



Министерство здравоохранения Российской Федерации

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования**

**Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И.Мечникова  
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

(ФГБОУ ВО СЗГМУ им.И.И.Мечникова Минздрава России)

**УТВЕРЖДАЮ**

Проректор по учебной работе



/ С.А. Артюшкин /

« 25 » января 2019 г.

**ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**основной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры  
по специальности 31.08.48 Скорая медицинская помощь**

**Трудоемкость: 3 зе**

Санкт-Петербург  
2019 г.

## 1. Общие положения

Государственная итоговая аттестация по основной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.48 Скорая медицинская помощь (далее – ГИА) проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.48 Скорая медицинская помощь (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.48 Скорая медицинская помощь (далее – ФГОС ВО). ГИА относится к Блоку 3 ФГОС ВО и включает в себя подготовку и сдачу государственного экзамена.

К ГИА допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план по Программе.

ГИА обучающихся, освоивших Программу, осуществляет государственная экзаменационная комиссия.

При успешном прохождении ГИА обучающемуся выдается документ о высшем образовании и о квалификации образца, установленного Министерством здравоохранения Российской Федерации (приказ Минздрава России от 6 сентября 2013 г. № 634н):

- диплом об окончании ординатуры.

## 2. Результаты обучения, оцениваемые на государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций.

### *Универсальные компетенции (УК):*

- Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

### *Профессиональные компетенции (ПК):*

- профилактическая деятельность:
- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной

- обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);
  - диагностическая деятельность:
    - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
    - лечебная деятельность:
      - готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании специализированной скорой медицинской помощи (ПК-6);
      - готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);
      - психолого-педагогическая деятельность:
        - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-8);
        - организационно-управленческая деятельность:
          - готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-9);
          - готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-10);
          - готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-11).

### **3. Порядок проведения государственной итоговой аттестации**

На ГИА отводится 108 часов (3 зе), из которых 6 часов - государственный экзамен, 48 часов - консультации и 54 часа - самостоятельная работа.

ГИА проводится в форме государственного экзамена.

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по Программе. Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в устной форме с использованием экзаменационных билетов.

Продолжительность подготовки обучающегося к ответу составляет не более 45 минут.

Продолжительность сдачи государственного экзамена обучающимся составляет не более 15 минут.

Уровень знаний обучающегося оценивается на «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Критерии оценок результатов государственного экзамена:

- знание теоретического материала по предметной области;
- глубина изучения дополнительной литературы;
- глубина и полнота ответов на вопросы.

Ответ оценивается на «отлично», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

– ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;

– демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Ответ оценивается на «хорошо», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;

– ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах.

– имеются незначительные упущения в ответах.

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Ответ оценивается «неудовлетворительно», если выпускник, освоивший программу ординатуры:

– демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение государственной итоговой аттестации.

#### **4. Порядок подведения итогов государственной итоговой аттестации**

На каждого обучающегося заполняется протокол заседания ГЭК по приему ГИА, в котором отражается перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов ГЭК о выявленном в ходе государственного аттестационного испытания уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося. Протокол заседания ГЭК подписывается председателем и секретарем ГЭК. Протоколы заседаний ГЭК сшиваются в книги и хранятся в архиве Университета.

Результаты ГИА объявляются в день ее проведения.

Решения ГЭК принимаются простым большинством голосов членов комиссии, участвовавших в заседании. Заседание ГЭК проводится председателем ГЭК. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса.

#### **5. Программа государственного экзамена**

##### **5.1. Рекомендации по подготовке к государственному экзамену**

Подготовка к государственной итоговой аттестации должна осуществляться в соответствии с программой государственного экзамена по вопросам, которые выносятся на государственный экзамен. В процессе подготовки к экзамену следует опираться на рекомендованную научную и учебную литературу.

Для систематизации знаний большое значение имеет посещение ординаторами консультаций по вопросам, включенным в программу государственного экзамена, которые проводятся выпускающей кафедрой в соответствии с расписанием.

Содержание ответов ординатора на государственном экзамене должно соответствовать требованиям Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности скорая медицинская помощь(31.08.48).

Ординаторы должны продемонстрировать уровень сформированности необходимых универсальных и профессиональных компетенций, необходимых для самостоятельного решения профессиональных задач различной степени сложности.

В процессе подготовки рекомендуется составить расширенный план ответа по каждому вопросу. Материал по раскрываемому вопросу необходимо излагать структурированно и логично. По своей форме ответ должен быть уверенным и четким. Необходимо следить за культурой речи, не допускать ошибок в произношении терминов.

