**Новокузнецкий государственный институт усовершенствования врачей –**

**филиал федерального государственного бюджетного образовательного учреждения**

**дополнительного профессионального образования**

**«Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования»**

**Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра скорой медицинской помощи

|  |  |
| --- | --- |
|  | УТВЕРЖДАЮ И.о. заведующего кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Скоб Н.В.«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019 г. |

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ПО ДИСЦИПЛИНЕ (МОДУЛЮ)**

**«Скорая медицинская помощь»**

\_\_31.08.48\_\_ «Скорая медицинская помощь»

шифр наименование

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

г. Новокузнецк, 2019 г.

Фонд оценочных средств по дисциплине (модулю) «Наименование» предназначен для оценивания компетенций обучающихся на разных стадиях обучения на соответствие требованиям образовательных программ.

ФОС применяется для проведения входного, текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации, а также итоговой (государственной итоговой) аттестации обучающихся.

**Авторы/составители:**

Барай Александр Викторович, доцент, заведующий кафедрой скорой медицинской помощи

20.03.2019 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

Гулевич Светлана Ивановна, доцент кафедры скорой медицинской помощи

20.03.2019 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

Скоб Николай Владимирович, ассистент кафедры скорой медицинской помощи

20.03.2019 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)

Михайлюк Нина Викторовна, ассистент кафедры скорой медицинской помощи

20.03.2019 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Программа утверждена на заседании кафедры Скорой медицинской помощи

Протокол заседания № \_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2015 г.

**СОГЛАСОВАНО**

Декан

 *терапевтического* факультета

профессор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (фамилия, имя, отчество)

**1 Матрица компетентностных задач по дисциплине**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Контролируемые разделы (темы) дисциплины | Контролируемые компетенции (их части) | Оценочные средства |
| Организация скорой медицинской помощи | ОК-1, ПК-10, ПК-11 | Перечень вопросов по теме собеседования  |
| Анестезиология, реаниматология и интенсивная терапия | ОК-1, ПК-5, ПК-6 | Тестовые задания, перечень вопросов по теме для устного обсуждения; ситуационные задачи, комплект экзаменационных билетов. |
| Неотложная помощь при заболеваниях сердечно-сосудистой и дыхательной систем | ОК-1, ПК-5, ПК-6 | Тестовые задания, перечень вопросов по теме собеседования; ситуационные задачи, деловая игра, комплект экзаменационных билетов  |
| Острые хирургические заболевания и травмы органов груди и живота | ОК-1, ПК-5, ПК-6 | Тестовые задания, перечень вопросов по теме для устного обсуждения; ситуационные задачи, деловая игра, комплект экзаменационных билетов  |
| Травмы и заболевания глаза | ОК-1, ПК-5, ПК-6 | Тестовые задания, перечень вопросов по теме собеседования; комплект экзаменационных билетов. |
| Травмы и заболевания ЛОР-органов | ОК-1, ПК-5, ПК-6 | Тестовые задания, перечень вопросов по теме для устного обсуждения; комплект экзаменационных билетов  |
| Заболевания и травмы нервной системы | ОК-1, ПК-5, ПК-6 | Тестовые задания, перечень вопросов по теме собеседования; ситуационные задачи, комплект экзаменационных билетов. |
| Травмы опорно-двигательной системы | ОК-1, ПК-5, ПК-6 | Тестовые задания, перечень вопросов по теме для устного обсуждения; ситуационные задачи, комплект экзаменационных билетов  |
| Акушерско-гинекологическая патология | ОК-1, ПК-5, ПК-6 | Тестовые задания, перечень вопросов по теме собеседования; ситуационные задачи, комплект экзаменационных билетов |
| Психические заболевания | ОК-1, ПК-5, ПК-6 | Тестовые задания, перечень вопросов по теме для устного обсуждения; ситуационные задачи, комплект экзаменационных билетов и т.д. |
| Острые экзогенные отравления | ОК-1, ПК-5, ПК-6 | Тестовые задания, перечень вопросов по теме собеседования; ситуационные задачи, комплект экзаменационных билетов |
| Термические, ионизирующие и комбинированные поражения | ОК-1, ПК-5, ПК-6 | Тестовые задания, перечень вопросов по теме для устного обсуждения; ситуационные задачи, комплект экзаменационных билетов |
| Инфекционные заболевания | ОК-1, ПК-5, ПК-6 | Тестовые задания, перечень вопросов по теме собеседования; ситуационные задачи, комплект экзаменационных билетов |
| Неотложные состояния, интенсивная терапия и реанимация в педиатрии | ОК-1, ПК-5, ПК-6 | Тестовые задания, перечень вопросов по теме для устного обсуждения; комплект экзаменационных билетов  |
| Острые заболевания и травмы в урологии | ОК-1, ПК-5, ПК-6 | Тестовые задания, перечень вопросов по теме собеседования; комплект экзаменационных билетов и т.д. |

**2 Входное тестирование**

2.1 Цель входного тестирования − определение начального уровня подготовленности обучающихся с целью построения траектории обучения.

2.2 **Описание оценочных средств**

Форма проведения входного контроля – тестирование.

Тестирование проводится на кафедре медицинской кибернетики и информатики ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России.

Обучающиеся должны ответить на \_\_100\_\_\_ заданий в компьютерной программе. Ответы фиксируются в электронном варианте и печатаются на листе.

Задачи и тестовые вопросы включают все разделы программы подготовки врача по скорой медицинской помощи, соответствуют стандартным требованиям к содержанию и уровню профессиональной подготовки врача- скорой медицинской помощи.

Длительность тестирования – 120 минут.

2.3 Вопросы для входного контроля знаний обучающихся

1) **Причиной синдрома МЭС (Моргани-Адемс-Стокса) являются:**

1. полная AV-блокада,
2. блокада левой ножки пучка Гиса,
3. блокада правой ножки пучка Гиса,
4. AV-блокада I-й степени,
5. газовый ацидоз.

2) **Основной задачей инфузионной терапии на догоспитальном этапе при травматическом и геморрагическом шоке является:**

1. восстановление водно-электролитного обмена,
2. восстановление периферической гемодинамики,
3. восстановление кислородной емкости крови,
4. восстановление центральной гемодинамики,
5. восстановление обменных процессов.

3) **Назовите показания для проведения ИВЛ при черепно-мозговой травме на догоспитальном этапе:**

1. психомоторное возбуждение,
2. нарушения дыхания центрального типа,
3. нарушения дыхания периферического типа,
4. коматозное состояние,
5. артериальная гипертензия,
6. коллапс.

4) **Быстрое развитие коматозного состояния характерно для:**

1. гиперосмолярной комы,
2. уремической,
3. гиперлактацидемической,
4. печеночной,
5. кетоацидотической.

5) **Применение электродефибрилляции показано при:**

1. асистолии желудочков,
2. фибрилляции желудочков,
3. апноэ,
4. блокаде правой ножки пучка Гиса,
5. блокаде левой ножки пучка Гиса.

6) **Промывать желудок при отравлении концентрированной кислотой необходимо:**

1. чистой водой,
2. раствором соды,
3. раствором сульфата магния,
4. раствором танина,
5. раствором солей кальция.

7) **Транспортная иммобилизация пострадавшего с повреждением поясничного отдела позвоночника должна проводиться:**

1. на жесткой поверхности спиной,
2. на жесткой поверхности спиной с подложенным под поясничный отдел валиком,
3. на мягких носилках животом с подложенными под грудь и ноги валиками,
4. на мягких носилках спиной с подложенным под голову валиком,
5. правильно 2, 3,
6. правильно 2, 4,
7. допустимы все способы.

8) **Боль при острой кишечной непроходимости:**

1. всегда носит локальный характер,
2. начинаясь локально быстро переходит в разлитую,
3. начинаясь диффузно быстро принимает локальный характер,
4. не характерна,
5. нет правильных ответов.

9) **К постоянным ранним жалобам больных ботулизмом относят:**

1. слабость, головокружение, тошноту;
2. "туман", двоение предметов перед глазами;
3. ощущение комка в горле, поперхивание при глотании, дисфонию;
4. правильные все ответы;
5. правильно все за исключением 3;
6. правильно все за исключением 2;
7. нет правильных ответов.

10) **Больные с вирусным гепатитом подлежат госпитализации:**

1. в продромальном периоде;
2. в желтушном периоде;
3. при тяжелых и осложненных формах;
4. правильно 2, 3;
5. правильные все ответы.

11) **От какого фактора не зависит тяжесть поражения электротоком?**

1. физических параметров тела;
2. времени суток;
3. общего состояния организма;
4. пути прохождения тока ("петля тока");
5. длительности контакта с токонесущим предметом.

12) 36-летний мужчина вечером, будучи в нетрезвом состоянии, упал на лестнице своего дома. В тот же вечер в травматологическом пункте на поверхности лобной области были наложены швы и больной был отправлен домой. Проснувшись утром, больной отметил головные боли диффузной локализации и тошноту. Решив, что это является следствием злоупотребления алкоголем накануне, выпил еще «с целью опохмелиться» стакан водки. Через час был обнаружен лежащим на полу соседкой, которая вызвала скорую помощь. Врач, приехавший на вызов, обнаружил больного лежащим на полу в рвотных массах, от которых исходил запах алкоголя. Получив информацию от соседки о том, что больной длительное время злоупотреблял алкоголем, неоднократно помещался в медвытрезвитель, врач ограничился поверхностным исследованием. Пульс у больного был 55/мин, удовлетворительного наполнения. На болевые раздражители больной реагировал гримасой боли. Зрачки D>S с сохранной фотореакцией. Поставив диагноз алкогольного опьянения и не оказав никакой помощи, врач уехал. Другая бригада СМП, повторно вызванная к больному через 2 часа, констатировала его смерть.

ВОПРОСЫ:

1. Какие ошибки были допущены врачом СМП?

2. Каков предположительный диагноз?

13) Больной, мужчина 27 лет, был доставлен с улицы линейной бригадой СМП в приемное отделение. Жалобы на головную боль, тошноту, однократную рвоту, головокружение, общую слабость, кратковременную потерю сознания. Из анамнеза заболевания известно, что в этот день он выпил 200 г водки, был избит неизвестными, потерял сознание на улице и очнулся в машине скорой помощи.

Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. В сознании, возбужден. Множественные следы ушибов головы, туловища. Пульс 72/мин, ритмичный, АД—130/80 мм рт. ст. В неврологическом статусе: ригидность мышц затылка, положительные симптомы Кернига, Брудзинского. Зрачки округлой формы D = S, реакция их на свет сохранена. Мелкоразмашистый горизонтальный нистагм при взгляде в стороны. Парезов нет.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз?

2. Тактика ведения больного?

14) Повод к вызову — «ребенок 1 год, травма». По приезде установлено, что ребенок около часа назад выпал из коляски, момент падения никто не видел. После короткого периода возбуждения мать успокоила ребенка. При осмотре ребенок спокоен, по органам без патологии, неврологический статус без очаговой симтоматики. Врач предложил госпитализацию, от которой мать отказалась.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз врача, обоснование?

2. Тактика врача в данной ситуации?

15) Мужчина 30 лет, был избит на улице. На момент осмотра в машине СМП – сознание ясное, очагов симптомов нет, жалобы на головную боль, тошноту. Во время транспортировки генерализованные судороги тонико-клонического характера в течение 2 мин., затем без сознания на болевые раздражители реакция отсутствует, зрачки D=S, фотореакции нет. АД 180/100. ЧСС 50 мин., ЧД 12 в мин. с периодическим апноэ.

ВОПРОСЫ:

1. Ваш диагноз?

2. Тактика оказания помощи?

16) Пострадавший мужчина 40 лет, в результате ДТП. На момент прибытия СМП: сознание отсутствует, на болевые раздражители реакции нет, зрачки D=S, средние, фотореакция отсутствует. Очаговой, менингиальной симптоматики не выявлено. В области лба ушибленная рана, параорбитальная гематома, истечение крови из носовых ходов, наружного слухового прохода. Других повреждений нет. ЧД 18 в мин., АД 110/70, ЧСС 60 в мин.

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз?

2. Тактика оказания помощи и госпитализации?

2.4 Критерии оценки (шкала оценивания)

Результаты тестирования оцениваются по 5-ти бальной системе.

Оценка формируется в соответствии с таблицей:

|  |  |
| --- | --- |
| Количество правильных ответов (%) | Оценка |
| 90-100 | отлично |
| 80-89 | хорошо |
| 70-79 | удовлетворительно |
| Меньше 70 | неудовлетворительно |

**3 Текущий контроль**

3.1 Текущий контроль знаний используется для оперативного и регулярного управления учебной деятельностью обучающихся. Текущий контроль успеваемости осуществляется в ходе повседневной учебной работы по инициативе преподавателя.

3.2 Описание оценочных средств

Текущий контроль проводится в начале каждого лекционного занятия в виде устного опроса или рассмотрения ситуационной задачи[[1]](#footnote-1) по предыдущей теме.

Длительность устного опроса составляет 10 минут.

Текущий контроль может осуществляться в виде зачета по отдельным частям учебной дисциплины, после завершения теоретического и практического обучения. Зачет проводится в форме устного опроса.

Длительность зачета составляет 20 минут.

3.3 Задания для текущего контроля по разделам (темам).

Перечень вопросов для устного опроса и ситуационных задач:

**Раздел (тема) 1. Организация скорой медицинской помощи .**

1) Организационные модели скорой медицинской помощи в России и за рубежом

2) Структура и задачи учреждений скорой медицинской помощи

3) Организация оперативного отдела

4) Количественные показатели деятельности учреждений скорой медицинской помощи и их интерпретация

5) Качественные показатели деятельности учреждений скорой медицинской помощи и их интерпретация

6) Принципы управления бригадами скорой медицинской помощи

7) Документы, регламенитирующие работу учреждений скорой медицинской помощи

8) Учетные формы и правила их заполнения

9) Место и принципы работы учреждений скорой медицинской помощи в системе ОМС

10) Принципы управления качеством оказания скорой медицинской помощи

**Раздел (тема) 2. Анестезиология, реаниматология и интенсивная терапия**

1) Стадии терминального состояния

2) Диагностика состояния клинической смерти

3) Патогенез геморрагического шока

4)Клиническая классификация геморрагического шока

5) Принципы инфузионной терапии гиповолемических шоков

6)Анестезиологическое пособие на догоспитальном этапе

7) Методы искусственной вентиляции на догоспитальном этапе

8) Методы восстановления и поддержания проходимости дыхательных путей

9) Критерии степени тяжести травматического шока

10) Методы сердечно-легочной реанимации

**Раздел (тема) 3. Неотложная помощь при заболеваниях сердечно-сосудистой и дыхательной систем**

1. Диагностика и экстренная медицинская помощь при гипертензивных кризах
2. Дифференциальная диагностика пароксизмальных нарушений ритма сердца
3. Диагностические признаки острого коронарного синдрома
4. Мероприятия сердечно-легочной реанимации при внезапной сердечной смерти
5. Диагностика оказание медицинской помощи при острых блокадах сердца
6. Тромбоэмболия легочной артерии: диагностика, экстренная медицинская помощь на догоспитальном этапе
7. Острая дыхательная недостаточность – клиническая классификация
8. Принципы оказания экстренной медицинской помощи при острой дыхательной недостаточности
9. Дифференциальный диагноз бронхиальной астмы
10. Острые пневмонии – клиника, оказание скорой медицинской помощи

**Раздел (тема) 4. Острые хирургические заболевания и травмы органов груди и живота**

1. Охарактеризуйте клиническую картину, методы диагностики и симптомы острого аппендицита. Дифференциальная диагностика с другими острыми хирургическими заболеваниями. Лечение и тактика на догоспитальном этапе.
2. Охарактеризуйте клиническую картину, методы диагностики и симптомы острого панкреатита. Дифференциальная диагностика с другими острыми хирургическими заболеваниями, инфарктом миокарда. Лечение и тактика на догоспитальном этапе.
3. Охарактеризуйте клиническую картину, методы диагностики и симптомы перфоративной язвы желудка и 12 – перстной кишки. Дифференциальная диагностика с другими острыми хирургическими заболеваниями. Лечение и тактика на догоспитальном этапе.
4. Охарактеризуйте клиническую картину, методы диагностики и симптомы гастродуоденальных кровотечений. Дифференциальная диагностика с другими острыми хирургическими заболеваниями. Лечение и тактика на догоспитальном этапе.
5. Охарактеризуйте клиническую картину, методы диагностики и симптомы закрытой травмы живота. Дифференциальная диагностика с другими острыми хирургическими заболеваниями. Лечение и тактика при комбинированный травме на догоспитальном этапе.
6. Охарактеризуйте клиническую картину, методы диагностики и симптомы при закрытой травме груди, ранениях груди и живота. Лечение и тактика на догоспитальном этапе.

**Раздел (тема) 5. Травмы и заболевания глаза**

1) Клиника флегмоны века. Первая помощь. Тактика ведения больного бригадой СМП.

2) Клиническая картина флегмоны глазницы. Первая помощь. Тактика бригады СМП.

3) Острый конъюктивит. Клиника. Диагностика на догоспитальном этапе. Первая помощь и тактика бригады СМП.

4) Острый ирит. Клиническая картина. Диагностика. Первая помощь на догоспитальном этапе. тактика ведения больных.

5) Острый приступ первичной глаукомы. Симптоматика. Диагностика на догоспитальном этапе. Первая помощь бригадой СМП. Тактика.

6) Острый приступ вторичной глаукомы. Клиника. Диагностика на догоспитальном этапе. Первая помощь, тактика бригады СМП.

7) Клиническая картина ранения века и конъюктивы диагностика на догоспитальном этапе.

8) Инородное тело в конъюктивальном мешке. Диагностика. Первая помощь и тактика на догоспитальном этапе.

9) Ранение глазного яблока. Диагностика на догоспитальном этапе. Первая помощь, тактика бригады СМП.

10) Ранение глазницы. Диагностика, первая помощь и тактика в условиях СМП.

**Раздел (тема) 6. Травмы и заболевания ЛОР-органов**

1) Кровотечения из носа. Клиника, причины. Оказание помощи на догоспитальном этапе. Тактика бригады СМП.

2) Кровотечение из глотки. Клиника. Неотложная помощь. Тактика бригады СМП.

3) Кровотечение из гортани. Клиника. Неотложная помощь. Тактика бригады СМП.

4) Кровотечение из пищевода. Клиника. Неотложная помощь. Тактика бригады СМП.

5) Кровотечение из уха. Клиника. Неотложная помощь. Тактика бригады СМП.

6) Травмы носа. Признаки травмы носа. Неотложная помощь. Тактика СМП.

7) Травмы придаточных пазух носа. Симптоматика.. Неотложная помощь. Тактика СМП.

8) Травмы носоглотки и глотки. Симптоматика. Неотложная помощь. СМП.

9) Травмы гортани и трахеи. Виды травм. Симптоматика. Неотложная помощь. Тактика СМП.

10) Травмы уха. Виды травм. Симптоматика. Неотложная помощь. Тактика бригады СМП.

**Раздел (тема) 7. Заболевания и травмы нервной системы**

1) Патогенез черепно-мозговой травмы

2) Классификация черепно-мозговой травмы

3) Неврологическое обследование на догоспитальном этапе

4) Клиническая симптоматика сотрясения, ушиба и сдавления мозга

5) Экстренная медицинская помощь при черепно-мозговой травме на догоспитальном этапе

6) Преходящие нарушения мозгового кровообращения: клиника, тактика, экстренная медицинская помощь на догоспитальном этапе

7) Диагностика церебрального инсульта на догоспитальном этапе

8) Современный стандарт скорой медицинской помощи при церебральном инсульте

9) Методика определения глубины угнетения сознания

10) Позвоночно-спинномозговая травма. Симптоматика. Экстренная медицинская помощь. Тактика бригады СМП.

**Раздел (тема) 8. Травмы опорно-двигательной системы**

1) Диагностика и экстренная медицинская помощь при повреждениях магистральных сосудов

2) Диагностика и экстренная медицинская помощь при переломах трубчатых костей

3) Диагностика и экстренная медицинская помощь при травматическом вывихе

4) Диагностика и экстренная медицинская помощь при повреждениях позвоночника

5) Принципы эвакуации пострадавших

6) Диагностика и экстренная медицинская помощь при повреждениях грудной клетки

7) Диагностика и экстренная медицинская помощь при повреждениях костей таза

8) Диагностика и экстренная медицинская помощь при повреждениях живота

9) Диагностика и экстренная медицинская помощь при политравме

**Раздел (тема) 9. Акушерско-гинекологическая патология**

1. Клиническое течение родов. Современные методы обезболивания родов.
2. Неотложная помощь при  угрожающем  аборте  на  догоспитальном этапе.
3. Нарушенная внематочная беременность. Клиника, дифференциальная диагностика. Неотложная помощь.
4. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Осложнения. Предлежание плаценты. Клиника, дифференциальная диагностика. Неотложная помощь.
5. «Острый живот» у беременных. Причины, клиника, диагностика, лечение.
6. Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах. Клиника, диагностика, неотложная помощь.
7. Эклампсия. Возможные осложнения. Неотложная помощь.

**Раздел (тема) 10. Психические заболевания**

1) Основные психопатологические синдромы

3) Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя

4) Шизофрения: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, экстренная медицинская помощь на догоспитальном этапе.

