Ситуационные задачи

Токсикология

medkeys.ru/product/toksikologiya/



Условие ситуационной задачи

Ситуация
В приемное отделение медицинской организации в 02:00 поступила девушка 18 лет. Со слов врача скорой медицинской помощи, пациентка с суицидальной целью около 20:00 выпила 10 таблеток Леводопа/Карбидопа (1 таблетка содержит - 250 мг Леводопы и 25 мг Карбидопы). В 00:15 была обнаружена родителями дома в состоянии глубокого оглушения. Родители вызвали скорую медицинскую помощь.

Жалобы
Так как пациентка находится в состоянии оглушения, на момент поступления в медицинскую организацию, получить не представляется возможным.

Анамнез заболевания
Пациентка находилась одна дома. Таблетки Леводопа/Карбидопа принимает по назначению врача около 1 недели, по 1 таблетке 3 раза в день. На этапе оказания скорой медицинской помощи врачом бригады проведена оценка состояния пациентки – глубокое оглушение. Определен уровень глюкозы крови - 3,5 ммоль/л, промыт желудок. Промывные воды содержат незначительное количество лекарственной взвеси. Проведена катетеризация периферической вены; инфузия физиологического раствора хлорида натрия 5 мл/кг/час. Догоспитальный этап оказания скорой медицинской помощи составил 1,5 часа. Объем инфузии физиологического раствора хлорида натрия 500 мл. Результаты клинико-инструментального обследования в медицинской организации, в течение первых трех часов после поступления: гликемия 3,5 ммоль/л. В общем анализе крови, общем анализе мочи, биохимическом исследовании крови изменений не отмечено. АД 120/70 мм рт. ст., ЧДД 23 в минуту, нормотермия. ЭКГ: ритм синусовый, правильный. ЧСС 88 в 1 минуту, электрическая ось сердца отклонена влево. Заключение: ритм синусовый. Химико-токсикологическое обследование, проведенное методом тонкослойной хроматографии (качественное обнаружение) в моче дало заключение: обнаружена Леводопа.

Анамнез жизни
Без особенностей. Аллергический анамнез не отягощен. Имеется не отягощенная болезнью наследственность.

Объективный статус
Общее состояние, на момент поступления в медицинскую организацию, средней тяжести. Уровень сознания – глубокое оглушение. Фотореакция

содружественная, снижена D=S. Мышечный тонус и периферические рефлексы без изменений. ЧДД 23 в минуту, пульсоксиметрия - 98%. Кожный покров умеренно бледный, умеренно влажный, слизистые оболочки умеренной влажности. Аускультативно - везикулярное дыхание. Сердечные тоны ритмичны, частота сердечных сокращений 76 в минуту, АД 120/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезнен. Диспептические явления. Периферических отеков нет. В приемном отделении получено 200 мл мочи.

Препараты, содержащие леводопу, назначаются с целью

- повышения уровня дофамина в нервных стволах
- повышения уровня дофамина в нервных узлах головного мозга
- снижения уровня дофамина в нервных узлах головного мозга
- снижения уровня дофамина в нервных стволах

Скрининговым токсико-химическим методом подтверждения диагноза «отравление Леводопой» является

- тонкослойная хроматография
- газовая хроматография
- жидкостная хроматография
- газожидкостная хроматография с масс-спектрометрией

Учитывая длительность присутствия пиковых концентраций леводопы в плазме крови и его период полувыведения, а так же, принятую дозу препарата, можно предположить, что токсикогенная стадия острого отравления длится в течении +_____+ часов

- 8
- 20
- 40
- 30

Учитывая механизм действия леводопы и тяжесть клинической симптоматики у пострадавшей, в клинических проявлениях Вы ожидаете

- вариабельность изменения порога
- повышение судорожного порога
- снижение судорожного порога
- что судорожный порог не изменяется

Учитывая период полувыведения леводопы, гиперкинезы могут сохраняться +_____+ часов (при условии, что гиперкинезы связаны только с влиянием токсиканта)

- 40
- 30
- 8
- 20

Леводопа при поступлении в организм подвергается обработке и превращается в

- норадреналин
- тиамин
- серотонин
- дофамин

Для проведения дифференциальной диагностики при наличии неврологических симптомов/синдромов, вне зависимости от степени тяжести, следует проводить такой токсико-химический анализ, как определение уровня

- метанола
- бутанола
- пропанола
- этилового алкоголя

Определение этилового алкоголя в крови и моче проводится методом

- газо-жидкостной хроматографии
- жидкостной хроматографии
- газовой хроматографии
- тонкослойной хроматографии

К проявлениям нейротоксичности при остром отравлении леводопой средней степени тяжести относят

- параличи
- атаксию, оглушение, тремор
- экстрапирамидные расстройства
- когнитивные расстройства

Для удаления из организма не всосавшейся леводопы приоритетным методом удаления невсосавшегося яда из кишечника будет являться

- фармакологическая стимуляция кишечника
- промывание желудка, гастроэнтеросорбция
- кишечный лаваж

- введение антидота

Клиническая диагностика при приеме токсических доз психотропных препаратов основывается на анализе

- акушерско-гинекологического анамнеза
- биохимических данных
- анамнеза жизни
- анамнестических данных и клинической симптоматики

При остром отравлении противопаркинсоническими средствами и развитии антихолинэргического синдрома, необходимо назначить такой специфический антидот, как

- акушерско-гинекологического анамнеза
- биохимических данных
- анамнеза жизни
- анамнестических данных и клинической симптоматики

Условие ситуационной задачи

Ситуация
В приемное отделение медицинской организации в 02:00 поступил мужчина 70 лет. Со слов врача скорой медицинской помощи, пациент с суицидальной целью около 15:00 выпила более 15 таблеток Леводопа/Карбидопа (1 таблетка содержит - 250 мг Леводопы и 25 мг Карбидопы). В 23:15 был обнаружен родственниками дома в состоянии сопора. Вызвана скорая медицинская помощь.

Жалобы
Так как пациент находится в состоянии сопора, на момент поступления в медицинскую организацию, получить не представляется возможным.

Анамнез заболевания
Пациент находился один дома. Таблетки Леводопа/Карбидопапринимает по назначению врача принимает около 5 лет, по 1 таблетке 2 раза в день. На этапе оказания скорой медицинской помощи, врачом бригады проведена оценка сознания и состояния пациента – тяжелой степени, токсическая энцефалопатия, нарушение уровня сознания до сопора. Определен уровень глюкозы крови - 3,8 ммоль/л, промыт желудок. Промывные воды содержат незначительное количество лекарственной взвеси. Проведена катетеризация периферической вены; инфузия физиологического раствора хлорида натрия 5 мл/кг/час.

Догоспитальный этап оказания скорой медицинской помощи составил 1,5 часа. Объем инфузии физиологического раствора хлорида натрия 500 мл. Результаты клинико-инструментального обследования в медицинской организации, в течение первых трех часов после поступления: гликемия 3,7 ммоль/л. В общем анализе крови определен гемолиз эритроцитов до 50 мг/дл. В общем анализе мочи гемоглобинурия составила 40 мг/дл, биохимическом исследовании крови изменений не отмечено. АД 120/70 мм рт. ст., ЧДД 24 в минуту, нормотермия. ЭКГ: ритм синусовый, правильный. ЧСС 90 в 1 минуту, электрическая ось сердца отклонена влево. Заключение: ритм синусовый. Химико-токсикологическое обследование, проведенное методом тонкослойной хроматографии (качественное обнаружение) в моче дало заключение. Заключение: обнаружена Леводопа.

Анамнез жизни

Без особенностей. Аллергический анамнез не отягощен. Имеется не отягощенная болезнью наследственность.

Объективный статус

Общее состояние, на момент поступления в медицинскую организацию, тяжелой степени. Уровень сознания – сопор. Фотореакция содружественная, снижена D=S. Мышечный тонус и периферические рефлексы повышены. ЧДД 26 в минуту, пульсоксиметрия - 98%. Кожный покров умеренно бледный, умеренно влажный, слизистые оболочки умеренной влажности. Аускультативно - везикулярное дыхание. Сердечные тоны ритмичны, частота сердечных сокращений 92 в минуту, АД 120/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезнен. Диспептические явления. Периферических отеков нет. В приемном отделении получено 100 мл мочи.

Препараты, содержащие леводопу, назначаются с целью

- повышения уровня дофамина в нервных стволах
- повышения уровня дофамина в нервных узлах головного мозга
- снижения уровня дофамина в нервных узлах головного мозга
- снижения уровня дофамина в нервных стволах

Скрининговым токсико-химическим методом подтверждения диагноза «отравление Леводопой» является

- тонкослойная хроматография
- газожидкостная хроматография с масс-спектрометрией
- газовая хроматография
- жидкостная хроматография

Учитывая длительность присутствия пиковых концентраций леводопы в плазме крови и его период полувыведения, а также учитывая принятую дозу препарата, о течении токсикогенной стадии острого отравления можно говорить в течение +_____+ часов

- 8
- 20
- 40
- 30

Учитывая механизм действия Леводопы и тяжесть клинической симптоматики у пострадавшего, в клинических проявлениях Вы ожидаете

- повышение судорожного порога
- снижение судорожного порога
- вариабельность изменения порога
- что судорожный порог не изменяется

Учитывая период полувыведения леводопы, гиперкинезы могут сохраняться в течение +_____+ часов (При условии, что гиперкинезы связаны только с влиянием токсиканта)

- 8
- 20
- 40
- 30

Леводопа при поступлении в организм подвергается обработке и превращается в

- норадреналин
- дофамин
- серотонин
- тиамин

Для проведения дифференциальной диагностики при наличии неврологических симптомов/синдромов, вне зависимости от степени тяжести следует проводить такой токсико-химический анализ, как определение уровня

- метанола
- пропанола
- этилового алкоголя
- бутанола

Определение этилового алкоголя в крови и моче проводится методом

- жидкостной хроматографии
- тонкослойной хроматографии
- газо-жидкостной хроматографии
- газовой хроматографии

К проявлениям нейротоксичности при остром отравлении леводопой средней степени тяжести относят

- параличи
- когнитивные расстройства
- экстрапирамидные расстройства
- атаксию, оглушение, тремор

Для удаления из организма невсосавшегося леводопы приоритетным методом удаления яда из кишечника будет являться

- кишечный лаваж
- промывание желудка, гастроэнтеросорбция
- введение антидота
- фармакологическая стимуляция кишечника

Клиническая диагностика при приеме токсических доз психотропных препаратов основывается на анализе

- анамнеза жизни
- анамнестических данных и клинической симптоматики
- акушерско-гинекологического анамнеза
- биохимических данных

При остром отравлении противопаркинсоническими средствами и развитии антихолинэргического синдрома необходимо назначить такой специфический антидот как

- анамнеза жизни
- анамнестических данных и клинической симптоматики
- акушерско-гинекологического анамнеза
- биохимических данных

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В приемное отделение медицинской организации в 09:00 поступила девушка 24 лет. Со слов врача скорой медицинской помощи, пациентка с целью уснуть около 20:00 выпила 6 таблеток Диазепама (1 таблетка 5 мг = 30 мг). В 21:45 была обнаружена мужем дома в состоянии тихой радости, блаженства и повышенного настроения, возле жены находился блистер на 24 таблетки, 6 ячеек которого были пустые. Супруг пострадавшей вызвал скорую медицинскую помощь.

Жалобы

Так как пациентка находится в состоянии умеренного оглушения на момент поступления в медицинскую организацию, получить объективные сведения о ее реальных жалобах не представляется возможным. Сонливость, диплопия. Пациентка частично дезориентирована.

Анамнез заболевания

Пациентка находилась одна дома. Не могла уснуть. Диазепам принимает по назначению врача около месяца по 2 таблетки на ночь. На этапе оказания скорой медицинской помощи, врачом бригады проведена оценка состояния пациентки - умеренное оглушение, определен уровень глюкозы крови - 2,7 ммоль/л, промыт желудок. В промывных водах обнаружено незначительное количество лекарственной белой взвеси. Проведена катетеризация периферической вены; инфузия физиологического раствора хлорида натрия 5 мл/кг/час, 40% - 40 мл раствора глюкозы. Догоспитальный этап оказания скорой медицинской помощи составил 30 мин. Объем инфузии физиологического раствора хлорида натрия 125 мл. В приемном отделении помимо клинических проявлений умеренного оглушения пациентка проявляет чувство тревоги. Результаты клинико-инструментального обследования в медицинской организации, в течение первых трех часов после поступления: гликемия 6 ммоль/л. В общем анализе крови, общем анализе мочи, биохимическом исследовании крови изменений не отмечено. АД 130/70 мм рт. ст., ЧДД 25 в минуту, нормотермия. ЭКГ: ритм синусовый, правильный. ЧСС 96 в 1 минуту, электрическая ось сердца отклонена влево. + *Заключение:* ритм синусовый, тахикардия 96 в 1 минуту. Химико-токсикологическое обследование, проведенное методом тонкослойной хроматографии (качественное обнаружение) в моче дало заключение. + *Заключение:* обнаружены производные Бензодиазепина. Высокоэффективная жидкостная хроматография. + *Заключение:* уровень производных Бензодиазепина в плазме крови 5 мкг/мл или 0,5 мг %.

Анамнез жизни

Без особенностей. Сахарный диабет первого типа в течение 10 лет.

Аллергический анамнез не отягощен. Имеется не отягощенная болезнью наследственность.

Объективный статус
Общее состояние, на момент поступления в медицинскую организацию, средней тяжести. Уровень сознания - умеренное оглушение. Фотореакция содружественная, снижена D=S, умеренный мидриаз. Мышечный тонус и периферические рефлексы снижены. Язык обложен плотным белым налетом. ЧДД 25 в минуту, пульсоксиметрия - 94%. Кожный покров бледный, влажный, слизистые оболочки влажные. Аускультативно везикулярное дыхание. Сердечные тоны ритмичны, частота сердечных сокращений 96 в минуту, АД 130/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Периферических отеков нет. В приемном отделении получено 300 мл мочи. Осмотр офтальмолога: на глазном дне OU вены расширены, микроаневризмы, кровоизлияния, макулярный отек. Осмотр эндокринолога: кожный покров умеренной влажности, слизистые оболочки влажные, глюкометрия - 6 ммоль/л.

Учитывая представленные в анамнезе данные, с целью уменьшения резорбции не всосавшегося токсиканта необходимо использовать такой метод детоксикации как

- гемосорбцию
- гемодиализ
- форсированный диурез
- промывание желудка, введение энтеросорбента

Скрининговым токсико-химическим методом подтверждения диагноза «Отравление производными бензодиазепина» является

- газожидкостная хроматография с масс-спектрометрией
- жидкостная хроматография
- газовая хроматография
- тонкослойная хроматография

Учитывая длительность присутствия пиковых концентраций диазепама в плазме крови и его период полувыведения, а также учитывая принятую дозу - 30 мг и течение сахарного диабета I типа с гипогликемией до 2,7 ммоль/л, о течении токсикогенной стадии острого отравления можно говорить в течение следующего количества часов

- 100
- более 70
- 140
- 90

Учитывая механизм действия производных бензодиазепина и тяжесть клинической симптоматики у пострадавшего, в клинических проявлениях Вы ожидаете

- снижение судорожного порога
- вариабельность изменения порога
- что судорожный порог не изменяется
- повышение судорожного порога

Учитывая период полувыведения диазепама, оглушение может сохраняться в течении +_____+ часов (При условии, что данный уровень нарушения связан только с влиянием токсиканта)

- 100
- более 70
- 80
- 90

При токсико-химическом исследовании у пострадавшей в плазме крови определен уровень диазепама – 5 мкг/мл или 0,5 мкг%, который может вызывать +_____+ степень отравления

- крайне тяжелую
- тяжелую
- среднюю
- легкую

Для проведения дифференциальной диагностики при наличии неврологических симптомов/синдромов, вне зависимости от степени тяжести, следует проводить такой токсико-химический анализ, как определение уровня

- этилового алкоголя
- пропанола
- метанола
- бутанола

Определение этилового алкоголя в крови и моче проводится методом хроматографии

- жидкостной
- тонкослойной
- газо-жидкостной
- газовой

К проявлениям нейротоксичности при остром отравлении диазепамом средней степени тяжести относятся

- параличи
- экстрапирамидные расстройства
- атаксия, оглушение, тремор
- когнитивные расстройства

Для удаления из организма невсосавшегося диазепама приоритетным методом удаления из кишечника будет являться

- промывание желудка, гастроэнтеросорбция
- введение антидота
- кишечный лаваж
- фармакологическая стимуляция кишечника

При уровне гликемии 2,7 ммоль/л, следует ввести дозу +_____+ (%) и количество +____+ (мл) раствора глюкозы в течение часа

- 40; 10
- 60; 75
- 60; 100
- 40; 40

При нарушении состояния пациентки, обусловленного острым отравлением диазепамом до уровня комы, с целью специфической терапии необходимо назначить такой специфический антидот как

- 40; 10
- 60; 75
- 60; 100
- 40; 40

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В приемное отделение медицинской организации в 23:15 поступил мужчина 27 лет. Со слов врача скорой медицинской помощи, пациент в гараже вместе с другом, употреблял самогон собственного производства. Через 2 часа с целью получения удовольствия, около 21:30, по совету друга выпил 24 таблетки Диазепама (1 таблетка 5 мг = 120мг). Рядом с пострадавшим был найден пустой блистер. В 22:45 в гараж за супругом пришла жена и обнаружила его в

бессознательном состоянии, после неудачных попыток привести его в «чувство», вызвала скорую медицинскую помощь.

Жалобы
Пациент не предъявляет в результате нарушения сознания – токсическая кома.

Анамнез заболевания
Со слов жены, пациент ранее не употреблял никаких препаратов. Таблетки Диазепама из родственников никто не принимал. На этапе оказания скорой медицинской помощи, врачом бригады проведена оценка состояния пациента, промыт желудок, после предварительной интубации учитывая уровень нарушения сознания – кома I. АД 95/55 мм рт. ст. ЧСС 118 в 1 минуту. ЧДД 24 в минуту. В промывных водах обнаружено незначительное количество лекарственной белой взвеси. Отмечен запах алкоголя. Проведена катетеризация периферической вены; инфузия физиологического раствора Хлорида натрия 5 мл/кг/час. Пациент на спонтанном дыхании через интубационную трубку. Результаты клинико-инструментального обследования в медицинской организации, в течение первых трех часов после поступления: в общем анализе крови, общем анализе мочи, биохимическом исследовании крови изменений не отмечено. Гипотермия до 35,5 ºС. ЭКГ: ритм синусовый, правильный. ЧСС 122 в 1 минуту, электрическая ось сердца не отклонена. + *Заключение:* синусовая тахикардия до 122 в 1 минуту. Нарушение внутрижелудочковой проводимости – не выявлено. Химико-токсикологическое обследование, проведенное методом тонкослойной хроматографии (качественное обнаружение). + *Заключение:* обнаружен Диазепам. Газовая хроматография крови: обнаружен этанол 1,2 г/л. Газовая хроматография мочи: обнаружен этанол 1,4 г/л. Высокоэффективная жидкостная хроматография. + *Заключение:* уровень производных Диазепама в плазме крови 8 мкг/мл (0,8 мг %)

Анамнез жизни
Без особенностей. Аллергический анамнез не отягощен. Имеется не отягощенная болезнью наследственность.

Объективный статус
Общее состояние, на момент поступления в палату интенсивной терапии, тяжелое. Уровень сознания – кома I. Фотореакция содружественная, снижена D=S, умеренный миоз. Мышечный тонус и периферические рефлексы снижены. На момент поступления пациент на спонтанном дыхании через интубационную трубку. ЧДД 21 в минуту, пульсоксиметрия – 93%. Аускультативно везикулярное дыхание. Кожные покровы умеренно сухие, слизистые оболочки физиологической окраски. Сердечные тоны приглушены, частота сердечных сокращений 122 в 1 минуту, АД 100/60 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий,

безболезненный. Периферических отеков нет. В приемном отделении получено по катетеру 250 мл мочи.

Учитывая представленные в анамнезе данные, с целью уменьшения резорбции невсосавшегося токсиканта, к необходимым для использования методам детоксикации относят

- гемодиализ
- форсированный диурез
- гемосорбцию
- промывание желудка, введение энтеросорбента, кишечный лаваж

Скрининговым токсико-химическим методом подтверждения диагноза «Отравление Диазепамом» является

- тонкослойная хроматография
- газовая хроматография
- газожидкостная хроматография с масс-спектрометрией
- жидкостная хроматография

Учитывая длительность присутствия пиковых концентраций диазепама в плазме крови и его период полувыведения, а также учитывая принятую дозу – 120 мг, о течении токсикогенной стадии острого отравления можно говорить в течение +_____+ часов

- 85
- 100
- 90
- 70

Учитывая механизм действия диазепама и тяжесть клинической симптоматики у пострадавшего, в клинических проявлениях Вы ожидаете

- снижение судорожного порога
- повышение сниженного судорожного порога
- что может быть как повышение, так и снижение
- что судорожный порог не изменяется

Учитывая период полувыведения диазепама, нарушение сознания на уровне нарушения – кома I - может сохраняться в течении +____+ часов (при условии, что данный уровень нарушения связан только с влиянием токсиканта)

- 70
- 140

- 100
- 90

Клинические признаки свидетельствуют о +_____+ степени острого отравления диазепамом

- средней
- тяжелой
- легкой
- крайне тяжелой

Для проведения дифференциальной диагностики при наличии неврологических симптомов/синдромов, вне зависимости от степени тяжести, следует проводить такой токсико-химический анализ, как определение уровня

- пропанола
- бутанола
- этилового алкоголя
- метанола

Определение этилового алкоголя в крови и моче проводится методом

- жидкостной хроматографии
- газовой хроматографии
- тонкослойной хроматографии
- газо-жидкостной хроматографии

К проявлениям нейротоксичности при остром отравлении диазепамом относят

- экстрапирамидные расстройства
- параличи
- когнитивные расстройства
- кому, токсическую энцефалопатию

Для удаления из организма метаболитов диазепама, учитывая их кишечную секрецию, приоритетным методом их удаления будет являться

- промывание желудка
- гастроэнтеросорбция
- фармакологическая стимуляция кишечника
- кишечный лаваж

Ведущими клиническими проявлениями отличия комы II от комы I является

- сохранение защитных движений на боль
- сохранение ориентировки во времени
- сохранение ориентировки в пространстве
- отсутствие защитных движений на боль, мышечная гипотония или вариабельность тонуса

С целью специфической фармакотерапии флуманезил следует назначить при остром отравлении диазепамом +_____+ степени тяжести

- сохранение защитных движений на боль
- сохранение ориентировки во времени
- сохранение ориентировки в пространстве
- отсутствие защитных движений на боль, мышечная гипотония или вариабельность тонуса

Условие ситуационной задачи

Ситуация
В приемное отделение медицинской организации в 02:00 поступила девушка 14 лет. Со слов врача скорой медицинской помощи, пациентка с целью уснуть около 20:00 выпила 8 таблеток Диазепама (1 таблетка 5 мг = 40 мг). В 00:45 была обнаружена родителями дома в состоянии сна, возле дочери находился блистер на 24 таблетки, 8 ячеек которого были пустые. Также рядом находились 2-е пустые, жестяные банки энергетического алкогольного напитка. Родители вызвали скорую медицинскую помощь.

Жалобы
Так как пациентка находится в состоянии глубокого сна, на момент поступления в медицинскую организацию, получить не представляется возможным.

Анамнез заболевания
Пациентка находилась одна дома. Не могла уснуть. Диазепам принимает по назначению врача около месяца по 2 таблетки на ночь. На этапе оказания скорой медицинской помощи, врачом бригады проведена оценка состояния пациентки – глубокий сон. Определен уровень глюкозы крови - 2,5 ммоль/л, промыт желудок. В промывных водах обнаружено незначительное количество лекарственной белой взвеси. Проведена катетеризация периферической вены; инфузия физиологического раствора хлорида натрия 5 мл/кг/час, 20% раствор Глюкозы 20 мл, болюсно. Догоспитальный этап оказания скорой медицинской помощи составил 01:00 мин. Объем инфузии физиологического раствора

хлорида натрия 500 мл. Результаты клинико-инструментального обследования в медицинской организации, в течение первых трех часов после поступления: гликемия 2,5 ммоль/л. В общем анализе крови, общем анализе мочи, биохимическом исследовании крови изменений не отмечено. АД 120/70 мм рт. ст., ЧДД 22 в минуту, нормотермия. ЭКГ: ритм синусовый, правильный. ЧСС 96 в 1 минуту, электрическая ось сердца отклонена влево. + *Заключение:* Ритм синусовый, тахикардия 96 в 1 минуту. Химико-токсикологическое обследование, проведенное методом тонкослойной хроматографии (качественное обнаружение) в моче дало заключение. + *Заключение:* обнаружены производные Бензодиазепина. Высокоэффективная жидкостная хроматография. + *Заключение:* уровень производных Бензодиазепина в плазме крови 5 мкг/мл или 0,5 мг%; этиловый алкоголь в крови на уровне 0,9 %, другие токсичные спирты не обнаружены.

Анамнез жизни
Без особенностей. Употребление алкоголя родителями отмечено в первый раз. Аллергический анамнез не отягощен. Имеется не отягощенная болезнью наследственность.

Объективный статус
Общее состояние, на момент поступления в медицинскую организацию, средней тяжести. Уровень сознания – глубокий сон. Фотореакция содружественная, снижена D=S. Мышечный тонус и периферические рефлексы без изменений. ЧДД 22 в минуту, пульсоксиметрия - 98%. Кожный покров бледный, умеренно влажный, слизистые оболочки умеренной влажности. Аускультативно - везикулярное дыхание. Сердечные тоны ритмичны, частота сердечных сокращений 96 в минуту, АД 120/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Периферических отеков нет. В приемном отделении получено 200 мл мочи.

Учитывая представленные в анамнезе данные, с целью уменьшения резорбции невсосавшегося токсиканта к необходимым методам детоксикации относят

- гемодиализ
- форсированный диурез
- промывание желудка, введение энтеросорбента
- гемосорбцию

Скрининговым токсико-химическим методом подтверждения диагноза «Отравление производными бензодиазепина» является

- тонкослойная хроматография

- газовая хроматография
- жидкостная хроматография
- газожидкостная хроматография с масс-спектрометрией

Учитывая длительность присутствия пиковых концентраций диазепама в плазме крови и его период полувыведения, а также учитывая принятую дозу - 40 мг, о течении токсикогенной стадии острого отравления можно говорить в течение +_____+ часов

- более 70
- 90
- 140
- 100

Учитывая механизм действия производных бензодиазепина и тяжесть клинической симптоматики у пострадавшего, в клинических проявлениях Вы ожидаете

- повышение судорожного порога
- что судорожный порог не изменяется
- вариабельность изменения порога
- снижение судорожного порога

Учитывая период полувыведения диазепама, глубокий сон может сохраняться в течение +_____+ часов (при условии, что данный уровень нарушения связан только с влиянием токсиканта)

- 90
- 80
- 100
- более 70

Клиническая картина пациента свидетельствует о +_____+ степени тяжести интоксикации диазепамом

- легкой
- крайне тяжелой
- средней
- тяжелой

Для проведения дифференциальной диагностики при наличии неврологических симптомов/синдромов, вне зависимости от степени тяжести, следует проводить такой токсико-химический анализ, как определение уровня

- пропанола
- этилового алкоголя
- метанола
- бутанола

Определение этилового алкоголя в крови и моче проводится методом

- газовой хроматографии
- газо-жидкостной хроматографии
- жидкостной хроматографии
- тонкослойной хроматографии

К проявлениям нейротоксичности при остром отравлении диазепамом средней степени тяжести относят

- экстрапирамидные расстройства
- параличи
- когнитивные расстройства
- атаксию, оглушение, тремор

Для удаления из организма не всосавшегося диазепама приоритетным методом его удаления из кишечника будет являться

- введение антидота
- кишечный лаваж
- фармакологическая стимуляция кишечника
- промывание желудка, гастроэнтеросорбция

При уровне гликемии 2,5 ммоль/л, необходимо ввести глюкозу в процентной концентрации +____+ (%) и объеме +____+ (мл) в течение часа

- 40; 40
- 40; 10
- 60; 100
- 60; 75

При нарушении состояния пациентки, обусловленного острым отравлением диазепамом до уровня комы, с целью специфической терапии необходимо назначить такой специфический антидот, как

- 40; 40
- 40; 10
- 60; 100
- 60; 75

Условие ситуационной задачи

Ситуация
В приемное отделение медицинской организации в 12:00 поступила девушка 24 лет. Со слов врача скорой медицинской помощи, пациентка с неизвестной целью около 20:00 выпила неизвестное количество таблеток Леводопа/Карбидопа (1 таблетка содержит - 250 мг Леводопы и 25 мг Карбидопы). В 10:45 была обнаружена родителями дома в состоянии сна. Родители вызвали скорую медицинскую помощь.

Жалобы
Так как пациентка находится в состоянии сна, на момент поступления в медицинскую организацию, уточнить не представляется возможным.

Анамнез заболевания
Пациентка находилась одна дома. Таблетки Леводопа/Карбидопа принимает по назначению врача около 2 недель, по 1 таблетке 3 раза в день. На этапе оказания скорой медицинской помощи, врачом бригады проведена оценка состояния пациентки – глубокий сон. Определен уровень глюкозы в крови - 4,5 ммоль/л, промыт желудок. Промывные воды без лекарственной взвеси. Проведена катетеризация периферической вены; инфузия физиологического раствора хлорида натрия 5 мл/кг/час. Догоспитальный этап оказания скорой медицинской помощи составил 40 мин. Объем инфузии физиологического раствора хлорида натрия 500 мл. Результаты клинико-инструментального обследования в медицинской организации, в течение первых трех часов после поступления: гликемия 4,5 ммоль/л. В общем анализе крови, общем анализе мочи, биохимическом исследовании крови изменений не отмечено. АД 120/70 мм рт. ст., ЧДД 22 в мин, нормотермия. ЭКГ: ритм синусовый, правильный. ЧСС 84 в 1 минуту, электрическая ось сердца отклонена влево. *Заключение:* Ритм синусовый. Химико-токсикологическое обследование, проведенное методом тонкослойной хроматографии (качественное обнаружение) в моче дало заключение: обнаружена Леводопа.

Анамнез жизни
Без особенностей. Аллергический анамнез не отягощен. Имеется не отягощенная болезнью наследственность.

Объективный статус
Общее состояние, на момент поступления в медицинскую организацию, средней тяжести. Уровень сознания – глубокий сон. Фотореакция содружественная, снижена D=S. Мышечный тонус и периферические рефлексы без изменений. ЧДД 22 в минуту, пульсоксиметрия - 98%. Кожный покров

умеренно бледный, умеренно влажный, слизистые оболочки умеренной влажности. Аускультативно - везикулярное дыхание. Сердечные тоны ритмичны, частота сердечных сокращений 76 в мин, АД 120/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Периферических отеков нет. В приемном отделении получено 200 мл мочи.

Препараты, содержащие леводопу, назначаются с целью

- снижения уровня дофамина в нервных узлах головного мозга
- повышения уровня дофамина в нервных узлах головного мозга
- снижения уровня дофамина в нервных стволах
- повышения уровня дофамина в нервных стволах

Скрининговым токсико-химическим методом подтверждения диагноза «Отравление леводопой» является

- газожидкостная хроматография с масс-спектрометрией
- газовая хроматография
- жидкостная хроматография
- тонкослойная хроматография

Учитывая длительность присутствия пиковых концентраций леводопы в плазме крови и его период полувыведения, а также учитывая принятую дозу - 2500 мг, о течении токсикогенной стадии острого отравления можно говорить в течение +____+ часов

- 40
- 20
- 30
- 8

Учитывая механизм действия леводопы и тяжесть клинической симптоматики у пострадавшей, в клинических проявлениях Вы ожидаете

- вариабельность изменения порога
- снижение судорожного порога
- повышение судорожного порога
- что судорожный порог не изменяется

В течение +____+ часов, учитывая период полувыведения леводопы могут сохраняться гиперкинезы (при условии, что гиперкинезы связаны только с влиянием токсиканта)

- 20

- 30
- 40
- 8

При токсико-химическом исследовании у пострадавшей в плазме крови определен уровень Леводопы – 5 мкг/мл или 0,5 мкг %, который может вызывать +_____+ степень тяжести отравления

- легкую
- тяжелую
- среднюю
- крайне тяжелую

Для проведения дифференциальной диагностики при наличии неврологических симптомов/синдромов, вне зависимости от степени тяжести, следует проводить такой токсико-химический анализ, как определение уровня

- метанола
- бутанола
- пропанола
- этилового алкоголя

Определение этилового алкоголя в крови и моче проводится методом

- жидкостной хроматографии
- газовой хроматографии
- газо-жидкостной хроматографии
- тонкослойной хроматографии

К проявлениям нейротоксичности при остром отравлении леводопой средней степени тяжести относят

- атаксию, оглушение, тремор
- когнитивные расстройства
- экстрапирамидные расстройства
- параличи

Для удаления из организма не всосавшейся леводопы приоритетным методом удаления яда из кишечника будет являться

- фармакологическая стимуляция кишечника
- введение антидота
- кишечный лаваж

- промывание желудка, гастроэнтеросорбция

Клиническая диагностика при приеме токсических доз психотропных препаратов основывается на анализе

- анамнеза жизни
- биохимических данных
- анамнестических данных и клинической симптоматики
- акушерско-гинекологического анамнеза

При остром отравлении противопаркинсоническими средствами и развитии антихолинэргического синдрома, необходимо назначить такой специфический антидот, как

- анамнеза жизни
- биохимических данных
- анамнестических данных и клинической симптоматики
- акушерско-гинекологического анамнеза

Условие ситуационной задачи

Ситуация
В приемное отделение медицинской организации в 02:00 поступил мужчина 38 лет. Со слов врача скорой медицинской помощи, пациент с суицидальной целью около 17:00 выпил Депакин хроно 500 мг (Вальпроевая кислота). Рядом с пострадавшим находилась пустая маленькая ячейковая упаковка по 30 таблеток. В 01:35 был обнаружен братом в подъезде дома в бессознательном состоянии, который и вызвал скорую медицинскую помощь.

Жалобы
Не предъявляет в результате нарушения сознания – токсическая кома.

Анамнез заболевания
Пациент после 17:00 остался один дома. Накануне был психоэмоциональный стресс из-за проблем на работе. Таблетки Депакин хроно 500 мг по назначению врача принимал брат. На этапе оказания скорой медицинской помощи врачом бригады проведена оценка состояния пациента, промыт желудок после предварительной интубации, учитывая уровень нарушения сознания – кома I. ЧДД 28 в минуту, пульсоксиметрия – 93%. ЧСС 112 ударов в 1 минуту. В промывных водах обнаружено незначительное количество лекарственной белой взвеси. Проведена катетеризация периферической вены; инфузия физиологического раствора Хлорида Натрия 5 мл/кг/час. Результаты клинико-

инструментального обследования в медицинской организации в течение первых трех часов после поступления: В общем анализе крови, общем анализе мочи, биохимическом исследовании крови отмечено: * уровень общего билирубина 19,2 мкмоль/л – гипебилирубинемия; * кальция 1,1 ммоль/л – гипокальциемия; * натрия 149 ммоль/л – гипернатриемия; * хлоридов 106 ммоль/л – нормахлоремия; * амиака 42 мкмоль/л – гипераммониемия; * креатинина 131 мкмоль/л – гиперкреатинурия; * мочевины 9,36 мкмоль/л – азотурия. КЩС крови: pH – 7,31 (норма – 7,35-7,45); paCO2 – 49 мм рт. ст. (норма - 35,0-45,0); HCO3 – 18 ммоль/л (норма – 21-28); Нормотермия (Т– 36,6°С). ЭКГ: ритм синусовый, правильный. ЧСС 112 уд. в 1 минуту, электрическая ось сердца отклонена влево. *Заключение:* Синусовая тахикардия до 112 в 1 минуту. Химико-токсикологическое обследование, проведенное методом тонкослойной хроматографии (качественное обнаружение). *Заключение*: обнаружена Вальпроевая кислота. Высокоэффективная жидкостная хроматография. *Заключение:* уровень Вальпроевой кислоты в плазме крови 855 мкг/мл.

Анамнез жизни
Анамнез жизни без особенностей. Имеется не отягощенная болезнью наследственность.

Объективный статус
Общее состояние на момент поступления в медицинскую организацию тяжелое. Уровень сознания – кома I. Фотореакция содружественная, миоз. Судорожный синдром. На момент поступления пациент на спонтанном дыхании через интубационную трубку. ЧДД 28 в минуту, пульсоксиметрия – 90%. Кожный покров умеренно сухой, слизистые оболочки сухие. Аускультативно везикулярное дыхание. Сердечные тоны ритмичные, частота сердечных сокращений 112 в минуту, АД 90/50 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Периферических отеков нет. В приемном отделении получено 200 мл мочи.

Учитывая представленные в анамнезе данные, с целью уменьшения резорбции невсосавшегося токсиканта необходимо использовать такой метод детоксикации, как

- промывание желудка, введение энтеросорбента
- энтеросорбция
- гемосорбция
- перитонеалый диурез

Скрининговым токсико-химическим методом подтверждения диагноза «отравление вальпроевой кислотой» является

- жидкостная хроматография
- тонкослойная хроматография
- газовая хроматография
- газожидкостная хроматография с масс-спектрометрией

Учитывая длительность присутствия пиковых концентраций вальпроевой кислоты (в данном клиническом случае её пролонгированной формы Депакин хроно) в плазме крови и ее период полувыведения, о течении токсикогенной стадии острого отравления можно говорить в течение +____+ часов

- 5
- 30
- 120
- 3

Учитывая механизм действия вальпроевой кислоты и тяжесть клинической симптоматики у пострадавшего, в клинических проявлениях Вы ожидаете

- что судорожный порог не изменяется
- что судорожный порог может быть вариабельным
- снижение судорожного порога
- повышение судорожного порога

Учитывая период полувыведения вальпроевой кислоты, нарушение сознания на уровне нарушения – кома I – может сохраняться в течение +_____+ часов (При условии, что данный уровень нарушения связан только с влиянием токсиканта)

- 12
- 8
- 24
- 2

При токсико-химическом исследовании у пострадавшего в плазме крови определен уровень вальпроевой кислоты - 855 мкг/мл. Данный уровень может вызывать +_____+ степень отравления

- среднюю
- крайне тяжелую
- тяжелую
- легкую

Для определения анионного интервала нужно учитывать такие показатели электролитного баланса и кислотно-щелочного состояния, как

- Na{plus}; Cl-; HCO3-
- Na{plus}, общий билирубин
- Cl-, HCO3-
- HCO3-, амиак

Механизм развития острого почечного повреждения при отравлении вальпроевой кислотой предполагает

- дыхательную недостаточность
- полиорганную недостаточность
- отек головного мозга
- гепатопатию

Ведущим симптомом нейротоксического эффекта при остром отравлении вальпроевой кислотой тяжелой степени является

- эйфория
- головокружение
- кома
- нистагм

Для удаления из организма не всосавшейся вальпроевой кислоты при установлении диагноза «Острое отравление Вальпроевой кислотой тяжелой степени тяжести» приоритетным методом удаления невсосавшегося яда из кишечника будет являться

- фармакологическая стимуляция кишечника
- кишечный лаваж
- промывание желудка
- гастроэнтеросорбция

Ведущим клиническим проявлением отличия комы II от комы I является

- сохранение ориентировки в пространстве
- сохранение защитных движений на боль
- отсутствие защитных движений на боль, мышечная гипотония
- сохранение ориентировки во времени

С целью достижения необходимого седативного эффекта данному пациенту следует назначить

- сохранение ориентировки в пространстве
- сохранение защитных движений на боль
- отсутствие защитных движений на боль, мышечная гипотония
- сохранение ориентировки во времени

Условие ситуационной задачи

Ситуация
В приемное отделение медицинской организации в 17:00 была доставлена девушка 19 лет бригадой скорой медицинской помощи. Со слов родителей, пациентка с суицидальной целью в период с 15:30 до 16.00 могла принять 36 таблеток Феназепама (1 таблетка 0,5 мг = 18 миллиграмм). Рядом с пострадавшей находились 4 пустые ячейковые упаковки по 10 таблеток. В 16:00 была обнаружена родителями запертой в своей комнате в состоянии опьянения. Родители вызвали скорую медицинскую помощь.

Жалобы
На слабость, головокружение, сонливость, атаксию.

Анамнез заболевания
Пациентка после ссоры с родителями, закрылась одна в своей комнате примерно в 15.30. Таблетки Феназепам по назначению врача принимает мама пациентки. На этапе оказания скорой медицинской помощи, врачом бригады проведена оценка состояния пациентки, промыт желудок. В промывных водах обнаружено незначительное количество лекарственной белой взвеси. Отмечено отсутствие запаха алкоголя. Результаты клинико-инструментального обследования в медицинской организации, в течение первых трех часов после поступления: в общем анализе крови, общем анализе мочи, биохимическом исследовании крови изменений не отмечено. Уровень калия 4,3 ммоль/л Нормотермия. ЭКГ: ритм синусовый, правильный. ЧСС 85 в 1 мин, электрическая ось сердца отклонена влево. Химико-токсикологическое обследование, проведенное методом тонкослойной хроматографии (качественное обнаружение). *Заключение:* обнаружен Феназепам. Высокоэффективная жидкостная хроматография. *Заключение:* уровень Феназепама в плазме крови 2 мг/%.

Анамнез жизни
Без особенностей. Аллергический анамнез не отягощен. Имеется не отягощенная болезнью наследственность.

Объективный статус
Общее состояние, на момент поступления в медицинскую организацию, легкой

степени тяжести, обусловлено течением токсикогенного периода острого отравления. Сознание ясное. Фотореакция содружественная, умеренный миоз. Мышечный тонус и периферические рефлексы сохранены, умеренно снижены. Мозжечковая атаксия. На момент поступления ЧДД 20 в минуту, пульсоксиметрия – 95%. Кожный покров бледный, умеренно сухой, слизистые оболочки сухие. Аускультативно везикулярное дыхание. Сердечные тоны ритмичны, частота сердечных сокращений 85 в минуту, АД 116/64 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Периферических отеков нет. В приемном отделении получено 285 мл мочи.

Учитывая представленные в анамнезе данные, с целью уменьшения резорбции не всосавшегося токсиканта необходимо использовать такой метод детоксикации, как

- промывание желудка, введение энтеросорбента
- форсированный диурез
- гемодиализ
- гемосорбцию

Скрининговым токсико-химическим методом подтверждения диагноза «Отравление феназепамом» является

- жидкостная хроматография
- газожидкостная хроматография с масс-спектрометрией
- газовая хроматография
- тонкослойная хроматография

Учитывая длительность присутствия пиковых концентраций феназепама в плазме крови и его период полувыведения, а также учитывая принятую дозу 18 мг, о течении токсикогенной стадии острого отравления можно говорить в течение +_____+ часов

- 30
- 40
- 25
- 18

Учитывая механизм действия феназепама и тяжесть клинической симптоматики у пострадавшей, в клинических проявлениях Вы ожидаете

- повышение сниженного судорожного порога
- вариабельные изменения порога
- что судорожный порог не изменяется
- снижение судорожного порога

Учитывая период полувыведения феназепама, оглушение может сохраняться в течение +____+ часов (при условии, что данный уровень нарушения связан только с влиянием токсиканта)

- 40
- 30
- 25
- 18

При токсико-химическом исследовании у пострадавшего в плазме крови определен уровень Феназепама - 2 мг/% Данный уровень может вызывать +_____+ степень отравления

- легкую
- тяжелую
- среднюю
- крайне тяжелую

Для проведения дифференциальной диагностики при наличии неврологических симптомов/синдромов, вне зависимости от степени тяжести, следует проводить такой токсико-химический анализ как определение уровня

- этилового алкоголя
- метанола
- пропанола
- бутанола

Определение этилового алкоголя в крови и моче проводится методом

- газо-жидкостной хроматографии
- жидкостной хроматографии
- тонкослойной хроматографии
- газовой хроматографии

К проявлениям нейротоксичности при остром отравлении феназепамом относятся

- экстрапирамидные нарушения
- когнитивные нарушения
- атаксия, оглушение
- параличи

Для удаления из организма невсосавшегося феназепама, при установлении диагноза «Острое отравление Феназепамом легкой степени тяжести»,

приоритетным методом удаления невсосавшегося яда из кишечника будет являться

- кишечный лаваж
- фармакологическая стимуляция кишечника
- введение антидота
- промывание желудка, гастроэнтеросорбция

Ведущими клиническими проявлениями отличия комы II от комы I являются

- сохранение защитных движений на боль
- сохранение ориентировки в пространстве
- отсутствие защитных движений на боль, мышечная гипотония
- сохранение ориентировки во времени

С целью специфической фармакотерапии флуманезил следует назначить при остром отравлении феназепамом +_____+ степени

- сохранение защитных движений на боль
- сохранение ориентировки в пространстве
- отсутствие защитных движений на боль, мышечная гипотония
- сохранение ориентировки во времени

Условие ситуационной задачи

Ситуация
В приемное отделение медицинской организации, в 18:00 поступил мужчина 25 лет. Со слов врача скорой медицинской помощи пациент с суицидальной целью около 09:00 выпил 20 таблеток карбамазепина (1 таблетка 400 мг = 8 грамм). Время употребления имеется в «предсмертной» записке. Рядом с пострадавшим находилась пустая, маленькая ячейковая упаковка по 20 таблеток. В 16:30 был обнаружен родителями дома, которые вызвали скорую медицинскую помощь.

Жалобы
Не предъявляет вследствие нарушения психических функций.

Анамнез заболевания
Пациент после 08:00 остался один дома. Накануне, рассказал родителям, что поссорился с друзьями. Таблетки карбамазепина, по назначению врача принимает отец. На этапе оказания скорой медицинской помощи, врачом бригады проведена оценка состояния пациентки, промыт желудок. В промывных водах обнаружено незначительное количество лекарственной

белой взвеси. Результаты клинико-инструментального обследования в медицинской организации, в течение первых трех часов после поступления. В общем анализе крови, общем анализе мочи, биохимическом исследовании крови изменений не отмечено. ЭКГ: ритм синусовый, правильный. ЧСС 120 в 1 мин, электрическая ось сердца отклонена влево. *Заключение:* На ЭКГ патологии не выявлено. Отмечена синусовая тахикардия до 120 в 1 мин. Химико-токсикологическое обследование проведенное методом тонкослойной хроматографии (качественное обнаружение) дало заключение. *Заключение:* обнаружен карбамазепин. Высокоэффективная жидкостная хроматография. *Заключение:* уровень карбамазепина в плазме крови 18 мкг/мл.

Анамнез жизни
Анамнез жизни без особенностей. Употребления наркотических средств и психотропных веществ родители отрицают. Аллергический анамнез не отягощен. Имеется не отягощенная болезнью наследственность.

Объективный статус
Общее состояние тяжелое. Отмечаются изменения психического статуса – слуховые и зрительные галлюцинации, повышение моторной активности. Продуктивные нарушения сознания проявляются, дезориентацией во времени и пространстве, лицах времени и окружающих событиях. Фотореакция содружественная, снижена D=S, мидриаз. Мышечный тонус и периферические рефлексы повышены. Кожный покров умеренно сухой, слизистые оболочки сухие. Аускультативно везикулярное дыхание. ЧДД 21 в мин. Сердечные тоны ритмичны, частота сердечных сокращений 120 в мин, АД 135/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Периферических отеков нет. В приемном отделении получено 200 мл мочи.

Методом детоксикации, рекомендованным с целью уменьшения резорбции невсосавшегося токсиканта, является

- форсированный диурез
- гемосорбция
- промывание желудка
- гемодиализ

Скрининговым методом, рекомендуемым для подтверждения диагноза отравление карбамазепином, является

- тонкослойная хроматография
- газовая спектрометрия
- высокоэффективная хроматография
- жидкостная спектрометрия

Токсикогенная стадия острого отравления карбамазепином, при приеме 8 грамм препарата, продолжается в течение +_____+ часов

- 12-14
- 4-6
- 24-55
- 8-10

Судорожный порог при отравлении карбамазепином

- не изменяется
- повышается
- снижается
- вариабелен

Клинические проявления острого интоксикационного психоза сохраняются в течение +_____+ часов

- 48
- 20
- 30
- 10

Уровень карбамазепина в плазме крови 18 мкг/мл вызывает +_____+ степень тяжести отравления

- среднюю
- тяжелую
- крайне тяжелую
- легкую

Веществом, обязательно определяемым с целью дифференциальной диагностики отравления при наличии неврологических симптомов/синдромов, является

- пропанол
- этанол
- бутанол
- метанол

Хроматографическим методом исследования, позволяющим определить этиловый алкоголь в крови и моче, является

- газовый

- тонкослойный
- газо-жидкостный
- жидкостный

Расширение комплекса +_____+ на электрокардиограмме определяет развитие кардиотоксичности при остром отравлении карбамазепином

- QR
- PQ
- RS
- QRS

Основным методом детоксикации для удаления невсосавшегося яда из кишечника является

- гастроэнтеросорбция
- промывание желудка
- кишечный лаваж
- фармакологическая стимуляция кишечника

Основным клиническим отличием делирия от острого интоксикационного психоза является сохранение ориентировки в/во

- времени
- собственной личности
- окружающих лицах
- пространстве

Степенью тяжести острого отравления карбамазепином, при которой необходимо назначить мембранопротекторы, является

- времени
- собственной личности
- окружающих лицах
- пространстве

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В приемное отделение медицинской организации, в 09:00 поступил мужчина 45 лет. Со слов врача скорой медицинской помощи пациент с суицидальной целью около 18:00 выпил 40 таблеток карбамазепина (1 таблетка 400 мг = 16 грамм). Рядом с пострадавшим находилось несколько частично опустошённых

ячейковых упаковок. В 07:30 был обнаружен родственниками дома в бессознательном состоянии, которые вызвали скорую медицинскую помощь.

Жалобы
Не предъявляет вследствие нарушения сознания – токсическая кома

Анамнез заболевания
Пациент после 18:00 остался один дома. Накануне, был неприятный разговор с женой. Таблетки карбамазепина, по назначению врача принимают родственники. На этапе оказания скорой медицинской помощи, врачом бригады проведена оценка состояния пациента, промыт желудок, после предварительной интубации, учитывая уровень нарушения сознания – кома I. В промывных водах обнаружено незначительное количество лекарственной белой взвеси. Отмечен запах алкоголя. Проведена катетеризация периферической вены; инфузия физиологического раствора хлорида натрия 5 мл/кг/час. Результаты клинико-инструментального обследования в медицинской организации, в течение первых трех часов после поступления. В общем анализе крови, общем анализе мочи, биохимическом исследовании крови изменений не отмечено. Уровень калия 4,2 ммоль/л Нормотермия. ЭКГ: ритм синусовый, правильный. ЧСС 116 в 1 мин, электрическая ось сердца отклонена влево.Имеется расширение интервала QRS до 130 мс. *Заключение:* Синусовая тахикардия до 116 в 1 мин. Нарушение внутрижелудочковой проводимости – QRS до 130 мс. Химико-токсикологическое обследование, проведенное методом тонкослойной хроматографии (качественное обнаружение), дало заключение. Заключение: обнаружен карбамазепин. Высокоэффективная жидкостная хроматография. Заключение: уровень карбамазепина в плазме крови 20 мкг/мл.

Анамнез жизни
Анамнез жизни без особенностей. Клинических проявлений ИБС, нарушений ритма (идеовентрикулярный, желудочковые экстрасистолы, желудочковая параксизмальная тахикардия); проводимости (блокада ножек пучка Гиса) нет. Аллергический анамнез не отягощен. Имеется не отягощенная болезнью наследственность.

Объективный статус
Общее состояние, на момент поступления в медицинскую организацию, тяжелое. Уровень сознания – кома I. Фотореакция содружественная, снижена D=S, умеренный мидриаз. Мышечный тонус и периферические рефлексы повышены. На момент поступления на спонтанном дыхании через интубационную трубку. ЧДД 22 в мин, пульсоксиметрия – 94%. Кожный покров умеренно сухой, слизистые оболочки сухие. Аускультативно везикулярное дыхание. Сердечные тоны ритмичны, частота сердечных сокращений 116 в мин,

АД 135/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Периферических отеков нет. В приемном отделении получено 300 мл мочи.

Рекомендуемым методом детоксикации с целью уменьшения резорбции невсосавшегося токсиканта является

- кишечный лаваж
- ощелачивание мочи
- форсированный диурез
- гемосорбция

Скрининговым методом, рекомендуемым для подтверждения диагноза отравление карбамазепином, является

- жидкостная спектрометрия
- тонкослойная хроматография
- газовая спектрометрия
- высокоэффективная хроматография

Токсикогенная стадия острого отравления карбамазепином, при приеме 16 грамм препарата, продолжается в течении +_____+ часов

- 8-10
- 12-14
- 24-55
- 4-6

Судорожный порог при отравлении карбамазепином

- вариабелен
- снижается
- не изменяется
- повышается

Нарушение сознания на уровне комы I при отравлении карбамазепином сохраняется в течение +____+ часов

- 10
- 48
- 30
- 20

Уровень карбамазепина в плазме крови 23 мкг/мл вызывает +_____+ степень тяжести отравления

- легкую
- тяжелую
- крайне тяжелую
- среднюю

Веществом, обязательно определяемым с целью дифференциальной диагностики отравления при наличии неврологических симптомов/синдромов, является

- этанол
- пропанол
- метанол
- бутанол

Хроматографическим методом исследования, позволяющим определить этиловый алкоголь в крови и моче, является

- газовый
- газо-жидкостный
- жидкостный
- тонкослойный

Расширение комплекса +_____+ на электрокардиограмме определяет развитие кардиотоксичности при остром отравлении карбамазепином

- QRS
- PQ
- RS
- QR

Основным методом детоксикации для удаления карбамазепина из желудочно-кишечного тракта является

- фармакологическая стимуляция кишечника
- гастроэнтеросорбция
- промывание желудка
- кишечный лаваж

Клиническим отличием комы II от комы I является

- отсутствие защитных движений на боль
- мышечная ригидность
- наличие защитных движений на боль
- ориентировка во времени

Степенью тяжести острого отравления карбамазепином, при которой необходимо назначить мембранопротекторы, является

- отсутствие защитных движений на боль
- мышечная ригидность
- наличие защитных движений на боль
- ориентировка во времени

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина, 20 лет, рассказала мужу, что 3 часа назад выпила 10 таблеток карбамазепина (1 таблетка 200 мг = 2 грамма). Рядом с пострадавшей находилась пустая, маленькая ячейковая упаковка по 10 таблеток. Последние 2 месяца пострадавшая принимает карбамазепин по 600 мг в сутки с целью лечения. Муж вызвал скорую медицинскую помощь.

Жалобы
На головокружение, шаткую походку, недомогание, снижение зрения.

Анамнез заболевания
Пациентка, по назначению врача, принимала препарат карбамазепин в терапевтической концентрации, по поводу невралгии тройничного нерва в течение 1 месяца. Неврологом, в последующем, было отмечено формирование фобического синдрома. Синдром сформирован на фоне «охранительного поведения» – избегание определенных движений и поз, чтобы не спровоцировать обострение заболевания, которое и явилось причиной приема 10 таблеток карбамазепина. На этапе оказания скорой медицинской помощи, врачом бригады проведена оценка состояния пациентки, промыт желудок. В промывных водах обнаружено незначительное количество не всосавшегося лекарства, в виде беловатой взвеси. Результаты клинико-инструментального обследования в медицинской организации в течение первых трех часов после поступления. В общем анализе крови, общем анализе мочи, биохимическом исследовании крови изменений не отмечено. ЭКГ: ритм синусовый, правильный. ЧСС 82 в 1 мин. ЭОС отклонена влево. *Заключение:* На ЭКГ патологии не выявлено. Химико-токсикологическое обследование, проведенное методом тонкослойной хроматографии (качественное обнаружение), дало заключение. *Заключение:* обнаружен карбамазепин. Высокоэффективная жидкостная хроматография. *Заключение:* Уровень карбамазепина в плазме крови 15 мкг/мл (63 мкмоль/л).

Анамнез жизни
Анамнез жизни без особенностей. Аллергический анамнез не отягощен. Имеется не отягощенная болезнью наследственность.

Объективный статус
Общее состояние средней степени тяжести. Отмечается умеренная атаксия. В сознании, ориентирована во времени и пространстве, адекватно реагирует на окружающие события. Фотореакция содружественная, D=S, размер зрачков соответствует освещению. Мышечный тонус и периферические рефлексы в пределах нормы. Координационные пробы целенаправленны. В позе Ромберга умеренно устойчива. Исследование n. trigeminus: лицевая чувствительность в норме, триггерная область не воспалена, без боли; атрофии жевательных мышц не выявлено; роговичный рефлекс присутствует; рефлекс Бехтерева сохранен (симптомы тригеминальной невралгии с двух сторон не выявляются). Вторичные симптомы невралгии тройничного нерва – имеется фобический синдром, сформированный на фоне «охранительного поведения». Кожный покров без особенностей. Аускультативно везикулярное дыхание. ЧДД 18 в мин. Сердечные тоны ритмичны, частота сердечных сокращений 80 в мин, АД 130/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Суточный объем мочи в пределах физиологических значений.

Рекомендуемым методом детоксикации с целью уменьшения резорбции невсосавшегося токсиканта является

- форсированный диурез
- гемодиализ
- гемосорбция
- проведение промывания желудка

Скрининговым методом, рекомендуемым для подтверждения диагноза отравления карбамазепином, является

- тонкослойная хроматография
- высокоэффективная хроматография
- жидкостная спектрометрия
- газовая спектрометрия

Токсикогенная стадия острого отравления карбамазепином, при приеме 2 грамм препарата, продолжается в течение +_____+ часов

- 8-10
- 4-6
- 12-14
- 24-55

Судорожный порог при отравлении карбамазепином

- не изменяется
- повышается
- вариабелен
- снижается

Толерантность при длительном приеме карбамазепина

- сопровождается ее снижением
- сопровождается ее повышением
- вариабельна
- остается без изменений

Уровень карбамазепина в плазме крови 10 мкг/мл вызывает +_____+ степень тяжести отравления

- среднюю
- тяжелую
- легкую
- крайне тяжелую

Веществом, обязательно определяемым с целью дифференциальной диагностики отравления при наличии неврологических симптомов/синдромов, является

- метанол
- бутанол
- пропанол
- этанол

Хроматографическим методом исследования, позволяющим определить этиловый алкоголь в крови и моче, является

- газо-жидкостный
- тонкослойный
- газовый
- жидкостный

Расширение комплекса +____+ на электрокардиограмме определяет развитие кардиотоксичности при остром отравлении карбамазепином

- RS
- QRS

- PQ
- QR

Для усиления естественных процессов детоксикации при отравлении карбамазепином легкой степени тяжести основным методом детоксикации является

- фармакологическая стимуляция кишечника
- промывание желудка
- гастроэнтеросорбция
- кишечный лаваж

При отравлении карбамазепином легкой степени экстракорпоральная детоксикация

- не используется
- относительно возможна
- используется в сочетании с другими методами
- целесообразна

Назначить мембранопротекторы необходимо при +_____+ степени тяжести острого отравления карбамазепином

- не используется
- относительно возможна
- используется в сочетании с другими методами
- целесообразна

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В приемное отделение медицинской организации в 20:30 поступил мужчина 19 лет. Со слов девушки в кармане был найден пустой блистер из упаковки циклодола (тригексифенидила), в котором 25 ячеек, пустые из них 6 (1 таблетка 2 мг = 12 мг). В 19:00 был обнаружен девушкой дома с подозрительным поведением: не узнавал её, после чего был доставлен в приемное отделение в порядке самообращения.

