

Документ подписан простой электронной подписью

Информация о владельце:

ФИО: Матвеев Роман Сталинович

Должность: Ректор

Дата подписания: 25.10.2022 09:42:07

Уникальный программный ключ:

a1fced18b7ed974d9aae7ca022a0bd4130c0e7f8

Государственное автономное учреждение Чувашской Республики
дополнительного профессионального образования
«Институт усовершенствования врачей»
Министерства здравоохранения Чувашской Республики



**Фонд оценочных средств
для текущего контроля знаний и
промежуточной аттестации по дисциплине
Скорая медицинская помощь**

Программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальностям:

31.08.48 Скорая медицинская помощь

Квалификация – **Врач скорой медицинской помощи**

Форма обучения - **очная**

**Паспорт фонда оценочных средств
по дисциплине
Скорая медицинская помощь**

Формируемые компетенции:

Универсальные: УК-1, УК-2.

Профессиональные: ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Оценочные средства	Количество
Текущий контроль знаний	
Тестовые вопросы	60
Ситуационные задачи	20
Промежуточная аттестация	
Вопросы для зачета с оценкой	75
Экзаменационные вопросы	55

Критерии текущего контроля знаний:

- Критерии оценивания тестирования

Оценка	Критерии
«Отлично»	91% и выше правильных ответов тестовых заданий
«Хорошо»	от 81% до 90% правильных ответов тестовых заданий
«Удовлетворительно»	от 71% до 80% правильных ответов тестовых заданий
«Неудовлетворительно»	ниже 70% правильных ответов тестовых заданий

Критерии промежуточного контроля знаний обучающегося

«Зачтено» - выставляется ординатору, показавшему знание основного учебного материала необходимого для дальнейшей работы, выполнившего задания, предусмотренные программой, может привести примеры, доказывающие базовые теоретические положения изученной дисциплины.

«Не зачтено» - выставляется ординатору, показавшему значительные пробелы в знаниях основного учебного материала, допустившего принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных программой заданий.

Перечень вопросов для тестирования

№1 Служба скорой медицинской помощи предназначена для:

- 1) Оказания экстренной и неотложной медицинской помощи всем больным и пострадавшим
- 2) Оказания экстренной медицинской помощи больным и пострадавшим вне лечебных учреждений
- 3) Оказания экстренной и неотложной медицинской помощи больным и пострадавшим вне лечебных учреждений

!3

№2 Выезд на экстренный вызов считается своевременным, если он осуществлен не позднее:

- 1) Двух минут после поступления вызова
- 2) Четырех минут после поступления вызова
- 3) Десяти минут после поступления вызова
- 4) Двадцати минут после поступления вызова

!2

№3 Больные и пострадавшие, доставленные бригадой скорой медицинской помощи должны быть осмотрены в приемном отделении ЛПУ не позднее:

- 1)Пяти минут после доставки
 - 2)Десяти минут после доставки
 - 3)Двадцати минут после доставки
 - 4)Тридцати минут после доставки
 - 5)Сорока пяти минут после доставки
- !2

№4 При определении границ зоны обслуживания подстанциями скорой медицинской помощи в первую очередь учитывается:

- 1)Численность населения
 - 2)Плотность населения
 - 3)Количество предприятий и объектов социально-культурного назначения
 - 4)Протяженность и состояние дорог ведущих к объектам, расположенным на границе зоны обслуживания
- !4

№5 Нормой транспортной доступности для подстанции скорой помощи считается:

- 1)5 минут
 - 2)10 минут
 - 3)15 минут
 - 4)20 минут
 - 5)25 минут
- !3

№6 Находящаяся в пути следования бригада скорой помощи, встретившись на улице с несчастным случаем, обязана остановиться:

- 1)Только если она следует на вызов
 - 2)Только если она следует с вызова без больного
 - 3)Всегда
- !3

№7 Выездная бригада после выполнения вызова возвратиться на подстанцию без разрешения диспетчера:

- 1)Может
 - 2)Не может
- !2

№8 Санитарную обработку салона после перевозки инфекционного больного проводит:

- 1)Выездной фельдшер
 - 2)Санитар подстанции скорой помощи после возвращения бригады с вызова
 - 3)Санитар приемного отделения, в которое был доставлен больной
- !3

№9 Реанимация — это:

- 1)Наука, изучающая методы восстановления жизни
 - 2)Практические действия, направленные на восстановления дыхания и кровообращения у больных в терминальных состояниях
 - 3)Специальная бригада скорой помощи
- !2

№10 Максимальная продолжительность клинической смерти при обычных условиях внешней среды составляет:

- 1)2-3 минуты
 - 2)4-5 минут
 - 3)5-6 минут
 - 4)6-8 минут
- !3

№11 Основными признаками клинической смерти являются:

- 1)Нитевидный пульс на сонной артерии
- 2)Расширение зрачков

- 3) Отсутствие пульса на сонной артерии
- 4) Отсутствие пульса на лучевой артерии

!2 3

№12 Самым частым ЭКГ-признаком при внезапной смерти является:

- 1) Асистолия
- 2) Фибрилляция желудочков
- 3) Полная атриовентрикулярная блокада
- 4) Экстремальная синусовая брадикардия

!2

№13 Противопоказаниями для проведения сердечно-легочной реанимации являются:

- 1) Старческий возраст
- 2) Травмы не совместимые с жизнью
- 3) Заведомо неизлечимые заболевания, в последней стадии развития
- 4) Алкоголизм, психические заболевания

!2 3

№14 Показаниями для сердечно-легочной реанимации являются:

- 1) Только клиническая смерть
- 2) Агония и предагональное состояние
- 3) Все внезапно развившиеся терминальные состояния
- 4) Клиническая смерть и биологическая смерть

!3

№15 К ранним признакам биологической смерти относятся:

- 1) Расширенные зрачки, не реагирующие на свет зрачки
- 2) Группные пятна
- 3) Окоченение мышц
- 4) Помутнение роговицы
- 5) Деформация зрачка

!4 5

№16 Тройной прием Сафара на дыхательных путях включает в себя:

- 1) Запрокидывание головы, выведение нижней челюсти и введение воздуховода
- 2) Выведение нижней челюсти, открытие рта и туалет полости рта
- 3) Запрокидывание головы, выведение нижней челюсти и открытие рта

!3

№17 Запрокидывание головы больного при введении воздуховода требуется:

- 1) Да
- 2) Нет

!1

№18 Выдвижение нижней челюсти при введении воздуховода требуется:

- 1) Да
- 2) Нет

!1

№19 Объем вдыхаемого воздуха при проведении ИВЛ взрослому человеку должен быть:

- 1) 400 — 500 мл
- 2) 600 — 800 мл
- 3) 800 — 1000 мл
- 4) 1000 — 1500 мл

!3

№20 Соотношение между компрессиями грудной клетки и вдуваниями воздуха при СЛР, проводимой 1 реаниматором должно быть:

- 1) 1 вдох: 5-6 компрессий
- 2) 1-2 вдоха: 6-8 компрессий
- 3) 2 вдоха: 10 компрессий
- 4) 2 вдоха: 12-15 компрессий

!4

№21 Соотношение между компрессиями грудной клетки и вдуваниями воздуха при реанимации, проводимой 2 реаниматорами должно быть:

- 1)1 вдох: 5-6 компрессий
- 2)1 вдох: 3-4 компрессии
- 3)1-2 вдоха: 6-8 компрессий
- 4)2 вдоха: 12-15 компрессий

!1

№22 Критериями эффективности реанимации являются;

- 1)Пульс на сонной артерии во время массажа
- 2)Экскурии грудной клетки
- 3)Уменьшение бледности и цианоза
- 4)Сужение зрачков