5) Эпилепсия: этиология, диагностика, классификация эпилептических припадков, особенности психических расстройств при эпилепсии

6) Классификация и характеристика психофармакологических препаратов

7) Маниакально-депрессивный синдром: этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, экстренная медицинская помощь на догоспитальном этапе.

**Раздел (тема) 11. Острые экзогенные отравления**

1. Охарактеризуйте клиническую картину, методы диагностики и симптомы отравлений прижигающими ядами. Лечение и тактика на догоспитальном этапе.
2. Охарактеризуйте клиническую картину, методы диагностики и симптомы отравлений этиловым алкоголем и суррогатами алкоголя. Лечение и тактика на догоспитальном этапе.
3. Охарактеризуйте клиническую картину, методы диагностики и симптомы отравлений психотропными и наркотическими препаратами. Лечение и тактика на догоспитальном этапе.
4. Охарактеризуйте клиническую картину, методы диагностики и симптомы отравлений продуктами горения (дымами), отравление монооксидом углерода (угарным газом). Лечение и тактика на догоспитальном этапе.
5. Охарактеризуйте клиническую картину, методы диагностики и симптомы отравлений кардиотоксическими ядами, инсектицидами (антихолинэстеразными ядами). Лечение и тактика на догоспитальном этапе.
6. Охарактеризуйте клиническую картину, методы диагностики и симптомы отравлений ядами ядами животного и растительного происхождения. Лечение и тактика на догоспитальном этапе.

**Раздел (тема) 12. Термические, ионизирующие и комбинированные поражения**

1) Классификация термических ожогов

2) Ожоговая болезнь, клиника, экстренная медицинская помощь

3) Ожоговый шок, клиника, экстренная медицинская помощь на догоспитальном этапе

4) Обезболивание ожоговых больных

5) Термоингаляционная травма, клиника, экстренная медицинская помощь на догоспитальном этапе

6) Химические ожоги, клиника, экстренная медицинская помощь на догоспитальном этапе

7) Отморожения: клиника, классификация, экстренная медицинская помощь на догоспитальном этапе

8) Общее переохлаждение: клиника, классификация, экстренная медицинская помощь на догоспитальном этапе

**Раздел (тема) 13. Инфекционные заболевания**

1. Менингококковая инфекция. Этиология. Эпидемиология. Профилактика.
2. Бешенство. Этиология. Эпидемиология. Профилактика
3. Холера. Этиология. Эпидемиология. Профилактика.
4. Дифтерия. Этиология. Эпидемиология. Профилактика.
5. Стрептококковые инфекции (скарлатина). Этиология. Эпидемиология. Профилактика.
6. Корь. Этиология. Эпидемиология. Профилактика.
7. Краснуха. Этиология. Эпидемиология. Профилактика

**Раздел (тема) 14. Неотложные состояния, интенсивная терапия и реанимация в педиатрии**

1. Гипертермический синдром: этиология, патогенез, клиника, экстренная медицинская помощь на догоспитальном этапе
2. Судорожный синдром: этиология, патогенез, клиника, экстренная медицинская помощь на догоспитальном этапе
3. Интенсивная терапия при шоковых состояниях у детей на догоспитальном этапе

4) Интенсивная терапия при обструкции на уровне верхних дыхательных путей

5) Интенсивная терапия при обструкции на уровне нижних дыхательных путей

6) Интенсивная терапия при острой церебральной недостаточности на догоспитальном этапе

7) Интенсивная терапия при острой циркуляторной недостаточности на догоспитальном этапе

8) Диагностика критического состояния у детей

**Раздел (тема) 15. Острые заболевания и травмы в урологии**

1. Почечная колика. При каких заболеваниях может быть почечная колика. Тактика бригады скорой помощи при ведении больного с почечной коликой.
2. Почечная колика. Симптомокомплекс. Диагностика на догоспитальном этапе. Тактика бригады скорой помощи.
3. Лечебные мероприятия на догоспитальном этапе при почечной колике.
4. Гематурия. Определение гематурии. Тактика бригады скорой медицинской помощи.
5. Задержка мочи и анурия. Понятие. Отличие задержки мочи от анурии. Тактика бригады скорой помощи.
6. Острая задержка мочи. Опорожнение мочевого пузыря на догоспитальном этапе. Противопоказания при ОЗМ на догоспитальном этапе.

3.4 Перечень вопросов к зачету (не более 10)

1) Менингококковая инфекция. Этиология. Эпидемиология. Профилактика.

2) Диагностика критического состояния у детей

3) Обезболивание ожоговых больных

4) Основные психопатологические синдромы

5) Методика определения глубины угнетения сознания

6)Экстренная медицинская помощь при гипертензивных кризах

7) Методы сердечно-легочной реанимации

8) Качественные показатели деятельности учреждений скорой медицинской помощи и их интерпретация

3.5 Рекомендации по оцениванию устных ответов и ситуационных задач, зачета при текущем контроле

*Критерии оценки устных ответов:*

– правильность ответа по содержанию задания (количество и характер ошибок при ответе);

– полнота и глубина ответа (количество усвоенных фактов, понятий и т.п.);

–понимание излагаемого материала;

– логика изложения материала;

– рациональность использованных приемов и способов решения поставленной учебной задачи;

– своевременность и эффективность использования наглядных пособий и технических средств при ответе;

– использование дополнительного материала;

– рациональность использования времени, отведенного на задание.

*Оценка «Отлично»* ставится, если обучающийся:

1) полно и аргументированно отвечает по содержанию задания;

2) обнаруживает понимание материала, может обосновать свои суждения, применить знания на практике, привести необходимые примеры не только по учебнику, но и самостоятельно составленные;

3) излагает материал последовательно и правильно.

*Оценка «Хорошо»* ставится, если обучающийся дает ответ, удовлетворяющий тем же требованиям, что и для оценки «*Отлично*», но допускает 1-2 ошибки, которые сам же исправляет.

*Оценка «Удовлетворительно»* ставится, если обучающийся обнаруживает знание и понимание основных положений данного задания, но:

1) излагает материал неполно и допускает неточности в определении понятий или формулировке правил;

2) не умеет достаточно глубоко и доказательно обосновать свои суждения и привести свои примеры;

3) излагает материал непоследовательно и допускает ошибки.

*Оценка «Неудовлетворительно»* ставится, если обучающийся обнаруживает незнание ответа на соответствующее задание, допускает ошибки в формулировке определений, искажающие их смысл, беспорядочно и неуверенно излагает материал. Оценка «*Неудовлетворительно*» отмечает такие недостатки в подготовке обучающегося, которые являются серьезным препятствием к успешному овладению последующим материалом.

*Критерии оценки ситуационных заданий (вопросов для обсуждения)*

*1) Оценка «Отлично».*

Выполнен заданный объем работы, ответ обучающегося полный и правильный. Обучающийся способен обобщить материал, сделать собственные выводы, выразить свое мнение, привести иллюстрирующие примеры.

*2) Оценка «Хорошо»*

Выполнено 75 % работы, ответ обучающегося правильный, но неполный. Не приведены иллюстрирующие примеры, обобщающее мнение обучающегося недостаточно четко выражено.

*3) Оценка «Удовлетворительно».*

Выполнено 50 % работы, ответ правилен в основных моментах, нет иллюстрирующих примеров, нет собственного мнения обучающегося, есть ошибки в деталях и/или они просто отсутствуют.

*4) Оценка «Неудовлетворительно».*

Выполнено менее 50 % работы, в ответе существенные ошибки в основных аспектах темы.

*Оценивание обучающегося на зачете*

|  |  |
| --- | --- |
| Оценка зачета | Требования к знаниям |
| зачтено | Оценка «зачтено» выставляется обучающемуся, твердо знающему учебный материал, грамотно его излагающему, правильно применяющему теоретические положения при решении практических задач, владеющему необходимыми навыками и умениями, правильно отвечающему на дополнительные вопросы по теме. |
| незачтено | Оценка «зачтено» выставляется обучающемуся, который не знает значительной части учебного материала, неуверенно отвечает, допускает серьезные ошибки, не может сформулировать отдельные выводы и обобщения по тема вопроса |

**4 Промежуточный контроль**

4.1ФОС для промежуточной аттестации обучающихся предназначен для оценки степени достижения запланированных результатов обучения по завершению изучения дисциплины в установленной учебным планом форме и позволяет определить качество усвоения изученного материала.

4.2 Описание оценочных средств

ФОС промежуточной аттестации состоит из тестовых вопросов, оценки практических навыков и умений и собеседования по пройденным темам.

Тестирование проводится на кафедре медицинской кибернетики и информатики ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России

Длительность промежуточной аттестации составляет 120 минут.

4.3 Задания для промежуточного контроля

4.3.1 Вопросы тестирования промежуточного контроля знаний обучающихся

Выберите один правильный ответ.

1. Симптом Ситковского наблюдается при
1) остром холецистите
2) остром панкреатите
3) остром аппендиците
4) почечной колике
3.
2. Защитное мышечное напряжение характерно для
1) острого перитонита
2) отечной формы панкреатита
3) инвагинации кишечника
4) желудочного кровотечения
 1.
3. Симптом Кохера наблюдается при остром
1) аппендиците
2) холицистите
3) парапроктите
4) панкреатите
1.
4. Синдром, характерный для повреждения паренхиматозных органов брюшной полости
1) острый перитонит
2) нарушение функции желудочно-кишечного тракта
3) внутреннее кровотечение
4) острая дыхательная недостаточность
3.
5. Общими симптомами гемоторакса являются:
1) одышка
2) ограничение дыхательных экскурсий грудной клетки
3) перкуторная тупость на стороне поражения
4) ослабление дыхательных шумов
и голосового дрожания на стороне поражения
5) бледность кожных покровов
6) прогрессирующее падение АД
7) тахикардия

5,6,7

6. Что характерно для наружного клапанного /напряженного/ пневмоторакса?

1) эмфизема мягких тканей области раны;

2) баллотирование средостения;

3) сдавление легкого противоположной стороны;

4) смещение средостения в сторону спавшегося легкого;

5) смещение средостения в противоположную сторону.

5.

7) Признаки остро прервавшейся внематочной беременности

А. боли внизу живота

Б. кровянистые выделения из половых путей

В. диарея

Г. головная боль

(А)

8) Внутреннее кровотечение возникает в случае

А. Неполного выкидыша

Б. Разрыва яичника

В. Предлежания плаценты

Г. Эрозии шейки матки

(Б)

9) При внутреннем кровотечении женщину необходимо уложить :

А. С поднятым головным концом

Б. С опущенным головным концом

В. Оставить в положении стоя

Г. Оставить в положении сидя

 (Б)

10) Культя пуповины после наложения скобки обрабатывается

А. 5% йодом

Б. Фурацилином

В. Йодинолом

Г. 5% перманганатом калия

 (Г)

11) Лечебно-охранительный режим при тяжелой преэклампсии обеспечивается введением

А. Эуфиллина

Б. Дроперидола и седуксена

В. Синестрола и сигетина

Г. Анальгина

 (Б)

12) Патологической является кровопотеря в родах

А. 500 мл

Б. 300 мл

В. 0,3% от массы тела

Г. 0,1% от массы тела

 (А)

**4.3.2 Задания для определения практических навыков и умений**

**Тема 1. Организация скорой медицинской помощи**

1) Провести экспертную оценку оформленной карты вызова 110/У

2) Провести экспертную оценку оформленного сопроводительного листа 114/У

3) Сформировать сводку показателей работы станции скорой медицинской помощи и оценить качественные показатели за сутки

4) Сформировать сводку показателей работы станции скорой медицинской помощи и оценить количественные показатели за сутки

5) Оценить работу станции скорой медицинской помощи за предыдущий год, используя статистическую форму № 40

6) Дать прогноз обращаемости населения за скорой медицинской помощью на следующий год на основе утвержденной формы годового отчета

**Тема 2. Анестезиология, реаниматология и интенсивная терапия**

1) Мероприятия простейшей сердечно-легочной реанимации на тренажере

2) Интубация трахеи на тренажере

3) Коникотомия на биоманекене

4) Электрическая дефибрилляция сердца при различных механизмах остановки кровообращения

5) Мероприятия расширенной сердечно-легочной реанимации при различных механизмах остановки кровообращения

**Тема 3. Неотложная помощь при заболеваниях сердечно-сосудистой и дыхательной систем**

1. Больная С., 17 лет, обратилась за скорой помощью с жалобами на слабость, головокружение, учащенное сердцебиение. Приступ сердцебиения возник 10 минут назад, внезапно без видимой причины. Страдает пароксизмальной тахикардией в течении 2х лет. Проходила обследование в стационаре, патологических изменений в сердце не обнаружено. Иногда приступы купируются самопроизвольно, иногда после натуживания. До момента обращения самостоятельно пыталась справиться с сердцебиением путем натуживания. Из лекарственных препаратов приступы купируются изоптином.

При осмотре состояние средней тяжести, кожные покровы бледные. Пульс слабого наполнения, ритмичный, частый. Тоны сердца правильные, ритмичные, ЧСС=192 в мин. АД=100/70 мм Hg. Со стороны других органов и систем отклонений не выявлено.

Возможность записи ЭКГ отсутствует.

Вопрос: какая наиболее вероятная причина тахикардии? Какие способы восстановления ритма следует применить?

Ответ:

Наиболее вероятной является пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия. Лечение следует начать с использования вагусных приемов, введения АТФ в/в, использования антагонистов калия (изоптин, финоптин), амиодарона.

1. Больной Н., 42 года, в течение ряда лет страдает остеохондрозом шейного отдела позвоночника, в анамнезе случаи кратковременной потери сознания. Обратился в скорую медицинскую помощь после очередного эпизода кратковременной потери сознания. На момент осмотра жалоб не предъявляет, чувствует себя удовлетворительно. Потеря сознания произошла в момент рассматривания состояния потолка.

При осмотре бригадой скорой медицинской помощи общее состояние удовлетворительное, кожные покровы телесного цвета. Дыхание везикулятное, хрипов нет. ЧДД=16 в мин. Пульс хорошего наполнения, ритмичный. Тоны сердца ясные, ритмичные, правильные. ЧСС=88 в мин., дефицит пульса отсутствует. АД=120/70 мм Hg. Со стороны остальных органов и систем отклонений не наблюдается.

По ЭКГ синусовый ритм 88 в минуту. Р=0,10 сек., PQ=0,16 сек., QRS=0,08 сек. Признаки острой коронарной патологии отсутствуют.

Вопрос: какая причина появления обморока у больного? Требуется ли госпитализация?

Ответ:

Наиболее вероятной причиной обморока является нарушение кровоснобжения головного мозга в вертебро-базилярных отделах. Госпитализация не требуется.

1. Бригада скорой медицинской помощи вызвана к больной К., 72 лет, в связи с возникшим кровохарканьем. Кроме кровохарканья, пациентку беспокоят умеренная одышка в покое, усиливающаяся при незначительной нагрузке, колющие боли в нижних отделах грудной клетки справа, умеренная общая слабость, повышение температуры тела до 37,4.

Ухудшение самочувствия в течение 2-х дней. В анамнезе тромбофлебит глубоких вен правой голени.

При осмотре больная в сознании, состояние среднеё степени тяжести. Кожные покровы чистые, обычной окраски, нормальной влажности, легкий цианоз губ. Дыхание везикулярное, ослаблено, в нижних отделах справа крепитирующие хрипы. ЧДД=24 в мин. Пульс ритмичный, хорошего наполнения. Тоны сердца ритмичные, шумы отсутствуют. ЧСС=96 в мин. АД=130/90 мм Hg. Правая голень увеличена в объёме, выраженные трофические изменения на коже в области нижней трети голени. Со стороны остальных органов и систем отклонений не наблюдается.

По ЭКГ – синусовая тахикардия, 96 в мин. Патологических изменений не выявлено.

Вопросы:

1. Причина кровохарканья?
2. С какими заболеваниями необходима дифференциальная диагностика?
3. Требуется ли экстренная помощь и каком объёме?
4. Показания для госпитализации?

Ответ:

1. Инфаркт лёгкого у пациентки с подострой формой ТЭЛА.
2. Пневмония, туберкулёз, опухоль.
3. Оксигенотерапия, гепарин, аспирин.
4. Подозрение на ТЭЛА требует госпитализации пациентов, а данном случае имеется осложнение в виде развития инфаркта лёгкого.
5. Больной Н., 52 года, в течение ряда лет страдает ИБС, наблюдаются приступы стенокардии напряжения, снимающиеся приемом нитроглицерина. Наблюдается в поликлинике у кардиолога. Обратился в скорую медицинскую помощь с жалобами на инспираторную одышку, усиливающуюся в положении лежа, страх смерти. Одышка возникла около 20 минут назад около 2х часов ночи. Раньше ничего похожего не наблюдалось, одышка возникла впервые.

При осмотре бригадой скорой медицинской помощи общее состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, легкий цианоз губ, носогубного треугольника. Дыхание везикулятное, ослабленное, выслушиваются рассеянные сухие свистящие хрипы. ЧДД=26 в мин. Пульс хорошего наполнения, ритмичный. Тоны сердца ясные, ритмичные, правильные. ЧСС=88 в мин., дефицит пульса отсутствует. Со стороны остальных органов и систем отклонений не наблюдается. АД=140/90 мм Hg.

По ЭКГ синусовый ритм 88 в минуту. Р=0,10 сек., PQ=0,16 сек., QRS=0,08 сек. Признаки острой коронарной патологии отсутствуют.

Вопрос: какая причина появления одышки у больного? Требуется ли госпитализация в случае быстрого купирования одышки?

Ответ:

Интерстициальный отек легких, впервые возникший. Требуется обязательная госпитализация.

1. Вызов скорой помощи на приступ удушья.

Больной, 65 лет, мужчина. Страдает бронхиальной астмой более 10 лет.

При осмотре физическая активность сохранена. Сознание иногда возбуждается. Речь – сохранена. Частота дыхания учащена 40. Участие вспомогательных мышц, втяжение яремной ямки – не резко выражено. Дыхание при аускультации – свистящие хрипы в конце выдоха. Частота пульса – 95. Пиковая скорость выдоха 70% от нормы.

Частота приема бронхолитиков в последние 4-6 часов – использовались низкие дозы, эффективность не достаточная

Вопросы:

1. Определить степень тяжести приступа бронхиальной астмы?
2. Лечение?
3. Тактика?

Ответ:

1. Степень тяжести легкая.
2. Лечение: Вентолин 2,5 мг (1 небула) или сальгин 2,5 мг (1/2 флакона) через небулайзер в течение 5-10 мин., или беродуал 1-2 мл (20-40 капель через небулайзер в течение 5-10 мин. Оценить терапию через 20 мин. При неудовлетворительном эффекте повторить аналогичную ингаляцию бронхолитиков.

Тактика: Купировать приступ. Оставить на дому.

**Раздел (тема) 4. Острые хирургические заболевания и травмы органов груди и живота**

1) Больная, 50 лет, осмотрена врачом скорой медицинской помощи через 12 часов с момента заболевания. Жалобы при поступлении на резкую слабость, головокружение, жидкий стул калом черного цвета. Считает себя больной около 12 часов, когда появилась слабость, была рвота кофейной гущей с последующим 2-х кратным, обильным стулом жидким калом черного цвета. Язвенного анамнеза нет. Объективно: больная заторможена, сонлива. Кожные покровы и видимые слизистые бледного цвета. АД 90/40 мм.рт.ст., пульс 120 /мин. слабого наполнения. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, аускультативно — усиленные перистальтические шумы. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Диагноз, тактика, лечение?

2) Больной, 45 лет, при осмотре врачом СМП жалуется на интенсивную боль в верхней половине живота, внезапно появившуюся 2 часа назад. Из анамнеза известно, что больной длительно страдает язвенной болезнью желудка, в последние месяцы сильно похудел. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Частота пульса 84 удара в минуту. АД - 110/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, при пальпации резко напряжён, болезненен во всех отделах. Симптом Щёткина положительный.

Диагноз, тактика, лечение?

3) Мужчина, 32 лет, был придавлен бортом автомашины к забору. Сдавление пришлось на верхнюю часть живота. Кратковременно терял сознание. По возвращении сознания почувствовал резкое затруднение дыхания и боли в животе. Осмотрен врачом СМП через 2 часа после травмы. Состояние пострадавшего тяжелое, лежит на боку с поджатыми к животу ногами, бледен и безучастен к окружающему. Живот несколько вздут, умеренно напряжен, пальпация болезненна по всему животу. Симптом Щеткина-Блюмерга положителен. Определяется притупление перкуторного звука в отлогих частях живота.

Диагноз, тактика, лечение?

4) Больной, 43 лет, вызвал СМП через 2 часа после получения травмы в состоянии алкогольного опьянения с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся на вдохе. Со слов больного поскользнулся и упал на левый бок. При осмотре: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, влажные. АД 100/60 мм.рт.ст, ЧСС – 100 в минуту; больной лежит на левом боку, изменение положение тела вызывает боли в грудной клетке и животе. На левой половине грудной клетки имеются ссадины и кровоподтеки, локальная болезненность по ходу IX и X ребер слева по средней подмышечной линии. Живот не вздут, при пальпации резко болезнен и напряжен, положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Предварительный диагноз, дифференциальная диагностика.

Диагноз, тактика, лечение?