Жалобы

Так как у пациента имеется нарушение сознания - умеренное оглушение, получить сведения о его реальных жалобах не представляется возможным.

Анамнез заболевания

По возвращении домой девушка зашла в комнату, в которой парень разговаривал с кем-то на пустой кровати. После нескольких попыток привлечь внимание к себе, парень ее не узнавал, называл «Красной королевой», беспокойный бег по комнате сменялся желанием прилечь на пол. Запах алкоголя отсутствовал. В кармане куртки был найден пустой блистер с 6 пустыми ячейками из 25. Препарат циклодол (тригексифенидил) по назначению врача принимает отец пациента. Также девушка обнаружила на прикроватном столике в спальне родителей пациента упаковку леводопы рядом с упаковкой циклодола. Результаты клинико-инструментального обследования в медицинской организации, в течение первых трех часов после поступления. В общем анализе крови, общем анализе мочи, биохимическом исследовании крови изменений не отмечено. Субфебрильная лихорадка 37,2°С. ЭКГ: ритм синусовый, правильный. ЧСС 108 в 1 мин, электрическая ось сердца горизонтальная. *Заключение*: Синусовая тахикардия до 108 в 1 мин. Химико-токсикологическое обследование крови, проведенное методом высокоэффективной жидкостной хроматографии, дало заключение. *Заключение*: уровень циклодола (тригексифенидила) 8 мкг/мл.

Анамнез жизни

Анамнез жизни без особенностей. Аллергический анамнез не отягощен. Наследственность не отягощена.

Объективный статус

Общее состояние, на момент поступления в медицинскую организацию, средней степени тяжести. Уровень сознания – умеренное оглушение с психомоторным возбуждением, дезориентирован в окружающей среде. Фотореакция содружественная, снижена, D=S, мидриаз. Мышечный тонус и периферические рефлексы снижены. ЧДД 23 в мин, пульсоксиметрия – 96%. Кожный покров сухой, слизистые оболочки сухие. При осмотре ротовой полости гиперемия зева. Аускультативно – везикулярное дыхание. Сердечные тоны ритмичны, частота сердечных сокращений 108 в 1 мин, АД 140/75 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Периферических отеков нет. В приемном отделении выделено 400 мл мочи.

Методом детоксикации, используемым с целью уменьшения резорбции невсосавшегося токсиканта – циклодола, в первые 5-12 часов является

- энтеросорбция
- форсированный диурез
- гемосорбция
- гемодиализ

Наиболее информативным токсико-химическим методом, подтверждающим диагноза отравление циклодолом, является

- поляризационно-флюоресцентный иммуноанализ
- иммунно-хроматографический анализ
- жидкостная хроматография
- тонкослойная хроматография

Принятие пациентом 12 мг циклодола предполагает +_____+ фаз/фазы течения клинических проявлений острого отравления

- 2
- 3
- 4
- 5

При сочетанном применении препаратов леводопы и циклодола в лечении болезни Паркинсона, необходимо принять решение о/об

- оставить используемые дозы без изменений
- введении антидота
- уменьшении используемых доз
- увеличении используемых доз

Временной период, при котором могут сохраняться нарушение сознания при остром отравлении циклодолом, составляют +_____+ часа/часов

- 5-10
- 1-2
- 20-30
- 11-12

При клиническом обследовании пациента выявлены тахикардия, гипертермия до 37,5℃, сухость кожного покрова и слизистых оболочек, мидриаз, нарушение координации движений, дезориентация. У пациента степень тяжести отравления

- крайне тяжелая
- тяжелая
- легкая
- средняя

Токсико-химическим анализом определения токсиканта, проводимым вне зависимости от степени тяжести отравления при наличии неврологических симптомов/синдромов, является определение

- бутанола
- метанола
- пропанола
- этанола

Методом исследования для определения этилового алкоголя в крови и моче является +_____+ хроматография

- газовая
- газо-жидкостная
- тонкослойная
- жидкостная

К проявлениям острой токсичности при остром отравлении циклодолом относится +_____+ эффект

- холинолитический
- адренолитический
- симпатолитический
- дофаминергический

Приоритетным методом, используемым с целью удаления всосавшегося яда при остром отравлении циклодолом средней степени тяжести, является

- форсированный диурез
- фармакологическая стимуляция
- гастроэнтеросорбция
- кишечный лаваж

Ведущим клиническим проявлением, которое отличает кому II от комы I, является

- сохранение ориентировки во времени
- отсутствие защитных движений на боль
- сохранение ориентировки в пространстве
- сохранение защитных движений на боль

Препаратом симптоматической терапии, используемым при остром отравлении циклодолом, является

- сохранение ориентировки во времени
- отсутствие защитных движений на боль
- сохранение ориентировки в пространстве
- сохранение защитных движений на боль

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В приемное отделение медицинской организации, в 17:30 поступил мужчина 25 лет. Со слов врача скорой медицинской помощи пациент около 15:00 выпил 8 таблеток Циклодола (1 таблетка 2 мг = 16 мг). Цель употребления неизвестна. Рядом с пострадавшим находилась ячейковая упаковка по 50 таблеток, в которой не хватало 8 таблеток. Скорую медицинскую помощь в 17:00 вызвал родственник, который услышал крики из квартиры, в которой находился пациент.

Жалобы

Так как у пациента имеется нарушение сознания - делирий, получить сведения о его реальных жалобах не представляется возможным.

Анамнез заболевания

Пациент до 16:00 находился в компании двух мужчин, таблетки циклодола с собой принес один из них. Местонахождение мужчин и цель употребления препарата неизвестны. Со слов родственника пациент эпизодически употреблял циклодол и другие психоактивные вещества. На учете у нарколога не состоял. На этапе оказания скорой медицинской помощи, врачом бригады проведена оценка состояния пациента, промыт желудок. Кожный покров сухой, гиперемирован, слизистые оболочки сухие. Отмечается выраженный мидриаз. АД 155/86 мм рт. ст. ЧСС 108 в мин, пульсоксиметрия – 96%. Уровень глюкозы в крови 5,3 ммоль/л. В промывных водах обнаружено незначительное количество лекарственной белой взвеси. Имеется запах алкоголя от пациента. Проведена катетеризация периферической вены; инфузия физиологического раствора Хлорида натрия 5 мл/кг/час. Результаты клинико-инструментального обследования в медицинской организации, в течение первых трех часов после поступления. В общем анализе крови, общем анализе мочи, биохимическом исследовании крови изменений не отмечено. Температура тела 36,8°С ЭКГ: ритм синусовый, правильный. ЧСС 125 в 1 мин, электрическая ось сердца отклонена влево. *Заключение:* Синусовая тахикардия до 125 в 1 мин. Химико-токсикологическое обследование проведенное методом высокоэффективной жидкостной хроматографии (качественное обнаружение) дало заключение. *Заключение*: в плазме крови был обнаружен циклодол. Химико-

токсикологическое обследование проведенное методом газовой хроматографии масс-спектрометрии (количественное обнаружение) дало заключение. *Заключение*: уровень циклодола в плазме крови 0,5 мг/л. Уровень этанола в крови 1,8‰ в моче 2,1‰.

Анамнез жизни
Анамнез жизни: эпизодически употреблял циклодол и другие психоактивные вещества. Аллергический анамнез не отягощен. Наследственность не отягощена.

Объективный статус
Общее состояние, на момент поступления в медицинскую организацию, тяжелое. Тяжесть состояния обусловлено токсической энцефалопатией, делирием. Фотореакция содружественная, снижена, D=S, выраженный мидриаз. Мышечный тонус и периферические рефлексы снижены. ЧДД 22 в мин, пульсоксиметрия – 96%. Кожный покров сухой, умеренно гиперемирован, слизистые оболочки сухие. Аускультативно везикулярное дыхание. Сердечные тоны ритмичны, частота сердечных сокращений 125 в мин, АД 160/90 мм рт. ст. При аускультации - ритм галопа, акцент второго тона на аорте. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Периферических отеков нет. В приемном отделении получено 300 мл мочи.

Методом детоксикации, являющимся основным для уменьшения уровня циклодола в крови, является

- форсированный диурез
- гемодиализ
- гемосорбция
- экстракорпоральная детоксикация

Для подтверждения диагноза Острое отравление циклодолом используется +_____+ хроматография

- жидкостная
- тонкослойная
- жидкостная высокоэффективная
- газовая

Третья фаза острой интоксикации - фаза галлюцинаций, при приеме 16 мг циклодола, наступает в течение +____+ часа/часов

- 2-3
- 1-1,5
- 4-5

- 6-12

Для фазы оглушения, при отравлении циклодолом, характерны

- заторможенность, изменения в зрительном восприятии
- усталость и тяжесть в теле
- повышение настроения, приятное самочувствие
- «лёгкие» звуковые галлюцинации

Структура клинических проявлений периферического холинолитического синдрома при отравлении циклодолом предполагает развитие

- гипергидроза и галлюцинаций
- мраморного цвета кожного покрова
- атонии кишечника и мочевого пузыря
- миоза и психомоторного возбуждения

Развитие клинических проявлений - делирия, выраженного мидриаза, гипертензии и тахикардии соответствует +_____+ степени тяжести острого отравления циклодолом

- средней
- тяжелой
- любой степени
- легкой

Токсико-химическим анализом определения токсиканта, проводимым вне зависимости от степени тяжести отравления при наличии неврологических симптомов/синдромов, является определение

- бутанола
- метанола
- пропанола
- этанола

Методом исследования определения этилового алкоголя в крови и моче является +_____+ хроматография

- тонкослойная
- жидкостная
- газо-жидкостная
- газовая

Клиническим симптомом, характерным для периферического холинолитического синдрома, является

- расходящееся косоглазие
- мидриаз
- птоз
- миоз

Приоритетным методом, используемым для удаления невсосавшегося яда из кишечника при отравлении циклодолом тяжелой степени, является

- гастроэнтеросорбция
- кишечный лаваж
- фармакологическая стимуляция кишечника
- промывание желудка

Ведущим клиническим проявлением, отличающим кому II от комы I, является

- ориентировка в пространстве
- ориентировка во времени
- отсутствие защитных движений на боль
- сохранением защитных движений на боль

К препаратам, купирующим психические расстройства при остром отравлении циклодолом, относят

- ориентировка в пространстве
- ориентировка во времени
- отсутствие защитных движений на боль
- сохранением защитных движений на боль

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В приемное отделение медицинской организации в 01:00 поступил молодой человек 20 лет. Со слов врача скорой медицинской помощи около 00:00, находясь за рулем транспортного средства в состоянии алкогольного и наркотического опьянения, попал в ДТП. Рядом с пациентом на пассажирском сидении находился открытый полупустой флакон баклофена по 50 таблеток (1 таблетка 10 мг ≈ 250 мг). Сотрудники ГИБДД, прибывшие на место происшествия, обнаружили пациента в 00:30 без видимых травм в состоянии эйфории и вызвали скорую медицинскую помощь.

Жалобы

Так как пациент был в состоянии эйфории, получить сведения о его реальных жалобах не представляется возможным. Тем не менее, пациент отмечает повышенное настроение, характеризующееся «благодушием», безмятежным блаженством.

Анамнез заболевания

Через сутки было выяснено, со слов пациента, что в 19:00 уехал на вечеринку к друзьям, около 22:00 с целью получения наркотического эффекта принял около 20 таблеток Баклофена, украденных у родственников, которые принимают препарат по назначению врача. Через полтора часа в состоянии алкогольного и наркотического опьянения сел за руль транспортного средства, вследствие чего попал в ДТП. На этапе оказания скорой медицинской помощи, врачом бригады проведена оценка состояния пациента, промыт желудок. В промывных водах обнаружено незначительное количество лекарственной белой взвеси. Отмечен запах алкоголя. Проведены: катетеризация периферической вены и инфузия физиологического раствора Хлорида натрия 5 мл/кг/час. Результаты клинико-инструментального обследования в медицинской организации, в течение первых трех часов после поступления. В общем анализе крови, общем анализе мочи, биохимическом исследовании крови - изменений не отмечено. Нормотермия. ЭКГ: ритм синусовый, правильный. ЧСС 93 в 1 мин, нормограмма. *Заключение:* Синусовая тахикардия 93 в 1 мин. Химико-токсикологическое обследование крови, проведенное методом газожидкостной хроматографии (качественное обнаружение) дало заключение. *Заключение:* обнаружен этиловый спирт Высокоэффективная жидкостная хроматография. *Заключение*: уровень баклофена в плазме крови 5 мкг/мл.

Анамнез жизни

Анамнез жизни без особенностей. Клинических проявлений ИБС, нарушений проводимости (блокада ножек пучка Гиса) – нет. Аллергический анамнез не отягощен. Имеется не отягощенная болезнью наследственность.

Объективный статус

Общее состояние на момент поступления в медицинскую организацию средней степени тяжести. Уровень сознания – умеренное оглушение, большее время находится в состоянии сна. Контакт с больным сохранен, на вопросы отвечает с опозданием. Реакция на болевые раздражители сохранена, целенаправленна. Фотореакция содружественная, наблюдается горизонтальный нистагм. Мышечный тонус и периферические рефлексы снижены. Наблюдается тремор рук. ЧДД - 21в мин, пульсоксиметрия – 98%. Кожный покров умеренно влажный, слизистые оболочки влажные. Видимых травм после ДТП не обнаружено. Аускультативно дыхание везикулярное. Сердечные тоны

ритмичны, частота сердечных сокращений 93 в мин, АД 110/75 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Периферических отеков нет. В приемном отделении получено 350 мл мочи соломенно-желтого цвета.

Методом детоксикации, используемым с целью уменьшения резорбции невсосавшегося токсиканта при остром отравлении баклофеном, является

- гемодиализ
- кишечный лаваж
- гемосорбция
- промывание желудка и энтеросорбция

Методом количественного определения Баклофена в крови является
+_____+ хроматография

- газовая
- жидкостная высокоэффективная
- жидкостная с масс-спектрометрией
- тонкослойная

Учитывая длительность присутствия пиковых концентраций баклофена в плазме крови при принятой дозе – 200-250 мг, токсикогенная стадия острого отравления продолжается в течение +_____+ часов

- 8-10
- 35
- 4-6
- 12-14

Биологическим материалом организма человека, который используется для определения баклофена, является

- моча
- слюна
- кал
- спинномозговая жидкость

Временной период острого отравления баклофеном, при котором сохраняется нарушение сознания на уровне - умеренного оглушения, составляет +____+ часа/часов

- 15
- 48
- 5

- 72

Эйфория, тремор рук и нистагм позволяют установить +_____+ степень тяжести отравления баклофеном

- крайне тяжелую
- тяжелую
- легкую
- среднюю

При наличии неврологических симптомов/синдромов токсико-химическим анализом определения токсиканта, проводимым вне зависимости от степени тяжести отравления, является определение

- бутанола
- метанола
- этанола
- пропанола

Методом исследования определения этилового алкоголя в крови и моче является +_____+ хроматография

- газовая
- жидкостная
- тонкослойная
- газо-жидкостная

Снижение мышечного тонуса и периферических рефлексов при остром отравлении баклофеном легкой степени возникают в результате

- холиноблокирующего эффекта в нейронах
- снижения возбудимости афферентных чувствительных волокон
- снижения влияния глутамата и аспартата
- повышения возбудимости афферентных волокон

Причиной развития нистагма у пациентов с острым отравлением баклофеном является

- поражение ретикулярной формации моста
- нарушение подавления вестибулоокулярного рефлекса
- нарушение иннервации глазодвигательных мышц
- поражение окуломоторной области червя мозжечка

При снижении терапевтического уровня баклофена в крови

- наблюдается гепатопатия
- наблюдаются галлюцинации
- наблюдаются непродуктивные формы нарушения сознания
- наблюдается гипертензия

Причиной развития гемодинамических нарушений при остром отравлении баклофеном является

- наблюдается гепатопатия
- наблюдаются галлюцинации
- наблюдаются непродуктивные формы нарушения сознания
- наблюдается гипертензия

Условие ситуационной задачи

Ситуация
В приемное отделение медицинской организации, в 16:00 поступил молодой человек 23 лет. Со слов врача скорой медицинской помощи около 14:00, пациент с суицидальной целью выпил 50 таблеток баклофена (1 таблетка 10 мг = 500 мг). Рядом с пациентом находился пустой флакон. В 15:00 был обнаружен соседями по общежитию в состоянии психомоторного возбуждения, которые вызвали скорую помощь

Жалобы
Пациент предъявляет жалобы на периодически возникающие зрительные и слуховые галлюцинации

Анамнез заболевания
Пациент около 12:00 прибыл в общежитие после несданного экзамена. Таблетки баклофена украл с места работы в аптеке. Прием алкоголя отрицает. Со слов пациента видит пауков, говорящих на неизвестном языке. На этапе оказания скорой медицинской помощи, врачом бригады проведена оценка состояния пациента, промыт желудок. В промывных водах обнаружено незначительное количество лекарственной белой взвеси. Проведена катетеризация периферической вены; инфузия физиологического раствора хлорида натрия 5 мл/кг/час. Результаты клинико-инструментального обследования в медицинской организации, в течение первых трех часов после поступления. В общем анализе крови, общем анализе мочи, биохимическом исследовании крови изменений не отмечено. Нормотермия. ЭКГ: ритм синусовый, правильный. ЧСС 113 в 1 мин, электрическая ось сердца отклонена влево *Заключение:* Синусовая тахикардия до 113 в 1 мин. Химико-токсикологическое обследование проведенное методом высокоэффективной

жидкостной хроматографии дало заключение. *Заключение*: уровень баклофена в плазме крови 10 мкг/мл.

Анамнез жизни
Анамнез жизни без особенностей. Клинических проявлений ИБС, нарушений проводимости (блокада ножек пучка Гиса) нет. Аллергический анамнез не отягощен. Имеется не отягощенная болезнью наследственность.

Объективный статус
Общее состояние на момент поступления в медицинскую организацию средней степени тяжести. Пациент во времени и пространстве не ориентируется, возбужден, галлюцинирует, беспокоен. Контакт сохранен, команды выполняет, на вопросы отвечает с задержкой. Реакция на болевые раздражители сохранена, целенаправленна. Фотореакция содружественная, наблюдается горизонтальный нистагм. Мышечный тонус и периферические рефлексы снижены. ЧДД 23 в мин, пульсоксиметрия – 97%. Запах алкоголя отсутствовал. Кожный покров умеренно влажный, слизистые оболочки влажные. Аускультативно везикулярное дыхание. Сердечные тоны ритмичны, частота сердечных сокращений 113 в мин, АД 135/90 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Периферических отеков нет. В приемном отделении получено 300 мл мочи соломенно-желтого цвета.

Методом детоксикации, используемым с целью уменьшения резорбции невсосавшегося токсиканта при остром отравлении баклофеном, является

- гемосорбция
- гемодиализ
- промывание желудка и энтеросорбция
- кишечный лаваж

Методом количественного определения Баклофена в крови является
+_____+ хроматография

- газовая
- тонкослойная
- жидкостная с масс-спектрометрией
- жидкостная высокоэффективная

Учитывая длительность присутствия пиковых концентраций баклофена в плазме крови при принятой дозе – 500 мг, токсикогенная стадия острого отравления продолжается в течение +_____+ часов

- 4-6
- 8-10

- 12-14
- 35

Биологическим материалом организма человека, используемым для определения баклофена, является

- кал
- спинномозговая жидкость
- слюна
- моча

Временной период острого отравления баклофеном, при котором сохраняется галлюцинации и возбужденное состояние, составляет +___+ час/часа/часов

- 1
- 4
- 48
- 6

Исходя из клинических проявлений, таких как галлюцинации, психомоторное возбуждение, нистагм, тахикардия, гипотония, гипорефлексия, можно установить_____степень тяжести отравления баклофеном

- тяжелую
- легкую
- крайне тяжелую
- среднюю

При наличии неврологических симптомов/синдромов токсико-химический анализом определения токсиканта, который проводится вне зависимости от степени тяжести отравления, является определение

- пропанола
- этанола
- бутанола
- метанола

Методом исследования определения этилового алкоголя в крови и моче является +_____+ хроматография

- тонкослойная
- газо-жидкостная
- газовая

- жидкостная

Снижение мышечного тонуса и периферических рефлексов при остром отравлении баклофеном легкой степени возникают в результате

- повышения возбудимости афферентных волокон
- холиноблокирующего эффекта в нейронах
- снижения возбудимости афферентных чувствительных волокон
- снижения влияния глутамата и аспартата

Показателями, подлежащими контролю у пациентов с заболеваниями печени, принимающих препарат баклофен, являются

- свободный билирубин и амилаза
- альбумин и протромбин
- протромбиновый индекс и связанный билирубин
- трансаминазы и щелочная фосфатаза

При снижении терапевтического уровня баклофена в крови наблюдаются

- непродуктивные формы нарушения сознания и рвота
- галлюцинации и миоз
- гипертензия и атаксия
- гепатопатия и анизокория

Причинами гемодинамических нарушений при остром отравлении баклофеном являются

- непродуктивные формы нарушения сознания и рвота
- галлюцинации и миоз
- гипертензия и атаксия
- гепатопатия и анизокория

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В приемное отделение медицинской организации 08.10.2019 в 21:10 поступил мужчина 27 лет. Пациент, со слов врача скорой медицинской помощи, принял 20 таблеток препарата Баклосан с суицидальной целью (1 таблетка содержит 25 мг баклофена, общая принятая доза составляет 500 мг). Рядом с пострадавшим найдена полупустая полипропиленовая банка по 50 таблеток. В 19:45 обнаружен сестрой дома в бессознательном состоянии.

Жалобы

В связи с тем, что пациент находится в бессознательном состоянии, получить жалобы не представляется возможным.

Анамнез заболевания

По словам сестры, пациент длительное время (точно сказать не может, приблизительно около 2 месяцев) употребляет баклосан с целью получения наркотического эффекта. Последний месяц находился в состоянии депрессии и постоянного внутреннего напряжения. Лечение по поводу наркотической зависимости не получал. Долгое время пытался избавиться от зависимости самостоятельно, однако отмена препарата приводила к ухудшению состояния, агрессии, бессоннице, слуховым галлюцинациям и появлению чувства страха. В приемном отделении медицинской организации, врачом проведена оценка состояния пациента, промыт желудок с введением энтеросорбента (активированный уголь в дозе 1,0 г на кг массы тела). В промывных водах не обнаружено лекарственной взвеси. Запах алкоголя от пациента отсутствует. В отделении реанимации и интенсивной терапии проведена интубация, переведен на ИВЛ, произведена катетеризация периферической вены, начата инфузия 0,9% физиологического раствора хлорида натрия 5 мл/кг/час, назначен постоянный контроль за состоянием пациента, мониторинг пульса, гемодинамики, почасового диуреза. Результаты клинико-инструментального обследования в медицинской организации, в течение первых трех часов после поступления. В общем анализе крови, общем анализе мочи, биохимическом исследовании крови изменений не отмечено. Кислотно-основное состояние артериальной крови: pH – 7,28 (N=7,35-7,45), pCO~2~– 40 мм.рт.ст (N=35-45 мм рт. ст.), pO~2~– 55 мм рт. ст. (N=83-108 мм рт. ст.), HCO~3~– 23 моль/л (N=21-28 ммоль/л), BE – (-)13 моль/л (N=(-2) - ({plus}3). ЭКГ: синусовая брадикардия, правильный ритм. ЧСС 42 уд. в мин, электрическая ось сердца отклонена влево. Химико-токсикологическое обследование, проведенное методом высокоэффективной жидкостной хроматографии, плазмы крови, дало заключение: обнаружен баклофен. Уровень 6,75 мкг/мл.

Анамнез жизни

Анамнез жизни без особенностей. Аллергический анамнез не отягощен. Имеется неотягощенная болезнью наследственность.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Обусловлено: течением токсикогенной стадии острого отравления баклосаном с развитием артериальной гипотензии, брадикардии, токсической комы, острой дыхательной недостаточности. Сознание – кома I. ЧСС – 42 уд. в мин, АД – 90/60 мм.рт.ст, ЧДД 10/мин, пульсоксиметрия 76%. Температура тела 36,5℃. Фотореакция содружественная, OD=OS, умеренный

мидриаз. Менингиальные знаки отрицательны. Кожный покров бледный, влажный, отмечается акроцианоз. Аускультативно в нижних отделах легких отмечается мелкопузырчатые хрипы. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Периферических отеков нет. Мышечный тонус и периферические рефлексы снижены. В приемном отделении получено 200 мл мочи.

Методом детоксикации, используемым с целью уменьшения резорбции невсосавшегося токсиканта, при остром отравлении баклофеном, является

- гемодиализ
- гемосорбция
- кишечный лаваж
- промывание желудка и энтеросорбция

Метод количественного определения Баклофена в крови является
+_____+ хроматография

- тонкослойная
- жидкостная с масс-спектрометрией
- газовая
- жидкостная высокоэффективная

Учитывая длительность присутствия пиковых концентраций баклофена в плазме крови при принятой дозе – 200-250 мг, токсикогенная стадия острого отравления продолжается в течение +___+ часов

- 12-14
- 4-6
- 8-10
- 35

Учитывая тяжелое состояние пациента, обусловленное артериальной гипотензией и брадикардией, Вам необходимо назначить +___+ мкг/кг/мин допамина

- 25
- 10
- 30
- 20

Методом диагностики, используемым для верификации диагноза Отёк лёгких, является

- рентгенография легких
- компьютерная томография
- ультразвуковое исследование органов грудной клетки
- определение уровня центрального венозного давления

Принятая доза 500 мг и уровень баклофена 6,75 мкг/л в плазме крови считаются

- летальными
- токсичными
- смертельными
- терапевтическими

При наличии неврологических симптомов/синдромов токсико-химический анализом определения токсиканта, который проводится вне зависимости от степени тяжести отравления, является определение

- этанола
- пропанола
- метанола
- бутанола

Методом исследования определения этилового алкоголя в крови и моче является +_____+ хроматография

- газо-жидкостная
- тонкослойная
- газовая
- жидкостная

Осложнением, возникающим в токсигенную стадию при остром отравлении баклофеном, является +_____+ синдром

- резиноидный
- судорожный
- гиромитриновый
- психомиметический

При возникновении судорожного синдрома на фоне острого отравления Баклофеном рекомендовано назначить

- гемосорбцию
- фармакологическую стимуляцию кишечника
- энтеросорбцию

- диазепам

Клиническим проявлением комы II является

- отсутствие защитных движений на боль
- сохранение защитных движений на боль и оглушение
- сохранение ориентировки во времени, пространстве
- сохранение ориентировки в личности и лицах

Галлюцинации, возбуждение, тахикардия характерны для _____ степени тяжести отравления баклофеном

- отсутствие защитных движений на боль
- сохранение защитных движений на боль и оглушение
- сохранение ориентировки во времени, пространстве
- сохранение ориентировки в личности и лицах

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В приемное отделение медицинской организации, в 07:00 поступил мужчина 52 лет. Со слов врача скорой медицинской помощи пациент с суицидальной целью около 00:00 выпил Депакин хроно 300 мг (вальпроевая кислота). Рядом с пострадавшим находилась пустая, маленькая ячейковая упаковка по 30 таблеток. В 6:40 пострадавший вызвал скорую медицинскую помощь.

Жалобы

Пациент жалуется на сонливость, тошноту и рвоту.

Анамнез заболевания

Пациент после 00:00 остался один дома. Накануне, был психоэмоциональный стресс. Препарат по назначению врача принимала жена. На этапе оказания скорой медицинской помощи, врачом бригады проведена оценка состояния пациента, промыт желудок. В промывных водах обнаружено незначительное количество лекарственной белой взвеси. Проведена катетеризация периферической вены; инфузия физиологического раствора хлорида натрия 5 мл/кг/час. Результаты клинико-инструментального обследования в медицинской организации, в течение первых трех часов после поступления. В общем анализе крови, общем анализе мочи, биохимическом исследовании крови изменений не отмечено. Уровень кальция 1,9 ммоль/л, натрия 150 ммоль/л, аммиака 51 мкмоль/л Нормотермия. ЭКГ: ритм синусовый, правильный. ЧСС 85 в 1 мин, электрическая ось сердца отклонена влево.

Заключение: Синусовая тахикардия до 85 в 1 мин. Химико-токсикологическое обследование, проведенное методом тонкослойной хроматографии (качественное обнаружение), дало заключение. *Заключение*: обнаружена вальпроевая кислота. Высокоэффективная жидкостная хроматография. *Заключение*: уровень вальпроевой кислоты в плазме крови 450 мкг/мл.

Анамнез жизни
Анамнез жизни без особенностей. Имеется не отягощенная болезнью наследственность.

Объективный статус
Общее состояние, на момент поступления в медицинскую организацию, легкое. Уровень сознания – оглушение. Мышечный тонус и периферические рефлексы снижены. ЧДД 18 в мин, пульсоксиметрия – 98%. Кожный покров умеренно влажные, слизистые оболочки бледно-розовые, чистые. Аускультативно везикулярное дыхание. Сердечные тоны ритмичны, частота сердечных сокращений 85 в мин, АД 119/82 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Периферических отеков нет. В приемном отделении получено 350 мл мочи.

Методом детоксикации, используемым с целью уменьшения резорбции невсосавшегося токсиканта, при остром отравлении вальпроевой кислотой является

- перитониальный диализ
- энтеросорбция
- промывание желудка
- гемосорбция

Методом, подтверждающим диагноз Отравление вальпроевой кислотой, является +_____+ хроматография

- тонкослойная
- газовая
- газожидкостная с масс-спектрометрия
- жидкостная

Учитывая длительность присутствия пиковых концентраций вальпроевой кислоты в плазме крови и ее период полувыведения, длительность токсикогенной стадии будет составлять +___+ часов

- 10
- 12
- 8

- 6

Механизм действия вальпроевой кислоты связан с

- угнетением холинергической системы
- угнетением ГАМК-ергической системы
- активацией холинергической системы
- активацией ГАМК-ергической системы

Оглушение при отравлении препаратами вальпроевой кислоты (Депакин хроно) может сохраняться до +___+ часов

- 24
- 48
- 2
- 4

Уровень вальпроевой кислоты - 450 мкг/мл в плазме крови предполагает развитие +_____+ степени тяжести отравления

- легкой
- тяжелой
- средней
- крайне тяжелой

При наличии неврологических симптомов/синдромов токсико-химический анализом определения токсиканта, который проводится вне зависимости от степени тяжести отравления, является определение

- этанола
- бутанола
- метанола
- пропанола

Методом исследования определения этилового алкоголя в крови и моче является +_____+ хроматография

- жидкостная
- тонкослойная
- газовая
- газо-жидкостная

Клиническими проявлениями нейротоксичности при остром отравлении вальпроевой кислотой являются

- симптомы угнетения функции центральной нервной системы
- эйфория и сновидения
- гипотензия и брадикардия
- боли в суставах и диарея

При остром отравлении вальпроевой кислотой легкой степени тяжести для удаления из организма невсосавшегося токсиканта рекомендовано использовать

- промывание желудка
- фармакологическую стимуляцию кишечника
- кишечный лаваж
- гастроэнтеросорбцию

Ведущим клиническим проявлением, которое отличает оглушение от комы I, является

- повышение порога восприятия внешних раздражителей
- отсутствие ориентировки в пространстве
- отсутствие ориентировки во времени
- отсутствие защитных движений на боль

При остром отравлении вальпроевой кислотой препараты группы бензодиазепинового ряда назначаются, начиная с +_____+ стадии отравления

- повышение порога восприятия внешних раздражителей
- отсутствие ориентировки в пространстве
- отсутствие ориентировки во времени
- отсутствие защитных движений на боль

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В приемное отделение медицинской организации в 19:00 поступил мужчина 30 лет. Со слов врача скорой медицинской помощи, пациент находился последние двое суток дома без окружающих. Со слов жены, пациенту месяц назад был установлен диагноз «Тревожное расстройство неуточненное» (F41.9), по поводу чего он принимал фенибут по 250 мг 3 раза в день. По приходу домой около 18:30 она обнаружила мужа в состоянии сна. Разбудить не смогла. В 4 ячейковых контурных упаковках обнаружила отсутствие 40 таблеток (1 таблетка 250 мг). Вызвала скорую медицинскую помощь.

Жалобы
не предъявляет из-за нарушенного уровня сознания.

Анамнез заболевания
В течение последних 3 недель у пациента наблюдались тревожные расстройства. На этапе оказания скорой медицинской помощи врачом бригады проведена оценка состояния пациента. Учитывая нарушение сознания – сопор, после оценки гемодинамических показателей (АД – 130/60 мм рт. ст., ЧСС – 108 в минуту) промыт желудок 10 литрами воды. В промывных водах лекарственная белая взвесь отсутствует. Уровень глюкозы – 4,0 ммоль/л. На этапе скорой медицинской помощи после венопункции проведена инфузия 400 мл физиологического раствора натрия хлорида. *Результаты клинико-инструментального обследования в медицинской организации в течение первых трех часов после поступления:* в общем анализе крови, общем анализе мочи, биохимическом исследовании крови изменений не отмечено, кроме повышения гематокрита до 0,48% и гемоглобина до 169 г/л. ЭКГ: ритм синусовый, правильный. ЧСС – 102 в 1 минуту. Химико-токсикологическое обследование, проведенное методом тонкослойной хроматографии (качественное обнаружение), дало *заключение*: обнаружен фенибут. Этанол не обнаружен.

Анамнез жизни
* Анамнез жизни: без особенностей. * Аллергический анамнез не отягощен. * Имеется не отягощенная болезнью наследственность.

Объективный статус
Общее состояние на момент поступления в медицинскую организацию – тяжелое. Уровень сознания – сопор. Фотореакция содружественная, на световой раздражитель незначительно снижена, D = S, миоз. Мышечный тонус и периферические рефлексы умеренно снижены. Переведен в палату реанимации. Кожный покров умеренно сухой, слизистые оболочки сухие, выраженный акроцианоз. Аускультативно: дыхание жесткое. Сердечные тоны ритмичны, частота сердечных сокращений 104 в минуту, АД – 120/70 мм рт. ст. Живот при пальпации – мягкий. Периферических отеков нет. В приемном отделении получено 100 мл пузырной мочи.

Учитывая представленные в анамнезе данные и клинические проявления заболевания, рекомендуемым методом детоксикации с целью удаления всосавшегося токсиканта, является

- введение энтеросорбента
- кишечный лаваж
- форсированный диурез

- гемодиализ

Терапевтические дозы фенибута оказывают фармакологическое
+_____+ действие

- ганглиоблокирующее
- холинолитическое
- транквилизирующее
- адренолитическое

Максимальной суточной терапевтической дозой препарата «Фенибут» является доза (в мг)

- 4000
- 3000
- 1500
- 5000

Токсикогенная стадия острого отравления препаратом «Фенибут» продолжается в течение (в часах)

- 6
- 30
- 40
- 20

Судорожный порог при отравлении фенибутом

- повышается
- снижается
- вариабелен
- не изменяется

После приема препарат «Фенибут» обнаруживается в моче через (в часах)

- 5
- 3
- 6
- 4

Токсическая доза препарата «Фенибут», вызывающая гепатотоксический эффект, составляет (в мг)

- 7000
- 3000

- 4000
- 5000

Токсико-химическим методом диагностики, выполняемым вне зависимости от степени тяжести острого отравления при наличии у пациента неврологических симптомов/синдромов, является

- хроматоскопический метод
- иммунохроматографический метод
- тонкослойная хроматография
- хромато-масс-спектрометрия

Для метаболического ацидоза характерно изменение показателей кислотно-щелочного состояния, а именно

- снижение paCO~2~ и увеличение SB
- снижение paCO~2~ и увеличение AB
- снижение paCO~2~, AB, SB, дефицита или избытка оснований (BE), pH
- увеличение paCO~2~, AB, SB, дефицита или избытка оснований (BE), pH

Нормой является показатель уровня аниона – Cl^- в крови (в ммоль/л)

- 130-140
- 60-80
- 99-106
- 170-180

Основным методом детоксикации, позволяющим удалить всосавшийся фенибут, является

- гастроэнтеросорбция
- фармакологическая стимуляция кишечника
- кишечный лаваж
- форсированный диурез с ощелачиванием

Инфузионным раствором, используемым с целью уменьшения активной фракции барбитуратов в плазме крови, является

- гастроэнтеросорбция
- фармакологическая стимуляция кишечника
- кишечный лаваж
- форсированный диурез с ощелачиванием

Условие ситуационной задачи

Ситуация
В приемное отделение медицинской организации в 23:00 поступил мужчина 25 лет. Со слов врача скорой медицинской помощи, пациент находился в общественном месте (парке), сидел на лавочке и размахивал руками. Окружающие заметили, что он разговаривает сам с собой и вызвали скорую медицинскую помощь.

Жалобы
не предъявляет из-за нарушенного сознания.

Анамнез заболевания
Анамнез заболевания не известен. От пациента посторонние запахи не определяются. При осмотре имеются признаки слуховых и зрительных галлюцинаций (динамичные галлюцинации и симптом «мнимой сигареты»), D = S, мидриаз. АД – 140/60 мм рт. ст., ЧСС – 120 в минуту, ЧДД – 24 в минуту, уровень глюкозы – 4,1 ммоль/л. На этапе скорой медицинской помощи пациент фиксирован ручными вязками. Введен реланиум 2 мл внутримышечно, 10 мг. Промыт желудок 10 литрами воды. Промывные воды содержат незначительное количество пищевых масс. *Результаты клинико-инструментального обследования в медицинской организации в течение первых трех часов после поступления:* в общем анализе крови, общем анализе мочи, биохимическом исследовании крови изменений не отмечено. Обращает внимание повышение калия (К^+^) до 7,2 ммоль/л. Температура тела в норме. АД – 130/60 мм рт. ст., ЧСС – 110 в минуту, ЧДД – 24 в минуту. ЭКГ: ритм синусовый, правильный. ЧСС – 110 в 1 минуту. Химико-токсикологическое обследование, проведенное методом тонкослойной хроматографии (качественное обнаружение), дало *заключение:* обнаружен циклодол. Этанол не обнаружен. Высокоэффективная жидкостная хроматография. *Заключение:* уровень циклодола в плазме крови – 0,5 мг/л.

Анамнез жизни
* Анамнез жизни: неизвестен. * Аллергический анамнез неизвестен. * Имеется ли отягощенная болезнью наследственность – неизвестно.

Объективный статус
Общее состояние на момент поступления в медицинскую организацию – тяжелое, обусловлено течением токсикогенной стадии отравления центральным холиноблокатором с развитием слуховых и зрительных галлюцинаций (делирия). Продуктивные нарушения сознания проявляются делирием, протекающим со слуховыми и зрительными галлюцинациями, умеренным психомоторным возбуждением. Оценка неврологического статуса проведена после введения 10 мг реланиума. Фотореакция содружественная, на

световой раздражитель снижена, D = S, выраженный мидриаз. Мышечный тонус и периферические рефлексы повышены. Кожный покров и слизистые сухие. Аускультативно – дыхание везикулярное. Сердечные тоны ритмичны, частота сердечных сокращений 110 в минуту, АД – 130/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий. Периферических отеков нет. В приемном отделении получено 200 мл пузырной мочи.

Методом детоксикации, рекомендованным для удаления всосавшегося токсиканта – циклодола, является

- форсированный диурез
- кишечный лаваж
- введение энтеросорбента
- гемодиализ

Скрининговым хроматографическим методом, используемым с целью подтверждения диагноза «Отравление циклодолом», является

- газовый с масс-спектрометрией
- тонкослойный
- газовый
- жидкостный

Длительность периода полувыведения циклодола составляет (в часах)

- 5-10
- 13-14
- 2-4
- 11-12

Максимальный нормальный уровень калия в крови составляет (в ммоль/л)

- 7,0
- 5,0
- 7,4
- 7,2

Симптомом эйфорической стадии отравления циклодолом является

- эмоциональный подъем
- эмоциональный спад
- эмоциональное напряжение
- чувство тревоги

Длительность галлюцинаторной фазы при остром отравлении циклодолом составляет (в часах)

- 15-20
- 0,1-0,5
- 2-3
- 0,5-1,0

Наличие делирия в клинике отравления циклодолом свидетельствует о +_____+ степени отравления

- средней
- крайне тяжелой
- тяжелой
- легкой

Токсико-химическим анализом, выполняемым вне зависимости от степени тяжести, для проведения дифференциальной диагностики при наличии неврологических симптомов/синдромов у пациентов с приемом нескольких препаратов психотропного действия является

- хромато-масс-спектрометрия
- хроматографический анализ
- иммунохроматографический анализ
- тонкослойная хроматография

Развитие клинических проявлений острого отравления циклодолом связано с его проникновением через +_____+ барьер

- мембранный
- гематоэнцефалический
- эндотелиальный
- плацентарный

Циклодол оказывает центральное и периферическое +_____+ действие

- холиномиметическое
- холинолитическое
- ГАМК-ергическое
- дофаминергическое

Симптоматическим антидотом при остром отравлении циклодолом с развитием делирия является

- адреналин
- метоклопрамид
- галантамин
- хлорпромазин

Симптоматическая антагонизация физостигмина при остром отравлении циклодолом заключается в появлении ряда таких клинических проявлений после его использования, как сужение зрачка и

- адреналин
- метоклопрамид
- галантамин
- хлорпромазин

Условие ситуационной задачи

Ситуация
В приемное отделение медицинской организации в 10:00 поступил мужчина 30 лет. Со слов врача скорой медицинской помощи, пациент с суицидальной целью около 17:00 выпил 60 таблеток карбамазепина (1 таблетка 400 мг = 20 грамм) и принял 100 мл этилового алкоголя (водку). Рядом с пострадавшим находились две маленьких ячейковых упаковки по 30 таблеток. В 07:30 был обнаружен родственниками дома в бессознательном состоянии, которые и вызвали скорую медицинскую помощь.

Жалобы
не предъявляет вследствие нарушения сознания – токсическая кома.

Анамнез заболевания
Пациент после 16:00 остался один дома. Накануне был неприятный разговор с другом. Таблетки карбамазепина по назначению врача принимает мать. На этапе оказания скорой медицинской помощи врачом бригады проведена оценка состояния пациента, промыт желудок после предварительной интубации, учитывая уровень нарушения сознания – кома II и клинические проявления острой дыхательной недостаточности (ЧДД 6 в 1 минуту, сатурация 90%). От пациента – запах алкоголя. В промывных водах обнаружено незначительное количество лекарственной белой взвеси. Проведена катетеризация периферической вены, инфузия физиологического раствора хлорида натрия 10 мл/кг/час и допамина 5 мкг/кг/мин. Проводится аппаратная ИВЛ. *Результаты клинико-инструментального обследования в медицинской организации в течение первых трех часов после поступления:* В общем анализе крови, общем анализе мочи, биохимическом исследовании крови изменений

не отмечено. Уровень калия – 4,6 ммоль/л. Нормотермия. АД – 80/40 мм рт. ст. ЭКГ: ритм синусовый, правильный. ЧСС 56 уд/минуту, электрическая ось сердца отклонена влево. Имеется расширение интервала QRS до 140 мс, интервал QT более 450 мс. *Заключение:* ритм синусовый до 56 уд/минуту. Нарушение внутрижелудочковой проводимости – QRS до 140 мс. Химико-токсикологическое обследование, проведенное методом тонкослойной хроматографии (качественное обнаружение) дало *заключение:* обнаружен карбамазепин. Высокоэффективная жидкостная хроматография. *Заключение:* уровень карбамазепина в плазме крови 32 мкг/мл, уровень этанола 1,9%, другие токсичные спирты не обнаружены.

Анамнез жизни

* Анамнез жизни без особенностей. * Аллергический анамнез не отягощен. * Имеется не отягощенная болезнью наследственность.

Объективный статус

Общее состояние на момент поступления в медицинскую организацию – тяжелое. Уровень сознания – кома II. Фотореакция содружественная, снижена D = S, мидриаз. Мышечный тонус и периферические рефлексы повышены, серия клонико-тонических судорог (купированные в/в введением диазепама (сибазон) 0,5% – 4 мл). На момент поступления в медицинскую организацию – на аппаратном дыхании с дыхательным объемом 500 мл, ЧД 20 в минуту, FiO2 – 90%, пульсоксиметрия – 90%. От пациента – запах алкоголя. Кожный покров умеренно сухой, слизистые оболочки сухие. Выраженный акроцианоз. Аускультативно: дыхание с множеством проводных трахеальных хрипов. Сердечные тоны ритмичны, частота сердечных сокращений 56 уд/минуту, АД – 80/40 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Периферических отеков нет. В приемном отделении получено 30 мл пузырной мочи.

Рекомендуемым методом детоксикации с целью уменьшения резорбции невсосавшегося токсиканта является

- кишечный лаваж
- энтеросорбция
- форсированный диурез
- промывание желудка

Скрининговым методом, рекомендуемым для подтверждения диагноза «Отравление карбамазепином», является

- тонкослойная хроматография
- высокоэффективная хроматография

- газовая спектрометрия
- жидкостная спектрометрия

Токсикогенная стадия острого отравления карбамазепином при приеме 20 граммов препарата продолжается в течение (в часах)

- 55
- 12
- 10
- 14

Судорожный порог при отравлении карбамазепином

- вариабелен
- снижается
- не изменяется
- повышается

Кома II при остром отравлении карбамазепином может сохраняться в течение (в часах)

- 22
- 10
- 48
- 14

Уровень карбамазепина в плазме крови 32 мкг/мл вызывает +_____+ степень тяжести отравления

- среднюю
- легкую
- крайне тяжелую
- тяжелую

Веществом, которое обязательно определяют с целью дифференциальной диагностики отравления при наличии неврологических симптомов/синдромов, является

- пропанол
- бутанол
- этанол
- метанол

Введение диазепама (сибазона) в дозе 0,5% – 2 мл оказывает фармакологический эффект

- уменьшения чувства страха
- уменьшения тревоги
- противосудорожный
- снижения эмоционального напряжения

Проявлением кардиотоксичности при остром отравлении карбамазепином является расширение на электрокардиограмме комплекса

- PQ
- QRS
- QR
- RS

Для удаления из организма всосавшегося карбамазепина используют

- гастроэнтеросорбцию
- кишечный лаваж
- экстракорпоральную детоксикацию
- промывание желудка

Патогенез шока при отравлении психофармакологическими препаратами носит характер

- аритмогенный, анафилактический
- кардиогенный, септический
- гиповолемический, кардиогенный
- гиповолемический, инфузионный

Степенью тяжести острого отравления карбамазепином, при которой необходимо назначить мембранопротекторы, является

- аритмогенный, анафилактический
- кардиогенный, септический
- гиповолемический, кардиогенный
- гиповолемический, инфузионный

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В приемное отделение медицинской организации в 20:00 поступил мужчина 35

лет. Со слов врача скорой медицинской помощи, пациент находился последние двое суток дома без присмотра окружающих. Со слов жены, около 18:30 она пришла домой и обнаружила мужа в бессознательном состоянии с «хриплым» дыханием. Вызвала скорую медицинскую помощь.

Жалобы
не предъявляет из-за нарушенного уровня сознания.

Анамнез заболевания
В течение последних 3 недель у пациента наблюдались выраженные нарушения памяти. На этапе оказания скорой медицинской помощи врачом бригады проведена оценка состояния пациента. Учитывая нарушение сознания – глубокая кома и хриплое дыхание, после интубации трахеи промыт желудок 10 литрами воды. В промывных водах лекарственная белая взвесь отсутствует. От пациента посторонние запахи не определяются. Пациент на ИВЛ через интубационную трубку. АД – 90/60 мм рт. ст., ЧСС – 108 в минуту, уровень глюкозы – 4,0 ммоль/л, выраженный акроцианоз. На этапе скорой медицинской помощи проведена инфузия 400 мл физиологического раствора натрия хлорида, вводился Допмин в дозе с достижением β-адренергического эффекта. Результаты клинико-инструментального обследования в медицинской организации в течение первых трех часов после поступления: в общем анализе крови, общем анализе мочи, биохимическом исследовании крови изменений не отмечено, кроме повышения гематокрита до 0,48% и гемоглобина до 177 г/л, гипопротеинемии до 36,6 г/л. Гипотермия. АД – 90/60 мм рт. ст. ЭКГ: ритм синусовый, правильный. ЧСС – 130 в 1 минуту. Химико-токсикологическое обследование, проведенное методом тонкослойной хроматографии (качественное обнаружение), дало заключение: обнаружен фенобарбитал. Этанол не обнаружен. Высокоэффективная жидкостная хроматография. *Заключение:* уровень фенобарбитала в плазме крови 130 мкг/мл.

Анамнез жизни
* Анамнез жизни: без особенностей. * Аллергический анамнез не отягощен. * Имеется не отягощенная болезнью наследственность

Объективный статус
Общее состояние на момент поступления в медицинскую организацию – крайне тяжелое. Уровень сознания – глубокая кома. Фотореакция содружественная, на световой раздражитель снижена, D = S, миоз. Мышечный тонус и периферические рефлексы – атония, арифлексия. На момент поступления в медицинскую организацию – на ИВЛ через интубационную трубку, FiO~2~ – 80%, пульсоксиметрия – 84%. Переведен в палату реанимации. Кожный покров умеренно сухой, слизистые оболочки сухие, выраженный акроцианоз. Аускультативно: дыхание с трахеальными хрипами. Сердечные тоны ритмичны,

частота сердечных сокращений 104 в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий. Периферических отеков нет. В приемном отделении получено 60 мл пузырной мочи. КЩС – парциальное давление углекислого газа (paCO~2~) – 28,2 mmHg, уровень AB – 19 ммоль/л, уровень SB – 20 ммоль/л, дефицит или избытка оснований (BE) – -12,0 mmol/L, pH – 7,03. Хлор (Cl^-^) – 90 ммоль/л, калий (K^+^) – 2,7 ммоль/л.

Учитывая представленные в анамнезе данные и клинические проявления заболевания, рекомендуемым методом детоксикации с целью удаления всосавшегося токсиканта, является

- введение энтеросорбента
- кишечный лаваж
- форсированный диурез
- гемодиализ

Скрининговым хроматографическим методом, используемым с целью подтверждения диагноза «Отравление фенобарбиталом», является

- тонкослойный
- жидкостный
- газовый
- газовый с масс-спектрометрией

Уровень фенобарбитала в крови, приводящий к нарушению сознания до комы, составляет (в мкг/мл)

- 30
- 100
- 20
- 10

Учитывая длительность присутствия пиковых концентраций фенобарбитала в плазме крови и его период полувыведения, токсикогенная стадия острого отравления фенобарбиталом продолжается в течение (в часах)

- 30
- 140
- 20
- 40

Судорожный порог при отравлении фенобарбиталом

- не изменяется

- снижается
- вариабелен
- повышается

Глубокую кому при отравлении фенобарбиталом наблюдают в течение (в часах)

- 40
- 10
- 60
- 140

Уровень фенобарбитала – 130 мкг/мл в плазме крови вызывает
+ + степень тяжести отравления

- легкую
- тяжелую
- крайне тяжелую
- среднюю

Токсико-химическим анализом, выполняемым вне зависимости от степени тяжести отравления, для проведения дифференциальной диагностики при наличии неврологических симптомов/синдромов является

- иммунохроматографический метод
- тонкослойная хроматография
- хроматоскопический метод
- хромато-масс-спектрометрия

Для метаболического ацидоза характерно изменение показателей кислотно-щелочного состояния, а именно

- снижение paCO~2~, AB, SB, дефицита или избытка оснований (BE), pH
- увеличение paCO~2~, AB, SB, дефицита или избытка оснований (BE), pH
- снижение paCO~2~ и увеличение AB
- снижение paCO~2~ и увеличение SB

Нормой является показатель уровня аниона – Cl^- в крови (в ммоль/л)

- 60-80
- 170-180
- 130-140
- 97-107

Основным методом детоксикации, позволяющим удалить всосавшийся фенобарбитал, является

- гастроэнтеросорбция
- форсированный диурез с ощелачиванием
- фармакологическая стимуляция кишечника
- кишечный лаваж

Инфузионным раствором, используемым с целью уменьшения активной фракции барбитуратов в плазме крови, является

- гастроэнтеросорбция
- форсированный диурез с ощелачиванием
- фармакологическая стимуляция кишечника
- кишечный лаваж

Условие ситуационной задачи

Ситуация
В приемное отделение медицинской организации в 20:00 поступил парень 19 лет. Со слов врача скорой медицинской помощи, пациент находился дома один в течение более 8 часов. По приходу родителей домой в 18:30 они заметили, что их сын находится в эмоционально приподнятом настроении, причины которого он пояснять отказывается.

Жалобы
не предъявляет

Анамнез заболевания
Анамнез заболевания: с целью улучшить настроение принял 2 таблетки (4 мг) циклодола из домашней аптечки. Таблетки ранее принимала бабушка. От пациента посторонние запахи не определяются. При осмотре имеются признаки эмоционального подъема, чувства легкости, D = S, умеренный мидриаз. АД – 130/60 мм рт. ст., ЧСС – 96 в минуту, ЧДД – 22 в минуту, уровень глюкозы – 4,1 ммоль/л. На этапе скорой медицинской помощи пациенту проведено промывание желудка 10 литрами воды. Промывные воды содержат незначительное количество пищевых масс. Результаты клинико-инструментального обследования в медицинской организации в течение первых трех часов после поступления: в общем анализе крови, общем анализе мочи, биохимическом исследовании крови изменений не отмечено. Температура тела в норме. АД – 125/60 мм рт. ст., ЧСС – 90-92 в минуту, ЧДД – 20 в минуту. ЭКГ: ритм синусовый, правильный. ЧСС 90 в 1 минуту. Химико-

токсикологическое обследование, проведенное методом тонкослойной хроматографии (качественное обнаружение), дало заключение: обнаружен циклодол. Этанол не обнаружен. Высокоэффективная жидкостная хроматография. *Заключение:* уровень циклодола в плазме крови 0,5 мг/л.

Анамнез жизни
* Анамнез жизни: без особенностей. * Аллергический анамнез не отягощен. * Имеется не отягощенная болезнью наследственность.

Объективный статус
Общее состояние на момент поступления в медицинскую организацию – легкой степени, обусловлено течением токсикогенной стадии отравления центральным холиноблокатором с развитием эйфории – эйфорической фазы отравления. Продуктивному контакту доступен. Эйфорическая фаза отравления проявляется эмоциональным подъемом, чувством легкости. Фотореакция содружественная, на световой раздражитель умеренно снижена, D = S, умеренный мидриаз. Мышечный тонус и периферические рефлексы не изменены. Кожный покров и слизистые умеренно сухие. Аускультативно: дыхание везикулярное. Сердечные тоны ритмичны, частота сердечных сокращений 90 в минуту, АД – 130/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий. Периферических отеков нет. В приемном отделении получено 200 мл пузырной мочи.

Учитывая представленные в анамнезе данные, методом детоксикации с целью удаления всосавшегося токсиканта, является

- введение энтеросорбента
- кишечный лаваж
- форсированный диурез
- гемодиализ

Скрининговым хроматографическим методом, используемым с целью подтверждения диагноза «Отравление циклодолом», является

- газовый
- тонкослойный
- жидкостный
- газовый с масс-спектрометрией

Длительность периода полувыведения циклодола составляет(в часах)

- 13-14
- 11-12
- 2-4
- 5-10

Учитывая длительность присутствия пиковых концентраций циклодола в плазме крови и его период полувыведения, токсикогенная стадия острого отравления продолжается в течение (в часах)

- 4
- 10
- 3
- 2

Симптомом эйфорической стадии отравления циклодолом является

- чувство тревоги
- эмоциональный спад
- эмоциональное напряжение
- эмоциональный подъем

Нарушение сознания на уровне – делирия при остром отравлении циклодолом может сохраняться в течение (в часах)

- 4
- 2
- 10
- 6

Нарастание психомоторного возбуждения со спутанностью сознания свидетельствует о формировании отравления циклодолом +_____+ степени

- средней
- легкой
- тяжелой
- крайне тяжелой

Токсико-химическим анализом, выполняемым вне зависимости от степени тяжести, для проведения дифференциальной диагностики при наличии неврологических симптомов/синдромов у пациентов с приемом нескольких препаратов психотропного действия является

- тонкослойная хроматография
- хроматографический анализ
- хромато-масс-спектрометрия
- иммунохроматографический анализ

Развитие клинических проявлений острого отравления циклодолом связано с его проникновением через +_____+ барьер

- метахондриальный
- мембранный
- эндотелиальный
- гематоэнцефалический

Циклодол оказывает центральное и периферическое +_____+ действие

- холинолитическое
- холиномиметическое
- дофаминергическое
- ГАМК-ергическое

Симптоматическим антидотом при остром отравлении циклодолом с развитием делирия является

- метоклопрамид
- галантамин
- адреналин
- хлорпромазин

Симптоматическая антагонизация физостигмина при остром отравлении циклодолом заключается в появлении ряда таких клинических проявлений после его использования, как сужение зрачка и

- метоклопрамид
- галантамин
- адреналин
- хлорпромазин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В приемное отделение медицинской организации в 21:15 поступил мужчина 25 лет в сопровождении матери и сотрудников полиции. Со слов пациента, с целью «хорошо» провести вечер на дискотеке около 19:00 выпил 2 таблетки Циклодола (Тригексифенидил) (1 таблетка 2 мг = 4 мг). При себе пострадавший имел полупустую, ячейковую упаковку по 25 таблеток и алюминиевую банку с энергетическим безалкогольным напитком. В 20:00 был обнаружен

сотрудниками правоохранительных органов на детской площадке у своего дома в состоянии «легкого» опьянения и эйфории, была вызвана скорая медицинская помощь, которая доставила пострадавшего в приемное отделение медицинской организации.