## **5.2. Вопросы, выносимые на государственный экзамен**

1. Артериальная гипертензия. Классификация, клиника поражения органов «мишеней», группы лекарственных препаратов, применяющихся для лечения АГ. ЭКГ признаки гипертрофии миокарда. Гипертензивные кризы. Неотложная помощь на догоспитальном этапе.
2. Ишемическая болезнь сердца (ИБС). Эпидемиология. Факторы риска. Патогенез. Классификация. Стенокардия напряжения. Классификация. Группы лекарственных препаратов, применяющихся для лечения стенокардии напряжения.
3. Острый коронарный синдром (ОКС). Формы ОКС. Диагностика, тактика ведения больных на догоспитальном этапе. Цели терапии ОКС. Группы лекарственных препаратов, применяющихся для лечения ОКС на ДГЭ.
4. ЭКГ диагностика ОКС.
5. Острый инфаркт миокарда (ОИМ). Клинические формы дебюта ОИМ. Осложнения ОИМ.
6. Острая сердечная недостаточность. Классификация по Киллипу (Killip). Диагностика. Лечение ОСН на ДГЭ.
7. Нарушения ритма в острый период ИМ. Лечебная тактика на ДГЭ.
8. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН). Этиология. Классификация. Диагностика. Группы основных лекарственных препаратов, применяющихся для лечения ХСН. Тактика на ДГЭ.
9. Острая левожелудочковая недостаточность (ОЛЖН) без ОИМ. Дифференциальная диагностика ОЛЖН. Препараты, применяемые при лечении ОЛЖН, находящиеся на оснащении ДГЭ.
10. Универсальная помощь больным с ОЛЖН. Лечение ОЛЖН в зависимости от патогенетической ситуации.
11. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА). Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика.
12. ТЭЛА. Классификация. Дифференциальная диагностика. Неотложная помощь на догоспитальном этапе. Тромболитическая терапия, показания, противопоказания, методика проведения.
13. Клинико-тактическая схема ведения больных с нарушениями ритма и проводимости на ДГЭ.
14. Антиаритмические препараты, находящиеся на оснащении ДГЭ. Классификация по E. Vaughan Williams. Индивидуальные характеристики
15. Антиаритмические препараты 1 класса. Показания и противопоказания к применению.
16. Антиаритмические препараты 2 класса. Показания и противопоказания к применению.
17. Антиаритмические препараты 3 класса. Показания и противопоказания к применению.
18. Антиаритмические препараты 4 класса. Показания и противопоказания к применению.
19. Фибрилляция/трепетание предсердий. Диагностика. Классификация. Тактика ведения и оказания помощи на ДГЭ.
20. Пароксизмальные предсердные тахикардии. Классификация. ЭКГ диагностика. Тактика и принципы оказания помощи на ДГЭ.
21. Пароксизмальные атриовентрикулярные тахикардии. Классификация. ЭКГ диагностика. Тактика и принципы оказания помощи на ДГЭ.
22. Пароксизмальные желудочковые тахикардии. Классификация. ЭКГ диагностика. Тактика

- и принципы оказания помощи на ДГЭ.
23. Брадиаритмии. Нарушения синоатриальной проводимости. Классификация. ЭКГ диагностика. Тактика и принципы оказания помощи на ДГЭ.
  24. Брадиаритмии. Нарушения атриовентрикулярной проводимости. Классификация. ЭКГ диагностика. Тактика и принципы оказания помощи на ДГЭ.
  25. Показания к проведению временной электрокардиостимуляции (ВЭКС).
  26. Постоянная электрокардиостимуляция (ПЭКС). Модификационный код NBG. Принципы оценки ЭКГ у больных с ПЭКС.
  27. Бронхиальная астма. Астматический статус. Классификация. Клиника. Неотложная помощь на ДГЭ.
  28. Острая пневмония. Классификация. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь на ДГЭ.
  29. Острая почечная недостаточность (ОПН). Этиология и патогенез. Клиника. Тактика ведения. Неотложная помощь на ДГЭ.
  30. Хроническая почечная недостаточность (ХПН). Этиология и патогенез. Клиника. Тактика ведения. Неотложная помощь на ДГЭ.
  31. Бронхиальная астма. Астматический статус. Клиника. Диагностика. Тактика ведения. Неотложная помощь на ДГЭ.
  32. Мочекаменная болезнь. Почечная колика. Дифференциальная диагностика. Неотложная помощь. Показания к госпитализации.
  33. Тепловой и солнечный удары. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь на ДГЭ.
  44. Гипотермия. Стадии гипотермии. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь на ДГЭ.
  45. Закрытые повреждения груди. Переломы ребер. Напряженный (клапанный) пневмоторакс. Тактика. Неотложная помощь на ДГЭ.
  46. Методы дренирования плевральной полости при напряженном пневмотораксе на ДГЭ.
  47. Эмфизема средостения. Этиология, диагностика, прогноз. Неотложная помощь на ДГЭ.
  49. Типы открытых повреждений грудной клетки. Диагностика. Тактика. Неотложная помощь на ДГЭ.
  50. Легочное кровотечение. Этиопатогенез. Клиника. Дифференциальная диагностика. Неотложная помощь на ДГЭ.
  51. Острый холецистит (бескаменный). Дискинезии желчевыводящих путей. Классификация, клиника, диагностика, тактика врача на ДГЭ.
  52. Желчекаменная болезнь. Классификация, клиника, диагностика, тактика врача на ДГЭ.
  52. Острый панкреатит. Этиология. Классификация, клиника, диагностика, тактика врача на ДГЭ.
  53. Язвенная болезнь. Осложнения язвенной болезни. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
  54. Острое желудочно-кишечное кровотечение. Этиология. Клиника. Диагностика, дифференциальная диагностика. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
  55. Острая кишечная непроходимость. Клиника, диагностика. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
  56. Ущемленные грыжи живота. Классификация, клиника, диагностика. Тактика на ДГЭ.
  57. Острый аппендицит. Классификация, клиника, диагностика. Тактика на ДГЭ.
  58. Острый аппендицит. Особенности клинического течения острого аппендицита в детском, пожилом возрасте, у беременных. Тактика на ДГЭ.
  59. Мочекаменная болезнь. Почечная колика. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
  60. Травма почек и мочеточников. Классификация. Сочетанные повреждения органов брюшной полости. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
  61. Травма мочевого пузыря. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь на ДГЭ. Особенности транспортировки пострадавших.

