

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ
ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ (КЛИНИЧЕСКАЯ) ПРАКТИКА 3

Специальность 31.08.48 Скорая медицинская помощь
код, наименование

Кафедра: скорой медицинской помощи ФДПО

Форма обучения: очная

1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по практике

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по практике «Производственная (клиническая) практика 3» является неотъемлемым приложением к рабочей программе практики «Производственная (клиническая) практика 3». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной практике.

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по практике Производственная (клиническая) практика 3 используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Кейс-задания	Проблемное задание, в котором обучающемуся предлагают осмыслить реальную профессионально-ориентированную ситуацию, необходимую для решения данной проблемы	Задания для решения кейс-задания

3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы практики	Оценочные средства
УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12	Текущий	Все разделы практики	Кейс-задания
УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12	Промежуточный	Все разделы практики	Кейс-задание

4. Содержание оценочных средств входного, текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем практики при проведении занятий в форме кейс заданий.

4.1. Кейс-задания для оценки компетенций: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

Н	-	1
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У	-	Больной, 75 лет. Вызов СМП на дом ЖАЛОБЫ: приступы головокружения, иногда с потерей сознания, одышку, отеки ног. АНАМНЕЗ: больным себя считает около 10 лет, когда впервые стал испытывать одышку при ходьбе. Тогда же появились боли в области сердца сжимающего характера. Год назад впервые возник приступ, во время которого внезапно потерял сознание, со слов родственников, были судороги. «Небольшие» приступы в течение последнего года (потемнение в глазах, головокружение, длящееся 1-2 минуты) бывали и раньше. За последний месяц они участились, усилилась одышка, появились отеки на голенях. ОБЪЕКТИВНО: состояние больного тяжелое, выраженный цианоз губ, отеки на голенях. Граница сердца смещена влево на 2 см. Тоны глухие, выслушивается систолический шум на верхушке. Временами определяется очень громкий (пушечный) 1-й тон. Артериальное давление 180/80. Пульс ритмичный 36 в минуту, напряженный. Частота его не меняется после физической нагрузки (ходьба по комнате). В легких везикулярное дыхание, выслушиваются единичные влажные хрипы. Печень выступает из-под реберного края на 5 см, плотная, безболезненная при пальпации. Мочится редко, моча темного цвета. ЭКГ: P-P =0,75 с, R-R=1,65с, QRS=0,16с, QRST=0,48с. В присутствии врача СМП больной внезапно потерял сознание, лицо стало багрово-синим, появились эпилептиформные судороги, непроизвольное мочеиспускание. Пульс во время приступа 16 в минуту, артериальное давление 200/80. После оказания помощи больной пришел в сознание, но о случившемся ничего не помнил.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	ИБС: атеросклеротический кардиосклероз. Полная атриовентрикулярная блокада (проксимальная с блокадой ножки ПГ). Синдром Морганьи-Эдемса-Стокса. Склеродегенеративная недостаточность митрального клапана. Артериальная гипертензия 3 ст., риск 4. Сердечная недостаточность II Б стадии, IV ФК по NYHA.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценена
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э		В клинической картине заболевания на первый план выступают приступы потери сознания, сопровождающиеся судорогами, непроизвольным мочеиспусканием. Они возникают внезапно. Вне приступа определяется брадикардия. Это характерно для синдрома Морганьи-Эдемса-Стокса (МЭС), возникающего у больного с полной атриовентрикулярной блокадой сердца. Патогенез приступов связан с резким замедлением сердечных сокращений и, вследствие этого, ишемией головного мозга. Пушечный 1 тон так же соответствует клинике полной блокады. Диагноз полной атриовентрикулярной блокады подтверждают данные ЭКГ, блокада проксимальная, несмотря на широкий желудочковый комплекс, так как частота

		ритма более 30 в минуту. У больного имеются признаки сердечной недостаточности: одышка, отёки на ногах, увеличение печени; застойные явления в обоих кругах кровообращения в покое свидетельствуют о II Б стадии, IV ФК по NYHA. Имеется также повышение систолического АД до уровня 3 ст. Систолический шум на верхушке и глухость тонов сердца, смещение границ сердца влево указывают на недостаточность митрального клапана, по-видимому, склеродегенеративного генеза, так как первые симптомы заболевания появились в пожилом возрасте.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одного из пунктов или обоснование одного из пунктов диагноза дано неверно.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план экстренной помощи
Э	-	Обеспечить проходимость дыхательных путей, ингаляцию кислорода, в/в доступ, в/в введение атропина сульфата 0,1% - 0,5 мл (для уменьшения парасимпатических влияний на сердце) повторно до уменьшения степени брадикардии Мониторирование ЭКГ и АД, экстренная госпитализация в ОРИТ стационара. При наличии у больного жизнеугрожающих симптомов – в/в введение атропина сульфата 0,1% - 0,5 мл, повторно 1,0мл (максимальная общая доза 3 мл). Введение атропина неэффективно при дистальных АВ блокадах. При неэффективности атропина больному показана экстренная ЭКС. Общепрофильные выездные бригады скорой медицинской помощи используют наружную или черепноспинномозговую ЭКС, специализированные выездные бригады скорой медицинской помощи – трансвенозную ЭКС. При невозможности ЭКС - использовать препараты учащающие сердечный ритм за счет воздействия на бета- рецепторы сердца. Адреналин 1 мл 0,1% р-ра в/в капельно в 500мл физиологического р-ра хлорида натрия. Скорость введения 1-4 мкг/мин (18-20 капель). Вводить бета-адреностимуляторы нужно крайне осторожно, учитывая их аритмогенный эффект. Так же используется эуфиллин 2,4% 10 мл в/в, так как механизм его действия отличается от атропина и адреналина. Всем больным показана экстренная доставка в стационар и госпитализация в ОРИТ стационара с последующей установкой постоянного ЭКС.
P2	-	План экстренной помощи составлен полностью верно.
P1	-	План экстренной помощи составлен верно, однако нет обоснования. или Не назван дополнительный метод лечения из списка или обоснование для одного из назначенных методов лечения дано не верно.
P0	-	План лечения составлен полностью неверно.
В	4	Составьте план экстренной помощи при приступе МЭС

Э	-	Определить остановку кровообращения, обеспечить проходимость дыхательных путей; 2. Начать базисную СЛР, обеспечить в/в доступ. 3. (ЭКГ мониторинг); 4. В/в ввести р-р атропина 0,1% - 1,0мл, при неэффективности в/в ввести р-р эуфиллина 2,4% - 10мл. При восстановлении сердечной деятельности - экстренная ЭКС. Всем больным показана экстренная доставка в стационар и госпитализация в ОРИТ стационара с последующей установкой постоянного ЭКС.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ частично верный или неполный
P0	-	Ответ неверный.
В	5	Какова дальнейшая тактика?
Э	-	Всем больным с синдромом МЭС показана экстренная госпитализация в ОРИТ стационара с последующей установкой постоянного ЭКС, так как даже единственный приступ МЭС является показанием для установки постоянного ЭКС. Госпитализация на носилках с приподнятым головным концом и продолжением оксигенации, медикаментозного лечения и мониторингирования ЭКГ в пути, так как сохраняется опасность остановки сердца или жизнеопасной брадикардии.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	-	2
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная, 42 года. Вызов СМП на дом. ЖАЛОБЫ: резкая общая слабость, повышенная утомляемость, сильная головную боль, головокружение, боль в суставах, повышение температуры, сердцебиение. За последние 2 дня присоединились тошнота и рвота. АНАМНЕЗ: больная страдает ревматоидным артритом в течении трех лет. Шесть месяцев получала гормоны (преднизолон), временами по 40 мг в сутки. Уменьшала их прием по 5 мг в 2-3 дня. Последние 10 дней гормоны не получает. ОБЪЕКТИВНО: состояние тяжелое. Температура 38 °С. Больная бледная, адинамичная. Пульс 120 ударов в минуту, слабого наполнения. Артериальное давление 80/60 мм рт. ст. Суставы пальцев рук, лучезапястные, коленные опухшие, гиперемизированные. Отмечается резкая болезненность при движении. Тоны сердца учащены,

		приглушены. Дыхание везикулярное, живот мягкий, безболезненный.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Синдром отмены кортикостероидов.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценена
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	В основе данного синдрома лежит развивающаяся функциональная недостаточность коры надпочечников, в данном случае проявляющаяся гипотензией и связанными с ней симптомами и обострением основного заболевания. При введении гормонов изменяется активность гипофиза: снижается продукция АКТГ. При длительном применении их развивается атрофия коры надпочечников, которая может сохраняться в течение нескольких месяцев и стать необратимой.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одного из пунктов или обоснование одного из пунктов диагноза дано неверно.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план экстренной помощи
Э	-	Необходимо назначить прежнюю дозу гормонов, при которой больная себя чувствовала хорошо, в порядке заместительной терапии. Кеторолак 30 мг в/м с противовоспалительной и анальгетической целью. При сохранении гипотензии мезатон 1% 0,5 мл в/м.
P2	-	План экстренной помощи составлен полностью верно.
P1	-	План экстренной помощи составлен верно, однако нет обоснования. или Не назван дополнительный метод лечения из списка или обоснование для одного из назначенных методов лечения дано не верно.
P0	-	План лечения составлен полностью неверно.
В	4	Как можно было предотвратить возникшее осложнение?
Э	-	Отмена стероидов должна осуществляться постепенно (ориентировочно по 1,5 мг преднизолона в неделю) в зависимости от дозы и длительности применения гормонов. Реакция на отмену стероидной терапии индивидуальна; чаще всего провоцируется обострение основного заболевания, при быстрой отмене развивается картина острой надпочечниковой недостаточности.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ частично верный или неполный
P0	-	Ответ неверный.