Жалобы

Так как пациент «эйфоризирован», получить сведения о его реальных жалобах не представляется возможным. Тем не менее пациент отмечает повышенное настроение, характеризующееся «благодушием», безмятежным блаженством.

Анамнез заболевания

Впервые начал употреблять психоактивные вещества 3 месяца назад (с разной периодичностью, о чем сознался родителям, что эпизодически употребляет циклодол и другие вещества). Как выяснилось позже, пациент после 19:00 у себя дома вместе с приятелем выпили по 2 таблетки Циклодола, не получив ожидаемого эффекта «кайфа» выпили по 1 литру энергетического напитка. Таблетки циклодола по назначению врача принимают родственники приятеля. В 20:00 был обнаружен сотрудниками полиции дезориентированным и в состоянии эйфории. Где находится друг, неизвестно. В приемном отделении медицинской организации врачом проведена оценка состояния пациента, промыт желудок. В промывных водах не обнаружено лекарственной взвеси, имеется запах энергетического напитка. Запах алкоголя от пациента отсутствует. Проведена катетеризация периферической вены, начата инфузия физиологического раствора хлорида натрия 5 мл/кг/час, назначен постоянный контроль персонала за состоянием пациента по причине нахождения его в эйфоризированном состоянии. Результаты клинико-инструментального обследования в медицинской организации в течение первых трех часов после поступления: в общем анализе крови, общем анализе мочи, биохимическом исследовании крови изменений не отмечено. Нормотермия. ЭКГ: ритм синусовый, правильный. ЧСС – 110 в 1 минуту. *Заключение:* синусовая тахикардия до 110 в 1 минуту. Химико-токсикологическое обследование, проведенное методом высокоэффективной жидкостной хроматографии. *Заключение:* уровень циклодола в плазме крови – 6 мкг/мл.

Анамнез жизни

Анамнез жизни без особенностей. Аллергический анамнез не отягощен. Наследственность не отягощена.

Объективный статус

Общее состояние на момент поступления в медицинскую организацию – легкой степени тяжести. Уровень сознания – в сознании. При разговоре отмечаются быстрые артикуляционные движения языка, губ, нижней челюсти, что изменяет структуру сказанных слов. Мыслительная деятельность несколько замедлена.

На момент осмотра пациент ориентируется в собственной личности, в месте нахождения – медицинской организации и времени. Фотореакция содружественная, D = S, умеренный мидриаз. Мышечный тонус и периферические рефлексы сохранены. ЧДД – 21 в минуту, пульсоксиметрия – 96%. Кожный покров умеренно сухой, слизистые оболочки сухие. Аускультативно: дыхание везикулярное. Сердечные тоны ритмичны, частота сердечных сокращений 116 в минуту, АД – 135/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Периферических отеков нет. В приемном отделении выделено 300 мл мочи.

Учитывая представленные в анамнезе данные и клинические проявления заболевания, к рекомендуемым с целью уменьшения проявлений эйфории препаратам/производным фармакологической группы, относят препараты

- бензодиазепинового ряда
- барбитуровой кислоты
- фенотиазинового ряда
- циклогексанона

Оглушение, галлюцинации и маниакальные комплексы, тахикардия без нарушений ритма и проводимости сердца, нарушения дыхания характерны для острого отравления циклодолом +_____+ степени тяжести

- легкой
- средней
- тяжелой
- крайне тяжелой

Учитывая принятую дозу циклодола – 4 мг, токсикогенная стадия острого отравления продолжается в течение (в часах)

- 20
- 10
- 4
- 14

Средством специфической фармакотерапии (антидотом), рекомендованным к использованию при остром отравлении циклодолом средней и тяжелой степени, является

- ацетилхолина хлорид
- нивалин (галантамин)
- флумазенил
- налоксон

Нарушение сознания до уровня – оглушения - при отравлении циклодолом сохраняется в течение +_____+ (в часах)

- 4
- 10
- 8
- 2

При отсутствии возможности проведения токсико-химического анализа в медицинской организации, куда поступил пациент, данный анализ рекомендуется направить в лабораторию

- института токсикологии
- наркологическую наркологического диспансера
- биохимическую
- коммерческую химико-токсикологическую

Токсико-химическим анализом, выполняемым вне зависимости от степени тяжести, для проведения дифференциальной диагностики при наличии неврологических симптомов/синдромов у пациентов с приемом нескольких препаратов психотропного действия является исследование наличия и уровня

- метанола
- бутанола
- этилового алкоголя
- пропанола

Хроматографическим методом исследования, позволяющим определить этиловый алкоголь в крови и моче, является

- газожидкостный
- жидкостный
- тонкослойный
- газовый

Методом детоксикации, рекомендуемым в течение первых суток при установлении диагноза «Острое отравление циклодолом легкой степени тяжести», позволяющим усилить естественные процессы детоксикации, является

- фармакологическая регуляция ферментативной активности
- лечебная гипертермия
- очищение желудочно-кишечного тракта
- форсированный диурез

При остром отравлении, сопровождающимся психомоторным возбуждением, рекомендуется провести дифференциальную диагностику с приемом такого фармакологического препарата, как

- феназепам
- вальпроевая кислота
- фенобарбитал
- димедрол

К рекомендуемой комбинации лекарственных средств, используемых с целью стимуляции диуреза при остром отравлении циклодолом, относят

- торасемид и ацетазоламид (диакарб)
- маннитол и лазикс (фуросемид)
- спиронолоктон и саннитол
- индапамид и гидрохлортиазид

Синдромом острой токсичности, развивающимся при остром отравлении циклодолом, является

- торасемид и ацетазоламид (диакарб)
- маннитол и лазикс (фуросемид)
- спиронолоктон и саннитол
- индапамид и гидрохлортиазид

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пострадавший мужчина 32 лет доставлен бригадой скорой медицинской помощи в отделение токсикологической реанимации.

Жалобы
На слабость, головокружение, нарастающую боль в груди, одышку, затруднение при попытке сделать глубокий вдох.

Анамнез заболевания
Из анамнеза заболевания. Пострадавший работал на заводе по производству поликарбоната (получают методом фосгенирования бисфенолов). В 10:00 вследствие нарушения техники безопасности произошла разгерметизация цистерны, сопровождающаяся поступлением газа в помещение. Пострадавший в течение 3 минут находился в помещении и подвергался ингаляционной интоксикации. После чего сотрудники аварийно-спасательного отряда, эвакуировали пострадавшего из помещения. После проведения эвакуации

осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Жалоб не предъявляет. Со слов, при нахождении в помещении отмечал запах гнилых яблок. Кожные покровы нормальной окраски, влажные, тёплые на ощупь, дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхательных движений 22/мин, SaO~2~: 47%, АД 110/60 мм рт.ст., пульс 72/мин, аритмичный, нормального напряжения и наполнения. Пострадавший госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия Sol. NaCl, 0,9% - 400,0, ингаляция 30% кислорода через лицевую маску.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания отрицает. * Последнее прохождение диспансеризации три месяца назад. * Не курит, алкоголем не злоупотребляет. * Аллергологический анамнез спокойный. * Аппендэктомия в детстве.

Объективный статус

* Общее состояние крайне тяжелое. Пострадавший в сознании. Фотореакция нормальная, D=S, мышечный тонус и периферические рефлексы не изменены. Кожные покровы влажные, холодные, бледно-розовые, видимые слизистые не изменены. * Сердечно-сосудистая система: сердечные тоны приглушены, аритмичные, частота сердечных сокращений 108/мин, артериальное давление 90/40 мм рт.ст. * Дыхательная система: дыхание жёсткое, с частотой 22-24/мин, ослаблено в нижних отделах с обеих сторон, при аускультации – единичные влажные мелкопузырчатые хрипы над всей поверхностью лёгких, SaO~2~: 77%. * 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 стационарного отделения скорой медицинской помощи необходимо оценить

- торасемид и ацетазоламид (диакарб)
- маннитол и лазикс (фуросемид)
- спиронолоктон и саннитол
- индапамид и гидрохлортиазид

Результаты обследования

Для постановки диагноза данному пациенту в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи необходимо выполнить

- торасемид и ацетазоламид (диакарб)
- маннитол и лазикс (фуросемид)
- спиронолоктон и саннитол

- индапамид и гидрохлортиазид

Результаты обследования

<u>На основании результатов клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования можно выставить диагноз</u>

- торасемид и ацетазоламид (диакарб)
- маннитол и лазикс (фуросемид)
- спиронолоктон и саннитол
- индапамид и гидрохлортиазид

Диагноз

<u>Для установления степени нарушения функции дыхательной системы необходимо оценить в артериальной крови</u>

- PaO~2~/FiO~2~ (индекс оксигенации)
- PaCO~2~
- HCO~3~^–^
- Beef

<u>При наличии влажных хрипов, одышки, нарастающей боли в груди является обязательным проведение дифференциальной диагностики с</u>

- бронхиальной астмой
- острой левожелудочковой недостаточностью
- острым нарушением мозгового кровообращения по ишемическому типу
- тромбоэмболией лёгочной артерии

<u>Исходя из условий ситуационной задачи, причиной развития острой дыхательной недостаточности является острая ингаляционная интоксикация</u>

- фреоном
- продуктами пиролиза
- фосгеном
- монооксидом углерода

<u>На основании анамнестических данных, клинической картины, клинико-лабораторных обследований, инструментальных исследований и проведенных консультаций тяжесть состояния больного обусловлена</u>

- острой сердечно-сосудистой недостаточностью
- острым нарушением мозгового кровообращения по ишемическому типу

- острой дыхательной недостаточностью
- токсической энцефалопатией

Показатели кислотно-основного состояния свидетельствуют о развитии

- компенсированного метаболического ацидоза
- декомпенсированного метаболического ацидоза
- респираторного алкалоза
- частично компенсированного респираторного ацидоза

Нарушение оксигенации у пострадавшего (ИО=171,5)

- отсутствует
- тяжелой степени
- среднетяжёлой степени
- лёгкой степени

Учитывая наличие у пострадавшего острой дыхательной недостаточности, обусловленной ингаляционным воздействием фосгена, первоочередным мероприятием в лечении является

- введение дыхательных аналептиков
- ингаляция кислорода
- раннее назначения антибактериальной терапии
- неинвазивная искусственная вентиляция легких с постоянным положительным давлением воздуха в дыхательных путях (CPAP)

В случае неэффективности проведения искусственной вентиляции легких (ИВЛ) с постоянным положительным давлением воздуха в дыхательных путях (CPAP), наиболее эффективным методом терапии будет

- ИВЛ с положительным давлением к концу выдоха
- ингаляция кислорода
- антибактериальная терапия
- гемосорбция

Методом аппаратной заместительной терапии для увеличения оксигенации артериальной крови является

- ИВЛ с положительным давлением к концу выдоха
- ингаляция кислорода
- антибактериальная терапия
- гемосорбция

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пострадавший мужчина 33 лет доставлен бригадой скорой медицинской помощи в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Жалобы
не предъявляет в виду отсутствия сознания.

Анамнез заболевания
Обнаружен бригадой скорой медицинской помощи (СМП) на улице (вызов СМП осуществлён прохожим). При осмотре речевой контакт отсутствует. На локтевом сгибе след от выполненной внутривенной инъекции. Видимых повреждений нет. Кожные покровы сухие, холодные на ощупь. Зрачки сужены до размера булавочной головки, на свет не реагируют. Дыхание поверхностное 8/мин, SaO~2~– 70%. АД 80/40 мм рт. ст., пульс 42/мин. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия Sol. NaCl, - 400,0, ингаляция 40% кислорода через лицевую маску. Внутривенно введено Sol. Naloxoni – 0,4 мг.

Анамнез жизни
Находится под наблюдением в наркологическом диспансере в течение 5 лет.

Объективный статус
* Общее состояние крайне тяжелое. Сознание угнетено до сопора (кома-1). Миоз, фотореакция зрачков на свет отсутствует. Мышечный тонус снижен, периферические рефлексы ослаблены. Кожные покровы холодные, сухие, бледные. При осмотре видимых повреждений не выявлено, обнаружен след от внутривенной инъекции на локтевом сгибе. * Сердечно-сосудистая система: сердечные тоны приглушены, аритмичные, частота сердечных сокращений 55×мин-1, артериальное давление – 90 и 50 мм рт. ст. * Дыхательная система: дыхание жёсткое, с частотой 6-8/мин, ослаблено в нижних отделах с обеих сторон, хрипы не выслушиваются, SaO~2~: 75%. * Желудочно-кишечный тракт: язык влажный, не обложен, живот при пальпации мягкий, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Диурез по мочевому катетеру.

<u>Для постановки диагноза данному пациенту в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи необходимо выполнить</u>

- ИВЛ с положительным давлением к концу выдоха
- ингаляция кислорода
- антибактериальная терапия
- гемосорбция

Результаты обследования

Для определения степени нарушения дыхания необходимо провести

- ИВЛ с положительным давлением к концу выдоха
- ингаляция кислорода
- антибактериальная терапия
- гемосорбция

Результаты обследования

Для постановки диагноза данному пациенту в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи необходимо выполнить инструментальный метод исследования

- ИВЛ с положительным давлением к концу выдоха
- ингаляция кислорода
- антибактериальная терапия
- гемосорбция

Результаты обследования

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

- ИВЛ с положительным давлением к концу выдоха
- ингаляция кислорода
- антибактериальная терапия
- гемосорбция

Диагноз

Для установления степени нарушения функции дыхательной системы необходимо оценить в артериальной крови

- PaO~2~/FiO~2~ (индекс оксигенации)
- HCO~3~^–^
- PaCO~2~
- Beef

При наличии миоза необходимо проведение дифференциальной диагностики с отравлением

- фосфорорганическими инсектицидами

- LSD
- псилоцибином
- атропином

О развитии у пострадавшего острой дыхательной недостаточности свидетельствует

- снижение индекса оксигенации до 171,2
- расширение комплекса QRS на электрокардиограмме
- снижение дефицита оснований
- повышение PaO~2~

На основании анамнестических данных, клинической картины, клинико-лабораторных обследований, инструментальных исследований и проведенных консультаций можно сказать, что тяжесть состояния больного обусловлена

- острым нарушением мозгового кровообращения по ишемическому типу
- острым нарушением мозгового кровообращения по геморрагическому типу
- острой дыхательной недостаточностью вследствие угнетения дыхательного центра в центральной нервной системе
- острой сердечно-сосудистой недостаточностью

Показатели кислотно-основного состояния свидетельствуют о развитии

- респираторного алкалоза
- компенсированного респираторного ацидоза
- декомпенсированного респираторного ацидоза
- декомпенсированного метаболического ацидоза

Нарушение оксигенации у пострадавшего (ИО=171,2)

- отсутствует
- легкое
- тяжелое
- среднетяжелое

Учитывая наличие у пострадавшего острой дыхательной недостаточности, обусловленной угнетением дыхательного центра в центральной нервной системе вследствие отравления героином, необходимо применить следующий метод кислородотерапии

- искусственную вентиляцию легких

- высокопоточную вентиляцию кислородом
- искусственную вентиляцию легких с постоянным положительным давлением воздуха в дыхательных путях (CPAP)
- ингаляцию кислорода через лицевую маску

Начальная доза налоксона при отравлении опиоидами составляет +_____+ мг

- искусственную вентиляцию легких
- высокопоточную вентиляцию кислородом
- искусственную вентиляцию легких с постоянным положительным давлением воздуха в дыхательных путях (CPAP)
- ингаляцию кислорода через лицевую маску

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пострадавший мужчина 28 лет доставлен бригадой скорой медицинской помощи в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы
на общую слабость, тошноту, рвоту, головокружение, одышку, затруднение дыхания.

Анамнез заболевания
Со слов соседей у пациента внезапно ухудшилось состояние. Была вызвана бригада скорой медицинской помощи. При осмотре: отмечается возбуждение, тремор конечностей спутанность речи, пациент дезориентирован во времени, ориентирован в пространстве и собственной личности. Кожные покровы сухие, тёплые на ощупь, слизистые – влажные, нормальной окраски. Видимых повреждений при осмотре не выявлено.Миоз. Дыхание жёсткое с частотой дыхательных движений 10/мин, SaO~2~– 91%. АД 110/70 мм рт. ст., пульс 62/мин. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия Рингера - 400,0, ингаляция 30% кислорода через лицевую маску. Внутривенно введено Sol. Naloxoni – 0,4 мг.

Анамнез жизни
* Находится под наблюдением в психоневрологическом диспансере в течение 3 лет. * Хронические заболевания отрицает. * Не курит, алкоголем не злоупотребляет. * Аллергологический анамнез спокойный. * Аппендэктомия в детстве.

Объективный статус

* Общее состояние средней степени тяжести. Отмечается спутанность сознания, нарушение ориентации во времени. В пространстве и собственной личности ориентирован верно. Речевой контакт затруднён. Миоз, фотореакция зрачков на свет отсутствует. Мышечный тонус снижен, периферические рефлексы ослаблены. Кожные покровы холодные, сухие, бледные. Видимых повреждений не выявлено. * Сердечно-сосудистая система: сердечные тоны ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений 60/мин, артериальное давление 110/60 мм рт. ст. * Дыхательная система: дыхание везикулярное, с частотой 12/мин, хрипы не выслушиваются, SaO~2~: 93%. * Желудочно-кишечный тракт: язык влажный, не обложен, живот при пальпации мягкий, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Диурез по мочевому катетору

Для постановки диагноза данному пациенту в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи необходимо выполнить

- искусственную вентиляцию легких
- высокопоточную вентиляцию кислородом
- искусственную вентиляцию легких с постоянным положительным давлением воздуха в дыхательных путях (CPAP)
- ингаляцию кислорода через лицевую маску

Результаты обследования

Пациенту с острой интоксикацией опиоидами для своевременной диагностики возможных осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы рекомендовано исследовать в биохимическом анализе крови концентрацию

- искусственную вентиляцию легких
- высокопоточную вентиляцию кислородом
- искусственную вентиляцию легких с постоянным положительным давлением воздуха в дыхательных путях (CPAP)
- ингаляцию кислорода через лицевую маску

Результаты обследования

Пациенту для оценки кислотно-основного состояния крови необходимо исследовать

- искусственную вентиляцию легких
- высокопоточную вентиляцию кислородом

- искусственную вентиляцию легких с постоянным положительным давлением воздуха в дыхательных путях (CPAP)
- ингаляцию кислорода через лицевую маску

Результаты обследования

<u>На основании результатов клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования можно выставить диагноз</u>

- искусственную вентиляцию легких
- высокопоточную вентиляцию кислородом
- искусственную вентиляцию легких с постоянным положительным давлением воздуха в дыхательных путях (CPAP)
- ингаляцию кислорода через лицевую маску

Диагноз

<u>Для установления степени нарушения функции дыхательной системы необходимо оценить в артериальной крови</u>

- PaCO~2~
- HCO~3~^–^
- PaO~2~/FiO~2~ (индекс оксигенации)
- Beef

<u>При наличии миоза необходимо проведение дифференциальной диагностики с отравлением</u>

- LSD
- псилоцибином
- атропином
- фосфорорганическими инсектицидами

<u>О развитии у пострадавшего острой дыхательной недостаточности свидетельствует</u>

- снижение pH
- снижение дефицита оснований
- снижение индекса оксигенации до 293
- брадикардия

<u>На основании анамнестических данных, клинической картины, клинико-лабораторных обследований, инструментальных исследований и проведенных консультаций тяжесть состояния больного обусловлена</u>

- острой дыхательной недостаточностью вследствие угнетения дыхательного центра в центральной нервной системе
- острой сердечно-сосудистой недостаточностью
- острым нарушением мозгового кровообращения по геморрагическому типу
- острым нарушением мозгового кровообращения по ишемическому типу

Показатели кислотно-основного состояния свидетельствуют о развитии

- частично компенсированного метаболического ацидоза
- компенсированного респираторного ацидоза
- декомпенсированного респираторного ацидоза
- респираторного алкалоза

В случае возникновения судорожного синдрома пациенту необходимо ввести

- налоксон
- унитиол
- диазепам
- атропин

В случае сохранения судорожного синдрома у пациента на фоне применения диазепама необходимо применение

- тиопентала натрия
- фенобарбитала
- листенона
- сибазона

Пациенту с целью проведения детоксикации и коррекции водно-электролитного баланса рекомендовано проведение

- тиопентала натрия
- фенобарбитала
- листенона
- сибазона

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пострадавший мужчина 22 лет доставлен бригадой скорой медицинской помощи в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Жалобы

На слабость, головную боль, чувство сдавления за грудиной, нарастающую боль в груди, кашель, одышку.

Анамнез заболевания

Из анамнеза заболевания. Пострадавший работал на заводе по производству поликарбоната (получают методом фосгенирования бисфенолов). В 10:00 вследствие нарушения техники безопасности произошла разгерметизация цистерны, сопровождающаяся поступлением газа в помещение. Пострадавший в течение 2 минут находился в помещении и подвергался ингаляционной интоксикации. После чего сотрудники МЧС, надев на пострадавшего фильтрующий противогаз, эвакуировали его из помещения. После эвакуации осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Жалоб не предъявляет. Со слов больного, при нахождении в помещении отмечал запах скошенного сена. Кожные покровы нормальной окраски, влажные, тёплые на ощупь, сыпи нет, видимых травматических повреждений не выявлено.Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхательных движений 18×мин-1, артериальное давление – 120 и 80 мм рт.ст., пульс 72×мин-1, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Ввиду отсутствия жалоб каких-либо изменений со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой системы, пациенту рекомендовано обратиться к участковому терапевту. В 14:00 поступило повторное обращение в скорую медицинскую помощь. Жалобы на слабость, головную боль, чувство сдавления за грудиной, нарастающую боль в груди, кашель, одышку. Пострадавший госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия Sol. NaCl, 0,9% - 400,0, ингаляция 30% кислорода через лицевую маску.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания отрицает. * Последнее прохождение диспансеризации три месяца назад. * Не курит, алкоголем не злоупотребляет. * Аллергологический анамнез спокойный. * Аппендэктомия в детстве.

Объективный статус

* Общее состояние тяжелое. Пострадавший в сознании. Фотореакция нормальная, D=S, мышечный тонус и периферические рефлексы нормальные. Кожные покровы влажные, тёплые, нормальной окраски. * Сердечно-сосудистая система: сердечные тоны ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений 106×мин-1, артериальное давление – 100 и 60 мм рт.ст. * Дыхательная система: Дыхание жёсткое, с частотой 20-22×мин-1, ослаблено в нижних отделах с обеих сторон, при аускультации выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы над всей поверхностью лёгких, SaO~2~ –85 %. * Желудочно-кишечный тракт: язык сухой, обложен белым налётом, живот при

пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Физиологические отправления в норме.

Для постановки диагноза данному пациенту в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи необходимо оценить

- тиопентала натрия
- фенобарбитала
- листенона
- сибазона

Результаты обследования

Для постановки диагноза данному пациенту в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи необходимо выполнить

- тиопентала натрия
- фенобарбитала
- листенона
- сибазона

Результаты обследования

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

- тиопентала натрия
- фенобарбитала
- листенона
- сибазона

Диагноз

Для установления степени нарушения функции дыхательной системы необходимо оценить в артериальной крови

- PaCO~2~
- HCO~3~^–^
- Beef
- PaO~2~/FiO~2~ (индекс оксигенации)

При наличии влажных хрипов в легких, одышки, нарастающей боли в груди является обязательным проведение дифференциальной диагностики с

- бронхиальной астмой

- тромбоэмболией лёгочной артерии
- острой левожелудочковой недостаточностью
- острым нарушением мозгового кровообращения по ишемическому типу

Исходя из условий ситуационной задачи, причиной развития острой дыхательной недостаточности является острая ингаляционная интоксикация

- монооксидом углерода
- продуктами пиролиза
- фреоном
- фосгеном

На основании анамнестических данных, клинической картины, клинико-лабораторных обследований, инструментальных исследований и проведенных консультаций тяжесть состояния больного обусловлена

- острой сердечно-сосудистой недостаточностью
- острым нарушением мозгового кровообращения по ишемическому типу
- острой дыхательной недостаточностью
- токсической энцефалопатией

Показатели кислотно-основного состояния свидетельствуют о развитии

- респираторного алкалоза
- декомпенсированного метаболического ацидоза
- компенсированного метаболического ацидоза
- декомпенсированного респираторного ацидоза

Нарушение оксигенации легких у пострадавшего (ИО=176,5)

- отсутствует
- средней степени
- умеренной степени
- тяжёлой степени

Учитывая наличие у пострадавшего острой дыхательной недостаточности, обусловленной ингаляционным воздействием фосгена, первоочередным мероприятием в лечении является

- неинвазивная ИВЛ с постоянным положительным давлением воздуха в дыхательных путях (CPAP)
- ингаляция кислорода
- раннее назначения антибактериальной терапии
- введение дыхательных аналептиков

В случае неэффективности проведения неинвазивной ИВЛ с постоянным положительным давлением воздуха в дыхательных путях (CPAP), наиболее эффективным методом терапии будет

- ингаляция кислорода
- гемосорбция
- проведение искусственной вентиляции лёгких с повышенным давлением в конце выдоха
- антибактериальная терапия

Методом аппаратной заместительной терапии для увеличения оксигенации артериальной крови является

- ингаляция кислорода
- гемосорбция
- проведение искусственной вентиляции лёгких с повышенным давлением в конце выдоха
- антибактериальная терапия

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пострадавший мужчина 24 лет доставлен бригадой скорой медицинской помощи в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы
на слезотечение, кашель, жжение за грудиной, нарастающую боль в груди, одышку, выделение пены изо рта.

Анамнез заболевания
Из анамнеза заболевания. Пострадавший работал на заводе по производству поливинилхлорида. В 11:00 вследствие нарушения техники безопасности произошла разгерметизация цистерны, сопровождающаяся поступлением газа в помещение. Пострадавший в течение 20 минут находился в помещении и подвергался ингаляционной интоксикации. После этого сотрудники МЧС, надев на пострадавшего фильтрующий противогаз, эвакуировали его из помещения. После проведения эвакуации осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Жалобы на жжение в глазах, слезотечение, жжение за грудиной, нарастающую боль в груди, одышку. Кожные покровы гиперемированы, влажные, тёплые на ощупь, дыхание везикулярное, отмечаются свистящие хрипы, 28/мин, АД 160/90 мм рт.ст., пульс 84/мин, ритмичный нормального наполнения. На

догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия Sol. NaCl, 0,9% - 400,0, ингаляция 30% кислорода через лицевую маску.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания отрицает. * Последнее прохождение диспансеризации три месяца назад. * Не курит, алкоголем не злоупотребляет. * Аллергологический анамнез спокойный. * Аппендэктомия в детстве.

Объективный статус

* Общее состояние тяжелое. Пострадавший в сознании. Фотореакция нормальная, D=S, мышечный тонус и периферические рефлексы нормальные. Кожные покровы влажные, тёплые, гиперемированные * Сердечно-сосудистая система: сердечные тоны ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений 100/мин, артериальное давление 180/90 мм рт.ст. * Дыхательная система: дыхание жёсткое, с частотой 26–28/мин, ослаблено в нижних отделах с обеих сторон, при аускультации – влажные мелкопузырчатые хрипы над всей поверхностью лёгких, SaO~2~ – 67. * 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 стационарного отделения скорой медицинской помощи необходимо оценить

- ингаляция кислорода
- гемосорбция
- проведение искусственной вентиляции лёгких с повышенным давлением в конце выдоха
- антибактериальная терапия

Результаты обследования

Для постановки диагноза данному пациенту в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи необходимо выполнить

- ингаляция кислорода
- гемосорбция
- проведение искусственной вентиляции лёгких с повышенным давлением в конце выдоха
- антибактериальная терапия

Результаты обследования

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

- ингаляция кислорода
- гемосорбция
- проведение искусственной вентиляции лёгких с повышенным давлением в конце выдоха
- антибактериальная терапия

Диагноз

Для установления степени нарушения функции дыхательной системы необходимо оценить в артериальной крови

- Beef
- PaO~2~/FiO~2~ (индекс оксигенации)
- PaCO~2~
- HCO~3~^–^

При наличии влажных хрипов в легких, одышки, нарастающей боли в груди является обязательным проведение дифференциальной диагностики с

- острым нарушением мозгового кровообращения по ишемическому типу
- бронхиальной астмой
- острой левожелудочковой недостаточностью
- тромбоэмболией лёгочной артерии

Исходя из условий ситуационной задачи, причиной развития острой дыхательной недостаточности является острая ингаляционная интоксикация

- хлором
- фосгеном
- фреоном
- диоксидом азота

На основании анамнестических данных, клинической картины, клинико-лабораторных обследований, инструментальных исследований и проведенных консультаций тяжесть состояния больного обусловлена

- токсической энцефалопатией
- острой сердечно-сосудистой недостаточностью
- острым нарушением мозгового кровообращения по геморрагическому типу
- острой дыхательной недостаточностью

Показатели кислотно-основного состояния свидетельствуют о развитии

- респираторного ацидоза
- декомпенсированного метаболического ацидоза
- декомпенсированного респираторного ацидоза
- респираторного алкалоза

Нарушение оксигенации легких у пострадавшего (ИО=151,5)

- умеренной степени
- отсутствует
- тяжёлой степени
- средней степени

Учитывая наличие у пострадавшего острой дыхательной недостаточности, обусловленной ингаляционным воздействием хлора, первоочередным мероприятием в лечении является

- ингаляция паров этилового спирта
- введение глюкокортикоидов
- проведение искусственной вентиляции лёгких с повышенным давлением в конце выдоха
- ингаляция кислорода

Методом аппаратной заместительной терапии для увеличения оксигенации артериальной крови является

- гемосорбция
- неинвазивная ИВЛ с постоянным положительным давлением воздуха в дыхательных путях (CPAP)
- антибактериальная терапия
- ингаляция кислорода

Проведение пеногашения осуществляется

- гемосорбция
- неинвазивная ИВЛ с постоянным положительным давлением воздуха в дыхательных путях (CPAP)
- антибактериальная терапия
- ингаляция кислорода

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пострадавший мужчина 21 года доставлен бригадой скорой медицинской помощи в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы
на боль в груди, одышку, кашель, сопровождающийся выделение мокроты розового цвета.

Анамнез заболевания
Из анамнеза заболевания. Пострадавший работал на заводе по производству пиротехнических изделий из нитроцеллюлозы. В 10:00 вследствие нарушения техники безопасности произошло воспламенение нитроцеллюлозы. Пострадавший в течение 5 минут находился в помещении и подвергался ингаляционной интоксикации. После этого сотрудники МЧС, надев на пострадавшего фильтрующий противогаз, эвакуировали его из помещения. После проведения эвакуации осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Предъявляет жалобы на одышку, чувство тяжести за грудиной. Кожные покровы нормальной окраски, влажные, тёплые на ощупь, дыхание везикулярное, хрипов нет, 22/мин, насыщение артериальной крови кислородом (SaO~2~) – 81%, АД 140/90 мм рт. ст., пульс 82/мин, ритмичный нормального наполнения. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия Sol. NaCl, 0,9% - 400,0, ингаляция 30% кислорода через лицевую маску.

Анамнез жизни
* Хронические заболевания отрицает. * Последнее прохождение диспансеризации три месяца назад. * Не курит, алкоголем не злоупотребляет. * Аллергологический анамнез спокойный.

Объективный статус
* Общее состояние тяжелое. Пострадавший в сознании. Фотореакция нормальная, зрачки равные, нормальной ширины, мышечный тонус и периферические рефлексы нормальные. Кожные покровы влажные, тёплые, нормальной окраски. * Сердечно-сосудистая система: сердечные тоны ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений 100/мин, артериальное давление 180/100 мм рт. ст. * Дыхательная система: дыхание жёсткое, с частотой 24–26/мин, ослаблено в нижних отделах с обеих сторон, при аускультации – влажные мелкопузырчатые хрипы над всей поверхностью лёгких, SaO~2~–79%. * 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 стационарного отделения скорой медицинской помощи необходимо оценить

- гемосорбция
- неинвазивная ИВЛ с постоянным положительным давлением воздуха в дыхательных путях (CPAP)
- антибактериальная терапия
- ингаляция кислорода

Результаты обследования

Для постановки диагноза данному пациенту в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи необходимо выполнить

- гемосорбция
- неинвазивная ИВЛ с постоянным положительным давлением воздуха в дыхательных путях (CPAP)
- антибактериальная терапия
- ингаляция кислорода

Результаты обследования

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

- гемосорбция
- неинвазивная ИВЛ с постоянным положительным давлением воздуха в дыхательных путях (CPAP)
- антибактериальная терапия
- ингаляция кислорода

Диагноз

Для установления степени нарушения функции дыхательной системы необходимо оценить в артериальной крови

- PaO~2~/FiO~2~ (индекс оксигенации)
- HCO~3~^–^
- PaCO~2~
- Beef

При наличии влажных хрипов в легких, одышки, нарастающей боли в груди является обязательным проведение дифференциальной диагностики с

- острой левожелудочковой недостаточностью
- бронхиальной астмой
- тромбоэмболией лёгочной артерии
- острым нарушением мозгового кровообращения по ишемическому типу

Исходя из условий ситуационной задачи, причиной развития острой дыхательной недостаточности является острая ингаляционная интоксикация

- монооксидом азота
- монооксидом углерода
- нитроцеллюлозой
- диоксидом азота

На основании анамнестических данных, клинической картины, клинико-лабораторных и инструментальных исследований, проведенных консультаций тяжесть состояния больного обусловлена

- токсической энцефалопатией
- острой дыхательной недостаточностью
- острым нарушением мозгового кровообращения по ишемическому типу
- острой сердечно-сосудистой недостаточностью

Показатели кислотно-основного состояния свидетельствуют о развитии

- респираторного алкалоза
- декомпенсированного метаболического ацидоза
- компенсированного метаболического ацидоза
- декомпенсированного респираторного ацидоза

Нарушение оксигенации легких у пострадавшего (ИО=151,5)

- средней степени
- тяжёлой степени
- отсутствует
- умеренной степени

Учитывая наличие у пострадавшего острой дыхательной недостаточности, обусловленной ингаляционным воздействием диоксида азота, первоочередным мероприятием в лечении является

- антибактериальная терапия
- гемосорбция
- ингаляция кислорода

- неинвазивная ИВЛ с постоянным положительным давлением воздуха в дыхательных путях (CPAP)

В случае неэффективности проведения неинвазивной ИВЛ с постоянным положительным давлением воздуха в дыхательных путях (CPAP), наиболее эффективным методом терапии будет

- раннее назначение антибактериальной терапии
- ингаляция кислорода
- проведение искусственной вентиляции лёгких с повышенным давлением в конце выдоха
- введение дыхательных аналептиков

Методом аппаратной заместительной терапии для увеличения оксигенации артериальной крови является

- раннее назначение антибактериальной терапии
- ингаляция кислорода
- проведение искусственной вентиляции лёгких с повышенным давлением в конце выдоха
- введение дыхательных аналептиков

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пострадавший мужчина 36 лет доставлен бригадой скорой медицинской помощи в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Жалобы
На общую слабость, кашель, чихание, резь в глазах, жжение в области лица, боль и жжение за грудиной, одышку, затруднение при попытке сделать глубокий вдох.

Анамнез заболевания
Пострадавший работал на предприятии по производству фреонов (химический синтез из фтористого водорода). В 11:00 вследствие нарушения техники безопасности произошла разгерметизация цистерны с фтористым водородом, сопровождающаяся поступлением газа в помещение. Пострадавший в течение 2-3 минут находился в помещении и подвергался ингаляционной интоксикации, а затем самостоятельно покинул его. После эвакуации осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Жалобы на жжение в глазах, слезотечение, жжение за грудиной, нарастающую боль в груди, одышку. Кожа лица и кистей гиперемирована, отёчна, покрыта множественными пузырями с прозрачным

содержимым. Над лёгкими – коробочный перкуторный звук, на фоне жёсткого дыхания выслушиваются единичные свистящие хрипы, частота дыхания – 22-24/мин, насыщение артериальной крови кислородом (SaO~2~)– 87%, АД 160 и 90 мм рт. ст., пульс 89/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия Sol. NaCl, 0,9% - 400,0, ингаляция 30% кислорода через лицевую маску. Проведено промывание глаз и кожи лица раствором 4 % раствором гидрокарбоната натрия.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания отрицает. * Последнее прохождение диспансеризации три месяца назад. * Не курит, алкоголем не злоупотребляет. * Аллергологический анамнез спокойный. * Аппендэктомия в детстве.

Объективный статус

* Общее состояние тяжелое. Пострадавший в сознании. Фотореакция нормальная, зрачки равные, нормальной ширины, мышечный тонус и периферические рефлексы нормальные. Кожа лица и кистей гиперемирована, отёчна, покрыта множественными пузырями с прозрачным содержимым. * Сердечно-сосудистая система: сердечные тоны ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений 100/мин, артериальное давление 180/90 мм рт. ст. * Дыхательная система: над лёгкими – коробочный перкуторный звук, на фоне жёсткого дыхания выслушиваются единичные свистящие хрипы, частота дыхания – 24/мин, насыщение артериальной крови кислородом (SaO~2~)– 89%. * 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 стационарного отделения скорой медицинской помощи необходимо оценить

- раннее назначение антибактериальной терапии
- ингаляция кислорода
- проведение искусственной вентиляции лёгких с повышенным давлением в конце выдоха
- введение дыхательных аналептиков

Результаты обследования

Для постановки диагноза данному пациенту в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи необходимо выполнить

- раннее назначение антибактериальной терапии

- ингаляция кислорода
- проведение искусственной вентиляции лёгких с повышенным давлением в конце выдоха
- введение дыхательных аналептиков

Результаты обследования

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

- раннее назначение антибактериальной терапии
- ингаляция кислорода
- проведение искусственной вентиляции лёгких с повышенным давлением в конце выдоха
- введение дыхательных аналептиков

Диагноз

Для установления степени нарушения функции дыхательной системы необходимо оценить в артериальной крови

- HCO~3~^–^
- Beef
- PaO~2~/FiO~2~ (индекс оксигенации)
- PaCO~2~

При наличии влажных хрипов в легких, одышки, нарастающей боли в груди является обязательным проведение дифференциальной диагностики с

- острым нарушением мозгового кровообращения
- тромбоэмболией лёгочной артерии
- бронхиальной астмой
- острой левожелудочковой недостаточностью

Исходя из условий ситуационной задачи, причиной развития острой дыхательной недостаточности является острая ингаляционная интоксикация

- угарным газом
- фосгеном
- фреоном
- фтороводородом

На основании анамнестических данных, клинической картины, клинико-лабораторных и инструментальных исследований тяжесть состояния больного обусловлена

- острой дыхательной недостаточностью
- острой сердечно-сосудистой недостаточностью
- печёночной энцефалопатией
- острым нарушением мозгового кровообращения по геморрагическому типу

Показатели кислотно-основного состояния свидетельствуют о развитии

- респираторного ацидоза
- частично компенсированного респираторного ацидоза
- декомпенсированного метаболического ацидоза
- респираторного алкалоза

Нарушение оксигенации легких у пострадавшего (ИО=288,6)

- тяжёлой степени
- средней степени
- отсутствует
- легкой степени

Учитывая наличие у пострадавшего острой дыхательной недостаточности, обусловленной ингаляционным воздействием фтороводорода, первоочередным мероприятием в лечении является

- неинвазивная ИВЛ с постоянным положительным давлением воздуха в дыхательных путях (CPAP)
- антибактериальная терапия
- ингаляция кислорода
- гемосорбция

В случае неэффективности проведения неинвазивной ИВЛ с постоянным положительным давлением воздуха в дыхательных путях (CPAP), наиболее эффективным методом терапии будет

- проведение искусственной вентиляции лёгких с повышенным давлением в конце выдоха
- ингаляция кислорода
- введение глюкокортикоидов
- ингаляция паров этилового спирта

Проведение пеногашения осуществляется

- проведение искусственной вентиляции лёгких с повышенным давлением в конце выдоха
- ингаляция кислорода
- введение глюкокортикоидов
- ингаляция паров этилового спирта

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пострадавший мужчина 32 лет доставлен бригадой скорой медицинской помощи в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы
На общую слабость, головную боль, тошноту, кашель, нарастающую боль в груди, усиливающуюся при вдохе, одышку

Анамнез заболевания
Пострадавший работал на заводе по производству поликарбоната (получают методом фосгенирования бисфенолов). В 11:00 вследствие нарушения техники безопасности произошла разгерметизация цистерны, сопровождающаяся поступлением газа в помещение. Пострадавший в течение 1 минуты находился в помещении и подвергался ингаляционной интоксикации. После этого сотрудники МЧС, надев на пострадавшего фильтрующий противогаз, эвакуировали его из помещения. После проведения эвакуации осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Жалобы на общую слабость, головную боль, тошноту, кашель, нарастающую боль в груди, усиливающуюся при вдохе, одышку. Со слов больного, при нахождении в помещении отмечал запах прелых яблок. Кожные покровы нормальной окраски, влажные, тёплые на ощупь, дыхание везикулярное, хрипов нет, 16/мин, насыщение артериальной крови кислородом (SaO~2~) – 92%, АД 120/80 мм рт. ст., пульс 72/мин, ритмичный, хорошего наполнения. Пострадавший госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия раствора Рингера - 400,0, ингаляция 30% кислорода через лицевую маску.

Анамнез жизни
* Хронические заболевания отрицает. * Последнее прохождение диспансеризации два месяца назад. * Не курит, алкоголем не злоупотребляет. * Аллергологический анамнез спокойный. * Аппендэктомия в детстве.

Объективный статус

* Общее состояние тяжелое. Пострадавший в сознании. Фотореакция нормальная, зрачки равные, нормальной ширины, мышечный тонус и периферические рефлексы не изменены. Кожные покровы влажные, тёплые, нормальной окраски, видимых повреждений нет. * Сердечно-сосудистая система: сердечные тоны ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений 92/мин, артериальное давление 90/50 мм рт. ст. * Дыхательная система: дыхание жёсткое, с частотой 18-20/мин, ослаблено в нижних отделах с обеих сторон, при аускультации – единичные влажные мелкопузырчатые хрипы над всей поверхностью лёгких, насыщение артериальной крови кислородом (SaO~2~)– 87%. * 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 стационарного отделения скорой медицинской помощи необходимо оценить

- проведение искусственной вентиляции лёгких с повышенным давлением в конце выдоха
- ингаляция кислорода
- введение глюкокортикоидов
- ингаляция паров этилового спирта

Результаты обследования

Для постановки диагноза данному пациенту в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи необходимо выполнить

- проведение искусственной вентиляции лёгких с повышенным давлением в конце выдоха
- ингаляция кислорода
- введение глюкокортикоидов
- ингаляция паров этилового спирта

Результаты обследования

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

- проведение искусственной вентиляции лёгких с повышенным давлением в конце выдоха
- ингаляция кислорода

- введение глюкокортикоидов
- ингаляция паров этилового спирта

Диагноз

Для установления степени нарушения функции дыхательной системы необходимо оценить в артериальной крови

- Beef
- HCO~3~^–^
- PaO~2~/FiO~2~ (индекс оксигенации)
- PaCO~2~

При наличии влажных хрипов в легких, одышки, нарастающей боли в груди является обязательным проведение дифференциальной диагностики с

- тромбоэмболией лёгочной артерии
- острым нарушением мозгового кровообращения по ишемическому типу
- бронхиальной астмой
- острой левожелудочковой недостаточностью

Исходя из условий ситуационной задачи, причиной развития острой дыхательной недостаточности является острая ингаляционная интоксикация

- продуктами пиролиза
- фосгеном
- фреоном
- монооксидом углерода

На основании анамнестических данных, клинической картины, клинико-лабораторных обследований, инструментальных исследований и проведенных консультаций тяжесть состояния больного обусловлена

- токсической энцефалопатией
- острым нарушением мозгового кровообращения по ишемическому типу
- острой сердечно-сосудистой недостаточностью
- дыхательной недостаточностью

Показатели кислотно-основного состояния свидетельствуют о развитии

- частично компенсированного респираторного ацидоза
- респираторного алкалоза
- компенсированного метаболического ацидоза
- декомпенсированного метаболического ацидоза

Нарушение оксигенации легких у пострадавшего (ИО=214,2)

- отсутствует
- тяжёлой степени
- легкой степени
- средней степени

Учитывая наличие у пострадавшего острой дыхательной недостаточности, обусловленной ингаляционным воздействием фосгена, первоочередным мероприятием в лечении является

- введение дыхательных аналептиков
- ингаляция кислорода
- раннее назначение антибактериальной терапии
- неинвазивная искусственная вентиляция лёгких с постоянным положительным давлением воздуха в дыхательных путях (CPAP)

В случае неэффективности проведения искусственной вентиляции лёгких (ИВЛ) с постоянным положительным давлением воздуха в дыхательных путях (CPAP) наиболее эффективным методом терапии будет

- гемосорбция
- антибактериальная терапия
- проведение ИВЛ с повышенным давлением в конце выдоха
- ингаляция кислорода

Методом аппаратной заместительной терапии для увеличения оксигенации артериальной крови является

- гемосорбция
- антибактериальная терапия
- проведение ИВЛ с повышенным давлением в конце выдоха
- ингаляция кислорода

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пострадавший мужчина 32 лет доставлен бригадой скорой медицинской помощи в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Жалобы
На общую слабость, сонливость, тошноту, рвоту, головную боль.

Анамнез заболевания

Из анамнеза заболевания. Больной находится на учёте в психоневрологическом диспансере в течение 2 лет. После предъявления жалоб на резко ухудшение самочувствия родственниками была вызвана бригада скорой медицинской помощи. При осмотре: отмечается сонливость пациента, тремор конечностей, спутанность речи. Кожные покровы сухие, тёплые, влажные на ощупь, видимых повреждений нет. Зрачки сужены. Дыхание везикулярное 12/мин, SaO~2~– 91%. АД 100/60 мм рт.ст., пульс 52/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия Sol. NaCl, 0,9% - 400,0, ингаляция 30% кислорода через лицевую маску. Внутривенно введено Sol. Naloxoni – 0,4 мг.

Анамнез жизни

* Находится под наблюдением в психоневрологическом диспансере в течение 2 лет. * Хронические заболевания отрицает. * Не курит, алкоголем не злоупотребляет. * Аллергологический анамнез спокойный. * Аппендэктомия в детстве.

Объективный статус

* Общее состояние средней степени тяжести. Отмечается спутанность сознания, нарушение ориентации в пространстве. Во времени и собственной личности ориентирован верно. Речевой контакт затруднён. Миоз, фотореакция зрачков на свет отсутствует. Мышечный тонус снижен, периферические рефлексы нормальные. Кожные покровы холодные, сухие, бледные, видимых повреждений не выявлено. * Сердечно-сосудистая система: сердечные тоны ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений 54/мин, артериальное давление 110/60 мм рт.ст. * Дыхательная система: дыхание везикулярное, с частотой 12-14/мин, хрипы не выслушиваются, SaO~2~: 91%. * Желудочно-кишечный тракт: язык влажный, не обложен, живот при пальпации мягкий, симптомы раздражения брюшины отрицательные

Для постановки диагноза данному пациенту в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи необходимо выполнить лабораторное исследование

- гемосорбция
- антибактериальная терапия
- проведение ИВЛ с повышенным давлением в конце выдоха
- ингаляция кислорода

Результаты обследования

Для определения степени нарушения дыхания необходимо провести анализ

- гемосорбция
- антибактериальная терапия
- проведение ИВЛ с повышенным давлением в конце выдоха
- ингаляция кислорода

Результаты обследования

Для постановки диагноза данному пациенту в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи необходимо выполнить инструментальное исследование

- гемосорбция
- антибактериальная терапия
- проведение ИВЛ с повышенным давлением в конце выдоха
- ингаляция кислорода

Результаты обследования

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

- гемосорбция
- антибактериальная терапия
- проведение ИВЛ с повышенным давлением в конце выдоха
- ингаляция кислорода

Диагноз

Для установления степени нарушения функции дыхательной системы необходимо оценить в артериальной крови

- HCO~3~^–^
- Beef
- PaCO~2~
- PaO~2~/FiO~2~ (индекс оксигенации)

При наличии миоза необходимо проведение дифференциальной диагностики с отравлением

- фосфорорганическими инсектицидами
- LSD
- псилоцибином
- атропином

В данной клинической ситуации о развитии у пострадавшего дыхательной недостаточности свидетельствует

- расширение комплекса QRS на электрокардиограмме
- снижение дефицита оснований
- снижение PaO~2~ до 85,1 мм рт.ст.
- брадикардия (60/мин)

На основании анамнестических данных, клинической картины, клинико-лабораторных обследований, инструментальных исследований и проведенных консультаций тяжесть состояния больного обусловлена

- острым нарушением мозгового кровообращения по геморрагическому типу
- острым нарушением мозгового кровообращения по ишемическому типу
- дыхательной недостаточностью вследствие угнетения дыхательного центра в центральной нервной системе
- острой сердечно-сосудистой недостаточностью

Показатели кислотно-основного состояния свидетельствуют о развитии

- частично компенсированного метаболического ацидоза
- респираторного алкалоза
- декомпенсированного респираторного ацидоза
- компенсированного респираторного ацидоза

Нарушение оксигенации у пострадавшего

- тяжёлой степени
- отсутствует
- средней степени
- легкой степени

Учитывая наличие у пострадавшего дыхательной недостаточности, обусловленной угнетением дыхательного центра в центральной нервной системе, вследствие отравления метадоном, необходимо применить метод кислородотерапии

- искусственную вентиляцию легких
- искусственную вентиляцию легких с постоянным положительным давлением воздуха в дыхательных путях (CPAP)
- ингаляцию кислорода через лицевую маску
- искусственную вентиляцию легких с положительным давлением к концу выдоха

В качестве антидота отравления метадоном необходимо использовать

- искусственную вентиляцию легких
- искусственную вентиляцию легких с постоянным положительным давлением воздуха в дыхательных путях (CPAP)
- ингаляцию кислорода через лицевую маску
- искусственную вентиляцию легких с положительным давлением к концу выдоха

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пострадавший мужчина 24 лет доставлен бригадой скорой медицинской помощи в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы
не предъявляет ввиду отсутствия сознания.

Анамнез заболевания
Из анамнеза заболевания. Был обнаружен соседями в подъезде. Вызвана бригада скорой медицинской помощи. При осмотре: речевой контакт отсутствует, мышечный тонус снижен, периферические рефлексы отсутствуют. Кожные покровы сухие, холодные на ощупь. Зрачки сужены до размера булавочной головки, фотореакция на свет отсутствует. Дыхание поверхностное 6-8/мин, SaO~2~– 84%. АД 80/40 мм рт.ст., пульс 44/мин. На догоспитальном этапе произведена интубация трахеи и искусственная вентиляция легких (режим VCVc параметрами:Vt – 400 мл; f – 14×мин-1, FiO~2~–40%), катетеризация локтевой вены, налажена инфузия Sol. NaCl, 0,9% - 400,0. Внутривенно введено Sol. Naloxoni – 0,4 мг.

Анамнез жизни
Со слов соседей, находится на учёте в наркологическом диспансере.

Объективный статус
* Общее состояние крайне тяжёлое. Уровень сознания – кома-I. Речевой контакт отсутствует, мышечный тонус снижен, периферические рефлексы отсутствуют. Миоз, фотореакция зрачков на свет отсутствует. Кожные покровы холодные, сухие, бледные, повреждений при осмотре не выявлено. * Сердечно-сосудистая система: сердечные тоны глухие, аритмичные, частота сердечных сокращений 40/мин, артериальное давление 70/40 мм рт.ст. * Дыхательная система: проводится искусственная вентиляция легких (режим VCVc параметрами:Vt – 400 мл; f – 14×мин-1, FiO~2~–40%), на этом фоне SaO2–90 %. * Желудочно-

кишечный тракт: язык влажный, не обложен, живот при пальпации мягкий, диурез по мочевому катетеру, получено 100 мл мочи тёмно-жёлтого цвета.

Для постановки диагноза данному пациенту в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи необходимо выполнить лабораторное исследование

- искусственную вентиляцию легких
- искусственную вентиляцию легких с постоянным положительным давлением воздуха в дыхательных путях (CPAP)
- ингаляцию кислорода через лицевую маску
- искусственную вентиляцию легких с положительным давлением к концу выдоха

Результаты обследования

Для определения степени нарушения дыхания необходимо провести анализ

- искусственную вентиляцию легких
- искусственную вентиляцию легких с постоянным положительным давлением воздуха в дыхательных путях (CPAP)
- ингаляцию кислорода через лицевую маску
- искусственную вентиляцию легких с положительным давлением к концу выдоха

Результаты обследования

Индекс оксигенации у пациента составляет

- 97,5
- 211,3
- 118,4
- 162,7

Показатели кислотно-основного состояния свидетельствуют о развитии

- декомпенсированного респираторного ацидоза
- компенсированного респираторного ацидоза
- респираторного алкалоза
- некомпенсированного метаболического ацидоза

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

- декомпенсированного респираторного ацидоза

- компенсированного респираторного ацидоза
- респираторного алкалоза
- некомпенсированного метаболического ацидоза

Диагноз

Для установления степени нарушения функции дыхательной системы необходимо оценить в артериальной крови

- HCO~3~^–^
- PaO~2~/FiO~2~ (индекс оксигенации)
- PaCO~2~
- Beef

Тяжесть состояния данного пациента обусловлена

- острым нарушением мозгового кровообращения
- острой сердечно-сосудистой недостаточностью
- острой печёночной недостаточностью
- острой дыхательной недостаточностью

В данной клинической ситуации о развитии у пострадавшего острой дыхательной недостаточности свидетельствует

- снижение дефицита оснований
- артериальная гипотензия
- снижение индекса оксигенации до 162,7
- брадикардия

На основании анамнестических данных, клинической картины, клинико-лабораторных обследований, инструментальных исследований и проведенных консультаций развитие субкомпенсированного метаболического ацидоза больного обусловлено

- острой печёночной недостаточностью
- острым нарушением мозгового кровообращения по ишемическому типу
- острой сердечно-сосудистой недостаточностью
- тканевой гипоксией вследствие снижения насыщения артериальной крови кислородом

Нарушение оксигенации у пострадавшего

- среднетяжёлое
- тяжёлое

- отсутствует
- легкое

Для компенсации метаболического ацидоза у пострадавшего необходимо применить

- гемодиализ
- внутривенное введение 4% раствора гидрокарбоната натрия
- инфузионную терапию
- ингаляцию кислородом через лицевую маску

В качестве антидота отравления метадоном необходимо использовать

- гемодиализ
- внутривенное введение 4% раствора гидрокарбоната натрия
- инфузионную терапию
- ингаляцию кислородом через лицевую маску

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 50 лет доставлен бригадой скорой медицинской помощи в токсикологическое отделение.

Жалобы
Не предъявляет по причине отсутствия сознания.

Анамнез заболевания
Из анамнеза заболевания: найден на улице без сознания. Лежал на скамейке. Рядом находилась пустая бутылка из-под водки. На момент прибытия бригады находился в коматозном состоянии. На догоспитальном этапе проведена оксигенотерапия.

Анамнез жизни
Анамнез жизни неизвестен. Аллергический анамнез неизвестен.

Объективный статус
Состояние тяжелое. Рост 175 см, масса тела 77 кг. Открывание глаз отсутствует. Речевая реакция отсутствует. Патологическое сгибание в ответ на болевое раздражение. Зрачки: D=S, мидриаз, реакция на свет ослаблена, «плавающие глазные яблоки». Ригидности затылочных мышц нет. Тонус мышц снижен. Рефлексы низкие, патологических рефлексов нет. Кожные покровы обычной окраски, сухие, теплые. Видимые слизистые обычной окраски, Сыпи нет. Гемодинамика стабильна, ЧСС 88 уд/мин. Пульс ритмичный, сниженного

наполнения, AD 130/90 мм рт. ст., Дыхание самостоятельное, SpO~2~ 99%. Перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно жесткое, хрипов нет, частота дыхания 18/мин. Живот обычной формы, симметричный, мягкий, в акте дыхания участвует. При пальпации безболезненный, без реакции на пальпацию, не вздут. При катетеризации мочевого пузыря получено 100 мл мочи желтого цвета. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный.

Больной госпитализирован в стационар по поводу

- острой дыхательной недостаточности
- токсической энцефалопатии
- острой сердечно-сосудистой недостаточности
- острой почечной недостаточности

Исходя из данных объективного осмотра, степень нарушений сознания у больного по шкале комы Глазго-Питсбург соответствует (в баллах)

- 6-7
- 14-15
- 8-10
- 3-5

Больной должен быть осмотрен врачом-токсикологом или врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее +____+ минут от момента госпитализации

- 30
- 45
- 15
- 60

Согласно критериям качества специализированной медицинской помощи, взрослым и детям при токсическом действии алкоголя (код по МКБ 10: Т51) необходимо назначить выполнение

- 30
- 45
- 15
- 60

Результаты обследования

Показатели газового и кислотно-основного состояния (КОС) крови можно охарактеризовать

- субкомпенсированный метаболический лактат-ацидоз с респираторной компенсацией
- субкомпенсированный респираторный ацидоз с метаболической компенсацией
- декомпенсированный смешанный респираторный и метаболический ацидоз
- явлений гипоксемии нет; показатели КОС находятся в пределах нормальных значений

Показатели водно-электролитного баланса можно охарактеризовать

- выявлена гиперкалиемия
- выявлена гипернатриемия
- выявлена гипонатриемия
- нарушений показателей нет

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

- выявлена гиперкалиемия
- выявлена гипернатриемия
- выявлена гипонатриемия
- нарушений показателей нет

Диагноз

Данному пациенту показана консультация врача

- анестезиолога-реаниматолога
- хирурга
- терапевта
- инфекциониста

К первоочередным лечебным мероприятиям у больных с острыми отравлениями этанолом относят

- зондовое промывание желудка
- антидотную терапию
- оксигенотерапию
- методы гравитационной хирургии крови

К ведущим лечебным детоксицирующим мероприятиям в стационаре при остром отравлении этанолом относят

- проведение гемодиализа

- проведение гемосорбции
- проведение форсированного диуреза с ощелачиванием мочи не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при отсутствии медицинских противопоказаний)
- ультрафиолетовое облучение крови не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при отсутствии медицинских противопоказаний)

Через 8 часов у больного отмечается положительная динамика. Общее состояния расценено как удовлетворительное. Уровень сознания - ясное. Дыхание самостоятельное. В дальнейшей тактике ведения больного необходимо

- провести зондовое промывание желудка и назначить оксигенотерапию
- назначить медикаментозную седацию больного
- продолжить наблюдение за состоянием больного
- назначить внутримышечно дыхательные аналептики (кордиамин по 1,0)

К критериям выписки из стационара у больного с токсическим действием этанола относят

- провести зондовое промывание желудка и назначить оксигенотерапию
- назначить медикаментозную седацию больного
- продолжить наблюдение за состоянием больного
- назначить внутримышечно дыхательные аналептики (кордиамин по 1,0)

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 36 лет доставлен в токсикологическое отделение.