5) Больная, 40 лет, обратилась за СМП на вторые сутки с момента травмы с жалобами на сильные боли в правой половине живота, тошноту, двукратную рвоту. Больной себя считает с момента после отрезвления от алкогольного опьянения, когда почувствовала сильные боли в животе, особенно справа; они сопровождались тошнотой и рвотой съеденной пищей. С этими явлениями она оставалась дома и не обращалась за медицинской помощью. Постепенно состояние ухудшилось, боли в животе усилились, после чего и вызвала скорую помощь. При осмотре: общее состояние средней тяжести, кожа и видимые слизистые обычной окраски, на животе имеются ссадины и кровоизлияния. АД 130/80 мм.рт.ст, ЧСС – 110 уд. в минуту. Язык сухой, обложен белым налетом, живот равномерно вздут, слабо участвует в акте дыхания. Пальпаторно живот напряжен, положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Температура – 37,80С.

Диагноз, тактика, лечение?

6) Больной, 41 года, при осмотре врачом СМП с жалуется на головокружение и резкую слабость. Из анамнеза: В течение последних 5 дней беспокоили умеренные ноющие боли в эпигастральной области. Рано утром, около 8 часов назад, появилась сильная слабость, однократная рвота темной кровью со сгустками, боли в животе стихли, позже был обильный черный жидкий зловонный стул. На несколько минут потерял сознание, упал. Язвенный анамнез отсутствует. При осмотре: Общее состояние ближе к тяжелому. Удовлетворительное питание. Кожные покровы бледные, влажные. На лбу – свежая ссадина (ударился при падении). Пульс 100 ударов в мин, удовлетворительного наполнения. АД 100/70 мм рт ст. Язык чистый, сухой. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Per rectum: Ампула прямой кишки пуста, на перчатке следы черного жидкого кала.

Диагноз, тактика, лечение?

**Раздел (тема) 5. Травмы и заболевания глаза**

1) Какие из перечисленных заболеваний являются воспалительными заболеваниями глаз.

а) Острый конъюктивит.

б) Острый кератит.

в) Острый герит.

г) Острый придоциклит.

д) Все перечисленные.

2) Какие из перечисленных препаратов необходимо ввести в первую очередь на догоспитальном этапе при воспалительных заболеваниях глаз.

а) Внутримышечная инъекция разовой дозы пенициллина.

б) Болеутоляющие препараты анальгин

в) 0,01% р-р дексадона

г) Срочная госпитализация в глазной стационар.

д) Все ответы правильны.

3) Какова первая помощь при остром приступе глаукомы.

а) Дать 1-2 таблетки диакарба

б) Ввести 1 мл 2% промедола

в) Капли пилокарпина 1% по 1 капле 2-3 раза в оба глаза

г) Горячая ножная ванна

д) Правильны все ответы.

4) Какие признаки относятся к абсолютным признакам ранения склеры:

а) Зияние краев раны фиброзной оболочки глаза.

б) Наличие на поверхности глаза выпавших внутренних оболочек или содержимого глаза.

в) Наличие инородного тела глаза.

г) Правильны все ответы.

5) Какие лекарственные средства необходимо применить при ожогах глаз в условиях СМП.

а) Закапывание 0,25% - 0,5% р-ра дикаина.

б) Холодные примочки.

в) 10% - 30% р-р сульфацил натрия (альбуцид) или 0,2% р-р левомецитина.

г) Правильны все ответы.

6) Сколько минут нужно промывать глаз при попадании в глаз порошкообразного химического вещества:

а) 1-2 минуты.

б) 3-5 минут

в) 5-7 минут

г) более 10 минут.

**Раздел (тема) 6. Травмы и заболевания ЛОР-органов**

1. Травмы пищевода. Виды травм. Симптоматика. Неотложная помощь. Тактика бригады СМП.
2. Инородные тела носа. Клиника. Неотложная помощь. Тактика бригады СМП.
3. Инородные тела глотки. Симптоматика. Неотложная помощь. Тактика бригады СМП.
4. Инородные тела гортани, трахеи, бронхов. Симптоматика, выяснение анамнеза. Неотложная помощь. Тактика бригады СМП.
5. Инородные тела уха. Симптоматика. Неотложная помощь. Тактика бригады СМП.
6. Инородные тела пищевода. Симптоматика. Неотложная помощь. Тактика бригады СМП.

**Раздел (тема) 7. Заболевания и травмы нервной системы**

**1)** Вызов к женщине 28 лет. Повод — «удушье, замирание сердца».

При осмотре врачом СМП жалуется на затрудненное дыхание, ощущение остановки сердца, тяжести в эпигастральной области, метеоризм, понос, резкую слабость. В анамнезе: сотрясение головного мозга год тому назад, повышенное нервно-психическое напряжение в связи с бытовыми нагрузками в течени 1/2 года. Приступы, подобные настоящему, начались 3 месяца назад, их периодичность 1—2 раза в неделю. Обследовалась у терапевта и невропатолога амбулаторно, но результаты обследования неизвестны. При объективном исследовании отмечается гиперемия лица, бра- дикардия — 45—60 уд/мин, АД 80/60 мм рт. ст., температура тела 36,0°С, живот мягкий, безболезненный при пальпации. Зрачки сужены, реакция на свет сохранена. Очаговых неврологических симптомов не выявлено. ЭКГ — брадикардия, других изменений не выявлено.

ВОПРОСЫ:

Диагноз врача СМП?

Какова неотложная терапия?

Тактика врача на догоспитальном этапе?

2) Вызов к женщине 38 лет. Повод — «плохо с сердцем».

Врачом бригады СМП установлено, что в течение 3-х лет больная наблюдается у участкового терапевта и невролога по поводу «невроза» и «вегето-дистонии». Начало заболевания связывает со значительными стрессовыми нагрузками.

При осмотре жалуется на боли в сердце «прокалывающего» ха­рактера, головные боли, безотчетный страх. Настоящее ухудшение состояния отмечалось около часа назад, после очередной ссоры с мужем, когда почувствовала недомогание, ноющие боли в области сердца. Затем через некоторое время у больной начался приступ озноба, сопровождавшийся тремором, несмотря на комфортную внешнюю температуру. Усилились боли в области сердца, появилась головная боль, безотчетный страх.

При объективном исследовании: больная беспокойна, возбуждена, настойчиво просит оказать срочную помощь. Кожные покровы бледные. Сердце — границы в пределах нормы, тоны приглушены, тахикардия—120/мин, АД 180/100 мм рт. ст. (до возникновения приступа АД было нормальное или пониженное). Дыхание уча­щено, везикулярное. Температура тела 37,8°С. Со стороны других внутренних органов без патологии.

На фоне бледности кожных покровов отмечаются равномерно ши­рокие зрачки. Жалуется на жажду, отмечаются полидипсия и по- лиурия. Сухожильные и периостальные рефлексы повышены. Очаговых поражений нервной системы не выявляется, отмечается выраженная эмоциональная лабильность.

ВОПРОСЫ:

Какой диагноз может поставить врач СМГ1?

Какова неотложная терапия на догоспитальном этапе?

3) Повод к вызову — «прострелило шею». Больная, женщина 42 лет, жалуется на постоянные резкие боли в области шеи, которые усиливаются при движении головой. Боли возникли впервые 2 часа назад после физической нагрузки и длительного положения запрокидывания головы при производстве ремонта квартиры. Ранее в течение нескольких лет отмечала хруст в шее при повороте головы и онемение пальцев рук после ночного сна.

При осмотре врачом СМП отмечены кривошия с наклоном головы влево, ограничение движений шеей из-за болей, напряжение длинных мышц шеи слева, болезненность при пальпации шейных пара- вертебральных точек слева, а также левых над- и подключичных точек. Гиперестезия слева в области шеи и падплечья. Рефлексы па верхних конечностях не изменены.

Врачом СМП был поставлен диагноз — «шейный радикулит», ре­комендовано обратиться к участковому терапевту и неврологу.

ВОПРОСЫ:

1. Правильно ли в этом случае поставлен и сформулирован диагноз?

2. Нуждалась ли больная в неотложной терапии?

4) Повод вызова к 42-летнему больному — «без сознания».

Врач линейной бригады, приехавший к больному через 20 минут, обнаружил, что больной с трудом ходит по комнате, пошатываясь. Сознание сохранено, однако на вопросы отвечает невнятно, речь смазана, отмечается «гнусавость». Отдельные слова можно различить, но большинство из них непонятны. Больной пытался объяснить, что у него миастения, показывал выписку из истории болезни, просил сделать ему инъекцию прозерина. При объективном обследовании: пульс 86/мин, АД 110/80 мм рт. ст. Заподозрив, что больной находится в состоянии алкогольного опьянения, хотя явного запаха алкоголя изо рта не было, врач, не произведя неврологического исследования, уехал. Через 2 часа родственники боль­ного вновь вызвали скорую помощь. Приехавший врач провел экспертизу на алкогольное опьянение («стаканная проба») и, получив отрицательный результат, выполнил просьбу больного — ввел 2 мл 0,05% р-ра прозерина п/к, после чего у больного нормализовались речь и движения. Через день больной был госпитализирован в реанимационное отделение, где в связи с ухудшением состояния и нарушением дыхания переведен на искусственную вентиляцию легких.

ВОПРОСЫ:

Какие ошибки были допущены врачами

СМП в диагностике и лечении больного?

Диагноз?

Правильная тактика ведения больного?

5) Повторный вызов к 19-летнему больному по поводу того, что больного «парализовало». В течение трех последних недель, внезапно (Зраза) у больного возникло ощущение онемения в правой щеке, которое на протяжении нескольких минут постепенно распространилось на правую руку, правую половину тела и ногу. В этот момент больной ощутил слабость правых конечностей. Врач, который осмотрел больного через 30 минут после последнего эпизода, отметил, что больной в ясном сознании. Пульс 70/мин, ритмичный, АД 120/80 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов без патологии. Менингеальных симптомов нет. Очаговых поражений нервной системы не выявлено.

ВОПРОСЫ:

1. Какой диагноз врача СМП?
2. Какова его тактика?

6) Повод вызова врача СМП — «резкие головные боли у ребенка». При обследовании установлено, что у ребенка 12 лет после ангины возникла головная боль, появились непроизвольные жестикуляции и гримасы, причудливые движения паль-цами. Подергивания усиливаются при волнении и исчезают во сне. Пульс 72/мин, ритмичный, АД 105/70 мм рт. ст., систолический шум на верхушке сердца, температура 37,6°С.

В неврологическом статусе: менингеальных симптомов нет, отме­чаются выраженные непроизвольные хореиформные движения в мышцах лица, языке, верхних конечностях. Симптом Гордона — положителен, мышечная гипотония. Других очаговых неврологических симптомов нет.

ВОПРОСЫ:

* 1. Диагноз?
	2. Тактика ведения больного?

7) Повод вызова врача СМГ1 — «острая боль в пояснице».

При осмотре установлено, что больная 38 лет, рабочая механиче­ского цеха одного из заводов, после подъема груза почувствовала резкую боль в поясничной области. Объективно: напряжение длинных мышц поясничной области слева, сколиоз, сглаженность поясничного лордоза. Движения в поясничном отделе позвоночника ограничены во все стороны. Болезненность паравертебральных точек в области 4—5 поясничных позвонков. Симптомы Нери и Лассега резко выражены. Левый ахиллов рефлекс снижен. Гипалгезия в области наружной поверхности бедра и голени слева.

ВОПРОСЫ:

* + 1. Диагноз врача СМП?
		2. Неотложная терапия?
		3. Тактика ведения больного?

8) 36-летний мужчина вечером, будучи в нетрезвом состоянии, упал на лестнице своего дома. В тот же вечер в травматологическом пункте на поверхности лобной области были наложены швы и больной был отправлен домой. Проснувшись утром, больной отметил головные боли диффузной локализации и тошноту. Решив, что это является следствием злоупотребления алкоголем накануне, выпил еще «с целью опохмелиться» стакан водки. Через час был обнаружен лежащим па полу коммунальной кухни соседкой, которая вызвала скорую помощь. Врач, приехав­ший на вызов, обнаружил больного лежащим на полу в рвотных массах, от которых исходил запах алкоголя. Получив информацию от соседки о том, что больной длительное время злоупотреблял алкоголем, неоднократно помещался в медвытрезвитель, врач ограничился поверхностным исследованием. Пульс у больного был 55/мин, удовлетворительного наполнения. На уколы больной pea- гировал гримасой боли. Зрачки D>S с сохранной фотореакцией. Поставив диагноз алкогольного опьянения и не оказав никакой помощи, врач уехал. Другая бригада СМП, повторно вызванная к больному через 2 часа, констатировала его смерть.

ВОПРОСЫ:

* + - 1. Какие ошибки были допущены врачом СМП?
			2. Каков предположительный диагноз?

9) Больной, мужчина 27 лет, был доставлен с улицы линейной бригадой СМП в приемное отделение. Жалобы на головную боль, тошноту, однократную рвоту, головокружение, общую слабость, кратковременную потерю сознания. Из анамнеза заболевания известно, что в этот день он выпил 200 г водки, был избит неизвестными, потерял сознание на улице и очнулся в машине скорой помощи.

Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. В сознании, возбужден. Множественные следы ушибов головы, туловища. Пульс 72/мин, ритмичный, АД— 130/80 мм рт. ст. В неврологическом статусе: ригидность мышц затылка, положительные симптомы Кернига, Брудзинского. Зрачки округлой формы D = S, реакция их на свет сохранена. Мелкоразмашистый гори­зонтальный нистагм при взгляде в стороны. Парезов нет. Сухожильные рефлексы на руках и ногах повышены, зоны рефлексов расширены. Симптом Бабинского слева. Координаторно-мозжеч- ковые пробы выполняет с двух сторон. Интенционного тремора нет. Гипестезия болевой чувствительности по гемитипу слева.

ВОПРОСЫ:

* + - * 1. Диагноз врача СМП?
				2. Тактика ведения больного?

10) Повод вызова врача СМП к мужчине 45 лет— «парализовало».

Со слов жены, больной утром пожаловался на сильную головную боль в левой половине затылочной области, слабость и онемение в правых конечностях, особенно в руке. При вставании с постели резко наросла слабость в правых конечностях, нарушилась речь. С трудом выговаривал слова, плохо понимал речь окружающих, сознание не терял. В анамнезе гипертоническая болезнь около 6 лет, лечился амбулаторно, несистематически. При осмотре: общее состояние больного тяжелое, пульс 66/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 170/100 мм рт. ст. Акцент II тона над аортой.

В неврологическом статусе: ригидность затылочных мышц, поло­жительный симптом Кернига слева. Девиация языка вправо. Пра­восторонний гемипарез с преобладанием в руке; в плечевом суставе активные движения отсутствуют. В тазобедренном и коленном суставах объем движений полный, в голеностопном и пальцах стопы — резко ограничен. Правосторонняя гемигипестезия. Сухожильные рефлексы преобладают справа, рефлекс Бабинского с двух сторон. Моторная и элементы сенсорной афазии.

ВОПРОСЫ:

Диагноз врача СМП?

Неотложное лечение на догоспитальном этапе?

Тактика врача СМП?

**Раздел (тема) 8. Травмы опорно-двигательной системы**

1) Повод обращения за медицинской помощью: в результате дорожно-транспортного происшествия (столкновение 2-х автомобилей) один из пострадавших ударился левым бедром. Жалобы: боль в верхней трети левого бедра, невозможность двигать левой ногой.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной розовой окраски. Дыхание везикулярное проводится во всех отделах. ЧДД—16/мин. Пульс — 80/мин., ритмичный. АД — 130/80 мм рт. ст. Неврологических расстройств нет. Объективный статус: левая нога в вынужденном положении, ротирована кнаружи. Укорочение левой ноги на 5 см. Левая стопа теплая, розовой окраски, чувствительность и движения в ней со­хранены. Движения в левом тазобедренном и коленном суставах: активные отсутствуют, пассивные резко ограничены, болезненны. При пальпации левого бедра в верхней его трети резкая болезненность, крепитация, патологическая подвижность.

ВОПРОСЫ:

* 1. Диагноз.
	2. Тактика лечения.
	3. Сортировочное заключение.
	4. Особенности транспортировки.
	5. Профиль стационара.

2) Повод обращения за медицинской помощью: в результате дорожнотранспортного происшествия (автомобиль столкнулся с препятствием) один из пассажиров ударился правой половиной грудной клетки и правой рукой.

Жалобы: боль в правой половине грудной клетки, усиливающаяся при глубоком дыхании. Боль в правом плече, самостоятельно не может двигать правой рукой.

Общее состояние удовлетворительное. В сознании, контактен, об­стоятельства травмы помнит. Кожные покровы бледно-розовой окраски, чистые. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. ЧДД — 16/мин., АД 120/70 мм рт. ст. Пульс — 80/мин., ритмичный. Неврологических расстройств нет.

Объективный статус: при пальпации грудной клетки резкая болез­ненность в области 4—5 ребер по передне-подмышечной линии. Крепитации, патологической подвижности, подкожной эмфиземы нет. Деформация правого плеча па границе н/3 и ср/3, укорочение правого плеча на 3 см. Активные движения в правой руке отсутствуют, пассивные резко ограничены, болезненны. При пальпации правого плеча на границе н/3 и ср/3 резкая болезненность, крепитация, патологическая подвижность. Движения и чувствительность пальцев правой кисти сохранены.

ВОПРОСЫ:

* + 1. Диагноз.
		2. Тактика лечения.
		3. Особенности транспортировки.
		4. Профиль стационара направления.

3) Повод обращения за медицинской помощью: в результате дорожно-транспортного происшествия велосипедист сбит на улице автомобилем.

Жалобы: боль в правой голени, кровотечение из раны голени, не­возможность двигать правой ногой.

Общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, чистые. В сознании, контактен. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. ЧДД—16/мин. Пульс—120/мин., ритмичный. АД 100/70 мм рт. ст. Неврологических расстройств нет. Объективный статус: в верхней трети правой голени обширная ра­на с неровными краями, кровоточит, кровь темная. В ране видны отломки большеберцовой кости. Правая стопа теплая, чувствительность в ней сохранена. Пульс на артерии тыльной поверхности стопы определяется отчетливо. Активные движения в правой голени отсутствуют, пассивные резко болезненны. Крепитация, пато­логическая подвижность.

ВОПРОСЫ:

* + - 1. Диагноз.
			2. Тактика лечения.
			3. Сортировочное заключение.
			4. Транспортировка.
			5. Профиль отделения для госпитализации.

4) Повод обращения за медицинской помощью: в результате дорожно-транспортного происшествия (столкновения автомобилей) в момент аварии пассажир находился рядом с водителем, ударился правой ногой.

Жалобы: боль в правом тазобедренном суставе, не может двигать правой ногой.

Общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, чистые, хо­лодный липкий пот. В легких дыхание проводится во все отделы, везикулярное. ЧДД— 16/мин. Пульс— 112/мин., ритмичный. АД — 100/70 мм рт. ст. В сознании, контактен. Вял, несколько заторможен, о случившемся помнит, сознания не терял. Очаговых неврологических растройств нет.

Объективный статус: правая нога незначительно приведена, легкое сгибание в тазобедренном и коленном суставах. Ротация ноги внутрь. Укорочение ноги на 3 см, активные и пассивные движения отсутствуют. Ягодичная область на стороне повреждения имеет несколько большую округлость, паховая складка выглядит более рельефно. Правая стопа теплая, чувствительность сохранена. Пульс на тыльной поверхности стопы определяется отчетливо.

ВОПРОСЫ:

* + - * 1. Диагноз.
				2. Тактика лечения.
				3. Сортировочное заключение.
				4. Особенности транспортировки.
				5. Профиль отделения для госпитализации.

5) Повод обращения за медицинской помощью: в результате железнодорожной катастрофы один из пострадавших пассажиров упал с верхней полки, ударился головой и правой половиной грудной клетки.

Жалобы: головная боль, головокружение, тошнота, кровотечение из раны головы. Боль в правой половине грудной клетки. Невозможность из-за болей глубоко вздохнуть. При кашле боль в правой половине грудной клетки резко усиливается. Общее состояние средней тяжести. В сознании, контактен, ориентирован. Отмечает потерю сознания при травме. Кожные покровы бледно-розовой окраски, чистые. В легких дыхание несколько ослаблено. ЧДД — 16/мин. АД — 130/80 мм рт. ст. Пульс — 84/мин., ритмичный. В неврологическом статусе в момент осмотра горизонтальный нистагм.

Объективный статус: в области лба ушибленная рана размером 5X1,5 см, из раны темная кровь. В правой глазничной области гематома. При пальпации грудной клетки резкая болезненность, крепитация, патологическая подвижность 4, 5, 6, 7 ребер справа по переднеподмышечной линии, Подкожной эмфиземы нет. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания.

ВОПРОСЫ:

Диагноз.

Тактика лечения.

Сортировочное заключение.

Транспортировка.

Профиль отделения для госпитализации.

6) Повод обращения за медицинской помощью: в результате автодорожного происшествия (столкновения мотоцикла с автомобилем) один из пострадавших — пассажир мотоцикла получил сильный удар в область левого бедра.

Жалобы: боль в левом бедре, кровотечение из раны левого бедра, невозможность двигать левой ногой.

Общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, чистые. В сознании, контактен. Вял, заторможен. Холодный липкий пот. В легких дыхание проводится во все отделы, везикулярное. ЧДД — 20/мин., АД— 100/60 мм рт. ст., пульс 120/мин., ритмичный, сла­бого наполнения и напряжения. Живот мягкий, активно участвует в акте дыхания, симптомов раздражения брюшины нет. Очаговых неврологических расстройств нет.

Объективный статус: левая стопа теплая, чувствительность и дви­жения в ней сохранены. Пульс на тыльной поверхности левой стопы определяется отчетливо. В н/3 и ср/3 левого бедра но передне- внутренней поверхности рваная рана с неровными краями. Рана кровоточит, кровь темная. Левая голень и стопа ротированы кнаружи. Левое бедро укорочено, деформировано в и/3. При пальпации резкая болезненность, крепитация, патологическая подвижность в н/3.

ВОПРОСЫ:

Диагноз.

Тактика лечения.

Сортировочное заключение.

Транспортировка.

Профиль отделения для госпитализации.

**Раздел (тема) 9. Акушерско-гинекологическая патология**

 1) Роженица 22 лет (первая беременность, первые срочные роды) вызвала СМП с жалобами на головную боль и ухудшение зрения. Схватки по 40 секунд каждые 5 минут в течение 12 часов. АД 140/100 мм.рт.ст. Положение плода продольное. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 136 уд. в мин. Через 2 часа начались потуги, отошли воды. Внезапно у роженицы появились судороги.

Диагноз: Беременность 39-40 недель. Второй период срочных родов. Эклампсия.

Лечение: 1. Венозный доступ.

 2.Сульфат магния 25% -10 мл в/в.

 3.Диазепам 10 мг в/в.

 4. Госпитализация в род.дом.

 2) Повторнородящая 32 лет поступила в род.дом в 1 периоде родов со схватками средней силы. Данная беременность 4, две предыдущие закончились мед.абортом. Внезапно у роженицы появились локальные боли в животе, слабость, АД снизилось до 90/60 мм.рт.ст. Из влагалища появились умеренные кровянистые выделения. Сердцебиение плода глухое, 120 уд. в мин. Ваш диагноз?

Диагноз: Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

Лечение: 1. Венозный доступ.

 2.Физ.р-р 400 мл в/в.

 3.Ингаляция кислорода.

 4. Госпитализация в род.дом.

 3) Родился доношенный ребенок с двухкратным тугим обвитием пуповины вокруг шеи плода. Резкая бледность кожных покровов, отсутствие дыхания и рефлексов, сердцебиение 60 ударов в мин.

Диагноз: Бер. 39-40 нед. Срочные роды, 3 период. Асфиксия новорожденного тяжелой степени.

 Лечение: Отсасывание содержимого верхних дыхательных путей электроотсосом, согревание. ИВЛ (масочная) 40 дыханий в мин. (приказ № 372). Непрямой массаж сердца 15-30 сек. Раствор адреналина 1:10000 1 мл в вену пуповины.

 4) Пациентка 26 лет. Жалобы на боли в животе справа в течение 2 дней, слабость, головокружение. Боли иррадиируют в прямую кишку. В анамнезе одна беременность, которая закончилась выкидышем. Последняя менструация 1,5 месяца назад. Объективно: состояние удовлетворительное, кожа бледная, температура 37,2°С, пульс 84 уд/мин., АД 110/70, 105/70 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации болезненность в нижних отделах, больше справа. Матка несколько увеличена, смещение её вызывает резкую боль. Слева придатки матки не определяются. Справа от матки пальпируется опухолевидное образование тестоватой консистенции с нечёткими контурами. Выделения скудные, тёмно-коричневого цвета.

 Какая ситуация наиболее вероятна в данном случае?

1. Острый аппендицит.

2. Острый пельвиоперитонит.

3. Апоплексия яичника.

4. Прерывание внематочной беременности по типу трубного аборта.

 (2,4)

Лечение: 1. Венозный доступ.

 2.Физ.р-р 400 мл в/в.

 3.Госпитализация.

 5) За СМП обратилась больная 31 года. Жалобы на боли в животе, слабость, головокружение, тошноту. Заболела внезапно, на работе. Отмечает задержку менструации на 10 дней. Имела 3 беременности: срочные роды и два искусственных аборта. Объективно: состояние тяжёлое, резкая бледность, заторможенность. На вопросы отвечает с трудом. АД 80/40, 85/40 мм ртутного столба, пульс 140 уд/мин. слабого наполнения. Температура 36,6°С. Язык влажный. При пальпации живота отмечен симптом Куленкампфа (положительный симптом Щеткина-Блюмберга при абсолютно мягком животе) Выделения из матки тёмные, кровянистые, скудные.

 С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз в данном случае?

1. Перфоративная язва желудка.

2. Апоплексия яичника.

3. Разрыв селезёнки.

4. Внематочная беременность.

 (3,4)

 Лечение: 1. Венозный доступ.

 2.Физ.р-р 400 мл в/в.

 3.Ингаляция кислорода.

 4. Госпитализация.

 6) В СМП обратилась больная 22 лет с жалобой на выраженную слабость, головокружение после приступа острой боли в животе. Дома была кратковременная потеря сознания. Последняя менструация пришла в ожидаемый срок, 2 недели назад. Объективно: кожные покровы бледные, лоб влажный, АД 80/60 мм рт.ст. Пульс 128 ударов в 1 минуту. Живот мягкий, умеренная болезненность в гипогастральной области. Матка не увеличена. Придатки матки пальпаторно не определяются, небольшая болезненность справа. Бели светлые, слизистые.

Диагноз: 1. Нарушенная внематочная беременность?

 2. Апоплексия яичника? Гемаррагический шок 2.

 Лечение: 1. Венозный доступ.

 2.Физ.р-р 400 мл в/в струйно.

 3. Реополиглюкин 400 мл в/в

 4.Ингаляция кислорода.

 5. Госпитализация.

**Раздел (тема) 10. Психические заболевания**

1) Женщина 24 лет, злоупотребляет алкоголем в течение 8 лет. В течение последних 2 лет пьет запоями. В период запоев по утрам испытывает головную боль, потливость, сердцебиение. Во время последнего алкогольного эксцесса появилась тревога, подавленность, была двигательно-беспокойной, пыталась выпрыгнуть с балкона. Родственники вызвали дежурного психиатра.

Вопросы:

1..Назовите

2.Назовите описанные синдромы описанные симптомы.

3.Поставьте диагноз?

4.Каков прогноз расстройства?

5.Рекомендуемое лечение.

2) Больной злоупотребляет алкоголем в течение 5 лет. В период воздержания появляется раздражительность, снижается настроение, испытывает сильную тягу к спиртному. Для достижения «насыщения» ему требуются все большие дозы алкоголя, он является инициатором употребления алкоголя в компании. Часто забывает отдельные события предыдущего «застолья».

Вопросы:

1. Назовите описанные симптомы.
2. Назовите описанные синдромы
3. Поставьте диагноз?
4. Каков прогноз расстройства?
5. Рекомендуемое лечение.

3) «Стаж» алкоголизации у больного Н. около 20 лет. Длительность запоев составляет примерно одну неделю. В период запоя по утрам возникает сердцебиение, боли в области сердца, потливость, нарушения перистальтики, колебания артериального давления, беспокойство, снижение аппетита.

Вопросы:

1. Назовите описанные симптомы.
2. Назовите описанные синдромы.
3. Поставьте диагноз?
4. Каков прогноз расстройства?
5. Рекомендуемое лечение.

4) Подросток 17 лет, в течение 3 лет систематически употребляет алкоголь. Стремиться собрать компанию, постоянно ищет повод выпить. Порой забывает моменты прошедшей выпивки. Дозы алкоголя постоянно увеличиваются.

Вопросы:

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
4. Каковы лечебные рекомендации?

5) Больной В., злоупотребляет алкоголем на протяжении 15 лет. В последние 2 года употребление носит постоянный характер, пьет по несколько дней подряд, прекращение употребления сопровождается подъемом давления, тахикардией. Начало очередного употребления, как правило, связано с получением зарплаты, часто провоцируется конфликтами с женой. Дозы алкоголя постоянные. Прекращает употребление, когда заканчиваются деньги.

Вопросы:

1. Какие симптомы описаны?
2. Каким синдромом определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая картина?
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Каковы лечебные рекомендации?

6) У больного ежедневно употребляющего психоактивное вещество, через несколько месяцев применения, при отмене в числе прочего появились насморк, слезо- и слюнотечение, чихание.

Вопросы:

1. Какие симптомы описаны?
2. Какими синдромами определяется состояние?
3. При каких расстройствах может наблюдаться эта клиническая 4.
4. Какие факторы влияют на возникновение подобного расстройства?
5. Каковы лечебные рекомендации?

**Раздел (тема) 11. Острые экзогенные отравления**

1) Пациент с целью купирования похмельного синдрома выпил, находящуюся дома неизвестную спиртовую настойку, через 15-20 мин появилась неукротимая рвота, онемение слизистой ротовой полости, кистей рук, на момент приезда СМП у больного психомоторное возбуждение, неукротимая рвота, АД 60/40 мм.рт. ст., ЧСС 130 уд./мин., на ЭКГ - тахикардия, экстрасистолия. Чем произошло отравление?

1.Отравление Чемерицей Лобеля

2. Отравление аконитом

3. Отравление боярышником

4. Отравление настойкой Жень шеня

5. Отравление настойкой пиона

2) Больному с отравлением уксусной эссенцией врачом бригады СМП на догоспитальном этапе оказана следующая помощь: промывание желудка методом стимуляции рвоты, инфузия гидрокарбоната натрия, инфузия кристаллоидных растворов, анальгин, но-шпа, димедрол, атропин, ингаляция зева гормонами. Какая ошибка допущена сотрудниками СМП?

1. Анальгин, но-шпа, димедрол

2. инфузия кристаллоидов

3. инфузия гидрокарбоната натрия

4. промывание желудка методом стимуляции рвоты

5. атропин

3) Какой вид гипоксии развивается у больного отравленного окисью углерода, у которого отмечались следующие симптомы: угнетение сознания (кома 1), тахипноэ, гиперемия лица, акроцианоз, в легких аускультативно разнокалиберные хрипы по всем лёгочным полям.

1. центральная гипоксия

2. лёгочная гипоксия

3. гемическая (транспортная) гипоксия

4. тканевая гипоксия

5. смешанная

4) Что необходимо в первую очередь сделать больной принявшей с суицидальной цель таблетки 50 шт. тубазида, время экспозиции яда 1 час, у которой отмечались клонико-тонические судороги, рвота, гипертензия.

1. промывание желудка

2. введение антидота

3. стабилизация гемодинамики

4. купирование судорожного синдрома

5. купирование рвоты

5) Бригадами СМП в приёмный покой токсикологии доставлена семья из трёх человек в тяжёлом состоянии с явлениями угнетения ЦНС, и явлениями отёка лёгких. Анамнез неизвестен, взяты из дома, где обнаружены утром соседями без сознания, живут в частном доме, с низким санитарным, гигиеническим состоянием. Объективно: состояние тяжелое, кома 1-2, мидриаз, фотореакция вялая, дыхание неадекватное, тахипное, аускультативно ослабленное дыхание, разнокалиберные сухие и влажные хрипы, гипертензия, тахикардия. Лабораторно кровь на алкоголь в пределах 1-2 промилей, кровь на карбоксигемоглобин у одного - 17%, второго - 13,6%, у третьего - 22% на момент поступления, ЭКГ - ишемия передней стенки миокарда. Чем произошло отравление?

1. Отравление этанолом

2. отравление опийными наркотиками

3. отравление суррогатами алкоголя

4. отравление угарным газом

5. отравление парами хлора

6) У больной с отравлением противотуберкулёзными препаратами, с экспозицией яда 2 часа, у которой отмечались клонико-тонические судороги, что необходимо провести в первую очередь?

1. вит В6 - 10,0 в/в

2. гидрокарбонат натрия 4%-400,0 вв кап.

3. реланиум 2,0 в/в

4. промывание желудка

5. очистительная клизма

**Раздел (тема) 12. Термические, ионизирующие и комбинированные поражения**

1) Критерием развития ожогового шока является суммарный индекс Франка:

А. более 20 единиц

Б. более 30 единиц

В. менее 50 единиц.

Г. не является диагностическим критерием.

Ответ Б.

2) При общем перегревании развивается дегидратация

А. по гипотоническому типу

Б. по нормотоническому

В. по гипертоническому

Г. по гипертермическому.

Ответ В.

3) Критической температурой для организма человека является температура:

А. 30 гр.

Б. 26 гр.

В. 10 гр.

Г. 0 гр.

Ответ Б.

4) Начиная с какой температуры общее охлаждение сменяется общим переохлаждением:

А. 36, 6 гр

Б. 35 гр.

В. 26 гр.

Г. 10 гр.

Ответ Б.

5) При отморожениях выделяют периоды:

А. ареактивный

Б. дореактивный

В. реактивный

Г. постреактивный.

Ответ Б, В.

6) Пациент 40 лет, вес 75 кг, извлечен из горящего дома. Сознание ясное. АД 110/70, ЧСС – 90 в 1 мин., ЧД -20 в 1 мин. Площадь ожогов -18% 2 ст., 10 % 3А ст. (спина, рука). Разовьется ли ожоговый шок? Лечение, какой объем инфузионной терапии.

7) Мужчина 65 лет, вес 80 кг. АД 100/70 мм рт.ст., ЧСС – 100 в 1 мин., ЧД -32 в 1 мин.Получил термические ожоги 3б ст. 10% (голова, шея). Диагноз, лечение, тактика.

**Раздел (тема) 13. Инфекционные заболевания**

1) Для какого острого респираторного вирусного заболевания характерно осложнение «ложный круп»?

1 грипп

2 парагрипп

3 риновирусная инфекция

4 аденовирусная инфекция

2) Какое сочетание симптомов характерно для колитического варианта дизентерии?

1 высокая температура, тошнота, боли в эпигастрии

2 высокая температура, боли в левой подвздошной области, скудный стул с примесью слизи и крови

3 нормальная температура, боли в правой подвздошной облас¬ти, жидкий стул с кровью;

4 высокая температура, диффузные боли в животе, обильный водянистый стул.

3) Какое сочетание симптомов характерно для начала менингококкового менингита?

1 постепенное начало, головная боль, рвота, жидкий стул

2 быстрое повышение температуры, головная боль, рвота без болей в животе

3 высокая температура, рвота, боли в животе

4 высокая температура, головная боль, нарушение зрения

4) Укажите сочетание симптомов, характерное для столбняка:

1 тризм, обильная саливация

2 тонические судороги, тризм, нарушение сознания

3 тризм, тонические судороги конечностей, туловища, ясное сознание

4 тризм, гидрофобия, параличи мышц конечностей

5) Что характерно для карбункула, возникающего при сибирской язве?

1 черный безболезненный струп

2 вал красного цвета вокруг

3 безболезненный отек тканей вокруг

4 все вышеперечисленное

6) Какие симптомы характерны для ВИЧ-инфекции?

1 лихорадка

2 лимфаденопатия

3 диарея, потеря массы тела

4 эндогенные инфекции, саркома Капоши

5 все вышеперечисленные

7) Укажите ведущий симптом столбняка:

1 высокая температура

2 тонические судороги

3 параличи

4 нарушение сознания

8) Какие симптомы характерны для бешенства?

1 саливация

2 гидрофобия

3 аэрофобия

4 все выше перечисленные

9) При бактериальной дизентерии кал имеет вид

1 «болотной тины»

2 «ректального плевка»

3 «горохового пюре

4 „малинового желе“ 2.

10. Боли в животе при дизентерии

1 постоянные, ноющего характера

2 появляются только после акта дефекации

3 cхваткообразные, усиливаются перед актом дефекации

4 острые, „кинжальные“

**Раздел (тема) 14. Неотложные состояния, интенсивная терапия и реанимация в педиатрии**

1) госпитализация детей при лихорадке свыше 39 С показана (найдите неправильный ответ)

1 всегда

2 в возрасте до 1 месяца

3 при отсутствии эффекта от жаропонижающей терапии

4 при сопутствующей соматической патологии

2) Внезапное появление ночью у ребенка 2-х лет лающего кашля, охриплости голоса и стридорозного дыхания характерно для развития

1 острого бронхита

2 приступа бронхиальной астмы

3 острого стенозирующего лариноготрахеита

4 острого тонзиллита

3) Рациональная тактика специалиста скорой медицинской помощи у ребенка со стенозирующим ларинготрахеитом I степени включает (найдите неправильный ответ)

1 проведение паровых ингаляций

2 отвлекающую терапию(горячие ножные ванны,обильное теплое питье)

3 внутривенное введение глюкокортикоидных препаратов

4 госпитализацию в стационар

4) Рациональная тактика специалиста скорой медицинской помощи у ребенка со стенозирующим ларинготрахеитом II-III степени включает (найдите неправильный ответ)

1 ингаляция кислорода

2 введение глюкокортикоидных препаратов через небулайзер или внутривенно

3 проведение коникотомии

4 госпитализация в стационар

5) Рациональная тактика специалиста скорой медицинской помощи у ребенка со стенозирующим ларинготрахеитом IV степени включает (найдите неправильный ответ)

1 проведение паровых ингаляций

2 внутривенное введение глюкокортикоидных гормонов

3 проведение коникотомии при неэффективности медикаментозной терапии

4 госпитализацию в стационар

6) Диаметр внутреннего просвета коникотомической канюли у ребенка 10 лет должен быть равен

1 -1 мм

2 -2 мм

3 -4 мм

4 -6 мм

7) В отличие от острого стенозирующего ларинготрахеита при бронхообструктивных заболеваниях у детей выявляется

1 цианоз кожных покровов и слизистых

2 осиплость голоса

3 экспираторная одышка

4 отсутствие хрипов в легких при аускультации

8) Ребенок 2-х лет внезапно закашлялся, посинел, кашель продолжался около 10 минут и больше не возобновлялся. На следующий день кашель появился вновь, при аускультации в легких большое количество сухих хрипов, преимущественно справа (предположите диагноз)

1 стеноз гортани

2 инородное тело бронхов

3 обструктивный бронхит

4 острая пневмония

**Раздел (тема) 15. Острые заболевания и травмы в урологии**

1. Анурия. Виды анурии. Клиническая картина. Транспортировка в стационар.
2. Травмы почек. Виды травм. Симптоматика повреждения почки. Оказание первой помощи на догоспитальном этапе.
3. Повреждение мочевого пузыря. Симптоматика. Оказание первой помощи. Тактика бригады скорой помощи.
4. Травмы уретры. Симптоматика. Лечебные мероприятия на догоспитальном этапе. Тактика врача СМП.
5. Острый пиэлонефрит. Симптоматика. Неотложная помощь. Тактика бригады скорой помощи.
6. Острый простатит. Клиника. Неотложная помощь. Тактика бригады скорой помощи.
7. Острый эпидидиминт. Клиническая картина. Первая помощь. Тактика ведения.

4.3.3 Вопросы к собеседованию для определения теоретической подготовленности обучающегося

**Раздел (тема) 1. Организация скорой медицинской помощи .**

1) История становления службы скорой медицинской помощи в России

2) Задачи учреждений скорой медицинской помощи

3) Нормативы этапного времени при поступлении вызовов для оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме

4) Тактика врача скорой медицинской помощи при обращении больного или пострадавшего при следовании на другой вызов

5) Формы взаимодействия службы скорой медицинской помощи с органами внутренних дел

6) Тактика врача скорой медицинской помощи в ситуациях, когда условия на вызове являются опасными для его жизни и здоровья

**Раздел (тема) 2. Анестезиология, реаниматология и интенсивная терапия**

1) Этиология, патогенез и виды прекращения сердечной деятельности

2) Этиология, патогенез и виды прекращения дыхательной деятельности

3) Признаки клинической смерти

4) Показания и этапы проведения сердечно-легочной реанимации

5) Параметры искусственной вентиляции легких у пострадавших с шоком

6) Параметры искусственной вентиляции легких у пострадавших с черепно-мозговой травмой

7) Ингаляционный наркоз на догоспитальном этапе

8) Внутривенный наркоз на догоспитальном этапе

9) Принципы инфузионной терапии гиповолемических шоков

**Раздел (тема) 3. Неотложная помощь при заболеваниях сердечно-сосудистой и дыхательной систем**

1) Диагностика и дифференциальная диагностика острого коронарного синдрома

2) Купирование острого коронарного синдрома на догоспитальном этапе

3) Диагностика пароксизмальных нарушений ритма сердца

4) Тромболитическая терапия

5) Скорая медицинская помощь при кардиогенном шоке

6) Скорая медицинская помощь при отеке легких

7) Скорая медицинская помощь при тромбоэмболии легочной артерии

8) Скорая медицинская помощь при сочетании кардиогенного шока с отеком легких

9) Электроимпульсная терапия пароксизмальных нарушений ритма сердца

10) Купирование гипертензивных кризов на догоспитальном этапе

**Раздел (тема) 4. Острые хирургические заболевания и травмы органов груди и живота**

1. При каком заболевании характерен симптом Ситковского
2. Для какого заболевания характерно защитное мышечное напряжение
3) При каком заболевании характерен симптом Кохера
3. Какой синдром, характерен для повреждения паренхиматозных органов брюшной полости
4. Назовите общие симптомы гемоторакса
5. Что характерно для наружного клапанного /напряженного/ пневмоторакса

**Раздел (тема) 5. Травмы и заболевания глаза**

1) Панофтальмит (острое гнойное воспаление всех оболочек глаза). Диагностика. Первая помощь. Тактика бригады СМП.