61. Острый простатит. Эпидидимоорхит. Клиника. Диагностика. Показания к госпитализации.
62. Вывих и перекрут яичка. Клиника. Диагностика. Показания к госпитализации.
63. Травма наружных половых органов. Клиника. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
64. Острая задержка мочи. Этиология. Клиника. Диагностика. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
65. Инородные тела уретры. Клиника. Диагностика. Тактика, неотложная помощь на догоспитальном этапе.
66. Острая артериальная непроходимость магистральных артерий конечностей. Клиника, диагностика. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
67. Острый тромбоз глубоких вен нижних конечностей. Клиника, диагностика, осложнения. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
68. Переломы и вывихи лопатки и ключицы. Травмогенез. Клиника, диагностика. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
69. Переломы и вывихи плеча. Классификация. Травмогенез. Клиника, диагностика. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
70. Переломы и вывихи предплечья. Перелом нижнего конца лучевой кости. Травмогенез. Клиника, диагностика. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
71. Переломы костей таза с нарушением и без нарушения целостности тазового кольца. Клиника, диагностика. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
72. Переломы и вывихи бедра. Травмогенез. Клиника, диагностика. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
73. Переломы вертлужной впадины, центральный вывих бедра. Травмогенез. Клиника, диагностика. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
74. Повреждение связок в коленном и голеностопном суставе, повреждение менисков. Травмогенез. Клиника, диагностика. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
75. Переломы и вывихи стопы в голеностопном суставе. Травмогенез. Клиника, диагностика. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
76. Осложнения при переломах длинных трубчатых костей. Клиника, диагностика. Профилактика осложнений, помощь на ДГЭ.
77. Методы остановки кровотечения при ранениях над- и подключичной области. Возможные осложнения, профилактика.
78. Методы остановки кровотечения при повреждениях конечностей. Методика наложения жгута.
79. Транспортная иммобилизация при переломах конечностей, позвоночника и таза. Транспортировка пострадавшего.
80. Термический ожог дыхательных путей. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
81. Патогенез термического ожога. Механизм повреждения ткани при различных видах ожогов. Классификация ожогов. Определения тяжести ожогового поражения.
82. Отморожения. Клиника, диагностика. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
83. Эпилептическая болезнь. Эпилептический статус. Клиника, диагностика. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
84. Острый аортальный синдром (ОАС). Клиника, диагностика. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.

85. Ишемический инсульт. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
86. Геморрагический инсульт. Классификация. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
88. Грипп и другие острые респираторные инфекции дыхательных путей. Клиника, диагностика. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
89. Менингококковая инфекция. Клинические формы. Диагностика. Осложнения. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
90. Вирусные энцефалиты. Клещевой энцефалит. Осложнения. Клинические синдромы, диагностика. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
91. Столбняк. Клиника, диагностика. Экстренная противостолбнячная вакцинация. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
92. Бешенство. Диагностика. Тактика, вакцинация, неотложная помощь на ДГЭ.
93. Бактериальные пищевые отравления. Неотложные состояния. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
94. Дизентерия. Клиника. Неотложные состояния. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
95. Сальмонеллезная инфекция. Клиника. Неотложные состояния. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
96. Ботулизм. Клиника. Неотложные состояния. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
97. Холера. Неотложные состояния, степени дегидратации. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
98. Чума. Формы, клиника. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
99. Сибирская язва. Формы, клиника. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
100. Брюшной тиф. Клиника. Диагностика. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
101. Сыпной тиф. Клиника. Диагностика. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
102. Острые вирусные гепатиты А, В, С и Е. Клиника. Неотложные состояния при вирусных гепатитах. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
103. Геморрагические лихорадки. Основные клинические синдромы. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
107. Острые отравления (ОО). Синдромы поражения нервной системы, синдромы поражения системы дыхания, синдромы поражения сердечно-сосудистой системы, синдромы поражения желудочно-кишечного тракта.
118. Антидотная терапия острых отравлений. Классификация антидотов. Применение антидотной терапии на ДГЭ.
119. Перечислите последовательность детоксикационных мероприятий при отравлении ФОС.
120. Перечислите антидотную терапию при отравлении токсическими спиртами.
121. Отравления ядами прижигающего действия (уксусная эссенция и др.).
122. Контакт с ядовитыми змеями, насекомыми. Диагностика. Неотложная помощь.
123. При остром тяжелом отравлении героином, какие мероприятия Вы будете проводить в первую очередь?
124. Какой препарат необходимо включать в состав гемодилюции при отравлении оксидом углерода?
125. Методы ускоренной детоксикации организма и их классификация. Методы усиления путей естественной детоксикации организма. Промывание желудка. Показания и особенности проведения на догоспитальном этапе при различных отравлениях.
126. Внематочная беременность. Клиника. Диагностика. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.



127. Предлежание плаценты. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Клиника. Диагностика. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
128. Преэклампсия. Эклампсия. Клиника. Диагностика. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
129. Преждевременные роды. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ. Роды вне стационара. Ведение. Неотложная помощь роженице, родильнице. Первичная обработка новорожденного. Госпитализация.
130. Кровотечение в послеродовом периоде. Клиника. Диагностика. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
131. Острый эндометрит (послеродовой и послеабортный). Пельвеоперитонит (послеродовой). Клиника. Диагностика. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
132. Послеродовый сепсис. Септический шок (послеродовой и гинекологический). Клиника. Диагностика. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
133. Синдром рвоты и срыгиваний. «Острый живот» у новорожденных. Клиника. Диагностика. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
134. Болезни кожи и пупка. Флегмона новорожденных. Омфалит новорожденных. Сепсис новорожденных. Клиника. Диагностика. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
135. Острый обструктивный ларингит (круп). Клиника. Диагностика. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
136. Острая недостаточность кровообращения у детей. Клиника. Диагностика. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
137. Гипертермический синдром у детей. Клиника. Диагностика. Клиническая фармакология лекарственных средств лечения лихорадки у детей. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
138. Судорожный синдром у детей. Клиника. Диагностика. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
139. Синдром «острого живота» при воспалительных заболеваниях органов брюшной полости у детей. Синдром полной или частичной кишечной непроходимости. Кровотечения из желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Инородные тела в ЖКТ. Клиника. Диагностика. Тактика, неотложная помощь на догоспитальном этапе.
140. Неотложные эндокринные расстройства у детей. Клиника. Диагностика. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
141. Несчастные случаи у детей. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
142. Сыпи у детей. Аллергические сыпи. Инфекционные экзантемы. Клиника. Диагностика.
143. Менингеальный синдром. Менингиты у детей. Менингококкцемия. Клиника. Диагностика. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
144. Дифтерия. Клиника. Диагностика. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
145. Диарея. Кишечные инфекции у детей раннего возраста. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
146. Основные принципы инфузионно-трансфузионной терапии у детей. Характеристика основных инфузионно-трансфузионных средств.
147. Пути введения лекарственных препаратов у детей.
148. Классификация терминальных состояний. Характеристика нарушений гомеостаза. Современные принципы лечения. Механизмы внезапной смерти. Диагностика.
149. Внезапная смерть. Основные принципы сердечно-легочной реанимации.
150. Электрическая дефибриляция сердца, кардиоверсия, аппаратура, методика проведения. Техника безопасности. Фармакология веществ, применяемых для восстановления деятельности сердца. Показания к их применению, дозы, порядок и пути введения.
151. Показания к ЭИТ при остановке сердца. Техника проведения.
152. Травматический шок. Патогенез. Клиника. Диагностика. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
153. Анафилактический шок. Анафилактоидные реакции. Патогенез. Клиника. Диагностика. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.
154. Закрытая черепно-мозговая травма (ЧМТ). Клиника. Диагностика. Тактика, неотложная