В	5	Какова дальнейшая тактика?
Э	-	Учитывая тяжесть состояния, необходима экстренная госпитализация после стабилизации показателей гемодинамики в ОРИТ терапевтического стационара.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	-	3
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная, 28 лет. Вызов СМП в стоматологическую поликлинику. ЖАЛОБЫ: приступ удушья с цианозом, резкие боли в животе. АНАМНЕЗ: Через 5 минут после инъекции анестетика у нее развился приступ удушья с цианозом, резкими болями в животе. ОБЪЕКТИВНО: во время приступа пульс 140 в минуту, ритмичен, слабого наполнения, очень мягок, временами не прощупывается. Сознание спутанное. Артериальное давление 70/20 мм рт. ст. Тоны сердца чистые, приглушены. Живот при пальпации мягкий, отмечается умеренная болезненность при пальпации во всех отделах.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Анафилактический шок от введения анестетика, типичная форма.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценена
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз установлен на основании гемодинамических показателей, типичных для шока и связи развития патологии с инъекцией анестетика. Типичная форма анафилактического шока установлена на основании набора типичных признаков в виде удушья, цианоза, болей в животе.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одного из пунктов или обоснование одного из пунктов диагноза дано неверно.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план экстренной помощи
Э	-	В качестве мер срочной терапии, которая не может быть отсрочена ни на минуту, необходимо применить адреналин 0,1%-0,5-0,8 в/м, гидрокортизон 250 мг или преднизолон 150 мг внутривенно и немедленно начать инфузионную терапию для восполнения относительной гиповолемии солевыми растворами со скоростью 80-120 мл в минуту, после вливания 1000 мл оценить необходимость повторного введения адреналина в количестве 1 мл на 200 мл физрас-

		твора в отдельную вену капельно. После стабилизации АД систолического выше 90 мм РТ ст в/м супрастин 2 мл, при сохранении удушья беродуал через небулайзер или эуфиллин в/в 240 мг капельно.
P2	-	План экстренной помощи составлен полностью верно.
P1	-	План экстренной помощи составлен верно, однако нет обоснования. или Не назван дополнительный метод лечения из списка или обоснование для одного из назначенных методов лечения дано не верно.
P0	-	План лечения составлен полностью неверно.
В	4	Как можно было предотвратить возникшее осложнение?
Э	-	Подробным сбором аллергологического анамнеза, профилактическим введением антигистаминных и кортикостероидов
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ частично верный или неполный
P0	-	Ответ неверный.
В	5	Какова дальнейшая тактика?
Э	-	Экстренная госпитализация после стабилизации показателей гемодинамики в ОРИТ терапевтического стационара, так как даже при успешном купировании симптомов анафилактического шока, возможно его рецидивирующее течение.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	-	4
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Больная, 72 года. Вызов СМП на дом. ЖАЛОБЫ: давящие боли за грудиной с иррадиацией в левую руку, одышку, сердцебиение. АНАМНЕЗ: заболела 2 дня назад, когда у нее впервые возникли умеренно выраженные приступообразные боли в груди при ходьбе, а вскоре ощущение сердцебиения (сердце как птица в клетке бьется). Больная никуда не обращалась за помощью, всю ночь спала. На следующий день появилась отсутствовавшая до этого одышка, чувство тяжести в правом подреберье. ОБЪЕКТИВНО: состояние больной тяжелое, видимая одышка, цианоз губ. В легких в нижних отделах мелкопузырчатые влажные хрипы. Пульс аритмичен, прощупывается, но сосчитывается с трудом, мягок. Артериальное давление 90/60 мм рт ст. Границы сердца смещены влево на 2 см, тоны глухие, частые, аритмичные, 180 в минуту. Печень мягкая, болезненная, на 2 см ниже края реберной дуги. На ЭКГ частый ритм – 186 в минуту, расстояние между зуб-

		цами неодинаковое, зубец Р не определяется. Во II, III, AVF отве- дениях нисходящее колено зубца R не опускается до нулевой ли- нии, а, описывая дугу, переходит в зубец Т. Отмечается низкоам- плитудный зубец R во II, III, AVF.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	ИБС: Инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка, острая фаза. Впервые возникшая пароксизмальная тахисистолическая фибрилляция предсердий. ОЛЖН Killip II ст.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или не- верно оценена
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз инфаркта миокарда в острой фазе установлен на основа- нии длительных болей за грудиной, сопровождающихся одышкой, данных ЭКГ, соответствующих острой фазе заднего инфаркта. Ин- фаркт осложнен впервые возникшей фибрилляцией предсердий, на что указывают жалобы больной на возникшее сердцебиение и ти- пичная картина ЭКГ: неправильный частый ритм, отсутствие зубца Р. Диагноз ОЛЖН Killip II ст. установлен на основании остро воз- никшей выраженной одышки, застойных хрипов в легких, не соот- ветствующих степени отека легких.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование од- ного из пунктов или обоснование одного из пунктов диагноза дано неверно.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план экстренной помощи
Э	-	В соответствии со стандартом оказания помощи при инфаркте миокарда: экспресс-тест на уровень тропонинов крови, монито- ринг ЭКГ, пульсоксиметрия, оксигенация, АСК 250 мг и клопи- догрел 300 мг внутрь, морфин 1% 1 мл на 20 мл физраствора в/в дробно по 5 мл с целью обезболивания и снижения давления в ма- лом круге кровообращения, гепарин 4000 ЕД в/в для предотвра- щения тромбообразования; кордарон 300 мг на 200 мл 5% глю- козы в/в капельно с целью купирования фибрилляции предсердий. При сохранении подъема сегмента ST на ЭКГ в течение 20 мин.- решение вопроса о тромболизисе или ЧКВ.
P2	-	План экстренной помощи составлен полностью верно.
P1	-	План экстренной помощи составлен верно, однако нет обоснова- ния. или Не назван дополнительный метод лечения из списка или обос- нование для одного из назначенных методов лечения дано не верно.
P0	-	План лечения составлен полностью неверно.

В	4	Что делать при сохранении гипотензии или дальнейшем снижении АД?
Э	-	Нестабильное состояние гемодинамики при фибрилляции предсердий является показанием для экстренной электрической кардиоверсии, для чего следует вызвать реанимационную бригаду СМП.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ частично верный или неполный
P0	-	Ответ неверный.
В	5	Какова дальнейшая тактика?
Э		Госпитализация на носилках с приподнятым головным концом с продолжением медикаментозной терапии и оксигенации в ПСО или кардиохирургическое отделение для СКГ и решения вопроса о ЧКВ или АКШ так как продолжительность инфаркта миокарда составляет менее 12 часов.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	-	5
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Вызов СП на дом. Придя с работы, хозяева квартиры обнаружили свою бабушку, женщину 65 лет, без сознания. До этого она в течение 2 – 3 месяцев жаловалась на сильную жажду, обильное мочеотделение и значительное исхудание. Объективно: больная в коме I. Кожа бледная, сухая, зрачки слегка сужены, d=s. Глазные яблоки мягкие. Дыхание глубокое, шумное, ЧД 16 – 18 в минуту. Выдыхаемый воздух имеет запах мочёных яблок. Тоны сердца аритмичные, приглушенные, пульс 104 в минуту, АД 180/100 мм рт. ст. Печень выступает из-под рёберной дуги на 1 – 2 см.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Сахарный диабет впервые выявленный, декомпенсированный. Кетоацидотическая кома.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценена
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз сахарного диабета установлен на основании анамнеза: больная в течение 2 – 3 месяцев жаловалась на сильную жажду, обильное мочеотделение и значительное исхудание. Формально можно было бы говорить о сахарном диабете 2 типа с учетом по-

		жилого возраста больной, но прогрессирующее ухудшение состояния, исхудание свидетельствуют о быстром снижении функции поджелудочной железы, что может наблюдаться при атеросклеротическом сужении ее артерии. Клиническая картина на момент осмотра соответствует симптомам кетоацидотической комы за исключением артериальной гипертензии, что может объясняться исходно более высокой гипертензией, увеличение печени свидетельствует о жировом гепатозе, характерном для сахарного диабета.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одного из пунктов или обоснование одного из пунктов диагноза дано неверно.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план экстренной помощи
Э		Глюкометрия, инфузионная терапия физраствором: 500 мл 0,9% хлорида натрия, при уровне глюкозы крови ниже 12 ммоль/л в качестве инфузионной терапии использовать 5% глюкозу.
P2	-	План экстренной помощи составлен полностью верно.
P1	-	План экстренной помощи составлен верно, однако нет обоснования. или Не назван дополнительный метод лечения из списка или обоснование для одного из назначенных методов лечения дано не верно.
P0	-	План лечения составлен полностью неверно.
В	4	Показано ли введение инсулина на догоспитальном этапе?
Э	-	Введение инсулина на догоспитальном этапе не показано, так как передозировка инсулина более опасна, чем его недостаточность, а основной проблемой является дегидратация.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ частично верный или неполный
P0	-	Ответ неверный.
В	5	Какова дальнейшая тактика?
Э		Госпитализация на носилках с продолжением медикаментозной терапии в ОРИТ терапевтического стационара, так как больная находится в коме и нуждается в постоянном наблюдении, интенсивной терапии и лабораторном контроле эффективности лечения.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	-	6
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

У	-	Больной 29 лет. Вызов СМП на дом. Жалобы на удушье. Бронхиальной астмой болен 1 год. Приступов удушья не было полгода. Ухудшение развилось после перенесенной респираторной вирусной инфекции. В течение последних дней отмечается постепенное учащение приступов удушья. Сегодня приступ продолжался 4 часа, за это время больной 11 раз вдыхал сальбутамол, но без эффекта. Объективно: состояние больного тяжелое, положение вынужденное (сидит в постели). Кожные покровы цианотичные, влажные, выдох удлинен, наблюдается втяжение межреберных промежутков в акте дыхания. Над легкими перкуторный с коробочным оттенком звук, при аускультации выслушивается множество сухих свистящих хрипов, слышных на расстоянии. ЧД – 26 в мин Тоны сердца приглушены, ритмичные, АД – 150/90 мм.рт.ст. Пульс – 108 в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный. Печень пальпируется по краю реберной дуги.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Бронхиальная астма интермиттирующего течения. Обострение тяжелой степени. Астматический статус, метаболическая форма, стадия компенсации
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценена
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз бронхиальной астмы известен из анамнеза. Интермиттирующее течение определено по отсутствию приступов удушья в течение полугода. Диагноз обострения установлен на основании появления и учащения приступов удушья после перенесенной ОРВИ. Тяжелая степень обострения установлена на основании длительности настоящего приступа, наличия цианоза, потливости, частоты дыхания более 25 в минуту, участия вспомогательной мускулатуры, вынужденного положения. Диагноз астматического статуса по сути соответствует европейскому диагнозу тяжелого обострения. Метаболическая форма статуса в отличие от анафилактической развивается постепенно. Стадия компенсации установлена на основании множества сухих хрипов, отсутствии симптома «немного легкого».
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одного из пунктов или обоснование одного из пунктов диагноза дано неверно.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план экстренной помощи
Э	-	Пульсоксиметрия, пикфлоуметрия с целью уточнения тяжести состояния. Кислород.

