

Ханты-Мансийского автономного округа-Югры  
"Сургутский государственный университет"

УТВЕРЖДАЮ  
Проректор по УМР

15 июня 2023 г., протокол УМС №5

**Неотложные состояния в терапии**

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за  
Учебный план

**Многопрофильной клинической подготовки**  
о310851-Фтизиат-23-1.plx  
Специальность: Фтизиатрия

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **2 ЗЕТ**

Часов по учебному плану 72  
в том числе:  
аудиторные занятия 32  
самостоятельная работа 40

Виды контроля в семестрах:  
зачеты 1

**Распределение часов дисциплины по семестрам**

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	1 (1.1)			
	Неделя 16			
Вид занятий	УП	РП	УП	РП
Лекции	4	4	4	4
Практические	28	28	28	28
Итого ауд.	32	32	32	32
Контактная работа	32	32	32	32
Сам. работа	40	40	40	40
Итого	72	72	72	72

Программу составил(и):

*кандидат медицинских наук, доцент, Нелидова Наталья Владимировна*

Рабочая программа дисциплины

**Неотложные состояния в терапии**

разработана в соответствии с ФГОС:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.08.51 ФТИЗИАТРИЯ (уровень подготовки кадров высшей квалификации).  
(приказ Минобрнауки России от 25.08.2014 г. № 1094)

составлена на основании учебного плана:

Специальность: Фтизиатрия

утвержденного учебно-методическим советом вуза от 15.06.2023 протокол № 5 .

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

**Многопрофильной клинической подготовки**

Зав. кафедрой доктор медицинских, профессор Н.В. Климова

Протокол от 21.04.2022 г. № 14.

<b>1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ</b>	
1.1	подготовка квалифицированного врача-специалиста , обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях: первичной медико-санитарной помощи; неотложной; скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи; специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

<b>2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП</b>	
Цикл (раздел) ООП:	Б1.В
<b>2.1</b>	<b>Требования к предварительной подготовке обучающегося:</b>
2.1.1	Патология
2.1.2	Педагогика
2.1.3	Социально-психологические основы профессиональной деятельности
2.1.4	Терапия
<b>2.2</b>	<b>Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:</b>
2.2.1	Аллергология и иммунология
2.2.2	Инфекционные болезни
2.2.3	Клиническая фармакология
2.2.4	Медицина чрезвычайных ситуаций
2.2.5	Общественное здоровье и здравоохранение
2.2.6	Практика (клиническая) практика
2.2.7	Производственная (клиническая) практика
2.2.8	Физиотерапия (адаптационная программа)
2.2.9	Функциональная диагностика в терапии
2.2.10	Государственная итоговая аттестация
2.2.11	Подготовка и сдача государственного экзамена

<b>3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)</b>	
<b>ПК-5: готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</b>	
<b>ПК-6: готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании фтизиатрической медицинской помощи</b>	

**В результате освоения дисциплины обучающийся должен**

<b>3.1</b>	<b>Знать:</b>
3.1.1	- основные причины, ведущие к развитию неотложных состояний в терапии;
3.1.2	- патогенез основных синдромов и симптомов при неотложных состояниях в терапии;
3.1.3	- классификацию неотложных состояний в терапии;
3.1.4	- основные диагностические критерии нозологических форм, при которых могут возникнуть неотложные состояния;
3.1.5	- принципы лечения заболеваний в пределах разбираемых нозологических форм;
3.1.6	- медицинскую помощь при неотложных состояниях в терапии;
3.1.7	- клинику, диагностику и лечение неотложных состояний при заболеваниях органов
3.1.8	• острая дыхательная недостаточность, гипоксическая кома
3.1.9	• астматический статус при бронхиальной астме

3.1.10	• шок (анафилактический, инфекционно- токсический, травматический,
3.1.11	• тромбоэмболия легочной артерии
3.1.12	-клинику, диагностику и лечение неотложных состояний при заболеваниях органов
3.1.13	• сердечная астма, отек легких
3.1.14	• гипертонический криз и острые нарушения мозгового кровообращения
3.1.15	• нарушения ритма и проводимости
3.1.16	-клинику, диагностику и лечение неотложных состояний при заболеваниях органов
	мо-чевыделительной системы:
3.1.17	• острая почечная недостаточность
3.1.18	• почечная колика
3.1.19	• уремическая кома
3.1.20	-клинику, диагностику и лечение неотложных состояний при гастроэнтерологических
3.1.21	• печеночная колика
3.1.22	• желудочно-кишечное кровотечение
3.1.23	-клинику, диагностику и лечение неотложных состояний при эндокринных заболевани-ях:
3.1.24	• комы при сахарном диабете
3.1.25	• неотложные состояния при гипотиреозе и тиреотоксический криз
3.1.26	• острая надпочечниковая недостаточность
3.1.27	-клинику, диагностику и лечение неотложных состояний при заболеваниях крови
<b>3.2</b>	<b>Уметь:</b>
3.2.1	-получать исчерпывающую информацию о неотложных состояниях, применять объек-тивные методы обследования больного, выявлять общие и специфические признаки неотложных состояний, особенно в случаях: травматический шок, острая почечная недостаточность, кома
3.2.2	-формулировать диагноз;
3.2.3	-оценивать тяжесть состояния больного, принимать необходимые меры для выведения больного из этого состояния, определять объем и последовательность мероприятий, оказывать первую помощь;
3.2.4	-оформлять медицинскую документацию, предусмотренную законодательством;
<b>3.3</b>	<b>Владеть:</b>
3.3.1	- методами физикального обследования внутренних органов
3.3.2	- методами оценки функционального состояния органов и систем
3.3.3	- методами первичной помощи и реанимации при неотложных состояниях
3.3.4	- методиками статистического анализа
3.3.5	- методами купирования болевого синдрома
3.3.6	- основными принципами лечения неотложных состояний при заболеваниях органов дыхания, сердечнососудистой системы, органов пищеварения, мочевыделительной системы, кроветворения, эндокринных органов в клинике внутренних болезней
3.3.7	- методиками интенсивной терапии и реанимации в клинике внутренних болезней
3.3.8	- методами диагностики острых хирургических заболеваний (пневмоторакс, «острый