помощь на ДГЭ. Принципы транспортировки пациентов с тяжелой ЧМТ.

155. Травма позвоночника с повреждением спинного мозга. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика. Осложнения на ДГЭ и их профилактика. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.

156. Некардиогенный отек легких. Классификация. Клиника. Диагностика. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.

157. Комы. Дифференциальная диагностика. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.

158. Особенности реанимации у детей. Аппаратура и инструментарий, применяемые в реанимации и интенсивной терапии у детей. Наркозная и дыхательная аппаратура. Методы поддержания проходимости дыхательных путей. Методы экстренной искусственной вентиляции легких. Интубация трахеи у детей. Методы восстановления сердечной деятельности.

159. Реактивные состояния. Неотложная помощь при психических состояниях у больных с соматическими заболеваниями. Клиника. Диагностика. Тактика, неотложная помощь на ДГЭ.

### Ситуационные задачи

1. Вы оказываете помощь пациенту, у которого выявили тупую травму живота и закрытый перелом бедренной кости. Частота пульса = 96 ударов в 1 мин, систолическое АД = 100 мм рт. ст. Ваше решение по проведению инфузионной терапии (время транспортировки 15 минут).

2. Вы оказываете помощь пациенту, у которого выявили тупую травму живота и закрытый перелом бедренной кости. Частота пульса = 108 ударов в 1 минуту, систолическое АД = 70 мм рт.ст. Ваше решение по проведению инфузионной терапии (время транспортировки 15 мин).

3. Вы оказываете помощь пациенту с тупой травмой живота. Пациент находится в машине скорой помощи. Сознание спутанное, пульс на лучевой артерии не определяется. Систолическое АД 60 мм рт. ст. Время проезда до стационара около 15 мин. Какие Ваши действия?

4. У пациента выявлена тупая травма живота и закрытый перелом бедренной кости. ЧСС 100 уд. в 1 мин, АД 70/40. Что является наиболее рациональным вариантом обезболивания при проведении транспортной иммобилизации?

5. В связи с явной угрозой остановки самостоятельного дыхания у пациента в астматическом статусе, врач скорой помощи выполнил интубацию трахеи и начал ИВЛ в режиме CMV с  $V_T = 8$  мл/кг,  $F = 14$  в 1 мин,  $FI_{O_2} = 1,0$ . Внимание врача привлекло высокое давление на вдохе, равное 45 см  $H_2O$ . Врачебная тактика в данной ситуации?

6. Бригада скорой помощи прибыла на место происшествия. У пострадавшего: тяжелая закрытая черепно-мозговая травма, множественные переломы ребер (флотирующая грудная клетка). ЧД -7 в минуту, вдохи поверхностные малоэффективные.  $SAO_2 = 86\%$ . ЧСС 120 уд мин, ритмичный, АД = 100/65 мм.рт.ст. Какой вариант респираторной поддержки Вы выберете?

7. У взрослого больного на мониторе была выявлена фибрилляция желудочков; время, когда наступила остановка сердца неизвестно. Начата базовая СЛР. Какую процедуру нужно провести незамедлительно?

8. Больной не реагирует на речь и прикосновение, имеются судорожные подергивания, нет пульса на сонных артериях. Что следует делать в первую очередь?

9. Врач скорой помощи прибыл на вызов к больному, которому родственники до его прибытия начали проводить СЛР. С чего нужно начать в этой ситуации?

10. В приемном отделении у больного зарегистрированы следующие симптомы: тахикардия, гипертензия, влажность кожного покрова. Для какого препарата наркотического действия эти симптомы являются наиболее характерными?