		Беродуал 2 мл через небулайзер в течение 15 мин. с бронхолитической целью. Беродуал комбинированный препарат (бета-2-агонист + холинолитик) позволяет получить более длительный и выраженный бронхолитический эффект. При тяжелом обострении рабочий газ в небулайзере – кислород. Системные (тяжесть обострения) и ингаляционные кортикостероиды с противовоспалительной целью и с целью восстановления чувствительности ад-ренорецепторов бронхов: в/в дексаметазон 8 мг или преднизолон 90 мг или гидрокортизон 500 мг; будесонид 1000 мкг в 2 мл физраствора через небулайзер в течение 10 минут. Инфузионная терапия с целью облегчения отхождения мокроты: хлорид натрия 0,9% до 400 мл.
P2	-	План экстренной помощи составлен верно.
P1	-	План экстренной помощи составлен верно, однако нет обоснования. или Не назван дополнительный метод лечения из списка или обоснование для одного из назначенных методов лечения дано не верно.
P0	-	План лечения составлен полностью неверно.
В	4	Каковы критерии эффективности неотложной помощи при астматическом статусе?
Э	-	Субъективное облегчение удушья, уменьшение тахикардии, уменьшение частоты дыхания и цианоза, начало отделения мокроты, увеличение оксигенации крови по данным пульсоксиметрии, улучшение показателей пикфлоуметрии.
P2	-	Ответ верный
P1	-	Ответ частично верный или неполный
P0	-	Ответ неверный.
В	5	Какова дальнейшая тактика?
Э	-	Госпитализация с продолжением терапии в пути следования (сальбутамол 5 мг (2 небулы) в 5 мл физраствора через небулайзер) в ОРИТ терапевтического стационара с целью продолжения терапии, мониторингирования функций дыхания.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациентов выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения пациентов выбрана полностью неверно.
Н	-	007
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		Мужчина 30 лет получил удар тупым предметом по голове. Терял сознание на несколько минут. Самостоятельно добрался до дома, лег спать. Утром жена не смогла разбудить, вызвала СМП. При осмотре заторможен, сопротивляется осмотру, речевой контакт не-

		возможен. При защитных движениях определяется снижение мышечной силы в правых конечностях. В левой височной области кожная ссадина. Левый зрачок шире правого. Пульс 48 в мин.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз
Э	-	Тяжелая закрытая черепно-мозговая травма, внутричерепная гематома слева, ушиб головного мозга.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен не полностью. Упущена или неверно оценена степень тяжести травмы.
P0	-	Диагноз поставлен неверно.
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Диагноз ЧМТ установлен на основании данных анамнеза о травме. Диагноз внутричерепной гематомы установлен на основании сведений о повторной потере сознания после «светлого промежутка», подтверждает это и наличие брадикардии. Диагноз ушиба мозга установлен на основании наличия очаговых симптомов: снижения мышечной силы справа, расширения левого зрачка. Все перечислено соответствует диагнозу тяжелой ЧМТ. О закрытой ЧМТ свидетельствует отсутствие повреждения апоневроза (на коже только ссадина).
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью или обоснование степени осложнений дано не полностью
P0		Обоснование двух и более нозологических форм дано неверно или диагноз обоснован полностью неверно
В	3	Составьте и обоснуйте план экстренной помощи
Э	-	Регистрация, расшифровка, описание и интерпретация ЭКГ и постоянная пульсоксиметрия с целью диагностики нарушения жизненно важных функций. Повторное измерение АД с той же целью. Наложение воротника Шанца, так как любой пострадавший с ЧМТ должен расцениваться как имеющий возможную травму шейного отдела позвоночника. Обработка ссадины раствором перекиси водорода. Оксигенация через маску или носовые воздуховоды, так как при ЧМТ всегда присутствует гипоксия мозга. Кеторолак 30 мг в/м с целью обезболивания. Сульфат магния 25% 4,0 мл в/в в качестве нейропротектора при АД не ниже 140/90. Коррекция АД по показаниям. При усилении брадикардии атропин 0,1% 0,5 мл п/к.
P2	-	План экстренной помощи составлен полностью верно
P1	-	План экстренной помощи составлен верно, однако нет обоснования или не названы один или два метода лечения из списка или обоснование одного или двух назначенных методов лечения дано неверно
P0	-	Не названы три и более дополнительных метода лечения или обоснование трех и более методов лечения дано неверно или план лечения составлен полностью неверно.
В	4	Назовите мероприятия в случае развития судорожного синдрома

Э	-	Тиамин 6% 2 мл в/в для профилактики энцефалопатии Вернике. Дибазепам 10 мг в/в струйно в качестве противосудорожного средства, при недостаточном эффекте повторное введение или тиопентал натрия 500 мг в/в. Фуросемид 40 мг с целью уменьшения отека мозга.
P2	-	Ответ верный
P1	-	Ответ неполный: не назван витамин B1.
P0	-	Ответ неверный
В	5	Какова дальнейшая тактика?
Э	-	Скорейшая доставка в хирургическое (нейрохирургическое) отделение, так как пострадавшему требуется экстренная рентгенография, КТ черепа с целью уточнения показаний к оперативному вмешательству: трепанации черепа и удалению гематомы. Транспортировка на носилках с поднятым головным концом; медикаментозная терапия не должна задерживать доставку.
P2	-	Дальнейшая тактика выбрана верно
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно
Н	-	
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчина 40 лет. ЖАЛОБЫ: боли по всей грудной клетке, усиливающиеся при малейшем движении, дыхании, чувство нехватки воздуха, резкую слабость. 30 минут назад в область грудной клетки ударила упавшая металлическая труба. АНАМНЕЗ: здоров. ОБЪЕКТИВНО: состояние тяжёлое. Заторможен, стонет от боли. АД 80/40 мм.рт.ст. ЧСС 120/мин. ЧД 32/мин. Кожные покровы бледные, влажные. ЛОКАЛЬНО: на передней поверхности грудной клетки в проекции 4-5 рёбер по правой срединно-ключичной линии рана с неровными краями размером 3 X 0,5 см. Из раны при каждом выдохе выделяется пенистая кровь. Объём наружной кровопотери ≈ 600 мл. Резкая локальная болезненность при пальпации 3 – 6 рёбер справа.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Открытый перелом 3 – 6 ребер справа. Рвано-ушибленная рана грудной клетки справа. Открытый пневмоторакс. Травматический шок 2 ст.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценена
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Э	-	Об открытом переломе свидетельствует локальная болезненность в области ребер и нарушение целостности кожного покрова. На рвано-ушибленную рану указывают внешний вид раны и механизм ее получения. Об открытом пневмотораксе говорит выделение пенистой крови из раны на выдохе. На травматический шок 2 ст. указывают показатели гемодинамики.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одного из пунктов или обоснование одного из пунктов диагноза дано неверно.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план экстренной помощи
Э	-	Немедленное наложение окклюзионной повязки на рану с целью перевода открытого пневмоторакса в закрытый. Кеторол 1 – 2 мл в/в с целью анальгезии, этамзилат 4 – 6 мл в/в с кровоостанавливающей целью. Инфузионная терапия по принципам лечения травматического шока 2 ст. для увеличения ОЦК, который уменьшается при травматическом шоке. Ингаляция кислорода, так как при всех видах шока присутствует гипоксия.
P2	-	План экстренной помощи составлен полностью верно.
P1	-	План экстренной помощи составлен верно, однако нет обоснования. или Не назван дополнительный метод лечения из списка или обоснование для одного из назначенных методов лечения дано не верно.
P0	-	План лечения составлен полностью неверно.
В	4	Показано ли введение наркотических анальгетиков?
Э	-	Введение наркотических анальгетиков при травмах грудной клетки противопоказано, так как представляет опасность их подавляющее влияние на дыхательный центр.
P2	-	Ответ верный.
P1	-	Ответ частично верный или неполный
P0	-	Ответ неверный.
В	5	Какова дальнейшая тактика?
Э	-	Максимально быстрая доставка в хирургический стационар, так как больной находится в состоянии шока, есть опасность нарушения функции дыхания, легочного кровотечения.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно.
Н	-	
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Дорожно-транспортное происшествие, 2 пострадавших.

