ бассейна СМА
- сахарный диабет 2 типа на инсулинотерапии

У пациентов с ишемическим инсультом, вызванным окклюзией крупной артерии в передних отделах артериального круга большого мозга и наличием противопоказаний к проведению внутривенной тромболитической терапии, рекомендуемым методом лечения является

- пластика позвоночной артерии
- назначения двойной антиагрегантной терапии
- декомпрессивная краниотомия
- механическая тромбэкстракция

В качестве респираторной поддержки данному больному показана

- экстракорпоральная мембранная оксигенация
- интубация трахеи и ИВЛ
- механическая поддержка кровообращения
- инсуффляция O_2 через носовые канюли 4 л/мин

При оценке вида дыхательной недостаточности, учитывая показатели газов артериальной крови, о гиперкапнии говорят при

- повышении индекса оксигенации более 200 мм рт. ст
- повышении P_aO_2 более 110 мм рт. ст
- нарастании $EtCO_2 \geq 20$ мм рт. ст
- $P_aCO_2 > 45$ мм. рт. ст

Критическим уровнем внутричерепного давления (ВЧД), требующим лечения, считают величину + ____ + мм рт. ст

- 10-12
- 20-25
- 5-6
- 2-2,5

К базовым принципам коррекции внутричерепной гипертензии относят

- поддержание искусственной гипотензии
- достаточную оксигенацию
- введение гипотонических растворов
- агрессивную инфузионную терапию

При неэффективности консервативной терапии повышенного ВЧД рекомендовано выполнение

- поддержание искусственной гипотензии
- достаточную оксигенацию
- введение гипотонических растворов
- агрессивную инфузионную терапию

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 81 год доставлен бригадой СМП с диагнозом острый живот.

Жалобы

На отсутствие стула в течение 7 дней, тошноту, рвоту съеденной пищей до 3-х раз в сутки.

Анамнез заболевания

Со слов родственников последние 3 месяца испытывает проблемы со стулом, постоянно принимает слабительные препараты, похудел на 5 кг. В последнюю неделю стали беспокоить боли в животе, появилась рвота, в связи с чем вызвали бригаду СМП.

Анамнез жизни

- * в анамнезе хронический простатит, ГБ, ИБС
- * не курит, алкоголь по выходным;
- * профессиональные вредности – работал на красильном заводе;
- * аллергические реакции отрицает
- * оперативные вмешательства: аппендэктомия в детстве, пластика правосторонней паховой грыжи 10 лет назад.

Объективный статус

Состояние тяжести. Рост 178 см, масса тела 65 кг. Кожные покровы бледные. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 92 в 1 мин, АД 110/75 мм рт. ст. Температура тела 36,9°C. Живот симметричный, вздут, болезненный при пальпации в правых отделах, перитонеальные симптомы отрицательные. Ректально: кожа перианальной области не изменена, сфинктер в тонусе, пальпация стенок кишки безболезненная, на высоте пальца патологических образований не определяется, ампула пустая.

К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся

- поддержание искусственной гипотензии
- достаточную оксигенацию
- введение гипотонических растворов
- агрессивную инфузионную терапию

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми инструментальными исследованиями являются

- поддержание искусственной гипотензии
- достаточную оксигенацию
- введение гипотонических растворов
- агрессивную инфузионную терапию

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая полученные данные лабораторно-инструментального исследования, больному можно поставить диагноз

- поддержание искусственной гипотензии
- достаточную оксигенацию
- введение гипотонических растворов
- агрессивную инфузионную терапию

Диагноз

Данная острая кишечная непроходимость относится к виду

- быстро прогрессирующая
- местнораспространенная
- акинетическая
- странгуляционная

К симптомам острой кишечной непроходимости относится симптом

- Ортнера
- Воскресенского
- Ровзинга
- Валя

Пациенту показана консультация специалиста врача

- хирурга
- терапевта
- уролога
- инфекциониста

У данного больного имеет место кишечная непроходимость

- субкомпенсированная
- гиперкомпенсированная
- компенсированная
- декомпенсированная

Элементами консервативного лечения являются

- гемостатическая терапия
- применение грелок на поясничную область
- установка назогастрального зонда
- активная диуретическая терапия

Декомпенсированная форма острой кишечной непроходимости подлежит

- оперативному лечению после предоперационной подготовки
- консервативному лечению в хирургическом отделении
- эндоскопическому стентированию кишки в экстренном порядке
- оперативному лечению в плановом порядке

Установленный диагноз странгуляционной ОКН служит показанием к операции в сроки от момента поступления

- 6 - 12 часов
- 72 часа
- не более 2 часов
- 12 часов после проведения консервативной терапии

Рекомендованным сроком осмотра хирургом является + _____ + час/часов

- 2
- 1
- 0,5
- 6

Для снижения риска возникновения гнойно-инфекционных осложнений рекомендовано проведение

- антибиотикопрофилактики
- гастропротективной терапии
- промывания желудка
- профилактики послеоперационных венозных тромбозов