11. У больного определяется ригидность мышц затылка, кривошея, пучеглазие. Больной в сознании, температура тела не увеличена. В течение последней недели он получал галоперидол по поводу основного заболевания. Определить препарат выбора для лечения.
12. После приема кокаина у больного определяются боль за грудиной, гипертензия (190/110 мм.рт.ст) тахикардия (120 уд/мин). Что следует назначить на догоспитальном этапе?
13. Через 1 час после приема 10 неизвестных таблеток кремового цвета у больного развились тонико-клонические судороги. Введение реланиума (по 20 мг внутривенно, в два приема, с интервалом 5 минут) – без эффекта. Какой препарат является диагностическим фармакологическим тестом, который позволяет установить природу судорожного яда и купировать судорожный синдром, если его назначить совместно с реланиумом?
14. У больного 33 лет возник приступ сердцебиения, сопровождающийся слабостью, головокружением. При осмотре определяется частый аритмичный пульс слабого наполнения. Аускультативно – тахиаритмия, частота сердечных сокращений 250 в минуту, значительный дефицит пульса. АД 85/60 мм ртутного столба. На ЭКГ – фибрилляция предсердий, комплексы QRS уширены до 0,12-0,15 сек, степень уширения и деформации комплексов QRS варьирует. Опишите тактику ведения пациента.
15. У больного 26 лет развился приступ сердцебиения. Подобные приступы возникают периодически в течение 10 лет. При осмотре определяется частый правильный пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, аускультативно – тоны сердца ритмичны, «маятникообразный» ритм, частота сердечных сокращений 200 в минуту. АД 130/80 мм ртутного столба. На ЭКГ тахикардия с узкими, суправентрикулярными комплексами QRS. Волны Р отчетливо не определяются. На представленной ЭКГ, снятой вне приступа – синусовый ритм, вариант нормы, синдром CLC. Опишите тактику ведения пациента.
16. У больного 65 лет с острым инфарктом миокарда возник приступ сердцебиения, сопровождающийся слабостью, головокружением, холодным потом. При осмотре: Бледность кожи, акроцианоз. Пульс 165 ударов в минуту, ритмичен. АД 90/60 мм ртутного столба. На ЭКГ – тахикардия с регулярным ритмом, комплексы QRS расширены до 0,16 сек, в грудных отведениях имеют конкордантный S тип. Волны Р отчетливо не определяются. Опишите тактику ведения пациента.
17. У больной 72 лет принимающей кордарон в дозе 600 мг в сутки по поводу пароксизмов мерцательной аритмии возникли повторные синкопальные состояния. Во время одного из эпизодов синкопе на ЭКГ зарегистрирована тахикардия с ЧЖС 220 в минуту. Форма комплексов QRS в тахикардической цепи постоянно меняется, большинство из них значительно расширены, деформированы. Приступ прекратился спонтанно во время регистрации ЭКГ. Восстановился синусовый ритм с частотой 76 ударов в минуту, отмечаются признаки гипертрофии левого желудочка и предсердия, интервал QT - 0,52 сек. Опишите тактику ведения пациента.
18. У больного 33 лет возник приступ сердцебиения, сопровождающийся слабостью, головокружением. При осмотре определяется частый аритмичный пульс слабого наполнения. Аускультативно – тахиаритмия, частота сердечных сокращений 250 в минуту, значительный дефицит пульса. АД 85/60 мм ртутного столба. На ЭКГ – фибрилляция предсердий, комплексы QRS уширены до 0,12-0,15 сек, степень уширения и деформации комплексов QRS варьирует. Опишите тактику ведения пациента.
19. У больного 26 лет развился приступ сердцебиения. Подобные приступы возникают периодически в течение 10 лет. При осмотре определяется частый правильный пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, аускультативно – тоны сердца очень ритмичны, «маятникообразный» ритм, частота сердечных сокращений 200 в минуту. АД 130/80 мм ртутного столба. На ЭКГ тахикардия с узкими, суправентрикулярными комплексами QRS. Волны Р отчетливо не определяются. На представленной ЭКГ, снятой вне приступа – синусовый ритм, вариант нормы, синдром CLC. Опишите тактику ведения пациента.
20. У больного 65 лет с острым инфарктом миокарда возник приступ сердцебиения,

сопровожающийся слабостью, головокружением, холодным потом.

При осмотре: Бледность кожи, акроцианоз. Пульс 165 ударов в минуту, ритмичен. АД 90/60 мм ртутного столба. На ЭКГ – тахикардия с регулярным ритмом, комплексы QRS расширены до 0,16 сек, в грудных отведениях имеют конкордантный S тип. Волны P отчетливо не определяются. Опишите тактику ведения пациента.

21. У больной 72 лет принимающей кордарон в дозе 600 мг в сутки по поводу пароксизмов мерцательной аритмии возникли повторные синкопальные состояния. Во время одного из эпизодов синкопе на ЭКГ зарегистрирована тахикардия с ЧЖС 220 в минуту,

Форма комплексов QRS в тахикардической цепи постоянно меняется, большинство из них значительно расширены, деформированы. На ЭКГ, снятой за сутки до этого, регистрировался синусовый ритм с частотой 76 ударов в минуту, признаки гипертрофии левого желудочка и предсердия, интервал QT - 0,52 сек. Опишите тактику ведения пациента.

22. У больной 43 лет на 2-е сутки после операции- резекции желудка по поводу язвенной болезни – внезапно развились резко выраженная одышка, давящая боль в грудной клетке, возникновение боли сопровождалось кратковременной потерей сознания.

При осмотре: бледность кожных покровов, тахипноэ 45 в минуту, полнокровие и пульсация шейных вен. Пульс 120 ударов в минуту, слабого наполнения. АД 100/70 мм ртутного столба. На ЭКГ – синусовая тахикардия, предсердная экстрасистолия, отклонение электрической оси сердца вправо, P pulmonale. Опишите тактику ведения пациента.

23. У больного 74 лет, длительно страдающего артериальной гипертензией, внезапно возникли резчайшие боли в грудной клетке, эпигастрии, с иррадиацией в спину, позвоночник.

При осмотре: Пульс 100 в минуту, ритмичен, напряжен. Отмечается асимметрия пульса на верхних и нижних конечностях. АД 175/100 мм ртутного столба. Выслушивается систолический шум на верхушке сердца и аорте. На ЭКГ – синусовый ритм с частотой 96 ударов в минуту, признаки гипертрофии левого желудочка, в прекардиальных отведениях – признаки субэндокардиального повреждения миокарда (депрессия сегмента ST). Опишите тактику ведения пациента.

24. У больной 76 лет, принимающей антиаритмический препарат по поводу пароксизмов фибрилляции предсердий, возникли повторные синкопальные эпизоды. Во время одного из эпизодов удалось зарегистрировать полиморфную «веретенообразную» желудочковую тахикардию. Какой препарат может принимать больная? Опишите тактику ведения пациента.

25. У мужчины 60 лет с ангинозным приступом регистрируется синусовая брадикардия с ЧСС 42 в 1 мин., желудочковая экстрасистолия, АД 70/50 мм рт. ст. Опишите тактику ведения пациента.