		Первый пострадавший: мужчина 50 лет. Кожные покровы бледные влажные. Возбуждён, стонет от боли. Выраженная болезненность, деформация, патологическая подвижность в средней трети правого бедра. АД 85/60 мм.рт.ст. ЧСС 110/мин. Второй пострадавший: мужчина 40 лет. Заторможен, дезориентирован, пояснить случившегося не может. В присутствии СМП однократная рвота. Зрачки D = S. В левой височной области линейная рана с ровными краями длиной 3 см, из раны – пульсирующее кровотечение алой кровью. Объём кровопотери 350 – 400 мл. АД 130/80 мм.рт.ст. ЧСС 80/мин. Последовательность и объём оказания помощи.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз у каждого пострадавшего.
Э	-	Первый пострадавший: закрытый перелом правого бедра в средней трети со смещением отломков, травматический шок 1 ст. Второй пострадавший: ЗЧМТ: сотрясение головного мозга, рвано-ушибленная рана левой височной области, артериальное кровотечение.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценена
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленные Вами диагнозы.
Э	-	Диагноз закрытого перелома правого бедра установлен на основании деформации и патологической подвижности при сохранении целостности кожных покровов. Диагноз шока 1 ст. установлен на основании гемодинамических показателей и ориентировочного объема кровопотери по месту травмы около 1л. Диагноз ЗЧМТ установлен на основании наличия травмы при отсутствии ликворреи. Диагноз сотрясения ГМ установлен на основании наличия рвоты и заторможенности, отсутствия признаков ушиба мозга. Рвано-ушибленная рана определяется по внешнему виду и механизму травмы. На артериальное кровотечение указывает пульсирующая алая кровь.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одного из пунктов или обоснование одного из пунктов диагноза дано неверно.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план и последовательность экстренной помощи
Э	-	Немедленно: наложение кровоостанавливающего зажима второму пострадавшему с целью предотвращения геморрагического шока, закрыть рану салфеткой для предотвращения инфицирования; наложить воротник Шанца, так как любой пострадавший с ЧМТ имеет высокую вероятность повреждения шейного отдела позвоночника. Вызвать дополнительную бригаду СМП для дальнейшего оказания помощи и госпитализации второго пострадавшего. Затем помощь

		оказывается первому пострадавшему: фентанил 2 - 4 мл в/в до купирования боли, при необходимости – наркоз закистью азота. Шинирование. Инфузионная терапия по принципам лечения травматического шока 1 ст. для увеличения ОЦК, который уменьшается при травматическом шоке. Ингаляция кислорода, так как при всех видах шока присутствует гипоксия. Госпитализация на носилках.
P2	-	План экстренной помощи составлен полностью верно.
P1	-	План экстренной помощи составлен верно, однако нет обоснования. или Не назван дополнительный метод лечения из списка или обоснование для одного из назначенных методов лечения дано не верно.
P0	-	План лечения составлен полностью неверно.
В	4	Почему начато оказание помощи со 2-го пострадавшего?
Э	-	По правилам оказания СМП в первую очередь оказывается помощь при наружном кровотечении. Несмотря на то, что 1-й пострадавший находится в шоке, у 2-го – артериальное кровотечение, которое представляет опасность быстрой кровопотери и развития шока.
P2	-	Ответ верный
P1	-	Ответ частично верный или неполный
P0	-	Ответ неверный.
В	5	Какова дальнейшая тактика?
Э	-	Максимально быстрая доставка в хирургический стационар на носилках двумя бригадами СМП, так как 1 пострадавший находится в состоянии шока, у 2 – артериальное кровотечение, не исключается вероятность ушиба мозга и развития синдрома сдавления мозга.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациентов выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения пациентов выбрана полностью неверно.
Н	-	
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Молодой человек 22 года. ЖАЛОБЫ: слабость, головокружение, тошноту, сердцебиение, усиливающиеся в положении стоя и при минимальной физической нагрузке. АНАМНЕЗ: Язвенная болезнь 12 п.к. В течение последней недели лечился в поликлинике по поводу обострения. Сутки назад боли полностью прекратились, но через несколько часов появились и стали нарастать вышеперечисленные жалобы. 20 минут назад в положение стоя был обморок, в связи с чем, вызвал СМП. ОБЪЕКТИВНО: состояние тяжёлое, сознание ясное. АД 80/60 мм.рт.ст. (АД привычное 120/80 мм.рт.ст.) ЧСС 120/мин. ЧД 26/мин. Кожные покровы бледные, влажные. Со стороны лёгких и сердца без особенностей. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации

		в панкреато-дуоденальной зоне. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. При аускультации перистальтика кишечника усилена. Стул (со слов больного) 3 раза, черного цвета.
В	1	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Язвенная болезнь 12 п.к. Обострение. Кишечное кровотечение. Геморрагический шок 2 ст.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценена
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В	2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
Э	-	Диагноз язвенной болезни 12 п.к. известен из анамнеза. Диагноз кровотечения установлен на основании черного цвета стула и картины шока. Диагноз гемоорагического шока установлен на основании жалоб на слабость, обморока, типичных показателей гемодинамики; 2 степень шока - на основании САД ниже 90 мм РТ ст.
P2	-	Диагноз обоснован верно
P1	-	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одного из пунктов или обоснование одного из пунктов диагноза дано неверно.
P0	-	Диагноз обоснован полностью неверно.
В	3	Составьте и обоснуйте план экстренной помощи
Э	-	Холод на живот с целью сужения сосудов брюшной полости и уменьшения притока крови. Надёжный доступ к вене. Инфузионная терапия по принципам лечения геморрагического шока с не остановленным кровотечением: целевое АД не более 85 мм РТ ст. Фамотидин в/в с целью снижения секреторной активности слизистой желудка и улучшения условий репарации. Ингаляция кислорода, так как при любом шоке имеет место гипоксия. Оказание помощи не должно задерживать госпитализации.
P2	-	План экстренной помощи составлен полностью верно.
P1	-	План экстренной помощи составлен верно, однако нет обоснования. или Не назван дополнительный метод лечения из списка или обоснование для одного из назначенных методов лечения дано не верно.
P0	-	План лечения составлен полностью неверно.
В	4	Чем обусловлен объем инфузионной терапии?
Э	-	Объем инфузионной терапии ограничен и должен проводиться под контролем АД, так как самопроизвольно остановившееся кровотечение может возобновиться при повышении АД выше 90 мм рт. ст. за счет вытеснения тромба током крови.
P2	-	Ответ верный
P1	-	Ответ частично верный или неполный
P0	-	Ответ неверный.
В	5	Какова дальнейшая тактика?

Э	-	Госпитализация на носилках в хирургический стационар с целью экстренной эндоскопической диагностики источника кровотечения и решения вопроса о тактике лечения.
P2	-	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P1	-	Тактика ведения пациентов выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P0	-	Тактика ведения пациентов выбрана полностью неверно.

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета.

5.1. Перечень кейс-заданий к зачету, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: вопросы по разделам практики.

5.1.1. Кейс-задания зачету по практике «Производственная (клиническая) практика 3» для оценки компетенций УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

Н	-	
И	-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	-	Мужчина 28 лет. Вызов СМП на промпредприятие. ЖАЛОБЫ: на интенсивные боли в области головы, шеи, предплечий, кистей. 20 минут назад во время работы с электричеством получил электротравму. Со слов окружающих: сразу после травмы были судороги, потеря сознания, нарушение дыхания. АНАМНЕЗ: здоров. ОБЪЕКТИВНО: состояние тяжёлое, в сознании, возбужден, стонет от боли. АД 150/100 мм.рт.ст. ЧСС 100/мин. ЧД 26/мин. ЛОКАЛЬНО: ожоговая рана в области лица, волосистой части головы, шеи, предплечий, кистей рук с участками отслоившегося эпидермиса. Площадь ожоговой раны 12 – 14%. На ладонных поверхностях обеих кистей «метки тока». По другим органам и системам без особенностей.
В	-	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	-	Электротравма тяжелой степени. Электроожог. Ожог пламенем электрической дуги S 12 – 14%. Ожоговый шок в эректильной фазе.
P2	-	Диагноз поставлен верно
P1	-	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена или неверно оценена
P0	-	Диагноз поставлен неверно
В2	-	Обоснуйте поставленный Вами диагноз. Диагноз электротравмы установлен на основании анамнеза, со слов свидетелей. Степень тяжести формально по площади ожоговой поверхности, наличию сознания, дыхания и сердечной деятельности – средняя. Но наличие меток тока указывает на электроожог, тяжесть которого определяется отсроченно, так как при прохождении тока через тело в первую очередь нагреваются кости до высокой температуры, затем от них нагреваются и повреждаются глубоко лежащие ткани, затем – более поверхностные. Диагноз ожога пламенем электрической дуги установлен на основании анамнеза и

	наличия поверхностного ожога. Диагноз шока в эректильной фазе установлен на основании наличия шокогенной площади ожога кожи, возбуждения, повышения АД, учащения ритма сердца, наличия меток тока.
P-2	Диагноз обоснован верно
P-1	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует обоснование одного из пунктов или обоснование одного из пунктов диагноза дано неверно.
P-0	Диагноз обоснован полностью неверно.
B-3	Составьте и обоснуйте план экстренной помощи
Э	Морфин 1% - 1 мл в/в с целью обезболивания. Стерильное противоожоговое средство на ожоговые раны. Доступ к вене, инфузия солевых растворов в объеме 1500 мл, так как имеется шокогенная площадь ожоговой поверхности, а клиника ожогового шока развивается в сроки до 8 часов, но противошоковая терапия должна начинаться безотлагательно, чтобы быть эффективной. Регистрация ЭКГ, так как всегда есть опасность отсроченной или повторной фибрилляции желудочков. Ингаляция кислорода в качестве противошоковой терапии. Госпитализация на носилках с мониторингом ЭКГ во время транспортировки.
P-2	План экстренной помощи составлен верно.
P-1	План экстренной помощи составлен верно, однако нет обоснования. или Не назван дополнительный метод лечения из списка или обоснование для одного из назначенных методов лечения дано не верно.
P-0	План лечения составлен полностью неверно.
B-4	Чем обусловлен объем инфузионной терапии?
Э	Объем инфузии при электроожогах увеличивается в 1,5 раза по сравнению с термическими ожогами с учетом возможного повреждения глубоко лежащих тканей.
P-2	Ответ верный
P-1	Ответ частично верный или неполный
P-0	Ответ неверный.
B-5	Какова дальнейшая тактика?
Э	Госпитализация на носилках в ОРИТ хирургического (ожогового) стационара с целью продолжения противошоковой терапии и уточнения степени повреждения глубоких тканей, мониторинга функций сердца и дыхания.
P-2	Дальнейшая тактика лечения выбрана верно.
P-1	Тактика ведения пациентов выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно.
P-0	Тактика ведения пациентов выбрана полностью неверно.
H-002	