2) Назовите препараты применяемые для закапывания глаз с целью обезболивания при травмах глаза.

3) Первая помощь для снятия болей в глазу применяемых для инъекций.

4) В каких случаях противопоказано применение атропина в виде капель в глаз и инъекций.

5) Ползучая язва роговицы. Диагностика, первая помощь, тактика бригады СМП.

6) Герпетический кератит. Диагностика. Первая помощь. Тактика СМП.

7) При каких заболеваниях глаз необходимо введение дексаметазона в условиях СМП.

8) Какие побочные явления могут дать антибиотики при закапывании в глаза.

**Раздел (тема) 6. Травмы и заболевания ЛОР-органов**

1. Кровотечение из уха. Клиника. Неотложная помощь. Тактика бригады СМП.
2. Травмы носа. Признаки травмы носа. Неотложная помощь. Тактика СМП.
3. Травмы придаточных пазух носа. Симптоматика.. Неотложная помощь. Тактика СМП.
4. Травмы носоглотки и глотки. Симптоматика. Неотложная помощь. СМП.
5. Травмы гортани и трахеи. Виды травм. Симптоматика. Неотложная помощь. Тактика СМП.
6. Травмы уха. Виды травм. Симптоматика. Неотложная помощь. Тактика бригады СМП.
7. Травмы пищевода. Виды травм. Симптоматика. Неотложная помощь. Тактика бригады СМП.
8. Инородные тела носа. Клиника. Неотложная помощь. Тактика бригады СМП.
9. Инородные тела глотки. Симптоматика. Неотложная помощь. Тактика бригады СМП.

**Раздел (тема) 7. Заболевания и травмы нервной системы**

1) Классификация острых нарушений мозгового кровообращения, дифференциальный диагноз

2) Острая гипертензивная энцефалопатия. Клиника, экстренная медицинская помощь, тактика бригады СМП

3) Миастения. Миастенический и холинэргический криз

4) Субарахноидальное кровоизлияние

5) Ишемический инсульт. Этиология, патогенез, клиника, тактика, экстренная медицинская помощь на догоспитальном этапе

6) Принципы неврологического обследования на догоспитальном этапе

**Раздел (тема) 8. Травмы опорно-двигательной системы**

1) Классификация кровотечений

2) Инфузионные среды

3) Задачи инфузионной терапии при кровопотерях различной степени тяжести

4) Повреждения шеи. Классификация, клиника, экстренная помощь на догоспитальном этапе

5) Повреждения груди. Классификация, клиника, экстренная помощь на догоспитальном этапе

6) Повреждения живота. Классификация, клиника, экстренная помощь на догоспитальном этапе

7) Повреждения таза. Классификация, клиника, экстренная помощь на догоспитальном этапе

**Раздел (тема) 9. Акушерско-гинекологическая патология**

1) Признаки остро прервавшейся внематочной беременности

2) В каких случаях возникает внутреннее кровотечение

3) Как необходимо уложить при внутреннем кровотечении женщину

4) Чем обрабатывается культя пуповины после наложения скобки

5) Каким препаратом обеспечивается лечебно-охранительный режим при тяжелой преэклампсии

6) Какая кровопотеря в родах считается патологической

**Раздел (тема) 10. Психические заболевания**

1) Синдромы нарушения сознания

2) Злокачественный нейролептический синдром

3) Фебрильная шизофрения

4) Острая алкогольная энцефалопатия

5) Мотивы и поводы суицидальных поступков

6) Критерии депрессии

**Раздел (тема) 11. Острые экзогенные отравления**

1) Метгемоглобинобразующие яды.

2) Симптоматика легкой степени поражения CO.

3) Симптоматика тяжелой степени поражения CO.

4) Клиника токсической фазы отравления метиловым спиртом и этиленгликолем.

5) Техника промывания желудка через зонд при отравлении прижигающими ядами.

6) Антидоты в лечении экзогенных отравлений ?

**Раздел (тема) 12. Термические, ионизирующие и комбинированные поражения**

1) Термические ожоги. Патогенез, клиника, диагностика на догоспитальном эпапе.

2) Лечение и тактика при термических ожогах на догоспитальном этапе.

3) Химические ожоги. Патогенез, клиника, диагностика, лечение ожогов на догоспитальном эпапе.

4) Лечение и тактика при химических ожогах на догоспитальном этапе.

5) Патогенез, клиника и диагностика ожогового шока. Лечение на догоспитальном этапе.

**Раздел (тема) 13. Инфекционные заболевания**

1. Признаки отека мозга при менингите
2. Действия врача скорой медицинской помощи при подозрении на дифтерию
3. Клинические симптомы бешенства
4. Механизмы заражения при кишечных инфекциях
5. Диагностика холеры

**Раздел (тема) 14. Неотложные состояния, интенсивная терапия и реанимация в педиатрии**

1) Степени стеноза гортани

2) Инородные тела в полости носа. Диагностика, тактика

3) Бронхоспазм и астматический приступ у детей старшей возрастной группы

4) Параметры ИВЛ у детей разного возрасти

5) Инфузионная терапия у детей на догоспитальном этапе

6) Интенсивная терапия при острой церебральной недостаточности

**Раздел (тема) 15. Острые заболевания и травмы в урологии**

1. Локализация болей в поясничной области.
2. Симптомы и причины гематурии.
3. Тактика врача скорой помощи при синдроме гематурии.
4. Задержка мочи и анурия. Назвать клинику и тактику врача.
5. Анурия. Клиническая картина. Диагностика. Первая помощь, тактика бригады СМП.
6. Травмы почек и мочевых путей. Клиника, диагностика, помощь на догоспитальном этапе.

4.4 Критерии оценки

4.4.1 Результаты тестирования оцениваются по 5-ти бальной системе.

Оценка формируется в соответствии с критериями таблицы:

|  |  |
| --- | --- |
| Количество правильных ответов (%) | Оценка |
| 90-100 | отлично |
| 80-89 | хорошо |
| 70-79 | удовлетворительно |
| Меньше 70 | неудовлетворительно |

4.4.2 Критерии оценки практических навыков и умений:

-«отлично» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями – знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений;

- «хорошо» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями – знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет;

- «удовлетворительно» - обучающийся обладает удовлетворительными теоретическими знаниями – знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний – не знает методики выполнения, практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и т.д.; и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их допуская грубые ошибки.

4.4.3 Критерии оценки результатов собеседования по пройденным темам:

-«отлично» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным темам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы с привлечением лекционного материала, основной и дополнительной литературы;

- «хорошо» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным темам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы;

- «удовлетворительно» - обучающийся показывает частичное освоение планируемых результатов обучения по пройденным темам, ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз с учетом принятой классификации. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, демонстрируя поверхностное знание предмета;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не показывает освоение планируемых результатов обучения по пройденным темам, не может сформулировать диагноз или неправильно его ставит. Не может правильно ответить на большинство дополнительных вопросов.

5 Итоговый контроль

5.1 Целью ФОС для итоговой (государственной итоговой) аттестации обучающихся является оценка уровня сформированности компетенций выпускников по конкретной образовательной программе.

5.2 Описание оценочных средств

ФОС итоговой (государственной итоговой) аттестации состоит из тестовых вопросов, оценки практических навыков и умений и собеседования по пройденным темам.

Тестирование проводится на кафедре медицинской кибернетики и информатики ГБОУ ДПО НГИУВ Минздрава России

Длительность итоговой аттестации составляет \_\_\_\_\_ минут.

5.3 Задания для промежуточного контроля

5.3.1 Вопросы тестирования итогового контроля знаний обучающихся

Выберите один правильный ответ.

1. Транспортировка больного с перитонитом осуществляется
1) больной идет сам
2) сидя
3) лежа на носилках
4)лежа на щите
3.
2. Характер и локализация болей при остром аппендиците
1) постоянные, сильные боли в правой подвздошной области
2) постоянные, резкие боли в правом подреберье
3) опоясывающие, тупого характера
4) «кинжальные» в эпигастрии

1.

3. Характер и локализация болей при перфоративной язве желудка
1)постоянные, сильные в правой подвздошной области
2)постоянные, резкие боли в правом подреберье
3)опоясывающие, тупого характера
4)«кинжальные» в эпигастрии

1.

4. Рвота, не приносящая облегчения, характерна для
1) катарального аппендицита
2) хронического холецистита
3) острого панкреатита
4) невправимой грыжи

3.

 5.  «Доскообразный» живот наблюдается при
 1) повреждении печени
 2) перфоративной язве желудка
 3) желудочном кровотечении
 4) остром аппендиците

2.

1. Что характерно для наружного открытого пневмоторакса?
1) спадение легкого на стороне повреждения;
2) спадение легкого на поврежденной стороне;
3) баллотирование средостения;
4) смещение средостения в сторону повреждения;
5) смещение средостения в противоположную сторону.

1.

5.3.2 Задания для определения практических навыков и умений

**Раздел (тема) 1. Организация скорой медицинской помощи .**

1) Оценить качество работы подразделений учреждения СМП за год на основе информационных сводок

2) Подготовить аналитическую справку о работе станции СМП за 3 года на основе информационных сводок

3) Провести анализ количественных показателей работы подразделений станции СМП на основе информационных сводок

**Раздел (тема) 2.** **Анестезиология, реаниматология и интенсивная терапия**

1) Пострадавший в дорожно-транспортном происшествии получил удар в грудь рулевой колонкой. При осмотре врачом СМП на месте происшествия: в сознании, возбужден, жалуется на боли в груди, пытается сесть, занять удобное положение. Цианоз слизистых, «синюшность» кожных покровов. OD = OS с хорошей реакцией на свет. Дыхание само­стоятельное, 44—46 в мин, поверхностное, с участием вспомога­тельной мускулатуры. При аускультации дыхание слева прослу­шивается только в верхних отделах, справа — ослаблено в задне- боковых отделах. При пальпации слева крепитация по ходу VII— VIII ребер по средне-подмышечной линии, справа — множествен­ные переломы ребер с III по IX по лопаточной и задне-подмышечной линиям. АД 90/50 мм рт. ст., пульс 108 в мин, слабого наполнения. При обследовании другой патологии не выявлено.

ВОПРОСЫ:

Диагноз?

Реанимационные мероприятия на догоспи­тальном и госпитальном этапах?

2) Повод к вызову СМП — «повесился», мужчина 43 лет.

При осмотре на месте происшествия: сознание отсутствует, клони- ко-тонические судороги, на коже лица и слизистых кровоизлияния, широкие зрачки, выраженный цианоз лица, шеи. В области шеи высокая странгуляционная борозда шириной 2 см. Изо рта запах алкоголя. Самопроизвольное мочеиспускание, дыхание спонтанное, аритмичное, 6—9 в мин, АД 210/115 мм рт. ст. Врач СМП эвакуировал больного в машину и там сделал в/м седуксен 0,5%—2,0; фиксировал больного к носилкам и транспортировал в реанимационное отделение. В отделении в/в перелито: полиглюкин — 400,0; лазикс — 20 мг; 200,0 4% р-ра соды. Для снятия судорожного синдрома введен тиопентал натрия 1 % — 100,0.

Несмотря на проводимое лечение больной скончался.

ВОПРОСЫ:

К какой степени тяжести состояния можно отнести данного больного (легкая, средняя, тяжелая)?

Достаточен ли объем помощи на этапах ления? Если нет, то в чем заключается ошибка врачей?

Какой патогенез развития терминального состояния у больных со странгуляционной асфиксией?

3) Бригада СМП выехала на дорожно-транспортное происшествие. На месте происшествия обнаружен пострадавший, мужчина 50 лет. В сознании, контактен, несколько заторможен, пытается встать. Жалобы на сильные боли в области правого бедра, затрудненное дыхание. При осмотре отмечается увеличенное в объеме правое бедро, резкая болезненность при пальпации, стопа ротирована кнаружи. Кожные покровы бледные, цианоз губ. Зрачки OD = OS с хорошей реакцией на свет. Левая половина грудной клетки при дыхании отстает от правой, выражена флота­ция фрагментов на уровне V—VI—VII—VIII ребер по передней подмышечной линии, при пальпации — крепитация. Аускультативно — справа дыхание везикулярное, хрипов нет, проводится над всеми отделами, слева — резко ослаблено в задне-нижних и боковых отделах, ЧДД 36 в мин, АД — 90/40 мм рт. ст. Пульс 116 в мин, ритмичный.

ВОПРОСЫ:

1. Является ли данная травма жизнеугрожающей? Если да, то как ее оценить по существующим классификациям тяжести травмати­ческих повреждений?
2. Основные неотложные лечебные мероприятия на догоспитальном этапе?
3. Какие иммобилизационные средства используются на догоспитальном этапе при переломах различной локализации?

4) На производстве произошел взрыв воспламеняющегося вещества. Находившийся рядом рабочий, 32 лет, взрывной волной был отброшен на несколько метров. Одежда загорелась. При осмотре врачом СМП: выявлены ожоги I—II—III степени лица, обеих верхних конечностей, передней поверхности грудной клетки.

Больной в сознании, заторможен. Жалобы на боли в местах, по­раженных пламенем, сильные боли в животе. Цианоз и акроцианоз. Голос «осиплый». На задней стенке глотки следы копоти, OD = OS. Дыхание самостоятельное, затруднено, с участием вспомогательной мускулатуры, ЧДД — 30—32/мин. Аускультативно с обеих сторон выслушиваются сухие и влажные хрипы. Тоны сердца ясные. АД 100/40 мм рт. ст. Пульс 132 в минуту, слабого наполнения и напряжения. Живот при пальпации напряжен, болезненный, особенно в эпигастрии.

ВОПРОСЫ:

* 1. Какой диагноз можно поставить на осно­вании данной симптоматики?
	2. Какие методики используются для опреде­ления процента ожоговых поверхностей?
	3. Неотложные мероприятия, необходимые на догоспитальном этапе?

5) Женщина 45 лет с ожирением II ст. получила ожог пламенем правой кисти и предплечья, левого плеча, передней поверхности грудной клетки и шеи. Медицинская бригада СМП прибыла к пострадавшей через 30 минут и застала следующую ситуацию: больная возбуждена, характер дыхания — стридорозный, ЧДД — 28 в мин., в полости рта и глотке следы копоти, пульс 110 в мин., ритмичный, АД— 140/90 мм рт. ст. При осмотре: в области лица, шеи, обеих верхних конечностей, передней поверхности грудной клетки, отмечаются участки выраженной гиперемии, фликтены. В области правой кисти следы обугливания. Решено транспортировать больную в ожоговый центр, что займет по времени около 60 минут.

ВОПРОСЫ:

* + 1. **Развернутый диагноз?**
		2. Лечебные мероприятия на догоспитальном этапе? Способ проведения инфузионной терапии, ее количественный и качественный состав?

6) В уличной драке мужчина 27 лет получил ножевое ранение в область правого подреберья. Бригада СМП прибыла на место происшествия через 35 минут. При осмотре на месте происшествия: жалобы на боли в правом подреберье, лежит на левом боку, кожные покровы бледные, циа­ноз слизистых, одежда обильно промокла кровью. В ране видна «прядь» сальника. Дыхание 28—30 циклов в минуту, поверхностиное, ослабленное в нижних отделах, больше справа. Пульс 120 в мин, АД — 90/60 мм рт. ст.

ВОПРОСЫ:

* + - 1. Диагноз врача скорой помощи?
			2. Лечебно-тактические действия бригады?

7) За праздничным столом в Вашем присутствии один из гостей поперхнулся и стал «задыхаться»: стридорозное дыхание, дыхательные движения с участием вспомогательной мускулатуры, кожные покровы лица «синюшные», психомоторное возбуждение. Частота дыхательных движений до 50 в минуту, АД 180/110 мм рт. ст., пульс 76 в минуту, ритмичный, напряжен.

ВОПРОСЫ:

* + - * 1. Диагноз?
				2. Необходимые мероприятия?

ЗАДАЧА № 81. Дежурного врача-кардиолога вызвали к больному 56 лет, страдающему мерцательной аритмией.

При осмотре: выраженная бледность, отсутствие дыхания и пуль­сации на сонных артериях, зрачки широкие без реакции на свет. Больной лежит на обычной больничной кровати. Со слов больных, потерял сознание, «посинело» лицо и наступила остановка дыхания 3—5 мин назад. Вместе с палатной медицинской сестрой начаты реанимационные мероприятия на кровати больного.

ВОПРОСЫ:

Предварительный диагноз?

Последовательность проведения сердечно- легочной реанимации.

Ошибка медицинских работников?

8) При столкновении двух автотранспортных средств, врач, прибывший на место происшествия, обнаружил водителя, сидящего за рулем в крайне тяжелом состоянии: в сознании, заторможен, жалобы на боли придыхании, цианоз слизистых, частое поверхностное дыхание до 40 циклов в минуту. Аускультативно выслушивается везикулярное дыхание над всеми отделами легких с обеих сторон. При пальпации болезненность и крепитация по передне-подмышечной линии III—IV—V—VI ребер. Тоны сердца глухие, имеются нарушения ритма. АД — 85/40 мм рт. ст., пульс 118 в минуту. Больной переложен на носилки, внутримышечно

введено 2 мл 50% р-ра анальгина. Во время транспортировки от­мечено снижение АД до 60/40 мм рт. ст., пульс участился до 136 в минуту, слабого наполнения.

ВОПРОСЫ:

Предполагаемый диагноз?

Лечебные ошибки на догоспитальном этапе?

9) Во время строительных работ с высоты 2,5 метров мужчине 35 лет на голову упал кирпич. Прибывшими на место происшествия медработниками отмечено: кома, двигательное возбуждение, некоординированные защитные движения, анизокория справа, корнеальные и зрачковые рефлексы сохранены. Очаговая неврологическая симптоматика — положительные пирамидные знаки (Бабинского, Шеффера, Гордона). В правой теменно- височной области ушибленная рана 3 на 4 см, умеренно кровоточит. Из носовых ходов и правого слухового прохода — кровянистое отделяемое. Дыхание аритмичное, ЧДД — 36 в минуту. Аус- культативно выслушивается значительное количество влажных проводных хрипов. Артериальное давление 160/110 мм рт. ст., пульс — 67 в мин, напряжен. При санации трахеобронхиального дерева аспирируется мутная слизистая жидкость с примесью пищи.

ВОПРОСЫ:

Предполагаемый диагноз врача СМП?

Необходимость и последовательность лечебных мероприятий?

Тестовые вопросы по теме «**Анестезиология, реаниматология и интенсивная терапия»**

(правильные ответы выделены)

**1. Биологическая смерть это**

а) обратимый этап умирания

б) **необратимый этап умирания**

в) ненасильственная смерть вследствие кардиальных причин

г) критическое состояние, при котором отсутствует эффективное кровообращение.

 **2. Базовые реанимационные мероприятия включают в себя:**

а) инвазивные и специальные методики, проводимые медицинскими работниками

б) компрессии грудной клетки и искусственное дыхание любым возможным способом

в) **обеспечение проходимости дыхательных путей, поддержание кровообращения и дыхания без использования специальных устройств, кроме барьерных и автоматических наружных дефибрилляторов**

г) определение состояния клинической смерти, придание пострадавшему безопасного положения и вызов специализированной помощи

 **3. Фибрилляция желудочков:**

а) отсутствие электрической активности сердца

б) наличии организованной электрической активности сердца

в) **хаотическое асинхронное возбуждение отдельных мышечных волокон или небольших групп волокон миокарда**

г)наличие организованной электрической активности сердца без пульса

 **4. Компрессии грудной клетки возможно проводить:**

а) **на жёсткой поверхности**

б) на противопролежневом матрасе

в) на любой поверхности

г) на кровати

 **5. Между первым и вторым разрядом дефибриллятора необходимо проводить компрессии грудной клетки в течение:**

а) 5 минут

б) 10 минут

в) 15 минут

г) **2 минут**

 **6. При выявлении асистолии при расширенной реанимации следует ввести:**

а) **1мг адреналина**

б) 1мг атропина

в) 1,25мг сульфата магния

г) 300мг амиодарона

 **7. Бикарбонат натрия применяют:**

а) в случае любой успешной реанимации

б) **вслучаях длительных реанимационных мероприятий (более 30 мин) для коррекции ацидоза**

в) если возраст пациента не старше 40 лет

г) после использования при СЛР дефибриллятора

 **8. У детей до года компрессии грудной клетки выполняют:**

а) любым способом, которым владеет медицинский работник

б) одной или двумя руками, по общепринятой методике

в) **двумя пальцами на нижней части грудины**

г) обеими руками с переплетёнными пальцами

 **9. Какой сосудистый доступ предпочтительнее применять при реанимации новорожденных:**

а) наружная яремная вена

б) **пупочная вена**

в) сосуды головы

г) внутрикостный доступ

 **10. После определения ритма сердца и наличия/отсутствия неблагоприятных признаков, возможны следующие варианты немедленного лечения аритмии:**

а) **электрическое и медикаментозное**

б) только электрическое

в) только медикаментозное

г) любой способ, который владеет медицинский работник

 **11. При общем переохлаждении лекарственные препараты следует вводить:**

а) по мере их необходимости

б) **после согревания пострадавшего (выше 30°С)**

в) до согревания пострадавшего (выше 36°С)

г) лекарственные препараты категорически противопоказаны

 **12. Сразу же после интубации трахеи следует провести:**

а) **аускультацию над лёгкими и эпигастрием**

б) оценку уровня сознания пациента

в) аускультацию лёгких

г) оценку ЧСС и уровня артериального давления

**Раздел (тема) 3. Неотложная помощь при заболеваниях сердечно-сосудистой и дыхательной систем**

1. Больной Б., 42 года, обратился с жалобами на резкую слабость, кратковременные эпизоды потери сознания на 3-5 секунд, сердцебиение. 1,5 года назад перенес инфаркт миокарда. Наблюдаются одиночные перебои в виде экстрасистолии. Подобное состояние возникло впервые.