#### 4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код	Наименование разделов и тем	Семестр	Часов	Компетен-	Литература	Примечание
	<b>Раздел 1.</b>					
1.1	Острая дыхательная недостаточность, гипоксическая кома /Пр/	1	4	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.4 Л2.6Л3.3 Л3.4	Ситуационные задачи, тестовый контроль
1.2	Ведение больных в астматическом статусе /Лек/	1	2	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2Л2.4 Л2.5 Л2.6Л3.3 Л3.4 Л1.2 Л3	Устный опрос



1.3	Курация больных /Ср/	1	4	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2Л2.4 Л2.5 Л2.6Л3.3 Л3.4	Отчет по самостоятельной работе (реферат, презентация)
1.4	Шок (анафилактический, инфекционно - токсический, гипер-тонический, кар-	1	2	ПК-5 ПК-6	Л1.2Л2.4 Л2.6Л3.3 Л3.4	Ситуационные задачи, тестовый контроль
1.5	Курация больных /Ср/	1	2	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2Л2.5 Л2.6Л3.3 Л3.4	Отчет по самостоятельной работе (реферат, презентация)
1.6	Тромбоэмболия легочной артерии /Пр/	1	4	ПК-5 ПК-6	Л1.2Л2.4 Л2.6Л3.1 Л3.3 Л3.4	Ситуационные задачи, тестовый контроль
1.7	Курация больных /Ср/	1	4	ПК-5	Л1.1 Л1.2Л2.4 Л2.5 Л2.6Л3.1 Л3.3 Л3.4	Отчет по самостоятельной работе (реферат, презентация)
1.8	Нарушения ритма и проводимости /Пр/	1	4	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6Л3.1 Л3.3 Л3.4	Ситуационные задачи, тестовый контроль
1.9	Курация больных /Ср/	1	4	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2Л2.5 Л2.6Л3.1 Л3.3 Л3.4	Отчет по самостоятельной работе (реферат, презентация)
1.10	Гипертонический криз и острые нарушения мозгового кровообращения /Лек/	1	2	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2Л2.3 Л2.5 Л2.6Л3.1 Л3.3 Л3.4	Устный опрос
1.11	Сердечная астма, отек легких /Пр/	1	2	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6Л3.1 Л3.3 Л3.4	Ситуационные задачи, тестовый контроль
1.12	Курация больных /Ср/	1	6	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6Л3.1 Л3.3 Л3.4	Отчет по самостоятельной работе (реферат, презентация)
1.13	Гипертонический криз и острые нарушения мозгового кровообращения /Пр/	1	2	ПК-5	Л1.1 Л1.2Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6Л3.1 Л3.3 Л3.4	Ситуационные задачи, тестовый контроль
1.14	Курация больных /Ср/	1	4	ПК-5 ПК-6	Л1.2Л2.4 Л2.6Л3.3 Л3.4	Отчет по самостоятельной работе (реферат,

1.15	Печеночная колика /Пр/	1	2	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2Л2.4 Л2.5 Л2.6Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	Ситуационные задачи, тестовый контроль
1.16	Курация больных /Ср/	1	4	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2Л2.2 Л2.4 Л2.5 Л2.6Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	Отчет по самостоятельной работе (реферат, презентация)
1.17	Желудочно-кишечное кровотечение /Пр/	1	2	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2Л2.4 Л2.5 Л2.6Л3.2 Л3.3 Л3.4	Ситуационные задачи, тестовый контроль
1.18	Курация больных /Ср/	1	4	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2Л2.4 Л2.5 Л2.6Л3.2 Л3.3 Л3.4	Отчет по самостоятельной работе (реферат, презентация)
1.19	Острая почечная не-достаточность /Пр/	1	2	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2Л2.4 Л2.6Л3.3 Л3.4	Ситуационные задачи, тестовый контроль
1.20	Курация больных /Ср/	1	4	ПК-5 ПК-6	Л1.2Л2.4 Л2.6Л3.3 Л3.4 Э1 Э2 Э3	Отчет по самостоятельной работе (реферат, презентация)
1.21	Почечная колика. Уремическая кома /Пр/	1	2	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2Л2.1 Л2.5 Л2.6Л3.3 Л3.4 Э1 Э3 Э4	Ситуационные задачи, тестовый контроль
1.22	Курация больных /Ср/	1	2	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2Л2.1 Л2.5 Л2.6Л3.3 Л3.4	Отчет по самостоятельной работе (реферат, презентация)
1.23	Комы при сахарном диабете /Пр/	1	2	ПК-5 ПК-6	Л1.2Л2.4 Л2.6Л3.3 Л3.4 Э1 Э3 Э4	Ситуационные задачи, тестовый контроль
1.24	Комы при сахарном диабете /Ср/	1	2	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2Л2.4 Л2.6Л3.3 Л3.4 Э1 Э3 Э4	Отчет по самостоятельной работе (реферат, презентация)
<b>Раздел 2. Зачет</b>						

2.1	/Зачёт/	1	0	ПК-5 ПК-6	Л1.1 Л1.2Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Л2.6Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4	Устный опрос
-----	---------	---	---	--------------	---	--------------