И	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	Мужчина 36 лет доставлен в приемное отделение ЦРБ через 30 минут после получения травмы с жалобами на боли в области лица, правой руки, передней поверхности груди, переднебоковой поверхности живота справа, правой ноги, озноб, жажду, тошноту, осиплость голоса. Обстоятельства травмы: при сварочных работах в гараже произошло воспламенение промасленной одежды. С помощью соседей по гаражам пламя удалось потушить, снять тлеющую одежду и вызвать «Скорую помощь». Первая медицинская помощь не оказывалась. В машине «Скорой помощи» в/в введено 1 мл 2 % раствора омнопона, наложены контурные повязки. Больной доставлен в ЦРБ. При осмотре: больной в сознании, возбужден, эйфоричен, неповрежденные покровы бледно-серые. Выраженный озноб. Пульс 96 в минуту, АД 110/70 мм рт. ст., температура тела 36,2 С⁰, ЧДД 30 в минуту. Мочи нет, в том числе по катетеру. Лицо – на щеках копоть, очаговые пузыри с прозрачным содержимым, участки слущенного эпителия, морщины – белые, волосы в носу опалены, голос осипший, зев гиперемирован, во рту и в носовых ходах – следы копоты. В области передней поверхности груди и живота справа определяется гиперемия с большими эпидермальными пузырями с прозрачным и геморрагическим содержимым, частично вскрывшимися и занимающими 1/4 указанных зон. На правом предплечье струп по всей окружности – плотный буро-коричневый с просвечивающими кожными сосудами, кисть – выраженный отек, ткани синюшно-бледные, по тылу кисти – единичный большой пузырь с геморрагическим содержимым. Правое плечо – коричневый струп и несколько больших пузырей с кровянистым содержимым – в нижней трети, в средней и верхней – десквамированный эпидермис, эрозивно кровоточащая поверхность – поражена передняя и наружная поверхность. На правом бедре по передненаружной поверхности имеется плотный коричневый струп от верхней до нижней трети поверхности с просвечивающими сосудами, остальная поверхность – чередование слущенного эпидермиса и больших пузырей с геморрагическим и студенистым содержимым. Вся правая голень покрыта плотным циркулярным струпом с коагулированными сосудами. Стопа резко отечна, синюшна, пульсация на артериях стопы не определяется. По тылу стопы – небольшой эпидермальный пузырь с прозрачным содержимым. Ожоговая поверхность на голени, предплечье, передненаружной поверхности бедра справа безболезненны. Общий анализ крови: эр. – $6,2 \times 10^{12}$; Нб – 220 г/л; ц.п. – 1,2; л. – $12,2 \times 10^9$; СОЭ – 25 мм/час.
В	Предположите наиболее вероятный диагноз.
Э	Термический ожог пламенем лица, правой руки, переднебоковой поверхности груди, живота, правой ноги I – II – III А – Б степени общей площадью 48 % (III Б – 25 %). Ожог верхних дыхательных путей (термо-ингаляционная травма). Тяжелый ожоговый шок.
Р 2	Диагноз поставлен верно
Р 1	Диагноз поставлен не полностью. Упущены или неверно оценены осложнения травмы.
Р 0	Диагноз поставлен неверно.
В	С помощью каких простейших проб можно определить глубину ожога на догоспитальном этапе.

Э	Волосковая проба. Если опаленный волос выдергивается с трудом и болезненно – ожог поверхностный, если легко, безболезненно – значит глубокий. Спиртовая проба – если прикосновение марлевого шарика, смоченного спиртом, вызывает боль – ожог поверхностный, если нет – глубокий. Проба иглой – если укол болезненный – то ожог поверхностный, если тупой, безболезненный – то глубокий.
P ₂	Все пробы названы верно
P ₁	Названы правильно 2 из 3 проб.
P ₀	Названа правильно 1 проба или не названо ни одной.
B ₃	Тактика и план лечения. Правило трех катетеров. Критерии выхода из ожогового шока.
Э	Больной с обширными (48%), в том числе, глубокими (25%) ожогами, термо-ингаляционной травмой в состоянии тяжелого ожогового шока нетранспортабелен, задерживается на месте (ЦРБ). Начинается инфузионная терапия в магистральную вену, катетеризуется мочевого пузырь, к носовым ходам подается увлажненный кислород («правило трех катетеров»). После обезболивания выполняется снятие повязок, туалет ожоговой раны – удаление остатков сгоревшей одежды, десквамированного эпидермиса, вскрытие пузырей. По принципу «на себя» вызывается врач-комбустиолог из областного ожогового центра (если пострадавший ребенок, то вместе с детским реаниматологом). Они оценивают состояние больного, помогают с катетеризацией магистральных вен, проверяют качество инфузионной терапии, лечебных манипуляций, назначают лечение. По выведении пациента из шока – перевод в ожоговый центр. Критерии выхода из ожогового шока: подъем температуры тела до фебрильной, гектической, нормализация диуреза (до 40-60 мл/час) и гематокрита.
P ₂	Тактика выбрана верно
P ₁	Тактика ведения пациента выбрана верно, однако не обоснована или обоснована неверно
P ₀	Тактика ведения данного пациента выбрана полностью неверно
B ₄	Какие экстренные врачебные манипуляции должен выполнить врач-хирург стационара
Э	Некротомии на правой голени и правом предплечье – продольные разрезы на всю глубину струпа до жизнеспособных тканей, появления кровотечения (фасцию рассечь обязательно). Влажно-высыхающие повязки. Двухсторонняя шейная вагосимпатическая блокада по Вишневскому – ожог лица, термо-ингаляционная травма. Экстренная профилактика столбняка – 3000 МЕ противостолбнячной сыворотки по Безредко, 1,0 мл столбнячного анатоксина. Инфузионная терапия ожогового шока (в первые 8 часов – 1/2 объема, остальное – в последующие часы).
P ₂	Ответ верный
P ₁	Ответ неполный
P ₀	Ответ неверный

В	По каким критериям определяется степень тяжести ожога и прогноз ожоговой болезни в целом? Определите его у данного больного.
Э	Индекс Франка: поверхностный ожог 1% = 1 ед; глубокий ожог 1% = 3 ед; ожог дыхательных путей = 30 ед; до 30 ед – легкий ожог; от 30 до 60 ед – ожог средней тяжести; от 60 до 90 ед – тяжелый ожог; более 90 ед – крайне тяжелый ожог. В нашем случае 23 ед + 75 ед + 30 ед = 128 ед. 23 (% поверхностного ожога) x 1 ед = 23 ед. 25 (% глубокого ожога) x 3 ед = 75 ед. 30 ед – ожог дыхательных путей. 128 ед более 90 ед – крайне тяжелый ожог. Правило «сотни» — возраст + % общей площади ожога + ожог дыхательных путей (10 %). более 100 – прогноз неблагоприятный; 80-100 – сомнительный; менее 80 – благоприятный. В нашем случае 36 (лет) + 10% (ОДП) + 48 (%) = 104. – прогноз неблагоприятный.
Р 2	Ответ дан полный.
Р 1	Определены критерии степени тяжести ожога и прогноза заболевания, но неправильно оценен данный случай.
Р 0	Ответ не верный.
Р	
В	003
В	
В	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	Вызов КСП на дом. Женщина, 46 лет, обнаружена родственниками без сознания, рядом с ней пустая упаковка от amitriptyline. Сколько точно в ней было таблеток, родственники не знают. Пациентка до этого высказывала суицидальные мысли. На момент осмотра: больная без сознания, продуктивному контакту не доступна. Объективно: уровень сознания - кома, кожные покровы – бледные, обычной влажности. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 16 в 1 мин. Тоны сердца аритмичные, учащенные, АД – 80/50 мм рт. ст. с ЧСС 98 - 104 уд в 1 мин. Живот – мягкий, доступен глубокой пальпации, печень не увеличена. Зрачки d=s, расширены, реакция на свет снижена, сухожильные рефлексы d=s, немного снижены.
В	Поставьте предположительный клинический диагноз.
Э	Острое пероральное отравление психотропными препаратами (амитриптилином) тяжелой степени. Суицид? Кома I–II. Экзотоксический шок (ЭТШ).
Р 2	Диагноз поставлен верно.
Р 1	Диагноз поставлен частично верно: отсутствует часть синдромов.
Р 0	Диагноз поставлен не верно
Р	