!3 4

№23 Эффективная реанимация проводится:

- 1)5 минут
- 2)10 минут
- 3)30 минут
- 4)До восстановления самостоятельной сердечной деятельности

!4

№24 Неэффективная реанимация проводится:

- 1)5 минут
- 2)10 минут
- 3)30 минут
- 4)До восстановления самостоятельной сердечной деятельности

!3

№25 Местом приложения усилий при непрямом массаже сердца взрослому человеку является:

- 1)Верхняя треть грудины
- 2)Средняя треть грудины
- 3)Границы между средней и нижней третью грудины
- 4)Нижняя треть грудины

!3

№26 Нажатие на грудину при непрямом массаже сердца проводится:

- 1)Всей ладонной поверхностью кисти, не сгибая рук в локтях
- 2)Запястьями, не сгибая рук в локтях
- 3)Запястьями, умеренно согнуть руки в локтях

!2

№27 Смещаемость грудины к позвоночнику при непрямом массаже сердца у взрослого человека должна быть:

- 1)1,5-2 см
- 2)3-4 см
- 3)4-5 см
- 4)7-8 см

!3

№28 Разовая доза адреналина при проведении сердечно-легочной взрослому составляет:

- 1)До 0,5 мл 0,1 % раствора
- 2)0,5 — 1,0 мл 0,1% раствора
- 3)1,0 — 1,5 мл 0,1% раствора

!2

№29 Суммарная доза адреналина при проведении сердечно-легочной реанимации взрослому человеку составляет:

- 1)2-3 мл 0,1% раствора

2)3-4 мл 0,1% раствора

3)5-6 мл 0,1% раствора

4)6-8 мл 0,1% раствора

!3

№30 Адреналин во время реанимации:

1)Повышает возбудимость миокарда

2)Может вызвать злокачественную тахикардию

3)В дозе 0,1 мг рекомендуется для облегчения дефибрилляции

4)При необходимости вводится повторно через 5 минут

!1 2 4

№31 Передозировка бикарбоната натрия может вызвать:

1)Алкалоз

2)Остановку сердца в фазу систолы («каменное сердце»)

3)Нарушение диссоциации оксигемоглобина

4)Повышение осмотического давления плазмы

5)Ацидоз

!1 2 3 4

№32 Перед проведением дефибрилляции необходимо:

1)Прекратить массаж на 1-2 минуты и внутрисердечно ввести адреналин

2)Провести дефибрилляцию сердца без предварительного массажа и ИВЛ

3)Добиться эффективности проводимой СЛР

!3

№33 Проводить дефибрилляцию при отсутствии признаков эффективности проводимой сердечно-легочной реанимации:

1)Можно

2)Нельзя

!2

№34 Фентанил относится:

1)К наркотическим анальгетикам

2)К ненаркотическим анальгетикам

3)К нейролептикам

!1

№35 Дроперидол относится:

1)К наркотическим анальгетикам

2)К ненаркотическим анальгетикам

3)К нейролептикам

!3

№36 Фентанил и дроперидол вводить в одном шприце:

1)Можно

2)Нельзя

!1

№37 Продолжительность действия фентанила при в/в вливании составляет:

1)10 минут

2)30 минут

3)1 час

4)2 часа

!2

№38 Продолжительность действия дроперидола при в/в вливании составляет:

1)15 минут

2)30 — 60 минут

3)1,5 часа

4)2 часа

!2

№39 Противопоказанием для применения дроперидола является:

- 1)Высокое внутричерепное давление
 - 2)Глаукома
 - 3)Низкое АД
 - 4)Все перечисленное верно
- !3

№40 Максимальная концентрация закиси азота при закиснокислородном наркозе составляет:

- 1)25%
 - 2)45%
 - 3)50-70%
 - 4)80%
- !4

№41 Основным признаком коматозного состояния является:

- 1)Угнетение гемодинамики
 - 2)Угнетение дыхания
 - 3)Угнетение центральной нервной системы
 - 4)Угнетение периферической нервной системы
- !3

№42 Глубина коматозного состояния определяется:

- 1)По выраженности гемодинамических расстройств
 - 2)По степени угнетения сознания
 - 3)По степени угнетения рефлексов
- !3

№43 Аспирационно-обтурационные нарушения дыхания могут развиваться при:

- 1)Поверхностной коме
 - 2)Глубокой коме
 - 3)Коме любой глубины
- !3

№44 Угнетение дыхательного центра развивается у больных:

- 1)С поверхностной комой
 - 2)С глубокой комой
- !1

№45 Дыхательные аналептики (цититон, бемеград и др.) у больных с комами применяются:

- 1)При поверхностной коме
 - 2)При глубокой коме
 - 3)Применение их у больных с комами не показано
 - 4)При коме любой глубины
- !3

№46 Можно ли больному с неустановленным характером комы ввести в/в глюкозу?

- 1)Да
 - 2)Нет
- !1

№47 Отсасывание слизи отсосом у больного в коматозном состоянии проводится в течении:

- 1)5-10 секунд
 - 2)Не более 15 секунд
 - 3)Не более 20 секунд
 - 4)20-30 секунд
- !2

№48 Зубец Р характеризует:

- 1)Процессы деполяризации в правом предсердии
- 2)Процессы деполяризации в левом предсердии

3) Процессы деполяризации в правом и левом предсердии

4) Процессы деполяризации в желудочках

!3

№49 Интервал PQ характеризует:

1) Проведение импульса по предсердиям

2) Проведение импульса по атриовентрикулярному узлу

3) Проведение импульса по желудочкам

!1

№50 Зубец QRS характеризует:

1) Проведение возбуждения по предсердиям

2) Проведение возбуждения по желудочкам

3) Выход желудочков из возбуждения

!2

№51 Для записи отведения VI активный электрод располагают:

1) В IV межреберье по правому краю грудины

2) В IV межреберье по левому краю грудины

3) В V межреберье по левой среднеключичной линии

!1

№52 При записи ЭКГ со скоростью 50 мм в секунду 1 мм на бумажной ленте соответствует времени:

1) 0,2 секунды

2) 0,1 секунда

3) 0,02 секунды

4) 0,05 секунды

!3

№53 Для записи отведения V3 активный электрод располагают:

1) В IV межреберье по правому краю грудины

2) В V межреберье по левой среднеключичной линии

3) Между II и IV позициями

!3

№54 Для записи отведения V4 активный электрод располагают:

1) В IV межреберье по среднеключичной линии

2) В V межреберье у левого края грудины

3) В V межреберье по среднеключичной линии

!3

№55 Для записи отведения V5 активный электрод располагают:

1) По переднеподмышечной линии на уровне V4

2) По среднеподмышечной линии на уровне V4

3) По заднеподмышечной линии на уровне V4

!1

№56 Для записи отведения V6 активный электрод располагают:

1) По переднеподмышечной линии на уровне V4

2) По среднеподмышечной линии на уровне V4

3) По заднеподмышечной линии на уровне V4

!2

№57 Необходимо ли заземление, если Ваш ЭКГ-аппарат работает от аккумулятора?

1) Да

2) Нет

!2

№58 Нужно ли отключать ЭКГ-аппарат от сети при замене бумаги?

1) Да

2) Нет

!1

№59 Симптомы характерные для типичного приступа стенокардии:

- 1) Загрудинная локализация боли
 - 2) Иррадиация боли
 - 3) Сжимающий или жгучий характер боли
 - 4) Продолжительность боли в течение 3-4 секунды
 - 5) Эффект от приема нитроглицерина
- !1 2 3 5

№60 Впервые возникшая стенокардия напряжения диагностируется при длительности заболевания:

- 1) Не более 1 недели
 - 2) Не более 1 месяца
 - 3) Не более 3-х месяцев
- !2

Ситуационные задачи.