## 5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

### 5.1. Контрольные вопросы и задания

Представлены отдельным документом

### 5.2. Темы письменных работ

Представлены отдельным документом

### 5.3. Фонд оценочных средств

Представлены отдельным документом

## 6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

### 6.1. Рекомендуемая литература

#### 6.1.1. Основная литература

	Авторы,	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л1.1	Моисеев В.С., Мартынов А.И., Мухин Н.А.	Внутренние болезни: Министерство образования и науки РФ Рекомендовано ГБОУ ВПО "Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова" в качестве учебника для студентов учреждений высшего профессионального образования, обучающихся по специальностям 060101.65 "Лечебное дело" и 060103.65 "Педиатрия"	Moscow: ГЭОТАР- Медиа, 2015, <a href="http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433119.html">http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433119.html</a>	2
Л1.2	Моисеев В.С., Мартынов А.И., Мухин Н.А.	Внутренние болезни : Том 1: учебник	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019, <a href="https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453148.h">https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453148.h</a>	2
Л1.3	Моисеев В.С., Мартынов А.И., Мухин Н.А.	Внутренние болезни : Том 2: учебник	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019, <a href="https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453155.h">https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970453155.h</a>	2
Л1.4	Балабанов А. С., Барсуков А. В., Ващенко В. В.,	Госпитальная терапия: учебник	Санкт-Петербург: СпецЛит, 2020	5

#### 6.1.2. Дополнительная литература

	Авторы,	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л2.1	Рукавицын О. А.	Гематология: национальное руководство	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015	1
Л2.2	Ивашкин В. Т., Маевская М. В., Федосына Е. А.	Лечение осложнений цирроза печени: методические рекомендации для врачей	Москва: Литтерра, 2013	2



Л2.3	Бекетова Т. В., Чазов Е. И., Карпов Ю. А.	Рациональная фармакотерапия сердечно-сосудистых заболеваний: [руководство	Москва: Литтерра, 2015	5
Л2.4	Маколкин В. И., Сулимов В. А., Овчаренко С.	Внутренние болезни: тесты и ситуационные задачи	Москва: Издательская группа "ГЭОТАР-	3

	Авторы,	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л2.5	Петров В.И.	Клиническая фармакология и фармакотерапия в реальной врачебной практике: мастер-класс	Moscow: ГЭОТАР- Медиа, 2015, <a href="http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN">http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN</a>	1
Л2.6	Кончаловский М. П., Касаткин А. М., Смотров В. Н., Багон Н. Ц., Успенский А. Е.	Внутренние болезни. Избранные лекции: Учебник	Москва: Юрайт, 2020, <a href="https://urait.ru/bcode/456077">https://urait.ru/bcode/456077</a>	1

### 6.1.3. Методические разработки

	Авторы,	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л3.1	Карпин В. А., Шувалова О. И., Бурмасова А. В.,	Алгоритмы ЭКГ-диагностики нарушений сердечного ритма и проводимости: учебное пособие	Сургут: Издательский центр СурГУ,	37
Л3.2	Шамов И. А.	Внутренние болезни: заболевания желудочно-кишечного тракта: Учебное пособие	Москва: ООО "Научно- издательский центр ИНФРА-М", 2017, <a href="http://znanium.com/go.php?id=754494">http://znanium.com/go.php?id=754494</a>	1
Л3.3	Мышкина А. А.	Внутренние болезни: Учебное пособие	Саратов: Научная книга, 2019, <a href="http://www.iprbookshop.ru/81003.html">http://www.iprbookshop.ru/81003.html</a>	1
Л3.4	Никулина С. Ю., Газенкампф А. А., Демко И. В., Грицан А. И., Шестерня П. А., Соловьева И. А., Пелипецкая Е. Ю., Собко Е. А., Чернова А. А., Крапошина А. Ю., Гордеева Н. В., Осетрова Н. Б., Павлова Н. Ю., Дудина М. А., Путинцева И. В.	Неотложные состояния в терапии: учебное пособие	Красноярск: КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно- Ясенецкого, 2019, <a href="https://e.lanbook.com/book/131414">https://e.lanbook.com/book/131414</a>	1

### 6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"

Э1	Электронно-библиотечная система издательства «Лань»
Э2	Антибиотики и химиотерапия
Э3	Medline
Э4	Медицинские журналы
Э5	Российский кардиологический журнал
Э6	Терапевтический архив
Э7	Русский медицинский журнал
Э8	Medicum
<b>6.3.1 Перечень программного обеспечения</b>	
6.3.1.1	Операционные системы Microsoft, пакет прикладных программ Microsoft Office
<b>6.3.2 Перечень информационных справочных систем</b>	
6.3.2.1	1. Справочная система "Гарант"
6.3.2.2	2. Консультант студента. Электронная библиотека медицинского вуза.
6.3.2.3	3. Справочная система "Консультант плюс"
6.3.2.4	
6.3.2.5	
<b>7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)</b>	
7.1	Занятия практического типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации проводятся в учебных аудиториях на базе Сургутской окружной клинической больницы «СОКБ» и НУЗ «Отделенческая клиническая больница на станции Сургут» ОАО «РЖД»
7.2	Центр практических навыков Симуляционный центр МИ СурГУ
7.3	Учебные аудитории оснащены мультимедиа проектором, экраном, ноутбуком, стационарной учебной доской. типовой учебной мебелью: столы, стулья.
7.4	Терапевтические и реабилитационные отделения оснащены:
7.5	Бронховидеоскоп
7.6	Гастровидеоскоп
7.7	Дуоденовидеоскоп
7.8	Видеоколонскоп
7.9	12-ти канальный электрокардиограф
7.10	Аппарат для бифункционального (ЭКГ АД) суточного мониторинрования.
7.11	Система для холтеровского (суточного) мониторинрования ЭКГ и АД
7.12	Допплерографическая система
7.13	Стресс-система для проведения велоэргометрического теста (с измерением АД и электрической регулировкой седла) на базе электрокардиографа
7.14	Портативная кардиоваскулярная ультразвуковая система
7.15	Компьютерный спирограф
7.16	Стационарная цветная цифровая ультрозвуковая диагностическая система
7.17	Ультразвуковая система преимум-класса для кардио-васкулярных исследований
7.18	Электро-энцефалограф
7.19	Аппарат ИВЛ Аппарат искусствен. вентеляции легких
7.20	Дефибриллятор
7.21	Система центрального маниторинга физиологических параметров организма человека)
7.22	Гематологический анализатор
7.23	Осмометр
7.24	Биохимический анализатор
7.25	Иммунологический анализатор с набором реагентов
7.26	Пульсоксиметр
7.27	Инфузомат с программным обеспечением
7.28	Тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, медицинские весы, ростометр, противошоковый набор, набор и упаковка для экстренных профилактических и лечебных
7.29	Расходный материал в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотрен-ные профессиональной деятельностью.