В1	Дайте обоснование клиническому диагнозу.
С	Диагноз поставлен на основании анамнеза заболевания: больная обнаружена родственниками без сознания, рядом с ней пустая упаковка от амитриптилина, пациентка до этого высказывала суицидальные мысли. Объективных данных: уровень сознания - кома, тоны сердца аритмичные, учащенные, АД – 80/50 мм рт. ст. с ЧСС 98 - 104 уд в 1 мин. Зрачки d=s, расширены, реакция на свет снижена, сухожильные рефлексы d=s, немного снижены. Как известно, амитриптилин относится к трициклическим антидепрессантам (ТАД) и обладает нейро- и кардиотоксическим действием. Объективные данные подтверждают поражение нервной и сердечно-сосудистой систем. Об отравлении тяжёлой степени свидетельствует развитием комы, ЭТШ.
Р2	Диагноз обоснован верно
Р1	Диагноз обоснован не полностью: нет анализа анамнестических данных и клинических синдромов Или степени тяжести.
Р0	Диагноз обоснован не верно
В2	Объясните механизм кардиотоксического действия амитриптилина.
С	ТАД, поступая в организм, действуют на клетки проводящей системы желудочков, вызывая нарушение внутрижелудочковой проводимости. С другой стороны, амитриптилин обладает холинолитическим эффектом, стимулирующим функцию автоматизма и возбудимости сердца. Резкое повышение возбудимости сердечной мышцы может привести к серьёзным, жизнеугрожающим нарушениям ритма вплоть до желудочковых пароксизмов и фибрилляции желудочков (ФЖ).
Р2	Ответ полный.
Р1	Частично объяснён механизм кардиотоксического действия: не названа одна из двух главных составляющих.
Р0	Ответ не верный
В4	Какое исследование, подтверждающее кардиотоксическое действие амитриптилина, Вы должны провести и какие изменения ожидаете получить?
С	Необходимо на догоспитальном этапе проводить ЭКГ-исследование и подключить пациентку к ЭКГ-монитору. В результатах исследования можно увидеть уменьшение интервалов RR (учащение ритма сердца), разные RR-интервалы, уширение комплекса QRS больше 0,1 секунды, причём, прогностически не благоприятным, служащим предвестником развития тяжёлых аритмий, в том числе ФЖ, является уширения комплекса QRS до 0,12 секунды и выше. Если в течение первых 6 часов уширение комплекса QRS не развивается, риск развития аритмий и судорог считается минимальным.
Р2	Ответ верный.
Р1	Ответ не полный: названы Или объяснены не все возникающие изменения
Р0	Ответ не правильный. Не названо исследование Или

	не правильно названы ожидаемые результаты.
E	Тактика лечебных мероприятий на догоспитальном этапе
C	Стабилизация гемодинамики, ЗПЖ, Введение 4% р-ра гидрокарбоната натрия, прозерина, Проведение инфузионной терапии, форсированного диуреза, Госпитализация в специализированное отделение или отделение общей реанимации. В стационаре решение вопроса о возможности проведение гемо- или перитонеального диализа. В случае возникновения экстрасистолии высоких градаций – β-адреноблокаторы в/в. При фибрилляции желудочков – кардиоверсия, лидокаин, кордарон.
R-2	Тактика верна
R-1	Тактика названа не в полном объеме
R-0	Тактика не верна
I-004	
I-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	Вызов скорой помощи на дом. Мужчина, 40 лет, предъявляет жалобы на головную боль, боли в животе, резкое ухудшение зрения: «туман» перед глазами, «двоение» предметов, периодически потемнение в глазах. Из анамнеза известно, что пациент около 12 часов назад выпил около 70 мл прозрачной жидкости, по запаху и вкусу напоминающей этиловый спирт. Примерно через 30 мин с момента приема появились признаки опьянения, сонливость. Уснул и проспал 7 - 8 часов. После пробуждения на фоне общей слабости появились головная боль, головокружение, одышка, тошнота, однократная рвота. При осмотре: состояние тяжелое, апатичен, заторможен, кожа гиперемирована, сухая, акроцианоз. Зрачки расширены, на свет реагируют слабо. Пульс 120 уд/мин, аритмичный, до 12 экстрасистол в минуту. АД 85/40 мм рт. ст. Частота дыхания 28 в минуту, дыхание шумное, при аускультации жесткое. Живот болезненный при пальпации в эпигастриальной области. Край печени выступает из-под края реберной дуги на 3 см. Во время осмотра отмечена повторная рвота, не приносящая облегчения.
E	Предположите наиболее вероятный диагноз.
C	Острое пероральное отравление метиловым спиртом тяжелой степени. Случайное. Токсическая энцефалопатия. Оглушение. Экзотоксический шок. Токсическая миокардиодистрофия с нарушением сердечного ритма по типу частой желудочковой экстрасистолии. Гастроинтестинальный синдром. Токсическая гепатопатия. Токсическая офтальмопатия.
R-2	Диагноз поставлен верно.
R-1	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена Или неверно оценена степень тяжести отравления.
R-0	Диагноз поставлен неверно.

Е	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
С	Диагноз установлен на основании анамнеза (употреблял жидкость, напоминающую этиловый спирт с целью опьянения), жалоб (головная боль, боли в животе, резкое ухудшение зрения: «туман» перед глазами, «двоение» предметов, периодическое потемнение в глазах), данных объективного осмотра (гиперемия и сухость кожных покровов, наличие акроцианоза, расширение зрачков, слабая реакция на свет, тахикардия, частая экстрасистолия, АД 85/40 мм рт. ст., ЧСС 120 уд. в мин., признаки метаболического ацидоза — частота дыхания 28 в минуту, дыхание шумное, болезненность при пальпации в эпигастральной области, наличие повторной рвоты).
Р 2	Диагноз обоснован верно.
Р 1	Диагноз обоснован не полностью: Отсутствует Или дано неверно обоснование одного из синдромов.
Р 0	Обоснование двух и более синдромов дано не верно. или диагноз обоснован полностью неверно.
Е	Объясните механизм токсического действия метилового спирта
С	Токсическое действие метанола обусловлено так называемым феноменом «летального синтеза» – метаболическим окислением метилового спирта в организме с помощью фермента алкогольдегидрогеназы, – в результате которого образуется формальдегид. Формальдегид является сильнейшим ядом, который поражает, прежде всего, нервную и сосудистую системы. Поражение эндотелия сосудов приводит к увеличению проницаемости сосудистой стенки, развитию гиповолемии, снижению сосудистого тонуса и развитию экзотоксического шока.
Р 2	Названы основные звенья патогенеза.
Р 1	Механизм действия яда на организм объяснен не полностью, не названо нейротоксическое действие, или «летальный синтез» Или поражение сосудистой системы.
Р 0	Механизм действия объяснен полностью неверно.
Е	Составьте и обоснуйте план обследования пациента в стационаре.
С	Общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови на спирты для обнаружения и количественной оценки содержания метанола в крови, рН, электролиты, печёночные трансаминазы, мочевины, креатинин, ЭКГ, проведение ЭХО-КГ для оценки толщины диастолической и систолической функции; консультация окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия токсической офтальмопатии; УЗ-исследование органов брюшной полости и почек для оценки степени поражения, консультация невролога для выявления глубины поражения.
Р 2	План дополнительного обследования составлен полностью верно.
Р 1	План дополнительного обследования составлен верно, однако нет обоснования или

	не названы один или два дополнительных метода обследования из списка или обоснование для одного или двух назначенных методов обследования дано не верно.
R 0	Не названы три и более дополнительных метода обследования. или Обоснование назначения трех и более методов обследования дано неверно. или План дополнительного обследования составлен полностью неверно.
E	Антидотная терапия на догоспитальном и госпитальном этапе.
G	Антидот – этиловый спирт – вводится перорально: 100 мл 30% раствора внутрь, затем каждые 2 часа по 50 мл 4-5 раз в день, в последующие сутки 2-3 раза по 100 мл в день. Механизм действия антидота: расщепление метанола и этанола идёт с помощью одного и того же фермента - алкогольдегидрогеназы, эти два спирта конкурируют между собой при одновременном попадании в организм, причём связывание этилового спирта с ферментом происходит в 5-7 раз быстрее, чем метилового. Поэтому этиловый спирт и является антидотом при отравлении метанолом.
R 2	Ответ дан полностью верно, объяснён механизм действия антидота.
R 1	Антидот назван верно, но неверно названы дозы или не объяснён механизм его действия.
R 0	Ответ дан полностью не верно.
F	005
I	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	Вызов КСП на дом. Женщина, 54 года, говорит с трудом, голос осипший, предъявляет жалобы на сильные боли в горле, по ходу пищевода, в верхних отделах живота, особенно в эпигастрии, повторную рвоту (со слов пациентки рвотные массы были с примесью крови), сухой кашель. Из анамнеза: около 40 минут назад с суицидальной целью больная выпила 2 глотка (около 50 мл) 70% уксусной кислоты. Объективно: сознание - ясное, кожные покровы – бледные, обычной влажности, в зеве – картина химического ожога: гиперемия, отёк, некрозы. В лёгких дыхание жесткое, рассеянные сухие хрипы, ЧД 20 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, учащенные, АД – 150/80 мм рт. ст. с ЧСС 88 уд в 1 мин. Живот – мягкий, болезненный в верхних отделах, печень не увеличена. Зрачки d=s, обычных размеров, реакция на свет сохранена, диурез сохранён.
E	Поставьте предположительный клинический диагноз.
G	Острое пероральное отравление 70% уксусной кислотой, тяжёлой степени. Суицид. Химический ожог ротоглотки, пищевода, желудка. Раннее желудочно-кишечное кровотечение. Химический ожог верхних дыхательных путей.
R 2	Диагноз поставлен верно.
R 1	Диагноз поставлен частично верно: отсутствует часть синдромов или не правильно определена тяжесть отравления.