При осмотре состояние тяжелое, кожные покровы бледные, холодные, мокрые. Пульс слабого наполнения, ритмичный. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. ЧСС=136 в мин. АД=70/40 мм Hg. Со стороны других органов и систем отклонений не выявлено.

По ЭКГ регулярный правильный ритм с частотой для желудочков 135 в мин. Зубцы Р отсутствуют. Комплексы QRS расширенные, 0,14 сек, на фоне которых наблюдаются единичные обычные узкие комплексы.

Вопрос: назовите вид аритмии? Какое лекарственное следство следует применить в первую очередь?

Ответ:

Пароксизмальная желудочковая тахикардия, впервые возникшая. Начать лечение следует с введения лидокаина в/в.

1. Бригада скорой медицинской помощи вызвана к больной Б., 16 лет, в связи с возникшей потерей сознания в стоматологической поликлинике, куда она обратилась с зубной болью. Со слов очень боится посещений стоматолога. Перед развитием обморока наблюдалось головокружение, тошнота, мелькание мушек перед глазами.

При осмотре больная в сознании, состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, влажные. Дыхание везикулярное, хрипы отсутствуют. ЧДД=18 в мин. Пульс ритмичный, хорошего наполнения. Тоны сердца ритмичные, шумы отсутствуют. ЧСС=100 в мин. АД=100/70 мм Hg. Со стороны остальных органов и систем отклонений не наблюдается.

По ЭКГ – синусовая тахикардия, 100 в мин. Патологических изменений не выявлено.

Вопрос: причина обморока? Требуется госпитализация?

Ответ:

Возодепрессорный обморок эмоционального характера. Госпитализация не требуется.

1. На момент прибытия бригады скорой медицинской помощи пациентка Л., 57 лет, предъявляет жалобы на незначительной выраженности одышку и ощущение нехватки воздуха, сухой кашель, общую слабость, возникшие без видимых причин; в течение трёх дней эпизодически беспокоят спонтанные боли в паховой области справа и по передне-внутренней поверхности правого бедра, отечность верхней трети правого бедра.

Ухудшение самочувствия в течение нескольких часов. Подобные ухудшения самочувствия беспокоят не первый раз, лечилась амбулаторно с положительным результатом.

В анамнезе сахарный диабет, тромбофилия, хронический аднексит, ожирение второй степени. В связи с обострением поясничного остеохондроза в течение недели принимает нестероидные противовоспалительные препараты.

 При осмотре больная в сознании, адекватна, общее состояние удовлетворительное. Повышенного питания. Кожные покровы чистые, обычной окраски, нормальной влажности. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД=20 в мин. Пульс ритмичный, хорошего наполнения. Тоны сердца ритмичные, шумов нет. ЧСС=84 в мин. АД=140/80 мм Hg. Правое бедро в области верхней трети умеренно отёчно, болезненность при пальпации по внутренней поверхности правого бедра и правой голени, положительный симптом Хоманса.

По ЭКГ – синусовый ритм, основные функции сердца не нарушены.

Вопросы:

1. Определить клиническую форму ТЭЛА.
2. Какие факторы Вирховской триады имеются у данной пациентки?
3. Какова локализация венозного тромбоза и есть ли риск массивной эмболии?
4. Определить заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику.
5. Обосновать целесообразность госпитализации.

Ответ:

1. Рецидивирующая форма.

2. Представлены все компоненты триады Вирхова.

3. Илеофеморальный сегмент, высокая вероятность массивной ТЭЛА.

4. Острые респираторные заболевания, обострение хронического бронхита, сердечная недостаточность.

5. Возможность повторной тромбоэмболии с большим объёмом окклюзии.

1. Больная Б., 32 года, на протяжении ряда лет страдает ревматизмом, диагностирован стеноз митрального клапана, хроническая сердечная недостаточность. Обратилась за скорой медицинской помощью в связи с усилившеюся инспираторной одышкой в покое, появлением кашля с отхождением пенистой долго не опадающей мокроты. Ранее неоднократно раз лечилась в стационаре по поводу ревматизма, сердечной недостаточности с развитием отека легких. В течении последних 6 лет отмечается мерцательная аритмия.

При осмотре больная находится в кровати в сидячем положении, т.к. в положении лежа одышка резко усиливается, состояние тяжелое. Наблюдается диффузный цианоз кожных покровов и слизистых. На ногах выраженные отеки. Дыхание поверхностное, ослабленное. По всем поверхностям обильные влажные мелко, средне и крупнопузырчатые хрипы. ЧДД=38 в мин. Пульс аритмичный, слабого наполнения. Тоны сердца аритмичные, на верхушке выслушивается грубый систолический шум. ЧСС=136 в мин. Наблюдается дефицит пульса. АД=110/70 мм Hg. При пальпации живота в правом подреберье прощупывается край печени, выступающий на 2 см из-под реберной дуги, слабо болезненный. Границы печени при перкуссии увеличены.

По ЭКГ – мерцание предсердий, 120-140 в мин. Признаки гипертрофии левого желудочка.

Вопрос: причина ухудшения состояния? Требуется ли восстановление синусового ритма?

Ответ:

Альвеолярный отек легких на фоне хронической сердечной недостаточности вследствие ревматического порока сердца. Восстановление синусового ритма не рекомендуется, необходима коррекция частоты сердечных сокращений до нормосистолии.

1. Вызов скорой помощи.

Больной, 48 лет, женщина. Вызов на приступ удушья. Страдает бронхиальной астмой 8 лет.

Объективно: Физическая активность – ограничена, сознание – возбуждение. Речь – ограничена, произносит отдельные фразы. Частота дыхания – выраженная экспираторная одышка. Более 30-50% от нормы. Участие вспомогательных дыхательных мышц. Втяжение яремной ямки – выражено. Дыхание при аускультации – выраженное свистящее на вдохе и выдохе и мозаичное проведение дыхания.

Частота пульса – увеличена 105. Пиковая скорость выдоха % от нормы – 50%.

Частота приема бронхолитиков в последние 4-6 час., использовались низкие дозы. Эффективность недостаточная.

Вопросы:

1. Определить степень тяжести приступа бронхиальной астмы?
2. Лечение?
3. Тактика?

Ответ:

1. Степень тяжести средняя.
2. Лечение: Вентолин 2,5-5,0 мг (1- 2 небулы) или сальгин 2,5 - 5 мг (1/2 - 1 флакона) через небулайзер в течение 5-10 мин., или беродуал 1-3 мл (20-60 капель через небулайзер в течение 5-10 мин. Преднизолон 20-30 мг, перорально, 60-90 мг в/в или метилпреднизолон 40-80 мг в/в.
3. Тактика: Купировать приступ. Оставить на дому.

Тестовые вопросы по разделу (тема) 3. Неотложная помощь при заболеваниях сердечно-сосудистой и дыхательной систем

(правильные ответы выделены).

**1. Если произошел обрыв электрода от левой руки, наводка будет в отведениях:**

а**) I и III стандартных**

б) I и II стандартных

в) II и III стандартных

г) усиленных однополюсных

**2. Наводка в I и III стандартных отведениях. Обрыв электрода произошел на:**

а**) левой руке**

б) правой руке

в) левой ноге

г) правой ноге

**3. Разность потенциалов между правой рукой и левой ногой регистрирует отведение:**

а**) II стандартное**

б) I стандартное

в) III стандартное

**4. Разность потенциалов между левой рукой и левой ногой регистрирует отведение:**

а) **III стандартное**

б) I стандартное

в) II стандартное

**5. Зубец Р отражает распространение возбуждения по:**

а) **обоим предсердиям**

б) левому предсердию

в) правому предсердию

г) желудочкам

**6. Комплекс QRS отражает:**

а) **деполяризацию желудочков**

б) деполяризацию предсердий

в) реполяризацию предсердий

г) реполяризацию желудочков

**7. Комплекс QRST отражает:**

а) **электрическую систолу желудочков**

б) деполяризацию желудочков

в) реполяризацию желудочков

г) деполяризацию предсердий

**8. Проведение по атриовентрикулярному узлу отражает:**

а) **интервал PQ**

б) зубец Р

в) интервал QRS

г) интервал ST

**9. Продолжительность QRS в норме:**

а**) 00,06-0,10 сек**

б) 1,0-0,12 сек

в) 0,08-0,12 сек

г) 0,06-0,08 сек

**10. Продолжительность интервала РQ в норме:**

1. **0,12-0,20 сек**

2. 0,10-0,20 сек

3. 0,12-0,22 сек

4. 0,12-0,18 сек

 **11. Высота зубца Q:**

1. **не более 1/4 R**

2. 1 мм

3. 5 мм

**Тестовые вопросы по теме «Неотложная кардиология»**

**Вопрос 12. Какой симптом не характерен для приступа стенокардии?**

1. загрудинная боль,
2. одышка, чувство нехватки воздуха;
3. аритмия,
4. артериальная гипертензия,

5 – артериальная гипотензия

Ответ 5

**Вопрос 13. Какая из перечисленных характеристик болевого приступа не типична для приступа стенокардии?**

1. загрудинная локализация,
2. иррадиация в левую руку,
3. сжимающего или жгучего характера,
4. продолжительность приступа от 20 до 40 мин.
5. купирование приемом нитроглицерина под язык.

Ответ 4

**Вопрос 14. Какая из перечисленных характеристик болевого приступа не типична для острого инфаркта миокарда?**

1. локализация загрудинная,
2. локализация в левой половине грудной клетки
3. иррадиация в левую руку, грудину;
4. продолжительность приступа более 20 минут,
5. сжимающие, жгучие, периодически нарастающие;
6. отсутствие эффекта от приема нитроглицерина.

Ответ 2

1. **Как классифицируется расслоение аорты, от момента начала которой прошло 10 суток?**
2. Острейшее
3. Острое
4. Подострой
5. Хроническое

Ответ 2

1. **Какая тактика является оптимальной у пациентов с разрывом (аневризмой) грудной аорты?**
2. Медикаментозная (консервативная) терапия
3. Плановое хирургическое лечение, при наличии подходящих анатомических условий «открытое» протезирование грудной аорты
4. Плановое хирургическое лечение, при наличии подходящих анатомических условий транскатетерное вмешательство

Ответ 3

1. **Какие состояния необходимо исключить у пациента с болевым синдромом в грудной клетке?**
2. Острый инфаркт миокарда, острый плеврит, межреберная невралгия, аортальный стеноз
3. Острый инфаркт миокарда, тромбоэмболия легочной артерии, острое расслоение грудной аорты, спонтанный пневмоторакс
4. Острый перикардит, тромбоэмболия легочной артерии, опоясывающий лишай, пневмоторакс
5. Тромбоэмболия легочной артерии, опоясывающий лишай, острое расслоение грудной аорты, периферический рак легкого

Ответ 2.

**Вопрос 18. Что такое синдром Фредерика?**

1. фибрилляция предсердий,
2. трепетание предсердий,
3. атриовентрикулярная блокада II степени,
4. атриовентрикулярная блокада III степени,
5. сочетание полной атриовентрикулярной блокады III степени с фибрилляцией или трепетанием предсердий
6. любое сочетание ответов 1 и 2 с ответом 3.

Ответ 5

**Вопрос 19. В результате чего возникает мерцательная аритмия?**

1. полной атриовентрикулярной блокады,
2. дыхательной аритмии,
3. блокады правой и левой ножек пучка Гиса,
4. фибрилляции предсердий
5. синоатриальной блокады 2-й степени,
6. внутрипредсердной блокады.

Ответ 4

**Вопрос 20. Что целесообразнее всего применить при лечении пароксизма трепетания предсердий с частотой желудочковых сокращений более 140 в мин, осложненного отеком легких или шоком?**

1. введение беталока внутривенно,
2. введение лидокаина внутривенно,
3. массаж каротидного синуса,
4. электроимпульсную терапию
5. введение амиодарона внутривенно.

Ответ 4

**Вопрос 21. Какой основной патогенетический механизм ишемической болезни сердца (ИБС)?**

1. замедления коронарного кровотока,
2. повышения или снижения артериального давления,
3. несоответствие коронарного кровотока и метаболических потребностей миокарда
4. повышенных метаболических потребностей миокарда,
5. снижения сократительной способности миокарда.

Ответ 3

**Вопрос 22. При какой патологии поражающей коронарные артерий возникает ИБС?**

1. ревматизме,
2. узелковом периартериите,
3. опухоли сердца,
4. системной красной волчанке,
5. атеросклерозе
6. аортальных пороках.

Ответ 5

**Вопрос 23. Чем могут быть обусловлены патологические состояния при ИБС (инфаркт миокарда, стенокардия и т.д.)?**

1. стенозирующим атеросклерозом коронарной артерии,
2. тромбозом коронарной артерии,
3. спазмом коронарной артерии,
4. тромбоэмболией коронарной артерии,
5. правильные ответы 1, 3;
6. правильные ответы 2, 4;
7. правильные ответы 1,2,3,4

**Раздел (тема) 4. Острые хирургические заболевания и травмы органов груди и живота**

1) Больной получил тупую травму живота в автокатастрофе. Во время осмотра определяется максимальная боль в глубине левого подреберья, признаки внутреннего кровотечения. Какой паренхиматозный орган брюшной полости расположен в этом участке и может быть поврежден?

1. почка

2. печень

3. селезенка

4. поджелудочная железа

1.

2) Вызов на дом. 2 часа назад был сбит легковой машиной, уехал домой не обратившись за мед.помощью. Жалобы на боли в левой половине груди, одышку, головокружение. При осмотре: кожные покровы бледные, холодный пот, пульс до 96 ударов в минуту, АД 100/70 мм рт ст.; на грудной клетке слева в области V-VI межреберья по передней подмышечной линии имеется кровоподтек; левая половина грудной клетки отстает при дыхании; пальпаторно – в зоне кровоподтека определяется резкая болезненность и крепитация; перкуторно – притупление звука до уровня V ребра; аускультативно – дыхание ослаблено.

DS: Закрытая травма груди. Перелом 5-6 ребер слева. Гематоракс слева.

Лечение: 1. Венозный доступ.

 2.Физ. р-р 400 мл в-в кап-но

3.Кеторол 1 мл в/м

4.Ингаляция кислорода.

5.Госпитализация.

3) На п/станцию СМП попутной машиной доставлен пострадавший, упал с лестничного пролета жилого дома на ступени около 1 часа назад. Больной жалуется на боли в правой половине грудной клетки, нарастающую одышку. При осмотре: кожные покровы бледные; акроцианоз; правая половина грудной клетки отстает при дыхании; пальпаторно выявляется болезненность в области IV-V межреберья, крепитации нет; перкуторно – тимпанический звук над всей поверхностью проекции правого легкого; аускультативно – резко ослабленное везикулярное дыхание. АД 110/70 мм рт. ст., ЧСС – 110 в 1 мин., ЧД – 30 в 1 мин.

DS: Закрытая травма груди. Перелом 4-5 ребер справа? Закрытый пневмоторакс справа.

Лечение: 1. Венозный доступ.

 2.Физ. р-р 400 мл в-в кап-но

3.Кеторол 1 мл в/м

4.Ингаляция кислорода.

5.Госпитализация.

4) Вызов на дом. Пациент жалуется на наличие раны на грудной клетки, боли в области раны, одышку. Из анамнеза известно, что 1 час назад получил удар ножом в левую половину грудной клетки от неизвестного лица на улице. При осмотре: в левой половине грудной клетки, в области V межреберья имеется колото-резанная рана 1,5 х 1,0 см, без признаков кровотечения; дыхание частое, поверхностное, ЧД -32 1 мин.; АД 90/70 мм рт ст.; PS 112 ударов в минуту, аритмичный.

DS: Колото-резанная рана грудной клетки слева, проникающая (в опасную зону). Ранение сердца (непроникающее). Гематампонада сердца.

Лечение 1. Венозный доступ.

 2.Физ. р-р 200 мл в-в кап-но

3.Кеторол 1 мл в/м

4. Пункция перикарда (в 4-м межреберье по левой парастернальной линии)

5. Ингаляция кислорода.

6. Госпитализация.

5) Мужчина 36лет, во время работы упал с высоты 4-х метров на живот, почувствовал резкие боли в животе. СМП прибыла через 25 минут. При осмотре - PS- 110 уд. в мин.. АД 130/90мм рт. ст. Живот резко напряжен и болезненный во всех отделах, в акте дыхания не участвует. Перкуторно - печеночной тупости не определяется. Кишечные шумы не выслушиваются.

DS: Закрытая травма живота. Разрыв желудка?

Лечение: 1. Венозный доступ.

 2.Физ. р-р 400 мл в-в кап-но

3.Ингаляция кислорода.

4. Госпитализация.

6) Вызов на ДТП. Женщина 32 лет в тяжелом состоянии, 20 мин с момента травмы. При осмотре - бледность кожи, холодный пот. Жалобы на боли в животе, слабость. ЧСС — 120 уд. в мин, АД 100/70 мм рт. ст. При пальпации живот умерено вздуг, мягкий, болезненный в левом подреберье. Положительный симптом «Ваньки-встаньки».

DS: Закрытая травма живота. Разрыв селезенки.

Лечение: 1. Венозный доступ.

 2.Физ. р-р 400 мл в-в кап-но

3.Ингаляция кислорода.

4. Госпитализация.

**Раздел (тема) 5. Травмы и заболевания глаза**

1) Оказать медицинскую помощь при термическом ожоге глаз

2) Оказать медицинскую помощь при химическом ожоге глаз

3) Оказать помощь при электроофтальмии

4) Оказать помощь при проникающем ранении глаза

5) Оказать помощь при попадании за веки порошкообразных химических веществ

6) Оказать помощь при попадании инородного тела

7) Провести дифференциальную диагностику воспалительных заболеваний глаза и его придатков

**Раздел (тема) 6. Травмы и заболевания ЛОР-органов**

1. Остановите носовое кровотечение с помощью гемостатической губки (на макете)
2. Остановите носовое кровотечение с помощью сухого тампона на макете.
3. Произвести переднюю тампонаду носа при носовом кровотечении (на макете).
4. Провести остановку кровотечения из глотки:

а) осмотр (на макете)

б) оценка кровотечения

в) выбор метода остановки кровотечения.

1. Провести остановку кровотечения (на макете) из придаточных пазух носа.
2. Удалить инородное тело (на макете) из носа одним из способов.
3. Удалить инородное тело пищевода (одним из способов на макете).

**Раздел (тема) 7. Заболевания и травмы нервной системы**

1) Вызов СМП к женщине 58 лет. Повод — «парализовало».

При осмотре: жалобы на затруднение речи, ухудшение зрения ле­вого глаза. Из анамнеза заболевания известно, что в течение 2-х последних лет (раз в 2—3 месяца) у больной развивалась слабость правой руки, которая проходила без лечения. Около 10 лет страдает гипертонической болезнью.

Общее состояние удовлетворительное: пульс 82/мин, ритмичный, АД 160/90 мм рт. ст. Тоны сердца чистые, ритмичные, акцент второго тона на аорте. Ослаблена пульсация левой общей сонной артерии. Со стороны других внутренних органов — без особенностей. В неврологическом статусе: снижена острота зрения левого глаза, легкий парез лицевого нерва справа по центральному типу, незначительная девиация языка вправо. В пробе Барре несколько быстрее опускает правую руку и ногу. Анизорефлексия D>S, снижены брюшные рефлексы справа, подошвенный рефлекс справа не вызывается. Правосторонняя гемигипестезия. Менингеальных симптомов нет.

ВОПРОСЫ:

Диагноз врача СМП?

Неотложное лечение?

Тактика врача СМП? Особенности транспортировки?

2) Повод вызова врача линейной бригады СМП — «парализовало».

Больной 62 лет, доставлен с улицы. Со слов больного впервые внезапно развились резкая головная боль, слабость в левой руке и ноге, больной упал на улице. В анамнезе заболевания: на протяжении 10 лет страдает гипертонической болезнью с подъемами АД до 190/100 мм рт. ст., сахарным диабетом средней тяжести. Со слов врача состояние больного ухудшилось в машине. Появились вялость, сонливость, нарушился речевой контакт с больным. Объективно: состояние больного тяжелое. Вял, сонлив. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Тоны сердца приглушены. Акцент II тона над аортой. АД 200/100 мм рт. ст., пульс 76/мин. Со стороны других органов — без патологии.