Жалобы
Без сознания, не контактен.

Анамнез заболевания
Жена обнаружила без сознания на полу в спальне. Вызвала бригаду скорой медицинской помощи. Известно, что утром чувствовал себя удовлетворительно. На догоспитальном этапе уровень глюкозы крови составил 1,1 ммоль/л. Проведена инъекция глюкозы 40% – 40,0, уровень глюкозы крови составил 3,6 ммоль/л.

Анамнез жизни
* Увлекается бодибилдингом, с целью увеличения мышечной массы ежедневно

внутрикожно сам себе делает инъекции инсулина, уровень глюкозы не контролирует. * Не курит, алкоголем не злоупотребляет. * Профессиональных вредностей нет. * Аллергических реакций нет. * Оперативных вмешательств не было.

Объективный статус
Состояние тяжелое. Без сознания. Рост 178 см, масса тела 88 кг. При оценке уровня нарушений сознания открывание глаз отсутствует. Речевая реакция отсутствует. Движений нет. Фотореакция отсутствует, D = S, зрачки средней величины, реакция на свет ослаблена. Ригидности затылочных мышц нет. Тонус мышц снижен. Рефлексы низкие, патологических рефлексов нет. Кожа влажная, бледная, холодная. Цианоз губ. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 112/мин, АД 100/55 мм рт. ст. Температура тела 36,7℃. Живот симметричный, при пальпации безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптомов раздражения брюшины нет. Гипертонус мышц. Сухожильные рефлексы повышены.

В качестве экспресс-метода диагностики в данной ситуации следует осуществить определение уровня

- провести зондовое промывание желудка и назначить оксигенотерапию
- назначить медикаментозную седацию больного
- продолжить наблюдение за состоянием больного
- назначить внутримышечно дыхательные аналептики (кордиамин по 1,0)

Результаты обследования

Для оценки возможных травматических повреждений костей черепа и очаговых/диффузных изменений вещества головного мозга выполняется

- провести зондовое промывание желудка и назначить оксигенотерапию
- назначить медикаментозную седацию больного
- продолжить наблюдение за состоянием больного
- назначить внутримышечно дыхательные аналептики (кордиамин по 1,0)

Результаты обследования

Оценить степень нарушения сознания больного можно по шкале

- провести зондовое промывание желудка и назначить оксигенотерапию
- назначить медикаментозную седацию больного
- продолжить наблюдение за состоянием больного
- назначить внутримышечно дыхательные аналептики (кордиамин по 1,0)

Результаты обследования

На основании полученных данных состояние пациента может быть расценено как

- кетоацидотическая кома
- острый вирусный гепатит В, печеночная кома
- ушиб головного мозга средней степени тяжести
- гипогликемическая кома

В качестве экстренной помощи необходимо ввести глюкозу +____+% +_____+ мл

- 5; 1000, внутривенно
- 5; 100; через зонд
- 5; 200; через зонд
- 40;100; внутривенно

Лечение пациента должно осуществляться в условиях

- амбулаторно-поликлинического отделения
- дневного стационара
- отделения реанимации и интенсивной терапии
- терапевтического отделения

Внутривенное капельное введение глюкозы 10-20% должно продолжаться

- обязательно до восстановления сознания
- не более 12 часов
- до нормализации гликемии
- не более 6 часов

При появлении симптомов отека головного мозга необходимо ввести

- инсулин короткого действия
- спиронолактон
- маннитол
- NaCl 0,45%

При достижении нормального уровня глюкозы плазмы введение раствора глюкозы 10-20% следует дополнять введением +____+ ЕД инсулина короткого действия на каждые 20 г глюкозы

- 5-6
- 3-4

- 7-8
- 1-2

Мониторинг гликемии до достижения ее уровня 3 ммоль/л должен производится каждые (в минутах)

- 5-6
- 3-4
- 7-8
- 1-2

Дополнительная информация: изменения показателей газового и кислотно-основного состояния крови
Артериальная кровь: * pCO~2~ 44 мм рт. ст. (36-45); * pO~2~ 84 мм рт. ст. (85-105); * BEb– 2,9 ммоль/л; * SO~2~ 98% (75-99); * BEect– 3,1 ммоль/л; * pH 7,37 (7,35-7,45)
Изменения показателей газового и кислотно-основного состояния крови можно охарактеризовать

- субкомпенсированный респираторный ацидоз с метаболической компенсацией
- субкомпенсированный метаболический лактат-ацидоз с респираторной компенсацией
- выраженные явления гипоксемии; декомпенсированный дыхательный ацидоз
- явлений гипоксемии нет; показатели КОС находятся в пределах нормальных значений

Наблюдение за состоянием пациента после восстановления состояния, при сохранных витальных функциях следует проводить в отделении

- субкомпенсированный респираторный ацидоз с метаболической компенсацией
- субкомпенсированный метаболический лактат-ацидоз с респираторной компенсацией
- выраженные явления гипоксемии; декомпенсированный дыхательный ацидоз
- явлений гипоксемии нет; показатели КОС находятся в пределах нормальных значений

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пострадавший мужчина 29 лет доставлен бригадой скорой медицинской помощи в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы
на * сухость во рту, * нарушение глотания, * нарушение ближнего видения, * светобоязнь, * сердцебиение, * одышку, * головную боль.

Анамнез заболевания
Пострадавший находился на осмотре у врача-офтальмолога. После закапывания глазных капель (Sol. Atropini 1%) обратил внимание на сухость во рту, нарушение глотания, сердцебиение, головную боль. Вызвана бригада скорой медицинской помощи. При осмотре отмечается незначительное возбуждение. Кожные покровы сухие, тёплые на ощупь. Зрачки расширены. Дыхание везикулярное 14/мин, SaO~2~– 95%. АД 140/70 мм рт. ст., пульс 104/мин. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия Sol. NaCl, 0,9% - 400,0, ингаляция 30% кислорода через лицевую маску.

Анамнез жизни
* Хронические заболевания отрицает. * Не курит, алкоголем не злоупотребляет. * Аллергологический анамнез спокойный. * Аппендэктомия в детстве.

Объективный статус
* Общее состояние средней степени тяжести. Пациент возбуждён, отмечается спутанность речи, предъявляет жалобы на, сухость во рту и глотке, нарушение глотания, нарушение ближнего видения, светобоязнь. Кожные покровы гиперемированы, сухие, тёплые на ощупь. Зрачки расширены, D=S, фотореакция на свет отсутствует. * Сердечно-сосудистая система: сердечные тоны ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений 116/мин, артериальное давление 160/80 мм рт. ст. * Дыхательная система: дыхание везикулярное, с частотой 12-14/мин, хрипы не выслушиваются, SaO~2~: 96%. * Желудочно-кишечный тракт: язык влажный, не обложен, живот при пальпации мягкий, кишечная перистальтика не выслушивается.

<u>Для определения причины развития тахикардии и аритмии пациенту в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи необходимо выполнить</u>

- субкомпенсированный респираторный ацидоз с метаболической компенсацией
- субкомпенсированный метаболический лактат-ацидоз с респираторной компенсацией
- выраженные явления гипоксемии; декомпенсированный дыхательный ацидоз

- явлений гипоксемии нет; показатели КОС находятся в пределах нормальных значений

Результаты обследования

Для определения степени нарушения дыхания необходимо провести анализ

- субкомпенсированный респираторный ацидоз с метаболической компенсацией
- субкомпенсированный метаболический лактат-ацидоз с респираторной компенсацией
- выраженные явления гипоксемии; декомпенсированный дыхательный ацидоз
- явлений гипоксемии нет; показатели КОС находятся в пределах нормальных значений

Результаты обследования

Индекс оксигенации у данного пациента составляет

- 457,6
- 128,9
- 324,3
- 486,5

Данные показателей кислотно-основного состояния соответствуют

- компенсированному респираторному ацидозу
- норме
- компенсированному метаболическому ацидозу
- декомпенсированному респираторному ацидозу

Для постановки диагноза данному пациенту в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи необходимо выполнить

- компенсированному респираторному ацидозу
- норме
- компенсированному метаболическому ацидозу
- декомпенсированному респираторному ацидозу

Результаты обследования

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

- компенсированному респираторному ацидозу
- норме
- компенсированному метаболическому ацидозу
- декомпенсированному респираторному ацидозу

Диагноз

Для установления степени нарушения функции дыхательной системы необходимо оценить в артериальной крови

- HCO~3~^–^
- индекс оксигенации (PaO~2~/FiO~2~)
- Beef
- PaCO~2~

Тяжесть состояния пациента обусловлена

- острым нарушением мозгового кровообращения по ишемическому типу
- острой дыхательной недостаточностью
- гиперактивной формой антихолинергического синдрома
- острой сердечно-сосудистой недостаточностью

При развитии тахикардии, изменениях на электрокардиограмме (удлинение QRS), сухости во рту, мидриазе дифференциальную диагностику необходимо проводить с

- тромбоэмболией лёгочной артерии
- отравлением бензодиазепинами
- злокачественным нейролептическим синдромом
- опухолью надпочечников

Степень нарушения оксигенации у пострадавшего

- умеренная
- средняя
- отсутствует
- тяжёлая

Данному пациенту необходимо провести кислородотерапию методом

- искусственной вентиляции легких
- искусственной вентиляции легких с постоянным положительным давлением воздуха в дыхательных путях (CPAP)
- ингаляции кислорода через лицевую маску

- искусственной вентиляции легких с положительным давлением к концу выдоха

<u>При отравлении атропином необходимо применить антидот</u>

- искусственной вентиляции легких
- искусственной вентиляции легких с постоянным положительным давлением воздуха в дыхательных путях (CPAP)
- ингаляции кислорода через лицевую маску
- искусственной вентиляции легких с положительным давлением к концу выдоха

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пострадавший мужчина 32 лет доставлен в центр анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии.

Жалобы
на * зрительные галлюцинации («парящее облако» в помещении), * сухость во рту, * нарушение глотания, * нарушение ближнего видения, * светобоязнь, * сердцебиение, * одышку, * головную боль.

Анамнез заболевания
Для выполнения премедикации перед проведением общей ингаляционной анестезии с интубацией трахеи и искусственной вентиляции легких больному введено Sol. Atropini – 1 мг, Sol. Sibasoni – 10 мг. На этом фоне врачом-анестезиологом были отмечена тахикардия (110/мин), больной начал предъявлять жалобы на сухость во рту, появление «парящего облака» в операционной. Проведение анестезии было отменено, больной переведён в центр анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии (ЦАРИТ).

Анамнез жизни
* Хронические заболевания отрицает. * Не курит, алкоголем не злоупотребляет. * Аллергологический анамнез спокойный. * Аппендэктомия в детстве.

Объективный статус
* Общее состояние средней степени тяжести. Пациент возбуждён, отмечается спутанность речи, предъявляет жалобы на зрительные галлюцинации, сухость во рту и глотке, нарушение глотания, нарушение ближнего видения, светобоязнь. Кожные покровы гиперемированы, сухие, тёплые на ощупь. Зрачки расширены, D=S, фотореакция на свет отсутствует. * Сердечно-сосудистая система: сердечные тоны ясные, ритмичные, частота сердечных

сокращений 112/мин, артериальное давление 150/80 мм рт. ст. * Дыхательная система: дыхание везикулярное, с частотой 12-14/мин, хрипы не выслушиваются, SaO~2~: 94%. * Желудочно-кишечный тракт: язык влажный, не обложен, живот при пальпации мягкий, кишечная перистальтика не выслушивается.

Для определения причины развития тахикардии и аритмии пациенту в условиях ЦАРИТ необходимо выполнить

- искусственной вентиляции легких
- искусственной вентиляции легких с постоянным положительным давлением воздуха в дыхательных путях (CPAP)
- ингаляции кислорода через лицевую маску
- искусственной вентиляции легких с положительным давлением к концу выдоха

Результаты обследования

Для определения степени нарушения дыхания необходимо провести анализ

- искусственной вентиляции легких
- искусственной вентиляции легких с постоянным положительным давлением воздуха в дыхательных путях (CPAP)
- ингаляции кислорода через лицевую маску
- искусственной вентиляции легких с положительным давлением к концу выдоха

Результаты обследования

Индекс оксигенации у данного пациента составляет

- 324,3
- 457,6
- 128,9
- 486,5

Данные показателей кислотно-основного состояния соответствуют

- компенсированному респираторному ацидозу
- норме
- декомпенсированному респираторному ацидозу
- компенсированному метаболическому ацидозу

Для постановки диагноза данному пациенту в условиях ЦАРИТ необходимо выполнить

- компенсированному респираторному ацидозу
- норме
- декомпенсированному респираторному ацидозу
- компенсированному метаболическому ацидозу

Результаты обследования

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

- компенсированному респираторному ацидозу
- норме
- декомпенсированному респираторному ацидозу
- компенсированному метаболическому ацидозу

Диагноз

Для установления степени нарушения функции дыхательной системы необходимо оценить в артериальной крови

- Beef
- HCO~3~^–^
- PaO~2~/FiO~2~ (индекс оксигенации)
- PaCO~2~

Тяжесть состояния пациента обусловлена

- острой дыхательной недостаточностью
- острым нарушением мозгового кровообращения по геморрагическому типу
- острой сердечно-сосудистой недостаточностью
- гиперактивной формой холинолитического синдрома

При развитии тахикардии, изменениях на электрокардиограмме (удлинение QRS), сухости во рту, мидриазе дифференциальную диагностику необходимо проводить с

- отравлением бензодиазепинами
- злокачественным нейролептическим синдромом
- тромбоэмболией лёгочной артерии
- опухолью надпочечников

Степень нарушения оксигенации у пострадавшего

- отсутствует
- умеренная
- средняя
- тяжёлая

Для купирования психомоторного возбуждения необходимо использовать

- фенозепам
- наркотические анальгетики
- диазепам
- дроперидол

При отравлении атропином необходимо применить антидот

- фенозепам
- наркотические анальгетики
- диазепам
- дроперидол

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пострадавший мужчина 34 лет доставлен в центр анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии.

Жалобы
на * сухость во рту и глотке, * нарушение глотания, * нарушение ближнего видения, * светобоязнь, * сердцебиение, * одышку, * головную боль.

Анамнез заболевания
Для выполнения премедикации перед проведением общей ингаляционной анестезии с интубацией трахеи и искусственной вентиляции легких больному введено Sol. Atropini – 1 мг, Sol. Sibasoni – 10 мг. На этом фоне врачом-анестезиологом-реаниматологом были отмечена тахикардия (110/мин), больной начал предъявлять жалобы на сухость во рту. Проведение анестезии было отменено, больной переведён в центр анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии (ЦАРИТ).

Анамнез жизни
* Хронические заболевания отрицает. * Не курит, алкоголем не злоупотребляет. * Аллергологический анамнез спокойный. * Аппендэктомия в детстве.

Объективный статус

* Общее состояние средней степени тяжести. Пациент возбуждён, отмечается спутанность речи, жалобы на сухость во рту и глотке, нарушение глотания, нарушение ближнего видения, светобоязнь. Кожные покровы гиперемированы, сухие, тёплые на ощупь. Зрачки расширены, D=S, фотореакция на свет отсутствует. * Сердечно-сосудистая система: сердечные тоны ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений 120/мин, артериальное давление 140/80 мм рт. ст. * Дыхательная система: дыхание везикулярное, с частотой 14-16/мин, хрипы не выслушиваются, SaO~2~: 91%. * Желудочно-кишечный тракт: язык влажный, не обложен, живот при пальпации мягкий, кишечная перистальтика не выслушивается.

Для определения причины тахикардии и аритмии пациенту в условиях ЦАРИТ необходимо выполнить

- фенозепам
- наркотические анальгетики
- диазепам
- дроперидол

Результаты обследования

Для определения степени нарушения дыхания необходимо провести анализ

- фенозепам
- наркотические анальгетики
- диазепам
- дроперидол

Результаты обследования

Индекс оксигенации у данного пациента составляет

- 128,9
- 324,3
- 457,6
- 486,5

Данные показателей кислотно-основного состояния соответствуют

- норме
- компенсированному респираторному ацидозу
- декомпенсированному респираторному ацидозу
- компенсированному метаболическому ацидозу

Для постановки диагноза данному пациенту в условиях ЦАРИТ необходимо выполнить

- норме
- компенсированному респираторному ацидозу
- декомпенсированному респираторному ацидозу
- компенсированному метаболическому ацидозу

Результаты обследования

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

- норме
- компенсированному респираторному ацидозу
- декомпенсированному респираторному ацидозу
- компенсированному метаболическому ацидозу

Диагноз

Для установления степени нарушения функции дыхательной системы необходимо оценить в артериальной крови

- HCO~3~^–^
- PaO~2~/FiO~2~ (индекс оксигенации)
- PaCO~2~
- Beef

Тяжесть состояния пациента обусловлена

- острой дыхательной недостаточностью
- антихолинергическим синдромом вследствие передозировки атропином
- острой сердечно-сосудистой недостаточностью
- острым нарушением мозгового кровообращения по ишемическому типу

При развитии тахикардии, изменениях на электрокардиограмме (удлинение QRS), сухости во рту, мидриазе дифференциальную диагностику необходимо проводить с

- опухолью надпочечников
- злокачественным нейролептическим синдромом
- отравлением бензодиазепинами
- тромбоэмболией лёгочной артерии

Степень нарушения оксигенации у пострадавшего

- средняя
- умеренная
- тяжёлая
- отсутствует

Данному пациенту необходимо провести кислородотерапию методом

- искусственной вентиляции легких с положительным давлением к концу выдоха
- искусственной вентиляции легких с постоянным положительным давлением воздуха в дыхательных путях (CPAP)
- искусственной вентиляции легких
- ингаляции кислорода через лицевую маску

При отравлении атропином необходимо применить антидот

- искусственной вентиляции легких с положительным давлением к концу выдоха
- искусственной вентиляции легких с постоянным положительным давлением воздуха в дыхательных путях (CPAP)
- искусственной вентиляции легких
- ингаляции кислорода через лицевую маску

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пострадавший мужчина 24 лет доставлен бригадой скорой медицинской помощи в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы
Не предъявляет ввиду отсутствия сознания.

Анамнез заболевания
Из анамнеза заболевания. Был обнаружен соседями в подъезде. Вызвана бригада скорой медицинской помощи. При осмотре: речевой контакт отсутствует, мышечный тонус снижен, периферические рефлексы отсутствуют. Кожные покровы сухие, холодные на ощупь. Зрачки сужены до размера булавочной головки, фотореакция на свет отсутствует. Дыхание поверхностное 6-8/мин, SaO~2~ – 54%. АД 80/40 мм рт. ст., пульс 44/мин. На догоспитальном этапе произведена интубация трахеи и искусственная вентиляция легких (FiO~2~

–40%), катетеризация локтевой вены, налажена инфузия Sol. NaCl, 0,9% - 400,0. Внутривенно введено Sol. Naloxoni – 0,4 мг.

Анамнез жизни
Со слов соседей – находится на учёте в наркологическом диспансере.

Объективный статус
* Общее состояние крайне тяжёлое. Уровень сознания – кома-I. Речевой контакт отсутствует, мышечный тонус снижен, периферические рефлексы отсутствуют. Миоз, фотореакция зрачков на свет отсутствует. Кожные покровы холодные, сухие, бледные. Наличие на локтевом сгибе след от выполненной внутривенной инъекции. * Сердечно-сосудистая система: сердечные тоны глухие, аритмичные, частота сердечных сокращений 40/мин, артериальное давление 70/40 мм рт. ст. * Дыхательная система: проводится искусственная вентиляция легких (FiO~2~–40%), SaO~2~: 60%. * Желудочно-кишечный тракт: язык влажный, не обложен, живот при пальпации мягкий.

Для постановки диагноза данному пациенту в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи необходимо выполнить

- искусственной вентиляции легких с положительным давлением к концу выдоха
- искусственной вентиляции легких с постоянным положительным давлением воздуха в дыхательных путях (CPAP)
- искусственной вентиляции легких
- ингаляции кислорода через лицевую маску

Результаты обследования

Для определения степени нарушения дыхания необходимо провести анализ

- искусственной вентиляции легких с положительным давлением к концу выдоха
- искусственной вентиляции легких с постоянным положительным давлением воздуха в дыхательных путях (CPAP)
- искусственной вентиляции легких
- ингаляции кислорода через лицевую маску

Результаты обследования

Индекс оксигенации у пациента составляет

- 97,5
- 118,4
- 211,3

- 112,7

Показатели кислотно-основного состояния пациента соответствуют

- декомпенсированному респираторному ацидозу
- субкомпенсированному метаболическому ацидозу
- респираторному алкалозу
- компенсированному респираторному ацидозу

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

- декомпенсированному респираторному ацидозу
- субкомпенсированному метаболическому ацидозу
- респираторному алкалозу
- компенсированному респираторному ацидозу

Диагноз

Для установления степени нарушения функции дыхательной системы необходимо оценить в артериальной крови

- PaCO~2~
- PaO~2~/FiO~2~ (индекс оксигенации)
- HCO~3~^–^
- Beef

Тяжесть состояния пациента обусловлена

- острой сердечно-сосудистой недостаточностью
- острой печёночной недостаточностью
- острой дыхательной недостаточностью
- острым нарушением мозгового кровообращения

О развитии дыхательной недостаточности свидетельствует

- снижение PaCO~2~ до 43 мм рт. ст
- брадикардия (40/мин)
- снижение сатурации до 68%
- артериальная гипотензия (70 и 40 мм рт. ст.)

На основании анамнестических данных, клинической картины, клинико-лабораторных обследований, инструментальных исследований и проведенных консультаций тяжесть состояния больного обусловлена

- тканевой гипоксией вследствие снижения насыщения артериальной крови кислородом
- острой печёночной недостаточностью
- острым нарушением мозгового кровообращения по ишемическому типу
- острой сердечно-сосудистой недостаточностью

Степень нарушения оксигенации у пострадавшего

- отсутствует
- тяжёлая
- средняя
- умеренная

Для компенсации метаболического ацидоза необходимо осуществить

- внутривенное введение NaHCO~3~ 4%
- инфузионную терапию
- гемодиализ
- ингаляцию кислородом через лицевую маску

При отравлении метадоном необходимо применить антидот

- внутривенное введение NaHCO~3~ 4%
- инфузионную терапию
- гемодиализ
- ингаляцию кислородом через лицевую маску

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пострадавший мужчина 28 лет доставлен бригадой скорой медицинской помощи в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы
Не предъявляет ввиду отсутствия сознания.

Анамнез заболевания
Из анамнеза заболевания. Был обнаружен прохожими на автобусной остановке. Вызвана бригада скорой медицинской помощи. При осмотре: речевой контакт отсутствует, мышечный тонус снижен, периферические рефлексы ослаблены. Кожные покровы сухие, холодные на ощупь. Зрачки сужены до размера булавочной головки, фотореакция на свет отсутствует. Дыхание поверхностное 6-8/мин, SaO~2~– 64%. АД 90/50 мм рт. ст., пульс 50/мин. На догоспитальном

этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия Sol. NaCl, 0,9% - 400,0, ингаляция 40% кислорода через лицевую маску. Внутривенно введено Sol. Naloxoni – 0,4 мг.

Анамнез жизни
Со слов прохожих – находится на учёте в наркологическом диспансере.

Объективный статус
* Общее состояние тяжёлое. Уровень сознания – сопор. Речевой контакт отсутствует, мышечный тонус снижен, периферические рефлексы ослаблены. Миоз, фотореакция зрачков на свет отсутствует. Кожные покровы холодные, сухие, бледные. Наличие на локтевом сгибе след от выполненной внутривенной инъекции. * Сердечно-сосудистая система: сердечные тоны глухие, ритмичные, частота сердечных сокращений 42/мин, артериальное давление 90/50 мм рт. ст. * Дыхательная система: дыхание ослаблено, с частотой 6-8/мин, хрипы не выслушиваются, SaO~2~: 50%. * Желудочно-кишечный тракт: язык влажный, не обложен, живот при пальпации мягкий, отмечалась однократная рвота.

Для постановки диагноза данному пациенту в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи необходимо выполнить

- внутривенное введение NaHCO~3~ 4%
- инфузионную терапию
- гемодиализ
- ингаляцию кислородом через лицевую маску

Результаты обследования

Для определения степени нарушения дыхания необходимо провести анализ

- внутривенное введение NaHCO~3~ 4%
- инфузионную терапию
- гемодиализ
- ингаляцию кислородом через лицевую маску

Результаты обследования

Для определения изменений в головном мозге необходимо выполнить

- внутривенное введение NaHCO~3~ 4%
- инфузионную терапию
- гемодиализ
- ингаляцию кислородом через лицевую маску

Результаты обследования

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

- внутривенное введение NaHCO~3~ 4%
- инфузионную терапию
- гемодиализ
- ингаляцию кислородом через лицевую маску

Диагноз

Для установления степени нарушения функции дыхательной системы необходимо оценить в артериальной крови

- pH
- PaO~2~/FiO~2~ (индекс оксигенации)
- Beef
- PvO~2~

При угнетении сознания до уровня сопора необходимо провести дифференциальную диагностику с

- инфарктом миокарда
- тромбоэмболией лёгочной артерии (ТЭЛА)
- острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК)
- острой сердечной недостаточностью

О развитии дыхательной недостаточности свидетельствует

- брадикардия (42/мин)
- снижение сатурации до 54%
- наличие изменений на магнитно-резонансной томограмме головного мозга
- снижение PaO~2~ до 65,1 мм рт. ст

На основании анамнестических данных, клинической картины, клинико-лабораторных обследований, инструментальных исследований и проведенных консультаций тяжесть состояния больного обусловлена

- острым нарушением мозгового кровообращения по ишемическому типу
- острым нарушением мозгового кровообращения по геморрагическому типу

- дыхательной недостаточностью, вследствие угнетения дыхательного центра в центральной нервной системе
- острой сердечно-сосудистой недостаточностью

Показатели кислотно-основного состояния артериальной крови свидетельствуют о развитии

- субкомпенсированного метаболического ацидоза
- декомпенсированного респираторного ацидоза
- респираторного алкалоза
- компенсированного респираторного ацидоза

Степень нарушения оксигенации у пострадавшего

- средняя
- умеренная
- отсутствует
- тяжёлая

Исходя из клинической ситуации, учитывая наличие у пострадавшего дыхательной недостаточности, обусловленной угнетением дыхательного центра в центральной нервной системе, вследствие отравления метадоном целесообразно выполнить

- ингаляция кислорода через лицевую маску
- искусственную вентиляцию легких с положительным давлением к концу выдоха
- искусственную вентиляцию легких
- ИВЛ с постоянным положительным давлением воздуха в дыхательных путях (CPAP)

При отравлении метадоном необходимо применить антидот

- ингаляция кислорода через лицевую маску
- искусственную вентиляцию легких с положительным давлением к концу выдоха
- искусственную вентиляцию легких
- ИВЛ с постоянным положительным давлением воздуха в дыхательных путях (CPAP)

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пострадавший мужчина 32 лет доставлен бригадой скорой медицинской помощи в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы
на * тошноту, * рвоту, * головную боль, * мышечную слабость.

Анамнез заболевания
Из анамнеза заболевания. Больной находится на учёте в наркологическом диспансере в течение 2 лет. После предъявления жалоб на резко ухудшение самочувствия родственниками была вызвана бригада скорой медицинской помощи. При осмотре: отмечается сонливость, тремор конечностей, спутанность речи. Кожные покровы сухие, тёплые на ощупь. Зрачки сужены. Дыхание везикулярное 12/мин, SaO~2~ – 84%. АД 100/60 мм рт. ст., пульс 52/мин. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия Sol. NaCl, 0,9% - 400,0, ингаляция 30% кислорода через лицевую маску. Внутривенно введено Sol. Naloxoni – 0,4 мг.

Анамнез жизни
* Находится под наблюдением в наркологическом диспансере в течение 2 лет. * Хронические заболевания отрицает. * Не курит, алкоголем не злоупотребляет. * Аллергологический анамнез спокойный. * Аппендэктомия в детстве.

Объективный статус
* Общее состояние средней степени тяжести. Отмечается спутанность сознания, нарушение ориентации в пространстве. Во времени и собственной личности ориентирован верно. Речевой контакт затруднён. Миоз, фотореакция зрачков на свет отсутствует. Мышечный тонус снижен, периферические рефлексы нормальные. Кожные покровы холодные, сухие, бледные. Наличие на локтевом сгибе след от выполненной внутривенной инъекции. * Сердечно-сосудистая система: сердечные тоны ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений 52/мин, артериальное давление 110/60 мм рт. ст. * Дыхательная система: дыхание везикулярное, с частотой 12-14/мин, хрипы не выслушиваются, SaO~2~: 80%. * Желудочно-кишечный тракт: язык влажный, не обложен, живот при пальпации мягкий, симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Для постановки диагноза данному пациенту в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи необходимо выполнить

- ингаляция кислорода через лицевую маску
- искусственную вентиляцию легких с положительным давлением к концу выдоха
- искусственную вентиляцию легких
- ИВЛ с постоянным положительным давлением воздуха в дыхательных путях (CPAP)

Результаты обследования

Для определения степени нарушения дыхания необходимо провести анализ

- ингаляция кислорода через лицевую маску
- искусственную вентиляцию легких с положительным давлением к концу выдоха
- искусственную вентиляцию легких
- ИВЛ с постоянным положительным давлением воздуха в дыхательных путях (CPAP)

Результаты обследования

Для постановки диагноза данному пациенту в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи необходимо выполнить

- ингаляция кислорода через лицевую маску
- искусственную вентиляцию легких с положительным давлением к концу выдоха
- искусственную вентиляцию легких
- ИВЛ с постоянным положительным давлением воздуха в дыхательных путях (CPAP)

Результаты обследования

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

- ингаляция кислорода через лицевую маску
- искусственную вентиляцию легких с положительным давлением к концу выдоха
- искусственную вентиляцию легких
- ИВЛ с постоянным положительным давлением воздуха в дыхательных путях (CPAP)

Диагноз

Для установления степени нарушения функции дыхательной системы необходимо оценить в артериальной крови

- Beef
- PaCO~2~
- PaO~2~/FiO~2~ (индекс оксигенации)
- HCO~3~^–^

При наличии миоза необходимо проведение дифференциальной диагностики с отравлением

- атропином
- псилоцибином
- LSD
- фосфорорганическими инсектицидами

О развитии дыхательной недостаточности свидетельствует

- расширение комплекса QRS на электрокардиограмме
- брадикардия (60/мин)
- снижение PaO~2~ до 85,1 мм рт. ст.
- PaCO~2~ – 36 мм рт.ст.

На основании анамнестических данных, клинической картины, клинико-лабораторных обследований, инструментальных исследований и проведенных консультаций тяжесть состояния больного обусловлена

- острой сердечно-сосудистой недостаточностью
- острым нарушением мозгового кровообращения по геморрагическому типу
- дыхательной недостаточностью, вследствие угнетения дыхательного центра в центральной нервной системе
- острым нарушением мозгового кровообращения по ишемическому типу

Показатели кислотно-основного состояния артериальной крови свидетельствуют о развитии

- компенсированного респираторного ацидоза
- декомпенсированного респираторного ацидоза
- респираторного алкалоза
- компенсированного метаболического ацидоза

Степень нарушения оксигенации у пострадавшего

- отсутствует
- умеренная
- тяжёлая
- средняя

Исходя из клинической ситуации, учитывая наличие у пострадавшего дыхательной недостаточности, обусловленной угнетением дыхательного

центра в центральной нервной системе, вследствие отравления метадоном целесообразно выполнить

- искусственную вентиляцию легких с положительным давлением к концу выдоха
- ингаляцию кислорода через лицевую маску
- искусственную вентиляцию легких
- ИВЛ с постоянным положительным давлением воздуха в дыхательных путях (CPAP)

При отравлении метадоном необходимо применить антидот

- искусственную вентиляцию легких с положительным давлением к концу выдоха
- ингаляцию кислорода через лицевую маску
- искусственную вентиляцию легких
- ИВЛ с постоянным положительным давлением воздуха в дыхательных путях (CPAP)

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 25 лет доставлен бригадой скорой медицинской помощи в отделение токсикологии.

Жалобы
на * повышение температуры тела до 38,9°С, * озноб, * потливость, * сухой кашель, * боль в нижних отделах правой половины грудной клетки, усиливающуюся при кашле, * глубоком вдохе, * общую слабость, * головную боль, * ломоту в теле, * снижение работоспособности.

Анамнез заболевания
Два дня назад случайно выпил 1 глоток бензина, вызвал искусственно рвоту. За день до поступления появился кашель и насморк, температура тела не повышалась. Лечился самостоятельно: грудной сбор, синекод, барсучий жир – без эффекта. В день поступления с утра температура повысилась до 38,5°С, затем максимально до 39,8°С, ввиду чего вызвал скорую медицинскую помощь, которой доставлен в отделение токсикологии.

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, на растения, пыль, домашних животных отрицает.

Объективный статус

Общее состояние тяжелое. Сознание ясное. В контакт вступает легко. В пространстве и времени ориентирован. Кожные покровы, склеры обычной окраски, влажные, отмечается гиперемия лица, акроцианоз. Видимые слизистые оболочки бледноватые. Периферические лимфоузлы: не увеличены, безболезненны, эластичны. Отеки не определяются. Температура: 38,3°С. Сердечно-сосудистая система: Пульс 100 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен, симметричный. Артериальное давление 110/80 мм рт. ст. Дыхательная система: Дыхание через нос затруднено. Дыхание ритмичное. ЧДД 24/мин. При перкуссии отмечается тупой перкуторный звук в нижних отделах легких справа. При аускультации в нижних отделах легких выслушиваются жесткое дыхание, влажные хрипы. 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

- искусственную вентиляцию легких с положительным давлением к концу выдоха
- ингаляцию кислорода через лицевую маску
- искусственную вентиляцию легких
- ИВЛ с постоянным положительным давлением воздуха в дыхательных путях (CPAP)

Результаты обследования

К обязательным для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- искусственную вентиляцию легких с положительным давлением к концу выдоха
- ингаляцию кислорода через лицевую маску
- искусственную вентиляцию легких
- ИВЛ с постоянным положительным давлением воздуха в дыхательных путях (CPAP)

Результаты обследования

Учитывая выявленные изменения, пациенту можно поставить диагноз: Острое отравление углеводородами тяжелой степени и

- искусственную вентиляцию легких с положительным давлением к концу выдоха
- ингаляцию кислорода через лицевую маску
- искусственную вентиляцию легких
- ИВЛ с постоянным положительным давлением воздуха в дыхательных путях (CPAP)

Диагноз

К абсолютным показаниям для искусственной вентиляции легких при острой дыхательной недостаточности, возникшей ввиду внебольничной пневмонии, относят нарушение сознания (сопор, кома) и

- повышение уровня креатинина до 80 мкмоль/л
- психомоторное возбуждение
- повышение PaCO~2~ > 10% от исходного уровня
- частоту дыхательных движений 24 в минуту

Антибактериальным препаратом выбора у данного пациента будет

- цефепим
- оксациллин
- кларитромицин
- цефтриаксон

Одним из критериев достаточности антибактериальной терапии внебольничной пневмонии является

- отсутствие осложнений внебольничной пневмонии
- частота дыхания < 30/мин
- исчезновение хрипов при аускультации
- стойкое снижение температуры тела <37,2ºС в течение не менее 48 часов

Назначение нестероидных противовоспалительных препаратов в данном случае может быть рекомендовано для

- профилактики осложнений
- улучшения общего самочувствия
- достижения жаропонижающего эффекта

- более быстрого выздоровления пациента

Рекомендуемые дозы амоксициллина у пациентов с внебольничной пневмонией при нормальной функции печени и почек – 0,5 г или 1 г внутрь каждые +_____+ часов/часа

- 24
- 8
- 12
- 4

Этиотропная антимикробная терапия при внебольничной пневмонии, вызванной Legionellaspp, включает в себя левофлоксацин плюс

- амоксициллин
- цефтриаксон
- бензилпенициллин
- рифампицин

К группам высокого риска развития пневмококковых инфекций относятся пациенты

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

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

- прием иммуномодуляторов сезонно
- метод закаливания
- прием витамина С в профилактических дозах
- пневмококковая вакцина

К одному из осложнений внебольничной пневмонии относят

- прием иммуномодуляторов сезонно
- метод закаливания
- прием витамина С в профилактических дозах
- пневмококковая вакцина

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 45 лет доставлен бригадой скорой медицинской помощи в токсикологическое отделение.

Жалобы
Не предъявляет по причине отсутствия сознания.

Анамнез заболевания
Из анамнеза заболевания: найден в квартире без сознания. На момент прибытия бригады находился в коматозном состоянии.

Анамнез жизни
* Анамнез жизни неизвестен. * Аллергический анамнез неизвестен.

Объективный статус
Состояние тяжелое. Рост 170 см, масса тела 70 кг. Открывание глаз отсутствует. Речевая реакция отсутствует. Патологическое сгибание в ответ на болевое раздражение. Зрачки: D=S, мидриаз, реакция на свет ослаблена, «плавающие глазные яблоки». Ригидности затылочных мышц нет. Тонус мышц снижен. Рефлексы низкие, патологических рефлексов нет. Кожные покровы обычной окраски, сухие, теплые. Видимые слизистые обычной окраски, Сыпи нет. Гемодинамика стабильна, ЧСС 93 уд/мин. Пульс ритмичный, сниженного наполнения, AD 125/80 мм рт. ст., Дыхание самостоятельное, SpO~2~ 98%. Перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно жесткое, хрипов нет, частота дыхания 16/мин. Живот обычной формы, симметричный, мягкий, в акте дыхания участвует. При пальпации безболезненный, без реакции на пальпацию, не вздут. При катетеризации мочевого пузыря получено 100 мл мочи желтого цвета. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный.

Больной госпитализирован в стационар по поводу

- острой дыхательной недостаточности
- острой почечной недостаточности
- острой сердечно-сосудистой недостаточности
- токсической энцефалопатии

Исходя из данных объективного осмотра степень нарушений сознания у больного по шкале комы Глазго-Питсбург соответствует +____+ баллам

- 3-5
- 8-10
- 14-15
- 6-7

Больной должен быть осмотрен врачом-токсикологом или врачом-анестезиологом-реаниматологом не позднее +____+ минут от момента госпитализации

- 60
- 45
- 10
- 30

Согласно критериям качества специализированной медицинской помощи, взрослым и детям при токсическом действии алкоголя (код по МКБ - 10: Т51) необходимо назначить выполнение

- 60
- 45
- 10
- 30

Результаты обследования

Показатели газового и кислотно-основного состояния (КОС) крови можно охарактеризовать как

- субкомпенсированный метаболический лактат-ацидоз с респираторной компенсацией
- субкомпенсированный респираторный ацидоз с метаболической компенсацией
- декомпенсированный смешанный респираторный и метаболический ацидоз
- явлений гипоксемии нет; показатели КОС находятся в пределах нормальных значений

Для дифференциальной диагностики отравления токсифицирующими спиртами необходимо провести исследование крови на содержание

- субкомпенсированный метаболический лактат-ацидоз с респираторной компенсацией
- субкомпенсированный респираторный ацидоз с метаболической компенсацией
- декомпенсированный смешанный респираторный и метаболический ацидоз
- явлений гипоксемии нет; показатели КОС находятся в пределах нормальных значений

Результаты обследования

<u>Учитывая полученные данные лабораторно-инструментального исследования, больному можно поставить диагноз</u>

- субкомпенсированный метаболический лактат-ацидоз с респираторной компенсацией
- субкомпенсированный респираторный ацидоз с метаболической компенсацией
- декомпенсированный смешанный респираторный и метаболический ацидоз
- явлений гипоксемии нет; показатели КОС находятся в пределах нормальных значений

Диагноз

<u>Данному пациенту показана консультация врача-</u>

- инфекциониста
- анестезиолога-реаниматолога
- терапевта
- хирурга

<u>К первоочередным лечебным мероприятиям у больных с острыми отравлениями этанолом относят</u>

- методы гравитационной хирургии крови
- антидотную терапию
- зондовое промывание желудка
- оксигенотерапию

<u>К ведущим лечебным детоксицирующим мероприятиям в стационаре при остром отравлении этанолом относят</u>

- проведение форсированного диуреза с ощелачиванием мочи не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при отсутствии медицинских противопоказаний)
- проведение гемосорбции
- проведение гемодиализа
- ультрафиолетовое облучение крови не позднее 30 минут от момента поступления в стационар (при отсутствии медицинских противопоказаний)

Через 8 часов у больного отмечается положительная динамика. Общее состояния расценено как удовлетворительное. Уровень сознания - ясное. Дыхание самостоятельное. В дальнейшей тактике ведения больного необходимо

- назначить внутримышечно дыхательные аналептики (кордиамин по 1,0)
- провести зондовое промывание желудка и назначить оксигенотерапию
- продолжить наблюдение за состоянием больного
- назначить медикаментозную седацию больного

К критериям выписки из стационара у больного с токсическим действием этанола относят

- назначить внутримышечно дыхательные аналептики (кордиамин по 1,0)
- провести зондовое промывание желудка и назначить оксигенотерапию
- продолжить наблюдение за состоянием больного
- назначить медикаментозную седацию больного

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 50 лет доставлена из дома бригадой скорой медицинской помощи в токсикологическое отделение.

Жалобы
на * слабость, * головную боль, * тошноту.

Анамнез заболевания
Неделю назад болела острым респираторным заболеванием, которое сопровождалось высокой температурой, лечилась народными средствами, принимала аспирин, парацетамол. Несмотря на нормализацию температуры, состояние больной в течение последних двух дней ухудшалось: беспокоили головная боль, диспептические расстройства, нарастала слабость. Постоянный прием ненаркотических аналгетиков не приносил облегчения. За сутки до обращения за медицинской помощью появилась желтушность кожных покровов и склер. Доставлена в стационар бригадой скорой медицинской помощи.

Анамнез жизни
* Хронические и инфекционные заболевания отрицает. * Аллергические реакции отрицает. * Вредных привычек нет.

Объективный статус

В сознании, несколько заторможена, негативна, температура тела 36,3°С. Иктеричность кожных покровов и склер. Зрачки: D = S, средней величины, реакция на свет сохранена, ригидности затылочных мышц нет, патологических рефлексов нет. Сердечно-сосудистая система: Частота сердечных сокращений 80 уд/мин, ритм правильный, Артериальное давление 130 и 90 мм рт. ст., тоны сердца приглушены. Дыхательная система: частота дыхательных движений 17 уд/мин, перкуторный тон легочный, симметричный с обеих сторон, дыхание жесткое, хрипов нет. SaO~2~ 93%. Желудочно-кишечный тракт: язык сухой, иктеричный, живот при пальпации умеренно болезненный в эпигастрии, симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Печень пальпируется на 3 см ниже края реберной дуги, болезненна при пальпации. Диурез самостоятельный, получено 150 мл мочи тёмно-жёлтого цвета.

Учитывая клиническую картину, пациентке показаны консультации врача

- оториноларинголога
- нефролога
- инфекциониста
- невролога

Для постановки диагноза при поступлении пациентке в условиях стационара необходимо выполнить

- оториноларинголога
- нефролога
- инфекциониста
- невролога

Результаты обследования

В условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи необходимо выполнить лабораторные методы исследования

- оториноларинголога
- нефролога
- инфекциониста
- невролога

Результаты лабораторных методов обследования

Наиболее прогностически значимым показателем при отравлении парацетамолом является

- оториноларинголога
- нефролога
- инфекциониста
- невролога

Результаты обследования

<u>В условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи необходимо выполнить инструментальные методы исследования</u>

- оториноларинголога
- нефролога
- инфекциониста
- невролога

Результаты инструментальных методов обследования

<u>На основании результатов клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования пациентке можно выставить диагноз</u>

- оториноларинголога
- нефролога
- инфекциониста
- невролога

Диагноз

<u>Тяжесть состояния определяет, прежде всего, высокую вероятность развития</u>

- острой печеночной недостаточности
- острой почечной недостаточности
- токсического эрозивного гастроэнтерита
- острой сердечно-сосудистой недостаточности

<u>Необходимо проведение дифференциальной диагностики с</u>

- отравлением этиловым алкоголем
- отравлением барбитуратами
- желчнокаменной болезнью
- вирусными гепатитами

<u>У пациента в качестве лабораторных признаков, свидетельствующих об острой печёночной недостаточности, следует рассматривать</u>

- концентрацию глюкозы крови
- содержание эритроцитов крови
- концентрацию свободного гемоглобина крови
- увеличение уровня трансаминаз

Антидотом при отравлении парацетамолом является

- эссенциале
- пенициллин
- ацетилцистеин
- гепа-мерц

На данной стадии отравления показаны методы детоксикации

- промывание желудка
- форсированный диурез
- плазмаферез с частичным замещением донорской плазмой
- кишечный лаваж

Для поддержания функции печени необходимо применение

- промывание желудка
- форсированный диурез
- плазмаферез с частичным замещением донорской плазмой
- кишечный лаваж

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина, примерно 30 лет, доставлена бригадой скорой медицинской помощи в отделение острых отравлений.

Жалобы
Не контактна.

Анамнез заболевания
Анамнез неизвестен. Обнаружена жильцами дома в парадной без сознания и с нарушением дыхания в виде урежения дыхания до 2-3 дыхательных движений в минуту. На догоспитальном этапе в связи с наличием дыхательной недостаточности проведена интубация трахеи, искусственная вентиляция легких, пункция и катетеризация периферической вены, инфузионная терапия. Сатурация кислорода до проведения интубации трахеи – 32%, частота дыхания

2-3 дыхательных движения в минуту, частота сердечных сокращений 123 в мин, артериальное давление 90/50 мм рт. ст. Доставлена в стационар.

Анамнез жизни
Неизвестен.

Объективный статус
Состояние крайне тяжелое. Рост 160 см, масса тела 42 кг. Открывание глаз отсутствует. Речевая реакция отсутствует. Патологическое сгибание в ответ на болевое раздражение. Зрачки: D = S, миоз, реакция на свет отсутствует. Ригидности затылочных мышц нет. Тонус мышц отсутствует. Рефлексы отсутствуют, патологических рефлексов нет. Кожа и слизистые оболочки сухие. Тургор кожи снижен. Выраженный цианоз. Периферических отеков нет. Дыхание: искусственная вентиляция легких. Перкуссия: отмечается тупой перкуторный звук в нижних отделах обоих легких. Аускультация: над всеми легочными полями дыхание резко ослаблено, жесткое, выслушивается масса разнокалиберных влажных хрипов. Тоны сердца ритмичные, частота сердечных сокращений 120 в 1 мин, артериальной давление 110/60 мм рт. ст. Температура тела 35,9°С. Язык: сухой, чистый. Живот при пальпации: мягкий, без реакции на пальпацию во всех отделах, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень ниже края реберной дуги (+4 см).

Осмотр пациентки целесообразно начать с оценки сознания по шкале

- промывание желудка
- форсированный диурез
- плазмаферез с частичным замещением донорской плазмой
- кишечный лаваж

Результаты обследования

Учитывая наличие картины опиоидного синдрома, результаты объективного осмотра, с целью подтверждения или опровержения диагноза острого отравления наиболее правильным будет продолжить диагностический поиск, выполнив определение на наличие

- промывание желудка
- форсированный диурез
- плазмаферез с частичным замещением донорской плазмой
- кишечный лаваж

Результаты обследования

На основании показателей газового состава крови и кислотно-основного состояния: pH – 7,01; напряжение углекислого газа в артериальной крови 84 мм рт. ст.; напряжение кислорода в артериальной крови 44 мм рт. ст.; SO~2~ – 65%; избыток оснований (BE ex) – -14, лактат – 4,6 ммоль/л, у пациентки можно диагностировать

- декомпенсированный респираторный ацидоз с метаболической компенсацией
- субкомпенсированный смешанный респираторный и метаболический ацидоз
- смешанный респираторный и метаболический ацидоз
- декомпенсированный метаболический лактат-ацидоз с респираторной компенсацией

Лабораторными методами исследования для оценки степени тяжести в условиях отделения токсикологической реанимации являются

- декомпенсированный респираторный ацидоз с метаболической компенсацией
- субкомпенсированный смешанный респираторный и метаболический ацидоз
- смешанный респираторный и метаболический ацидоз
- декомпенсированный метаболический лактат-ацидоз с респираторной компенсацией

Результаты лабораторных методов обследования

Для постановки диагноза данной пациентке инструментальными методами исследования в условиях отделения острых отравлений являются

- декомпенсированный респираторный ацидоз с метаболической компенсацией
- субкомпенсированный смешанный респираторный и метаболический ацидоз
- смешанный респираторный и метаболический ацидоз
- декомпенсированный метаболический лактат-ацидоз с респираторной компенсацией

Результаты инструментальных методов обследования

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

- декомпенсированный респираторный ацидоз с метаболической компенсацией
- субкомпенсированный смешанный респираторный и метаболический ацидоз
- смешанный респираторный и метаболический ацидоз
- декомпенсированный метаболический лактат-ацидоз с респираторной компенсацией

Диагноз

Ведущим жизнеопасным осложнением острого отравления метадоном является острая +_____+ недостаточность

- почечная
- печеночная
- дыхательная
- сердечно-сосудистая

Для оценки степени тяжести острой дыхательной недостаточности у данной пациентки необходимо контролировать

- динамику изменений газового состава крови и кислотно-основного состояния артериальной крови
- электрокардиограмму, клинический анализ крови, рентгенограмму грудной клетки
- артериальное давление, частоту сердечных сокращений, частоту дыхания
- ультразвуковую картину органов брюшной полости и малого таза

Полученные через 6 часов от момента поступления показатели газового состава крови и кислотно-основного состояния у пациентки: pCO~2~ (артерия) 35,7 мм рт. ст. (36-45); pO~2~ (артерия) 99 мм рт. ст. (85-105); BE b (артерия) -2,1 ммоль/л; SO~2~ (артерия) 100% (75-99); BE ect (артерия) -2,7 ммоль/л; pH (артерия) 7,37 (7,35-7,45), позволяют определить

- субкомпенсированный смешанный респираторный и метаболический ацидоз
- показатели в пределах нормальных значений
- декомпенсированный респираторный ацидоз с метаболической компенсацией
- декомпенсированный метаболический лактат-ацидоз с респираторной компенсацией

Учитывая наличие у больной явлений токсикогипоксической энцефалопатии и острой дыхательной недостаточности первоочередным мероприятием в лечении является

- проведение зондового промывания желудка
- назначение инфузионно-детоксикационной терапии
- назначение внутримышечно дыхательных аналептиков
- искусственная вентиляция легких

Через 24 часа выбранной тактики лечения сознание больной на уровне оглушения, дыхание больной переведено на вспомогательные режимы искусственной вентиляции легких под контролем газового состава крови и кислотно-основного состояния крови, показатели которых находятся в пределах нормальных значений. Пациентке следует предпринять лечебную тактику, заключающуюся в

- назначении внутримышечно дыхательных аналептиков (кордиамин по 1,0 внутримышечно) с последующей экстубацией
- экстубации и переводе на самостоятельное дыхание, проведении оксигенотерапии
- проведении вспомогательного режима искусственной вентиляции легких
- проведении зондового промывания желудка с последующей экстубацией и назначением оксигенотерапии

Через 48 часов выбранной тактики лечения сознание больной на уровне ясного, отмечается выраженное сопротивление дыхания больной аппаратному дыханию искусственной вентиляции легких, реакция в виде кашлевого рефлекса на интубационную трубку. Пациентке необходимо

- назначении внутримышечно дыхательных аналептиков (кордиамин по 1,0 внутримышечно) с последующей экстубацией
- экстубации и переводе на самостоятельное дыхание, проведении оксигенотерапии
- проведении вспомогательного режима искусственной вентиляции легких
- проведении зондового промывания желудка с последующей экстубацией и назначением оксигенотерапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пострадавший 39 лет, мужчина, доставлен скорой помощью в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы
Жалобы на головокружение, слабость, тошноту, рвоту.

Анамнез заболевания
Из анамнеза заболевания. Употреблял алкоголь (виски, общий объём около 1,5 литра) в течение 6 часов. Потерял сознание. Была вызвана бригада СМП. Осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Жалобы на тошноту, слабость, головокружение, нарушение координации движений. При осмотре ощущается запах алкоголя изо рта, координация движений нарушена, речь несвязная, дезориентирован в пространстве и времени. Кожные покровы нормальной окраски, влажные, тёплые на ощупь. Дыхание везикулярное, с частотой 12/мин, хрипов нет, SaO~2 ~– 72%, АД100 и 60мм рт. ст., пульс – 52/мин, аритмичный. Пострадавший госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия 400мл физиологического раствора хлористого натрия, ингаляция 30% кислорода через лицевую маску.

Анамнез жизни
* Анамнез жизни. Хронические заболевания отрицает. * Аллергический анамнез отрицает, не курит. Алкоголем не злоупотребляет. * Аллергологический анамнез спокойный * Аппендэктомия в детстве

Объективный статус
* Общее состояние тяжёлое. Уровень сознания – сопор. Фотореакция нормальная, зрачки расширены, D=S, мышечный тонус снижен, периферические рефлексы ослаблены. Кожные покровы влажные, прохладные, нормальной окраски. * Сердечно-сосудистая система: Сердечные тоны приглушены, аритмичные, частота сердечных сокращений – 52/мин, артериальное давление 90 и 50мм рт. ст. * Дыхательная система: Дыхание жёсткое, с частотой 8-10/мин, хрипы отсутствуют, насыщение артериальной крови кислородом (SaO~2~) – 77% * Желудочно-кишечный тракт: Язык влажный, не обложен, запах алкоголя изо рта, живот при пальпации мягкий, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Физиологические отправления в норме.

Для постановки диагноза данному пациенту в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи необходимо выполнить

- назначении внутримышечно дыхательных аналептиков (кордиамин по 1,0 внутримышечно) с последующей экстубацией
- экстубации и переводе на самостоятельное дыхание, проведении оксигенотерапии
- проведении вспомогательного режима искусственной вентиляции легких

- проведении зондового промывания желудка с последующей экстубацией и назначением оксигенотерапии

Результаты обследования

<u>Для определения степени нарушения оксигенации и кислотно-основного состояния крови необходимо оценить</u>

- назначении внутримышечно дыхательных аналептиков (кордиамин по 1,0 внутримышечно) с последующей экстубацией
- экстубации и переводе на самостоятельное дыхание, проведении оксигенотерапии
- проведении вспомогательного режима искусственной вентиляции легких
- проведении зондового промывания желудка с последующей экстубацией и назначением оксигенотерапии

Результаты обследования

<u>В ввиду угнетения сознания у пострадавшего до уровня сопора для исключения острого нарушения мозгового кровообращения необходимо выполнить</u>

- назначении внутримышечно дыхательных аналептиков (кордиамин по 1,0 внутримышечно) с последующей экстубацией
- экстубации и переводе на самостоятельное дыхание, проведении оксигенотерапии
- проведении вспомогательного режима искусственной вентиляции легких
- проведении зондового промывания желудка с последующей экстубацией и назначением оксигенотерапии

Результаты обследования

<u>Для исключения гипогликемической комы необходимо провести</u>

- назначении внутримышечно дыхательных аналептиков (кордиамин по 1,0 внутримышечно) с последующей экстубацией
- экстубации и переводе на самостоятельное дыхание, проведении оксигенотерапии
- проведении вспомогательного режима искусственной вентиляции легких
- проведении зондового промывания желудка с последующей экстубацией и назначением оксигенотерапии

Результаты обследования

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

- назначении внутримышечно дыхательных аналептиков (кордиамин по 1,0 внутримышечно) с последующей экстубацией
- экстубации и переводе на самостоятельное дыхание, проведении оксигенотерапии
- проведении вспомогательного режима искусственной вентиляции легких
- проведении зондового промывания желудка с последующей экстубацией и назначением оксигенотерапии

Диагноз

Для установления степени нарушения функции дыхательной системы необходимо оценить в газовом составе артериальной крови

- pH
- индекс оксигенации (ИО) (PaO~2~/FiO~2~)
- SaO~2~
- PaCO~2~

При наличии угнетения сознания до сопора, нарушении координации движений, снижения уровня оксигенации артериальной крови обязательно проведение дифференциальной диагностики с

- гипогликемией
- острым нарушением мозгового кровообращения по ишемическому типу
- черепно-мозговой травмой
- тромбоэмболией лёгочной артерии

Исходя из условий ситуационной задачи, причиной развития острой дыхательной недостаточности является

- тромбоэмболия легочной артерии
- черепно-мозговая травма
- центральное угнетение дыхания на фоне интоксикации этанолом
- центральное угнетение дыхания на фоне отравления опиатами

На основании анамнестических данных, клинической картины, клинико-лабораторных обследований, инструментальных исследований и проведенных консультаций тяжесть состояния больного обусловлена

- острой дыхательной недостаточностью
- острой сердечно-сосудистой недостаточностью

- токсической энцефалопатией
- острым нарушением мозгового кровообращения

Учитывая данные показателей кислотно-основного состояния, у больного

- респираторный алкалоз
- компенсированный метаболический ацидоз
- компенсированный респираторный ацидоз
- декомпенсированный метаболический ацидоз

Для удаления не всосавшегося токсиканта необходимо применить

- зондовое промывание желудка
- гемодиализ
- ЭКМО
- беззондовое промывание желудка

Для коррекции дыхательной недостаточности наиболее оптимальным в данных условиях является

- зондовое промывание желудка
- гемодиализ
- ЭКМО
- беззондовое промывание желудка

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пострадавший 27 лет, мужчина, доставлен скорой помощью в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы
Жалобы на головокружение, слабость, тошноту, опоясывающие боли.

Анамнез заболевания
Из анамнеза заболевания. Употреблял алкоголь (общий объём около 0,5 литра) в течение 2 часов. После двукратной рвоты вызвал бригаду СМП. Осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Жалобы на тошноту, слабость, головокружение, нарушение координации движений, опоясывающие боли. При осмотре ощущается запах алкоголя изо рта, координация движений нарушена, речь несвязная. Кожные покровы нормальной окраски, влажные, тёплые на ощупь. Дыхание везикулярное, с частотой, 18/мин, хрипов нет, SaO~2~– 88%, АД 110 и 60 мм рт. ст., пульс – 82/мин, ритмичный. Пострадавший

госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия 400 мл физиологического раствора хлористого натрия, ингаляция 30% кислорода через лицевую маску.