R-0	Диагноз поставлен не верно
E1	Дайте обоснование клиническому диагнозу.
G1	Диагноз поставлен на основании жалоб на сильные боли в горле, по ходу пищевода, в верхних отделах живота, особенно в эпигастрии, повторную рвоту (со слов пациентки рвотные массы были с примесью крови), сухой кашель, осиплость голоса; анамнеза: за 40 минут до приезда КСП с суицидальной целью выпила 2 глотка (около 50 мл) 70% уксусной кислоты; объективных данных: в зеве – картина химического ожога: гиперемия, отёк, некрозы, говорит с трудом, голос осипший. В лёгких дыхание жесткое, рассеянные сухие хрипы, ЧД 20 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, учащенные, АД – 150/80 мм рт. ст. с ЧСС 88 уд в 1 мин. Живот – мягкий, болезненный в верхних отделах, печень не увеличена. Диурез сохранён
R-2	Диагноз обоснован верно.
R-1	Диагноз обоснован не полностью: нет анализа анамнестических данных и клинических синдромов или степени тяжести.
R-0	Диагноз обоснован не верно.
E1	В какую группу ядов входит уксусная кислота, учитывая механизм действия.
G1	Уксусная кислота относится, прежде всего, к прижигающим веществам и вызывает химический ожог желудочно-кишечного тракта, а при вдыхании паров – химический ожог верхних дыхательных путей. Кроме этого, уксусная кислота вызывает гемолиз эритроцитов, поэтому относится к кровяным ядам. Известно также, что при отравлении уксусной кислотой часто развивается ОПН. На основании этого уксусная кислота относится также к нефротоксическим веществам.
R-2	Ответ полный.
R-1	Ответ не полный, не названа 1 Или 2 группы.
R-0	Ответ не верный Или отсутствует.
E1	Объясните механизм нефротоксического действия концентрированной уксусной кислоты.
G1	Уксусная кислота (УК) представляет собой свободно проникающий гемолитик. Транспорт свободного гемоглобина через почечные канальцы (клинический маркер гемолиза – появление мочи красного цвета) в условиях внутрисосудистого гемолиза и нарушения микроциркуляции, тромбообразование в мелких сосудах почек, а также повреждение базальной мембраны, вплоть до разрыва дистальных канальцев, вызывают поражение почек, проявляющееся патоморфологической картиной острого гемоглобинурийного нефроза.
R-2	Ответ верный.

R-1	Ответ не полный.
R-0	Ответ не правильный.
E	Тактика лечебных мероприятий на догоспитальном этапе
G	Качественное обезболивание с использованием наркотических анальгетиков и спазмолитиков, ЗПЖ, Введение 4% р-ра гидрокарбоната натрия, Проведение форсированного диуреза, инфузионной терапии (до светлой мочи). Введение глюкокортикоидов, гемостатиков. При падении артериального давления – противошоковые мероприятия. Госпитализация в специализированное отделение или отделение общей реанимации. В стационаре при развитии ОПН решение вопроса о возможности проведение гемо- или перитонеального диализа.
R-2	Тактика верна
R-1	Тактика названа не в полном объеме
R-0	Тактика не верна
F-006	
I-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	Вызов КСП на дом. Со слов жены, муж (38 лет) накануне с другом ремонтировал в гараже машину, после чего выпивали «вино», сколько точно выпил не известно. Придя домой, через 1,5 – 2 часа уснул. Через 8 ч родственники не смогли его разбудить и вызвали КСП. До этого случая пациент несколько дней употреблял различные спиртные напитки, но в день отравления не выпивал. Объективно на момент осмотра жалоб не предъявляет, контакту не доступен. Сознание и болевая чувствительность отсутствуют. По шкале Глазго – 6 баллов. Зрачки умеренно расширены, на свет не реагируют. Кожа лица и груди гиперемирована, умеренно выраженный акроцианоз. Пульс 102 уд/мин, ритмичный. Левая граница сердечной тупости на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. I тон на верхушке сердца ослаблен. АД 165/110 мм рт. ст. Частота дыхания 24 в минуту, дыхание глубокое, шумное. В задненижних отделах легких на фоне жесткого дыхания выслушиваются влажные множественные незвучные хрипы. Живот мягкий, печень выступает из-под реберной дуги на 2 см. Врач КСП снял ЭКГ. Заключение: синусовая тахикардия с ЧСС до 108 в минуту, диффузные нарушения процессов реполяризации.
E	Установите основные патологические синдромы.
G	Токсическая энцефалопатия. Кома II ст. Токсическая миокардиодистрофия. Острая дыхательная недостаточность I ст. Метаболический ацидоз.
R-2	Все синдромы названы верно.

R1	Часть синдромов упущена Или неверно оценена степень тяжести комы.
R0	Синдромы определены неверно.
E2	Поставьте клинический диагноз.
C	Острое пероральное отравление суррогатами алкоголя (этиленгликолем?) тяжелой степени тяжести. Токсическая энцефалопатия. Кома II ст. Токсическая миокардиодистрофия. Острая дыхательная недостаточность I ст. Позднее обращение.
R2	Диагноз поставлен верно.
R1	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена Или неверно оценена степень тяжести.
R0	Диагноз поставлен неверно.
E2	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
C	Диагноз установлен на основании данных анамнеза: пил неизвестную жидкость в гараже, короткий латентный период; характерной клинической картины и результатов объективного обследования: гиперемия кожи лица и груди, расширение зрачков и отсутствие их реакции на свет, отсутствие сознания и реакции на болевые раздражители, умеренно выраженный акроцианоз, тахикардия, тахипноэ, глубокое шумное дыхание, влажные множественные незвучные хрипы.
R2	Диагноз обоснован верно.
R1	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует или дано неверно обоснование одного из синдромов.
R0	Обоснование двух и более синдромов дано неверно. или диагноз обоснован полностью неверно.
E4	Объясните механизм нефротоксического действия этиленгликоля
C	В организме этиленгликоль подвергается метаболическим превращением под воздействием фермента алкогольдегидрогеназы, в результате чего образуются гликолевый альдегид, гликолевая и щавелевая кислоты. Щавелевая кислота взаимодействует с ионами кальция и образуется плохо растворимый оксалат кальция, который осаждается в виде кристаллов в стенках капилляров, лоханках и канальцах почек. В результате нарушается почечный кровоток и развивается тяжелая токсическая нефропатия (вплоть до острой почечной недостаточности). Продукты биотрансформации этиленгликоля проникают в клетки печени и почек, резко повышают осмотическое давление внутриклеточной жидкости, что сопровождается развитием их гидропической (баллонной) дистрофии. Так возникает острая печеночно-почечная недостаточность, морфологической основой которой служит баллонная дистрофия гепатоцитов в центре печеночных долек и эпителия канальцев почек с исходом в виде их колликативного некроза. В тяжелых случаях отравления при токсической коме возможно подобное поражение нервных клеток ЦНС с развитием отека мозга. Таким образом, этиленгликоль обладает, прежде всего, нейротоксическим и нефротоксическим действием.

R 2	Названы основные звенья патогенеза.
R 1	Механизм действия яда на организм объяснен не полностью, не названо нейротоксическое действие или нефротоксическое действие.
R 0	Механизм действия объяснен полностью неверно.
E	Антидотная терапия на догоспитальном и госпитальном этапе.
G	Антидот – этиловый спирт – вводится перорально: 100 мл 30% раствора внутрь, затем каждые 2 часа по 50 мл 4-5 раз в день, в последующие сутки 2-3 раза по 100 мл в день. Механизм действия антидота: метаболизм этиленгликоля и этанола идёт с помощью одного и того же фермента - алкогольдегидрогеназы, эти два спирта конкурируют между собой при одновременном попадании в организм, причём связывание этилового спирта с ферментом происходит намного быстрее, чем этиленгликоля. Поэтому этиловый спирт и является антидотом.
R 2	Ответ дан полностью верно, объяснён механизм действия антидота.
R 1	Антидот назван верно, но неверно названы дозы Или не объяснён механизм его действия.
R 0	Ответ дан полностью неверно
E-007	
I-	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	Вызов КСП в гаражи. Обнаружен родственниками без сознания в кабине автомобиля с работающим двигателем. Состояние тяжелое. Сознание отсутствует. На болевые стимулы не реагирует. Кожные покровы с малиновым оттенком, анизокория, зрачки расширены до 5 мм, на свет реагируют вяло. Пульс 106 уд/мин, аритмичный, нитевидный, тоны сердца ослаблены. АД 80/40 мм рт. ст. Дыхание по типу Чейн-Стокса, частота дыхания 26 в минуту. Над всей поверхностью легких выслушиваются сухие хрипы.
E	Установите основные патологические синдромы.
G	Токсическая энцефалопатия. Кома II ст. Экзотоксический шок. ОДН II ст.
R 2	Все синдромы названы верно.
R 1	Часть синдромов упущена Или неверно оценена степень их тяжести.
R 0	Синдромы определены неверно.
E	Поставьте предварительный клинический диагноз.
G	Острое ингаляционное отравление монооксидом углерода тяжелой степени. Токсическая энцефалопатия. Кома II ст. Экзотоксический шок. ОДН II ст.

R 2	Диагноз поставлен верно.
R 1	Диагноз поставлен не полностью: часть нозологий упущена Или неверно оценена степень тяжести.
R 0	Диагноз поставлен неверно.
E	Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
C	Диагноз установлен на основании анамнеза: пострадавший находился в закрытом гараже в кабине автомобиля с работающим двигателем, клинических проявлений: коматозное состояние, расширение зрачков, характерная окраска кожных покровов, гемодинамические нарушения и патологический тип дыхания (Чейна-Стокса).
R 2	Диагноз обоснован верно.
R 1	Диагноз обоснован не полностью: отсутствует или дано неверно обоснование одного из синдромов.
R 0	Обоснование двух и более синдромов дано неверно. или диагноз обоснован полностью неверно.
E	Алгоритм оказания неотложной медицинской помощи.
C	проведение оксигенотерапии: целесообразно начинать применение кислородно-воздушной смеси с более высоким (75-80%) содержанием кислорода с последующим переходом на смесь с содержанием 40-50% кислорода); в качестве антидота - ацизол внутримышечно по 1 мл 6% раствора; Проведение форсированного диуреза; для профилактики отека мозга - применение пузыря со льдом на область головы, 40 мл 40% раствора глюкозы с 4-6 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты и 8 ЕД инсулина, 40-80 мг фуросемида при необходимости – введение осмотических диуретиков; для лечения экзотоксического шока - 120 мг преднизолона, допмин в/в, 10 мл глюконата кальция внутривенно. Пострадавший подлежит эвакуации в специализированное отделение, где возможно проведение гипербарической оксигенации, в положении лежа, с проведением оксигенотерапии во время транспортировки.
R 2	Тактика верна
R 1	Тактика названа не в полном объеме
R 0	Тактика не верна
E	Антидотная терапия на догоспитальном и госпитальном этапе.
C	В качестве антидота применяются ацизол внутримышечно по 1 мл 6% раствора (60 мг в 1 мл) может вводиться повторно через час. Механизм действия ацизола обусловлен ингибированием процесса образования карбоксигемоглобина за счет снижения сродства гемоглобина крови к оксиду углерода. В результате этого, применение антидота при отравлении оксидом углерода, улучшает газотранспортные и кислородсвязывающие свойства крови, ускоряет выведение оксида углерода из организма.