В неврологическом статусе: парез взора влево, на уколы левой по­ловины лица реакция понижена. Выраженная сглаженность левой носогубной складки, глотание сохранено, речь дизартрична, глоточный рефлекс снижен. Девиация языка влево. Выраженный левосторонний гемипарез, достигающий плегии в руке. Мышечный тонус снижен в левой руке и ноге. На уколы левой половины тела не реагирует. Рефлексы на руках и ногах S>D. Симптом Бабинского с двух сторон; ригидность затылочных мышц. Симптом Кернига справа.

ВОПРОСЫ:

Диагноз врача СМП?

Неотложное лечение на догоспитальном этапе?

Тактика врача СМП?

**Раздел (тема) 8. Травмы опорно-двигательной системы**

1) Повод обращения за медицинской помощью: в результате аварии на железной дороге в момент аварии один из пострадавших упал с верхней полки вагона. Упал на правую руку и ударился правой половиной грудной клетки.

Жалобы: боль в правом предплечье, невозможность двигать правой рукой, боль в правой ключице и правой половине грудной клетки.

Общее состояние средней тяжести. В сознании, контактен, о слу­чившемся помнит. Кожные покровы бледно-розовой окраски, чистые. В легких дыхание проводится во всех отделах. ЧДД — 16/мин., пульс 88/мин., ритмичный. АД— 120/80 мм рт. ст. Неврологических расстройств нет.

Объективный статус: в н/3 правого предплечья деформация. Актив­ные движения в правом предплечье отсутствуют. При пальпации резкая болезненность, крепитация, патологическая подвижность. Пальцы правой руки теплые, розовой окраски, чувствительность в них сохранена. При пальпации грудной клетки болезненность 3, 4-го ребер справа, крепитация. В области ср/3 правой ключицы деформация. При пальпации крепитация, патологическая подвижность. Движения в правом плечевом суставе резко ограничены, болезненны.

ВОПРОСЫ:

Диагноз.

Тактика лечения.

Сортировочное заключение.

Транспортировка.

Профиль отделения госпитализации.

2) Повод обращения за медицинской помощью: во время пожара один из пострадавших при падении с высоты, в момент приземления на ноги, почувствовал боль в нижней трети левой голени.

Жалобы: сильные боли в левом голеностопном суставе, невозмож­ность наступить на левую ногу, двигать левой стопой. Общее состояние удовлетворительное. В сознании, контактен. Кожные покровы чистые, розовой окраски. Дыхание везикулярное. ЧДД—16/мин. АД— 120/80 мм рт. ст. Пульс — 72/мин., ритмич­ный. Живот мягкий, симптомов раздражения брюшины нет. Невро­логических расстройств нет.

Объективный статус: в области левого голеностопного сустава при­пухлость, контуры сустава сглажены. Движения в голеностопном суставе отсутствуют. При пальпации левого голеностопного сустава резкая болезненность, крепитация, патологическая подвижность. Левая стопа и пальцы стопы теплые, чувствительность в них сохранена. Пульс на тыльной поверхности стопы определяется отчетливо.

ВОПРОСЫ:

Диагноз.

Тактика лечения.

Сортировочное заключение.

Транспортировка.

Профиль отделения для госпитализации.

3) Повод обращения за медицинской помощью: при ремонте здания один из пострадавших строителей упал с высоты около 5 м, ударился ягодичной областью.

Жалобы: боль в поясничной и нижнегрудной области позвоночника. Самостоятельно не может встать. Боль резко усиливается при попытке активных движений в поясничном отделе позвоночника. Общее состояние средней тяжести. В сознании, контактен. Обстоятельства травмы помнит. Кожные покровы бледно-розовой окраски, чистые, теплые. Дыхание проводится во всех отделах, везикулярное. ЧД 16/мин, АД 120/80 мм рт. ст. Пульс 80/мин, ритмичный. Живот мягкий, участвует в акте дыхания, симптомов раздражения брюшины нет. Неврологических расстройств нет. Объективный статус: в области 12-го грудного и 1-го поясничного позвонков припухлость. При пальпации определяется выстояние остистых отростков этих позвонков над остальными остистыми отростками; локальная болезненность при ощупывании пальцем по остистым отросткам этих позвонков. Определяется напряженность мышц спины. Чувствительность и движения в нижних конечностях сохранены.

ВОПРОСЫ:

Диагноз.

Тактика лечения.

Сортировочное заключение.

Транспортировка.

Профиль отделения для госпитализации.

4) Повод обращения за медицинской помощью: во время аварии на строительстве один из пострадавших упал с высоты около 4 м, ударился правой половиной грудной клетки и правой половиной таза.

Жалобы: боль в правой половине грудной клетки, боль в правом тазобедренном суставе, невозможность двигать правой ногой. Общее состояние тяжелое. Бледен, холодный липкий пот. В сознании, контактен, вял, заторможен. Дыхание проводится во всех отделах, везикулярное, ЧД — 20/мин, АД— 100/70 мм рт. ст. Пульс 112/мин., ритмичный, слабого наполнения и напряжения. Живот мягкий, болезненный при пальпации в правой боковой и паховой области. Симптомов раздражения брюшины нет. Живот участвует в акте дыхания. Очаговых неврологических расстройств нет.

Объективный статус: обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания. При пальпации грудной клетки болезненность справа. Крепитации, патологической подвижности нет. Правая нога слегка повернута внутрь, согнута и приведена. Имеется укорочение правой ноги на 3 см. При пальпаторном исследовании резкая болезненность, крепитация, патологическая подвижность в области подвздошной кости. Положительный симптом «прилипшей пятки».

ВОПРОСЫ:

1. Диагноз.
2. Тактика лечения.
3. Сортировочное заключение.
4. Транспортировка.

**Раздел (тема) 9. Акушерско-гинекологическая патология**

 1) Женщина 26 лет обратилась в СМП с жалобами на боли внизу живота справа, слабость, головокружение в течение двух дней. Последняя менструация 40 дней назад (задержка 10 дней). В анамнезе беременностей не было. Объективно: кожные покровы бледные, температура тела 36,2°С, пульс 84 удара в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, АД 110/70, 105/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации болезненность в нижних отделах, больше справа, положительный симптом Щёткина-Блюмберга. Матка несколько увеличена, смещение её вызывает болезненность. Слева придатки матки не определяются. Справа от матки пальпируется опухолевидное образование тестоватой консистенции с нечёткими контурами, болезненное. Выделения из половых путей скудные, тёмно-коричневого цвета.

Диагноз: Внематочная беременность, прервавшаяся по типу трубного аборта.

 Лечение: 1. Венозный доступ.

 2.Физ.р-р 400 мл в/в.

 3.Ингаляция кислорода.

 4. Госпитализация.

 2) Как дифференцируют предлежание плаценты от отслойки плаценты?

 Предлежание плаценты возникает при имплантации плаценты в области зева шейки матки. Предлежание плаценты вызывает предлежания плаценты, различающиеся по степени перекрытия зева шейки матки: безболезненное влагалищное кровотечение с выделением ярко-красной крови. Существует три вида

- полное

-частичное

- краевое.

 Кровотечение это первый и наиболее частый симптом предлежания плаценты. Отслойка плаценты может возникать спонтанно или после травмы. Больных беспокоит сильная головная боль. Влагалищное кровотечение появляется не всегда.

Неотложная помощь как при предлежании так и при отслойки плаценты заключается а инфузионной терапии и срочной госпитализации на носилках.

 3) Какое оборудование необходимо приготовить при стремительных родах?

* + - 1. Стерильные перчатки
			2. Детское одеяло
			3. Спринцовку
			4. Сухие полотенца
			5. Два стерильных зажима для пуповины
			6. Лоток для плаценты
			7. Стерильные ножницы.

 4) Назовите критерии оценки состояния новорожденного по шкале Апгар.

Систему оценки по шкале Апгар используют для оценки необходимости проведения реанимационных мероприятий при родах. Оценку проводят через 1 и 5 минут после рождения ребенка.

- 7-10 состояние стабильное

- 4-6 умеренные нарушения

0-3 тяжелые нарушения, требующие проведения реанимационных мероприятий.

При отсутствии дыхания или ЧСС ниже 60 а 1 мин., несмотря на проведение ИВЛ в течение 30 сек., необходимо начинать реанимационные мероприятия. При их проведении необходимо контролировать:

- температуры тела

- проходимость дыхательных путей

-ЧСС

- гликемию.

 5) Назовите причины остановки сердца у беременных женщин?

Остановка сердца чаще всего происходит в родах вследствие эмболии амниотической жидкостью, эклампсии, ТЭЛА, кровотечение на фоне патологического течения беременности.

 6) Что необходимо сделать при выпадении пуповины?

Выпадение пуповины относится к неотложным акушерским состояниям. Оно возникает, если пуповина проходит по родовым путям впереди плода, что приводит к перекрыванию кровотока к плоду. Вмешательство при выпадении пуповины направлено на снижение давления на пуповину и уменьшение гипоксии плода. Роженица должна лечь на левый бок, чтобы снизить давление, которое матка оказывает на брюшную часть аорты. Находящаяся снаружи часть пуповины быстро высыхает, поэтому ее необходимо накрыть смоченной в физ.р-ре стерильной марлей.

**Раздел (тема) 10. Психические заболевания**

1) Больной Р., 24 лет, инвалид 1-й группы. В течение многих лет почти непрерывно находится в психиатрической больнице. В отделении совершенно пассивен, большую часть времени ничем не занят, сидит на стуле глядя, в одну точку. Выражение лица тупое, безразличное, рот полуоткрыт. Иногда по приглашению других больных садится играть в шахматы. Однако играет без интереса, всегда проигрывает, встает и уходит на свое место. Крайне неряшлив, не следит за своей внешностью, умывается и причесывается только по настоянию персонала отделения. На свидание с матерью выходит неохотно. Не поздоровавшись с ней, сразу же лезет в сумку, достает принесенные продукты и, слегка кивнув головой, уходит в свою палату. Ест много и с жадностью, съедает все подряд - кислое, сладкое, соленое.

В один из дней больной был взят на лекцию по психиатрии для демонстрации студентам. Вошел с видом полного безразличия, сел, даже не взглянув на аудиторию. На вопросы отвечает неохотно, односложно, смотрит при этом в сторону.

Ответ

У больного наблюдается апатический синдром. Он характеризуется полным безразличием больного к жизни и себе. Больной, много лет находясь в психиатрической больнице, ничего не делает; у него отсутствует интерес к собственной личности, даже не соблюдает простейшие правила гигиены. Наблюдается также эмоциональное безразличие к матери. Сохранились лишь витальные влечения, например, к пище, которое, однако, качественно изменилось (ест все подряд).

Таким образом, у больного имеет место редукция физической и психической активности. Отсутствие интереса к окружающему миру, собственному состоянию. Эмоциональная тупость

2) Больной Б., 28 лет, преподаватель математики. Обратился к врачу с жалобами на периодические головные боли, усиливающиеся при умственной работе, чувство постоянной слабости и повышенную утомляемость. Выполнение обычной работы стало требовать большого напряжения духовных и физических сил. Утром трудно заставить себя встать с постели, взяться за обычные дела. Садится за книги, но, прочитав полстраницы, замечает, что механически пробегает глазами по строчкам, а мысли где-то далеко. Ко второй половине рабочего дня «врабатывается», голова становится более свежей, но к вечеру чувствует себя совершенно разбитым. За последнее время стал раздражительным, утратил обычную сдержанность. Во время урока грубо прикрикнул на ученика, после чего тут же внутренне раскаялся, долго не мог успокоиться, представлял себе возможные неприятные последствия этого поступка. Дома все выводит из себя, раздражает радио, шумная возня пятилетней дочки. Однажды даже ударил ее, и сам расстроился до слез, просил у дочери прощения. Раздражает даже прикосновение к телу одежды: «Чувствую себя так, будто на мне власяница!». Во время беседы с врачом больной волнуется, лицо покрывается красными пятнами, голос дрожит, на глаза навертываются слезы. Стесняется этого, старается скрыть свое волнение; склонен к пессимистической оценке будущих результатов лечения.

Ответ

Существует много вариантов астенического синдрома, встречающегося при неврозах, в рамках шизофрении, органических заболеваний головного мозга, при многих инфекционных и неинфекционных внутренних болезнях. Однако во всех случаях центральным симптомом астении является раздражительная слабость. У данного больного она проявляется в виде повышенной раздражительности сочетающейся с высокой истощаемостью психических процессов. Так вспышки раздражения тут же сменяются у него чувством раскаяния и слезами. У больного имеются и другие характерные признаки астенического синдрома: гиперестезия по отношению к физическим и психическим раздражителям, эмоциональное слабодушие, истощаемость внимания, головные боли, явления вегетативно-сосудистой лабильности. Астенический синдром часто сочетается с другими формами психических расстройств, образуя астено-ипохондрические, астено-депрессивные, астено-навязчивые состояния и т. п.

3) Больной К., 33 лет, цеховой мастер. Заболевание началось в связи с конфликтами на работе. Стал писать в различные инстанции жалобы на своих сотрудников, обвиняя их в «антигосударственной политике», аморальном поведении и т. п. Возникла мысль, что его жена его до брака была в связи с директором предприятия. Ее влияние на директора таково, что она может решать все вопросы, вплоть до направления сотрудников в заграничные командировки. Вспоминает, как по его просьбе директор вернул в цех нескольких работников, временно переведенных на другую работу. Во время обхода цеха директор подошел к нему и пожал руку. Все это, по убеждению больного, свидетельствует о связи директора с его женой. Боясь разоблачения, директор хочет убрать больного с завода. По его приказу сотрудники «намекают» больному на увольнение, соседи записывают все его разговоры с женой и доносят о них директору, лечащего врача специально неправильно информировали и т. д. Больной весь полон мыслями о «преследовании». Любой разговор сводит на тему о том, какие меры он принял в свою защиту, куда написал. Намекает на «влиятельных друзей», без которых он «давно бы был на Колыме». Намерен продолжать борьбу, «разоблачить кого следует».

Как Вы назовете описанную картину заболевания?

Ответ

Паранойяльный синдром. Он характеризуется, во-первых, систематизированным характером бреда. Мысли больного об измене жены, о преследовании его директором завода по-своему логически связаны между собой, причем одно ложное суждение вытекает из другого, такого же ложного. Бред монотематичен. Как бы ни развивалась бредовая идея, она крутится вокруг одной темы: директор завода находится в связи с женой больного и потому хочет от него избавиться. Наконец, для паранойяльного бреда характерна тенденция к постоянному расширению, привлечению к бредовому толкованию все новых людей и событий (последовательно в бред вовлекаются сотрудники, соседи, лечащий врач и т. д.). Галлюцинациями паранойяльный бред не сопровождается.

4) Больной Ш., 26 лет, инженер. Заболевание началось довольно остро. Стал тревожным, возбужденным, запирался в своей комнате, занавешивал окна, заявлял, что за ним ведется наблюдение из противоположного дома, изрезал на куски свои рубашки и носовые платки. В отделении психиатрической больницы напряжен, подозрителен, испытывает страх. Слышит из-за окна и через стену какие-то голоса, стук, музыку, затыкает себе уши ватой. На врача смотрит недоверчиво, угрюмо. Себя считает здоровым, требует выписки. Заявляет, что вокруг него «все подстроено», врача принимает за известную киноактрису, больных - за артистов русского народного хора: «Здесь какой-то маскарад, все притворяются больными, а они артисты!» В словах окружающих слышит «намеки», угрозы в свой адрес. Все вокруг приобрело для больного свой особый смысл: ковровая дорожка - дорога на кладбище («Это значит - скоро умру!»); олени, изображенные на картине, означают «лень» - следовательно его считают ленивым; беседу с врачом воспринимает как знак того, что его считают шпионом.

Что это такое?

Ответ

На первый план в картине заболевания выступает бред - ложное истолкование больным окружающей ситуации и своего отношения к ней. Этот бред наполнен чувством страха, тревоги, растерянности. Он не складывается в систему, и больной не делает попыток связного обоснования своих опасений. Бредовые идеи конкретны, но непоследовательны, разнообразны по содержанию. Имеются бредовые идеи преследования (следят из окна другого дома, угрожают), значения (больной видит особый смысл в поведении врача, в рисунке на стене и пр.) интерметаморфозы (ложные узнавания, все кажется подстроенным, больные и врач принимаются за артистов); Ложные восприятия проявляются в виде истинных слуховых галлюцинаций и вербальных иллюзий - также отрывочных и фрагментарных.

Это острый галлюцинаторно-параноидный синдром.

5) Больной в полной тишине часто слышит голос, кото­рый приказывает ему отказываться от приема лекарств, не спать в постели, не смотреть на окружающих. Назвать симптом

. Ответ: вербальные, императивные галлюцинации

6) После каждого поступка больной слышит голоса в пустой комнате, которые обсуждают поведение больного, говорят: “Сел”, “Пить пошел”, и т. д. Назвать симптом

. Ответ: вербальные, комментирующие обманы восприятия

**Раздел (тема) 11. Острые экзогенные отравления**

1) Пациент с целью купирования похмельного синдрома выпил, находящуюся дома неизвестную спиртовую настойку, через 15-20 мин появилась неукротимая рвота, онемение слизистой ротовой полости, кистей рук, на момент приезда СМП у больного психомоторное возбуждение, неукротимая рвота, АД 60/40 мм.рт. ст., ЧСС 130 уд./мин., на ЭКГ - тахикардия, экстрасистолия. Чем произошло отравление?

1.Отравление Чемерицей Лобеля

2. Отравление аконитом

3. Отравление боярышником

4. Отравление настойкой Жень шеня

5. Отравление настойкой пиона

2) Больному с отравлением уксусной эссенцией врачом бригады СМП на догоспитальном этапе оказана следующая помощь: промывание желудка методом стимуляции рвоты, инфузия гидрокарбоната натрия, инфузия кристаллоидных растворов, анальгин, но-шпа, димедрол, атропин, ингаляция зева гормонами. Какая ошибка допущена сотрудниками СМП?

1. Анальгин, но-шпа, димедрол

2. инфузия кристаллоидов

3. инфузия гидрокарбоната натрия

4. промывание желудка методом стимуляции рвоты

5. атропин

3) Какой вид гипоксии развивается у больного отравленного окисью углерода, у которого отмечались следующие симптомы: угнетение сознания (кома 1), тахипноэ, гиперемия лица, акроцианоз, в легких аускультативно разнокалиберные хрипы по всем лёгочным полям.

1. центральная гипоксия

2. лёгочная гипоксия

3. гемическая (транспортная) гипоксия

4. тканевая гипоксия

5. смешанная

4) Что необходимо в первую очередь сделать больной принявшей с суицидальной цель таблетки 50 шт. тубазида, время экспозиции яда 1 час, у которой отмечались клонико-тонические судороги, рвота, гипертензия.

1. промывание желудка

2. введение антидота

3. стабилизация гемодинамики

4. купирование судорожного синдрома

5. купирование рвоты

5) Бригадами СМП в приёмный покой токсикологии доставлена семья из трёх человек в тяжёлом состоянии с явлениями угнетения ЦНС, и явлениями отёка лёгких. Анамнез неизвестен, взяты из дома, где обнаружены утром соседями без сознания, живут в частном доме, с низким санитарным, гигиеническим состоянием. Объективно: состояние тяжелое, кома 1-2, мидриаз, фотореакция вялая, дыхание неадекватное, тахипное, аускультативно ослабленное дыхание, разнокалиберные сухие и влажные хрипы, гипертензия, тахикардия. Лабораторно кровь на алкоголь в пределах 1-2 промилей, кровь на карбоксигемоглобин у одного - 17%, второго - 13,6%, у третьего - 22% на момент поступления, ЭКГ - ишемия передней стенки миокарда. Чем произошло отравление?

1. Отравление этанолом

2. отравление опийными наркотиками

3. отравление суррогатами алкоголя

4. отравление угарным газом

5. отравление парами хлора

6) У больной с отравлением противотуберкулёзными препаратами, с экспозицией яда 2 часа, у которой отмечались клонико-тонические судороги, что необходимо провести в первую очередь?

1. вит В6 - 10,0 в/в

2. гидрокарбонат натрия 4%-400,0 вв кап.

3. реланиум 2,0 в/в

4. промывание желудка

5. очистительная клизма

**Тестовые вопросы по теме острые экзогенные отравления**:

* 1. Назовите абсолютные противопоказания для зондового промывания желудка
1. Профузное желудочно-кишечное кровотечение
2. Признаки перфорации желудка или пищевода
3. Появление крови в промывных водах
4. Кома 2- 3 ст.
5. Энтеральное отравление ртутью
6. Экспозиция более 12 часов

Ответ. 1, 2.

* 1. Определите общий объем воды для промывания желудка ребенку 9 месяцев
1. до чистых промывных вод
2. до 1 литра
3. 2 литра
4. промывание желудка проводится после интубации трахеи

Ответ 2.

* 1. При каких отравлениях экзотоксический шок развивается с абсолютной гиповолемией
1. прижигающие вещества
2. дихлорэтан
3. бледная поганка
4. ФОС
5. мухомор
6. этиловый спирт
7. гемолитические яды

Ответ 1, 2, 3.

**4.** Первоочередные мероприятия при парентеральном отравлении героином тяжелой степени

1. восстановление проходимости дыхательных путей, респираторная поддержка
2. ингаляция кислорода
3. в/в введение налоксона
4. в/м введение налоксона
5. инфузионная терапия
6. в/в введение кордиамина и кофеина

Ответ. 1, 3.