26. У больного после внутривенного введения 5 мг верапамила развилась асистолия. Опишите тактику ведения пациента.

27. У больного 70 лет с жалобами на головокружение, одышку на ЭКГ регистрируются: АВ-блокада 2 степени с периодикой Самойлова-Венкебаха, пульс 52 в 1 мин., АД- 120/80 мм рт. ст. Опишите тактику ведения пациента.

28. У больного 40 лет при возвращении с работы впервые возникли боли за грудиной, иррадиирующие в левую лопатку. Боли проходили, когда он останавливался, усиливались при подъеме по лестнице и полностью прошли дома. АД 140/80 мм рт. ст. Пульс 90 в 1 мин; ритмичный. Другие объективные данные, включая ЭКГ, в пределах нормы. Опишите тактику ведения пациента.

29. У больного 50 лет внезапно появилась пульсирующая головная боль, диплопия, рвота. Около 10 лет повышается АД, бывают боли в сердце. Лечился клофелином. Лечение прекратил 2 дня назад, т. к. состояние и АД стабилизировалось (150/90 мм рт. ст). Заторможен. Кожа бледная, влажная. Пульс 120 в 1 мин. АД 240/120 мм рт. ст. Опишите тактику ведения пациента.

30. У больного 59 лет, страдающего стенокардией в течение 5 лет, развился тяжелый ангинозный приступ, сопровождающийся слабостью, холодным потом. На ЭКГ – синусовая тахикардия, подъем сегмента ST более 3 мм в грудных отведениях. Возможна госпитализация в течение 40 минут в стационар, проводящий инвазивную реваскуляризацию при ОКС. Ваши действия?

31. Больная 35 лет. Жалобы на одышку, длительные, тупые и кратковременные острые боли в области сердца. В прошлом частые простудные заболевания. Ухудшение состояния связывает с большой нагрузкой на работе. Выслушивается систолический шум и систолический щелчок. Другие объективные данные, включая ЭКГ, в пределах нормы. Ваш предположительный диагноз?

32. У больной 50 лет впервые возникли очень сильные боли в груди, длятся около суток, временами ослабевают. Страдает гипертонической болезнью около 15 лет. Периодически бывают боли в сердце. Состояние удовлетворительное. АД 200/100 мм рт. ст. Пульс 100 в 1 мин, ритмичный. Акцент II тона над аортой. Границы сердца и сосудистого пучка значительно расширены. На ЭКГ – признаки гипертрофии левого желудочка. Предварительный диагноз?

33. Вызов врача скорой помощи на дом к больной 35 лет. В течение недели у больной нарастающая слабость, тошнота, рвота, жидкий стул 2-3 раза в сутки, тупые постоянные боли в животе, быстрая потеря в весе. Нарушения сознания в течение 2-3 ч. Температура тела 36°. В анамнезе: 10 лет тому назад левосторонняя нефрэктомия по поводу туберкулеза почки. Нарастающая слабость, снижение аппетита, медленная потеря в весе в течение последних 5-6 месяцев. Лечилась амбулаторно по поводу хронического панкреатита (сведения со слов родственников). Опишите тактику ведения пациента.

34. Состояние тяжелое, сознание спутано, периодическое возбуждение. Питание снижено, кожа сухая. Дыхание 24 в минуту. Пульс нитевидный 130 ударов в минуту, АД 70/40 мм ртутного столба. Диффузная серо-коричневая пигментация покровов.

Сгущение пигментации в местах трения одеждой, в области околососковых ореол, послеоперационного рубца. Сомнительные явления менингизма.

Грубой патологии внутренних органов не определяется. ЭКГ – ритм синусовый 130 ударов в минуту. Косвенные признаки гиперкалиемии. Сыпи на коже нет. Опишите тактику ведения пациента.

35. Вызов врача скорой помощи на дом к больной 30 лет. Больная заметно возбуждена. Жалобы на сильную головную боль, потливость, сердцебиение. В течение последних 3 месяцев – внезапное повышение АД до уровня 240/130 мм ртутного столба с указанными явлениями. Между кризами АД в пределах 160/90-100 мм ртутного столба. В течение 3 недель кризы до 2-3 раз в неделю. Продолжительность криза до 1 ч. Окончание криза сопровождается резкой слабостью, снижением АД до 90/40 мм ртутного столба. Применение гипотензивных средств (клофелин,  $\alpha$ -адреноблокаторы, кальцевые антагонисты) – без эффекта. Кожа бледная, влажная. Пульс 140 ударов в минуту, ритмичный. АД – 230/130 мм ртутного столба. Сахар крови 11 ммоль/л.

После внутривенного введения 20 мг реджитина (фентоламина) – АД 165/75 мм ртутного столба, пульс 85 ударов в минуту. Самочувствие и состояние стабилизировалось. Составьте представление о больном и опишите дальнейшую тактику ведения пациента.

36. Вызов врача скорой помощи на улицу. Мужчина 30 лет. Сознание отсутствует. Дыхание 22 в минуту не затрудненное, пульс 110 ударов в минуту удовлетворительного наполнения. Покровы тела влажные. Судороги клонико-тонического характера. Тонус скелетных мышц повышен, челюсти сомкнуты. Следов рвоты и мочеиспускания нет. На коже боковых поверхностей живота следы инъекций. Со слов очевидцев потеря сознания предшествовала неадекватность поведения. Сформулируйте предварительный диагноз и опишите тактику ведения пациента.