Анамнез жизни

* Анамнез жизни. Хронические заболевания отрицает. * Аллергический анамнез отрицает, не курит. * Аллергологический анамнез спокойный. * Аппендэктомия в детстве.

Объективный статус

* Общее состояние средней степени тяжести. Уровень сознания – умеренное оглушение. Жалобы на тошноту, слабость, головокружение, опоясывающие боли. Фотореакция нормальная, зрачки расширены, D=S, мышечный тонус в норме, периферические рефлексы ослаблены. Кожные покровы влажные, тёплые, нормальной окраски. * Сердечно-сосудистая система: Сердечные тоны приглушены, ритмичные, частота сердечных сокращений – 66/мин, артериальное давление 110 и 60 мм рт. ст. * Дыхательная система: Дыхание жёсткое, с частотой 10-12/мин, хрипы отсутствуют, насыщение артериальной крови кислородом (SaO~2~) – 92% * Желудочно-кишечный тракт: Язык влажный, не обложен, запах алкоголя изо рта, живот при пальпации мягкий, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Физиологические отправления в норме. Однократная рвота.

Для постановки диагноза данному пациенту в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи необходимо выполнить

- зондовое промывание желудка
- гемодиализ
- ЭКМО
- беззондовое промывание желудка

Результаты обследования

С учётом наличия опоясывающих болей, факта употребления алкоголя, необходимо определить

- зондовое промывание желудка
- гемодиализ
- ЭКМО
- беззондовое промывание желудка

Результаты обследования

С учётом подозрения на отравление этиленгликолем необходимо выполнить

- зондовое промывание желудка
- гемодиализ
- ЭКМО
- беззондовое промывание желудка

Результаты обследования

Для оценки нарушения кислотно-основного состояния, необходимо оценить

- зондовое промывание желудка
- гемодиализ
- ЭКМО
- беззондовое промывание желудка

Результаты обследования

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

- зондовое промывание желудка
- гемодиализ
- ЭКМО
- беззондовое промывание желудка

Диагноз

При наличии опоясывающих болей необходимо провести дифференциальную диагностику с

- острой почечной коликой
- тромбоэмболией легочной артерии
- острой печёночной недостаточностью
- язвой желудка

Учитывая данные показателей кислотно-основного состояния, у больного

- респираторный алкалоз
- компенсированный респираторный ацидоз
- декомпенсированный метаболический ацидоз
- субкомпенсированный метаболический ацидоз

Причина развития метаболического ацидоза у данного пациента связана с летальным синтезом этиленгликоля, сопровождающимся образованием кислых продуктов и нарушением

- экскреции кислых продуктов метаболизма
- утилизации кислорода тканями
- транспорта кислорода кровью
- внешнего дыхания

На основании анамнестических данных, клинической картины, клинико-лабораторных обследований, инструментальных исследований и проведенных консультаций тяжесть состояния больного обусловлена

- острой сердечно-сосудистой недостаточностью
- острой дыхательной недостаточностью
- острым повреждением почек
- острой печёночной недостаточностью

Для удаления не всосавшегося токсиканта необходимо провести

- зондовое промывание желудка
- гемодиализ
- экстракорпоральную мембранную оксигенацию
- беззондовое промывание желудка

При отравлении этиленгликолем необходимо использовать в качестве антидота

- метиленовый синий
- унитиол
- этанол-ректификат
- натрия тиосульфат

Для замещения функции почек терапии необходимо провести

- метиленовый синий
- унитиол
- этанол-ректификат
- натрия тиосульфат

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пострадавший 27 лет, мужчина, доставлен скорой помощью в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы
Жалобы на головокружение, слабость, тошноту, опоясывающие боли.

Анамнез заболевания

Из анамнеза заболевания. Употреблял алкоголь (общий объём около 0,3 литра) в течение 2 часов. Через 18 часов появились опоясывающие боли, вызвал бригаду СМП. Осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Жалобы на тошноту, слабость, головокружение, опоясывающие боли. При осмотре, координация движений нарушена, речь несвязная, кожные покровы нормальной окраски, влажные, тёплые на ощупь. Дыхание везикулярное, с частотой 22/мин, хрипов нет, SaO~2~– 89%, АД 160 и 90мм рт. ст., пульс - 50/мин, ритмичный. Пострадавший госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия 400 мл физиологического раствора хлористого натрия, ингаляция 30% кислорода через лицевую маску.

Анамнез жизни

* Анамнез жизни. Хронические заболевания отрицает. * Аллергический анамнез отрицает, не курит. * Аллергологический анамнез спокойный. * Аппендэктомия в детстве.

Объективный статус

* Общее состояние тяжёлое. Уровень сознания – ясное. Жалобы на тошноту, слабость, головокружение, опоясывающие боли. Фотореакция нормальная, зрачки расширены, D=S, мышечный тонус снижен, периферические рефлексы ослаблены. Кожные покровы влажные, тёплые, нормальной окраски, отёчные. * Сердечно-сосудистая система: Сердечные тоны приглушены, аритмичные, частота сердечных сокращений - 50/мин, артериальное давление 150 и 90 мм рт. ст. * Дыхательная система: Дыхание везикулярное, с частотой 18-20/мин, хрипы отсутствуют, насыщение артериальной крови кислородом (SaO~2~) – 92% * Желудочно-кишечный тракт: Язык влажный, не обложен, живот при пальпации мягкий, симптомы раздражения брюшины отрицательные. При пальпации боли в области поясницы. Диурез отсутствует. Однократная рвота.

Для постановки диагноза данному пациенту в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи необходимо провести определение

- метиленовый синий
- унитиол
- этанол-ректификат
- натрия тиосульфат

Результаты обследования

С учётом наличия опоясывающих болей, факта употребления алкоголя, необходимо определить

- метиленовый синий
- унитиол
- этанол-ректификат
- натрия тиосульфат

Результаты обследования

<u>С учётом подозрения на отравление этиленгликолем необходимо выполнить</u>

- метиленовый синий
- унитиол
- этанол-ректификат
- натрия тиосульфат

Результаты обследования

<u>Для оценки нарушения кислотно-основного состояния необходимо исследовать</u>

- метиленовый синий
- унитиол
- этанол-ректификат
- натрия тиосульфат

Результаты обследования

<u>Для установления причины развития брадикардии у пациента необходимо исследовать</u>

- метиленовый синий
- унитиол
- этанол-ректификат
- натрия тиосульфат

Результаты обследования

<u>На основании результатов клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования можно выставить диагноз</u>

- метиленовый синий
- унитиол
- этанол-ректификат
- натрия тиосульфат

Диагноз

<u>При наличии опоясывающих болей у пациента необходимо проведение дифференциальной диагностики с</u>

- язвой желудка
- острой печёночной недостаточностью
- тромбоэмболией легочной артерии
- почечной коликой

<u>Показатели кислотно-основного состояния свидетельствуют о развитии</u>

- декомпенсированного метаболического ацидоза
- компенсированного метаболического ацидоза
- респираторного алкалоза
- компенсированного респираторного ацидоза

<u>Причина развития брадикардии у данного пациента связана с</u>

- гипокалиемией
- декомпенсированным метаболическим ацидозом
- уремией
- гиперкалиемией

<u>На основании анамнестических данных, клинической картины, клинико-лабораторных обследований, инструментальных исследований и проведенных консультаций тяжесть состояния больного обусловлена</u>

- острым повреждением почек
- острой сердечно-сосудистой недостаточностью
- острой печёночной недостаточностью
- острой дыхательной недостаточностью

<u>При отравлении этиленгликолем необходимо использовать в качестве антидота</u>

- метиленовый синий
- этанол-ректификат
- тиосульфат натрия
- унитиол

<u>Для коррекции метаболического ацидоза необходимо применение</u>

- метиленовый синий
- этанол-ректификат

- тиосульфат натрия
- унитиол

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пострадавший 29 лет, мужчина, доставлен скорой помощью в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы
Жалобы на головокружение, слабость, тошноту, боли в животе, светобоязнь, «мерцание мушек» перед глазами.

Анамнез заболевания
Из анамнеза заболевания: Употреблял алкоголь (общий объём около 0,5 литра) в течение 2 часов. Через 20 часов появились боли в животе, светобоязнь, вызвал бригаду СМП. Осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Жалобы на головокружение, слабость, тошноту, боли в животе, светобоязнь, «мерцание мушек» перед глазами. При осмотре, координация движений нарушена, речь несвязная, кожные покровы нормальной окраски, влажные, тёплые на ощупь. Дыхание везикулярное с частотой 22/мин, хрипов нет, SaO~2~– 89%, АД 100 и 50 мм рт. ст., пульс - 62/мин, аритмичный. Пострадавший госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия 400 мл физиологического раствора хлористого натрия, ингаляция 30% кислорода через лицевую маску.

Анамнез жизни
* Анамнез жизни. Хронические заболевания отрицает. * Аллергический анамнез отрицает, не курит. * Аллергологический анамнез спокойный. * Аппендэктомия в детстве.

Объективный статус
* Общее состояние тяжёлое. Уровень сознания – ясное. Жалобы на головокружение, слабость, тошноту, боли в животе, светобоязнь, «мерцание мушек» перед глазами. Фотореакция нарушена, зрачки расширены, D=S, мышечный тонус снижен, периферические рефлексы ослаблены. Кожные покровы влажные, тёплые, нормальной окраски. * Сердечно-сосудистая система: Сердечные тоны приглушены, аритмичные, частота сердечных сокращений - 62/мин, артериальное давление 100 и 50 мм рт. ст. * Дыхательная система: Дыхание жёсткое, с частотой 14-16/мин, хрипы отсутствуют, насыщение артериальной крови кислородом (SaO~2~) – 92% * Желудочно-кишечный тракт: Язык влажный, не обложен, живот при пальпации мягкий,

симптомы раздражения брюшины отрицательные. Физиологические отправления в норме. Однократная рвота.

Для постановки диагноза данному пациенту в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи необходимо провести определение

- метиленовый синий
- этанол-ректификат
- тиосульфат натрия
- унитиол

Результаты обследования

С учётом предъявления жалоб на светобоязнь, «мерцание мушек» перед глазами и факта употребления алкоголя необходимо определить

- метиленовый синий
- этанол-ректификат
- тиосульфат натрия
- унитиол

Результаты обследования

С учётом подозрения на отравление метанолом необходимо выполнить

- метиленовый синий
- этанол-ректификат
- тиосульфат натрия
- унитиол

Результаты обследования

Для оценки нарушения кислотно-основного состояния у пациента необходимо исследовать

- метиленовый синий
- этанол-ректификат
- тиосульфат натрия
- унитиол

Результаты обследования

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

- метиленовый синий
- этанол-ректификат
- тиосульфат натрия
- унитиол

Диагноз

<u>При наличии нарушения зрения необходимо провести дифференциальную диагностику с</u>

- острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК)
- инфарктом миокарда
- тромбэмболией легочной артерии
- отравлением опиатами

<u>Данные показателей кислотно-основного состояния свидетельствуют о развитии</u>

- компенсированного респираторного ацидоза
- респираторного алкалоза
- декомпенсированного метаболического ацидоза
- компенсированного метаболического ацидоза

<u>На основании анамнестических данных, клинической картины, клинико-лабораторных обследований, инструментальных исследований и проведенных консультаций тяжесть состояния пациента обусловлена</u>

- острой дыхательной недостаточностью
- острой сердечно-сосудистой недостаточностью
- острым поражением почек
- поражением центральной нервной системы

<u>Для удаления невсосавшегося токсиканта необходимо применить</u>

- экстракорпоральную мембранную оксигенацию
- гемодиализ
- беззондовое промывание желудка
- зондовое промывание желудка

<u>При отравлении метанолом для проведения этиотропной терапии необходимо использовать</u>

- унитиол
- атропин

- этанол-ректификат
- метиленовый синий

Для ускорения окисления муравьиной кислоты необходимо использовать

- фолиевую кислоту
- реамберин
- этанол ректификат
- фуросемид

Для осуществления ускоренной детоксикации пациента показано проведение

- фолиевую кислоту
- реамберин
- этанол ректификат
- фуросемид

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пострадавший 35 лет, мужчина, доставлен скорой помощью в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы
Жалоб не предъявляет в виду отсутствия сознания.

Анамнез заболевания
Из анамнеза заболевания. Со слов соседей, употреблял алкоголь в течение 2 дней. Был найден в квартире без сознания. Вызвана бригада СМП. Осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Жалоб не предъявляет в виду отсутствия сознания. При осмотре, кожные покровы бледные, влажные, холодные на ощупь. Дыхание поверхностное, с частотой 8/мин, SaO~2~ 69%, АД 90 и 40мм рт. ст., пульс - 65/мин, аритмичный. Пострадавший госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия 400мл физиологического раствора хлористого натрия, проведена интубация трахеи, налажена ИВЛ (FiO~2~ – 40%).

Анамнез жизни
Анамнез жизни. Со слов соседей злоупотребляет алкоголем.

Объективный статус
* Общее состояние крайне тяжёлое. Уровень сознания – кома I. Жалоб не предъявляет в виду отсутствия сознания. Фотореакция отсутствует, зрачки расширены, D=S, мышечный тонус снижен, периферические рефлексы

отсутствуют. Кожные покровы влажные, холодные, нормальной окраски, отёчные. * Сердечно-сосудистая система: Сердечные тоны приглушены, аритмичные, частота сердечных сокращений - 56/мин, артериальное давление - 90 и 50мм рт. ст. * Дыхательная система: Проводится ИВЛ (FiO~2~ – 40%), SaO~2~ – 82%. * Желудочно-кишечный тракт: Язык влажный, не обложен, живот при пальпации мягкий, симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Для постановки диагноза данному пациенту в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи необходимо провести определение

- фолиевую кислоту
- реамберин
- этанол ректификат
- фуросемид

Результаты обследования

С учётом отсутствия сознания, факта употребления алкоголя необходимо определить

- фолиевую кислоту
- реамберин
- этанол ректификат
- фуросемид

Результаты обследования

Ввиду угнетения сознания у больного (комы I) для исключения черепно-мозговой травмы необходимо выполнить

- фолиевую кислоту
- реамберин
- этанол ректификат
- фуросемид

Результаты обследования

Для оценки нарушения кислотно-основного состояния необходимо исследовать

- фолиевую кислоту
- реамберин
- этанол ректификат
- фуросемид

Результаты обследования

С учётом обнаружения метанола в крови необходимо выполнить

- фолиевую кислоту
- реамберин
- этанол ректификат
- фуросемид

Результаты обследования

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

- фолиевую кислоту
- реамберин
- этанол ректификат
- фуросемид

Диагноз

Данные показателей кислотно-основного состояния свидетельствуют о развитии

- декомпенсированного метаболического ацидоза
- компенсированного респираторного ацидоза
- компенсированного метаболического ацидоза
- респираторного алкалоза

Причина нарушения сознания у данного пациента связана с формированием демиелинизации в ЦНС и

- гипогликемии
- острого нарушения мозгового кровообращения
- гиперкалиемии
- метаболического ацидоза

Для удаления не всосавшегося токсиканта необходимо выполнить

- зондовое промывание желудка
- беззондовое промывание желудка
- экстракорпоральную мембранную оксигенацию
- гемодиализ

При отравлении метанолом необходимо использовать средство этиотропной терапии (антидот) метилпиразол или

- унитиол
- ацизол
- этанол-ректификат
- метиленовый синий

Для коррекции метаболического ацидоза необходимо использовать

- натрия гидрокарбонат
- гемодез
- дикарб
- реамберин

Для ускорения окисления муравьиной кислоты в организме целесообразно использовать

- натрия гидрокарбонат
- гемодез
- дикарб
- реамберин

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пострадавший 42 лет, мужчина, доставлен скорой помощью в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы
Жалобы на тошноту, рвоту, сердцебиение, общую слабость, боль в животе.

Анамнез заболевания
Из анамнеза заболевания. Обнаружен прохожими на остановке общественного транспорта. После возникновения судорог была вызвана бригада СМП. Осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Жалобы на тошноту, рвоту, сердцебиение, общую слабость, боль в животе. При осмотре определён запах алкоголя изо рта, походка шаткая, дезориентирован во времени и пространстве, речь не связная. Зрачки расширены, виден характерный блеск глаз. Кожные покровы гиперемированные, влажные, тёплые на ощупь. Дыхание жёсткое, хрипов нет, с частотой 10×мин^-1^, SaO~2~– 92%, АД 150 и 80мм рт. ст., пульс – 80×мин^-1^, ритмичный. Пострадавший госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена

инфузия 400мл физиологического раствора хлористого натрия, ингаляция 30% кислорода через лицевую маску, внутримышечно введено sol.Naloxoni – 0,4мг

Анамнез жизни

* Хронические заболевания отрицает. * Аллергический анамнез отрицает, не курит. * Аллергологический анамнез спокойный * Аппендэктомия в детстве

Объективный статус

* Общее состояние средней степени тяжести. Уровень сознания – оглушение. Фотореакция нормальная, зрачки расширены, D=S, мышечный тонус повышен, сухожильные рефлексы повышены. Кожные покровы влажные, теплые, гиперемированные. При осмотре в стационаре у пациента произошёл повторный судорожный приступ * Сердечно-сосудистая система: Сердечные тоны приглушены, ритмичные, частота сердечных сокращений – 76×мин^-1^, артериальное давление 140 и 80 мм рт. ст. * Дыхательная система: Дыхание жёсткое, с частотой 8-10×мин^-1^, хрипы отсутствуют, насыщение артериальной крови кислородом (SaO~2~) – 90% * Желудочно-кишечный тракт: Язык влажный, не обложен, живот при пальпации мягкий, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Диурез по мочевому катетеру. Физиологические отправления в норме.

Для постановки диагноза данному пациенту в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи необходимо провести

- натрия гидрокарбонат
- гемодез
- дикарб
- реамберин

Результаты обследования

Полученные клинические данные свидетельствуют о необходимости определения

- натрия гидрокарбонат
- гемодез
- дикарб
- реамберин

Результаты обследования

Для определения степени нарушения оксигенации и кислотно-основного состояния крови необходимо оценить

- натрия гидрокарбонат
- гемодез
- дикарб
- реамберин

Результаты обследования

<u>На основании результатов клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования можно выставить диагноз</u>

- натрия гидрокарбонат
- гемодез
- дикарб
- реамберин

Диагноз

<u>Для установления степени нарушения функции дыхательной системы необходимо оценить в артериальной крови</u>

- натрия гидрокарбонат
- гемодез
- дикарб
- реамберин

Результаты обследования

<u>Данные лабораторных исследований свидетельствуют об изменении кислотно-основного состояния крови по типу</u>

- компенсированного респираторного ацидоза
- субкомпенсированного метаболического ацидоза
- декомпенсированного метаболического ацидоза
- декомпенсированного респираторного алкалоза

<u>При наличии болей в животе пациенту необходимо провести</u>

- компенсированного респираторного ацидоза
- субкомпенсированного метаболического ацидоза
- декомпенсированного метаболического ацидоза
- декомпенсированного респираторного алкалоза

Результаты обследования

Для проведения противосудорожной терапии пациенту необходимо ввести раствор

- кетамина
- натрия оксибутирата
- тиопентала натрия
- диазепама

Для предупреждения ауто- и гетероагрессивных действий и обеспечения безопасности проводимых лечебных мероприятий пациенту рекомендована (-о)

- изоляция
- тотальная миорелаксация и ИВЛ
- введение в медикаментозную кому
- фиксация в функциональной кровати

Для проведения детоксикации пациенту рекомендовано (-а)

- беззондовое промывание желудка
- зондовое промывание желудка
- МАРС-терапия
- лимфосорбция

Пациенту по окончанию промывания желудка через зонд рекомендовано введение суспензии препаратов из группы +_____+ (с целью детоксикации)

- пробиотиков
- ганглиоблокаторов
- кишечных адсорбентов
- антиоксидантов

Пациенту с целью повышения насыщения тканей кислородом рекомендовано проведение

- пробиотиков
- ганглиоблокаторов
- кишечных адсорбентов
- антиоксидантов

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пострадавший 22 лет, мужчина, доставлен скорой помощью в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы
Жалоб не предъявляет ввиду отсутствия сознания.

Анамнез заболевания
Из анамнеза заболевания. Со слов соседей находился на учёте у нарколога, употреблял психоактивные вещества. Обнаружен без сознания. Соседями была вызвана бригада СМП. Осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Жалоб не предъявляет в виду отсутствия сознания. При осмотре видны рвотные массы и следы уринации на одежде. Зрачки расширены, виден характерный блеск глаз. Продуктивный контакт не доступен. Кожные покровы бледные, влажные, холодные на ощупь. Дыхание жёсткое, хрипов нет, с частотой 20×мин^-1^, SaO~2~– 88%, АД 92 и 60мм рт. ст., пульс – 96×мин^-1^, аритмичный. Пострадавший госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия 400мл физиологического раствора хлористого натрия, ингаляция 30% кислорода через лицевую маску, внутримышечно введено sol.Naloxoni – 0,4мг

Анамнез жизни
Со слов соседей находился на учёте у нарколога, употреблял психоактивные вещества.

Объективный статус
* Общее состояние тяжёлое. Уровень сознания – сопор. Фотореакция снижена, зрачки расширены, D=S, мышечный тонус повышен, сухожильные рефлексы повышены. Кожные покровы влажные, влажные, холодные бледные. * Сердечно-сосудистая система: Сердечные тоны приглушены, аритмичные, частота сердечных сокращений – 90×мин^-1^, артериальное давление 80 и 50 мм рт. ст. * Дыхательная система: Дыхание жёсткое, с частотой 24×мин^-1^, хрипы отсутствуют, насыщение артериальной крови кислородом (SaO~2~) – 70% * Желудочно-кишечный тракт: Язык влажный, не обложен, живот при пальпации мягкий, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Диурез по мочевому катетеру. Получено 200мл мочи жёлтого цвета.

Для постановки диагноза данному пациенту в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи необходимо провести

- пробиотиков
- ганглиоблокаторов
- кишечных адсорбентов

- антиоксидантов

Результаты обследования

<u>В случае, когда данные анамнеза, клинические данные не позволяют исключить факт употребления психоактивных веществ, а экспресс-тесты показывают отрицательный результат необходимо</u>

- пробиотиков
- ганглиоблокаторов
- кишечных адсорбентов
- антиоксидантов

Результаты обследования

<u>Для определения степени нарушения оксигенации и кислотно-основного состояния крови необходимо оценить</u>

- пробиотиков
- ганглиоблокаторов
- кишечных адсорбентов
- антиоксидантов

Результаты обследования

<u>С целью ранней диагностики сердечной патологии пациенту рекомендовано проведение</u>

- пробиотиков
- ганглиоблокаторов
- кишечных адсорбентов
- антиоксидантов

Результаты обследования

<u>На основании результатов клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования можно выставить диагноз</u>

- пробиотиков
- ганглиоблокаторов
- кишечных адсорбентов
- антиоксидантов

Диагноз

Для установления степени нарушения функции дыхательной системы необходимо оценить +_____+ в артериальной крови

- пробиотиков
- ганглиоблокаторов
- кишечных адсорбентов
- антиоксидантов

Результаты обследования

Исходя из условий ситуационной задачи, причиной развития острой дыхательной недостаточности является

- гипогликемия
- угнетение дыхательного центра
- отравление этанолом
- черепно-мозговая травма

На основании анамнестических данных, клинической картины, клинико-лабораторных обследований, инструментальных исследований и проведенных консультаций тяжесть состояния больного обусловлена

- острым нарушением мозгового кровообращения
- острой сердечно-сосудистой недостаточностью
- токсической энцефалопатией
- острой дыхательной недостаточностью

Пациенту с острой интоксикацией кокаином, сопровождающейся острой дыхательной недостаточностью необходимо

- ввести налоксон
- интубация трахеи и ИВЛ
- провести ингаляцию кислорода
- ввести флумазенил

Для проведения детоксикации пациенту рекомендовано (-а)

- беззондовое промывание желудка
- зондовое промывание желудка
- МАРС-терапия
- лимфосорбция

Для коррекции развившегося метаболического ацидоза необходимо внутривенное введение

- гидрокарбоната натрия
- реамберина
- тиосульфата натрия
- N-ацетилцистеина

Пациенту с целью купирования тканевой гипоксии рекомендовано назначение

- гидрокарбоната натрия
- реамберина
- тиосульфата натрия
- N-ацетилцистеина

Условие ситуационной задачи

Жалобы
Жалоб не предъявляет в виду отсутствия сознания.

Анамнез заболевания
Из анамнеза заболевания. Сосед по комнате обнаружил пациента на полу без сознания, вызвал бригаду СМП. Пациент осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Жалоб не предъявляет в виду отсутствия сознания. При осмотре видна рваная рана на кожных покровах затылочной области (1×2см). Кожа бледная, тёплая, влажная на ощупь. Дыхание везикулярное с частотой 10-12×мин^-1^, SaO~2~– 90%. АД 110 и 60мм рт. ст., пульс – 60×мин^-1^, ритмичный. Пациент госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия 400мл физиологического раствора хлористого натрия, ингаляция 30% кислорода через лицевую маску.

Анамнез жизни
* В виду отсутствия сознания сбор анамнеза не представляется возможным. * Со слов соседа пациент увлекался азартными играми.

Объективный статус
* Общее состояние тяжёлое. При осмотре видна рваная рана на кожных покровах затылочной области (1×2см). Уровень сознания – кома. Конъюнктивальные, болевые рефлексы отсутствуют, зрачки расширены, реакция на свет слабая, наблюдается спонтанный горизонтальный нистагм. Мышечный тонус снижен, периферические рефлексы ослаблены. Кожные покровы бледные, тёплые влажные на ощупь * Сердечно-сосудистая система:

Тоны сердца глухие, частота сердечных сокращений – 54×мин^-1^, пульс, слабого наполнения и напряжения. Артериальное давление 90 и 60мм рт. ст. * Дыхательная система: Дыхание везикулярное, с частотой 8-10×мин^-1^, хрипы отсутствуют, насыщение артериальной крови кислородом (SaO~2~) – 82% * Желудочно-кишечный тракт: Язык сухой, обложен, запах алкоголя изо рта, живот при пальпации мягкий, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Диурез по мочевому катетеру (получено 200мл мочи жёлтого цвета).

Для определения причины угнетения сознания у пациента необходимо выполнить

- гидрокарбоната натрия
- реамберина
- тиосульфата натрия
- N-ацетилцистеина

Результаты обследования

Для исключения гипогликемической комы необходимо провести

- гидрокарбоната натрия
- реамберина
- тиосульфата натрия
- N-ацетилцистеина

Результаты обследования

Для определения причины угнетения сознания пациенту в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи необходимо провести

- гидрокарбоната натрия
- реамберина
- тиосульфата натрия
- N-ацетилцистеина

Результаты обследования

С учётом данных анамнеза, лабораторных исследований для определения этиологической причины острой интоксикации необходимо провести химико-токсикологическое исследование на предмет содержания в крови

- гидрокарбоната натрия

- реамберина
- тиосульфата натрия
- N-ацетилцистеина

Результаты обследования

Для определения нарушения со стороны дыхательной системы пациенту необходимо

- гидрокарбоната натрия
- реамберина
- тиосульфата натрия
- N-ацетилцистеина

Результаты обследования

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

- гидрокарбоната натрия
- реамберина
- тиосульфата натрия
- N-ацетилцистеина

Диагноз

Для установления степени нарушения оксигенации необходимо оценить в артериальной крови

- гидрокарбоната натрия
- реамберина
- тиосульфата натрия
- N-ацетилцистеина

Результаты обследования

На основании анамнестических данных, клинической картины, клинико-лабораторных обследований, инструментальных исследований тяжесть состояния пациента обусловлена

- острой дыхательной недостаточностью
- острым нарушением мозгового кровообращения
- острой почечной недостаточностью
- острой сердечно-сосудистой недостаточностью

Для купирования судорожного синдрома пациенту необходимо ввести раствор

- тиопентала натрия
- катамина
- диазепама
- сибазона

Для проведения детоксикации пациенту рекомендовано проведение

- зондового промывания желудка
- беззондового промывания желудка
- экстракорпоральной мембранной оксигенации
- гемодиализа

В качестве средства этиотропной терапии пациенту необходимо ввести раствор

- флумазенила
- тиосульфата натрия
- налоксона
- атропина

Для поддержания функции дыхательной системы пациенту необходимо

- флумазенила
- тиосульфата натрия
- налоксона
- атропина

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациент 35 лет, мужчина, доставлен скорой помощью в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы
Жалобы на общую слабость, головокружение, тошноту, острую боль в животе.

Анамнез заболевания
Из анамнеза заболевания. Употреблял алкоголь (виски, общий объём около 0,7литра) в течение 2 часов. После двукратной рвоты вызвал бригаду СМП. Осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Жалобы на общую слабость, головокружение, тошноту, однократную рвоту, острую колющую боль в животе,

преимущественно в левом подреберье. При осмотре ощущается запах алкоголя изо рта. Походка шаткая, координация движений нарушена, речь смазанная. Болевая чувствительность снижена. Кожные покровы гиперемированы, тёплые, влажные на ощупь. Дыхание везикулярное с частотой 18×мин^-1^, SaO~2~ – 96%. АД 160 и 90мм рт. ст., пульс – 86×мин^-1^. Пациент госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия 400мл физиологического раствора хлористого натрия, ингаляция 30% кислорода через лицевую маску.

Анамнез жизни

* Анамнез жизни. Хронические заболевания отрицает. * Аллергический анамнез отрицает, не курит. * Аллергологический анамнез спокойный * Аппендэктомия в детстве

Объективный статус

* Общее состояние средней степени тяжести. Уровень сознания – оглушение. Зрачки расширены, реакция на свет не изменена, наблюдается нистагмоидные движения глазных яблок. Мышечный тонус снижен, сухожильные рефлексы снижены. Кожные покровы гиперемированные, тёплые, влажные на ощупь, склеры инъецированы. * Сердечно-сосудистая система: Тоны сердца ясные, частота сердечных сокращений – 98×мин^-1^, пульс нормального наполнения и напряжения, аритмичный. Артериальное давление 170 и 100 мм рт. ст. * Дыхательная система: Дыхание везикулярное, с частотой 16-18×мин^-1^, хрипы отсутствуют, насыщение артериальной крови кислородом (SaO~2~) – 9% * Желудочно-кишечный тракт: Язык влажный, не обложен, запах алкоголя изо рта, живот при пальпации мягкий, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Физиологические отправления в норме.

Для постановки диагноза данному пациенту в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи необходимо провести

- флумазенила
- тиосульфата натрия
- налоксона
- атропина

Результаты обследования

Данные анамнеза, клинические данные пациента не позволяют исключить факт острой интоксикации алкоголем, а алкометр показывает сомнительный результат этанола в выдыхаемом воздухе, вследствие этого необходимо проведение

- флумазенила
- тиосульфата натрия
- налоксона
- атропина

Результаты обследования

<u>Для исключения патологии со стороны органов брюшной полости необходимо выполнить</u>

- флумазенила
- тиосульфата натрия
- налоксона
- атропина

Результаты обследования

<u>Для определения нарушения кислотно-основного состояния у пациента необходимо исследовать</u>

- флумазенила
- тиосульфата натрия
- налоксона
- атропина

Результаты обследования

<u>Для исключения сердечной патологии у пациента рекомендовано проведение</u>

- флумазенила
- тиосульфата натрия
- налоксона
- атропина

Результаты обследования

<u>На основании результатов клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования можно выставить диагноз</u>

- флумазенила
- тиосульфата натрия
- налоксона
- атропина

Диагноз

Угнетение сознания до уровня оглушения у пациента может быть связано с

- наркотическим действием этанола
- гипокалиемией
- острым нарушением мозгового кровообращения по ишемическому типу
- тромбоэмболией лёгочной артерии

На основании анамнестических данных, клинической картины, клинико-лабораторных обследований, инструментальных исследований тяжесть состояния пациента обусловлена

- острой дыхательной недостаточностью
- острым нарушением мозгового кровообращения
- субкомпенсированным метаболическим ацидозом
- декомпенсированным респираторным алкалозом

Для проведения детоксикации у данного пациента рекомендовано проведение

- экстракорпоральной мембранной оксигенации
- беззондового промывания желудка
- гемодиализа
- зондового промывания желудка

Зондовое промывание желудка у пациента с острой интоксикацией этанолом целесообразно проводить

- охлаждённым физиологическим раствором
- чистой водой комнатной температуры
- дистиллированной водой комнатной температуры
- охлажденным раствором Рингера

У пациента по окончанию промывания желудка через зонд рекомендовано введение суспензии (с целью детоксикации)

- энтеросгеля
- магния сульфата
- N-ацетилцистеина
- тиосульфата натрия

У пациентов с целью повышения насыщения тканей кислородом рекомендовано проведение

- энтеросгеля
- магния сульфата
- N-ацетилцистеина
- тиосульфата натрия

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациент 32 лет, мужчина, доставлен скорой помощью в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы
Жалоб не предъявляет в виду отсутствия сознания.

Анамнез заболевания
Из анамнеза заболевания. Употреблял алкоголь (коньяк, общий объём около 1,2литра) в течение 2часов. Потерял сознание. Соседями была вызвана бригада СМП. Осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Жалоб не предъявляет в виду отсутствия сознания. При осмотре ощущается запах алкоголя изо рта. Следы произвольной уринации на одежде. Кожа бледная, холодная, влажная на ощупь. Дыхание поверхностное с частотой 22×мин^-1^, SaO~2~– 91%. АД 100 и 50мм рт. ст., пульс – 90×мин^-1^, аритмичный. Пациент госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия 400мл физиологического раствора хлористого натрия, ингаляция 30% кислорода через лицевую маску.

Анамнез жизни
* В виду отсутствия сознания сбор анамнеза не представляется возможным. * Со слов соседей злоупотребляет алкоголем.

Объективный статус
* Общее состояние тяжёлое. Уровень сознания – сопор. Конъюнктивальные, болевые рефлексы отсутствуют, зрачки расширены, реакция на свет слабая, наблюдается спонтанный горизонтальный нистагм. Мышечный тонус снижен, периферические рефлексы ослаблены. Кожные покровы бледные, холодные, влажные на ощупь * Сердечно-сосудистая система: Тоны сердца глухие, частота сердечных сокращений – 100×мин^-1^, пульс, слабого наполнения и напряжения. Артериальное давление 90 и 50 мм рт. ст. * Дыхательная система: Дыхание жёсткое, с частотой 10-12×мин^-1^, хрипы отсутствуют, насыщение артериальной крови кислородом (SaO~2~) – 87% * Желудочно-кишечный тракт: Язык сухой, обложен, запах алкоголя изо рта, живот при пальпации мягкий,

симптомы раздражения брюшины отрицательные. Диурез по мочевому катетеру (получено 150мл мочи жёлтого цвета).

Для постановки диагноза данному пациенту в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи необходимо провести

- энтеросгеля
- магния сульфата
- N-ацетилцистеина
- тиосульфата натрия

Результаты обследования

Для диагностики возможных осложнений при наличии признаков дыхательной и сердечной недостаточности необходимо исследовать

- энтеросгеля
- магния сульфата
- N-ацетилцистеина
- тиосульфата натрия

Результаты обследования

Для ранней диагностики сердечной патологии рекомендовано выполнение

- энтеросгеля
- магния сульфата
- N-ацетилцистеина
- тиосульфата натрия

Результаты обследования

Для исключения черепно-мозговой травмы пациенту необходимо выполнить

- энтеросгеля
- магния сульфата
- N-ацетилцистеина
- тиосульфата натрия

Результаты обследования

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

- энтеросгеля

- магния сульфата
- N-ацетилцистеина
- тиосульфата натрия

Диагноз

Показатели кислотно-основного состояния свидетельствуют о развитии у пациента

- респираторного алкалоза
- субкомпенсированного метаболического ацидоза
- декомпенсированного метаболического ацидоза
- компенсированного респираторного ацидоза

Нарушение ритма сердца и тахикардия у пациента могут быть связаны с

- гипокалиемией
- острым нарушением мозгового кровообращения по ишемическому типу
- гиперкалиемией
- тромбоэмболией лёгочной артерии

На основании анамнестических данных, клинической картины, клинико-лабораторных обследований, инструментальных исследований тяжесть состояния пациента обусловлена

- острым нарушением мозгового кровообращения
- острой дыхательной недостаточностью
- субкомпенсированным метаболическим ацидозом
- острой сердечно-сосудистой недостаточностью

Для проведения детоксикации у данного пациента рекомендовано проведение

- гемодиализа
- беззондового промывания желудка
- экстракорпоральной мембранной оксигенации
- зондового промывания желудка

Для стимуляции естественных процессов детоксикации у данного пациента необходимо проведение

- лимфосорбции
- трансфузионной терапии
- гемосорбции

- инфузионной терапии

<u>В качестве критерия прекращения проведения инфузионной терапии у данного пациента следует рассматривать</u>

- нормализацию сердечного ритма
- коррекцию водно-электролитного баланса и нормализацию кислотно-основного состояния
- нормализацию гемостаза
- увеличение диуреза до 2 литров в сутки

<u>У пациентов с острой интоксикацией алкоголем тяжёлой степени с целью детоксикации рекомендовано назначение</u>

- нормализацию сердечного ритма
- коррекцию водно-электролитного баланса и нормализацию кислотно-основного состояния
- нормализацию гемостаза
- увеличение диуреза до 2 литров в сутки

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациент 48лет, мужчина, доставлен скорой помощью в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы
Жалоб не предъявляет в виду отсутствия сознания.

Анамнез заболевания
Из анамнеза заболевания. Пациент был обнаружен соседями на лестничном пролёте без сознания. Соседи вызвали бригаду СМП. Осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Жалоб не предъявляет в виду отсутствия сознания. При осмотре ощущается запах изо рта, похожий на алкоголь. Кожа бледная, холодная, влажная на ощупь. Дыхание поверхностное с частотой 4-6/мин, SaO~2~– 78%. АД 80 и 40мм рт. ст., пульс – 46/мин, аритмичный. Пациент госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия 400мл физиологического раствора хлористого натрия, выполнена интубация трахеи, налажена ИВЛ (режим VCV с параметрами: Vt –400мл; f – 14/мин, FiO~2~ – 0,3).

Анамнез жизни

* В виду отсутствия сознания сбор анамнеза не представляется возможным. * Со слов соседей ведёт асоциальный образ жизни, злоупотребляет алкоголем.

Объективный статус

* Общее состояние тяжёлое. Уровень сознания – кома. Конъюнктивальные, болевые рефлексы отсутствуют, зрачки расширены, реакция на свет отсутствует, наблюдается спонтанный горизонтальный нистагм. Мышечный тонус снижен, периферические рефлексы ослаблены. Кожные покровы багрово-цианотичные, холодные, влажные на ощупь. * Сердечно-сосудистая система: Тоны сердца глухие, частота сердечных сокращений – 42/мин, пульс, слабого наполнения и напряжения. Артериальное давление 80 и 40мм рт. ст. * Дыхательная система: Дыхание аппаратом ИВЛ, режим VCV с параметрами: Vt –400мл; f – 14/мин, FiO~2~ – 0,7 * Желудочно-кишечный тракт: Язык сухой, обложен, запах алкоголя изо рта, живот при пальпации мягкий, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Диурез по мочевому катетеру (получено 100 мл мочи жёлтого цвета).

Для постановки диагноза данному пациенту в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи необходимо провести

- нормализацию сердечного ритма
- коррекцию водно-электролитного баланса и нормализацию кислотно-основного состояния
- нормализацию гемостаза
- увеличение диуреза до 2 литров в сутки

Результаты обследования

Для определения отклонения биохимических показателей крови в начальной стадии тяжёлого отравления метанолом в качестве наиболее значимого лабораторного исследования следует рассматривать

- нормализацию сердечного ритма
- коррекцию водно-электролитного баланса и нормализацию кислотно-основного состояния
- нормализацию гемостаза
- увеличение диуреза до 2 литров в сутки

Результаты обследования

Для определения причины комы неясной этиологии пациенту необходимо провести

- нормализацию сердечного ритма
- коррекцию водно-электролитного баланса и нормализацию кислотно-основного состояния
- нормализацию гемостаза
- увеличение диуреза до 2 литров в сутки

Результаты обследования

<u>На основании результатов клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования можно выставить диагноз</u>

- нормализацию сердечного ритма
- коррекцию водно-электролитного баланса и нормализацию кислотно-основного состояния
- нормализацию гемостаза
- увеличение диуреза до 2 литров в сутки

Диагноз

<u>Показатели кислотно-основного состояния свидетельствуют о развитии у пациента</u>

- компенсированного метаболического ацидоза
- респираторного алкалоза
- компенсированного респираторного ацидоза
- декомпенсированного метаболического ацидоза

<u>Для определения степени нарушения оксигенации артериальной крови у пациента необходимо определить</u>

- компенсированного метаболического ацидоза
- респираторного алкалоза
- компенсированного респираторного ацидоза
- декомпенсированного метаболического ацидоза

Результаты обследования

<u>На основании анамнестических данных, клинической картины, клинико-лабораторных обследований, инструментальных исследований тяжесть состояния пациента обусловлена</u>

- декомпенсированным метаболическим ацидозом
- острым нарушением мозгового кровообращения
- острой печеночной недостаточностью

- декомпенсированным респираторным алкалозом

Для коррекции развившегося метаболического ацидоза необходимо внутривенное введение

- N-ацетилцистеина
- гидрокарбоната натрия
- реамберина
- тиосульфата натрия

При проведении инфузионной терапии у пациентов с острой интоксикацией метанолом критерием адекватности проводимого лечения следует рассматривать величину

- гематокрита
- pH
- СОЭ
- индекса оксигенации

Проведение раннего гемодиализа показано пациенту в течение +____+ часов после отравления метанолом

- 1-3
- 6-12
- 12-24
- 3-4

В качестве средства патогенетической терапии отравления метанолом для ускорения утилизации его одноуглеродных метаболитов рекомендовано применение

- аскорбиновой кислоты
- 4% раствора гидрокарбоната натрия
- фолиевой кислоты
- кислорода

Пациент умер через 3ч после поступления в стационарное отделение скорой медицинской помощи. В качестве причины летального исхода следует рассматривать

- аскорбиновой кислоты
- 4% раствора гидрокарбоната натрия
- фолиевой кислоты
- кислорода

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пострадавший 27 лет, мужчина, доставлен скорой помощью в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы
Жалоб не предъявляет в виду отсутствия сознания.

Анамнез заболевания
Из анамнеза заболевания. Пациент на фоне употребления алкогольсодержащего напитка (предположительно виски) совершил суицидальную попытку, употребив 12таблеток неизвестного препарата. Через 3 ч пациент потерял сознание, соседом по комнате была вызвана бригада СМП. Осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Уровень сознания – глубокое оглушение. Жалоб не предъявляет в виду отсутствия сознания. Кожные покровы и видимые слизистые гиперемированы, влажные, тёплые на ощупь. Запах алкоголя изо рта. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отёков нет. Дыхание везикулярное с частотой 12×мин^-1^, хрипов нет, SaO~2~ – 96%, АД 110 и 50 мм рт. ст., пульс – 48×мин^-1^, аритмичный. Пациент госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия 400,0 физиологического раствора хлористого натрия, ингаляция кислорода (FiO~2~ – 0,3) через лицевую маску

Анамнез жизни
Анамнез собрать не удалось в виду отсутствия сознания у пациента.

Объективный статус
* Общее состояние тяжёлое. Уровень сознания – глубокое оглушение/кома. Фотореакция нормальная, зрачки нормального размера, D=S, мышечный тонус понижен, периферические рефлексы ослаблены. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, влажные, тёплые на ощупь. * Сердечно-сосудистая система. Сердечные тоны приглушены, аритмичные, частота сердечных сокращений – 40×мин^-1^, артериальное давление 100 и 50 мм рт. ст. * Дыхательная система. Дыхание везикулярное, с частотой 8-10×мин^-1^, хрипы отсутствуют, насыщение артериальной крови кислородом (SaO~2~) – 94% * Желудочно-кишечный тракт: Живот обычной формы, симметричный, мягкий, в акте дыхания участвует. Перитонеальных симптомов нет. Диурез по мочевому катетеру, получено 100 мл мочи жёлтого цвета

Для оценки функции сердечно-сосудистой системы у пациента необходимо выполнить

- аскорбиновой кислоты
- 4% раствора гидрокарбоната натрия
- фолиевой кислоты
- кислорода

Результаты обследования

С учётом полученных данных для определения причины отравления необходимо провести химико-токсикологическое исследование на содержание +_____+ в крови

- аскорбиновой кислоты
- 4% раствора гидрокарбоната натрия
- фолиевой кислоты
- кислорода

Результаты обследования

Для контроля кислотно-основного состояния крови необходимо исследовать

- аскорбиновой кислоты
- 4% раствора гидрокарбоната натрия
- фолиевой кислоты
- кислорода

Результаты обследования

Для исключения черепно-мозговой травмы пациенту необходимо выполнить

- аскорбиновой кислоты
- 4% раствора гидрокарбоната натрия
- фолиевой кислоты
- кислорода

Результаты обследования

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

- аскорбиновой кислоты
- 4% раствора гидрокарбоната натрия

- фолиевой кислоты
- кислорода

Диагноз

Показатели кислотно-основного состояния свидетельствуют о развитии у пациента

- респираторного ацидоза
- метаболического алкалоза
- респираторного алкалоза
- метаболического ацидоза

Тяжесть состояния пациента обусловлена

- метаболическим алкалозом
- брадиаритмией
- метаболическим алкалозом
- синусовой тахикардией

Для удаления не всосавшегося дигоксина из желудка необходимо проведение

- гемодиализа
- форсированного диуреза
- экстракорпоральной мембранной оксигенации
- зондового промывания желудка

Пациенту, после промывания желудка до чистых промывных вод целесообразно введение

- натрия тиосульфата
- гемодеза
- сульфата магния
- энтеросорбента

Для стимуляции естественных процессов детоксикации у данного пациента необходимо проведение

- трансфузионной терапии
- инфузионной терапии
- лимфосорбции
- гемосорбции

Для коррекции развившегося метаболического ацидоза необходимо внутривенное введение

- ацизола
- 4% раствора гидрокарбоната натрия
- 40% раствора глюкозы
- натрия тиосульфата

Для коррекции дыхательной недостаточности пациенту необходимо проведение

- ацизола
- 4% раствора гидрокарбоната натрия
- 40% раствора глюкозы
- натрия тиосульфата

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пострадавший 20 лет, мужчина, доставлен скорой помощью в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы
Жалобы на умеренные боли в животе, тошноту, рвоту, повышенную потливость, головную боль, сердцебиение.

Анамнез заболевания
Из анамнеза заболевания. Пациент совершил суицидальную попытку, употребив 10таблеток неизвестного препарата. Через 6после возникновения боли в животе вызвал бригаду СМП. Осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Уровень сознания – ясное. Жалобы на умеренные боли в животе, тошноту, рвоту, повышенную потливость, головную боль, сердцебиение. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, влажные, тёплые на ощупь. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отёков нет. Дыхание везикулярное с частотой 14×мин^-1^, хрипов нет, SaO~2~ – 99%, АД 140 и 70 мм рт. ст., пульс – 46×мин^-1^, аритмичный. Пациент госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия 400,0 физиологического раствора хлористого натрия, ингаляция кислорода (FiO~2~ – 0,3) через лицевую маску

Анамнез жизни
* Аллергические реакции отрицает * Со слов суицидальная попытка в анамнезе

* Алкоголем не злоупотребляет * Вредные привычки отрицает * Хронические заболевания отрицает * Аллергологический анамнез спокойный

Объективный статус

* Общее состояние средней степени тяжести. Уровень сознания – ясное. Фотореакция нормальная, зрачки нормального размера, D=S, мышечный тонус нормальный, периферические рефлексы нормальные. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, влажные, тёплые на ощупь. * Сердечно-сосудистая система. Сердечные тоны приглушены, аритмичные, частота сердечных сокращений – 42×мин^-1^, артериальное давление 110 и 60 мм рт. ст. * Дыхательная система. Дыхание жёсткое, с частотой 13×мин^-1^, хрипы отсутствуют_,_ насыщение артериальной крови кислородом (SaO~2~) – 98% * Желудочно-кишечный тракт: Живот обычной формы, симметричный, мягкий, в акте дыхания участвует. Перитонеальных симптомов нет. Болезненный при пальпации в эпигастральной области. Физиологические отправления в норме.

Для оценки функции сердечно-сосудистой системы у пациента необходимо выполнить

- ацизола
- 4% раствора гидрокарбоната натрия
- 40% раствора глюкозы
- натрия тиосульфата

Результаты обследования

С учётом полученных данных для определения причины отравления необходимо провести химико-токсикологическое исследование на содержание +_____+ в крови

- ацизола
- 4% раствора гидрокарбоната натрия
- 40% раствора глюкозы
- натрия тиосульфата

Результаты обследования

Для оценки уровня электролитов в крови необходимо исследовать

- ацизола
- 4% раствора гидрокарбоната натрия
- 40% раствора глюкозы
- натрия тиосульфата

Результаты обследования

На основании результатов клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования можно выставить диагноз Острое отравление

- ацизола
- 4% раствора гидрокарбоната натрия
- 40% раствора глюкозы
- натрия тиосульфата

Диагноз

В качестве причины расстройства со стороны ЖКТ (жалобы на умеренные боли в животе, тошноту, рвоту) следует рассматривать +_____+ синдром

- дофаминергический
- серотонинергический
- адренергический
- холиномиметический

К кардиальным проявлениям интоксикации дигоксином относят

- синусовую тахикардию
- миокардиодистрофию
- синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта
- нарушение проводимости миокарда

В качестве ведущей угрозы для жизни пациента при отравлении дигоксином следует рассматривать

- синусовую тахикардию
- фибрилляцию предсердий
- желудочковую тахикардию
- брадиаритмию

Дифференциальную диагностику отравления дигоксином следует проводить с

- отравлением тетрадотоксином
- соматическими заболеваниями сердечно-сосудистой системы
- отравлением аманитином
- инфарктом миокарда

Для удаления не всосавшегося дигоксина из желудка необходимо проведение

- гемодиализа
- зондового промывания желудка
- форсированного диуреза
- экстракорпоральной мембранной оксигенации

В качестве средства патогенетической терапии данному пациенту необходимо ввести

- метиленовый синий
- унитиол
- физостигмин
- ацизол

В случае возникновения у пациента желудочковых тахиаритмий необходимо применение

- лидокаина
- добутамина
- эналаприла
- наропина

Для связывания избытков кальция в плазме крови необходимо введение

- лидокаина
- добутамина
- эналаприла
- наропина

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациент 26 лет, мужчина, доставлен скорой помощью в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы
Жалобы не предъявляет в виду отсутствия сознания.

Анамнез заболевания
Из анамнеза заболевания. Со слов соседей в течение длительного времени употреблял алкоголь и случайно мог выпить дихлорэтан (неизвестное количество) с целью совершения суицидальной попытки. Найден соседями без

сознания. Вызвана бригада СМП. Осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Жалобы не предъявляет в виду отсутствия сознания. Обращает на себя внимание ароматический запах изо рта. Кожные покровы бледные, тёплые, влажные на ощупь. Дыхание поверхностное с частотой 2-3×мин^-1^, SaO~2~ – 90%, выполнена интубация трахеи, налажена ИВЛ. АД 90 и 40 мм рт. ст., пульс – 80×мин^-1^, аритмичный. Пациент госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия 400 мл физиологического раствора хлористого натрия. ИВЛ режим VCV с параметрами: Vt –400 мл; f – 14×мин^-1^, FiO~2~ – 0,4.

Анамнез жизни

* Собрать не представляется возможным в виду отсутствия сознания у пациента. * Со слов соседей злоупотребляет алкоголем

Объективный статус

* Общее состояние крайне тяжёлое. Уровень сознания – кома. Конъюнктивальные, болевые рефлексы снижены, зрачки расширены, реакция на свет сохранена. Мышечный тонус снижен, периферические рефлексы ослаблены. Кожные покровы бледно-серые, акроцианоз, холодные, влажные на ощупь * Сердечно-сосудистая система: Тоны сердца глухие, частота сердечных сокращений – 52×мин^-1^, пульс, слабого наполнения и напряжения, аритмичен. Артериальное давление 100 и 50мм рт. ст. * Дыхательная система: Дыхание аппаратом ИВЛ в режиме VCV с параметрами: Vt –400 мл; f – 14×мин^-1^, FiO~2~ – 0,4. (SaO~2~) – 95% * Желудочно-кишечный тракт: Язык влажный, не обложен, живот при пальпации мягкий, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Ароматический запах изо рта. Диурез по мочевому катетеру (получено 40мл мочи).

Для постановки диагноза данному пациенту в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи необходимо провести

- лидокаина
- добутамина
- эналаприла
- наропина

Результаты обследования

Для определения токсического поражения печени необходимо исследовать

- лидокаина
- добутамина
- эналаприла

- наропина

Результаты обследования

Для определения степени нарушения кислотно-основного состояния необходимо исследовать

- лидокаина
- добутамина
- эналаприла
- наропина

Результаты обследования

Для определения нарушения гемостаза необходимо исследовать

- лидокаина
- добутамина
- эналаприла
- наропина

Результаты обследования

На основании результатов клинических и лабораторных методов обследования можно выставить диагноз Острое отравление

- лидокаина
- добутамина
- эналаприла
- наропина

Диагноз

Показатели кислотно-основного состояния свидетельствуют о развитии у пациента

- компенсированного метаболического ацидоза
- респираторного алкалоза
- декомпенсированного метаболического ацидоза
- компенсированного респираторного ацидоза

Дифференциальную диагностику острого отравления дихлорэтаном целесообразно проводить с острым отравлением

- алкоголем
- героином
- атропином
- таллием

Тяжесть состояния пациента обусловлена

- острой печёночной недостаточностью
- острым нарушением мозгового кровообращения
- хронической сердечной недостаточностью
- острой сердечно-сосудистой недостаточностью

Для проведения детоксикации пациенту необходимо провести

- плазмосорбцию
- гемосорбцию
- форсированный диурез
- экстракорпоральную мембранную оксигенацию

В качестве средства патогенетической терапии отравления дихлорэтаном необходимо использовать

- фолиевую кислоту
- N-ацетилцистеин
- этанол
- метиленовый синий

Для коррекции токсической коагулопатии целесообразно применение

- гепарина
- апротенина
- свежезамороженной плазмы
- контрикала

Для проведения протеолитической терапии целесообразно применение

- гепарина
- апротенина
- свежезамороженной плазмы
- контрикала

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 43 лет, мужчина, доставлен скорой помощью в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы
Жалоб не предъявляет в виду отсутствия сознания.

Анамнез заболевания
Из анамнеза заболевания. Пациент извлечён сотрудниками аварийно-спасательного отряда из очага пожара. Осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Жалоб не предъявляет в виду отсутствия сознания. Кожные покровы гиперемированы, тёплые, влажные на ощупь. Видны ожоги на лице, следы копоти в носоглотке и ротоглотке. Дыхание жёсткое с частотой 10-12×мин^-1^, SaO~2~ – 94%. АД 110 и 60 мм рт. ст., пульс – 76×мин^-1^, аритмичный. Пациент госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия 400 мл физиологического раствора хлористого натрия, ингаляция 30% кислорода через лицевую маску.

Анамнез жизни
В виду отсутствия сознания сбор анамнеза не представляется возможным.

Объективный статус
* Общее состояние тяжёлое. Уровень сознания – сопор. Конъюнктивальные, болевые рефлексы снижены, зрачки сужены, отмечается горизонтальный нистагм. Мышечный тонус понижен, зоны сухожильных рефлексов не изменены. Кожные покровы гиперемированы, тёплые, влажные на ощупь. Видны следы копоти в носоглотке и ротоглотке. * Сердечно-сосудистая система: Тоны сердца ясные, частота сердечных сокращений – 72×мин^-1^, пульс, нормального наполнения и напряжения, аритмичен. Артериальное давление 110 и 60 мм рт. ст. * Дыхательная система: Дыхание жёсткое, с частотой 18-20×мин^-1^, выслушиваются сухие, свистящие хрипы, насыщение артериальной крови кислородом (SaO~2~) – 93% * Желудочно-кишечный тракт: Язык сухой, обложен, живот при пальпации мягкий, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Диурез по мочевому катетеру (получено 100 мл мочи жёлтого цвета).

Для постановки диагноза данному пациенту в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи необходимо провести химико-токсикологическое исследование на содержание

- гепарина
- апротенина
- свежезамороженной плазмы
- контрикала

Результаты обследования

<u>Для дифференциальной диагностики угнетения сознания целесообразно провести</u>

- гепарина
- апротенина
- свежезамороженной плазмы
- контрикала

Результаты обследования

<u>Для раннего выявления нарушений кислотно-основного состояния целесообразно исследовать</u>

- гепарина
- апротенина
- свежезамороженной плазмы
- контрикала

Результаты обследования

<u>С учётом наличия косвенных признаков ингаляционной травмы пациенту целесообразно выполнить</u>

- гепарина
- апротенина
- свежезамороженной плазмы
- контрикала

Результаты обследования

<u>С учётом наличия у пациента косвенных признаков ингаляционной травмы, снижения сатурации и насыщения артериальной крови кислородом целесообразно выполнить</u>

- гепарина
- апротенина
- свежезамороженной плазмы
- контрикала

Результаты обследования

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

- гепарина
- апротенина
- свежезамороженной плазмы
- контрикала

Диагноз

Исходя из клинических признаков, содержания карбоксигемоглобина в крови степень тяжести отравления монооксидом углерода

- крайне тяжёлая
- лёгкая
- средняя
- тяжёлая

Степень нарушения оксигенации артериальной крови у пациента

- лёгкая
- среднетяжёлая
- тяжёлая
- отсутствует

В качестве средств этиотропной терапии необходимо применение

- натрия тиосульфата
- атропина
- кислорода
- унитиола

Для лечения ингаляционной травмы необходимо

- проведение санационной бронхоскопии
- проведение процедуры ЭКМО
- введение экзогенного сурфактанта
- ИВЛ с ПДКВ

Механизм действия гипербарической оксигенации у пациентов с острым отравлением монооксидом углерода заключается в

- увеличение растворения кислорода в мышцах
- ускорение диссоциации карбоксигемоглобина

- нормализации функционирования электрон-транспортной цепи митохондрий
- восстановлении функции АТФ/АДФ-транспортёра митохондриальной мембраны

Механизм действия цинказола как антидота монооксида углерода заключается в

- увеличение растворения кислорода в мышцах
- ускорение диссоциации карбоксигемоглобина
- нормализации функционирования электрон-транспортной цепи митохондрий
- восстановлении функции АТФ/АДФ-транспортёра митохондриальной мембраны

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пострадавший 32 лет, мужчина, доставлен скорой помощью в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы
Жалобы не предъявляет в виду отсутствия сознания.