7.30	Аудитории симуляционного центра МИ, оборудованные фантомной и симуляционной техникой, лабораторными инструментами и расходными материалами в достаточном количестве
7.31	Мультимедиа-проектор
7.32	Манекен MegaCodeKid–ребенок 7 лет для проведения реанимационных мероприятий, с возможностью дефибриляции и кардиостимуляции)
7.33	BabyAnn – (новорожденный. Инородное тело гортани)
7.34	Манекен для отработки практических навыков СЛР
7.35	Манекен для отработки практических навыков СЛР ResusciJunior
7.36	Цифровой манекен аускультации сердца и легких Z990.
7.37	Цифровой манекен-симулятор аускультации сердца и легких UN/DGN-V. Дефибриллятор Zoll. Тренажер «Голова для интубации». Тренажер для проведения п/к, в/м инъекций
7.38	Желудочный зонд. Назогастральный зонд. Тренажер для постановки клизмы. Кружка Эсмарха. Перевязочные средства. Медицинские лотки. Медицинская мебель.
7.39	Библиотека результатов лабораторных и инструментальных исследований.
7.40	Роли для стандартизированных пациентов. Библиотека ситуационных задач. Библиотека

**Форма оценочного материала для текущего контроля и промежуточной аттестации**Название дисциплины **Фтизиатрия**

Код, направление подготовки	Фтизиатрия 31.08.51
Направленность (профиль)	Фтизиатрия
Форма обучения	очная
Кафедра-разработчик	Многопрофильной клинической подготовки
Выпускающая кафедра	Многопрофильной клинической подготовки

**1. ЭТАП: ПРОВЕДЕНИЕ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ****Тестовые задания**Укажите один правильный ответ

- Исход реанимации является наиболее благоприятным при:
  - первичной остановке кровообращения;
  - первичной остановке дыхания;**
  - первичном поражении центральной нервной системы;
  - первичном поражении нейроэндокринной сферы;
  - остановке сердца и дыхания как следствия множественной травмы.
- Оживление с полным восстановлением функций ЦНС возможно при длительности клинической смерти: 1. 3-4 мин. при гипертермии; 2. 3-4 мин. при нормотермии; 3. 5-6 мин. при нормотермии; 4. 20-30 мин. при понижении температуры тела до 31-32 градусов С.
  - если правильны ответы 1, 2 и 3;
  - если правильны ответы 1 и 3;
  - если правильны ответы 2 и 4;**
  - если правильный ответ 4;
  - если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
- Основными признаками остановки сердца являются: 1. широкие зрачки; 2. отсутствие пульса на сонной артерии; 3. отсутствие самостоятельного дыхания; 4. узкие зрачки; 5. судороги.
  - если правильны ответы 1, 2 и 3;**
  - если правильны ответы 1 и 3;
  - если правильны ответы 2 и 4;
  - если правильный ответ 4;
  - если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.
- Место расположения сложенных рук реаниматора при непрямом массаже сердца:
  - левая половина грудной клетки;
  - рукоятка грудины;
  - нижняя треть грудины;**
  - мечевидный отросток;
  - средняя часть грудины.

5. Об эффективности наружного массажа сердца свидетельствуют: 1. сужение зрачков; 2. появление пульса на сонной артерии; 3. уменьшение цианоза; 4. появление отдельных спонтанных вдохов.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
  - б) если правильны ответы 1 и 3;
  - в) если правильны ответы 2 и 4;
  - г) если правильный ответ 4;
  - д) **если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.**
6. Срочная фаза легочно-сердечной реанимации состоит из: 1. обеспечения проходимости дыхательных путей; 2. проведения искусственной вентиляции легких; 3. восстановления кровообращения; 4. промывания желудка.
- а) **если правильны ответы 1, 2 и 3;**
  - б) если правильны ответы 1 и 3;
  - в) если правильны ответы 2 и 4;
  - г) если правильный ответ 4;
  - д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.
7. При проведении открытого массажа сердца могут возникнуть осложнения: 1. ранение внутренней грудной артерии; 2. повреждение мышцы сердца; 3. кровоизлияние в мышцу сердца; 4. разрыв легкого; 5. кровотечение из раны.
- а) **если правильны ответы 1, 2 и 3;**
  - б) если правильны ответы 1 и 3;
  - в) если правильны ответы 2 и 4;
  - г) если правильный ответ 4;
  - д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.
8. Тяжесть течения постреанимационного периода определяется: 1. продолжительностью периода умирания; 2. продолжительностью клинической смерти; 3. глубиной и длительностью перенесенной гипоксии; 4. характером основного заболевания.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
  - б) если правильны ответы 1 и 3;
  - в) если правильны ответы 2 и 4;
  - г) если правильный ответ 4;
  - д) **если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.**
9. При остановке кровообращения развивается:
- а) метаболический алкалоз;
  - б) **метаболический ацидоз;**
  - в) респираторный алкалоз;
  - г) респираторный ацидоз;
  - д) смешанный метаболический и респираторный ацидоз.
10. При остановке сердца в результате большой кровопотери необходимо: 1. искусственная вентиляция легких; 2. наружный массаж сердца; 3. массивные переливания крови и кровезаменителей; 4. введение адреналина и бикарбоната натрия; 5. обеспечение гемостаза.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
  - б) если правильны ответы 1 и 3;
  - в) если правильны ответы 2 и 4;
  - г) если правильный ответ 4;
  - д) **если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5.**
11. К признакам шока относятся: 1. бледность кожных покровов; 2. адинамия, заторможенность; 3. снижение артериального давления; 4. гиперемия лица.
- а) **если правильны ответы 1, 2 и 3;**
  - б) если правильны ответы 1 и 3;
  - в) если правильны ответы 2 и 4;

- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

12. При анафилактическом шоке показано:

- а) внутривенное введение больших доз глюкокортикоидных гормонов;**
- б) подкожное введение аминазина;
- в) внутримышечное введение кофеин-бензоата натрия и кордиамина;
- г) интубация трахеи для снятия бронхоспазма;
- д) дегидратационная терапия.