Задача 1.

Пожилая полная женщина шла по обледенелому тротуару. Поскользнулась и упала, опираясь на ладонь вытянутой правой руки. Появились сильные боли в лучезапястном суставе. Обратилась в травматологический пункт. Объективно: правый лучезапястный сустав отечный, движения в нем очень болезненные и ограниченные. Отчетливо определяется "штыкообразная" деформация сустава (дистальный отломок вместе с кистью смещен к тылу). Пальпация тыльной поверхности сустава болезненна. Осевая нагрузка вызывает усиление болей в месте травмы.

1. Перелом правой лучевой кости в типичном месте.
2. Произвести рентгенографию правого лучезапястного сустава в двух проекциях и определить характер перелома и смещение костных отломков - перелом Коллеса (разгибательный) или Смита (сгибательный).
3. Необходимо выполнить местную анестезию. Для этой цели ввести 10-15 мл 1 % раствора новокаина между костными отломками.
4. После анестезии следует произвести закрытую ручную репозицию отломков.
5. На предплечье и кисть наложить две гипсовые лонгеты: с тыльной стороны - от пястно-фаланговых сочленений до локтевого сустава, и по ладонной поверхности - от дистальной ладонной складки до 1/3 предплечья. Лонгету фиксировать мягким бинтом к руке. Срок иммобилизации - 4-6 недель.

Задача 2.

Нырятьщик ударился головой о грунт на мелководье. Беспокоит боль в шейном отделе позвоночника. Объективно: голова в вынужденном положении. Пальпация остистых отростков V и VI шейных позвонков болезненна. Имеется деформация в виде заметного выстояния остистых отростков этих позвонков. Попытки больного двигать головой почти невозможны, очень болезненны и значительно ограничены. Чувствительность и двигательная функция верхних и нижних конечностей сохранены в полном объеме.

1. Неосложненный компрессионный перелом тела 5 шейного позвонка.
2. Для уточнения диагноза следует произвести рентгенологическое исследование и магнитно-резонансную томографию шейного отдела позвоночника.
3. При обследовании пострадавшего обратить внимание на сохранение чувствительности и движений в верхних и нижних конечностях, для исключения повреждения спинного мозга.
4. На шее с валиком под спину до основания шей.
5. После выяснения характера перелома лечение осуществлять с помощью петли Глиссона. Для этого пострадавшего уложить на спину на кровать со щитом и жестким матрацем. Головной конец кровати приподнять. Под спину до основания шеи подложить валик. После репозиции (через 5-7 дней) вытяжение заменить на гипсовый корсет с воротником. Следить что бы не было пролежней. Рекомендовать занятия физкультурой.

Задача 3.

Ранен пулей в грудь справа. Появились значительный кашель с кровянистой мокротой, нарастающая одышка. Кожные покровы цианотичны. Холодный пот. Дыхание значительно затруднено. Пульс 120 в минуту. На уровне 3-го ребра справа по средней ключичной линии имеется рана размером 1x1 см, у нижнего угла правой лопатки вторая рана размером 2,5x2,0 см. Подкожная эмфизема распространяется на шею, лицо, живот. Глаза открыты не может из-за эмфиземы век. Перкуторно сердечная тупость значительно смещена влево.

1. Диагноз: сквозное пулевое проникающее ранение правой половины грудной клетки с повреждением легкого; напряженный пневмоторакс; выраженная дыхательная недостаточность.
2. Первая помощь: асептическая повязка на обе раны; подкожно промедол из шприц-тюбика; таблетированные антибиотики; вынос в полусидячем положении, под верхнюю часть туловища подкладывают скатку шинели, вешмешок.
3. В МПП: пункция плевральной полости во втором межреберье спереди широкой иглой; правосторонняя вагосимпатическая блокада; внутримышечно 1 мл 2% раствора промедола; антибиотики, 0,5 мл столбнячного анатоксина подкожно; оксигенотерапия.
4. В ОМЕДБ: плевроцентез во втором межреберье спереди, подводный плевральный дренаж; оксигенотерапия; вагосимпатическая блокада; наркотики, антибиотики; противошоковая терапия.
5. Эвакуация в полусидячем положении на носилках в госпиталь для раненых в грудь, живот, таз.

Задача 4.

Больная М., 23 лет, упала дома со стремянки. Почувствовала редкую боль в правом коленном суставе, сустав резко "опух". Родственниками доставлена на личном автотранспорте в травматологический пункт. При осмотре: правый коленный сустав резко увеличен в объеме, в полости сустава определяется выпот (симптом "баллотирования" надколенника положительный). При пальпации болезненность по внутренней поверхности коленного сустава. Больная полностью разгибает сустав, сгибание возможно до угла 150 градусов, но вызывает усиление боли. Правая голень при исследовании стабильности сустава отводится от анатомической оси конечности на 20 градусов, левая - на 5 градусов. При отведении правой голени возникает резкая боль.

1. Повреждение большеберцовой коллатеральной (внутренней боковой) связки правого коленного сустава. Гемартроз.
2. Транспортная лестничная шина от нижней трети голени до в/з бедра.
3. Пункция правого коленного сустава, удаление излившейся крови под местной анестезией 1-2% р-ром новокаина 20,0. Задняя гипсовая лонгета.
4. Функциональные стрессовые рентгенограммы коленных суставов.
5. Иммобилизация гипсовым тутором на срок до 6 недель или оперативное лечение – восстановление поврежденной связки.

Задача 5.

Ранен осколком снаряда в грудь. Дыхание затруднено. Одышка. Кровохарканье. Общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные. Пульс 110 в минуту. На уровне 4 ребра по боковой поверхности правой половины грудной клетки имеется рана размером 3x4 см, которая в момент вдоха присасывает воздух. При кашле из-под повязки выделяется пенная кровь.

1. Диагноз: слепое осколочное ранение правой половины грудной клетки с повреждением легкого и открытым пневмотораксом.
2. Первая врачебная и доврачебная помощь: герметизирующая асептическая повязка; подкожно промедол из шприц-тюбика; таблетированные антибиотики; вынос в полусидячем положении на носилках.
3. В МПП: замена окклюзионной повязки; внутримышечно 1 мл 2% раствора промедола; вагосимпатическая блокада справа; ингаляции кислорода, антибиотики,

0,5 мл столбнячного анатоксина подкожно; эвакуация в первую очередь в полусидячем положении.

4. В ОМЕДБ: в перевязочной – подкожно промедол, ушивание открытого пневмоторакса, антибиотики в окружающие рану ткани; дренирование плевральной полости в восьмом межреберье; внутривенное вливание полиглюкина.
5. Эвакуация в госпиталь для раненых в грудь, живот, таз.

Задача 6.

Во время взрыва, полковник М., получил удар твердым предметом по голове. Кратковременно терял сознание. Испытывает умеренную тошноту. В лобно-теменной области справа - обширный кровоподтек, ссадины. Заторможен, вял. Жалобы на сильную головную боль; пульс 60 уд.в мин., напряжен. Повторная рвота. Анизокория, правый зрачок шире. Сухожильные рефлексы справа снижены.

1. Диагноз: закрытая травма мозга. Нарастающая внутричерепная гематома.
2. Первая помощь: вынос с поля боя.
3. В МПП: внутримышечно 1 мл 10% раствора кофеина.
4. В ОМЕДБ: срочная трепанация черепа по жизненным показаниям (удаление гематомы, перевязка сосуда); госпитализация на 3 недели.
5. Эвакуация вне очереди, положение головы на боку, на скатке шинели.

Задача 7.