Анамнез заболевания
Из анамнеза заболевания. Найден соседом по комнате без сознания. Рядом обнаружена пустая бутылка из-под уксусной эссенции (объём бутылки – 150мл). На полу видны следы от рвотных масс. Вызвана бригада СМП. Осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Уровень сознания – сопор. Жалоб не предъявляет в виду отсутствия сознания. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, влажные, тёплые. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отёков нет. Губы, полость рта, язык гиперемированы. Дыхание везикулярное с частотой 20×мин^-1^, хрипов нет, SaO~2~ – 97%, АД 150 и 80 мм рт. ст., пульс – 82×мин^-1^, ритмичный. Пациент госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия 400,0 физиологического раствора хлористого натрия, ингаляция кислорода (FiO~2~ – 0,3) через лицевую маску

Анамнез жизни
Анамнез жизни собрать не удалось в виду отсутствия сознания у пациента.

Объективный статус

* Общее состояние тяжёлое. Уровень сознания – кома I. Фотореакция нормальная, зрачки нормального размера, D=S, мышечный тонус нормальный, периферические рефлексы ослаблены. Кожные покровы и видимые слизистые бледные * Сердечно-сосудистая система. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, частота сердечных сокращений – 92×мин^-1^, артериальное давление 110 и 60 мм рт. ст. * Дыхательная система. Дыхание везикулярное, с частотой 6-8×мин^-1^, хрипы отсутствуют, насыщение артериальной крови кислородом (SaO~2~) – 89% * Желудочно-кишечный тракт: Язык, губы, полость рта гиперемированы. Живот обычной формы, симметричный, мягкий, в акте дыхания участвует. Перитонеальных симптомов нет. Диурез по мочевому катетеру, получено 50 мл мочи шоколадного цвета

Для определения распространённости ожога пищеварительного тракта необходимо проведение

- увеличение растворения кислорода в мышцах
- ускорение диссоциации карбоксигемоглобина
- нормализации функционирования электрон-транспортной цепи митохондрий
- восстановлении функции АТФ/АДФ-транспортёра митохондриальной мембраны

Результаты обследования

У пациента выявлены признаки дыхательной недостаточности, обусловленной аспирацией желудочного содержимого. Для определения уровня оксигенации необходимо исследовать

- увеличение растворения кислорода в мышцах
- ускорение диссоциации карбоксигемоглобина
- нормализации функционирования электрон-транспортной цепи митохондрий
- восстановлении функции АТФ/АДФ-транспортёра митохондриальной мембраны

Результаты обследования

У пациента при проведении фибробронхоскопии выявлены признаки ингаляционной травмы, для оценки структурных изменений в лёгких необходимо выполнить

- увеличение растворения кислорода в мышцах

- ускорение диссоциации карбоксигемоглобина
- нормализации функционирования электрон-транспортной цепи митохондрий
- восстановлении функции АТФ/АДФ-транспортёра митохондриальной мембраны

Результаты обследования

<u>Для определения нарушения функции печени необходимо исследовать</u>

- увеличение растворения кислорода в мышцах
- ускорение диссоциации карбоксигемоглобина
- нормализации функционирования электрон-транспортной цепи митохондрий
- восстановлении функции АТФ/АДФ-транспортёра митохондриальной мембраны

Результаты обследования

<u>Для выявления гемолиза необходимо исследовать</u>

- увеличение растворения кислорода в мышцах
- ускорение диссоциации карбоксигемоглобина
- нормализации функционирования электрон-транспортной цепи митохондрий
- восстановлении функции АТФ/АДФ-транспортёра митохондриальной мембраны

Результаты обследования

<u>Для оценки состояния почек необходимо</u>

- увеличение растворения кислорода в мышцах
- ускорение диссоциации карбоксигемоглобина
- нормализации функционирования электрон-транспортной цепи митохондрий
- восстановлении функции АТФ/АДФ-транспортёра митохондриальной мембраны

Результаты обследования

<u>На основании результатов клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования можно выставить диагноз</u>

- увеличение растворения кислорода в мышцах
- ускорение диссоциации карбоксигемоглобина
- нормализации функционирования электрон-транспортной цепи митохондрий
- восстановлении функции АТФ/АДФ-транспортёра митохондриальной мембраны

Диагноз

<u>На основании выполненных биохимических анализов выявлено, что у пациента отравление уксусной кислотой +_____+ степени тяжести</u>

- крайне-тяжёлой
- средней
- лёгкой
- тяжёлой

<u>Для коррекции нарушений функций дыхательной системы необходимо проведение</u>

- жидкостной вентиляции лёгких
- ингаляции кислорода
- искусственной вентиляции лёгких
- экстракорпоральной мембранной оксигенации

<u>Для купирования гемолиза целесообразно применение</u>

- 4% раствора гидрокарбоната натрия
- эритроцитарной массы
- физиологического раствора (0,9%)
- гемодеза

<u>Для профилактики развития токсической коагулопатии необходимо введение</u>

- реополиглюкина
- варфарина
- гепарина
- альтеплазы

<u>При олигурии для стимуляции диуреза пациенту необходимо ввести</u>

- реополиглюкина
- варфарина
- гепарина
- альтеплазы

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пострадавший 45 лет, мужчина, доставлен скорой помощью в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы
Жалобы на общую слабость, боль в области рта, глотки и пищевода, тошноту, дисфагию.

Анамнез заболевания
Из анамнеза заболевания. С целью совершения суицидальной попытки пациент употребил около 100мл уксусной эссенции. Через 3ч после употребления самостоятельно вызвал бригаду СМП. Осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Уровень сознания – поверхностное оглушение. Жалобы на тошноту, боль в области рта, глотки и пищевода, усиливающуюся при глотании, чувство жжения в груди, дисфагию. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отёков нет. Язык гиперемирован, обложен белым налётом. Дыхание везикулярное, хрипов нет, с частотой 16×мин^-1^, SaO~2~ – 97%, АД 140 и 70 мм рт. ст., пульс – 72×мин^-1^, аритмичный. Пациент госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия 400,0 физиологического раствора хлористого натрия, ингаляция кислорода (FiO~2~ – 0,3) через лицевую маску

Анамнез жизни
* Хронические заболевания отрицает. * Аллергический анамнез отрицает, не курит. Алкоголем не злоупотребляет. * Аллергологический анамнез спокойный

Объективный статус
* Общее состояние средней степени тяжести. Уровень сознания – поверхностное оглушение. Фотореакция нормальная, зрачки нормального размера, D=S, мышечный тонус не изменён, периферические рефлексы снижены. Кожные покровы и видимые слизистые бледные * Сердечно-сосудистая система. Сердечные тоны приглушены, аритмичные, частота сердечных сокращений – 80×мин^-1^, артериальное давление 100 и 50 мм рт. ст. * Дыхательная система. Дыхание везикулярное, с частотой 16-18×мин^-1^, хрипы отсутствуют, насыщение артериальной крови кислородом (SaO~2~) – 97% * Желудочно-кишечный тракт: Язык гиперемирован. Живот обычной формы, симметричный, мягкий, в акте дыхания участвует, незначительно болезненный при пальпации в мезогастрии. Перитонеальных симптомов нет. Диурез по мочевому катетеру, получено 50 мл мочи тёмно-жёлтого цвета.

Для определения распространённости ожога пищеварительного тракта необходимо проведение

- реополиглюкина
- варфарина
- гепарина
- альтеплазы

Результаты обследования

Для оценки кислотно-основного состояния крови необходимо исследовать

- реополиглюкина
- варфарина
- гепарина
- альтеплазы

Результаты обследования

Для определения нарушения функции печени необходимо исследовать

- реополиглюкина
- варфарина
- гепарина
- альтеплазы

Результаты обследования

Для выявления гемолиза необходимо исследовать

- реополиглюкина
- варфарина
- гепарина
- альтеплазы

Результаты обследования

Для проведения инструментальной диагностики состояния печени необходимо выполнение

- реополиглюкина
- варфарина
- гепарина
- альтеплазы

Результаты обследования

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

- реополиглюкина
- варфарина
- гепарина
- альтеплазы

Диагноз

У пациента внутрисосудистый гемолиз

- лёгкой степени
- тяжёлой степени
- средней степени
- отсутствует

Дифференциальную диагностику острого отравления уксусной эссенцией необходимо проводить с

- острым отравлением бензином
- отравлением метанолом
- наследственными коагулопатиями
- острым отравлением гемолитическими ядами

На основании анамнестических данных, клинической картины, клинико-лабораторных обследований тяжесть состояния пациента обусловлена острой + + недостаточностью

- сердечно-сосудистой
- почечной
- дыхательной
- почечно-печёночной

Для удаления не всосавшегося токсиканта необходимо провести

- беззондовое промывание желудка
- перитонеальный диализ
- экстракорпоральную мембранную оксигенацию
- зондовое промывание желудка

Для купирования гемолиза целесообразно применение

- маннитола
- раствора Рингера
- физиологического раствора (0,9%)
- гипертонического (10–20%) раствора глюкозы

Для выведения свободного гемоглобина проводят

- маннитола
- раствора Рингера
- физиологического раствора (0,9%)
- гипертонического (10–20%) раствора глюкозы

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациент 42 лет, мужчина, доставлен скорой помощью в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы
Жалоб не предъявляет в виду отсутствия сознания.

Анамнез заболевания
Из анамнеза заболевания. Пациент был эвакуирован сотрудниками аварийно-спасательного отряда из очага пожара, произошедшего на складе с полиуретаном. Осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Жалоб не предъявляет в виду отсутствия сознания. Кожные покровы гиперемированы, тёплые, влажные на ощупь, видимые слизистые алого цвета. Дыхание поверхностное с частотой 6-8×мин^-1^, SaO~2~ – 94%. АД 70 и 40 мм рт. ст., пульс – 36×мин^-1^, аритмичный. Пациент госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия 400 мл физиологического раствора хлористого натрия, выполнена интубация трахеи, налажена ИВЛ (режим VCV с параметрами: Vt – 400 мл; f – 14×мин^-1^, FiO~2~ – 0,3).

Анамнез жизни
В виду отсутствия сознания сбор анамнеза не представляется возможным.

Объективный статус
* Общее состояние тяжёлое. Уровень сознания – кома. Конъюнктивальные, болевые рефлексы отсутствуют, зрачки расширены, переходящая анизокория. Мышечный тонус снижен, зоны сухожильных рефлексов расширены. Кожные покровы ярко-алого цвета, холодные, влажные на ощупь. * Сердечно-сосудистая система: Тоны сердца глухие, частота сердечных сокращений –

42×мин^-1^, пульс, слабого наполнения и напряжения, аритмичен. Артериальное давление 90 и 50 мм рт. ст. * Дыхательная система: Дыхание аппаратом ИВЛ режим VCV с параметрами: Vt –400 мл; f – 14×мин^-1^, FiO~2~ – 0,4 * Желудочно-кишечный тракт: Язык сухой, обложен, живот при пальпации мягкий, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Диурез по мочевому катетеру (получено 150мл мочи жёлтого цвета).

Для постановки диагноза данному пациенту в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи необходимо провести химико-токсикологическое исследование на содержание

- маннитола
- раствора Рингера
- физиологического раствора (0,9%)
- гипертонического (10–20%) раствора глюкозы

Результаты обследования

Наряду с определением концентрации карбоксигемоглобина в крови пациенту для дифференциальной диагностики угнетения сознания целесообразно провести

- маннитола
- раствора Рингера
- физиологического раствора (0,9%)
- гипертонического (10–20%) раствора глюкозы

Результаты обследования

Для определения причины ярко-алой окраски кожных покровов у пациента необходимо проанализировать

- маннитола
- раствора Рингера
- физиологического раствора (0,9%)
- гипертонического (10–20%) раствора глюкозы

Результаты обследования

При подозрении на отравление цианидами у пациента в газовом составе крови необходимо определить

- маннитола
- раствора Рингера

- физиологического раствора (0,9%)
- гипертонического (10–20%) раствора глюкозы

Результаты обследования

Клинические проявления поражения ЦНС (угнетение сознания до уровня комы), выраженный ацидоз, низкая артериовенозная разница по кислороду свидетельствует об интоксикации пострадавшего

- фосгеном
- хлороводородом
- хлором
- цианистым водородом

На основании результатов клинических и лабораторных методов обследования можно выставить основной и сопутствующий диагноз

- фосгеном
- хлороводородом
- хлором
- цианистым водородом

Диагноз

Исходя из клинических признаков, содержания карбоксигемоглобина в крови степень тяжести отравления монооксидом углерода

- крайне тяжёлая
- тяжёлая
- лёгкая
- средняя

У пострадавшего выявлены признаки отравления цианистым водородом. Наличие цианистого водорода в данной токсикологической ситуации связано с его

- образованием из азота атмосферного воздуха
- образованием при горении хлорсодержащих полимеров
- образованием при горении полиуретана на пожаре
- поступлением в атмосферу пожара из аварийных цистерн

Показатели кислотно-основного состояния свидетельствуют о развитии у пациента

- респираторного алкалоза
- метаболического ацидоза
- респираторный ацидоза
- метаболического алкалоза

В качестве средств этиотропной терапии отравления монооксидом углерода необходимо применение

- натрия тиосульфата
- кислорода
- унитиола
- атропина

Пациенту при отсутствии противопоказаний и наличия технических возможностей рекомендовано проведение

- гемодиализа
- гемосорбции
- гипербарической оксигенации
- трансфузионной терапии

В качестве антидота цианистого водорода целесообразно применение

- гемодиализа
- гемосорбции
- гипербарической оксигенации
- трансфузионной терапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пострадавший 23 лет, мужчина, доставлен скорой помощью в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы
Жалобы на тошноту, многократную рвоту желчью, частый жидкий стул, схваткообразные боли в животе, носовое кровотечение.

Анамнез заболевания
Из анамнеза заболевания. С целью совершения суицидальной попытки пациент употребил неизвестную бесцветную жидкость, обладающей ароматическим запахом. Через 36ч у пациента появилась тошнота и многократная рвота, возникли схваткообразные боли в животе. Соседом по комнате вызвана

бригада СМП. Осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Уровень сознания – поверхностное оглушение. Жалобы на тошноту, многократную рвоту желчью, частый жидкий стул, схваткообразные боли в животе. При осмотре ощущается ароматический запах изо рта. Кожные покровы и склеры желтушного цвета, влажные, тёплые на ощупь. Дыхание везикулярное, хрипов нет, с частотой 18×мин^-1^, SaO~2~ – 98%, АД 110 и 70 мм рт. ст., пульс – 62×мин^-1^, ритмичный. Пострадавший госпитализирован в стационар. Бутылка с оставшейся неизвестной жидкостью отправлена на токсико-химическое исследование. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия 400,0 физиологического раствора хлористого натрия, ингаляция кислорода (FiO~2~ – 0,3) через лицевую маску

Анамнез жизни
* Хронические заболевания отрицает. * Аллергический анамнез отрицает, не курит. Алкоголем не злоупотребляет. * Аллергологический анамнез спокойный

Объективный статус
* Общее состояние тяжёлое. Уровень сознания – поверхностное оглушение. Фотореакция нормальная, зрачки нормального размера, D=S, мышечный тонус не изменён, периферические рефлексы в норме. Кожные покровы и склеры желтушного цвета, влажные, тёплые. * Сердечно-сосудистая система. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, частота сердечных сокращений – 74×мин^-1^, артериальное давление 110 и 60 мм рт. ст. * Дыхательная система. Дыхание везикулярное, с частотой 14-16×мин^-1^, хрипы отсутствуют, насыщение артериальной крови кислородом (SaO~2~) – 97% * Желудочно-кишечный тракт: Язык сухой, обложен белым налётом. Выявлена болезненность при пальпации в правом подреберье, симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Клинические признаки острого гастроэнтерита свидетельствуют о возможном поражении печени. Для оценки функции печени необходимо исследовать

- гемодиализа
- гемосорбции
- гипербарической оксигенации
- трансфузионной терапии

Результаты обследования

Для оценки кислотно-основного состояния крови необходимо исследовать

- гемодиализа
- гемосорбции

- гипербарической оксигенации
- трансфузионной терапии

Результаты обследования

Для определения причины носового кровотечения на фоне предполагаемого токсического поражения печени необходимо исследовать

- гемодиализа
- гемосорбции
- гипербарической оксигенации
- трансфузионной терапии

Результаты обследования

По результатам токсико-химического исследования неизвестной жидкости, которую употребил пациент, установили наличие галогенпроизводных алифатических углеводородов. Для постановки диагноза данному пациенту в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи необходимо провести химико-токсикологическое исследование крови на содержание

- гемодиализа
- гемосорбции
- гипербарической оксигенации
- трансфузионной терапии

Результаты обследования

На основании результатов клинических и лабораторных методов обследования можно выставить диагноз Острое отравление

- гемодиализа
- гемосорбции
- гипербарической оксигенации
- трансфузионной терапии

Диагноз

Наличие карбонилхлорида в крови пациента связано с

- его синтезом _de__ __novo_
- его высвобождением из адипоцитов
- биотрансформацией четырёххлористого углерода

- его высвобождением из разрушенных эритроцитов

Дифференциальную диагностику отравления четырёххлористым углеродом необходимо проводить с

- острым отравлением метанолом
- отравлением бледной поганкой
- острым отравлением этанолом
- острым отравлением бензином

Причина выявленных нарушений гемостаза у пациента связана с

- нарушением усвояемости железа
- нарушением пластической функции печени
- гемолизом эритроцитов
- разрушением тромбоцитов

На основании анамнестических данных, клинической картины, клинико-лабораторных обследований тяжесть состояния пациента обусловлена острой

- дыхательной недостаточностью
- почечной недостаточностью
- сердечно-сосудистой недостаточностью
- печёночной недостаточностью

Показатели кислотно-основного состояния свидетельствуют о развитии

- респираторного ацидоза
- метаболического ацидоза
- респираторного алкалоза
- метаболического алкалоза

Для удаления всосавшегося токсиканта необходимо провести

- экстракорпоральную детоксикацию
- беззондовое промывание желудка
- экстракорпоральную мембранную оксигенацию
- зондовое промывание желудка

В качестве подхода к патогенетической терапии целесообразно применение

- экстракорпоральную детоксикацию
- беззондовое промывание желудка
- экстракорпоральную мембранную оксигенацию
- зондовое промывание желудка

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пострадавший 26 лет, мужчина, доставлен скорой помощью в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы
Жалобы на тревожность, зрительные галлюцинации, сердцебиение, общую слабость.

Анамнез заболевания
Пациент употребил неизвестные таблетки (со слов пациента – «Спиды») с целью получения состояния наркотического опьянения. Через 6ч возникли зрительные галлюцинации, после чего пациент вызвал бригаду СМП. Осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Уровень сознания – поверхностное оглушение. Жалобы на тревожность, зрительные галлюцинации, сердцебиение, общую слабость. Кожные покровы и видимые слизистые гиперемированные, сухие, горячие на ощупь, температура тела – 37,9°С. Видимых повреждений нет. Сыпи нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отёков нет. Дыхание везикулярное с частотой 12×мин^-1^, хрипов нет, SaO~2~ – 98%, АД 160 и 90мм рт. ст., пульс – 88×мин^-1^, ритмичный. Пациент госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия 400,0 физиологического раствора хлористого натрия, ингаляция кислорода (FiO~2~ – 0,3) через лицевую маску

Анамнез жизни
* Аллергические реакции отрицает * Алкоголем не злоупотребляет, вредные привычки отрицает * Хронические заболевания отрицает * Со слов соседей находится на учёте в психоневрологическом диспансере

Объективный статус
* Общее состояние тяжёлое. Уровень сознания – поверхностное оглушение. Фотореакция нормальная, мидриаз, D=S, мышечный тонус снижен, периферические рефлексы не изменены. Кожные покровы и видимые слизистые гиперемированные, сухие, горячие на ощупь, температура тела – 38,1°С. Во время осмотра у пациента возникли однократные судороги. * Сердечно-сосудистая система. Сердечные тоны ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений – 88×мин^-1^, артериальное давление 154 и 82мм рт. ст. * Дыхательная система. Дыхание везикулярное, с частотой 12-14×мин^-1^, хрипы отсутствуют, насыщение артериальной крови кислородом (SaO~2~) – 98% * Желудочно-кишечный тракт: Живот обычной формы, симметричный, мягкий,

в акте дыхания участвует. Перитонеальных симптомов нет. Физиологические отправления в норме

Для определения причины нарушения сознания необходимо провести химико-токсикологическое исследование

- экстракорпоральную детоксикацию
- беззондовое промывание желудка
- экстракорпоральную мембранную оксигенацию
- зондовое промывание желудка

Результаты обследования

Для дифференциальной диагностики угнетения сознания необходимо провести химико-токсикологическое исследование на содержание
+_____+ в крови

- экстракорпоральную детоксикацию
- беззондовое промывание желудка
- экстракорпоральную мембранную оксигенацию
- зондовое промывание желудка

Результаты обследования

Для дифференциальной диагностики угнетения сознания необходимо выполнить (инструментальный метод исследования)

- экстракорпоральную детоксикацию
- беззондовое промывание желудка
- экстракорпоральную мембранную оксигенацию
- зондовое промывание желудка

Результаты обследования

Для определения нарушения кислотно-основного состояния в крови пациента необходимо исследовать

- экстракорпоральную детоксикацию
- беззондовое промывание желудка
- экстракорпоральную мембранную оксигенацию
- зондовое промывание желудка

Результаты обследования

На основании результатов клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования можно выставить диагноз Острое отравление

- экстракорпоральную детоксикацию
- беззондовое промывание желудка
- экстракорпоральную мембранную оксигенацию
- зондовое промывание желудка

Диагноз

Артериальная гипертензия и тахикардия, сформировавшиеся у пациента после употребления амфетамина свидетельствуют о формировании +_____+ синдрома

- серотонинергического
- холинолитического
- адренергического
- допаминергического

У пациента интоксикация амфетамином +_____+ степени

- средней
- тяжёлой
- лёгкой
- крайне тяжёлой

Дифференциальную диагностику отравления амфетамином следует проводить с

- острым-респираторным дистресс-синдромом
- инфекционными заболеваниями верхних дыхательных путей
- заболеваниями сердечно-сосудистой системы
- острым поражением печени

Для усиления естественной детоксикации пациенту необходимо выполнить

- гемодиализ
- экстракорпоральную мембранную оксигенацию
- зондовое промывание желудка
- беззондовое промывание желудка

Для купирования судорог, возникших у пациента во время осмотра в стационаре необходимо применение

- дитилина
- диазепама
- атропина
- натрия оксибутирата

Для коррекции водно-электролитного баланса пациенту показано проведение

- парентерального питания
- инфузионной терапии
- трансфузионной терапии
- форсирования диуреза

Для коррекции гипертермии пациенту необходимо проведение

- парентерального питания
- инфузионной терапии
- трансфузионной терапии
- форсирования диуреза

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пострадавший 20 лет, мужчина, доставлен скорой помощью в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы
Жалобы на слабость, головокружение, тошноту, боль в мышцах ног.

Анамнез заболевания
Пациент обнаружен дома родственниками без сознания, рядом много пустых упаковок из-под лекарственных препаратов (предположительной феназепам). Родственники вызвали бригаду СМП. Осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Уровень сознания – поверхностное оглушение. Жалобы на слабость, головокружение, тошноту, боль в мышцах ног. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, влажные, тёплые на ощупь. Видимых повреждений нет. Сыпи нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отёков нет. Дыхание жёсткое с частотой 14×мин^-1^, хрипов нет, SaO~2~ – 95%, АД 110 и 60 мм рт. ст., пульс – 85×мин^-1^, ритмичный. Пациент госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия 400,0 физиологического раствора хлористого натрия, ингаляция кислорода (FiO~2~ – 0,3) через лицевую маску

Анамнез жизни

* Аллергические реакции отрицает * Алкоголем не злоупотребляет, вредные привычки отрицает, часто играет в азартные игры. * Хронические заболевания отрицает

Объективный статус

* Общее состояние тяжёлое. Уровень сознания – глубокое оглушение. Фотореакция нормальная, зрачки нормального размера, D=S, мышечный тонус снижен, периферические рефлексы ослаблены. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, влажные, тёплые на ощупь. * Сердечно-сосудистая система. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, частота сердечных сокращений – 62×мин^-1^, артериальное давление 112 и 64 мм рт. ст. * Дыхательная система. Дыхание жёсткое, с частотой 10-12×мин^-1^, хрипы отсутствуют, насыщение артериальной крови кислородом (SaO~2~) – 95% * Желудочно-кишечный тракт: Живот обычной формы, симметричный, мягкий, в акте дыхания участвует. Перитонеальных симптомов нет. Диурез по мочевому катетеру, получено 250 мл мочи обычного цвета

Для определения причины угнетения сознания необходимо провести химико-токсикологическое исследование крови на наличие

- парентерального питания
- инфузионной терапии
- трансфузионной терапии
- форсирования диуреза

Результаты обследования

Для дифференциальной диагностики угнетения сознания необходимо провести химико-токсикологическое исследование на содержание

- парентерального питания
- инфузионной терапии
- трансфузионной терапии
- форсирования диуреза

Результаты обследования

Для дифференциальной диагностики угнетения сознания необходимо выполнить (инструментальный метод исследования)

- парентерального питания
- инфузионной терапии
- трансфузионной терапии

- форсирования диуреза

Результаты обследования

Для диагностики рабдомиолиза необходимо исследовать кровь на содержание

- парентерального питания
- инфузионной терапии
- трансфузионной терапии
- форсирования диуреза

Результаты обследования

Для исключения сердечной патологии у пациента рекомендовано проведение

- парентерального питания
- инфузионной терапии
- трансфузионной терапии
- форсирования диуреза

Результаты обследования

На основании результатов клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования можно выставить диагноз Острое отравление

- парентерального питания
- инфузионной терапии
- трансфузионной терапии
- форсирования диуреза

Диагноз

Тяжесть состояния пациента обусловлена острой +_____+ недостаточностью

- сердечно-сосудистой
- почечной
- дыхательной
- печёночной

Дифференциальную диагностику острого отравления бензодиазепинами необходимо проводить с

- инфарктом миокарда
- острым отравлением бледной поганкой
- острым нарушением мозгового кровообращения
- химическим легочным отёком (острым)

В качестве антидота отравления бензодиазепинами необходимо использовать

- атропин
- флумазенил
- налоксон
- галантамин

Для усиления естественной детоксикации пациенту необходимо выполнить

- беззондовое промывание желудка
- экстракорпоральную мембранную оксигенацию
- зондовое промывание желудка
- гемодиализ

После выполнения зондового промывания желудка пациенту необходимо алиментарно ввести

- крахмал
- сульфат магния
- тиосульфат натрия
- активированный уголь

Для лечения нарушений дыхания пациенту необходимо выполнить

- крахмал
- сульфат магния
- тиосульфат натрия
- активированный уголь

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пострадавший 40 лет, мужчина, доставлен скорой помощью в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы
Жалобы на тошноту, рвоту, боль за грудиной, усиливающуюся при глотании, боль в животе и пояснице.

Анамнез заболевания

Из анамнеза заболевания. В течение двух дней употреблял алкоголь содержащие напитки. Утром на третий день по ошибке выпил около 100 мл уксусной эссенции. Через 24ч вызвал бригаду СМП. Осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Уровень сознания – поверхностное оглушение. Жалобы на тошноту, рвоту, боль за грудиной, усиливающуюся при глотании, боль в животе и пояснице. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, влажные, холодные на ощупь. Запах алкоголя изо рта. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отёков нет. Губы, полость рта, язык гиперемированы. Дыхание жёсткое с частотой 16×мин^-1^, хрипов нет, SaO~2~ – 98%, АД 140 и 80 мм рт. ст., пульс – 72×мин^-1^, ритмичный. Пациент госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия 400,0 физиологического раствора хлористого натрия, ингаляция кислорода (FiO~2~ – 0,3) через лицевую маску

Анамнез жизни

* Аллергические реакции отрицает * Злоупотребляет алкоголем * Со слов суицидальная попытка в анамнезе

Объективный статус

* Общее состояние тяжёлое. Уровень сознания – поверхностное оглушение. Фотореакция нормальная, зрачки нормального размера, D=S, мышечный тонус нормальный, периферические рефлексы ослаблены. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, влажные, холодные на ощупь. Запах алкоголя изо рта. * Сердечно-сосудистая система. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, частота сердечных сокращений – 70×мин^-1^, артериальное давление 140 и 70 мм рт. ст. * Дыхательная система. Дыхание жёсткое, с частотой 14×мин^-1^, хрипы отсутствуют, насыщение артериальной крови кислородом (SaO~2~) – 98% * Желудочно-кишечный тракт: Язык, губы, полость рта гиперемированы. Живот обычной формы, симметричный, мягкий, в акте дыхания участвует. Перитонеальных симптомов нет. Болезненный при пальпации в эпигастральной области. Диурез по мочевому катетеру, получено 50 мл мочи красного цвета

<u>Для определения распространённости ожога пищеварительного тракта необходимо проведение</u>

- крахмал
- сульфат магния
- тиосульфат натрия
- активированный уголь

Результаты обследования

Из анамнеза известно, что пациент употреблял алкоголь, во время осмотра определён запах алкоголя изо рта. Для уточнения диагноза необходимо провести химико-токсикологическое исследование на содержание

- крахмал
- сульфат магния
- тиосульфат натрия
- активированный уголь

Результаты обследования

Для определения нарушения кислотно-основного состояния у пациента необходимо исследовать

- крахмал
- сульфат магния
- тиосульфат натрия
- активированный уголь

Результаты обследования

Для определения нарушения функции печени необходимо исследовать

- крахмал
- сульфат магния
- тиосульфат натрия
- активированный уголь

Результаты обследования

Для исключения сердечной патологии у пациента рекомендовано проведение

- крахмал
- сульфат магния
- тиосульфат натрия
- активированный уголь

Результаты обследования

Для выявления гемолиза необходимо исследовать

- крахмал
- сульфат магния
- тиосульфат натрия
- активированный уголь

Результаты обследования

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

- крахмал
- сульфат магния
- тиосульфат натрия
- активированный уголь

Диагноз

Степень тяжести состояния пациента обусловлена

- острой сердечно-сосудистой недостаточностью
- острой дыхательной недостаточностью
- острой почечно-печёночной недостаточностью, метаболическим ацидозом
- респираторным ацидозом

Для проведения детоксикации у данного пациента рекомендовано проведение

- экстракорпоральной мембранной оксигенации
- беззондового промывания желудка
- зондового промывания желудка
- гемодиализа

Для купирования гемолиза целесообразно применение

- раствора Рингера
- физиологического раствора (0,9%)
- гипертонического (10-20%) раствора глюкозы
- эритроцитарной массы

У пациентов с отравлением этанолом и уксусной эссенцией для увеличения насыщения тканей кислородом рекомендовано проведение

- жидкостной вентиляции
- ингаляции кислорода

- экстракорпоральной мембранной оксигенации
- интубации трахеи и ИВЛ

При олигурии для стимуляции диуреза пациенту необходимо ввести

- жидкостной вентиляции
- ингаляции кислорода
- экстракорпоральной мембранной оксигенации
- интубации трахеи и ИВЛ

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пострадавший 36 лет, мужчина, доставлен скорой помощью в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы
Жалоб не предъявляет в виду отсутствия сознания.

Анамнез заболевания
Со слов родственников, пациент с целью совершения суицидальной попытки употребил 10 таблеток снотворного препарата, после чего закрылся в гараже с заведённым автомобилем. Обнаружен родственниками без сознания, вызвана бригада СМП. Осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Уровень сознания – кома. Жалоб не предъявляет в виду отсутствия сознания. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, влажные, тёплые на ощупь. Видимых повреждений нет. Сыпи нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отёков нет. Дыхание жесткое с частотой 6-8×мин^-1^, хрипов нет, SaO~2~ – 89%, АД 100 и 50 мм рт. ст., пульс – 52×мин^-1^, аритмичный. Пациент госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия 400,0 физиологического раствора хлористого натрия, выполнена интубация трахеи, налажена ИВЛ (режим VCV с параметрами: Vt – 400 мл; f – 14×мин^-1^, FiO~2~ – 0,4).

Анамнез жизни
Со слов родственников: * Аллергические реакции отрицает. * Алкоголем не злоупотребляет, вредные привычки отрицает. * Хронические заболевания отрицает.

Объективный статус
* Общее состояние тяжёлое. Уровень сознания – кома. Фотореакция нарушена, зрачки нормального размера, D=S, мышечный тонус снижен, периферические

рефлексы ослаблены. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, влажные, тёплые на ощупь. * Сердечно-сосудистая система. Сердечные тоны звучные, аритмичные, частота сердечных сокращений – 60×мин^-1^, артериальное давление 110 и 54 мм рт. ст. * Дыхательная система. Дыхание аппаратом ИВЛ режим VCV с параметрами: Vt –400 мл; f – 14×мин^-1^, FiO~2~ – 0,4 (SaO~2~) – 98% * Желудочно-кишечный тракт: Живот обычной формы, симметричный, мягкий, в акте дыхания участвует. Перитонеальных симптомов нет. Диурез по мочевому катетеру, получено 50 мл мочи обычного цвета.

Для определения причины угнетения сознания необходимо провести химико-токсикологическое исследование крови на наличие

- жидкостной вентиляции
- ингаляции кислорода
- экстракорпоральной мембранной оксигенации
- интубации трахеи и ИВЛ

Результаты обследования

Для постановки диагноза данному пациенту в условиях стационарного отделения скорой медицинской помощи необходимо провести химико-токсикологическое исследование на содержание +_____+ в крови

- жидкостной вентиляции
- ингаляции кислорода
- экстракорпоральной мембранной оксигенации
- интубации трахеи и ИВЛ

Результаты обследования

Для дифференциальной диагностики угнетения сознания необходимо выполнить (инструментальный метод исследования)

- жидкостной вентиляции
- ингаляции кислорода
- экстракорпоральной мембранной оксигенации
- интубации трахеи и ИВЛ

Результаты обследования

Для определения кислотно-основного состояния у пациента необходимо исследовать

- жидкостной вентиляции
- ингаляции кислорода
- экстракорпоральной мембранной оксигенации
- интубации трахеи и ИВЛ

Результаты обследования

С целью выявления поражения сердца пациенту необходимо выполнить

- жидкостной вентиляции
- ингаляции кислорода
- экстракорпоральной мембранной оксигенации
- интубации трахеи и ИВЛ

Результаты обследования

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

- жидкостной вентиляции
- ингаляции кислорода
- экстракорпоральной мембранной оксигенации
- интубации трахеи и ИВЛ

Диагноз

Для определения начальной концентрации карбоксигемоглобина пациента в крови с учётом времени прошедшего, после окончания воздействия необходимо использовать

- жидкостной вентиляции
- ингаляции кислорода
- экстракорпоральной мембранной оксигенации
- интубации трахеи и ИВЛ

Изображение 1

На основании номограммы _C.J. Clark et al._ (1981) (Изображение 1) концентрация карбоксигемоглобина в крови пациента на момент окончания воздействия выхлопных газов (концентрация карбоксигемоглобина через 2 часа после воздействия – 30%) составляет +_____+ %

- 95
- 25

- 45
- 10

Показатели кислотно-основного состояния свидетельствуют о развитии у пациента

- метаболического ацидоза
- респираторного ацидоза
- респираторного алкалоза
- метаболического алкалоза

В качестве антидота отравления бензодиазепинами необходимо использовать

- галантамин
- налоксон
- флумазенил
- атропин

В качестве средств этиотропной терапии отравления монооксидом углерода необходимо применение

- атропина
- флумазенила
- цинказола
- налоксона

Для нормализации энергетического обмена пациенту рекомендовано применение

- атропина
- флумазенила
- цинказола
- налоксона

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пострадавший 32 лет, мужчина, доставлен скорой помощью в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы
Жалоб не предъявляет в виду отсутствия сознания.

Анамнез заболевания

Пациент найден соседями на лестничной клетке без сознания. Вызвана бригада СМП. Осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Уровень сознания – кома. Жалоб не предъявляет в виду отсутствия сознания. Кожные покровы и видимые слизистые гиперемированные, влажные, горячие на ощупь, температура тела – 38,3°С. Мидриаз. Видимых повреждений нет. Сыпи нет. Запах алкоголя изо рта. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отёков нет. Дыхание везикулярное с частотой 6×мин^-1^, хрипов нет, SaO~2~ – 90%, АД 160 и 80 мм рт. ст., пульс – 94×мин^-1^, аритмичный. Пациент госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия 400,0 физиологического раствора хлористого натрия, выполнена интубация трахеи, налажена ИВЛ (режим VCV с параметрами: Vt – 400 мл; f – 14×мин^-1^, FiO~2~ – 0,4).

Анамнез жизни

Анамнез собрать не удалось в виду отсутствия сознания у пациента.

Объективный статус

* Общее состояние тяжёлое. Уровень сознания – кома. Фотореакция снижена, мидриаз, D=S, мышечный тонус понижен, периферические рефлексы ослаблены. Кожные покровы и видимые слизистые гиперемированные, влажные, горячие на ощупь, температура тела – 38,3°С. * Сердечно-сосудистая система. Сердечные тоны приглушены, аритмичные, частота сердечных сокращений – 94×мин^-1^, артериальное давление 162 и 92 мм рт. ст. * Дыхательная система. Дыхание аппаратом ИВЛ (режим VCV с параметрами: Vt – 400 мл; f – 14×мин^-1^, FiO~2~ – 0,4), насыщение артериальной крови кислородом (SaO~2~) – 99% * Желудочно-кишечный тракт: Живот обычной формы, симметричный, мягкий, в акте дыхания участвует. Перитонеальных симптомов нет. Диурез по мочевому катетеру, получено 100 мл мочи жёлтого цвета

Для определения причины нарушения сознания необходимо провести

- атропина
- флумазенила
- цинказола
- налоксона

Результаты обследования

Для дифференциальной диагностики угнетения сознания необходимо провести химико-токсикологическое исследование на содержание

- атропина
- флумазенила
- цинказола
- налоксона

Результаты обследования

Для дифференциальной диагностики угнетения сознания необходимо выполнить (инструментальный метод исследования)

- атропина
- флумазенила
- цинказола
- налоксона

Результаты обследования

Для оценки состояния сердечно-сосудистой системы у пациента необходимо провести

- атропина
- флумазенила
- цинказола
- налоксона

Результаты обследования

Для диагностики ишемии миокарда необходимо оценить

- атропина
- флумазенила
- цинказола
- налоксона

Результаты обследования

Для исключения синдрома позиционной травмы необходимо исследовать концентрацию + _____ + крови

- атропина
- флумазенила
- цинказола
- налоксона

Результаты обследования

Для оценки кислотно-основного состояния крови необходимо исследовать

- атропина
- флумазенила
- цинказола
- налоксона

Результаты обследования

На основании результатов клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования можно выставить диагноз Острое отравление

- атропина
- флумазенила
- цинказола
- налоксона

Диагноз

У пациента на фоне острого отравления амфетамином и этанолом сформировался

- острый респираторный дистресс-синдром
- синдром позиционной травмы
- синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта
- инфаркт миокарда

Тяжесть состояния пациента обусловлена острой

- дыхательной недостаточностью
- печёночной недостаточностью
- недостаточностью мозгового кровообращения
- почечной недостаточностью

Для лечения сформировавшегося синдрома позиционной травмы (миоренальный синдром) необходимо проведение

- экстракорпоральной мембранной оксигенации
- экстракорпоральной детоксикации
- зондового промывания желудка
- кишечного лаважа

Для коррекции ишемии миокарда целесообразно применение

- экстракорпоральной мембранной оксигенации
- экстракорпоральной детоксикации
- зондового промывания желудка
- кишечного лаважа

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пострадавший 23 лет, мужчина, доставлен скорой помощью в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы
Жалобы на слабость, головокружение, тошноту, рвоту.

Анамнез заболевания
Пациент после употребления алкогольсодержащей жидкости (со слов виски в объёме 0,5 л) на спор съел 7 таблеток неизвестного снотворного препарата. Через 3 ч возникла тошнота и рвота, после чего пациента вызвал бригаду СМП. Осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Уровень сознания – поверхностное оглушение. Жалобы на слабость, головокружение, тошноту. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, влажные, тёплые на ощупь. Видимых повреждений нет. Сыпи нет. Запах алкоголя изо рта Периферические лимфатические узлы не увеличены, отёков нет. Дыхание везикулярное с частотой 12×мин^-1^, хрипов нет, SaO~2~ – 96%, АД 150 и 80 мм рт. ст., пульс – 94×мин^-1^, ритмичный. Пациент госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия 400,0 физиологического раствора хлористого натрия, ингаляция кислорода (FiO~2~ – 0,3) через лицевую маску.

Анамнез жизни
* Аллергические реакции отрицает * Алкоголем не злоупотребляет, вредные привычки отрицает. * Хронические заболевания отрицает

Объективный статус
* Общее состояние тяжёлое. Уровень сознания – кома. Фотореакция нормальная, зрачки нормального размера, D=S, мышечный тонус снижен, периферические рефлексы ослаблены. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, влажные, тёплые на ощупь. Во время осмотра у пациента произошли однократные судороги. * Сердечно-сосудистая система. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, частота сердечных сокращений – 58×мин^-1^, артериальное давление 110 и 60 мм рт. ст. * Дыхательная система. Дыхание

везикулярное, с частотой 8-10×мин^-1^, хрипы отсутствуют, насыщение артериальной крови кислородом (SaO~2~) – 93% * Желудочно-кишечный тракт: Живот обычной формы, симметричный, мягкий, в акте дыхания участвует. Перитонеальных симптомов нет. Диурез по мочевому катетеру, получено 100 мл мочи обычного цвета

Для определения причины угнетения сознания необходимо провести химико-токсикологическое исследование крови на наличие

- экстракорпоральной мембранной оксигенации
- экстракорпоральной детоксикации
- зондового промывания желудка
- кишечного лаважа

Результаты обследования

Для дифференциальной диагностики угнетения сознания необходимо провести химико-токсикологическое исследование на содержание

- экстракорпоральной мембранной оксигенации
- экстракорпоральной детоксикации
- зондового промывания желудка
- кишечного лаважа

Результаты обследования

Для дифференциальной диагностики угнетения сознания необходимо выполнить (инструментальный метод исследования)

- экстракорпоральной мембранной оксигенации
- экстракорпоральной детоксикации
- зондового промывания желудка
- кишечного лаважа

Результаты обследования

Для определения нарушения оксигенации у пациента необходимо исследовать

- экстракорпоральной мембранной оксигенации
- экстракорпоральной детоксикации
- зондового промывания желудка
- кишечного лаважа

Результаты обследования

<u>Для определения степени нарушения оксигенации у пациента необходимо определить</u>

- экстракорпоральной мембранной оксигенации
- экстракорпоральной детоксикации
- зондового промывания желудка
- кишечного лаважа

Результаты обследования

<u>На основании результатов клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования можно выставить диагноз</u>

- экстракорпоральной мембранной оксигенации
- экстракорпоральной детоксикации
- зондового промывания желудка
- кишечного лаважа

Диагноз

<u>У пациента нарушение оксигенации</u>

- лёгкой степени
- отсутствует
- среднетяжёлое
- тяжёлое

<u>Показатели кислотно-основного состояния свидетельствуют о развитии у пациента</u>

- метаболического ацидоза
- респираторного ацидоза
- метаболического алкалоза
- респираторного алкалоза

<u>Тяжесть состояния пациента обусловлена острой</u>

- дыхательной недостаточностью и метаболическим ацидозом
- почечной недостаточностью
- сердечно-сосудистой недостаточностью
- печёночной недостаточностью

В качестве антидота отравления бензодиазепинами необходимо использовать

- атропин
- налоксон
- флумазенил
- галантамин

У пациентов с острой интоксикацией алкоголем с целью детоксикации рекомендовано назначение

- метадоксина
- натрия тиосульфата
- налоксона
- флумазенила

Для лечения нарушений дыхания пациенту необходимо выполнить

- метадоксина
- натрия тиосульфата
- налоксона
- флумазенила

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пострадавший 23 лет, мужчина, доставлен скорой помощью в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы
Жалоб не предъявляет ввиду отсутствия сознания.

Анамнез заболевания
Пациент найден родственниками в комнате без сознания. Около пациента найдены пустые бутылочки, 5 штук (предположительно валокордин). Пациент длительное время (около 12 ч со слов родственников находился без сознания в неестественной позе). Родственники вызвали бригаду СМП. Осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Уровень сознания – кома. Жалобы не предъявляет ввиду отсутствия сознания. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, сухие, тёплые на ощупь. Видимых повреждений нет. На нижней трети бедра кожа мраморного цвета. Сыпи нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отёков нет. Дыхание везикулярное с частотой 6-8×мин^-1^, хрипов нет, SaO~2~ – 92%, АД 100 и 50 мм рт. ст., пульс – 90×мин^-1^,

ритмичный. Пациент госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия 400,0 физиологического раствора хлористого натрия, выполнена интубация трахеи, налажена ИВЛ (режим VCV с параметрами: Vt – 400 мл; f – 14×мин^-1^, FiO~2~ – 0,5).

Анамнез жизни
Анамнез собрать не удалось в виду отсутствия сознания у пациента.

Объективный статус
* Общее состояние тяжёлое. Уровень сознания – кома. Фотореакция нарушена, зрачки умеренно расширены, D=S, мышечный тонус снижен, периферические рефлексы ослаблены. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, сухие, тёплые на ощупь. * Сердечно-сосудистая система. Сердечные тоны ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений – 90×мин^-1^, артериальное давление 110 и 60 мм рт. ст. * Дыхательная система. Дыхание аппаратом ИВЛ (режим VCV с параметрами: Vt – 400мл; f – 14×мин^-1^, FiO~2~ – 0,4), насыщение артериальной крови кислородом (SaO~2~) – 99% * Желудочно-кишечный тракт: Живот обычной формы, симметричный, мягкий, в акте дыхания участвует. Перитонеальных симптомов нет. Диурез по мочевому катетеру, получено 30 мл мочи светло-коричневого цвета

Для определения причины угнетения сознания необходимо провести

- метадоксина
- натрия тиосульфата
- налоксона
- флумазенила

Результаты обследования

Для дифференциальной диагностики угнетения сознания необходимо провести химико-токсикологическое исследование на содержание

- метадоксина
- натрия тиосульфата
- налоксона
- флумазенила

Результаты обследования

Для исключения синдрома позиционной травмы у пациента необходимо исследовать

- метадоксина
- натрия тиосульфата
- налоксона
- флумазенила

Результаты обследования

Для определения нарушения кислотно-основного состояния в крови пациента необходимо исследовать

- метадоксина
- натрия тиосульфата
- налоксона
- флумазенила

Результаты обследования

У пациента на фоне выявленных изменений в общем анализе мочи необходимо провести (инструментальное исследование)

- метадоксина
- натрия тиосульфата
- налоксона
- флумазенила

Результаты обследования

На основании результатов клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования можно выставить диагноз Острое отравление

- метадоксина
- натрия тиосульфата
- налоксона
- флумазенила

Диагноз

Изменения кислотно-основного состояния свидетельствуют о развитии у пациента

- респираторного алкалоза
- респираторного ацидоза
- метаболического алкалоза
- метаболического ацидоза

Тяжесть состояния пациента обусловлена

- острым нарушением мозгового кровообращения
- острой печёночной недостаточностью
- острой сердечно-сосудистой недостаточностью
- острой дыхательной недостаточностью

У пациента отравление фенобарбиталом

- средней степени тяжести
- тяжёлое
- лёгкой степени тяжести
- крайне тяжёлое

Для усиления естественной детоксикации пациенту необходимо выполнить

- беззондовое промывание желудка
- зондовое промывание желудка
- экстракорпоральную мембранную оксигенацию
- гемодиализ

Для поддержания функции почек пациенту необходимо выполнить

- пероральное введение энтеросорбента
- гемодиализ
- трансфузию свежезамороженной плазмы
- экстракорпоральную мембранную оксигенацию

При невозможности проведения гемодиализа пациенту рекомендовано проведение

- пероральное введение энтеросорбента
- гемодиализ
- трансфузию свежезамороженной плазмы
- экстракорпоральную мембранную оксигенацию

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пострадавший 23 лет, мужчина, доставлен скорой помощью в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы
Жалобы на слабость, головокружение, тошноту, сухость во рту.

Анамнез заболевания

Пациент с целью совершения суицидальной попытки выпили несколько бутылочек неизвестного лекарственного средства (предположительно корвалола). Через 4 ч развилась рвота, после чего родственники вызвали бригаду СМП. Осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Уровень сознания – поверхностное оглушение. Жалобы на слабость, головокружение, тошноту, рвоту, сухость во рту. Кожные покровы и видимые слизистые гиперемированные, сухие, тёплые на ощупь. Видимых повреждений нет. Сыпи нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отёков нет. Дыхание везикулярное с частотой 12×мин^-1^, хрипов нет, SaO~2~ – 97%, АД 150 и 80 мм рт. ст., пульс – 92×мин^-1^, ритмичный. Пациент госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия 400,0 физиологического раствора хлористого натрия, ингаляция кислорода (FiO~2~ – 0,3) через лицевую маску.

Анамнез жизни

* Аллергические реакции отрицает * Алкоголем не злоупотребляет, вредные привычки отрицает * Хронические заболевания отрицает

Объективный статус

* Общее состояние тяжёлое. Уровень сознания – кома. Фотореакция нарушена, зрачки умеренно расширены, D=S, мышечный тонус снижен, периферические рефлексы ослаблены. Кожные покровы и видимые слизистые гиперемированные, сухие, тёплые на ощупь. * Сердечно-сосудистая система. Сердечные тоны ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений – 90×мин^-1^, артериальное давление 140 и 75 мм рт. ст. * Дыхательная система. Дыхание везикулярное, с частотой 6-8×мин^-1^, хрипы отсутствуют, насыщение артериальной крови кислородом (SaO~2~) – 93% * Желудочно-кишечный тракт: Живот обычной формы, симметричный, мягкий, в акте дыхания участвует. Перитонеальных симптомов нет. Диурез по мочевому катетеру, получено 200 мл мочи обычного цвета

Для определения причины угнетения сознания необходимо провести химико-токсикологическое исследование крови на наличие

- пероральное введение энтеросорбента
- гемодиализ
- трансфузию свежезамороженной плазмы
- экстракорпоральную мембранную оксигенацию

Результаты обследования

Для дифференциальной диагностики угнетения сознания необходимо провести химико-токсикологическое исследование на содержание

- пероральное введение энтеросорбента
- гемодиализ
- трансфузию свежезамороженной плазмы
- экстракорпоральную мембранную оксигенацию

Результаты обследования

Для дифференциальной диагностики угнетения сознания необходимо выполнить (инструментальный метод исследования)

- пероральное введение энтеросорбента
- гемодиализ
- трансфузию свежезамороженной плазмы
- экстракорпоральную мембранную оксигенацию

Результаты обследования

Для определения нарушения кислотно-основного состояния в крови пациента необходимо исследовать

- пероральное введение энтеросорбента
- гемодиализ
- трансфузию свежезамороженной плазмы
- экстракорпоральную мембранную оксигенацию

Результаты обследования

Для исключения сердечной патологии у пациента рекомендовано проведение

- пероральное введение энтеросорбента
- гемодиализ
- трансфузию свежезамороженной плазмы
- экстракорпоральную мембранную оксигенацию

Результаты обследования

На основании результатов клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования можно выставить диагноз Острое отравление

- пероральное введение энтеросорбента

- гемодиализ
- трансфузию свежезамороженной плазмы
- экстракорпоральную мембранную оксигенацию

Диагноз

Изменения кислотно-основного состояния свидетельствуют о развитии у пациента

- метаболического ацидоза
- респираторного ацидоза
- метаболического алкалоза
- респираторного алкалоза

Тяжесть состояния пациента обусловлена острой +_____+ недостаточностью

- сердечно-сосудистой
- почечной
- печёночной
- дыхательной

Выявленные у пациента признаки: гиперемия кожных покровов, сухость во рту, тахикардия, умеренный мидриаз, свидетельствуют о формировании +_____+ синдрома

- дофаминергического
- злокачественного нейролептического
- адренергического
- холинолитического

У пациента отравление фенобарбиталом

- крайне тяжёлое
- средней степени тяжести
- тяжёлое
- лёгкой степени тяжести

Для усиления естественной детоксикации пациенту необходимо выполнить

- гемодиализ
- зондовое промывание желудка
- беззондовое промывание желудка
- экстракорпоральную мембранную оксигенацию

Для лечения нарушений дыхания пациенту необходимо выполнить

- гемодиализ
- зондовое промывание желудка
- беззондовое промывание желудка
- экстракорпоральную мембранную оксигенацию

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пострадавший 27 лет, мужчина, доставлен скорой помощью в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы
Жалоб не предъявляет в виду отсутствия сознания.

Анамнез заболевания
Со слов родственников около двух часов назад употребил собранные грибы по внешнему виду похожие на строчки. После возникла тошнота, рвота, однократный судорожный приступ. Родственниками вызвана бригада СМП. Осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Уровень сознания – кома. Жалоб не предъявляет в виду отсутствия сознания. Во время осмотра повторился судорожный синдром. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, сухие, тёплые на ощупь. Видимых повреждений нет. Сыпи нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отёков нет. Дыхание жёсткое с частотой 4-6мин^-1^, хрипов нет, SaO~2~ – 89%, АД 90 и 50 мм рт. ст., пульс – 96×мин^-1^, ритмичный. Пациент госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия 400,0 физиологического раствора хлористого натрия, внутривенно введён раствор сибазона (0,5% 2,0), выполнена интубация трахеи, налажена ИВЛ (режим VCV с параметрами: Vt – 400 мл; f – 14×мин^-1^, FiO~2~ – 0,5).

Анамнез жизни
Анамнез собрать не удалось в виду отсутствия сознания.

Объективный статус
* Общее состояние тяжело. Уровень сознания – кома. Фотореакция не изменена, зрачки расширены, D=S, мышечный тонус снижен, периферические рефлексы ослаблено, патологических рефлексов нет. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, сухие, тёплые на ощупь. * Сердечно-сосудистая система. Сердечные тоны ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений – 92×мин^-1^, артериальное давление 110 и 60 мм рт. ст. * Дыхательная система. Дыхание аппаратом ИВЛ (режим VCV с параметрами: Vt – 400 мл; f – 14×мин^-

1^, FiO~2~ – 0,4), насыщение артериальной крови кислородом (SaO~2~) – 98% * Желудочно-кишечный тракт: Живот обычной формы, не вздут, симметричный, в акте дыхания участвует. Диурез по мочевому катетеру, получено 150 мл мочи тёмно-жёлтого цвета

Для исключения аспирационной травмы пациенту необходимо провести

- гемодиализ
- зондовое промывание желудка
- беззондовое промывание желудка
- экстракорпоральную мембранную оксигенацию

Результаты обследования

Для определения нарушения оксигенации необходимо исследовать

- гемодиализ
- зондовое промывание желудка
- беззондовое промывание желудка
- экстракорпоральную мембранную оксигенацию

Результаты обследования

Для дифференциальной диагностики угнетения сознания необходимо провести

- гемодиализ
- зондовое промывание желудка
- беззондовое промывание желудка
- экстракорпоральную мембранную оксигенацию

Результаты обследования

Для определения причины снижения концентрации эритроцитов и гемоглобина в крови необходимо определить

- гемодиализ
- зондовое промывание желудка
- беззондовое промывание желудка
- экстракорпоральную мембранную оксигенацию

Результаты обследования

Для определения состояния почек необходимо провести

- гемодиализ
- зондовое промывание желудка
- беззондовое промывание желудка
- экстракорпоральную мембранную оксигенацию

Результаты обследования

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

- гемодиализ
- зондовое промывание желудка
- беззондовое промывание желудка
- экстракорпоральную мембранную оксигенацию

Диагноз

Нарушение оксигенации у пациента

- лёгкой степени
- отсутствует
- тяжёлой степени
- среднетяжёлой степени

Выявленные результаты клинических и лабораторных обследований позволяют предположить наличие у пациента +_____+ синдрома

- мускаринового
- орелланинового
- мико-атропинового
- гирометрового

Изменения в общем анализе мочи свидетельствуют о формировании

- острой почечной недостаточности
- острой сердечной недостаточности
- коагулопатии
- острой дыхательной недостаточности

Тяжесть состояния пациента обусловлена +_____+ недостаточностью

- почечно-печёночной

- почечной
- дыхательной
- сердечно-сосудистой

Для удаления невсосавшихся токсинов необходимо провести

- плазмаферез
- зондовое промывание желудка
- гемодиализ
- беззондовое промывание желудка

Для купирования гемолиза целесообразно применение

- плазмаферез
- зондовое промывание желудка
- гемодиализ
- беззондовое промывание желудка

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациент 23 лет, мужчина, доставлен скорой помощью в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы
Жалобы на общую слабость, тошноту, зрительные (яркие круги перед глазами) и тактильные («кто-то прикасается к голове») галлюцинации, сердцебиение.

Анамнез заболевания
Из анамнеза заболевания. Пациент употребил три марки, содержащие «пурпурный туман» (со слов пациента). Через 15мин возникло состояние тревоги, появились зрительные галлюцинации, после чего пациент вызвал бригаду СМП. Пациент осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Жалоб на общую слабость, тошноту, зрительные (яркие круги перед глазами) и тактильные («кто-то прикасается к голове») галлюцинации, сердцебиение. Ориентирован в собственной личности, дезориентирован во времени и пространстве. Координация движений нарушена. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски, влажные, тёплые на ощупь, температура тела – 37,5°С. Мидриаз. Сыпи нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отёков нет. Дыхание везикулярное с частотой 16×мин^-1^, SaO~2~ – 96%. АД 160 и 80 мм рт. ст., пульс – 98×мин^-1^, ритмичный. Пациент госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена

катетеризация локтевой вены, налажена инфузия 400 мл физиологического раствора хлористого натрия, ингаляция 30% кислорода через лицевую маску.