13. Для инфекционно-токсического шока характерно: 1. малый частый пульс; 2. снижение диуреза; 3. лихорадка, озноб, понос; 4. бледность и похолодание кожных покровов.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.**

14. Больной ориентирован, приоткрывает глаза только в ответ на просьбу, в ответ на боль совершает целенаправленные защитные действия, при обращении дает правильные, но замедленные ответы. Ваша оценка глубины общемозговых расстройств по шкале Глазго:

- а) ясное сознание;
- б) оглушение;**
- в) сопор;
- г) кома;
- д) смерть мозга.

15. Больной в ответ на болевое раздражение иногда приоткрывает глаза, при сильном раздражении - непостоянная защитная реакция, при обращении произносит бессвязные слова. Ваша оценка глубины общемозговых расстройств по шкале Глазго:

- а) ясное сознание;
- б) оглушение;
- в) сопор;**
- г) кома;
- д) смерть мозга.

16. Больной на словесные обращения не реагирует, при сильном болевом раздражении области носоглотки появляются тонические сгибательные и разгибательные движения в конечностях, дыхание сохранено. Ваша оценка глубины общемозговых расстройств по шкале Глазго:

- а) ясное сознание;
- б) оглушение;
- в) сопор;
- г) кома;**
- д) смерть мозга.

17. Укажите характерную и раннюю гемодинамическую реакцию на гипоксемию:

- а) снижение АД и учащение пульса;
- б) снижение АД и урежение пульса;
- в) повышение АД и учащение пульса;**
- г) повышение АД и урежение пульса;
- д) АД и частота пульса не изменяются.

18. Артериальная гипотензия со снижением пульсового давления, снижением центрального венозного давления и тахикардией возникает при:

- а) кровопотере, не превышающей 10% объема циркулирующей крови;
- б) кровопотере, превышающей 20% объема циркулирующей крови;**
- в) отравлении фосфорорганическими соединениями;

- г) декомпенсации миокарда;
- д) тромбоэмболии легочной артерии.

19. Признаком недостаточности правых отделов сердца является:

- а) снижение артериального давления;
- б) повышение центрального венозного давления (ЦВД);**
- в) снижение ЦВД;
- г) анемия;
- д) полицитемия.

20. Минимальная величина кровопотери, которая чаще всего проявляется клинической картиной шока:

- а) 10-20%;
- б) 20-30%;**
- в) 30-40%;
- г) 40-50%;
- д) более 50%.

21. Наибольшим "волемическим коэффициентом" (при переливании одного и того же объема увеличивает на большую величину объем циркулирующей крови) обладает:

- а) полиглюкин;
- б) реополиглюкин;**
- в) гемодез;
- г) сухая плазма;
- д) желатиноль.

22. Основной рентгенологический симптом пневмоторакса:

- а) коллапс легкого;
- б) наличие воздуха в плевральной полости;**
- в) смещение средостения в здоровую сторону;
- г) повышение прозрачности легочного поля;
- д) исчезновение сосудистого рисунка.

23. Для выраженной гипоксической (экзогенной) гипоксии характерны: 1. нарушение сознания; 2. цианоз кожных покровов; 3. снижение альвеолярного  $pO_2$ ; 4. снижение артериального  $pO_2$ .

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.**

24. Цианоз кожных покровов и видимых слизистых оболочек уже можно обнаружить при насыщении кислородом артериальной крови менее:

- а) 70%;
- б) 80%;**
- в) 90%;
- г) 100%;
- д) 60%.

25. У пациентов с не леченной кишечной непроходимостью наиболее вероятной причиной смерти является:

- а) только потеря воды;
- б) только потеря натрия;
- в) только потеря и натрия, и воды;
- г) гипокалиемия;**
- д) нарушение кислотно-основного состояния.

26. При развитии анафилактического шока наиболее эффективным препаратом для неотложной терапии является:
- а) норадреналин;
  - б) преднизолон;
  - в) хлористый кальций;
  - г) димедрол;
  - д) **адреналин.**
27. После первичной остановки сердца сознание исчезает через:
- а) **10 сек;**
  - б) 30 сек;
  - в) 60 сек;
  - г) 3 мин;
  - д) 5 мин.
28. При открытом пневмотораксе на грудную стенку накладывается:
- а) давящая повязка;
  - б) фиксирующая повязка;
  - в) **окклюзионная повязка;**
  - г) крестообразная повязка;
  - д) спиральная повязка.
29. При ножевом ранении сонной артерии для временной остановки кровотечения следует применить:
- а) давящую повязку;
  - б) гемостатическую губку;
  - в) **пальцевое прижатие артерии к поперечным отросткам нижних шейных позвонков;**
  - г) максимальное сгибание головы;
  - д) перевязку артерии.
30. Для остановки носового кровотечения у больного с гемофилией следует: 1. ввести в носовой ход ватный тампон, смоченный раствором перекиси водорода; 2. применить заднюю тампонаду носа; 3. применить переднюю тампонаду носа; 4. применить переднюю и заднюю тампонаду носа.
- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
  - б) если правильны ответы 1 и 3;
  - в) если правильны ответы 1 и 2;
  - г) **если правильный ответ 4;**
  - д) если правильны ответы 1 и 4.
31. При переломах бедра, осуществляя транспортную иммобилизацию, следует:
- а) обездвижить коленный и тазобедренный суставы;
  - б) обездвижить голеностопный и коленный суставы;
  - в) обездвижить коленный сустав;
  - г) **обездвижить голеностопный, коленный и тазобедренный суставы;**
  - д) ограничиться наложением импровизированной шины от тазобедренного до коленного сустава.
32. При переломах костей таза транспортная иммобилизация заключается в:
- а) наложении шины Дитерихса;
  - б) укладывании больного на щит и подкладывании жесткого валика под поясницу;
  - в) **укладывании больного на спину с согнутыми и разведенными бедрами и подкладывании в подколенные области валика из одеяла, подушки, одежды;**
  - г) укладывании больного на щит и фиксации к последнему;
  - д) укладывании больного на щит и наложении шины Дитерихса.
33. Показанием к венесекции является:
- а) необходимость длительного введения лекарственных средств внутривенно;



- б) клиническая смерть;
- в) необходимость переливания крови;
- г) техническая невозможность венепункции;**
- д) наличие келлоидных рубцов на верхних конечностях.