Женщина стояла у закрытой двери. Внезапно дверь быстро распахнулась и ударила ее по выпрямленным напряженным пальцам левой кисти. В результате травмы ногтевая фаланга III пальца резко согнулась и как бы "повисла". В ближайшее время после травмы пациентка обратилась в травматологический пункт. Объективно: на тыльной поверхности III пальца левой кисти в дистальном межфаланговом суставе имеется небольшой отек, при пальпации умеренно болезнен. Ногтевая фаланга согнута и самостоятельно не разгибается. Пассивные движения сохранены.

1. Разрыв сухожилия разгибателя III пальца левой кисти.
2. Рентгенографию III пальца левой кисти следует произвести для исключения отрыва сухожилия с костным фрагментом.
3. Так как концы сухожилия разгибателя при данной локализации повреждения не расходятся, лечение будет осуществляться без оперативного вмешательства, путем фиксации ногтевой фаланги пальца в положении переразгибания.
4. На место повреждения с ладонной поверхности наложить гипсовую лонгету. Ногтевая фаланга должна находиться в положении переразгибания.
5. Иммобилизацию следует выдержать 4 недели. После снятия гипсовой лонгеты разработку дистального межфалангового сустава следует проводить осторожно.

Задача 8.

Ранен пулей в левое бедро. Рана умеренно кровоточит. Сразу упал, на ногу встать не может. Бедро укорочено, деформировано. Общее состояние тяжелое. Бледен. Пульс 115 в минуту, АД 80/60 мм рт.ст. Стопа теплая, кожная чувствительность сохранена.

1. Диагноз: слепое пулевое ранение средней трети левого бедра с повреждением бедренной кости; шок 2й степени.
2. Первая помощь: подкожно промедол из шприц-тюбика; асептическая повязка; иммобилизация прибинтовыванием раненого бедра к здоровой конечности; таблетированные антибиотики; вынос с поля боя.
3. В МПП: внутривенно струйно 400 мл полиглюкина с 1 мл 2% раствора промедола и 1мл 10% раствора кофеина; проводниковая новокаиновая блокада седалищного и бедренного нервов (по 30 мл 1% раствора новокаина); антибиотики в окружающие рану ткани, повязка; иммобилизация шиной Дитрикса; 0,5 столбнячного анатоксина подкожно; эвакуация на носилках.
4. В ОМЕДБ: направляется в противошоковую, комплексная терапия шока; исправление иммобилизации; выведение из шока.
5. Эвакуация в госпиталь для раненых с повреждением длинных трубчатых костей и суставов.

Задача 9.

Рядовой «Б» 20 лет, из роты охраны аэродрома. Получил слепое осколочное ранение левого бедра с переломом кости. В ОМО доставлен через 20 часов после ранения в очень тяжелом состоянии. Сознание затемнено, возбужден, рвота. Дыхание учащено. Пульс слабого наполнения 150 в 1 мин. А/Д = 90/40. При снятии шины Дитерихса и повязки обнаружено, что раненое бедро вздуто. На кожи синеватого и бронзового оттенка пятна. При пальпации бедро холодное, ткани плотные. Определяется крепитация в мягких тканях, преимущественно вокруг раны. Рана располагается на передневнутренней поверхности бедра размерами около 4х6 см. Из раны выпирает тусклая, вареного вида мышца. Выделения довольно обильные, сукровичные, почти без запаха. Вместе с жидкостью из раны выделяются пузырьки газа. Стопа и голень холодные. Пульсация сосудов стопы не определяется.

1. Анаэробная инфекция.
2. Глубокая (субфасциальная) смешанная форма с молниеносным течением.
3. Ампутация бедра с рассечением тканей культи.
4. Тут же в ОМО.
5. Неблагоприятный.

Задача 10.

Ученик VI класса средней школы катался на лестничных перилах. При очередной попытке съехать вниз упал на разогнутую в локтевом суставе левую руку с опорой на ладонь. Предплечье при этом как бы "переразогнулось". В результате этой травмы появились сильные боли в локтевом суставе. Обратился за помощью в травматологический пункт. Объективно: левый локтевой сустав увеличен в объеме, деформирован, локтевая ямка сглажена. При осторожном ощупывании сзади выступает локтевой отросток. Ось плеча смещена вперед. Рука находится в вынужденном полуразогнутом положении. Пострадавший придерживает ее здоровой рукой. Активные движения в локтевом суставе невозможны. При попытке пассивных движений ощущается пружинящее сопротивление.

1. Задний вывих костей левого предплечья.
2. Для подтверждения диагноза необходимо сделать рентгенографию левого локтевого сустава.
3. Абсолютными симптомами являются отсутствие активных движений в суставе и пружинящее сопротивление при попытке пассивных движений.
4. Больному следует произвести закрытое вправление вывиха костей предплечья. Для этого У верхушки локтевого отростка сделать «лимонную корочку», а затем иглу ввести в полость сустава под локтевой отросток до появления в шприце крови. В полость сустава ввести 30 мл 1 % раствора новокаина. После наступления анестезии произвести вправление. Руку пострадавшего кладут на приставной столик, немного согнув в локтевом суставе. Травматолог охватывает кистями обеих рук нижнюю треть плеча пострадавшего, а большими пальцами упирается в локтевой отросток. Помощник осуществляет тягу предплечья за кисть больного. Постепенно тягу усиливают, а хирург усиливает давление на локтевой отросток большими пальцами, он как бы сдвигает предплечье вперед, а плечевую кость назад. По мере продвижения локтевого отростка руку медленно сгибают в локтевом суставе. В какой-то момент слышится легкий щелчок - произошло вправление. Движения в суставе становятся свободными.
5. После вправления следует наложить гипсовую лонгету по задней поверхности руки от лучезапястного сустава до верхней трети плеча. Сделать контрольную рентгенографию. Срок иммобилизации — 2-3 недели. После снятия гипсовой повязки приступить к восстановлению движений в суставе.

Задача 11.

Ранен при взрыве шариковой бомбы. На передневнутренней поверхности правой голени в средней трети – рана размером 0,5х 0,5 см. Возникло сильное кровотечение. При осмотре в МПП одежда обильно пропитана кровью. На бедре жгут. Пульс 110 уд. В минуту, слабый. Кожные покровы бледные. Голень деформирована, прибинтована к здоровой конечности.

1. Диагноз: слепое шариковое ранение средней трети правой голени с повреждением большеберцовой артерии; кровопотеря; шок 2 степени.
2. Первая помощь: импровизированный жгут на бедро; асептическая повязка; подкожно промедол из шприца-тюбика; вынос с поля боя.
3. Эвакуация из МПП в первую очередь; Из ОМЕДБ эвакуация в общехирургический госпиталь.
4. В МПП: внутривенно струйно 400 мл. полиглюкина; 1 мл 2% раствора промедола; 2мл. 1% раствора димедрола; 1 мл. 10 % раствора кофеина; антибиотики с новокаином в окружающие рану ткани; циркулярная новокаиновая блокада (250 мл. 0,25% раствора) над жгутом; переключивание жгута с противоупором; иммобилизация лестничными шинами; 0,5 мл. столбнячного анатоксина подкожно.
5. В ОМЕДБ: направляется в перевязочную; хирургическая обработка раны с лигированием поврежденной артерии; антибиотики в окружающие рану ткани; иммобилизация лестничными шинами; комплексная терапия шока.

Задача 12.

После ядерного взрыва возникли пожары. Загорелась одежда. Получил ожоги пламенем. На верхних конечностях кожа гиперемирована, покрыта пузырями. Имеются значительные участки светло-коричневого струпа. Кожа лица гиперемирована, отечна. Была однократная рвота. Показания индивидуального дозиметра 1,5Гр.