Анамнез жизни

* Аллерголоческий анамнез не отягощён; * Хронические заболевания отрицает; * Алкоголем не злоупотребляет; * В анамнезе – употребление наркотических веществ; * Непереносимости лекарственный препаратов нет

Объективный статус

* Общее состояние тяжёлое. Уровень сознания – поверхностное оглушение. Конъюнктивальные, болевые рефлексы в норме. Мидриаз, реакция зрачков на свет не изменена, D=S. Мышечный тонус повышен, периферические рефлексы повышены, патологические рефлексы отсутствуют. Кожные покровы нормальной окраски, тёплые, влажные на ощупь * Сердечно-сосудистая система: Тоны сердца ясные, частота сердечных сокращений – 96×мин^-1^, пульс нормального наполнения и напряжения. Артериальное давление 180 и 80 мм рт. ст. * Дыхательная система: Дыхание везикулярное, с частотой 14-16×мин^-1^, хрипов нет, насыщение артериальной крови кислородом (SaO~2~) – 96% * Желудочно-кишечный тракт: Язык влажный, не обложен, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Диурез по мочевому катетеру, получено 150 мл мочи жёлтого цвета

<u>Для уточнения причины отравления необходимо провести химико-токсикологическое исследование</u>

- плазмаферез
- зондовое промывание желудка
- гемодиализ
- беззондовое промывание желудка

Результаты обследования

<u>Всем пациентам с подозрением на острое отравление психоактивными веществами обязательно определение</u>

- плазмаферез
- зондовое промывание желудка
- гемодиализ
- беззондовое промывание желудка

Результаты обследования

<u>Для определения ишемии миокарда на фоне интоксикации психоактивным веществом необходимо проведение</u>

- плазмаферез
- зондовое промывание желудка
- гемодиализ
- беззондовое промывание желудка

Результаты обследования

Для диагностики причины снижения сатурации необходимо проведение

- плазмаферез
- зондовое промывание желудка
- гемодиализ
- беззондовое промывание желудка

Результаты обследования

Для оценки водно-электролитного баланса у пациента необходимо исследовать

- плазмаферез
- зондовое промывание желудка
- гемодиализ
- беззондовое промывание желудка

Результаты обследования

Для оценки функции печени у пациента необходимо определить концентрацию

- плазмаферез
- зондовое промывание желудка
- гемодиализ
- беззондовое промывание желудка

Результаты обследования

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

- плазмаферез
- зондовое промывание желудка
- гемодиализ
- беззондовое промывание желудка

Диагноз

Дифференциальную диагностику острого отравления ЛСД необходимо проводить с

- отравлением бледной поганкой
- острым отравлением опиатами
- алкогольным делирием
- острым отравлением метадоном

Изменения водно-электролитного баланса, выявленные при проведении биохимического исследования свидетельствуют о формировании

- гипернатриемии
- гипогликемии
- гиперферментемии
- гипокалиемии

Причина снижения сатурации у пациента может быть связана с

- острым легочным отёком (токсическим)
- пневмонией
- туберкулёзом лёгких
- центральным угнетением дыхания

Для купирования психотических проявлений пациенту необходимо ввести

- инстилляции сурфактанта
- диазепам
- экстракорпоральную мембранную оксигенацию
- ингаляции кислорода

Для коррекции нарушений водно-электролитного баланса пациенту показано введение

- инстилляции сурфактанта
- диазепам
- экстракорпоральную мембранную оксигенацию
- ингаляции кислорода

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пострадавший 36 лет, мужчина, доставлен скорой помощью в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы

Жалобы на жжение, боль, чувство распирания в нижней трети левой голени, головокружение, тошноту, слабость.

Анамнез заболевания

Из анамнеза заболевания. Пациент работал на своём дачном участке, где был укушен змеей (сделал фото змеи, предположительно гадюка). Через 15 мин после укуса стала нарастать боль в месте укуса, после чего вызвал бригаду СМП. Осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Уровень сознания – ясное. Жалобы на жжение, боль, чувство распирания в нижней трети левой голени, головокружение, тошноту, слабость. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. В области нижней трети левой голени видны две точечные колотые ранки, отёк, кровоподтёки, кожа багрово-синюшного цвета. Язык влажный, не обложен. Дыхание везикулярное, хрипов нет, с частотой 18×мин^-1^, SaO~2~ – 98%, АД 100 и 50 мм рт. ст., пульс – 84×мин^-1^, ритмичный. Пациент госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия 400,0 физиологического раствора хлористого натрия, ингаляция кислорода (FiO~2~ – 0,3) через лицевую маску

Анамнез жизни

* Хронические заболевания отрицает. * Аллергический анамнез отрицает, не курит. * Алкоголем не злоупотребляет. * Непереносимость лекарственных препаратов отрицает

Объективный статус

* Общее состояние средней степени тяжести. Уровень сознания – ясное. Фотореакция нормальная, зрачки нормального размера, D=S, мышечный тонус не изменён, периферические рефлексы в норме. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. В области нижней трети левой голени видны две точечные колотые ранки, отёк, кровоподтёки, кожа багрово-синюшного цвета * Сердечно-сосудистая система. Сердечные тоны ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений – 82×мин^-1^, артериальное давление 110 и 60 мм рт. ст. * Дыхательная система. Дыхание везикулярное, с частотой 16-18×мин^-1^, хрипы отсутствуют, насыщение артериальной крови кислородом (SaO~2~) – 98% * Желудочно-кишечный тракт: Язык влажный, не обложен. Живот обычной формы, симметричный, мягкий, в акте дыхания участвует, безболезненный при пальпации. Перитонеальных симптомов нет. Физиологические отправления в норме

Для оценки сосудов нижних конечностей необходимо провести

- инстилляции сурфактанта
- диазепам
- экстракорпоральную мембранную оксигенацию
- ингаляции кислорода

Результаты обследования

Для оценки кислотно-основного состояния крови необходимо исследовать

- инстилляции сурфактанта
- диазепам
- экстракорпоральную мембранную оксигенацию
- ингаляции кислорода

Результаты обследования

Для оценки состояния гемостаза необходимо исследовать

- инстилляции сурфактанта
- диазепам
- экстракорпоральную мембранную оксигенацию
- ингаляции кислорода

Результаты обследования

Для выявления гемолиза необходимо исследовать

- инстилляции сурфактанта
- диазепам
- экстракорпоральную мембранную оксигенацию
- ингаляции кислорода

Результаты обследования

Для оценки состояния сердечно-сосудистой системы необходимо выполнить

- инстилляции сурфактанта
- диазепам
- экстракорпоральную мембранную оксигенацию
- ингаляции кислорода

Результаты обследования

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

- инстилляции сурфактанта
- диазепам
- экстракорпоральную мембранную оксигенацию
- ингаляции кислорода

Диагноз

У пациента внутрисосудистый гемолиз

- отсутствует
- лёгкой степени
- тяжёлый
- средней степени

У пациента интоксикации ядом змеи

- умеренная
- отсутствует
- минимальная
- тяжёлая

На основании анамнестических данных, клинической картины, клинико-лабораторных обследований тяжесть состояния пациента обусловлена

- острой сердечно-сосудистой недостаточностью
- острой почечной недостаточностью
- метаболическим ацидозом
- острой дыхательной недостаточностью

На этапе оказанию скорой медицинской помощи пациенту было необходимо

- наложить жгут выше места укуса
- отсосать яд из раны
- сделать линейные разрезы вдоль раны
- наложить давящую повязку на место укуса

В качестве патогенетической терапии отравления ядом змеи необходимо введение

- поливалентной противозмеиной сыворотки
- атропина
- адреналина

- противокаракуртовой сыворотки

Для профилактики вторичной инфекции при укусе змеи необходимо введение + _____ + сыворотки

- поливалентной противозмеиной сыворотки
- атропина
- адреналина
- противокаракуртовой сыворотки

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациент 38 лет, мужчина, доставлен скорой помощью в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы
Жалобы на общую слабость, головокружение, беспокойство, мышечную слабость, периодические непроизвольные мышечные подёргивания, слюнотечение, тошноту.

Анамнез заболевания
Из анамнеза заболевания. Пациент проводил обработку садового участка от насекомых при помощи метафоса. Через 20 мин ощутил резкую слабость и тошноту, вызвал бригаду СМП. Пациент осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Жалобы на общую слабость, головокружение, беспокойство, мышечную слабость, периодические непроизвольные мышечные подёргивания, слюнотечение, тошноту. Кожные покровы и видимые слизистые гиперемированные, влажные, тёплые на ощупь. Сыпи нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отёков нет. При осмотре выявлены подёргивания в области век и мимической мускулатуры. Дыхание жёсткое с частотой 14×мин^-1^, SaO~2~ – 98%. АД 160 и 80 мм рт. ст., пульс – 52×мин^-1^, ритмичный. Пациент госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия 400 мл физиологического раствора хлористого натрия, ингаляция 30% кислорода через лицевую маску.

Анамнез жизни
* Хронические заболевания отрицает. * Аллергический анамнез отрицает, не курит. * Алкоголем не злоупотребляет.

Объективный статус
* Общее состояние средней степени тяжести. Уровень сознания – ясное.

Конъюнктивальные, болевые рефлексы в норме. Миоз, D=S. Мышечный тонус повышен, выявлена болезненность при пальпации мышц конечностей, периферические рефлексы не изменены, патологические рефлексы отсутствуют. Кожные покровы гиперемированные, тёплые, влажные на ощупь * Сердечно-сосудистая система: Тоны сердца ясные, частота сердечных сокращений – 50×мин^-1^, пульс нормального наполнения и напряжения. Артериальное давление 180 и 90 мм рт. ст. * Дыхательная система: Дыхание везикулярное, с частотой 12-14×мин^-1^, выявлены сухие свистящие хрипы, умеренное отделение слизи из полости носа и рта, насыщение артериальной крови кислородом (SaO~2~) – 98% * Желудочно-кишечный тракт: Язык влажный, не обложен, живот при пальпации болезненный в эпигастральной области, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Диурез по мочевому катетеру, получено 200 мл мочи жёлтого цвета

Для уточнения причины отравления необходимо провести анализ крови на определение

- поливалентной противозмеиной сыворотки
- атропина
- адреналина
- противокаракуртовой сыворотки

Результаты обследования

Для оценки функции ЦНС необходимо провести (инструментальный метод исследования)

- поливалентной противозмеиной сыворотки
- атропина
- адреналина
- противокаракуртовой сыворотки

Результаты обследования

Для оценки функции мышечного аппарата необходимо выполнить

- поливалентной противозмеиной сыворотки
- атропина
- адреналина
- противокаракуртовой сыворотки

Результаты обследования

Для оценки кислотно-основного состояния крови пациента необходимо исследовать

- поливалентной противозмеиной сыворотки
- атропина
- адреналина
- противокаракуртовой сыворотки

Результаты обследования

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

- поливалентной противозмеиной сыворотки
- атропина
- адреналина
- противокаракуртовой сыворотки

Диагноз

У пациента кислотно-основное состояние

- изменено в сторону метаболического алкалоза
- не нарушено
- изменено в сторону респираторного алкалоза
- изменено в сторону респираторного ацидоза

Дифференциальную диагностику острого отравления фосфорорганическими инсектицидами необходимо проводить с отравлением

- психотропными средствами
- этиленгликолем
- бледной поганкой
- атропином

Причина возникновения мышечных подёргиваний у пациента связана с

- угнетением М-холинорецепторов
- гиперактивацией N-холинорецепторов
- гиперактивацией М-холинорецепторов
- угнетением N-холинорецепторов

Причина развития брадикардии у пациента связана с +_____+ действием метафоса

- курареподобным
- мускариноподобным
- центральным
- никотиноподобным

Для удаления фосфорорганического инсектицида из системного кровотока необходимо проведение

- зондового промывания желудка
- искусственной вентиляции лёгких
- кишечного лаважа
- форсированного диуреза

Этиотропная терапия отравления фосфорорганическим инсектицидами заключается в применении

- флумазенила
- налоксона
- атропина
- ацетилцистеина

Вместе с применением атропина пациенту необходимо ввести

- флумазенила
- налоксона
- атропина
- ацетилцистеина

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациент 34 года, мужчина, доставлен в отделение реанимации и интенсивной терапии из частной клиники.

Жалобы
Жалобы на головокружение, слабость, сердцебиение, звон в ушах, чувство онемения языка, губ, нарушение речи.

Анамнез заболевания
Из анамнеза заболевания. Пациент поступил на плановое лечение в частную клинику по поводу хирургического лечения геморроя. На фоне проведения местной анестезии раствором лидокаина развилась слабость, сердцебиение и онемение языка. Операция была прервана, немедленно вызвана бригада СМП.

Пациент осмотрен врачом скорой медицинской помощи. При опросе выявлена спутанность речи. Во времени, пространстве, собственной личности ориентирован. Жалобы на головокружение, слабость, сердцебиение, звон в ушах, чувство онемения языка, губ, нарушение речи. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, влажные, тёплые на ощупь. Видимых повреждений нет. Сыпи нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отёков нет. Дыхание везикулярное с частотой 18×мин^-1^, SaO~2~ – 97%. АД 100 и 50 мм рт. ст., пульс – 44×мин^-1^, ритмичный. Пациент госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия 400 мл физиологического раствора хлористого натрия, ингаляция 30% кислорода через лицевую маску

Анамнез жизни

* Аллергические реакции отрицает * Алкоголем не злоупотребляет, вредные привычки отрицает * Хронические заболевания отрицает

Объективный статус

* Общее состояние тяжёлое. Уровень сознания – глубокое оглушение. Конъюнктивальные, болевые рефлексы в норме, зрачки нормального размера, D=S, реакция на свет не изменена. Мышечный тонус не изменён, периферические рефлексы в норме, патологические рефлексы отсутствуют. Кожные покровы бледные, тёплые, влажные на ощупь * Сердечно-сосудистая система: Тоны сердца ясные, частота сердечных сокращений – 42×мин^-1^, пульс, слабого наполнения и напряжения. Артериальное давление 90 и 50 мм рт. ст. * Дыхательная система: Дыхание везикулярное, с частотой 12×мин^-1^, хрипы отсутствуют, насыщение артериальной крови кислородом (SaO~2~) – 97% * Желудочно-кишечный тракт: Язык сухой, не обложен, живот при пальпации мягкий, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Диурез по мочевому катетеру, получено 150 мл мочи жёлтого цвета

Для уточнения этиологии отравления необходимо провести химико-токсикологическое исследование крови на содержание

- флумазенила
- налоксона
- атропина
- ацетилцистеина

Результаты обследования

Для оценки состояния сердечно-сосудистой системы необходимо выполнить

- флумазенила

- налоксона
- атропина
- ацетилцистеина

Результаты обследования

Для исключения ишемии миокарда необходимо выполнить

- флумазенила
- налоксона
- атропина
- ацетилцистеина

Результаты обследования

Для оценки оксигенации крови пациента необходимо исследовать

- флумазенила
- налоксона
- атропина
- ацетилцистеина

Результаты обследования

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

- флумазенила
- налоксона
- атропина
- ацетилцистеина

Диагноз

На основании анамнестических данных, клинической картины, клинико-лабораторных обследований, инструментальных исследований тяжесть состояния пациента обусловлена

- острой сердечно-сосудистой недостаточностью
- метаболическим алкалозом
- острой почечной недостаточностью
- острой печёночной недостаточностью

Системная токсичность местных анестетиков (лидокаина) связана с

- неспецифической блокадой калиевых каналов
- снижением высвобождения ацетилхолина
- неспецифической блокадой натриевых каналов
- активацией ГАМК-ергической системы

У пациента интоксикация местным анестетиком (лидокаин)

- средней степени тяжести
- легкой степени тяжести
- тяжёлой степени тяжести
- отсутствует

Для купирования брадикардии пациенту необходимо ввести раствор

- атропина
- дофамина
- физостигмина
- клофелина

Для купирования нарушения функции дыхательной системы необходимо проведение

- высокопоточной вентиляции
- интубации трахеи и ИВЛ
- ингаляции кислорода (FiO~2~ – 1,0)
- экстракорпоральной мембранной оксигенации

Для проведения «Липидного спасения» пациенту необходимо ввести

- ацетилцистеин
- гемодез
- жировую эмульсию
- пропофол

Механизм защитного действия жировой эмульсии при развитии системной токсичности местных анестетиков заключается в

- ацетилцистеин
- гемодез
- жировую эмульсию
- пропофол

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациент 32 лет, мужчина, доставлен скорой помощью в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы
Жалобы на кровоточивость дёсен, слюнотечение, металлический вкус во рту, тошноту, диарею, боли в животе, затруднение глотания, нарушение зрения.

Анамнез заболевания
Из анамнеза заболевания. Пациент работал в цеху по производству ламп дневного света. Произошла аварийная ситуация, сопровождавшаяся разгерметизацией одной из цистерн, находящихся в помещение цеха. Пострадавший в течение 15 мин находился в помещении цеха, после чего самостоятельно эвакуировался. За медицинской помощью не обращался. Через 2 дня появились боли при глотании, изъязвление слизистой оболочки щёк, боли в животе, после чего вызвал бригаду СМП. Пациент осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Жалобы на кровоточивость дёсен, слюнотечение, металлический привкус во рту, тошноту, диарею, боли в животе, затруднение глотания, нарушение зрения. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, влажные, тёплые на ощупь, температура тела – 37,1°С. Сыпи нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отёков нет. Дыхание везикулярное с частотой 14×мин^-1^, SaO~2~– 98%. АД 100 и 60 мм рт. ст., пульс – 80×мин^-1^, ритмичный. Пациент госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия 400 мл физиологического раствора хлористого натрия, ингаляция 30% кислорода через лицевую маску.

Анамнез жизни
* Аллергологический анамнез не отягощён; * Хронические заболевания отрицает; * Вредные привычки отрицает; * Непереносимости лекарственный препаратов нет

Объективный статус
* Общее состояние тяжёлое. Уровень сознания – ясное. Конъюнктивальные, болевые рефлексы в норме. Зрачки нормального размера, реакция зрачков на свет не изменена, D=S. Мышечный тонус повышен, периферические рефлексы повышены, патологические рефлексы отсутствуют. Кожные покровы бледные, тёплые, влажные на ощупь * Сердечно-сосудистая система: Тоны сердца ясные, частота сердечных сокращений – 82×мин^-1^, пульс нормального наполнения и напряжения. Артериальное давление 110 и 70 мм рт. ст. * Дыхательная система: Дыхание везикулярное, с частотой 14-16×мин^-1^, хрипов нет, насыщение артериальной крови кислородом (SaO~2~) – 98% * Желудочно-кишечный тракт:

Язык влажный, не обложен, гиперемия зева и задней стенки глотки, боль при пальпации живота во всех отделах. Диурез по мочевому катетеру, получено 100 мл мочи тёмно-жёлтого цвета

Для исключения острого живота необходимо провести

- ацетилцистеин
- гемодез
- жировую эмульсию
- пропофол

Результаты обследования

Для уточнения причины отравления необходимо провести химико-токсикологическое исследование

- ацетилцистеин
- гемодез
- жировую эмульсию
- пропофол

Результаты обследования

Для определения причины нарушения зрения необходимо выполнить

- ацетилцистеин
- гемодез
- жировую эмульсию
- пропофол

Результаты обследования

Для оценки состояния крови необходимо исследовать

- ацетилцистеин
- гемодез
- жировую эмульсию
- пропофол

Результаты обследования

Для выявления гемолиза необходимо исследовать

- ацетилцистеин
- гемодез

- жировую эмульсию
- пропофол

Результаты обследования

Для оценки функции почек у пациента необходимо

- ацетилцистеин
- гемодез
- жировую эмульсию
- пропофол

Результаты обследования

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

- ацетилцистеин
- гемодез
- жировую эмульсию
- пропофол

Диагноз

Дифференциальную диагностику острого отравления ртутью необходимо проводить с

- отравлением опиатами
- острыми желудочно-кишечными заболеваниями
- острой дыхательной недостаточностью
- острой сердечно-сосудистой недостаточностью

Выявленная при проведении исследования анемия (снижение концентрации гемоглобина и содержания эритроцитов) связана с

- токсическим действием ртути на костный мозг
- нарушением реологических свойств крови
- повышенным разрушением эритроцитов в селезёнке
- гемолизом эритроцитов

Тяжесть состояния пациента обусловлена острой + + недостаточностью

- печёночной

- дыхательной
- сердечно-сосудистой
- почечной

В качестве подхода к этиотропной терапии отравления ртутью необходимо применение

- атропина
- унитиола
- налоксона
- ацетилцистеина

Для проведения детоксикации пациенту показано проведение

- атропина
- унитиола
- налоксона
- ацетилцистеина

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пострадавший 32 лет, мужчина, доставлен скорой помощью в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы
Жалобы на жжение, боль, чувство распирания в нижней трети правой голени, головокружение, тошноту, слабость.

Анамнез заболевания
Из анамнеза заболевания. Пациент собирал грибы в лесу, где был укушен змеей (сделал фото змеи, предположительно гадюка). Через 25 мин после укуса стала нарастать боль в месте укуса, после чего вызвал бригаду СМП. Осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Уровень сознания – ясное. Жалобы на жжение, боль, чувство распирания в нижней трети правой голени, головокружение, тошноту, слабость. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. В области нижней трети правой голени видны две точечные колотые ранки, отёк, кровоподтёки, кожа багрово-синюшного цвета. Язык влажный, не обложен. Дыхание везикулярное, хрипов нет, с частотой 16×мин^-1^, SaO~2~ – 97%, АД 110 и 60 мм рт. ст., пульс – 76×мин^-1^, ритмичный. Пациент госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия 400,0 физиологического

раствора хлористого натрия, ингаляция кислорода (FiO~2~ – 0,3) через лицевую маску, на место укуса наложена давящая повязка, правая нога иммобилизована

Анамнез жизни

* Хронические заболевания отрицает. * Аллергический анамнез отрицает, не курит. * Алкоголем не злоупотребляет. * Непереносимость лекарственных препаратов отрицает

Объективный статус

* Общее состояние тяжёлое. Уровень сознания – поверхностное оглушение. Фотореакция нормальная, зрачки нормального размера, D=S, мышечный тонус не изменён, периферические рефлексы в норме. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. В области нижней трети правой голени видны две точечные колотые ранки, отёк, кровоподтёки, кожа багрово-синюшного цвета * Сердечно-сосудистая система. Сердечные тоны ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений – 86×мин^-1^, артериальное давление 90 и 50 мм рт. ст. * Дыхательная система. Дыхание везикулярное, с частотой 16-18×мин^-1^, хрипы отсутствуют, насыщение артериальной крови кислородом (SaO~2~) – 97% * Желудочно-кишечный тракт: Язык влажный, не обложен. Живот обычной формы, симметричный, мягкий, в акте дыхания участвует, безболезненный при пальпации. Перитонеальных симптомов нет. Диурез по мочевому катетеру, получено 150мл мочи красноватого цвета

Для определения причины изменения цвета мочи у пациента необходимо

- атропина
- унитиола
- налоксона
- ацетилцистеина

Результаты обследования

Для оценки кислотно-основного состояния крови необходимо исследовать

- атропина
- унитиола
- налоксона
- ацетилцистеина

Результаты обследования

Для выявления гемолиза необходимо исследовать

- атропина

- унитиола
- налоксона
- ацетилцистеина

Результаты обследования

Для оценки состояния почек необходимо

- атропина
- унитиола
- налоксона
- ацетилцистеина

Результаты обследования

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

- атропина
- унитиола
- налоксона
- ацетилцистеина

Диагноз

У пациента внутрисосудистый гемолиз

- средней степени
- отсутствует
- тяжёлый
- лёгкой степени

На основании анамнестических данных, клинической картины, клинико-лабораторных обследований тяжесть состояния пациента обусловлена острой + + недостаточностью

- сердечно-сосудистой
- почечной
- печёночной
- дыхательной

Изменения кислотно-основного состояния свидетельствуют в формировании у пациента

- метаболического алкалоза
- респираторного алкалоза
- метаболического ацидоза
- респираторного ацидоза

Для лечения внутрисосудистого гемолиза целесообразно применение

- маннитола
- физиологического раствора (0,9%)
- раствора Рингера
- гипертонического (10–20%) раствора глюкозы

В качестве патогенетической терапии отравления ядом змеи необходимо введение

- адреналина
- атропина
- противокаракуртовой сыворотки
- поливалентной противозмеиной сыворотки

Для купирования метаболического ацидоза необходимо применение

- 10% раствора глюкозы
- физиологического раствора
- свежезамороженной плазмы
- 4% раствора натрия бикарбоната

Для поддержания функции дыхательной системы пациенту показано проведение

- 10% раствора глюкозы
- физиологического раствора
- свежезамороженной плазмы
- 4% раствора натрия бикарбоната

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациент 23 лет, мужчина, доставлен скорой помощью в стационарное отделение скорой медицинской помощи.

Жалобы
Жалобы не предъявляет в виду отсутствия сознания.

Анамнез заболевания

Из анамнеза заболевания. Пациент с целью совершения суицидальной попытки выпил суспензию неизвестного раствора (предположительно фосфорорганический инсектицид метафос) объёмом около 300 мл. Обнаружен родственниками без сознания. Родственники вызвали бригаду СМП. Пациент осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Жалоб не предъявляет в виду отсутствия сознания. Во время осмотра у пациента возник судорожный синдром. Кожные покровы и видимые слизистые гиперемированные, влажные, тёплые на ощупь, изо рта и носа отделяется слизистая мокрота. Миоз. Сыпи нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отёков нет. Дыхание жёсткое с частотой 18×мин^-1^, SaO~2~ – 97%. АД 180 и 90 мм рт. ст., пульс – 48×мин^-1^, ритмичный. Пациент госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия 400 мл физиологического раствора хлористого натрия, ингаляция 30% кислорода через лицевую маску, внутривенно введён раствор диазепама (0,5% 2,0).

Анамнез жизни

В виду отсутствия сознания анамнез жизни у пациента собрать не удалось.

Объективный статус

* Общее состояние тяжёлое. Уровень сознания – кома. Конъюнктивальные, болевые рефлексы в норме. Миоз, реакция зрачков на свет ослаблена, D=S. Мышечный тонус повышен, отмечена фибрилляция мышц конечностей и грудной клетки, периферические рефлексы повышены, патологические рефлексы отсутствуют. Кожные покровы гиперемированные, тёплые, влажные на ощупь * Сердечно-сосудистая система: Тоны сердца приглушены, частота сердечных сокращений – 46×мин^-1^, пульс нормального наполнения и напряжения. Артериальное давление 180 и 80 мм рт. ст. * Дыхательная система: Дыхание жёсткое, с частотой 22-24×мин^-1^, выявлены сухие свистящие хрипы, отделение обильного количества слизистой мокроты из полости носа и рта, насыщение артериальной крови кислородом (SaO~2~) – 94% * Желудочно-кишечный тракт: Язык влажный, не обложен, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Диурез по мочевому катетеру, получено 100мл мочи жёлтого цвета

<u>Для уточнения причины отравления необходимо провести химико-токсикологическое исследование крови на содержание</u>

- 10% раствора глюкозы
- физиологического раствора
- свежезамороженной плазмы
- 4% раствора натрия бикарбоната

Результаты обследования

Для уточнения тяжести отравления необходимо провести анализ крови на определение

- 10% раствора глюкозы
- физиологического раствора
- свежезамороженной плазмы
- 4% раствора натрия бикарбоната

Результаты обследования

Для исследования функции сердечно-сосудистой системы необходимо выполнить

- 10% раствора глюкозы
- физиологического раствора
- свежезамороженной плазмы
- 4% раствора натрия бикарбоната

Результаты обследования

Для оценки функции мышечного аппарата необходимо выполнить

- 10% раствора глюкозы
- физиологического раствора
- свежезамороженной плазмы
- 4% раствора натрия бикарбоната

Результаты обследования

Для оценки оксигенации крови пациента необходимо исследовать

- 10% раствора глюкозы
- физиологического раствора
- свежезамороженной плазмы
- 4% раствора натрия бикарбоната

Результаты обследования

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

- 10% раствора глюкозы

- физиологического раствора
- свежезамороженной плазмы
- 4% раствора натрия бикарбоната

Диагноз

Дифференциальную диагностику острого отравления фосфорорганическими инсектицидами необходимо проводить с отравлением

- психотропными средствами
- атропином
- этиленгликолем
- бледной поганкой

Изменения, выявленные при проведении ЭКГ-исследования, свидетельствуют о

- нарушении сократительной способности миокарда
- фибрилляции желудочков
- нарушении проводящей функции сердца
- ишемии миокарда

Тяжесть состояния пациента обусловлена

- острой дыхательной недостаточностью
- острым нарушением мозгового кровообращения
- острой печёночной недостаточностью
- острой почечной недостаточностью

Нарушения функции дыхательной системы у пациента свидетельствуют о необходимости проведения

- искусственной вентиляции лёгких
- экстракорпоральной мембранной оксигенации
- ингаляции кислорода
- инстилляции сурфактанта

Этиотропная терапия отравления фосфорорганическими инсектицидами заключается в применении

- ацетилцистеина
- атропина
- унитиола
- тиосульфата натрия

Критерием прекращения введения атропина при отравлении фосфорорганическими инсектицидами является

- ацетилцистеина
- атропина
- унитиола
- тиосульфата натрия

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациент 30 лет, мужчина, доставлен скорой помощью в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Жалобы
На мышечную слабость, головокружение, пульсирующую боль в височной области, тошноту.

Анамнез заболевания
Пострадавший занимался в стрелковом тире, стрелял по мишеням из личного оружия. Сотрудники тира обнаружили пострадавшего без сознания, вызвали бригаду скорой медицинской помощи. Осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Продуктивный контакт затруднён, жалобы на мышечную слабость, головокружение, пульсирующую боль в височной области, тошноту. Кожные покровы коричневого оттенка, сухие, видимые слизистые синюшного цвета, травматических повреждений не выявлено, сыпи нет. Тонус мышц снижен, реакция зрачков на свет не нарушена. Дыхание ритмичное с частотой 24×мин^-1^, жёсткое, хрипов нет, SaO~2~ – 94%. АД 170 и 90 мм рт. ст., пульс – 92×мин^-1^, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Пациент госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия 400 мл физиологического раствора, ингаляция 30% кислорода через лицевую маску.

Анамнез жизни
* Аллергологический анамнез не отягощён. * Курит, алкоголем не злоупотребляет. * Непереносимости лекарственных средств нет. * Хронические заболевания отрицает.

Объективный статус
* Общее состояние тяжёлое. Уровень сознания – поверхностное оглушение. Зрачки D=S, средней величины, реакция зрачков на свет живая, тонус мышц понижен, ригидности затылочных мышц нет, патологические рефлексы отсутствуют. Кожные покровы коричневого оттенка, сухие, видимые слизистые

синюшного цвета. Сыпи нет, травматические повреждения при внешнем осмотре не выявлены. * Сердечно-сосудистая система: тоны ясные, частота сердечных сокращений – 58×мин^-1^, пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление 140 и 80 мм рт. ст. * Дыхательная система: дыхание жёсткое, с частотой 22×мин^-1^, хрипы отсутствуют, насыщение артериальной крови кислородом (SaO~2~) – 97% * Желудочно-кишечный тракт: язык влажный, не обложен, живот обычной формы, симметричный, мягкий, в акте дыхания участвует, без реакции на пальпацию, не вздут. Диурез по мочевому катетеру, получено 200мл мочи желтого цвета.

Для постановки диагноза данному пациенту в условиях стационара необходимо провести химико-токсикологическое исследование на содержание

- ацетилцистеина
- атропина
- унитиола
- тиосульфата натрия

Результаты обследования

Изменение окраски кожных покровов (коричневый оттенок), видимых слизистых (синюшного цвета) могут свидетельствовать о наличии в крови

- ацетилцистеина
- атропина
- унитиола
- тиосульфата натрия

Результаты обследования

Для оценки кислотно-основного состояния крови пациенту необходимо выполнить исследование

- ацетилцистеина
- атропина
- унитиола
- тиосульфата натрия

Результаты обследования

Для определения поражения верхних дыхательных путей необходимо выполнить

- ацетилцистеина
- атропина
- унитиола
- тиосульфата натрия

Результаты обследования

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

- ацетилцистеина
- атропина
- унитиола
- тиосульфата натрия

Диагноз

Показатели кислотно-основного состояния свидетельствуют о развитии у пациента

- частично компенсированного метаболического ацидоза
- некомпенсированного метаболического алкалоза
- компенсированного респираторного ацидоза
- частично компенсированного респираторного ацидоза

В качестве причины тахипноэ и нарастания парциального давления диоксида углерода в крови пациента следует рассматривать интоксикацию

- несгоревшим порохом
- диоксидом углерода
- монооксидом углерода
- окислами азота

Увеличение концентрации калия в крови пострадавшего (6,0 ммоль/л) может быть связано с

- гемолизом эритроцитов
- разрушением миоцитов
- его высвобождением из клеточных депо
- респираторным ацидозом

Сочетанное действие монооксида углерода и диоксида углерода (до 2% во вдыхаемом воздухе) при ингаляционной интоксикации характеризуется

- антагонизмом
- суммацией
- потенциированием
- синергизмом

У пациента в качестве средства этиотропной терапии отравления монооксидом углерода используют

- ацетилцистеин
- кислород
- тиосульфат натрия
- глюкозу

В качестве подхода к этиотропной терапии отравления метгемоглобинобразователями (оксиды азота) следует рассматривать применение

- атропина
- ацизола
- тиосульфата натрия
- метиленового синего

Для купирования гиперкалиемии показано применение

- атропина
- ацизола
- тиосульфата натрия
- метиленового синего

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациент около 40 лет, мужчина, доставлен скорой помощью в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Жалобы
Не предъявляет ввиду отсутствия сознания.

Анамнез заболевания
Пациент эвакуирован сотрудниками аварийно-спасательного отряда из цеха химически-опасного объекта по производству акрилонитрила. Со слов спасателей, в цеху находилась цистерна из клапана которой со свистом высвобождалась струя бесцветной газовоздушной смеси. После снятия рабочей

одежды и проведения частичной санитарной обработки, пострадавший был осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Жалоб не предъявляет ввиду отсутствия сознания. Кожные покровы красноватого цвета, видимые слизистые алого цвета, нормальной влажности, видимых травматических повреждений нет, сыпи нет. Тонус мышц понижен, реакция зрачков на свет ослаблена. Дыхание поверхностное с частотой 20×мин^-1^, жёсткое, хрипов нет, SaO~2~ – 95%. АД 90 и 64 мм рт. ст., пульс – 84×мин^-1^, аритмичный, слабого наполнения. Пациент госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия 800 мл физиологического раствора, выполнена интубация трахеи, налажена ИВЛ (режим VCV с параметрами: Vt – 400 мл; f – 14×мин^-1^, FiO~2~ – 0,3).

Анамнез жизни
Анамнез собрать не удалось ввиду отсутствия сознания у пострадавшего.

Объективный статус
* Общее состояние тяжёлое. Уровень сознания – кома 1. Зрачки D = S, средней величины, реакция зрачков на свет ослаблена, тонус мышц понижен, ригидности затылочных мышц нет, патологические рефлексы отсутствуют. Кожные покровы, видимые слизистые ярко-розового цвета, обычной влажности. Сыпи нет, травматические повреждения при внешнем осмотре не выявлены. * Сердечно-сосудистая система: Тоны приглушены, частота сердечных сокращений – 82×мин^-1^, пульс ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Артериальное давление 110 и 64 мм рт. ст. * Дыхательная система: Дыхание аппаратом ИВЛ (режим VCV с параметрами: Vt – 400 мл; f – 14×мин^-1^, FiO~2~ – 0,3), насыщение артериальной крови кислородом (SaO~2~) – 99% * Желудочно-кишечный тракт: Язык влажный, не обложен, живот при пальпации мягкий, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Диурез по мочевому катетеру, получено 150 мл мочи жёлтого цвета.

Для дифференциальной диагностики угнетения сознания необходимо провести химико-токсикологическое исследование на содержание

- атропина
- ацизола
- тиосульфата натрия
- метиленового синего

Результаты обследования

Клинические проявления интоксикации (ярко-красная окраска кожных покровов, судороги, угнетение сознания) могут свидетельствовать об

отравлении циансодержащими соединениями. Для предположения отравления циансодержащими соединениями необходимо провести химико-токсикологическое исследование

- атропина
- ацизола
- тиосульфата натрия
- метиленового синего

Результаты обследования

Для определения нарушения утилизации кислорода в тканях при отравлении цианидами необходимо исследовать

- атропина
- ацизола
- тиосульфата натрия
- метиленового синего

Результаты обследования

В качестве патогномоничного лабораторного признака отравления цианидами следует рассматривать

- атропина
- ацизола
- тиосульфата натрия
- метиленового синего

Результаты обследования

Для оценки структуры дыхательной системы необходимо выполнить

- атропина
- ацизола
- тиосульфата натрия
- метиленового синего

Результаты обследования

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

- атропина

- ацизола
- тиосульфата натрия
- метиленового синего

Диагноз

<u>В качестве причины ярко-красного окрашивания слизистых оболочек при интоксикации цианидами следует рассматривать</u>

- увеличение концентрации кислорода в венозной крови
- увеличение концентрации диоксида углерода в крови
- специфическое изменение цвета гемоглобина
- увеличение концентрации кислорода в артериальной крови

<u>Показатели кислотно-основного состояния свидетельствуют о развитии у пациента</u>

- декомпенсированного респираторного ацидоза
- компенсированного метаболического ацидоза
- компенсированного метаболического алкалоза
- частично компенсированного респираторного ацидоза

<u>В качестве эндогенной системы биотрансформации циан-иона в организме следует рассматривать путь с участием фермента</u>

- цитохромоксидазы
- родоназы
- ацетилхолинэстеразы
- алькогольдегидрогеназы

<u>В качестве средства этиотропной терапии пациенту необходимо назначение</u>

- пентаксима
- тиосульфата натрия
- атропина
- ацизола

<u>Для купирования судорожного синдрома пострадавшему необходимо ввести раствор</u>

- ардуана
- диазепама
- дитилина
- атропина

В качестве антидота второй линии при отравлении цианидами следует рассматривать применение

- ардуана
- диазепама
- дитилина
- атропина

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациент 39 лет, мужчина, доставлен скорой помощью в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Жалобы
На слабость, кашель, чувство нехватки воздуха, одышку, чувство жжения за грудиной, боль в груди, усиливающуюся при глубоком вдохе.

Анамнез заболевания
Пострадавший обрабатывал металлическую конструкцию в растворе (60%) азотной кислоты. После погружения конструкции в раствор увидел выделение газа бурого цвета, ощутил жжение в глазах, першение в горле. Со слов пострадавшего экспозиция составила 4 мин. Пострадавший самостоятельно эвакуировался из помещения, в течение 15 мин клинические проявления исчезли. Через 4ч пострадавший вызвал бригаду скорой медицинской помощи. Осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Жалоб активно не предъявлял. При осмотре патологических изменений со стороны дыхательной и сердечно-сосудистой системы не выявлено. Врачом скорой помощи даны рекомендации по наблюдению у врача-терапевта по месту жительства. Через 24ч после воздействия у пострадавшего возникла боль в груди, затруднение дыхания. Пострадавший повторно вызвал бригаду скорой медицинской помощи. Осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Жалобы на слабость, кашель, чувство нехватки воздуха, одышку, чувство жжения за грудиной, боль в груди, усиливающуюся при глубоком вдохе. Кожные покровы нормальной окраски, обычной влажности, видимые слизистые без особенностей, травматических повреждений не выявлено, сыпи нет. Тонус мышц нормальный, реакция зрачков на свет не нарушена. Дыхание ритмичное с частотой 20×мин^-1^, жёсткое, выслушиваются единичные сухие свистящие хрипы, SaO~2~ – 95%. АД 160 и 80 мм рт. ст., пульс – 76×мин^-1^, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Пациент госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе

произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия 400мл физиологического раствора, ингаляция 30% кислорода через лицевую маску.

Анамнез жизни

* Профессионально занимается обработкой металлов в течение 10лет * Последнее прохождение диспансеризации 1год назад * Аллергологический анамнез не отягощён * Хронические заболевания, отрицает * Аллергия на местные анестетики (со слов пациента)

Объективный статус

* Общее состояние тяжёлое. Уровень сознания – ясное. Зрачки D = S, средней величины, реакция зрачков на свет живая. Ригидности затылочных мышц нет. Тонус мышц нормальный, рефлексы нормальные, патологические рефлексы отсутствуют. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски, обычной влажности. Сыпи нет, травматические повреждения при внешнем осмотре не выявлены. * Сердечно-сосудистая система. Тоны ясные, частота сердечных сокращений – 98×мин^-1^, пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление 160 и 80мм рт. ст. * Дыхательная система: Дыхание жёсткое, с частотой 18×мин^-1^, выслушиваются сухие двухсторонние хрипы, насыщение артериальной крови кислородом (SaO_2) – 97% (на фоне инсуффляции увлажнённого кислорода, FiO_2 – 0,3). * Желудочно-кишечный тракт: Язык влажный, не обложен, живот обычной формы, симметричный, мягкий, в акте дыхания участвует, без реакции на пальпацию, не вздут. Диурез сохранён.

Необходимым инструментальным методом исследования для оценки состояния дыхательной системы пациента является

- ардуана
- диазепама
- дитилина
- атропина

Результаты обследования

Для оценки оксигенации крови пациента необходимо

- ардуана
- диазепама
- дитилина
- атропина

Результаты обследования

Для определения степени нарушения оксигенации артериальной крови пациента необходимо рассчитать

- ардуана
- диазепама
- дитилина
- атропина

Результаты обследования

Для косвенного определения перераспределения жидкости из системного кровотока необходимо

- ардуана
- диазепама
- дитилина
- атропина

Результаты обследования

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

- ардуана
- диазепама
- дитилина
- атропина

Диагноз

В качестве признака, свидетельствующего о формировании у пациента воспалительной реакции, следует рассматривать

- увеличение гематокрита (49%)
- снижение парциального давления кислорода крови (75,7 мм рт.ст.)
- увеличение количества лейкоцитов (13,57×10^9^/л)
- увеличение концентрации гемоглобина (166 г/л)

Индекс оксигенации (189,25) свидетельствует о формировании у пациента нарушения оксигенации +_____+ степени

- крайне тяжёлой
- тяжёлой
- лёгкой

- среднетяжёлой

Тяжесть состояния пациента обусловлена острой недостаточностью

- дыхательной
- мозгового кровообращения
- сердечно-сосудистой
- почечной

Пациенту для купирования проявлений дыхательной недостаточности необходимо выполнить

- искусственную вентиляцию лёгких с положительным давлением в конце выдоха
- ингаляцию кислорода (FiO~2~ – 0,4)
- экстракорпоральную мембранную оксигенацию
- искусственную вентиляцию лёгких

В случае прогрессирующего нарастания дыхательной недостаточности пациенту необходимо выполнить

- искусственную вентиляцию лёгких с положительным давлением в конце выдоха
- искусственную вентиляцию лёгких
- экстракорпоральную мембранную оксигенацию
- ингаляцию кислорода

Для купирования воспалительной реакции и поддержания системы антиоксидантной защиты в компонентах аэрогематического барьера пациенту целесообразно применение

- ацизола
- кислорода
- цитохрома С
- ацетилцистеина

Для коррекции гипоксии пациенту необходимо ввести препараты из группы

- ацизола
- кислорода
- цитохрома С
- ацетилцистеина

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациент 25 лет, мужчина, доставлен скорой помощью в отделение токсикологической реанимации.

Жалобы
На отёк, боль и чувство жжения в левой руке, головную боль, головокружение, одышку, тошноту, рвоту, слабость, слюнотечение, мышечную боль в груди.

Анамнез заболевания
Пациент обслуживал террариум с пауком вида _Latrodectus tredecimguttatus_ (каракурт). Во время кормления, паук укусил за первый палец левой руки. Через 15 минут пациент ощутил пульсирующую боль в месте укуса, распространяющуюся в область груди. Вызвал бригаду скорой медицинской помощи. Осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Жалобы на отёк, боль, чувство жжения в левой руке, головную боль, головокружение, одышку, тошноту, рвоту, слабость, слюнотечение, мышечную боль в груди. Кожные покровы физиологической окраски, умеренной влажности, теплые. В области правого пальца левой руки виден точечный прокол, кожа кисти гиперемирована, влажная. Температура тела 36,9°С. Тонус мышц повышен, реакция зрачков на свет не нарушена. Дыхание ритмичное с частотой 18×мин^-1^, везикулярное, хрипов нет, SaO~2~ – 97%. АД 150 и 80 мм рт.ст., пульс – 92×мин^-1^, аритмичный, удовлетворительного наполнения. Пациент госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия 400 мл физиологического раствора, ингаляция 30% кислорода через лицевую маску

Анамнез жизни
* Хронические заболевания, ВИЧ-инфекцию, гепатиты отрицает. * Профессионально занимается обслуживанием террариумов с членистоногими. * Аллергологический анамнез без особенностей. * Последнее прохождение диспансеризации – полгода назад.

Объективный статус
* Общее состояние тяжёлое. Уровень сознания – ясное (психомоторное возбуждение). Зрачки D=S, средней величины, реакция зрачков на свет не нарушена, тонус мышц повышен, ригидности затылочных мышц нет, патологические рефлексы отсутствуют. Кожные покровы нормальной окраски, горячие на ощупь, повышенной влажности (общее профузное потоотделение). В области правого пальца левой руки виден точечный прокол, кожа кисти гиперемирована, влажная. * Сердечно-сосудистая система: Тоны приглушены, частота сердечных сокращений – 89×мин^-1^, пульс аритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление 180 и

90 мм рт.ст. * Дыхательная система: Дыхание ритмичное, везикулярное, с частотой 18-20×мин^-1^, хрипов нет, насыщение артериальной крови кислородом (SaO~2~) – 97% * Желудочно-кишечный тракт: Язык влажный, не обложен, живот при пальпации безболезненный, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Диурез по катетеру, получено 150мл мочи тёмно-жёлтого цвета.

Для раннего выявления нарушений гемостаза у пациента необходимо

- ацизола
- кислорода
- цитохрома С
- ацетилцистеина

Результаты обследования

Для диагностики нарушений функции сердечно-сосудистой системы, которые вызывает яд каракурта, необходимо выполнить

- ацизола
- кислорода
- цитохрома С
- ацетилцистеина

Результаты обследования

Для оценки активности трансаминаз пациента необходимо

- ацизола
- кислорода
- цитохрома С
- ацетилцистеина

Результаты обследования

На основании результатов клинических и лабораторных методов обследования пациенту можно поставить диагноз

- ацизола
- кислорода
- цитохрома С
- ацетилцистеина

Диагноз

Один из механизмов токсического действия яда каракурта связан с

- активацией ГАМК-ергической системы
- активацией синтеза нейропептидов
- нарушением проведения импульса по нервному волокну
- угнетением серотонинергической системы

Нейротоксическое действие яда каракурта обусловлено входящим в его состав

- рицином
- аманитином
- α-латротоксином
- ботулотоксином

Мышечные боли в груди у пациента могут быть связаны с гиперактивацией +_____+ системы, обусловленной действием яда

- серотонинергической
- холинергической
- пептидергической
- адренергической

Для уменьшения распространения яда из места укуса пациенту показано выполнить

- кровопускание
- иммобилизацию конечности
- продольный разрез в месте укуса
- отсасывание яда из раны

Для купирования болевого синдрома пациенту показано проведение

- спинальной анестезии
- нейролептанальгезии
- эпидуральной анестезии
- новокаиновой блокады

Для купирования психомоторного возбуждения пациенту показано введение

- ГАМК-миметиков
- миорелаксантов
- барбитуратов

- бензодиазепинов

При укусе каракурта показано введение

- токсина каракурта
- противопаучьей сыворотки
- противокаракуртной сыворотки
- столбнячного анатоксина

Механизм действия антитоксина из лошадиной сыворотки, применяемой при укусе каракурта, связан с

- токсина каракурта
- противопаучьей сыворотки
- противокаракуртной сыворотки
- столбнячного анатоксина

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациент 43 лет, мужчина, доставлен скорой помощью в отделение токсикологической реанимации.

Жалобы
Не предъявляет в виду отсутствия сознания.

Анамнез заболевания
Со слов сожительницы, пациент на фоне «усталости от такой жизни…» принял около 15 таблеток неизвестного препарата. Сожительница вызвала бригаду скорой медицинской помощи. Осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Жалоб не предъявляет в виду отсутствия сознания. Кожные покровы бледные, влажные. Видны множественные синяки на верхних конечностях. При постановке периферического катетера (в левую локтевую вену) было отмечено длительное (около10мин) кровотечение в месте прокола. Температура тела 36,8°С. Тонус мышц не изменён, реакция зрачков на свет не нарушена. Дыхание ритмичное с частотой 14×мин^-1^, везикулярное, хрипов нет, SaO~2~ - 98%. Артериальное давление 130 и 70 мм рт.ст., пульс – 68×мин^-1^, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Пациент госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия 400 мл раствора Рингера, ингаляция 30% кислорода через лицевую маску

Анамнез жизни

В виду отсутствия сознания анамнез собрать не удалось

Объективный статус

* Общее состояние тяжёлое. Уровень сознания – сопор. Зрачки D=S, средней величины, реакция зрачков на свет не нарушена, тонус мышц не изменён, ригидности затылочных мышц нет, патологические рефлексы отсутствуют. Кожные покровы бледные, влажные. Обращает внимание наличие большого количества синяков на верхних конечностях. * Сердечно-сосудистая система: Тоны ясные, частота сердечных сокращений – 62×мин^-1^, пульс ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Артериальное давление 110 и 70 мм рт.ст. * Дыхательная система: Дыхание ритмичное, жёсткое, с частотой 14-16×мин^-1^, хрипов нет, насыщение артериальной крови кислородом (SaO~2~) – 99%. * Желудочно-кишечный тракт: Язык влажный, не обложен, перитониальные симптомы отсутствуют, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Диурез по катетеру, получено 150 мл мочи красноватого цвета.

Для определения причины появления большого количества синяков на верхних конечностях необходимо

- токсина каракурта
- противопаучьей сыворотки
- противокаракуртной сыворотки
- столбнячного анатоксина

Результаты обследования

С учётом наличия в анамнезе факта употребления неизвестных таблеток с целью совершения суицидальной попытки необходимо провести химико-токсикологическое исследование крови на содержание

- токсина каракурта
- противопаучьей сыворотки
- противокаракуртной сыворотки
- столбнячного анатоксина

Результаты обследования

Для оценки кислотно-основного стояния крови пациента необходимо

- токсина каракурта
- противопаучьей сыворотки
- противокаракуртной сыворотки
- столбнячного анатоксина

Результаты обследования

На основании результатов клинических и лабораторных методов обследования пациенту можно поставить диагноз

- токсина каракурта
- противопаучьей сыворотки
- противокаракуртной сыворотки
- столбнячного анатоксина

Диагноз

Показатели кислотно-основного состояния пациента свидетельствуют о формировании

- декомпенсированного метаболического ацидоза
- частично компенсированного респираторного алкалоза
- частично компенсированного респираторного ацидоза
- частично компенсированного метаболического ацидоза

Выявленное при анализе системы гемостаза удлинение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) может быть связано с

- угнетением фибринолиза
- артериальной гипертензией
- снижением активности фактора IX
- стенокардией напряжения

Механизм антикоагулянтного действия варфарина обусловлен

- ингибированием витамина К
- активацией витамина К
- ингибированием протромбина
- активацией фибринолиза

Для контроля состояния пациента в динамике необходимо исследовать

- активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ)
- фибриноген
- время свёртывания крови
- международное нормализированное отношение (МНО)

В качестве возможной причины летального исхода у пациента с отравлением варфарином следует рассматривать

- тромбоз коронарных сосудов
- внутреннее кровотечение
- острую печёночную недостаточность
- острое нарушение гомеостаза

Развитие внутреннего кровотечения у пациента с передозировкой варфарина может произойти в течение (в сутках)

- 14
- 10
- 5
- 7

Антидотом варфарина служит

- гепарин
- фитоменадион
- аминокапроновая кислота
- фраксипарин

Для быстрой остановки кровотечения пациенту с передозировкой варфарином показано применение

- гепарин
- фитоменадион
- аминокапроновая кислота
- фраксипарин

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациент 23 лет, мужчина, доставлен скорой помощью в отделение токсикологической реанимации.

Жалобы
На общую слабость, тошноту, «визуализацию вкусов и запахов», «ощущение пространства и времени».

Анамнез заболевания
Соседи обнаружили пациента в комнате лежащего на полу. Рядом лежали кусочки бумаги, напоминающие почтовые марки (5 штук). Соседи вызвали бригаду скорой медицинской помощи. Осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Возбуждён. Жалобы на чувство страха, слабость, тошноту,

«визуализацию вкусов и запахов», «ощущение пространства и времени». Кожные покровы нормальной окраски, повышенной влажности, тёплые. Температура тела 37,6°С. Мидриаз. Тонус мышц не изменён, реакция зрачков на свет ослаблена. Дыхание ритмичное с частотой 14×мин^-1^, везикулярное, хрипов нет, SaO~2~ – 98%. Артериальное давление 150 и 80 мм рт.ст., пульс – 86×мин^-1^, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Пациент госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия 400 мл физиологического раствора, ингаляция 30% кислорода через лицевую маску

Анамнез жизни

* Находится на учёте в психоневрологическом диспансере в течение 3 лет (со слов соседей) * В виду спутанности сознания анамнез жизни собрать не удалось

Объективный статус

* Общее состояние средней степени тяжести. Уровень сознания – поверхностное оглушение. Возбуждён. Зрачки D=S, мидриаз, реакция зрачков ослаблена, тонус мышц не изменён, ригидности затылочных мышц нет, патологические рефлексы отсутствуют. Кожные покровы нормальной окраски, повышенной влажности, тёплые на ощупь. * Сердечно-сосудистая система: Тоны ясные, частота сердечных сокращений – 82×мин^-1^, пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление 152 и 84 мм рт.ст. * Дыхательная система: Дыхание ритмичное, везикулярное, с частотой 14-16×мин^-1^, хрипов нет, насыщение артериальной крови кислородом (SaO~2~) – 98% * Желудочно-кишечный тракт: Язык влажный, не обложен, перитониальные симптомы отсутствуют, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Диурез по мочевому катетеру, получено 200 мл мочи светло-жёлтого цвета.

Для дифференциальной диагностики угнетения сознания пациенту необходимо провести химико-токсикологическое исследование крови и мочи на содержание

- гепарин
- фитоменадион
- аминокапроновая кислота
- фраксипарин

Результаты обследования

Для определения причины интоксикации пациенту необходимо выполнить химико-токсикологическое исследование крови на содержание

- гепарин
- фитоменадион
- аминокапроновая кислота
- фраксипарин

Результаты обследования

Для оценки оксигенации крови пациента необходимо

- гепарин
- фитоменадион
- аминокапроновая кислота
- фраксипарин

Результаты обследования

Для оценки состояния печени у пациента с наркотической зависимостью необходимо

- гепарин
- фитоменадион
- аминокапроновая кислота
- фраксипарин

Результаты обследования

Для дифференциальной диагностики угнетения сознания пациенту необходимо выполнить

- гепарин
- фитоменадион
- аминокапроновая кислота
- фраксипарин

Результаты обследования

На основании результатов клинических и лабораторных методов обследования данному пациенту можно поставить диагноз

- гепарин
- фитоменадион
- аминокапроновая кислота
- фраксипарин

Диагноз

Один из основных механизмов психотомиметического действия диэтиламида лизергиновой кислоты обусловлен её способностью

- нарушать генерацию нервного импульса
- угнетать ГАМК-ергическую систему
- активировать серотонинергическую систему
- активировать пептидергическую передачу

Острые симптомы отравления диэтиламидом лизергиновой кислоты могут сохраняться в течение (в часах)

- 24
- 12
- 48
- 96

Выявленная при проведении биохимического исследования гипергликемия может быть обусловлена

- центральным нарушением углеводного обмена
- активацией симпатической системы
- активацией ангиотензина II
- блокированием дофаминергической системы

Тяжесть состояния данного пациента обусловлена

- острой сердечно-сосудистой недостаточностью
- токсической энцефалопатией
- острой печёночной недостаточностью
- острой дыхательной недостаточностью

Для купирования психомоторного возбуждения пациенту показано применение препаратов из группы

- барбитуратов
- ганглиоблокаторов
- бензодиазепинов
- миорелаксантов центрального действия

В качестве подхода к проведению детоксикационной терапии пациенту показано проведение

- барбитуратов
- ганглиоблокаторов
- бензодиазепинов
- миорелаксантов центрального действия

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациент 26 лет, мужчина, доставлен скорой помощью в отделение токсикологической реанимации.

Жалобы
На общую слабость, головокружение, тревогу, чувство страха смерти, зрительные галлюцинации (искажение формы объектов).

Анамнез заболевания
Со слов пациента, с целью получения удовлетворения от жизни «дунул банга» и съел «весёлые кексики». Через 3 часа появились зрительные галлюцинации, чувство страха смерти. Вызвал бригаду скорой медицинской помощи. Осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Возбуждён. Дезориентирован во времени и пространстве, ориентирован в собственной личности. Жалобы на общую слабость, головокружение, тревогу, чувство страха смерти, зрительные галлюцинации (искажение формы объектов). Кожные покровы нормальной окраски, сухие, тёплые. Температура тела 36,7°С. Мидриаз, склеры инъецированы. Тонус мышц не изменён, реакция зрачков на свет ослаблена. Дыхание ритмичное с частотой 16×мин^-1^, жёсткое, выслушиваются единичные сухие хрипы, SaO~2~ – 96%. Артериальное давление 160 и 90 мм рт.ст., пульс – 92×мин^-1^, аритмичный, удовлетворительного наполнения. Пациент госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия 400 мл физиологического раствора, ингаляция 30% кислорода через лицевую маску

Анамнез жизни
* Курит сигареты в течение 10 лет (две пачки в день). * Алкоголем не злоупотребляет. * Со слов пациента, наркотические и психодислептические вещества никогда не употреблял. * Хронические заболевания отрицает. * Аллергологический анамнез не отягощён.

Объективный статус
* Общее состояние средней степени тяжести. Уровень сознания – поверхностное оглушение. Возбуждён. Зрачки D=S, мидриаз, склеры инъецированы, реакция зрачков на свет ослаблена, тонус мышц не изменён,

ригидности затылочных мышц нет, патологические рефлексы отсутствуют. Кожные покровы нормальной окраски, сухие, тёплые на ощупь. * Сердечно-сосудистая система: Тоны ясные, частота сердечных сокращений – 92×мин^-1^, пульс аритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление 160 и 80 мм рт.ст. * Дыхательная система: Дыхание ритмичное, жёсткое, с частотой 12-14×мин^-1^, выслушиваются хрипы над всей поверхностью лёгких, насыщение артериальной крови кислородом (SaO~2~) – 97% * Желудочно-кишечный тракт: Язык сухой, покрыт коричневым налётом, перитониальные симптомы отсутствуют, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Диурез по мочевому катетеру, получено 150 мл мочи светло-жёлтого цвета.