34. Противопоказанием к массивной инфузионной терапии является:

- а) коллапс;
- б) высокая температура тела;
- в) учащенный пульс;
- г) сухой кашель;
- д) застойные явления в малом круге кровообращения.**

35. При определении группы крови оказалась положительной реакция изогемагглютинации со стандартными сыворотками 0 (I) и B (III) групп. Следовательно, исследуемая кровь относится к группе:

- а) 0(I);
- б) A(II);**
- в) B(III);
- г) AB(IV);
- д) подобная реакция невозможна.

36. Проба на индивидуальную совместимость крови проводится между:

- а) сывороткой донора и кровью реципиента;
- б) сывороткой реципиента и кровью донора;**
- в) форменными элементами крови реципиента и кровью донора;
- г) форменными элементами крови донора и кровью реципиента;
- д) цельной кровью донора и цельной кровью реципиента.

37. Показаниями к искусственной вентиляции легких (ИВЛ) являются: 1. отсутствие спонтанного дыхания; 2. клапанный пневмоторакс; 3. клиническая смерть; 4. тахипноэ (дыхание чаще 40 в минуту) при нормальной температуре и исключении гиповолемии.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;**
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

38. Непрямой массаж сердца у взрослых проводится в ритме:

- а) 10-20 надавливаний в минуту;
- б) 30-50 надавливаний в минуту;
- в) 60-80 надавливаний в минуту;**
- г) 120 надавливаний в минуту;
- д) свыше 120 надавливаний в минуту.

39. При выполнении реанимационных мероприятий соотношение вдохов с непрямой массажем сердца должно быть:

- а) 1 : 2;
- б) 1 : 5;
- в) 2 : 10;
- г) 2 : 20;
- д) 2 : 30.**

40. Критерием эффективности непрямого массажа сердца является: 1. костная крепитация ребер и грудины; 2. появление пульсации на сонных артериях; 3. максимальное расширение зрачков; 4. сужение зрачков.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;**

- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

41. Универсальным противоядием при проглатывании яда является:

- а) молоко и яйца;
- б) кофе с молоком;
- в) дубильная кислота, окись магния и древесный уголь;
- г) древесный уголь, смешанный с молоком;**
- д) оливковое масло, смешанное с медом.

42. После остановки кровообращения функции автоматизма и проводимости в сердце сохраняются в течение:

- а) 15 – 30 сек;
- б) 2 – 3 мин;
- в) 5 – 10 мин;
- г) 20 – 30 мин;**
- д) 45 – 60 мин.

43. Прекардиальный удар, при отсутствии подготовленного к работе дефибриллятора, рекомендуется использовать у больных:

- а) сердечной астмой;
- б) полной атриовентрикулярной блокадой;
- в) желудочковой тахикардией;
- г) фибрилляцией желудочков;**
- д) фибрилляцией предсердий.

44. Поводом для прекращения сердечно-лёгочной реанимации служит отсутствие признаков восстановления кровообращения и дыхания при использовании всех доступных методов в течение:

- а) 10 мин;
- б) 20 мин;
- в) 30 мин;**
- г) 45 мин;
- д) 60 мин.

45. При проведении закрытого массажа сердца пациент должен находиться на:

- а) мягкой поверхности;
- б) пружинящей поверхности;
- в) мягкой пружинящей поверхности;
- г) твердой поверхности;**
- д) твердой пружинящей поверхности.

46. У больного с выраженным нефротическим синдромом внезапно появились боли в животе без точной локализации, тошнота, рвота, повысилась температура до 39, на коже передней брюшной стенки и бедрах - эритемы. Наиболее вероятная причина:

- а) бактериальный перитонит;
- б) абдоминальный нефротический криз;**
- в) почечная колика;
- г) апостематозный пиелонефрит;
- д) кишечная колика.

47. К прогностически неблагоприятным клиническим проявлениям нефропатий относится: 1. частые рецидивы нефротического синдрома; 2. сочетание нефротического и гипертензивного синдромов; 3. сочетание протеинурии с гематурией и отеками; 4. присоединение тубулоинтерстициального поражения.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.**

48. Для почечной колики характерны: 1. боли в поясничной области; 2. дизурические явления; 3. положительный симптом Пастернацкого; 4. иррадиация боли в низ живота или паховую область.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.**

49. Непосредственной угрозой для жизни при острой почечной недостаточности, требующей немедленного вмешательства, является:

- а) повышение содержания мочевины в крови;
- б) повышение содержания креатинина в крови;
- в) гиперфосфатемия;
- г) гиперкалиемия;**
- д) гиперурикемия.

50. Развитию сердечной недостаточности при хронической почечной недостаточности способствует: 1. артериальная гипертензия; 2. анемия; 3. перегрузка жидкостью, натрием; 4. нарушение электролитного и кислотно-щелочного состояния.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.**

51. Умеренную гиперкалиемию при хронической почечной недостаточности можно корригировать путем введения: 1. солей кальция; 2. раствора гидрокарбоната натрия; 3. концентрированного раствора глюкозы с инсулином; 4. изотонического раствора.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;**
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

52. К уремической интоксикации не имеет отношения:

- а) кожный зуд;
- б) эритроцитоз;**
- в) полиурия, полидипсия;
- г) тошнота, рвота;
- д) мышечные судороги.