1. Диагноз: КРП II степени; острая лучевая болезнь I степени, ожог I- II степени лица и верхних конечностей, ожоговый шок легкой степени.
2. Первая помощь: Внутримышечно промедол из шприц-тюбика, асептические повязки на ожоги верхних конечностей с использованием индивидуального перевязочного пакета, таблетированные антибиотики (из индивидуальной аптечки).
3. В МПП: Помощь оказать в сортировочной: внутримышечно 1мл. 2% раствора промедола, 1мл. 1% раствора димедрола, 0,004г. этаперазина внутрь, исправление повязок, 0,5 мл. столбнячного анатоксина подкожно, горячий сладкий чай, эвакуация на носилках.
4. В ОМЕДБ: направить в противошоковую для обожженных (палатка интенсивной терапии госпитального отделения), комплексное лечение ожогового шока, антибиотики внутримышечно.
5. Эвакуация в полевой ожоговый госпиталь, по выведении из шока.

Задача 13.

Молодой человек, защищаясь от удара палкой, поднял над головой левую руку, согнутую в локтевом суставе. Удар пришелся по верхней трети предплечья. Появились сильные боли в месте травмы. Предплечье согнуто в локтевом суставе, в верхней трети деформировано, имеется западение со стороны локтевой кости и выпячивание по передней поверхности предплечья. Пострадавший обратился в травматологическое отделение больницы. При внешнем осмотре левого локтевого сустава прощупывается головка лучевой кости. Пальпация деформированной области резко болезненна. Поврежденное предплечье несколько укорочено. Активные и пассивные движения предплечья резко ограничены и болезненны. Чувствительность кисти и предплечья не нарушена.

1. Перелом верхней трети локтевой кости с вывихом головки лучевой кости левого предплечья (переломо-вывих костей предплечья Монтеджиа).
2. Сделать рентгенографию левого локтевого сустава в двух проекциях.
3. Разгибательный.
4. Вправить вывихнутую головку лучевой кости и сопоставить отломки локтевой кости. Предварительно осуществить местную анестезию 2 % раствором новокаина. Анестетик ввести в область перелома и вывиха. Затем произвести репозицию ручным способом или с помощью аппарата. Руку пациента согнуть в локтевом суставе под прямым углом. Первый помощник осуществляет тягу за кисть, а второй - противотягу за плечо. Предплечье находится в положении полной супинации. Сначала необходимо вправить вывих, а затем сопоставить костные отломки.

5. После завершения репозиции наложить циркулярную гипсовую повязку от основания пальцев до верхней трети плеча. Локтевой сустав находится под углом 60°. В таком положении руку удерживают 4-5 недель, а затем гипсовую повязку снять, конечность разогнуть до прямого угла, предплечью придать среднее положение между супинацией и пронацией и снова загипсовать на 4-5 недель. В случае неэффективности консервативного метода вправления показано оперативное лечение.

Задача 14.

При взрыве шариковой бомбы получил ранение в правую половину груди. Появились кровохарканье, выраженный кашель, слабость, затруднение при дыхании. Состояние тяжелое. Пульс 108 в минуту, слабого наполнения, АД 75/45 мм. рт. ст. Дыхание 32 в 1 мин. Кожные покровы бледные. На передней поверхности груди две раны диаметром 0,5 см. Расстояние между ранами 4 см. При перкуссии над правой половиной грудной клетки определяется тупость до 2 ребра спереди. Кровь, извлеченная при плевральной пункции, свертывается в шприце.

1. Диагноз: Двойное слепое шариковое ранение правой половины грудной клетки с повреждением легкого, продолжающееся массивное внутриплевральное кровотечение, большой гемоторакс, шок 3 степени.
2. Первая врачебная и доврачебная помощь: асептическая повязка; подкожно промедол из шприц-тюбика; вынос в полусидячем положении на носилках.
3. В МПП: разгрузочная пункция плевральной полости; внутривенно 1 мл 2% раствора промедола и 400 мл полиглюкина; вагосимпатическая блокада справа; оксигенотерапия, антибиотики, 0,5 мл столбнячного анатоксина подкожно; эвакуация в первую очередь в полусидячем положении.
4. В ОМЕДБ: в операционной – широкая торакотомия, легирование с прошиванием поврежденных легочных сосудов, ушивание ткани легкого; дренирование плевральной полости в восьмом межреберье по Бюлау; переливание крови, кровезамещающей жидкости, антибиотики в плевральную полость и в окружность раны,
5. Госпитализация на 3-4 сутки с последующей эвакуацией в госпиталь для раненых в грудь, живот, таз.

Задача 15.

Во время взрыва бомбы бортом перевернувшегося автомобиля была придавлена левая голень в средней трети. Извлечен через 5 ч. Определяются деформация и патологическая подвижность голени на уровне сдавления. Тактильная и болевая чувствительность ниже места сдавления сохранена. Возможны активные движения стопы.

1. Закрытый перелом обеих костей левой голени в средней трети; синдром длительного раздавливания легкой степени.
2. Помощь после освобождения конечности от сдавления: внутримышечно промедол из шприц-тюбика, тугое бинтование голени с использованием индивидуального перевязочного пакета; повязку смочить холодной водой (летом!); транспортная иммобилизация прибинтовыванием поврежденной нижней конечности к здоровой.
3. В перевязочной МПП: внутримышечно промедол, димедрол; циркулярная новокаиновая блокада на уровне верхней трети голени; транспортная иммобилизация; сладкий чай.
4. Эвакуация во 2-ю очередь.
5. В ОМЕДБ: инфузионная терапия, иммобилизация лестничными шинами, госпитализация в общехирургический госпиталь.

Задача 16.

Мужчина разгружал пиломатериалы. При неосторожных действиях деревянный брус свалился с машины и ударил его по левому предплечью. Пострадавший обратился в травматологический пункт. Объективно: в месте ушиба (на наружно-ладонной поверхности нижней трети левого предплечья) имеется подкожная гематома. Пальпация места травмы болезненна, определяется крепитация костных отломков. При нагрузке по оси предплечья

появляется боль в месте травмы. Пронация и супинация затруднены, попытка произвести эти движения вызывает резкую боль. Сгибание и разгибание предплечья почти не ограничены. Дистальная часть предплечья и кисти находятся в положении пронации.

1. Перелом диафиза левой лучевой кости в нижней трети.
2. Для подтверждения диагноза и выяснения характера смещения костных отломков необходимо сделать рентгенографию левого предплечья в 2-х проекциях.
3. Патологическая подвижность и крепитация костных отломков.
4. В место перелома ввести 2 % раствор новокаина. После того как мышцы расслабятся, произвести закрытую репозицию ручным способом с помощью двух помощников. Если костные отломки хорошо сопоставлены (о чем можно судить по контрольным рентгенограммам), следует наложить циркулярную гипсовую повязку. Если сопоставить костные отломки консервативным методом не удалось, следует прибегнуть к оперативному лечению.
5. Циркулярную гипсовую повязку следует наложить от пястно-фаланговых суставов до верхней трети плеча на 5-6 недель. Предплечью необходимо придать среднее положение между пронацией и супинацией, а локтевой сустав согнуть под прямым углом.

Задача 17.

При взрыве мины с напалмом получил ожоги обеих нижних конечностей. Одежда сгорела. Выявляется циркулярный ожоговый струп на голени и бедре. Самостоятельно но двигаться не может.