37. Вызов врача скорой помощи на дом. Женщина 25 лет лежит в постели. Сознание спутано, продуктивный контакт с больной не возможен. Со слов родственников в течение 3-

4 недели у больной наблюдается нарастающая жажда, полиурия, прогрессирующая потеря в весе. К врачу не обращалась. В течение последних 3 дней больная стала вялой, заторможенной. Появилась тошнота, а затем рвота. В течение последних 6 ч сознание спутано. Больная пониженного питания, покровы сухие, холодные. Тургор тканей резко снижен. Температура тела  $36,5^{\circ}$ . Реагирует на болевые раздражения. Дыхание 24 в минуту, фруктовый запах в выдыхаемом воздухе. Сердце нормальных размеров, тоны звучные. Органы брюшной полости без особенностей. Сахар крови – 27,5 ммоль/л. В полученной катетером моче сахар 7%, кетоны +++++, реакция мочи кислая. Менингеальные симптомы – отрицательные. Сыпи, гнойников не обнаружено, кожа нормальной окраски. Сформулируйте предварительный диагноз и опишите тактику ведения пациента.

38. Вызов врача скорой помощи на улицу. Обнаружен молодой мужчина, лежащий на тротуаре. Сознание отсутствует. Дыхание 20 в 1 мин, пульс 100 в 1 мин. Удовлетворительного наполнения. Покровы лица нормальной окраски, влажные. Эпизодические судорожные подергивания конечностей. Пассивные движения конечностями затруднены. Челюсти сомкнуты. Следов рвоты, мочеотделения нет. На коже боковых поверхностей живота следы старых и свежих инъекций. Со слов очевидцев, потере сознания предшествовали неадекватность поведения, судороги. Сформулируйте предварительный диагноз и опишите тактику ведения пациента.

39. Вызов врача скорой помощи на дом. Больная 72 лет. Со слов соседей – не выходит из комнаты 2-е суток. Без сознания, лежит в постели. Следов рвоты нет. Кожный покров лица, туловища, конечностей утолщены (плотные отеки) бледно-желтушной окраски, холодные наощупь. Дыхание 8-10 в 1 мин, пульс 40 в 1 мин, плохо прощупывается. АД 70/40 мм рт.ст. Тоны сердца едва выслушиваются. Определяются гидроторакс, возможно гидроперикард, асцит. Температура тела  $35,6^{\circ}\text{C}$ . Анамнез неизвестен. Сформулируйте предварительный диагноз и опишите тактику ведения пациента.

40. Вызов врача скорой помощи к больной 47 лет. В течение 4-5 дней у больной нарастающая слабость, тошнота, рвота, жидкий стул – 2-3 раза в день, тупые боли в животе, быстрая потеря в весе. Нарушение сознания в течение 2-3 часов. 12 лет тому назад – левосторонняя нефрэктомия по поводу туберкулеза почки. Слабость, плохой аппетит, потеря в весе в течение последних 6 мес. Лечилась амбулаторно по поводу “хронического панкреатита, хронического энтероколита” (сведения получены со слов родственников). Состояние тяжелое, сознание спутано, периодически возбуждена. Питание резко снижено. Кожа сухая. Дыхание 24 в мин. Пульс нитевидный, частый. АД 75/40 мм рт.ст. Диффузная серо-коричневая пигментация покровов, сгущение пигментации в местах трения одеждой, в области околососковых ореол, послеоперационного рубца. Сомнительные признаки менингизма. Грубой патологии внутренних органов не определяется. ЭКГ — косвенные признаки гиперкалиемии. Сформулируйте предварительный диагноз и опишите тактику ведения пациента.

41. Вызов врача скорой помощи на дом к больной 30 лет. Жалобы на сильную головную боль, потливость, сердцебиение. В течение последних 3 месяцев – внезапное повышение АД до уровня 240/130 мм ртутного столба с указанными явлениями. Между кризами АД в пределах 160/90-100 мм ртутного столба. В течение 3 недель кризы до 2-3 раз в неделю. Продолжительность криза до 1 ч. Окончание криза сопровождается резкой слабостью, снижением АД до 90/40 мм ртутного столба. Применение гипотензивных средств (клофелин,  $\beta$ -адреноблокаторы, кальцевые антагонисты) – без эффекта. Кожа бледная, влажная. Пульс 140 ударов в минуту, ритмичный. АД – 230/130 мм ртутного столба. Сахар крови 11 ммоль/л. После внутривенного введения 20 мг реджитина (фентоламина) – АД 165/75 мм ртутного столба, пульс 85 ударов в минуту. Самочувствие и состояние

стабилизировалось. Сформулируйте предварительный диагноз и опишите тактику ведения пациента.

42. Вызов врача скорой помощи на дом. Женщина 25 лет лежит в постели. Сознание спутано, продуктивный контакт с больной не возможен. Со слов родственников в течение 3-4 недель у больной наблюдается нарастающая жажда, полиурия, прогрессирующая потеря в весе. К врачу не обращалась. В течение последних 3 дней больная стала вялой, заторможенной. Появилась тошнота, а затем рвота. В течение последних 6 ч сознание спутано. Больная пониженного питания, покровы сухие, холодные. Тургор тканей резко снижен. Температура тела  $36,5^{\circ}$ . Реагирует на болевые раздражения. Дыхание 24 в минуту, фруктовый запах в выдыхаемом воздухе. Сердце нормальных размеров, тоны звучные. Органы брюшной полости без особенностей. Сахар крови –  $27,5$  ммоль/л. В полученной катетером моче сахар 7%, кетоны +++++, реакция мочи кислая. Менингеальные симптомы – отрицательные. Сыпи, гнойников не обнаружено, кожа нормальной окраски. Сформулируйте предварительный диагноз и опишите тактику ведения пациента.

43. Вызов врача скорой помощи на улицу. Обнаружен молодой мужчина, лежащий на тротуаре. Сознание отсутствует. Дыхание 20 в 1 мин, пульс 100 в 1 мин. Удовлетворительного наполнения. Покровы лица нормальной окраски, влажные. Эпизодические судорожные подергивания конечностей. Пассивные движения конечностями затруднены. Челюсти сомкнуты. Следов рвоты, мочеотделения нет. На коже боковых поверхностей живота следы старых и свежих инъекций. Со слов очевидцев, потере сознания предшествовали неадекватность поведения, судороги. Сформулируйте предварительный диагноз и опишите тактику ведения пациента.