	Увеличение сродства гемоглобина крови к кислороду и сдвиг диссоциации оксигемоглобина позволяют гемоглобину при низких значениях парциального давления O ₂ насыщаться кислородом более полно, что повышается устойчивость организма человека к недостаточному содержанию кислорода в воздухе. Сдвиг диссоциации оксигемоглобина влево позволяет жизненно важным органам, имеющим низкий порог усвоения кислорода, в частности, головному мозгу, находиться в лучших условиях относительно органов и тканей, имеющий высокий порог усвоения. Препарат ускоряет процесс выведения из организма оксида углерода, уменьшает тяжесть интоксикации при отравлении оксидом углерода.
P 2	Ответ дан полностью верно, объяснён механизм действия антидота.
P 1	Антидот назван верно, но неверно названы дозы Или не объяснён механизм его действия.
P 0	Ответ дан полностью неверно
Н	008
И	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	В зале кинотеатра, молодой человек 20-ти лет внезапно почувствовал себя плохо, схватился за голову и упал. Приехавший врач скорой помощи обнаружил пациента без сознания. При осмотре АД 140/80 мм рт.ст., пульс 97 в мин., в неврологическом статусе: уровень сознания сопор, со стороны черепно-мозговых нервов без особенностей, сухожильные рефлексы сохранены, патологических стопных знаков нет, определяются положительные менингеальные симптомы. Девушка молодого человека сказала, что раньше он иногда жаловался на головные боли в правой височной области, однако за медицинской помощью не обращался.
В	Поставьте предположительный клинический диагноз
Э	Субарахноидальное кровоизлияние (вероятно аневризматическое)
P 2	Диагноз поставлен верно
P 1	Диагноз поставлен частично верно без указания причины развития кровоизлияния.
P 0	Диагноз поставлен неверно
В	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	Наличие в анамнезе приступов односторонней пульсирующей головной боли, молодой возраст больного, острое начало заболевания, отсутствие в неврологическом статусе очаговой симптоматики, наличие менингеальных знаков и общемозговой симптоматики.
P 2	Диагноз обоснован верно
P 1	Диагноз обоснован не полностью: нет указаний на пол, возраст, нет указания на остроту возникновения симптоматики, и наличие менингеальных знаков.
P 0	Диагноз обоснован неверно

В	Нужна ли госпитализация пациента, если «да», то в какое отделение?
Э	Срочная госпитализация в сосудистый центр, отделение реанимации и интенсивной терапии.
Р 2	Тактика выбрана верно
Р 1	Тактика частично верна, без указания порядка госпитализации в сосудистый центр
Р 0	Тактика неверна
В	Тактика лечебных мероприятий на догоспитальном этапе
Э	Тактика при САК сходна с базисной терапией недифференцированного инсульта и включает в себя адекватную оксигенотерапию, поддержание оптимального уровня системного артериального давления, купирование судорожного синдрома при его возникновении. Максимально быстрая госпитализация в сосудистый центр.
Р 2	Тактика выбрана верно
Р 1	Тактика верна, однако не обоснована или обоснована неверно
Р 0	Тактика выбрана неверно
В	Каков объем диагностических мероприятий на госпитальном этапе?
Э	Клинический минимум, проведение люмбальной пункции с исследованием спинномозговой жидкости, проведение нейровизуализации: КТ или МРТ, МРТ ангиография или контрастная ангиография, с последующей консультацией нейрохирурга.
Р 2	Ответ верный
Р 1	Ответ верный, но неполный: перечислены не все методы дообследования.
Р 0	Ответ неверный.
Н	009
И	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	У студента 4 курса остро развилось лихорадочное состояние, температура 39 °С, рвота, потеря сознания. Врач скорой помощи выявил сниженное питание, астеническое телосложение, мелкоточечную сыпь в области ягодиц и подколенных ямок, пульс – 98 в мин., ритмичный. В неврологическом статусе: выраженная ригидность мышц шеи, симптом Кернига, верхний и нижний симптомы Брудзинского. При опросе других студентов этой группы, выяснилось, что у одного из них постоянно был насморк с гнойным отделяемым.
В	Поставьте предположительный клинический диагноз
Э	Менингококковый менингит

Р 2	-	Диагноз поставлен верно
Р 1	-	Диагноз поставлен частично верно: отсутствует верификация диагноза с учетом возбудителя
Р 0	-	Диагноз поставлен неверно
В 2		Предложите методы дообследования
Э	-	Клинический минимум, МРТ головного мозга с контрастированием, проведение люмбальной пункции, анализ ликвора на посев флоры и чувствительность к а/б, ПЦР.
Р 2	-	Тактика выбрана верно
Р 1	-	Тактика выбрана верно, но не указаны некоторые методы дообследования
Р 0	-	Тактика выбрана неверно
В 3		Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	-	Постоянное взаимодействие больного с большим количеством людей, наличие острого начала заболевания, сниженное питание, наличие характерной сыпи и ее «нижнее» расположение, наличие в неврологическом статусе менингеальных знаков.
Р 2	-	Диагноз обоснован верно
Р 1	-	Диагноз обоснован не полностью: нет указаний на групповую принадлежность и высокие риски заболеваемости в крупных коллективах, нет указания на остроту возникновения симптоматики, и наличие менингеальных знаков
Р 0	-	Диагноз обоснован неверно
В 4		Предположите возможный источник заражения.
Э	-	Носитель или больной назофарингитом.
Р 2	-	Ответ верный
Р 1	-	Ответ частично верный: указан только один источник заражения
Р 0	-	Ответ неверный
В 5		Тактика лечебных мероприятий на догоспитальном этапе
Э	-	Пенициллины (ампициллин 0,1-0,2 г/кг х 6р), цефалоспорины III (цефтриаксон 20 – 80 мг/кг х 2р), дезинтоксикационная терапия, с целью предупреждения отека головного мозга и профилактики инфекционно-токсического шока (осмотические диуретики и дексаметазон), при необходимости восстановление водно-электролитного баланса, купирование судорожного синдрома при его наличии. Госпитализация в инфекционный стационар.
Р 2	-	Тактика верна
Р 1	-	Тактика верна, однако не обоснована или обоснована неверно

Р 0	Тактика неверна
Н 010	
И	ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У	Родственники женщины 36-ти лет, проживающей в Санкт-Петербурге, вызвали КСП в связи с жалобами пациентки на головную боль и выраженную слабость в руках. Из анамнеза стало известно, что две недели назад была с друзьями в походе, жили в палатке. Объективно: сознание спутанное, повышение температуры тела до 38.8 °С, со стороны черепно-мозговых нервов без особенностей, умеренно выраженный менингеальный синдром, выявляются периферические парезы мышц шеи и верхних конечностей.
В	Поставьте предположительный клинический диагноз
Э	Клещевой энцефалит, полиомиелитическая форма
Р 2	Диагноз поставлен верно
Р 1	Диагноз поставлен частично верно: не указана форма
Р 0	Диагноз поставлен неверно
В 2	Предложите методы дообследования
Э	Клинический минимум, анализ крови и ликвора методами иммуноферментного анализа с определением иммуноглобулинов М и G классов, выявление Ag вируса – ПЦР, МРТ шейного отдела спинного мозга.
Р 2	Тактика выбрана верно
Р 1	Тактика выбрана верно, но не указаны некоторые методы дообследования
Р 0	Тактика выбрана неверно
В 3	Обоснуйте поставленный Вами диагноз
Э	Диагноз поставлен на основании анамнеза: две недели назад была с друзьями в походе, жили в палатке; жалоб пациентки на головную боль и выраженную слабость в руках; объективных данных: сознание спутанное, повышение температуры тела до 38.8 °С, со стороны черепно-мозговых нервов без особенностей, умеренно выраженный менингеальный синдром выявляются периферические парезы мышц шеи и верхних конечностей.
Р 2	Диагноз обоснован верно
Р 1	Диагноз обоснован не полностью.

P 0	Диагноз обоснован неверно
B 4	Укажите возможные варианты лечение
Э	Этиотропное лечение - рекомбинантный интерферон (реаферон) в сочетании с препаратами прямого противовирусного действия на РНК и ДНК вирусов (рибавирин, амиксин), патогенетическое – противоотечное (маннитол, дексазон, диакарб), нейропротективное, витамины группы В, ранняя реабилитация
P 2	Ответ верный
P 1	Ответ частично верный: указаны не все варианты лечения
P 0	Ответ неверный
B 3	Необходимо ли госпитализировать пациентку, если «да», то в какой стационар?
Э	Показана срочная госпитализация в инфекционный стационар
P 2	Тактика верна
P 1	Тактика верна, однако не указан профиль мед. учреждения.
P 0	Тактика неверна

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены несущественные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.

Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Средний/высокий

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»

Разработчик:

1. Зубеева Г.Н. - к.м.н., доцент кафедры скорой медицинской помощи ФДПО

2. Харламова О.В. - к.м.н., доцент кафедры скорой медицинской помощи ФДПО