1. Диагноз: термический ожог 48% (22%) II-III степень лица, туловища, верхних конечностей, ожоговый шок тяжелой степени.
2. Первая помощь: тушение горячей одежды (накрывание пострадавшего плащ-палаткой, шинелью и др.) внутримышечно 1мл. 2% раствора промедола из шприц-тюбика, асептическая повязка с использованием ИПП или противоожоговая повязка (из медицинской сумки), утоление жажды, вынос на носилках.
3. В МПП: направляют в перевязочную, внутривенно промедол, 2мл. 1% димедрола, 1мл. 10% раствора кофеина, 400мл полиглюкина, ингаляции кислорода, антибиотики, 0,5 мл. столбнячного анатоксина, исправление повязок, синтомициновая эмульсия на ожоги лица, эвакуация на носилках в первую очередь.
4. В ОМЕДБ: направляются в противошоковую для обожженных, комплексная терапия шока, исправление повязок, катетеризация мочевого пузыря с почасовым измерением диуреза.
5. Эвакуация на носилках в общехирургический госпиталь – по выведении из шока.

Задача 18.

Рядовой М. 20 лет доставлен на МПП через 1 час после пулевого ранения грудной клетки, полученного с близкого расстояния. При осмотре: касательное пулевое ранение левой половины грудной клетки в 6 межреберье по задней и средней подмышечной линиям. Рана умеренно кровоточит. Поступления воздуха в рану при дыхательных движениях нет. Состояние средней тяжести. Умеренный цианоз. Пульс 110 уд. в мин. удовлетворительного наполнения. АД=140/100, ЧДД до 40 в мин., поверхностное. Левая половина грудной клетки почти не участвует в дыхании, несколько выбухает. Перкуторный звук слева коробочный. Дыхание не проводится. Аускультативно - смещение проекции тонов сердца вправо.

1. Касательное непроникающее ранение левой половины грудной клетки. Разрыв легкого. Напряженный левосторонний закрытый пневмоторакс.
2. Направить в перевязочную, в первую очередь.
3. Вагосимпатическая блокада. Пункция плевральной полости с оставлением иглы Дюфо и клапанного дренажа. Повязка на рану.
4. Эвакуация в ОМЕДБ в первую очередь на носилках в возвышенном положении.
5. Направить в перевязочную для тяжелораненых, для оказания помощи по жизненным показаниям.

Задача 19.

Молодой человек упал и ударился левым локтевым суставом о твердый предмет, при этом рука была согнута. Обратился в травматологическое отделение больницы. При внешнем осмотре левая рука выпрямлена, свисает. Больной щадит ее, придерживая здоровой рукой. Локтевой сустав увеличен в объеме, по задней поверхности определяется припухлость. Пальпация сустава болезненна, боль особенно усиливается при надавливании на локтевой отросток. Между отростком и локтевой костью прощупывается поперечная щель. Локтевой отросток слегка смещается в боковых направлениях. Пассивные движения в локтевом суставе свободны, но болезненны. Активное разгибание невозможно, а сгибание сохранено, но болезненно.

1. Диагноз: сквозное пулевое ранение грудного отдела позвоночника и правой половины грудной клетки с повреждением 7го грудного позвонка и правого легкого; спинальный шок; закрытый пневмоторакс; травматический шок легкой степени.
2. Первая помощь: внутримышечно 1 мл 2% раствора промедола из шприц - тубика; повязка; таблетированные антибиотики из индивидуальной аптечки через рот; вынос на жестких носилках (щит, доска, фанера).
3. В МПП: внутривенно 1мл 2% раствора промедола, 1мл 10% раствора кофеина и 400 мл полиглюкина; антибиотики внутримышечно; 0,5 мл столбнячного анатоксина подкожно; выведение мочи катетером, исправление повязки; эвакуация на щите или связанных между собой лестничных шинах на носилках.
4. В ОМЕДБ: комплексная терапия шока; введение антибиотиков; катетеризация мочевого пузыря; эвакуация на щите в госпиталь для раненых в голову, шею, позвоночник.

Задача 20.

Во время взрыва был отброшен ударной волной, упал на край бруствера левым боком. Появились сильные боли в животе, слабость, бледность, жажда. Состояние тяжелое. Пульс слабый, частый. Живот напряжен, в дыхании не участвует. Выражены симптомы раздражения брюшины. Язык сухой. Рвота. Пульс нитевидный, АД 60/40 мм. рт. ст. При перкуссии определяется тупость в отлогих местах живота, печеночная тупость отсутствует. Перистальтика не прослушивается.

1. Диагноз: закрытая травма живота с повреждением полых и паренхиматозных органов (селезенка); массивное внутрибрюшное кровотечение шок 3 степени.
2. Первая помощь: вынос в положении лежа на носилках после подкожного введения промедола из шприц-тубика.
3. В МПП: внутривенно струйно 400 мл полиглюкина с 1 мл 2% раствора промедола, 1 мл 0,06% раствора коргликона, 250 мл крови, антибиотики внутримышечно; двусторонняя поясничная новокаиновая блокада.
4. Эвакуация в первую очередь в положении лежа на носилках.
5. В ОМЕДБ: в операционной – лапаротомия по неотложным показаниям, удаление селезенки, остановка кровотечения, ушивание ран поперечной ободочной кишки, дренирование брюшной полости для проточного промывания, и введения антибиотиков; параллельно – проведение противошоковых мероприятий, переливание крови и кровезаменителей с продолжением этой терапии в противошоковом отделении, временная госпитализация с последующей эвакуацией в госпиталь для раненых в грудь, живот, таз.

Вопросы для зачета с оценкой:

1. Основы законодательства об охране здоровья граждан РФ.
2. Мониторный контроль. Виды мониторинга. Его клиническое значение на догоспитальном этапе.
3. Критические и терминальные состояния. Диагностические признаки клинической и биологической смерти. Российский протокол сердечно-легочно-мозговой реанимации.
4. Постреанимационная болезнь, апалический синдром. Понятие «смерть мозга». Клинические критерии смерти мозга.

5. Принципы восстановления проходимости дыхательных путей (этап А).
6. Восстановление дыхания (ИВЛ). Техника выполнения. Критерии эффективности (этап В).
7. Восстановление кровообращения (этап С). Массаж сердца. Техника выполнения. Критерии эффективности, осложнения.
8. Расширенный реанимационный комплекс (специализированные реанимационные мероприятия - этап D). Принцип ранней дефибрилляции.
9. Основные лекарственные препараты, дозировки, способы введения при СЛРМ.
10. Показания к прекращению сердечно-легочной реанимации. Возможности отказа от проведения реанимационных мероприятий.
11. Катетеризация периферических и центральных сосудов. Показания, противопоказания, осложнения.
12. Клиническая анатомия интубации трахеи. Этапы интубации. Осложнения. Альтернативные методы поддержки проходимости дыхательных путей (ларингеальная маска, комбинированная пищеводно-трахеальная трубка).
13. Принципы лечения инфаркта миокарда в острый период на догоспитальном этапе.
14. Методы оценки интенсивности боли. Фармакотерапия болевого синдрома. Наркотические и ненаркотические анальгетики.
15. Купирование ангинозного приступа на догоспитальном этапе.
16. Кардиогенный шок. Диагностические критерии. Формы.
17. Аритмический кардиогенный шок. Неотложные мероприятия.
18. Рефлекторный кардиогенный шок. Неотложные мероприятия.
19. Истинный кардиогенный шок. Неотложные мероприятия.
20. Атипичные формы инфаркта миокарда. Диагностические признаки.
21. Внезапная коронарная смерть. Тактика врача. Факторы риска. Профилактика.
22. ЭКГ признаки трансмурального, крупноочагового, мелкоочагового инфаркта миокарда.
23. Топическая ЭКГ - диагностика ОИМ.
24. Принципы антикоагулянтной терапии в остром периоде инфаркта миокарда на догоспитальном этапе.
25. Возможности тромболитической терапии на догоспитальном этапе.
26. Сердечные гликозиды при инфаркте миокарда. Тактика врача при оказании неотложной терапии.
27. Отек легких. Клиника. Диагностика. Неотложные мероприятия.
28. Сердечная астма. Клиника. Диагностика. Неотложные мероприятия.
29. Тромбоэмболия легочной артерии. Клиника. Диагностика. Тромбоэмболические осложнения при инфаркте миокарда. Факторы риска. Неотложные мероприятия.
30. Тампонада сердца. Клиника. Диагностика. Факторы риска.
31. Артериальная гипертония. Современная классификация.
32. Гипертонические кризы. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь.
33. Острая сосудистая недостаточность. Клиника. Диагностика. Неотложные мероприятия.
34. Параксизмальная мерцательная аритмия. Клиника. ЭКГ-признаки. Неотложная помощь.
35. Наджелудочковая параксизмальная тахикардия. Клиника. ЭКГ-признаки. Неотложная помощь.
36. Желудочковая параксизмальная тахикардия. Клиника. ЭКГ-признаки. Неотложная помощь.
37. Асистолия, фибрилляция желудочков. Факторы риска. ЭКГ признаки. Неотложные мероприятия.
38. Приступы МЭС. Клиника. ЭКГ признаки. Неотложные мероприятия.
39. Неотложная терапия при частой, групповой или ранней желудочковой экстрасистолии.
40. ЭКГ синдром удлинения Q-T. Клиническая значимость. Лечебные мероприятия.