Для дифференциальной диагностики угнетения сознания пациенту необходимо провести химико-токсикологическое исследование крови и мочи на содержание

- барбитуратов
- ганглиоблокаторов
- бензодиазепинов
- миорелаксантов центрального действия

Результаты обследования

Для определения причины интоксикации пациенту необходимо выполнить химико-токсикологическое исследование мочи на наличие

- барбитуратов
- ганглиоблокаторов
- бензодиазепинов
- миорелаксантов центрального действия

Результаты обследования

Для оценки кислотно-основного состояния крови пациента необходимо

- барбитуратов
- ганглиоблокаторов
- бензодиазепинов
- миорелаксантов центрального действия

Результаты обследования

Для дифференциальной диагностики нарушений со стороны дыхательной системы пациенту необходимо выполнить

- барбитуратов
- ганглиоблокаторов
- бензодиазепинов
- миорелаксантов центрального действия

Результаты обследования

На основании результатов клинических и лабораторных методов обследования данному пациенту можно поставить диагноз «Отравление

- барбитуратов
- ганглиоблокаторов
- бензодиазепинов
- миорелаксантов центрального действия

Диагноз

Один из основных механизмов психотомиметического действия каннабиноидов обусловлен их влиянием на систему

- циклического аденозинмонофосфата
- Cl-ионного канала ГАМК~А~-рецептора
- протонной помпы
- нервно-мышечной передачи

Производные тетрагидроканнабинола могут быть обнаружены в моче при проведении химико-токсикологического исследования в течение +_____+ суток после употребления

- 7
- 10
- 20
- 14

Дифференциальную диагностику отравления каннабиноидами следует проводить с

- отравлением героином
- отравлением ртутью
- алкогольным делирием
- отравлением опием

Показатели кислотно-основного состояния свидетельствуют о развитии у пациента

- компенсированного метаболического алкалоза
- частично компенсированного метаболического ацидоза
- декомпенсированного респираторного ацидоза
- компенсированного метаболического ацидоза

Для купирования психомоторного возбуждения пациенту показано применение препаратов из группы

- трициклических антидепрессантов
- миорелаксантов центрального действия
- ингибиторов АПФ
- бензодиазепинов

В качестве подхода к проведению детоксикационной терапии для данного пациента показано

- введение энтеросорбентов
- кишечный лаваж
- зондовое промывание желудка
- гемодиализ

Для коррекции метаболического ацидоза пациенту показано применение

- введение энтеросорбентов
- кишечный лаваж
- зондовое промывание желудка
- гемодиализ

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациент 32 лет, мужчина, доставлен скорой помощью в отделение токсикологической реанимации.

Жалобы
На общую слабость, чувство сдавления и сжатия за грудиной, умеренные боли в эпигастральной области, сопровождающиеся тошнотой и рвотой, кашель.

Анамнез заболевания
Пострадавший работал на железнодорожной станции. Ночью (00.30) при осмотре составов обратил внимание на то, что из железнодорожной цистерны (модель 15-1556), в которой транспортируют аварийно-опасные химические вещества (предположительно технический фосген), высвобождается какое-то

бесцветное газообразное вещество. Подойдя ближе к цистерне, ощутил запах «прелого сена». Немедленно покинул место происшествия, вызвал сотрудников МЧС. В 08.00, почувствовав затруднение при попытке сделать глубокий вдох, чувство саднения за грудиной, вызвал бригаду скорой медицинской помощи. Осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Жалобы на общую слабость, чувство сдавления и сжатия за грудиной, умеренные боли в эпигастральной области, сопровождающиеся тошнотой и рвотой, кашель. Кожные покровы нормальной окраски, сухие, тёплые. Температура тела 37,2°С. Тонус мышц не изменён, реакция зрачков на свет нормальная. Дыхание ритмичное с частотой 18-20×мин^-1^, жёсткое, выслушиваются единичные влажные хрипы, SaO~2~ – 95%. Артериальное давление 100 и 60 мм рт.ст., пульс – 52×мин^-1^, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Пациент госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия 400 мл физиологического раствора, ингаляция 30% кислорода через лицевую маску

Анамнез жизни

* Вредные привычки, хронические заболевания отрицает. * Аллергологический анамнез не отягощён. * Проходит профилактические медицинские осмотры каждые полгода. Последнее прохождение диспансеризации было два месяца назад.

Объективный статус

* Общее состояние тяжёлое. Уровень сознания – ясное. Зрачки D=S, реакция зрачков на свет не изменена, тонус мышц нормальный, ригидности затылочных мышц нет, патологические рефлексы отсутствуют. Кожные покровы нормальной окраски, сухие, тёплые на ощупь. * Сердечно-сосудистая система: Тоны ясные, частота сердечных сокращений – 54×мин^-1^, пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление 100 и 50 мм рт.ст. * Дыхательная система: Дыхание аритмичное, жёсткое, с частотой 24×мин^-1^, выслушиваются влажные хрипы над всей поверхностью лёгких, насыщение артериальной крови кислородом (SaO~2~) – 94% * Желудочно-кишечный тракт: Язык сухой, обложен белым налётом, перитониальные симптомы отсутствуют, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Диурез по мочевому катетеру, получено 200 мл мочи тёмно-жёлтого цвета.

Необходимым инструментальным методом исследования для определения нарушений со стороны дыхательной системы данного пациента является

- введение энтеросорбентов
- кишечный лаваж
- зондовое промывание желудка
- гемодиализ

Результаты обследования

Для оценки оксигенации крови пациенту необходимо

- введение энтеросорбентов
- кишечный лаваж
- зондовое промывание желудка
- гемодиализ

Результаты обследования

Для выявления воспалительной реакции и нарушений реологических свойств крови данного пациента необходимо

- введение энтеросорбентов
- кишечный лаваж
- зондовое промывание желудка
- гемодиализ

Результаты обследования

Для определения степени нарушения оксигенации артериальной крови необходимо рассчитать

- введение энтеросорбентов
- кишечный лаваж
- зондовое промывание желудка
- гемодиализ

Результаты обследования

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

- введение энтеросорбентов
- кишечный лаваж
- зондовое промывание желудка
- гемодиализ

Диагноз

Пульмонотоксическое действие фосгена обусловлено + + макромолекул аэрогематического барьера

- ацилированием
- инициацией свободно-радикальных реакций
- изменением pH
- алкилированием

Нарушение оксигенации артериальной крови у пациента

- соответствует лёгкой степени
- соответствует тяжёлой степени
- отсутствует
- соответствует крайне тяжёлой степени

В качестве патогномоничного признака манифестации токсического отёка лёгких рассматривают

- увеличение диуреза
- несоответствие между пульсом и частотой дыхания
- изменение α-ритмов
- повышение давление ликвора

В качестве причины увеличения парциального давления диоксида углерода (PaCO~2~) в крови пациента следует рассматривать

- увеличение поверхностного натяжения
- снижение сердечного выброса
- нарушение транспорта газа через аэрогематический барьер
- нарушение синтеза сурфактанта

Для фармакологического снижения давления в малом круге кровообращения пациенту показано применение

- трициклических антидепрессантов
- α-адреномиметиков
- нитропрепаратов
- миорелаксантов

В качестве подхода к стабилизации компонентов аэрогематического барьера пациенту показано применение

- ацетилцистеина
- препаратов натурального сурфактанта
- фуросемида
- эналаприла

При проведении искусственной вентиляции лёгких у пациента с развившимся химическим отёком лёгких целесообразно поддержание

- ацетилцистеина
- препаратов натурального сурфактанта
- фуросемида
- эналаприла

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациент 36 лет, мужчина, доставлен скорой помощью в отделение токсикологической реанимации.

Жалобы
На жжение в области лица, в полости носа, слезотечение, светобоязнь, першение в горле, чувство сдавления и сжатия за грудиной, кашель.

Анамнез заболевания
Пострадавший работает в клининговой компании. Для проведения уборки готовил чистящий раствор. Со слов пострадавшего: находясь в подсобном помещении, смешал несколько чистящих средств в одной ёмкости (хлорсодержащее чистящее средство и кислотное моющее средство), обратил внимание на выделение газа жёлто-зелёного цвета, ощутил чувство жжения в полости носа и резь в глазах. В помещении находился около 5 минут. Покинув помещение, вызвал бригаду скорой медицинской помощи. Осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Жалобы на жжение в области лица, в полости носа, слезотечение, светобоязнь, першение в горле, болезненность в груди при попытке сделать глубокий вдох, кашель мокротой розового цвета. Кожа лица гиперемирована. Температура тела 37,1°С. Тонус мышц не изменён, реакция зрачков на свет нормальная. Дыхание аритмичное с частотой 18-24×мин^-1^, жёсткое, выслушиваются сухие хрипы, SaO~2~ – 94%. Артериальное давление 170 и 90 мм рт.ст., пульс – 80×мин^-1^, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Пациент госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия 400 мл физиологического раствора, ингаляция 30% кислорода через лицевую маску

Анамнез жизни
* Вредные привычки, хронические заболевания отрицает. * Аллергологический анамнез не отягощён. * Проходит профилактические медицинские осмотры каждые полгода. Последнее прохождение диспансеризации было три месяца назад. * Профессионально работает в клининговой компании.

Объективный статус

* Общее состояние тяжёлое. Уровень сознания – ясное. Зрачки D=S, реакция зрачков на свет не изменена, тонус мышц нормальный, ригидности затылочных мышц нет, патологические рефлексы отсутствуют. Кожные покровы бледные, сухие, тёплые на ощупь. Кожа лица гиперемирована. * Сердечно-сосудистая система: Тоны ясные, частота сердечных сокращений – 64×мин^-1^, пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление 140 и 70 мм рт.ст. * Дыхательная система: Дыхание аритмичное, жёсткое, с частотой 22×мин^-1^, выслушиваются влажные хрипы над всей поверхностью лёгких, насыщение артериальной крови кислородом (SaO~2~) – 95% * Желудочно-кишечный тракт: Язык сухой, не обложен, перитониальные симптомы отсутствуют, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Диурез по мочевому катетеру, получено 200 мл мочи светло-жёлтого цвета.

Необходимым инструментальным методом исследования для определения нарушений со стороны дыхательной системы пациента является

- ацетилцистеина
- препаратов натурального сурфактанта
- фуросемида
- эналаприла

Результаты обследования

Для оценки состояния дыхательных путей пациента необходимо выполнить

- ацетилцистеина
- препаратов натурального сурфактанта
- фуросемида
- эналаприла

Результаты обследования

Для оценки оксигенации крови у пациента необходимо

- ацетилцистеина
- препаратов натурального сурфактанта
- фуросемида
- эналаприла

Результаты обследования

Для определения степени нарушения оксигенации артериальной крови пациента необходимо рассчитать

- ацетилцистеина
- препаратов натурального сурфактанта
- фуросемида
- эналаприла

Результаты обследования

На основании результатов клинических и лабораторных методов обследования пациенту можно поставить диагноз

- ацетилцистеина
- препаратов натурального сурфактанта
- фуросемида
- эналаприла

Диагноз

Выявленная при проведении фибробронхоскопии гиперемия гортани, возникшая при воздействии газообразного хлора, обусловлена

- алкилирующим действием
- формированием коагуляционного некроза
- формированием колликвационного некроза
- ацилирующим действием

Один из механизмов пульмонотоксического действия хлора связан с

- алкилирующим действием
- блокированием сульфгидрильных групп
- инициацией свободно-радикальных реакций
- ацилирующим действием

Тяжесть состояния пациента обусловлена

- острой сердечной недостаточностью
- интоксикацией хлором
- острой дыхательной недостаточностью
- острой сосудистой недостаточностью

Наиболее грозным осложнением, которое может сформироваться у пациента в периоде основных проявлений интоксикации хлором, следует рассматривать

- нейрогенный отёк лёгких

- химический отёк лёгких
- кардиогенный отёк лёгких
- токсический бронхит

Для купирования раздражения слизистых оболочек глаз и верхних дыхательных путей при острой интоксикации газообразным хлором следует промыть их раствором

- соляной кислоты раствором 1%
- уксусной кислоты раствором 1%
- гелофузина
- гидрокарбоната натрия раствором 4%

При формировании химического отёка лёгких для борьбы с пенообразованием целесообразно ингаляционное применение

- глюкокортикоидов
- ацетилцистеина
- β-адреномиметиков
- этанола

При манифестации отёка лёгких и нарастании дыхательной недостаточности пациенту показано проведение

- глюкокортикоидов
- ацетилцистеина
- β-адреномиметиков
- этанола

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациент, возраст около 30 лет, мужчина, доставлен скорой помощью в отделение токсикологической реанимации.

Жалобы
Не предъявляет в виду отсутствия сознания.

Анамнез заболевания
Найден соседями в общежитии на кровати без сознания. Вызвана бригада скорой медицинской помощи. Осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Жалобы не предъявляет в виду отсутствия сознания. Кожные покровы бледные, сухие, влажные, цианоз губ. На волосистой части головы в затылочной области

выявлена гематома размерами 3,5×2 см. Температура тела 36,2°С. Миоз, реакция зрачков на свет отсутствует. Тонус мышц снижен. Дыхание поверхностно с частотой 8×мин^-1^, жёсткое, хрипов нет, SaO~2~ – 93%. Артериальное давление 100 и 50 мм рт.ст., пульс – 52×мин^-1^, аритмичный, слабого наполнения. Пациент госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия 400 мл физиологического раствора. Выполнена интубация трахеи, налажена ИВЛ (режим VCV с параметрами: Vt – 450 мл; f – 12×мин^-1^, FiO~2~ – 0,4).

Анамнез жизни

* В виду отсутствия сознания анамнез у пациента собрать не удалось. * Со слов соседей периодически употребляет наркотические вещества.

Объективный статус

* Общее состояние тяжёлое. Уровень сознания – кома I. Зрачки D=S, миоз, реакция зрачков на свет отсутствует, тонус мышц снижен, ригидности затылочных мышц нет, патологические рефлексы отсутствуют. Кожные бледные, сухие, влажные на ощупь. На волосистой части головы в затылочной области выявлена гематома размерами 3,5×2см. На правом локтевом сгибе – след от внутривенной инъекции * Сердечно-сосудистая система: Тоны сердца приглушены, частота сердечных сокращений – 58×мин^-1^, пульс аритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление 96 и 50 мм рт.ст. * Дыхательная система: Дыхание аппаратом ИВЛ (режим VCV с параметрами: Vt – 450 мл; f – 12×мин^-1^, FiO~2~ – 0,4). Хрипов нет. Насыщение артериальной крови кислородом (SaO~2~) – 96% * Желудочно-кишечный тракт: Язык сухой, чистый, перитониальные симптомы отсутствуют, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Диурез по мочевому катетеру, получено 100 мл мочи жёлтого цвета.

Для дифференциальной диагностики угнетения сознания пациенту необходимо провести химико-токсикологическое исследование крови и мочи на содержание

- глюкокортикоидов
- ацетилцистеина
- β-адреномиметиков
- этанола

Результаты обследования

Для определения причины интоксикации пациенту необходимо выполнить химико-токсикологическое исследование крови и мочи на наличие

- глюкокортикоидов
- ацетилцистеина
- β-адреномиметиков
- этанола

Результаты обследования

Для оценки оксигенации крови у пациента необходимо

- глюкокортикоидов
- ацетилцистеина
- β-адреномиметиков
- этанола

Результаты обследования

Для дифференциальной диагностики нарушения сознания пациенту необходимо выполнить

- глюкокортикоидов
- ацетилцистеина
- β-адреномиметиков
- этанола

Результаты обследования

С целью исключения инфекционных заболеваний пациенту рекомендуется

- глюкокортикоидов
- ацетилцистеина
- β-адреномиметиков
- этанола

Результаты обследования

С целью раннего исключения сердечной патологии пациенту показано проведение

- глюкокортикоидов
- ацетилцистеина
- β-адреномиметиков
- этанола

Результаты обследования

На основании результатов клинических и лабораторных методов обследования можно поставить диагноз

- глюкокортикоидов
- ацетилцистеина
- β-адреномиметиков
- этанола

Диагноз

Показатели газового состава артериальной крови свидетельствуют о формировании у пациента нарушения оксигенации +_____+ степени

- тяжёлой
- лёгкой
- среднетяжёлой
- крайне тяжёлой

Тяжесть состояния пациента обусловлена

- острой недостаточностью мозгового кровообращения
- острой дыхательной недостаточностью
- острой сердечно-сосудистой недостаточностью
- отравлением героином

Для нормализации тканевого дыхания пациенту рекомендуется применение

- унитиола
- янтарной кислоты
- налоксона
- ингибиторов АПФ

Для коррекции метаболического ацидоза пациенту рекомендуется введение

- натрия гидрокарбоната раствора 4%
- глюкозы раствора 40%
- физиологического раствора 0,9%
- раствора реополиглюкина

Для нормализации реологических свойств крови пациенту показано применение

- натрия гидрокарбоната раствора 4%

- глюкозы раствора 40%
- физиологического раствора 0,9%
- раствора реополиглюкина

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациент 37 лет, мужчина, доставлен скорой помощью в отделение токсикологической реанимации.

Жалобы
на боль в полости рта и глотки, которая усиливается при глотании, боль в эпигастральной области, слюноотделение, многократную рвоту с примесью крови.

Анамнез заболевания
Пациент с целью совершения суицидальной попытки выпил около 25 мл концентрированной серной кислоты. Спустя 10 мин вызвал бригаду скорой медицинской помощи. Осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Жалобы на боль в полости рта и глотки, которая усиливается при глотании, боль в эпигастральной областях, слюноотделение, многократную рвоту с примесью крови. Кожа на подбородке и в области губ гиперемирована. Язык отёчен и гиперемирован. На поверхности языка и мягкого нёба видны плёнки серого цвета. Температура тела 37,1°С. Тонус мышц не изменён, реакция зрачков на свет нормальная. Дыхание ритмичное с частотой 16-18×мин^-1^, жёсткое, хрипов нет, SaO~2~ – 98%. Артериальное давление 160 и 80 мм рт.ст., пульс – 84×мин^-1^, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Пациент госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия 400 мл физиологического раствора, ингаляция 30% кислорода через лицевую маску

Анамнез жизни
* Вредные привычки, хронические заболевания отрицает. * Аллергологический анамнез не отягощён. * В анамнезе совершение суицидальной попытки два года назад (употребил 10 таблеток феназепама). * Не работает. * Вирусные, инфекционные заболевания отрицает.

Объективный статус
* Общее состояние тяжёлое. Уровень сознания – ясное. Беспокоен, возбуждён. Зрачки D=S, реакция зрачков на свет не изменена, тонус мышц нормальный, ригидности затылочных мышц нет, патологические рефлексы отсутствуют. Кожные покровы бледные, сухие, тёплые на ощупь. На подбородке и в углах губ

участки гиперемии, отека и очагов некроза кожи. * Сердечно-сосудистая система: Тоны ясные, частота сердечных сокращений – 84×мин^-1^, пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление 140 и 70 мм рт.ст. * Дыхательная система: Дыхание ритмичное, жёсткое, с частотой 16×мин^-1^, хрипов нет, насыщение артериальной крови кислородом (SaO~2~) – 99% * Желудочно-кишечный тракт: При осмотре полости рта отечность и гиперемия слизистых оболочек языка, щек, язычка и дужек, местами видны пленки серого, цвета. Живот мягкий, болезненный при глубокой пальпации, наличие симптомов раздражения брюшины. Диурез по мочевому катетеру, получено 100 мл мочи светло-жёлтого цвета.

Для исключения почечно-печёночной недостаточности пациенту необходимо исследовать

- натрия гидрокарбоната раствора 4%
- глюкозы раствора 40%
- физиологического раствора 0,9%
- раствора реополиглюкина

Результаты обследования

Для исключения перфорации пищевода (желудка) необходимым инструментальным методом обследования пациента является

- натрия гидрокарбоната раствора 4%
- глюкозы раствора 40%
- физиологического раствора 0,9%
- раствора реополиглюкина

Результаты обследования

Для оценки кислотно-основного состояния крови пациента необходимо

- натрия гидрокарбоната раствора 4%
- глюкозы раствора 40%
- физиологического раствора 0,9%
- раствора реополиглюкина

Результаты обследования

С целью определения распространённости и глубины поражения пищевода и желудка данному пациенту необходимо выполнить

- натрия гидрокарбоната раствора 4%

- глюкозы раствора 40%
- физиологического раствора 0,9%
- раствора реополиглюкина

Результаты обследования

Пациенту с высоким риском перфорации желудка рекомендовано проведение

- натрия гидрокарбоната раствора 4%
- глюкозы раствора 40%
- физиологического раствора 0,9%
- раствора реополиглюкина

Результаты обследования

На основании результатов клинических и лабораторных методов обследования данному пациенту можно поставить диагноз

- натрия гидрокарбоната раствора 4%
- глюкозы раствора 40%
- физиологического раствора 0,9%
- раствора реополиглюкина

Диагноз

Клиническое течение химического ожога пищевода пациента соответствует стадии

- формирования послеожоговых рубцовых изменений
- острой (токсикогенной)
- отторжения некротических тканей
- отдалённых последствий

Механизм формирования химического ожога при пероральном употреблении серной кислоты обусловлен

- колликвационным некрозом
- ацилирующим действием
- инициацией свободно-радикальных реакций
- коагуляционным некрозом

В качестве причины формирования метаболического ацидоза при остром пероральном отравлении кислотой следует рассматривать

- гемолиз эритроцитов
- гоповентиляцию
- угнетение тканевого дыхания
- всасывание кислот в системный кровоток

Для удаления невсосавшегося токсиканта пациенту рекомендовано проведение

- зондового промывания желудка
- беззондового промывания желудка
- гемофильтрации
- очистительной клизмы

Для купирования болевого синдрома пациенту показано применение

- местных анестетиков
- миорелаксантов
- новокаиновой блокады
- опиоидных анальгетиков

Для профилактики рубцового сужения пищевода пациенту показано применение

- местных анестетиков
- миорелаксантов
- новокаиновой блокады
- опиоидных анальгетиков

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациент 29 лет, мужчина, доставлен скорой помощью в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Жалобы
Не предъявляет в виду отсутствия сознания.

Анамнез заболевания
Пострадавший был эвакуирован сотрудниками аварийно-спасательного отряда с химически опасного объекта, в котором синтезировали полиакрилонитрил. При проведении анализа газовоздушной среды в помещении был обнаружен цианистый водород в концентрации 80 ppm (89 мг/м^3^). Осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Жалоб не предъявляет ввиду отсутствия

сознания. Во время осмотра возникли судороги. Кожные покровы нормальной окраски, обычной влажности, видимые слизистые алого цвета, травматических повреждений не выявлено, сыпи нет. Тонус мышц повышен, реакция зрачков на свет не нарушена. Дыхание ритмичное с частотой 16×мин^-1^, жёсткое, хрипов нет, SaO~2~ – 98%. Артериальное давление 180 и 90 мм рт.ст., пульс – 88×мин^-1^, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Пациент госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия 400 мл раствора Рингера, ингаляция 30% кислорода через лицевую маску. Внутримышечно введён раствор диазепама (2% - 5,0).

Анамнез жизни
Анамнез собрать не удалось ввиду угнетения сознания пациента.

Объективный статус
* Общее состояние тяжёлое. Уровень сознания – сопор. Зрачки D = S, средней величины, реакция зрачков на свет живая, тонус мышц повышен, ригидности затылочных мышц нет, патологические рефлексы отсутствуют. Кожные покровы нормальной окраски, обычной влажности, видимые слизистые ярко-алого цвета. Сыпи нет, травматические повреждения при внешнем осмотре не выявлены. * Сердечно-сосудистая система: Тоны ясные, частота сердечных сокращений – 82×мин^-1^, пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление 180 и 80 мм рт.ст. * Дыхательная система: Дыхание жёсткое, с частотой 18×мин^-1^, хрипы _отсутствуют,_ насыщение артериальной крови кислородом (SaO~2~) – 98% * Желудочно-кишечный тракт: Язык влажный, не обложен, живот обычной формы, симметричный, мягкий, в акте дыхания участвует, без реакции на пальпацию, не вздут. Диурез по мочевому катетеру, получено 200 мл мочи желтого цвета.

Для постановки диагноза данному пациенту в условиях стационара необходимо провести химико-токсикологическое исследование на содержание +_____+ в крови

- местных анестетиков
- миорелаксантов
- новокаиновой блокады
- опиоидных анальгетиков

Результаты обследования

Для оценки состояния сердечно-сосудистой системы, определения поражения миокарда данному пациенту необходимо

- местных анестетиков

- миорелаксантов
- новокаиновой блокады
- опиоидных анальгетиков

Результаты обследования

Для косвенной оценки тканевого дыхания пациента необходимо

- местных анестетиков
- миорелаксантов
- новокаиновой блокады
- опиоидных анальгетиков

Результаты обследования

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

- местных анестетиков
- миорелаксантов
- новокаиновой блокады
- опиоидных анальгетиков

Диагноз

В качестве патогномоничного признака отравления цианистым водородом следует рассматривать

- коричневое окрашивание видимых слизистых оболочек
- акроцианоз
- ярко-розовое окрашивание видимых слизистых оболочек
- выделение пены изо рта

Показатели кислотно-основного состояния свидетельствуют о развитии у пациента

- компенсированного респираторного ацидоза
- декомпенсированного метаболического ацидоза
- некомпенсированного метаболического алкалоза
- частично компенсированного метаболического ацидоза

В качестве причины формирования метаболического ацидоза у пациента следует рассматривать

- увеличение парциального давления углекислого газа в крови
- снижение протонов в крови
- снижение парциального давления углекислого газа в крови
- накопление протонов в крови

Интоксикация монооксидом углерода у пациента соответствует +_____+ степени тяжести

- легкой
- тяжёлой
- крайне тяжёлой
- средней

В качестве средства этиотропной терапии отравления монооксидом углерода для пациента используют

- кислород
- хлорпромазин
- ацетилцистеин
- атропин

Средства этиотропной терапии отравления цианистым водородом (и другими цианидами), рекомендованные Всемирной организацией здравоохранения, представлены

- цианокобаламином
- гидроксикобаламином
- пиридоксином
- тиамином

Механизм этиотропного действия глюкозы при отравлении цианидами заключается в образовании

- тиоцианата
- циангидринов
- метгемоглобина
- оксигемоглобина

Для коррекции метаболического ацидоза пациенту необходимо ввести

- тиоцианата
- циангидринов
- метгемоглобина
- оксигемоглобина

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациент 25 лет, мужчина, доставлен скорой помощью в отделение реанимации и интенсивной терапии

Жалобы
На отёк, боль и чувство жжения в правой руке, беспокойство, чувство страха, озноб, слабость, головокружение, шум в ушах

Анамнез заболевания
Пострадавший был укушен змеёй во время обслуживания террариума с гадюкой обыкновенной (Vipera berus), после чего вызвал бригаду скорой медицинской помощи. Осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Жалобы на отёк, боль и чувство жжения в правой руке, беспокойство, чувство страха, озноб, слабость, головокружение, шум в ушах. Кожные покровы бледные, влажные. На правой руке в области предплечья видны две точечные колотые раны. Температура тела 37,3°С. Тонус мышц повышен, реакция зрачков на свет не нарушена. Дыхание ритмичное с частотой 22×мин^-1^, везикулярное, хрипов нет, SaO~2~ - 97%. АД 110 и 60мм рт.ст., пульс – 96×мин^-1^, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Пациент госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия 400 мл раствора Рингера, ингаляция 30% кислорода через лицевую маску, введена сыворотка против яда гадюки, повреждённая конечность иммобилизована.

Анамнез жизни
* Хронические заболевания, ВИЧ-инфекцию, гепатиты отрицает * Профессионально занимается обслуживанием террариумов * Аллергологический анамнез без особенностей * Последнее прохождение диспансеризации – полгода назад

Объективный статус
* Общее состояние тяжёлое. Уровень сознания – поверхностное оглушение. Зрачки D=S, средней величины, реакция зрачков на свет не нарушена, тонус мышц повышен, ригидности затылочных мышц нет, патологические рефлексы отсутствуют. Кожные покровы бледные, влажные. В области предплечья на правой руке визуализируются две точечные колотые раны. Рука отёчна, кожа багрово-синюшного цвета, в области укуса видны мелкоточечные кровоизлияния в виде кровоподтёков. * Сердечно-сосудистая система: Тоны приглушены, частота сердечных сокращений – 92×мин^-1^, пульс аритмичный, слабого наполнения и напряжения. Артериальное давление 80 и 40 мм рт.ст. *

Дыхательная система: Дыхание ритмичное, жёсткое, с частотой 16-18×мин^-1^, выслушиваются единичные сухие свистящие хрипы, насыщение артериальной крови кислородом (SaO~2~) – 97% * Желудочно-кишечный тракт: Язык влажный, не обложен, живот при пальпации безболезненный, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Диурез по катетеру, получено 150 мл мочи жёлтого цвета.

Для раннего выявления нарушений гемостаза у пациента необходимо

- тиоцианата
- циангидринов
- метгемоглобина
- оксигемоглобина

Результаты обследования

Для диагностики отёка лёгких пациенту необходимо выполнить

- тиоцианата
- циангидринов
- метгемоглобина
- оксигемоглобина

Результаты обследования

При подозрении на формирование анафилактического шока пациенту показано постоянное мониторирование

- тиоцианата
- циангидринов
- метгемоглобина
- оксигемоглобина

Результаты обследования

Для дифференциальной диагностики с другими видами шока необходимо исследовать кровь пациента на содержание

- тиоцианата
- циангидринов
- метгемоглобина
- оксигемоглобина

Результаты обследования

<u>На основании результатов клинических и лабораторных методов обследования пациенту можно поставить диагноз</u>

- тиоцианата
- циангидринов
- метгемоглобина
- оксигемоглобина

Диагноз

<u>Полученные результаты обследования являются характерными признаками развития у пациента вследствие укуса змеи</u>

- острой психогенной реакции
- анафилактического шока
- респираторного дистресс-синдрома
- инфекционно-токсического шока

<u>Дифференциальную диагностику анафилактического шока следует проводить с</u>

- стенокардией напряжения
- острым нарушением мозгового кровообращения
- артериальной гипертензией
- кардиогенным шоком

<u>Для купирования анафилактического шока пациенту необходимо немедленно ввести</u>

- атропин
- мезатон
- эпинефрин
- налоксон

<u>Для нормализации оксигенации пациенту рекомендовано проведение</u>

- экстракорпоральной мембранной оксигенации
- инсуффляции кислорода
- искусственной вентиляции лёгких
- высокопоточной ингаляции кислородом

Для предотвращения вторичных инфекционных осложнений пациенту показано введение + + сыворотки

- противостолбнячной
- противогангренозной
- противоботулинической
- противодифтерийной

Детоксикационная терапия при укусе змеи заключается в проведении

- экстракорпоральной мембранной оксигенации
- инфузионной терапии
- промывания желудка
- кишечного лаважа

Основными токсичными компонентами яда змеи (гадюка обыкновенная) являются

- экстракорпоральной мембранной оксигенации
- инфузионной терапии
- промывания желудка
- кишечного лаважа

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациент 36 лет, мужчина, доставлен скорой помощью в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Жалобы
Не предъявляет ввиду отсутствия сознания.

Анамнез заболевания
Пострадавший был вынесен сотрудниками аварийно-спасательного отряда из горящей квартиры. Осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Жалоб не предъявляет в виду отсутствия сознания. Кожные покровы обычной окраски и влажности, видна гарь в носовых хода, видимых травматических повреждений нет, сыпи нет, запах алкоголя изо рта. Тонус мышц нормальный, реакция зрачков на свет не нарушена. Дыхание ритмичное с частотой 14×мин^-1^, жёсткое, хрипов нет, SaO~2~ – 98%. АД 130 и 80 мм рт.ст., пульс – 78×мин^-1^, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Пациент госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой

вены, налажена инфузия 400 мл раствора Рингера, ингаляция 30% кислорода через лицевую маску.

Анамнез жизни
Анамнез собрать не удалось ввиду отсутствия сознания

Объективный статус
* Общее состояние тяжёлое. Уровень сознания – оглушение. Зрачки D = S, средней величины, реакция зрачков на свет живая, тонус мышц нормальный, ригидности затылочных мышц нет, патологические рефлексы отсутствуют. Кожные покровы обычной окраски, сухие, обычной влажности, видны следы копоти в носовых ходах. Сыпи нет, травматические повреждения при внешнем осмотре не выявлены. * Сердечно-сосудистая система: Тоны ясные, частота сердечных сокращений – 78×мин^-1^, пульс ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Артериальное давление 130 и 80 мм рт.ст. * Дыхательная система: Дыхание жёсткое, с частотой 16×мин^-1^, хрипы отсутствуют, насыщение артериальной крови кислородом (SaO~2~) – 98% * Желудочно-кишечный тракт: Язык сухой, не обложен, живот обычной формы, симметричный, мягкий, в акте дыхания участвует, без реакции на пальпацию, не вздут. Диурез по мочевому катетеру, получено 200 мл мочи желтого цвета.

Для постановки диагноза данному пациенту в условиях стационара необходимо провести химико-токсикологическое исследование на содержание

- экстракорпоральной мембранной оксигенации
- инфузионной терапии
- промывания желудка
- кишечного лаважа

Результаты обследования

С учётом наличия запаха алкоголя изо рта для дифференциальной диагностики угнетения сознания пациенту необходимо провести химико-токсикологическое исследование на содержание

- экстракорпоральной мембранной оксигенации
- инфузионной терапии
- промывания желудка
- кишечного лаважа

Результаты обследования

Для определения поражения дыхательных путей у пациента необходимо выполнить

- экстракорпоральной мембранной оксигенации
- инфузионной терапии
- промывания желудка
- кишечного лаважа

Результаты обследования

Для определения оксигенации артериальной крови пациента необходимо

- экстракорпоральной мембранной оксигенации
- инфузионной терапии
- промывания желудка
- кишечного лаважа

Результаты обследования

На основании результатов клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования пациенту можно поставить основной и сопутствующий диагнозы

- экстракорпоральной мембранной оксигенации
- инфузионной терапии
- промывания желудка
- кишечного лаважа

Диагноз

Исходя из значения концентрации этанола в крови и моче у пациента +_____+ степень интоксикации этанолом

- тяжёлая
- средняя
- лёгкая
- крайне тяжёлая

Показатели кислотно-основного состояния свидетельствуют о развитии у пациента

- декомпенсированного респираторного ацидоза
- острого некомпенсированного метаболического ацидоза
- компенсированного метаболического ацидоза

- компенсированного метаболического алкалоза

У пациентов с острым отравлением монооксидом углерода развивается +_____+ гипоксия

- дыхательная
- тканевая
- смешанная
- гемическая

В качестве средства этиотропной терапии для пациента необходимо применение

- кислорода
- пеликсима
- цитохрома С
- карбоксима

Для коррекции декомпенсированного метаболического ацидоза пациента необходимо применение

- гидрокарбоната натрия раствора 4%
- трисамина
- гидрокарбоната натрия раствора 33%
- раствора Рингера

Для нормализации энергетического обмена пациенту показано применение

- меглюмина натрия сукцината
- кислорода
- ацизола
- гидрокарбоната натрия

Объём жидкости, вводимый пациенту для коррекции нарушения водно-электролитного баланса, должен составлять +____+ мл/кг

- меглюмина натрия сукцината
- кислорода
- ацизола
- гидрокарбоната натрия

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациент 28 лет, мужчина, доставлен скорой помощью в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Жалобы
На слабость, кашель, чувство нехватки воздуха, одышку, тошноту.

Анамнез заболевания
Пострадавший был эвакуирован сотрудниками аварийно-спасательного отряда из горящего склада, на котором хранили изделия из полиакрилонитрила («искусственная шерсть»). Осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Жалоб не слабость, кашель, чувство нехватки воздуха, тошноту. Кожные покровы розовые, обычной влажности, видимые слизистые алого цвета, травматических повреждений не выявлено, сыпи нет. Тонус мышц нормальный, реакция зрачков на свет не нарушена. Дыхание ритмичное с частотой 19×мин^-1^, жёсткое, хрипов нет, SaO~2~ – 97%. АД 150 и 70 мм рт.ст., пульс – 54×мин^-1^, аритмичный, удовлетворительного наполнения. Пациент госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия 400 мл раствора Рингера, ингаляция 30% кислорода через лицевую маску.

Анамнез жизни
Анамнез собрать не удалось ввиду угнетения сознания до уровня оглушения.

Объективный статус
* Общее состояние тяжёлое. Уровень сознания – оглушение. Зрачки D = S, средней величины, реакция зрачков на свет живая, тонус мышц повышен, ригидности затылочных мышц нет, патологические рефлексы отсутствуют. Во время осмотра у пациента возникли однократные судороги, купировались самостоятельно. Кожные покровы и видимые слизистые алого цвета, обычной влажности. Сыпи нет, травматические повреждения при внешнем осмотре не выявлены. * Сердечно-сосудистая система: Тоны ясные, частота сердечных сокращений – 52×мин^-1^, пульс аритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление 162 и 84 мм рт.ст. * Дыхательная система: Дыхание жёсткое, с частотой 18×мин^-1^, хрипы отсутствуют, насыщение артериальной крови кислородом (SaO~2~) – 99% * Желудочно-кишечный тракт: Язык влажный, не обложен, живот обычной формы, симметричный, мягкий, в акте дыхания участвует, без реакции на пальпацию, не вздут. Диурез по мочевому катетеру, получено 200 мл мочи желтого цвета.

Для постановки диагноза данному пациенту в условиях стационара необходимо провести химико-токсикологическое исследование на содержание в крови

- меглюмина натрия сукцината
- кислорода
- ацизола
- гидрокарбоната натрия

Результаты обследования

Для дифференциальной диагностики угнетения сознания целесообразно провести химико-токсикологическое исследование на содержание

- меглюмина натрия сукцината
- кислорода
- ацизола
- гидрокарбоната натрия

Результаты обследования

Необходимым методом исследования для дифференциальной диагностики угнетения сознания у пациента является

- меглюмина натрия сукцината
- кислорода
- ацизола
- гидрокарбоната натрия

Результаты обследования

Для оценки утилизации кислорода в тканях пациента необходимо

- меглюмина натрия сукцината
- кислорода
- ацизола
- гидрокарбоната натрия

Результаты обследования

Для установления отравления цианистым водородом пациента необходимо исследовать

- меглюмина натрия сукцината

- кислорода
- ацизола
- гидрокарбоната натрия

Результаты обследования

<u>На основании результатов клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования пациенту можно поставить диагноз</u>

- меглюмина натрия сукцината
- кислорода
- ацизола
- гидрокарбоната натрия

Диагноз

<u>Показатели кислотно-основного состояния свидетельствуют о развитии у пациента</u>

- компенсированного респираторного ацидоза
- частично компенсированного метаболического ацидоза
- некомпенсированного метаболического алкалоза
- декомпенсированного метаболического ацидоза

<u>В качестве средства этиотропной терапии отравления монооксидом углерода для пациента рекомендуется использовать</u>

- цитохром С
- метиленовый синий
- натрия тиосульфат
- кислород

<u>В качестве средства этиотропной терапии отравления цианистым водородом для пациента рекомендуется использовать</u>

- гидроксикобаламин
- рибоксин
- цианокит
- натрия тиосульфат

<u>В качестве подхода к этиотропной терапии отравления цианистым водородом (и другими цианидами) рассматривают применение метгемоглобинобразователей. Смысл окисления железа гемоглобина до валентности плюс три заключается в</u>

- связывании свободного циан-иона в крови
- связывании цианистого водорода в тканях
- активации тканевого дыхания
- связывании цианистого водорода в крови

Для купирования судорожного синдрома пациенту необходимо ввести

- налоксон
- тиопентал натрия
- диазепам
- фентанил

В качестве источника поступления цианистого водорода в атмосферу пожара следует рассматривать горение

- налоксон
- тиопентал натрия
- диазепам
- фентанил

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациент 28 лет, мужчина, доставлен скорой помощью в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Жалобы
На мышечную слабость, головную боль, чувство сдавления в височной области, боль в животе.

Анамнез заболевания
Пострадавший неизвестное время находился в автомобиле с включенным двигателем. Был обнаружен соседом, вызвана бригада скорой медицинской помощи. Осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Жалобы на мышечную слабость, головную боль, чувство сдавления в височной области, боль в животе. Кожные покровы нормальной окраски, обычной влажности, видимые слизистые ярко-розового цвета, травматических повреждений не выявлено, сыпи нет. Тонус мышц снижен, реакция зрачков на свет не нарушена. Дыхание ритмичное с частотой 20×мин^-1^, жёсткое, хрипов нет, SaO~2~ – 93%. АД 180 и 84 мм рт.ст., пульс – 88×мин^-1^, аритмичный, удовлетворительного наполнения. Пациент госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия 400 мл физиологического раствора, ингаляция 30% кислорода через лицевую маску.

Анамнез жизни

* Аллергологический анамнез не отягощён * Курит, алкоголем не злоупотребляет * Непереносимости лекарственных средств нет * Последнее прохождение диспансеризации было два года назад * Хронические заболевания отрицает

Объективный статус

* Общее состояние тяжёлое. Уровень сознания – поверхностное оглушение. Зрачки D=S, средней величины, реакция зрачков на свет живая, тонус мышц понижен, ригидности затылочных мышц нет, патологические рефлексы отсутствуют. Кожные покровы без особенностей, видимые слизистые ярко-розового цвета, обычной влажности. Сыпи нет, травматические повреждения при внешнем осмотре не выявлены. * Сердечно-сосудистая система: Тоны ясные, частота сердечных сокращений – 72×мин^-1^, пульс аритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление 144 и 76 мм рт.ст. * Дыхательная система: Дыхание жёсткое, с частотой 16×мин^-1^, хрипы отсутствуют, насыщение артериальной крови кислородом (SaO~2~) – 96% * Желудочно-кишечный тракт: Язык влажный, не обложен, живот обычной формы, симметричный, мягкий, в акте дыхания участвует, без реакции на пальпацию, не вздут. Диурез по мочевому катетеру, получено 150 мл мочи желтого цвета.

Для постановки диагноза данному пациенту в условиях стационара необходимо провести химико-токсикологическое исследование на содержание

- налоксон
- тиопентал натрия
- диазепам
- фентанил

Результаты обследования

Для дифференциальной диагностики угнетения сознания целесообразно провести химико-токсикологическое исследование на содержание

- налоксон
- тиопентал натрия
- диазепам
- фентанил

Результаты обследования

Для определения нарушения функции сердечно сосудистой системы необходимо выполнить

- налоксон
- тиопентал натрия
- диазепам
- фентанил

Результаты обследования

Необходимым инструментальным методом исследования для исключения патологии органов брюшной полости является

- налоксон
- тиопентал натрия
- диазепам
- фентанил

Результаты обследования

Для оценки кислотно-основного состояния крови пациенту необходимо

- налоксон
- тиопентал натрия
- диазепам
- фентанил

Результаты обследования

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

- налоксон
- тиопентал натрия
- диазепам
- фентанил

Диагноз

Показатели кислотно-основного состояния свидетельствуют о развитии у пациента

- налоксон
- тиопентал натрия

- диазепам
- фентанил

Изображение 1

Концентрацию карбоксигемоглобина у пациента определили через 1час часа после эвакуации из очага пожара. Согласно номограмме C.J.Clark et al. (1981) (изображение 1) начальная концентрация карбоксигемоглобина (HbCO) в крови пострадавшего составляет (в процентах)

- 25
- 10
- 60
- 35

Исходя из значения начальной концентрации карбоксигемоглобина (HbCO) в крови пострадавшего степень отравления монооксидом углерода соответствует +_____+ тяжести

- средней
- тяжёлой
- лёгкой
- крайне тяжёлой

Жалобы пациента на мышечную слабость, выявленное снижение мышечного тонуса могут быть связаны с

- разрушением миоглобина
- угнетением анаэробного гликолиза
- образованием карбоксимиоглобина
- образованием метгемоглобина

В качестве средства этиотропной терапии отравления монооксидом углерода для пациента используют

- унитиол
- флумазенил
- налоксон
- кислород

Механизм действия кислорода как антидота монооксида углерода заключается в

- унитиол

- флумазенил
- налоксон
- кислород

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациент, возраст около 30 лет, мужчина, доставлен скорой помощью в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Жалобы
не предъявляет ввиду отсутствия сознания

Анамнез заболевания
Пострадавший был найден прохожими на улице (около автомастерской) без сознания. Вызвана бригада скорой медицинской помощи. Осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Жалоб не предъявляет в виду отсутствия сознания. Кожные покровы бледные, сухие, тёплые, видимые слизистые бледно-розового цвета, травматических повреждений не выявлено, сыпи нет. Тонус мышц снижен, реакция зрачков на свет отсутствует. Дыхание поверхностное с частотой 19×мин^-1^, жёсткое, хрипов нет, SaO~2~ – 94%. АД 100 и 50 мм рт.ст., пульс – 100×мин^-1^, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Пациент госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия 400 мл физиологического раствора, ингаляция 30% кислорода через лицевую маску.

Анамнез жизни
Анамнез собрать не удалось в виду отсутствия сознания.

Объективный статус
* Общее состояние тяжёлое. Уровень сознания – кома-1. Зрачки D=S, мидриаз, инъецированность склер, реакция зрачков на свет отсутствует, тонус мышц понижен, ригидности затылочных мышц нет, патологические рефлексы отсутствуют. Кожные покровы бледные, сухие тёплые, видимые слизистые бледно-розового цвета, обычной влажности. Сыпи нет, травматические повреждения при внешнем осмотре не выявлены. * Сердечно-сосудистая система: Тоны приглушены, частота сердечных сокращений – 84×мин^-1^, пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление 104 и 66 мм рт.ст. * Дыхательная система: Дыхание поверхностное, с частотой 8×мин^-1^, хрипы отсутствуют, насыщение артериальной крови кислородом (SaO~2~) – 92% * Желудочно-кишечный тракт: Язык влажный, не обложен, живот обычной формы, симметричный, мягкий, в акте дыхания

участвует, без реакции на пальпацию, не вздут. Диурез по мочевому катетеру, получено 250 мл мочи желтого цвета.

Для определения причины угнетения сознания неясного генеза пациенту необходимо выполнить химико-токсикологическое исследование на содержание в крови

- унитиол
- флумазенил
- налоксон
- кислород

Результаты обследования

Необходимым инструментальным методом исследования для определения причины угнетения сознания неясного генеза у пациента является

- унитиол
- флумазенил
- налоксон
- кислород

Результаты обследования

При подозрении на отравление психоактивными веществами для диагностики угнетения сознания неясной этиологии у пациента необходимо провести химико-токсикологическое исследование крови на определение

- унитиол
- флумазенил
- налоксон
- кислород

Результаты обследования

При подозрении на острое нарушение углеводного обмена для диагностики угнетения сознания неясной этиологии у пациента необходимо

- унитиол
- флумазенил
- налоксон
- кислород

Результаты обследования

С учётом места обнаружения пациента (около автомастерской) для диагностики угнетения сознания неясной этиологии необходимо исследовать содержание

- унитиол
- флумазенил
- налоксон
- кислород

Результаты обследования

Для оценки оксигенации крови пациента необходимо

- унитиол
- флумазенил
- налоксон
- кислород

Результаты обследования

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

- унитиол
- флумазенил
- налоксон
- кислород

Диагноз

Нарушение оксигенации артериальной крови у пациента соответствует +_____+ степени

- тяжёлой
- лёгкой
- среднетяжёлой
- крайне тяжелой

Показатели кислотно-основного состояния свидетельствуют о развитии у пациента

- некомпенсированного метаболического алкалоза

- компенсированного респираторного ацидоза
- острого некомпенсированного метаболического ацидоза
- компенсированного метаболического ацидоза

Тяжесть состояния пациента обусловлена +_____+ недостаточностью

- острой сердечно-сосудистой
- острой печёночной
- хронической дыхательной
- острой дыхательной

В качестве средства этиотропной терапии отравления монооксидом углерода пациенту рекомендуется использовать

- кислород
- ацетилцистеин
- тиопентал натрия
- атропирин

Для поддержания функции дыхательной системы пациенту показано проведение

- кислород
- ацетилцистеин
- тиопентал натрия
- атропирин

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациент 34 лет, мужчина, доставлен скорой помощью в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Жалобы
На общую слабость, затруднения при глотании, озноб, тупые тянущие боли в правой стопе, периодические подёргивания мышц конечностей, спазм жевательных мышц, повышение тонуса мышц затылка, шеи, спины и живота.

Анамнез заболевания
Пострадавший на дачном участке наступил на ржавый гвоздь, торчавший из земли. Обработав рану раствором бриллиантового зелёного, наложил асептическую повязку. Через 6 дней стал ощущать общее недомогание, периодические мышечные подёргивания, после чего вызвал бригаду скорой

медицинской помощи. Осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Жалобы на общую слабость, затруднение при глотании, озноб, тупые тянущие боли в правой стопе, периодические подёргивания мышц конечностей, спазм жевательных мышц, повышение тонуса мышц затылка, шеи, спины и живота. Кожные покровы бледные, нормальной влажности, на правой стопе видна колотая рана размером 0,2×0,2 мм, вокруг которой участки воспаления. Температура тела 37,2°С. Тонус мышц повышен, реакция зрачков на свет не нарушена. Дыхание ритмичное с частотой 18×мин^-1^, жёсткое, хрипов нет, SaO~2~ – 97%. АД 160 и 90 мм рт.ст., пульс – 86×мин^-1^, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Пациент госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия 400 мл раствора Рингера, ингаляция 30% кислорода через лицевую маску.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания, ВИЧ-инфекцию, гепатиты отрицает * Не курит, периодически употребляет алкоголь * Аллергологический анамнез без особенностей * Последнее прохождение диспансеризации – полгода назад * Профилактические прививки делал более 10 лет назад

Объективный статус

* Общее состояние тяжёлое. Уровень сознания – ясное. Зрачки D = S, средней величины, реакция зрачков на свет не нарушена, тонус мышц повышен, ригидности затылочных мышц нет, патологические рефлексы отсутствуют. Кожные покровы бледные, повышенной влажности. Сыпи нет, Колотая рана на правой стопе. Во время осмотра у пострадавшего возник приступ тетанических судорог. * Сердечно-сосудистая система: Тоны приглушены, частота сердечных сокращений – 88×мин^-1^, пульс ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Артериальное давление 162 и 80 мм рт.ст. * Дыхательная система: Дыхание поверхностное, жёсткое, с частотой 18-20×мин^-1^, хрипы отсутствуют, насыщение артериальной крови кислородом (SaO~2~) – 95% * Желудочно-кишечный тракт: Язык сухой, не обложен, живот при пальпации напряжён, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Диурез по катетеру, получено 100мл мочи жёлтого цвета.

<u>Для раннего выявления нарушений кислотно-основного состояния у пациента целесообразно</u>

- кислород
- ацетилцистеин
- тиопентал натрия
- атропирин

Результаты обследования

Для исследования нарушения оксигенации артериальной крови у пациента необходимо определить

- кислород
- ацетилцистеин
- тиопентал натрия
- атропирин

Результаты обследования

Для исключения нейроинфекции пострадавшему необходимо

- кислород
- ацетилцистеин
- тиопентал натрия
- атропирин

Результаты обследования

На основании результатов клинических и лабораторных методов обследования пациенту можно поставить диагноз

- кислород
- ацетилцистеин
- тиопентал натрия
- атропирин

Диагноз

Дифференциальную диагностику столбняка проводят с отравлением

- стрихнином
- рицином
- антикоагулянтами
- атропином

Показатели кислотно-основного состояния свидетельствуют о развитии у пациента

- частично компенсированного респираторного ацидоза
- компенсированного метаболического ацидоза
- декомпенсированного респираторного алкалоза

- компенсированного метаболического алкалоза

Нарушение оксигенации артериальной крови у пациента соответствует +_____+ степени

- среднетяжёлой
- крайне тяжелой
- лёгкой
- тяжёлой

Патогенность возбудителя столбняка (Cl. Tetani) связана с выработкой

- ботулотоксина
- палитоксина
- тетаноспазмина
- арбина

Для нейтрализации тетаноспазмина пациенту необходимо ввести

- натрия тиосульфат
- пентаксим
- противостолбнячную сыворотку
- унитиол

Для купирования судорожного синдрома пациенту необходимо ввести раствор

- диазепама
- галантамина
- налоксона
- атропина

В случае неэффективности противосудорожных препаратов и возобновления тетанических судорог показано применение

- миорелаксантов и искусственной вентиляции лёгких
- миорелаксантов и инсуффляции кислорода
- бензодиазепинов и искусственной вентиляции лёгких
- экстракорпоральной мембранной оксигенации

В качестве основной причины летального исхода при отравлении тетаноспазмином следует рассматривать

- миорелаксантов и искусственной вентиляции лёгких
- миорелаксантов и инсуффляции кислорода

- бензодиазепинов и искусственной вентиляции лёгких
- экстракорпоральной мембранной оксигенации

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациент 32 лет, мужчина, доставлен скорой помощью в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Жалобы
На слабость, одышку, тошноту, рвоту, жидкий стул, нарушение зрения («туман» перед глазами), нарушение глотания, сухость во рту.

Анамнез заболевания
Пациент три дня назад употреблял солёные грибы (собственное приготовление, засолка прошлого года). После возникновения нарушения зрения вызвал бригаду скорой медицинской помощи. Осмотрен врачом скорой медицинской помощи. Жалобы на слабость, одышку, тошноту, рвоту, жидкий стул, нарушение зрения («туман» перед глазами), нарушение глотания, сухость во рту. Кожные покровы нормальной окраски, сухие на ощупь, Температура тела 37,1°С. Тонус мышц понижен, мидриаз, умеренный горизонтальный нистагм. Дыхание ритмичное с частотой 20×мин^-1^, жёсткое, хрипов нет, SaO~2~ – 97%. АД 108 и 64 мм рт.ст., пульс – 84×мин^-1^, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Пациент госпитализирован в стационар. На догоспитальном этапе произведена катетеризация локтевой вены, налажена инфузия 400 мл раствора Рингера, ингаляция 30% кислорода через лицевую маску.

Анамнез жизни
* Хронические заболевания, ВИЧ-инфекцию, гепатиты отрицает * Не курит, периодически употребляет алкоголь * Аллергологический анамнез без особенностей * Аппендектомия в детстве * Профессиональных вредностей нет

Объективный статус
* Общее состояние тяжёлое. Уровень сознания – ясное. Зрачки D = S, мидриаз, горизонтальный нистагм, ограничение движения глазных яблок во все стороны, реакция зрачков на свет ослаблена. Сглаженностью носогубных складок, невозможностью полностью оскалить зубы или наморщить лоб. Тонус мышц понижен, ригидности затылочных мышц нет, патологические рефлексы отсутствуют. Кожные покровы бледные, сухие на ощупь. Сыпи нет. * Сердечно-сосудистая система: Тоны ясные частота сердечных сокращений – 88×мин^-1^, пульс ритмичный, нормального наполнения и напряжения. Артериальное давление 160 и 90 мм рт.ст. * Дыхательная система: Дыхание ровное, жёсткое, с

частотой 18-20×мин^-1^, хрипы отсутствуют, насыщение артериальной крови кислородом (SaO~2~) – 95%. * Желудочно-кишечный тракт: Язык сухой, обложен белым налётом, слизистая оболочка ротовой полости гиперемирована, живот умеренно вздут, перистальтика ослаблена, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Диурез по катетеру, получено 200 мл мочи жёлтого цвета.

Для диагностики нарушения зрения («туман» перед глазами) пациенту необходимо выполнить химико-токсикологическое исследование крови на содержание

- миорелаксантов и искусственной вентиляции лёгких
- миорелаксантов и инсуффляции кислорода
- бензодиазепинов и искусственной вентиляции лёгких
- экстракорпоральной мембранной оксигенации

Результаты обследования

Для раннего выявления у пациента нарушений оксигенации целесообразно

- миорелаксантов и искусственной вентиляции лёгких
- миорелаксантов и инсуффляции кислорода
- бензодиазепинов и искусственной вентиляции лёгких
- экстракорпоральной мембранной оксигенации

Результаты обследования

С учетом наличия в анамнезе пациента употребления грибов собственного приготовления для определения нарушения функции печени необходимо

- миорелаксантов и искусственной вентиляции лёгких
- миорелаксантов и инсуффляции кислорода
- бензодиазепинов и искусственной вентиляции лёгких
- экстракорпоральной мембранной оксигенации

Результаты обследования

Для исключения нейроинфекции пострадавшему необходимо

- миорелаксантов и искусственной вентиляции лёгких
- миорелаксантов и инсуффляции кислорода
- бензодиазепинов и искусственной вентиляции лёгких
- экстракорпоральной мембранной оксигенации

Результаты обследования

Для исключения неврологической симптоматики центрального генеза пациенту необходимо выполнить

- миорелаксантов и искусственной вентиляции лёгких
- миорелаксантов и инсуффляции кислорода
- бензодиазепинов и искусственной вентиляции лёгких
- экстракорпоральной мембранной оксигенации

Результаты обследования

На основании результатов клинических и лабораторных методов обследования пациенту можно поставить диагноз

- миорелаксантов и искусственной вентиляции лёгких
- миорелаксантов и инсуффляции кислорода
- бензодиазепинов и искусственной вентиляции лёгких
- экстракорпоральной мембранной оксигенации

Диагноз

Дифференциальную диагностику ботулизма проводят с отравлением

- антикоагулянтами
- абрином
- атропином
- бледной поганкой

В качестве наиболее грозного осложнения ботулизма у пациента следует рассматривать

- острую почечную недостаточность
- угнетение дыхания
- острую печёночную недостаточность
- нарушение сократительной функции миокарда

Патогенность возбудителя ботулизма (Cl.Botulinum) связана с выработкой

- тетанотоксина
- дигоксина
- энтеротоксина
- ботулотоксина

В качестве специфической терапии отравления ботулотоксином следует рассматривать применение

- противоботулинической сыворотки
- унитиола
- противостолбнячной сыворотки
- физостигмина

Для предотвращения продукции ботулотоксина _in___ __vivo_ целесообразно применение

- атропина
- галантамина
- антибиотиков широко спектра
- налоксона

Для предотвращения нарушений со стороны дыхательной системы пациенту необходимо проведение

- ингаляции кислорода
- плановой искусственной вентиляции лёгких
- экстракорпоральной мембранной оксигенации
- трахеостомии