Наиболее частой причиной развития острой почечной недостаточности является:

- а) гломерулярный некроз;
- б) папиллярный некроз;
- в) тубулярный некроз;**
- г) поражения интерстиции;
- д) гидронефроз.

53. При шоке острая почечная недостаточность обусловлена:

- а) влиянием токсических веществ поврежденных тканей;
- б) сопутствующей инфекцией;
- в) падением артериального давления;**
- г) недостаточностью надпочечников;

д) метаболическим ацидозом.

54. Острую почечную недостаточность могут вызвать главным образом антибиотики группы:

- а) пенициллинов;
- б) макролидов;
- в) аминогликозидов;**
- г) цефалоспоринов;
- д) фторхинолонов.

55. В ранней олигурической стадии острой почечной недостаточности показано введение:

- а) плазмы;
- б) плазмозамещающих растворов;
- в) солевых растворов;
- г) фуросемида;**
- д) гемодеза.

56. Абсолютным показанием для срочного проведения гемодиализа при острой почечной недостаточности является:

- а) анурия;
- б) высокая гипертензия;
- в) повышение уровня калия в сыворотке крови до 7 мэкв/л;**
- г) повышение уровня креатинина сыворотки до 800 мкмоль/л
- д) развитие перикардита.

57. Больному острой почечной недостаточностью при весе 70 кг, нормальной температурой, отсутствии артериальной гипертензии, гипергидратации, при диурезе 200 мл/сут. можно вводить жидкость в количестве:

- а) до 200 мл;
- б) до 700 мл;**
- в) до 400 мл;
- г) до 1500 мл;
- д) до 2000 мл.

58. Острая мочекишечная нефропатия может развиваться при: 1. распаде опухоли; 2. лечении опухоли цитостатиками; 3. радиационной терапии; 4. терапии кортикостероидами.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;**
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

59. Больная 33 лет обратилась в поликлинику с жалобами на боли за грудиной, чувство распирания в этой области. Накануне вечером ела рыбу, при этом поперхнулась. К врачу не обращалась. Утром появились жалобы на затруднённое глотание, температура тела повысилась до 37,3 градусов С, появилось вздутие в области шеи и нижней половины лица. Рвоты не было. При пальпировании шеи отмечается крепитация; на рентгенограмме грудной клетки - расширение тени средостения с прослойками газа, располагающимися паравертебрально. Предположительный диагноз:

- а) опухоль средостения;
- б) шейный лимфаденит;
- в) флегмона шеи;
- г) перфорация пищевода;**
- д) медиастинальная эмфизема.

60. Больная 33 лет обратилась в поликлинику с жалобами на боли за грудиной, чувство распирания в этой области. Накануне вечером ела рыбу, при этом поперхнулась. К врачу не обращалась. Утром появились жалобы на затруднённое глотание, температура тела повысилась

до 37,3 градусов С, появилось вздутие в области шеи и нижней половины лица. Рвоты не было. При пальпировании шеи отмечается крепитация; на рентгенограмме грудной клетки - расширение тени средостения с прослойками газа, располагающимися паравертебрально. Тактика врача:

- а) немедленно госпитализировать больную в хирургическое отделение;**
- б) пунктировать клетчатку шеи и установить иглы Дюфо;
- в) провести эзофагоскопию;
- г) назначить антибиотики, выдать больничный лист с рекомендацией повторной явки через 2-3 дня;
- д) вызвать на консультацию отоларинголога.

61. Симптомами продолжающегося эзофагогастродуоденального кровотечения являются: 1. рвота "кофейной гущей" или свежей кровью; 2. ухудшение общего состояния больного; 3. ухудшение показателей гемодинамики; 4. снижение уровня гемоглобина.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.**

62. Острой дистрофии печени в наибольшей степени соответствует симптомокомплекс:

- а) желтуха, зуд, ксантомы, гепатоспленомегалия, высокие активность щелочной фосфатазы и уровень холестерина;
- б) желтуха, анорексия, тошнота, мягкая печень, высокая активность трансаминаз и нормальная активность щелочной фосфатазы;
- в) желтуха, гепатоспленомегалия, умеренно увеличенная активность трансаминаз, гипер-гамма-глобулинемия, положительная реакция на антитела к гладкой мускулатуре;
- г) желтуха, лихорадка, гепатомегалия, почечная недостаточность, кома, изменение на ЭЭГ и умеренно повышенная активность трансаминаз;**
- д) желтуха (не всегда), боль в правом верхнем квадранте живота, живот мягкий, лейкоцитоз.

63. В развитии асцита при циррозе печени имеет патогенетическое значение: 1. портальная гипертензия; 2. гипоальбуминемия; 3. увеличение активности ренин-альдостероновой системы и продукции вазопрессина.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;**
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильный ответ 2.

64. Упорный, не поддающийся воздействию диуретиков асцит встречается при: 1. болезни Бадда-Киари; 2. хроническом тромбозе воротной вены; 3. констриктивном перикардите.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;**
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильный ответ 2.

65. У больных с асцитом парацентез применяется для: 1. диагностических целей; 2. компенсации дыхательных расстройств; 3. быстрого устранения асцита; 4. уменьшения портальной гипертензии.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;**
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

66. Противопоказаниями к проведению диагностического парацентеза у больного циррозом печени и асцитом являются: 1. лихорадка; 2. спонтанный бактериальный перитонит; 3. синдром гиперспленизма; 4. ДВС-синдром.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;

- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;**
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

67. Рациональными мероприятиями при лечении асцита при циррозе печени являются: 1. соблюдение диеты с ограничением поваренной соли до 1,5 г/сутки; 2. применение внутрь от 50 до 400 мг верошпирона с учетом суточного диуреза и степени асцита; 3. применение фуросемида при наличии периферических отёков; 4. парацентез.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.**

68. Печеночная кома бывает осложнением: 1. острого гепатита; 2. цирроза печени; 3. токсического гепатита; 4. лекарственного гепатита.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.**

69. Приступ желчной колики сопровождается: 1. острой болью; 2. рвотой; 3. лихорадкой; 4. диареей.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;**
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

70. Сердечно-сосудистые нарушения при сахарном диабете характеризуются: 1. брадикардией; 2. тахикардией; 3. зависимостью частоты пульса от ритма дыхания, физических и эмоциональных нагрузок; 4. ортостатической артериальной гипотензией.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;**
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

71. При выведении больного из аддисонического криза необходимо использовать: 1. гидрокортизон сукцинат (внутривенно); 2. гидрокортизон ацетат (внутримышечно); 3. физиологический раствор с глюкозой (внутривенно); 4. преднизолон (внутривенно).