41. Электроимпульсная терапия (кардиоверсия). Показания. Принципы подготовки и выполнения процедуры.
42. Интоксикация сердечными гликозидами. Клиника. Диагностика. Неотложные мероприятия.
43. Острый живот в практике врача ССМП. Тактика врача.
44. Синкопальный синдром. Причины. Неотложная терапия.
45. Расслаивающаяся аневризма аорты. Диагностические критерии. Тактика врача.
46. Острая дыхательная недостаточность. РДСВ. Клиника, диагностика, принципы интенсивной терапии.
47. Астматический статус. ЭЗДП. Принципы ИТ.
48. ИВЛ, виды ИВЛ. Механизмы физиологические и отрицательные. Показания к ИВЛ.
49. Принципы перевода больного с ИВЛ на самостоятельное дыхание. Дыхательный ацидоз, алкалоз. Интенсивная терапия.
50. Кислотно-аспирационный синдром (С-м Мендельсона). Этиология. Клиника. Неотложная помощь. Профилактика.
51. Острая кровопотеря. Геморрагический шок. Патогенез. Клиника. Принципы восполнения дефицита ОЦК.
52. Септический шок. Патогенез. Клиника. Интенсивная терапия.
53. Анафилактический шок. Патогенез. Клиника, принципы интенсивной терапии.
54. Принципы коррекции нарушений водно-электролитного баланса (дегидратация, гипергидратация).
55. Инфузионные среды. Коллоиды и кристаллоиды. Характеристика, показания к применению.
56. Острая почечная недостаточность. Этиология. Клиника. Основные симптомы и синдромы.
57. ОПН. Принципы интенсивной терапии, неотложная помощь на догоспитальном этапе.
58. Гиперкалиемия, гиперазотемия, метаболический ацидоз. Клинические, биохимические, электрофизиологические проявления этих состояний.
59. Методы экстракорпоральной детоксикации. Показания к гемодиализу.
60. Острая печеночная недостаточность. Патофизиология клиника. Принципы интенсивной терапии.
61. Коматозные состояния. Классификация. Методы оценки степени утраты сознания (шкала ком Глазго).
62. Неотложная помощь и интенсивная терапия диабетических ком.
63. Неотложная помощь и принципы интенсивной терапии ОНМК.
64. Принципы оказания неотложной помощи пострадавшим с ЧМТ.
65. Токсикологическая болезнь. Фармакокинетика и фармакодинамика токсинов в организме.
66. Клиника токсикологической болезни. Принципы лечения. Роль врача скорой помощи в лечении острых бытовых отравлений.
67. Методы дезинтоксикации и детоксикации организма.
68. Интенсивная терапия и реанимация отравлений ФОС на догоспитальном этапе.
69. Интенсивная терапия и реанимация отравлений седативными препаратами (транквилизаторами, барбитуратами) на догоспитальном этапе.
70. Интенсивная терапия и реанимация отравлений угарным газом.
71. Интенсивная терапия и реанимация отравлений алкоголем и его суррогатами на догоспитальном этапе.
72. Тактика врача скорой помощи при отравлениях наркосодержащими препаратами.
73. Тактика интенсивной терапии отравлений неизвестным ядом.
74. Неотложная помощь при асфиксиях, утоплении и поражении электрическим током.
75. Вопросы деонтологии в работе врача ССМП.

Вопросы к экзамену:

1. Ишемическая болезнь сердца. Этиология, патогенез, классификация. Оценка болевого синдрома. Диагностика, дифференциальный диагноз кардиалгий.
2. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST. Патогенез. Механизмы развития нестабильной бляшки. Нестабильная стенокардия, классификация, клиника, прогностическая оценка. Неотложная помощь на догоспитальном этапе.
3. Инфаркт миокарда (ИМ). Этиология, патогенез, классификация, клиническая картина «неосложненного» ИМ. Варианты начала, дифференциальный диагноз. ЭКГ-диагностика ИМ, маркеры некроза, классы тяжести ИМ по Killip. Неотложная помощь на догоспитальном этапе. Показания и противопоказания к тромболитической терапии на догоспитальном этапе. Показания к срочной коронароангиографии и интервенционным методам лечения.
4. Осложнения инфаркта миокарда: кардиогенный шок, отек легких, острые аритмии и разрыв миокарда. Этиология и патогенез этих осложнений. Неотложная помощь на догоспитальном этапе.
5. Острая сердечная недостаточность (ОСН). Определение, этиология, патогенез, клинические варианты: ОСН с низким сердечным выбросом, левожелудочковая недостаточность с синдромами застоя, правожелудочковая недостаточность с синдромами застоя, диагностика, принципы лечения. Неотложная помощь на догоспитальном этапе. Российские рекомендации по ОСН.
6. Гипертоническая болезнь, факторы риска, патогенез. Классификация, стратификация степеней риска. Формулировка диагноза. Показания к госпитализации. Принципы лечения.
7. Неосложненные и осложненные гипертонические кризы. Этиология, патогенез, клиника, диагностика. Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе при неосложненных, осложненных кризах и кризах при феохромоцитоме. Показания к госпитализации.
8. Синкопальные состояния. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и неотложная помощь на догоспитальном этапе. Показания к госпитализации.
9. Аритмии сердца. Электрофизиологические механизмы развития аритмий, классификация. ЭКГ-диагностика, клиника наджелудочковых и желудочковых тахикардий и тахиаритмий, экстрасистолий высоких градаций. Неотложная помощь на догоспитальном этапе. Показания к срочной ЭИТ.
10. Блокады сердца. Этиология, клиника и диагностика. Неотложная помощь на догоспитальном этапе. Показания к срочной электрокардиостимуляции.
11. Сложные нарушения ритма и проводимости: синдром слабости синусового узла, синдром WPW, синдром CLC, синдромы Фридерика, Бругада, удлинённого QT. Диагностика. Неотложная помощь на догоспитальном этапе.
12. Остановка кровообращения, причины, сердечно-легочная реанимация (СЛР), фазы СЛР, неотложная помощь при асистолии, фибрилляции желудочков, желудочковой тахикардии. Признаки эффективности СЛР. Причины неэффективности дефибрилляции.
13. Острый гломерулонефрит (ОГН). Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика, осложнения. Неотложная терапия осложнений ОГН.
14. Хронический гломерулонефрит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика по мочевому синдрому. Осложнения. Принципы терапии.
15. Острый пиелонефрит. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика, тактика ведения. Показания к госпитализации.
16. Острая почечная недостаточность. Этиология, патогенез, клиника, степени тяжести, осложнения. Неотложная помощь на догоспитальном этапе.
17. Терминальная хроническая почечная недостаточность (уремия), этиология, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика с ОПН, тактика ведения и неотложная помощь.