**5.** Укажите объем медицинской помощи при отравлении экстази

1. применение бензодиазепинов
2. применение альфа-бетта-адреноблокаторов
3. применение бета-адреноблокаторов
4. размещение хладагентов в области головы и проекции крупных сосудов
5. инфузия кристаллоидов
6. инфузия коллоидов
7. зондовое промывание желудка
8. в/в налоксон
9. в/в нивалин

Ответ. 1, 2 3, 4, 6.

**6.** Объем медицинской помощи при 4-й ст. (просоночной) отравления бензодиазепинами

1. госпитализация пострадавших
2. зондовое промывание желудка
3. интубация трахеи
4. инфузионная терапия
5. в/в анексат
6. в/м унитиол

Ответ 1.

**7.** Объем медицинской помощи при алкогольной интоксикации

1. санация верхних дыхательных путей
2. защита и восстановление проходимости дыхательных путей
3. зондовое промывание желудка
4. инфузионная терапия
5. в/в тиамин
6. в/в глюкоза
7. в/в 4% р-р натрия гидрокарбоната
8. в/в реамберин
9. в/в фуросемид
10. в/в кордиамин 2 мл, кофеин 2 мл в 40% р/ре глюкозы

Ответ. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7,8.

**8.** Перечислите вещества, отравления которыми приводит к возникновению мидриаза

1. холинолитики
2. кокаин
3. димедрол
4. барбитураты
5. амитриптилин
6. опиаты
7. бледная поганка
8. ФОС

Ответ 1, 2, 3, 4, 5.

**9.** Перечислите вещества, отравления которыми приводит к возникновению миоза

1. опиаты
2. ФОС
3. холиномиметики
4. клофелин
5. атропин
6. алкоголь
7. амфетамины
8. барбитураты
9. бензодиазепины
10. дихлорэтан

Ответ. 1,2,3,4.

**10.** Промывать желудок при отравлении концентрированной кислотой необходимо

1) чистой водой

2) раствором соды

3) раствором сульфата магния

4) раствором танина

5) раствором солей кальция

Ответ. 1.

 **11.** Какой вид гипоксии развивается у больного с отравлением монооксидом углерода

 центральная гипоксия

1. лёгочная гипоксия
2. гемическая (транспортная) гипоксия
3. тканевая гипоксия
4. смешанная

Ответ. 2.

1. Что необходимо в первую очередь сделать больной принявшей с суицидальной цель таблетки 50 шт. тубазида, время экспозиции яда 1 час, у которой отмечались клонико-тонические судороги, рвота, гипертензия
2. промывание желудка

2) введение антидота

 3) стабилизация гемодинамики

4) купирование судорожного синдрома

5) купирование рвоты

Ответ. 2.

**Раздел (тема) 12. Термические, ионизирующие и комбинированные поражения**

1) Что относят к первичным повреждающим факторам при ожогах?

А. повышение температуры тела выше 40 гр.

Б. местное повышение температуры тканей выше 45 гр.

В. нарушение гемостаза в месте воздействия агента с высокой температурой.

Г. коагуляция белка в зоне воздействия агента с высокой температурой.

Ответ Б,Г.

2)Что относят к вторичным повреждающим факторам при ожогах?

А. нарушение гемостаза.

Б. нарушение микруциркуляции с последующим тромбозом сосудов.

В. эндогенная интоксикация с усилением процессов перекисного окисления липидов.

Г. нервно-рефлекторные механизмы.

Ответ Б.

3) Какие методы используются для диагностики площади ожогов?

А. измерение сантиметровой лентой.

Б. метод десяток.

В. метод девяток.

Г. метод ладони

Д. метод дактилоскопии.

Ответ В, Г.

4) Классификация ожогового шока предполагает:

А. легкой, средней, тяжелой степени

Б. легкой, тяжелой, крайне тяжелой степени

В. средней, тяжелой, крайне тяжелой степени.

Ответ Б.

5)Исчезновение болевой чувствительности в дне ожоговой раны является симптомом:

А. 2 степени

Б. 3 А степени

В. 3 Б степени

Г. не является диагностическим симптомом.

**Раздел (тема) 13. Инфекционные заболевания**

1) Больной, 43 года, болеет 3-ой день. жалобы на боли в горле усиливающиеся при глотании, выраженную общую слабость, анорексию.

Заболел остро: озноб, температура 38,5°С, боли в горле при глотании, общая слабость, головная боль, боли в области шеи. Принимал доксициклин, аспирин, состояние не улучшалось. При осмотре состояние тяжелое. Несколько возбужден. Кожные покровы бледные. Подчелюстные лимфоузлы с обеих сторон увеличены до размеров куриного яйца, при пальпации – они очень плотные и резко болезненные. Отмечается отек подкожной клетчатки кожи, распространяющийся вверх на лицо, опускаясь до ключицы. Отек безболезнен, тестоватой консистенции. При осмотре зева резко увеличенные миндалины, отек мягкого и твердого неба, язычка. Миндалины и вся поверхность отека покрыта сплошным гладким плотным налетом беловато-сероватого цвета. В легких везикулярное дыхание, 26 дыхательных движений в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс-106 уд/мин., ритмичен. АД-140/90 мм.рт.ст. Язык обложен негустым белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см ниже реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Менингеальных симптомов нет.

DS: Дифтерия зева токсическая (II-ая степень).

Лечение. Тактика: госпитализация больного. Экстренное извещение в ГЦСЭН

2) Больная, 26 лет, обратилась в СМП с жалобами на умеренную головную боль, ломоту в мышцах тела, схваткообразные боли внизу живота, особенно слева, жидкий стул со слизью и прожилками крови. Больна сутки. Начало болезни острое, озноб, температура 38,3°С, схваткообразные боли внизу живота, особенно слева, стул скудный со слизью и кровью (8-10 раз в сутки). При осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледные. Температура - 37,5°С. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, ясные. Пульс 96 ударов в минуту, ритмичный. АД-100/60 мм.рт.ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах, особенно слева. Пальпируется болезненная спазмированная сигма. Печень селезенка не пальпируются. Стул жидкий, скудный с примесью слизи и прожилками крови.

DS: Дизентерия, острая, колитический вариант, среднетяжелое течение.

Лечение. Тактика: госпитализация.

3) Больная 27 лет, жалобы на многократную рвоту, сильную тошноту, умеренные боли в эпигастрии и околопупочной области, частый, жидкий, обильный стул. Заболевание началось остро, 8 часов назад. Появился озноб, головная боль, сильная тошнота, многократная рвота пищей, затем желчью, отмечались схваткообразные боли в верхней половине живота, жидкий, обильный стул с примесью слизи до 10 раз, повысилась температура до 38,5°С. При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела 39°С. Сознание сохранено. В легких хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Пульс-100 уд/мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД-100/70 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в околопупочной области. Сигма не спазмирована. Печень и селезенка не увеличены. Стул жидкий, зеленоватого цвета, обильный, с примесью слизи. Диурез снижен. Менингеальных явлений нет.

DS: Сальмонеллез, гастроинтестинальная форма, обезвоживание 1-2-ой степени.

Лечение. Тактика: инфузионная терапия, госпитализация.

4) Больной, 47 лет, по возвращению из Средней Азии, где был в командировке почувствовал себя больным. Вызвал СМП. Из анамнеза известно что, заболел остро, среди ночи появился жидкий, водянистый стул, затем повторная рвота. Нарастала слабость, головокружение. Состояние продолжало ухудшаться, участилась рвота. Рвота фонтаном, без предшествующей тошноты. Стул водянистый в виде рисового отвара 4-5 раз, появились судороги в икроножных мышцах, мышцах верхних конечностей. При обследовании - голос сиплый, акроцианоз, черты лица заострены, тургор кожи снижен, температура - 35,5ОС, пульс нитевидный. АД - 50/20. Язык, склеры – сухие, Живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка – не пальпируется. Больная не мочится. Сознание сохранено.

DS: Холера, алгид.

Лечение. Тактика: Инфузионная терапия в 2 вены, госпитализация.

5) Больная, 27 лет, при обращении жалуется на сильную сухость во рту, общую слабость, затруднение при глотании сухой пищи, нарушение зрения в виде сетки перед глазами. Заболела остро 3 дня назад, появились сухость во рту, слабость, вздутие живота. К вечеру возникло двоение и расплывчатость предметов перед глазами. На вторые сутки слабость усилилась, стала ощущать затруднения при глотании твердой пищи. При осмотре состояние средней тяжести. Температура тела нормальная. Адинамична. Мышечный тонус умеренно снижен. Голос охрипший. Движения глазных яблок умеренно ограничены во все стороны, выявлен мидриаз со снижением зрачковых реакций на свет, нарушены конвергенция и аккомодация. Пульс-78 уд/мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД-100/65 мм.рт.ст. Тоны сердца ритмичные, звучные. ЧДД-20 в мин. При аускультации легких выслушивается везикулярное дыхание. Слизистые оболочки ротовой полости суховатые, язык обложен желтоватым налетом. Глотание пищи затруднено. Живот вздут. Печень и селезенка не увеличены. Задержка стула. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Менингеальных симптомов нет.

DS: Ботулизм, средняя тяжесть.

Лечение. Тактика: госпитализация.

6) Больная, 35 лет, обратилась за СМП через 19 часов от начала болезни. Со слов мужа заболела остро, с озноба, повышения температуры до 39°С, першения в горле, болезненность глазных яблок. Через несколько часов состояние ухудшилось, появилась интенсивная головная боль, рвота, потеряла сознание. Анамнез жизни: болела ОРЗ, ангиной. Состояние крайне тяжелое: без сознания, кожа бледная, на туловище и бедрах геморрагическая сыпь. Элементы сыпи неправильной формы, местами сливаются в крупные поля. Тахипноэ. В нижних отделах легких мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца глухие, 140 уд/мин. Пульс нитевидный. АД-50/0 мм.рт.ст. Ригидность мышц затылка 3 см. Симптомы Кернига и Брудзинского резко положительные.

DS: Менингококковая инфекция, генерализированная форма, менингококцемия, менингит.

Лечение. Тактика: инфузионная терапия, госпитализация больного. Экстренное извещение в ГЦСЭН.

**Раздел (тема) 14. Неотложные состояния, интенсивная терапия и реанимация в педиатрии**

1) У ребенка 6 лет нормальной является частота сердечных сокращений

1 -66 в минуту

2 -80..

3 -94..

4 -116..

2) У ребенка возрастом 8 лет нормальной является частота дыхания

1 -14 в минуту

2 -18..

3 -22..

4 -28..

3) У ребенка возрастом 8 лет нормальной является частота пульса

1 -66 в минуту

2 -76..

3 -82..

4 -110..

4) Измерение АД у детей тонометром с использованием манжетки взрослого размера

1 -не влияет на правильность измерения

2 -завышает реальный уровень систолического артериального давления

3 -занижает реальный уровень систолического артериального давления

4 -завышает реальный уровень диастолического артериального давления

5) У ребенка возрастом 1 год нормальным является АД

1 -70/40

2 -90/60

3 -120/80

4 -140/90

6) У ребенка возрастом 5 лет нормальным является АД

1 -70/40

2 -100/65

3 -125/45

4 -140/80

**Раздел (тема) 15. Острые заболевания и травмы в урологии**

1) Назовите препараты, их дозы, которые применяются при почечной колике.

2) Проведите обследование больного при травме почек на догоспитальном этапе. (на макете).

3) Проведите подготовку больного к транспортировке в стационар при травме почек. (на манекене).

5.3.3 Вопросы к собеседованию для определения теоретической подготовленности обучающегося

**Раздел (тема) 1. Организация скорой медицинской помощи .**

1) Управление бригадами скорой медицинской помощи на основе информационных технологий

2) Организационно-функциональная структура учреждений скорой медицинской помощи

3) Организация оперативного отдела

4) Задачи службы скорой медицинской помощи

**Раздел (тема) 2. Анестезиология, реаниматология и интенсивная терапия**

1) Способы восстановления и поддержания проходимости дыхательных путей

2) Показания для перевода больного на искусственную вентиляцию легких

3) Выбор начальной скорости инфузионной терапии при гиповолемических шоках

4) Методика ингаляции кислорода на догоспитальном этапе

5) Методы местной анестезии на догоспитальном этапе

6) Показания для интубации трахеи

7) Осложнения интубации трахеи и методы их профилактики

8) Определение степени тяжести травматического шока

**Раздел (тема) 3. Неотложная помощь при заболеваниях сердечно-сосудистой и дыхательной систем**

1) Тактика врача скорой медицинской помощи при неосложненном гипертензивном кризе

2) Тактика врача скорой медицинской помощи при осложненном гипертензивном кризе

3) ЭКГ-признаки пароксизмальной наджелудочковой такикардии

4) ЭКГ-признаки пароксизмальной желудочковой тахикардии

5) ЭКГ-признаки мерцательной аритмии

6) ЭКГ признаки предсердной и желудочковой экстрасистолии

7) Купирование удушья при бронхиальной астме

8) Клиническая диагностика различных видов пневмоторакса

9) Виды и клиничесие признаки острой сердечной недостаточности

10) Виды и клиничесие признаки острой дыхательной недостаточности

**Раздел (тема) 4. Острые хирургические заболевания и травмы органов груди и живота**

1) Как осуществляется транспортировка больного с перитонитом.

2) Характеристика болей при остром аппендиците.

3) Характеристика болей при перфоративной язве желудка.

4) Для какого заболевания характерна рвота, не приносящая облегчения.

5) При каком заболевании наблюдается «Доскообразный» живот.

6) Признаки наружного открытого пневмоторакса.

**Раздел (тема) 5. Травмы и заболевания глаза**

1) Абсолютные признаки ранения глаз. Назвать. Первая помощь. Тактика бригады СМП.

2) Контузия глазного яблока. Диагностика. Первая помощь. Тактика врача СМП.

3) Сочетание химического ожога глаз и ожогов лица. Диагностика. Первая помощь. Тактика бригады СМП.23. Сочетанные ранения глазного яблока и ушибов головы. Диагностика. Первая помощь. Тактика бригады СМП.

4) Панофтальмит (острое гнойное воспаление всех оболочек глаза). Диагностика. Первая помощь. Тактика бригады СМП.

5) Назовите препараты применяемые для закапывания глаз с целью обезболивания при травмах глаза.

6) Первая помощь для снятия болей в глазу применяемых для инъекций.

7) В каких случаях противопоказано применение атропина в виде капель в глаз и инъекций.

8) Ползучая язва роговицы. Диагностика, первая помощь, тактика бригады СМП.

9) Герпетический кератит. Диагностика. Первая помощь. Тактика СМП.

**Раздел (тема) 6. Травмы и заболевания ЛОР-органов**

1) Носовые кровотечения

2) Диагностика инородного тела носа

3) Симптомы инородных тел гортани

4) Диагностика инородных тел пищевода

5) Паратонзиллярный абсцесс

6) Острый отит

**Раздел (тема) 7. Заболевания и травмы нервной системы**

1) Оценка глубины угнетения сознания по шкале Глазго

2) Оценка глубины угнетения сознания по методике Коновалова

3) Ощемозговая и очаговая симптоматика

4) Менингеальные симптомы

5) Стволовые симптомы

6) Дисциркуляторная энцефалопатия

7) Преходящие нарушения мозгового кровообращения

8) Церебральный инсульт

9) Черепно-мозговая травма

10) Позвоночно-спинномозговая травма

**Раздел (тема) 8. Травмы опорно-двигательной системы**

1) Правила шинирования конечностей при переломах трубчатых костей

2) Диагностика переломов трубчатых костей

3) Диагностика перелома костей таза

4) Остановка венозного кровотечения

5) Остановка артериального кровотечения

6) Остановка капиллярного кровотечения

7) Тактика при наружном и внутреннем кровотечениях

8) Выбор метода обезболивания при травматическом шоке

9) Выбор метода обезболивания при сочетанной черепно-мозговой травме

10) Диагностика, тактика и экстренная помощь при вывихах

**Раздел (тема) 9. Акушерско-гинекологическая патология**

1) Мероприятия при рождении ребенка в тяжелой асфиксии.

2) Физиологическая кровопотеря в родах при различной массе тела.

3) Клиника типичного приступа эклампсии.

4) Причины наружное кровотечение при отсутствии болей.

5) Апоплексия яичника.

**Раздел (тема) 10. Психические заболевания**

1) Кто имеет право на врачебную деятельность по оказанию психиатрической помощи

2) Кем принимается решение о психиатрическом освидетельствовании лица без его согласия или без согласия его законного представителя

3) Какие термины используются для обозначения психических нарушений в МКБ-10

4) Какие нарушения являются наиболее характерными для органического психического расстройства

5) На какой срок устанавливается диспансерное наблюдение за лицом, страдающим психическим расстройством

**Раздел (тема) 11. Острые экзогенные отравления**

1) Клинические признаки отравления барбитуратами.

2) Признаки алкогольного делирия.

3) Мероприятия первой помощи при укусе змеи.

4) Показания для использования налоксона

5) Токсические вещества, преимущественно угнетающие функцию ЦНС.

6) Синдром ОДН при отравлениях.

**Раздел (тема) 12. Термические, ионизирующие и комбинированные поражения**

1) Электротравма. Патогенез электроожогов. Тактика и лечение на догоспитальном этапе.

2) Инфузионная терапия при ожоговом шоке на догоспитальном этапе.

3) Перегревание. Патогенез, клиника, лечение в условиях скорой медицинской помощи.

4) Отморожения. Патогенез, клиника, лечения на догоспитальном этапе.

5) Общее переохлаждение. Патогенез, клиника, лечение на догоспитальном этапе.

**Раздел (тема) 13. Инфекционные заболевания**

1) Клинические признаки менингита:

2) Признаки менингококкцемии

3) Признаки отека подкожной клетчатки при дифтерии зева токсической форме III степени

4) Основные симптомы дизентерии

5) Признаки особо опасной инфекции

6) Признаки токсикоинфекционного шока при менингококковой инфекции

**Раздел (тема) 14. Неотложные состояния, интенсивная терапия и реанимация в педиатрии**

1) Возрастные нормы частоты пульса, дыхания и уровня АД

2) Особенности диагностики боли у детей первого года жизни

3) Последовательность обследования ребенка и правила проведения сердечно-легочной реанимации

4) Техника проведения искусственной вентиляции легких ребенку старше 1 года

5) Особенности проведения искусственной вентиляции легких младенцам

6) Выбор размера интубационной трубки для детей разного возраста

7) Особенности медикаментозного обеспечения при сердечно-легочной реанимации у детей

8) Особенности оказания экстренной медицинской помощи детям при травматическом шоке

9) Дифференциальная диагностика лихорадки у детей на догоспитальном этапе

**Раздел (тема) 15. Острые заболевания и травмы в урологии**

1) Травмы почек. Виды травм. Симптоматика повреждения почки. Оказание первой помощи на догоспитальном этапе.

2) Повреждение мочевого пузыря. Симптоматика. Оказание первой помощи. Тактика бригады скорой помощи.

3) Травмы уретры. Симптоматика. Лечебные мероприятия на догоспитальном этапе. Тактика врача СМП.

4) Острый пиелонефрит. Симптоматика. Неотложная помощь. Тактика бригады скорой помощи.

5) Острый простатит. Клиника. Неотложная помощь. Тактика бригады скорой помощи.

6) Острый эпидидимит. Клиническая картина. Первая помощь. Тактика ведения.

5.4 Критерии оценки

4.4.1 Результаты тестирования оцениваются по 5-ти бальной системе.

Оценка формируется в соответствии с критериями таблицы:

|  |  |
| --- | --- |
| Количество правильных ответов (%) | Оценка |
| 90-100 | отлично |
| 80-89 | хорошо |
| 70-79 | удовлетворительно |
| Меньше 70 | неудовлетворительно |

5.4.2 Критерии оценки практических навыков и умений:

-«отлично» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями – знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; без ошибок самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений;

- «хорошо» - обучающийся обладает системными теоретическими знаниями – знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые неточности (малосущественные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет;

- «удовлетворительно» - обучающийся обладает удовлетворительными теоретическими знаниями – знает основные положения методики выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и т.д.; демонстрирует выполнение практических умений, допуская некоторые ошибки, которые может исправить при коррекции их преподавателем;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний – не знает методики выполнения, практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и т.д.; и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их допуская грубые ошибки.

5.4.3 Критерии оценки результатов собеседования по пройденным темам:

-«отлично» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным темам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы с привлечением лекционного материала, основной и дополнительной литературы;

- «хорошо» - обучающийся показывает полное освоение планируемых результатов обучения по пройденным темам, правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы;

- «удовлетворительно» - обучающийся показывает частичное освоение планируемых результатов обучения по пройденным темам, ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз с учетом принятой классификации. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, демонстрируя поверхностное знание предмета;

- «неудовлетворительно» - обучающийся не показывает освоение планируемых результатов обучения по пройденным темам, не может сформулировать диагноз или неправильно его ставит. Не может правильно ответить на большинство дополнительных вопросов.

1. Описываются только те оценочные средства, которые используются в процессе реализации дисциплины (модуля) [↑](#footnote-ref-1)