44. Вызов врача скорой помощи на дом. Больная 72 лет. Со слов соседей – не выходит из комнаты 2-е суток. Без сознания, лежит в постели. Следов рвоты нет. Кожный покров лица, туловища, конечностей утолщены (плотные отеки) бледно-желтушной окраски, холодные наощупь. Дыхание 8-10 в 1 мин, пульс 40 в 1 мин, плохо прощупывается. АД 70/40 мм рт.ст. Тоны сердца едва выслушиваются. Определяются гидроторакс, возможно гидроперикард, асцит. Температура тела  $35,6^{\circ}\text{C}$ . Анамнез неизвестен. Сформулируйте предварительный диагноз и опишите тактику ведения пациента.

45. Вызов врача скорой помощи к больной 47 лет. В течение 4-5 дней у больной нарастающая слабость, тошнота, рвота, жидкий стул – 2-3 раза в день, тупые боли в животе, быстрая потеря в весе. Нарушение сознания в течение 2-3 часов. 12 лет тому назад – левосторонняя нефрэктомия по поводу туберкулеза почки. Слабость, плохой аппетит, потеря в весе в течение последних 6 мес. Лечилась амбулаторно по поводу “хронического панкреатита, хронического энтероколита” (сведения получены со слов родственников). Состояние тяжелое, сознание спутано, периодически возбуждена. Питание резко снижено. Кожа сухая. Дыхание 24 в мин. Пульс нитевидный, частый. АД 75/40 мм рт.ст. Диффузная серо-коричневая пигментация покровов, сгущение пигментации в местах трения одеждой, в области околососковых ореол, послеоперационного рубца. Сомнительные признаки менингизма. Грубой патологии внутренних органов не определяется. ЭКГ — косвенные признаки гиперкалиемии. Сформулируйте предварительный диагноз и опишите тактику ведения пациента.

46. Больной 42 лет обратился с жалобами на боли в правой подвздошной области, постепенно усиливающиеся в течение 3 ч., к вечеру – еще более интенсивные. Появились частые позывы на мочеиспускание, температура  $37,8^{\circ}\text{C}$ , была однократная рвота. Ранее подобных болей не отмечал. Язык обложен белым налетом, сухой. Живот вздут. В правой подвздошной области резко болезненные симптомы Щеткина-Блюмберга, а также

Ситковского и Ровзинга положительны, симптом Пастернацкого отрицательный. Сформулируйте предварительный диагноз и опишите тактику ведения пациента.

47. У больной 33 лет с беременностью 2 недели появились сильные боли в правой подвздошной области, рвота, температура  $37,8^{\circ}\text{C}$ , пульс 98 ударов в минуту, язык сухой, обложен. В правой половине живота, больше в нижнем отделе, определяется резкая болезненность, защитное напряжение мышц. Симптомы Щеткина-Блюмберга, Ситковского, Ровзинга и Образцова положительные. Сформулируйте предварительный диагноз и опишите тактику ведения пациента.

47. У больного 45 лет на следующий день после приема алкоголя появились интенсивные боли опоясывающего характера, многократная рвота. Симптомы Кэртэ, Мейо-Робсона, Воскресенского положительные. Сформулируйте предварительный диагноз и опишите тактику ведения пациента.

48. Больная 38 лет обратилась с жалобами на многократную рвоту, боли в животе опоясывающего характера, повышение температуры до  $38,5^{\circ}\text{C}$ .

Обнаружено: состояние тяжелое, пульс 103 удара в минуту, аритмичный. Язык обложен. Живот вздут, болезненный при пальпации во всех отделах. Из анамнеза известно, что больная страдает желчно-каменной болезнью в течение 3 лет. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный по всех отделах живота. Перкуторно – тимпанит. Мочеиспускание не нарушено, per rectum без патологии. Сформулируйте предварительный диагноз и опишите тактику ведения пациента.

49. У больного, страдающего наличием правосторонней паховой грыжи в течение 3 лет периодически отмечались боли в области грыжевого выпячивания, которые проходили после вправления. 2 ч назад после физической нагрузки появились острые боли в области грыжи, увеличение и уплотнение грыжевого выпячивания, задержка стула и газов.

Больному не удалось вправить грыжу самостоятельно и он обратился за помощью в скорую помощь. До прибытия скорой помощи больной еще раз попытался вправить грыжу и ему это удалось.

Выделите два наиболее грозных осложнения, которые могут наступить после грубого самостоятельного вправления.

50. Больная 52 лет обратилась с жалобами на схваткообразные боли по всему животу, неукротимую рвоту, задержку стула и газов спустя 4 ч от начала заболевания.

При объективном исследовании: состояние средней тяжести. На передней поверхности живота по белой линии имеется послеоперационный рубец. Живот вздут, болезненный во всех отделах, особенно в эпигастральной области. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Печеночная тупость сохранена. Положительные симптомы падающей капли и Обуховской больницы. Сформулируйте предварительный диагноз и опишите тактику ведения пациента.

### 5.3. Рекомендуемая литература

1. Руководство для врачей скорой медицинской помощи. Под редакцией В.А. Михайловича, А.Г. Мирошниченко. – 4-е изд., перераб. и доп. – СПб, издательский дом СПбМАПО, 2007. – 880 с.
2. В.М. Шайтор. Скорая и неотложная помощь детям: краткое руководство для врачей. ГЭОТАР-МЕДИА, 2016 г.
3. Протоколы лечения инфекционных заболеваний у детей. <http://niidi.ru/specialist/regulations>
4. Протоколы лечения инфекционных заболеваний у взрослых. <http://niidi.ru/specialist/regulations>



5. ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ У ДЕТЕЙ. 2015 г.  
[http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/file/kr\\_ostotr.pdf](http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/file/kr_ostotr.pdf)