18. Гастриты. Причины и клинические проявления острых гастритов. Этиология, патогенез, классификация, клиника хронических гастритов. Диагностика, лечение острых и хронических гастритов. Показания к госпитализации.

19. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение. Показания к госпитализации. Осложнения язвенной болезни (перфорация, пенетрация, желудочно-кишечное кровотечение, стеноз привратника), особенности клинической картины, диагностика, тактика ведения, неотложная помощь.

20. Хронический бескаменный холецистит. Этиология, патогенез, классификация, клинические проявления, осложнения, диагностика, дифференциальная диагностика. Показания к госпитализации. Основные направления терапии в фазу обострения. Неотложная терапия при приступе желчной колики.

21. Острый панкреатит. Этиология, патогенез, клиника, классификация, методы диагностики, тактика на догоспитальном этапе.

22. Хронический панкреатит. Этиология, патогенез, классификация, осложнения, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика, принципы консервативной терапии. Показания к госпитализации. Тактика врача скорой помощи на догоспитальном этапе при тяжелом обострении хр. панкреатита.

23. Острые и хронические гепатиты. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика основных этиологических форм гепатитов (вирусных, алкогольных, лекарственных, аутоиммунных). Принципы этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии.

24. Циррозы печени. Этиология, патогенез, классификация, клиника. Синдром портальной гипертензии: причины, проявления, принципы диагностики и лечения. Неотложная помощь при кровотечении из варикозно-расширенных вен пищевода, профилактика повторных кровотечений.

25. Печеночная энцефалопатия и кома. Причины острой и хронической печеночной энцефалопатии, патогенез, клинические проявления по стадиям, возможности диагностики, неотложная терапия.

26. Синдром портальной гипертензии. Понятие, причины, клинические проявления, диагностика, лечение. Неотложная помощь при кровотечении из варикозно-расширенных вен пищевода.

27. Дифференциальная диагностика желтух. Формы желтух, причины, особенности клинических проявлений, диагностическая тактика, возможности неотложной терапии.

28. Сахарный диабет 1 и 2 типа: дифференциальный диагноз, диагностические критерии, основные принципы лечения, понятие о хронических осложнениях сахарного диабета.

29. Декомпенсация сахарного диабета 1 и 2 типа: этиопатогенез, клиника, диагностические критерии, основные принципы лечения, показания к госпитализации.

30. Дифференциальный диагноз при диабетических комах (кетоацидотической, гиперосмолярной, лактацидемической, гипогликемической); лечение коматозных состояний при сахарном диабете, неотложная помощь на догоспитальном этапе.

31. Гипогликемический синдром (гипогликемические состояния, гипогликемическая кома): этиопатогенетическая классификация, диагностика, лечение, показания к госпитализации, неотложная помощь на догоспитальном этапе.

32. Синдром тиреотоксикоза, тиреотоксический криз: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, неотложная помощь на догоспитальном этапе.

33. Синдром гипотиреоза, гипотиреоидная кома: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, неотложная помощь на догоспитальном этапе.

34. Острая надпочечниковая недостаточность и декомпенсация хронической надпочечниковой недостаточности: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, неотложная помощь на догоспитальном этапе.

35. Гиперкальциемический криз, гипокальциемический криз: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, неотложная помощь на догоспитальном этапе.

36. Острый живот: понятие, заболевания, дающие клинику острого живота. Дифференциальная диагностика и помощь на догоспитальном этапе.

37. Острый аппендицит. Типичные проявления, дифференциальная диагностика. Особенности течения у детей, лиц пожилого возраста и женщин.

38. Острый калькулезный холецистит. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, осложнения. Неотложная терапия, тактика врача скорой помощи.

39. Желудочно-кишечный кровотечения: причины, признаки, классификации по степени тяжести. Тактика ведения и неотложная терапия на догоспитальном этапе.

40. Закрытая травма живота. Перитонеальный и геморрагический синдромы. Диагностика и тактика ведения.

41. Механическая желтуха. Причины, особенности клинической картины, методы диагностики, тактика ведения. Методы детоксикации и декомпрессии при механической желтухе.

42. Хроническая обструктивная болезнь легких. Факторы риска, клиника, особенности течения в различных возрастных группах, современные методы диагностики, лечения и профилактики, имеющиеся клинические рекомендации. Показания для госпитализации.

43. Бронхиальная астма. Триггеры и индукторы. Клиника. Классификация. Принципы ступенчатой терапии. Неотложная помощь при приступе удушья.

44. Пневмонии. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника, критерии тяжелого течения. Современные методы лабораторной, функциональной, рентгенологической диагностики. Осложнения. Лечение. Показания для госпитализации.

45. Острая дыхательная недостаточность, классификация, принципы интенсивной терапии. Пневмоторакс. Классификация, этиология, патогенез спонтанного пневмоторакса, клиника, осложнения, интенсивная терапия. Астматический статус. Причины, патогенез, клинические стадии, лечение.

46. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), этиология, патогенез, классификация. клиника молниеносной, острой, подострой, рецидивирующей форм ТЭЛА. ЭКГ при ТЭЛА. Диагностика, дифференциальная диагностика. Общие принципы интенсивной терапии ТЭЛА, лечения, профилактики рецидива ТЭЛА.

47. Шок, патофизиология, классификация. Кардиогенный шок, формы (истинный аритмический, рефлекторный), неотложная помощь при кардиогенном шоке с признаками выраженного застоя в легких и при их отсутствии.

48. Гиповолемический шок, причины, принципы неотложной терапии. Гемморрагический шок, неотложная помощь. Дифференциальная диагностика и особенности неотложной терапии при остром кровотечении из эрозий и язв гастродуоденальной зоны, варикозно расширенных вен пищевода и желудка, легочном кровотечении.

49. Анафилактический шок и анафилактические реакции. Отек Квинке: приобретенный и врожденный. Крапивница. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, интенсивная терапия, профилактика.

50. Сепсис и септический шок, причины, лабораторные маркеры, понятие и критерии полиорганной недостаточности, принципы терапии. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС). Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Интенсивная терапия.

51. Отравления. Отравления алкоголем, стадии и степени тяжести, осложнения, интенсивная терапия. Отравление суррогатами алкоголя (этиленгликолем метанолом), клиника, осложнения, интенсивная терапия. Отравления окисью углерода, патогенез, клиника, интенсивная терапия. Отравление психотропными препаратами (барбитуратами, наркотическими препаратами, транквилизаторами), особенности клиники.

52. Коматозные состояния, стадии комы, особенности обследования больного в коматозном состоянии. Дифференциальный диагноз печеночной, уремической, хлорпенической, диабетической, алкогольной, мозговой ком. Принципы лечения.

53. Сосудистые заболевания головного мозга, острое нарушение мозгового кровообращения (геморрагический и ишемический инсульт, субарахноидальное кровоизлияние). Этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, принципы лечения.

54. Неврологические синдромы вертебрального остеохондроза. Диагностика корешковых синдромов при шейном и поясничном остеохондрозе. Принципы лечение.

55. Дисциркуляторная энцефалопатия. Определение, этиология, классификация, клиника, лечение.