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;**
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

72. При сочетании аддисоновой болезни с гипертонической болезнью показано назначение:

- а) кортинефа;
- б) кортизона;
- в) преднизолона;
- г) триамсинолона;**
- д) дексаметазона.

73. Для острой недостаточности надпочечников характерно: 1. гипонатриемия; 2. гипохлоремия; 3. гиперкалиемия; 4. гипогликемия.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.**

74. Для гиперосмолярной гипергликемической комы характерны: 1. гиперосмолярность; 2. гипергликемия; 3. гипернатриемия; 4. дыхание типа Куссмауля; 5. кетоацидоз.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;**
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3, 4 и 5

75. Гипертонический криз при первичном альдостеронизме характеризуется: 1. резкой головной болью; 2. тошнотой, рвотой; 3. снижением или потерей зрения; 4. резким повышением артериального давления, особенно диастолического.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.**

76. Синебурая шелушащаяся папуло-везикулярная сыпь на туловище и конечностях характерна для:

Варианты ответов

- 1 множественной миеломы
- 2 СПИДа**
- 3 геморрагического васкулита
- 4 системной красной волчанки
- 5 лимфолейкоза

77. Внутривенная урография противопоказана при:

Варианты ответов

- 1 апластической анемии
- 2 синдроме Гудпасчера
- 3 множественной миеломе**
- 4 эритремии
- 5 лимфогранулематозе

78. Типичные проявления СПИДа: 1. исхудание, лихорадка; 2. депрессия; 3. головная боль; 4. нарушение мозгового кровообращения

Варианты ответов

- 1 если правильны ответы 1, 2 и 3
- 2 если правильны ответы 1 и 3
- 3 если правильны ответы 2 и 4
- 4 если правильный ответ 4
- 5 если правильны ответы 1, 2, 3 и 4**

79. Диагностика СПИДа основывается:

Варианты ответов

- 1 на данных клинической картины
- 2 на бактериологическом исследовании испражнений
- 3 на результатах посева крови

4 на иммунохимическом исследовании

**5 на исследовании субвариантов лимфоцитов**

80. При определении группы крови по системе АВО используются: 1.непрямой антиглобулиновый метод; 2.конглоутинация с желатином; 3.конглоутинация с альбумином; 4.реакция прямой агглютинации на плоскости или в пробирках.

Варианты ответов

1 если правильны ответы 1, 2 и 3

2 если правильны ответы 1 и 3

3 если правильны ответы 2 и 4

**4 если правильный ответ 4**

5 если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

81. Проба на индивидуальную совместимость донора и реципиента проводится: 1. для подтверждения идентичности крови донора и реципиента по системе АВО и по резус-фактору; 2.для подтверждения совместимости крови донора и реципиента по системе АВО; 3.для выявления аутоSENSИБИЛИЗАЦИИ эритроцитов реципиента и донора и иммунных тел в сыворотке донора; 4.для выявления иммунных антител в сыворотке реципиента.

Варианты ответов

1 если правильны ответы 1,2 и 3

2 если правильны ответы 1 и 3

**3 если правильны ответы 2 и 4**

4 если правильный ответ 4

5 если правильны ответы 1, 2,,3 и 4

82. Некротическая энтеропатия у больных острым лейкозом характеризуется: 1.высокой лихорадкой; 2.диареей; 3.шумом плеска и урчанием при пальпации в илеоцекальной области; 4.развитием на фоне агранулоцитоза.

Варианты ответов

1 если правильны ответы 1, 2 и 3

2 если правильны ответы 1 и 3

3 если правильны ответы 2 и 4

4 если правильный ответ 4

**5 если правильны ответы 1, 2, 3 и 4**

83. Патогенез тромботических осложнений при эритремии обусловлен:

1.увеличением массы циркулирующих эритроцитов, замедлением тока крови и повышением ее вязкости;

2.тромбоцитозом;

3.нарушением функциональных свойств тромбоцитов;

4.активацией плазменного гемостаза.

Варианты ответов

**1 если правильны ответы 1, 2 и 3**

2 если правильны ответы 2 и 3

3 если правильны ответы 2 и 4

4 если правильный ответ 4

5 если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

84. Парапротейнемические гемобластозы характеризуются:

1.происхождением из В-лимфоцитов;

2.происхождением из Т-лимфоцитов;

3.секрецией моноклональных иммуноглобулинов;

4.высокой эозинофилией.



Варианты ответов

1 если правильны ответы 1, 2 и 3

**2 если правильны ответы 1 и 3**

3 если правильны ответы 2 и 4

4 если правильный ответ 4

5 если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

85. Среди методов выявления потери крови через желудочно-кишечный тракт самым информативным является:

Варианты ответов

1 проба Греггерсена

2 проба Вебера

**3 определение кровопотери с помощью радиоактивного хрома**

4 определение уровня железа в кале

5 фиброгастроскопия

86. Основные принципы профилактики и лечения ДВС-синдрома сводятся к:

1.рациональному применению антибиотиков при септических состояниях;

2.снижению травматичности оперативных вмешательств;

3.предупреждению преждевременной отслойки плаценты и эмболии околоплодными водами;

4.рациональной терапии фибринолитическими средствами, прямыми и непрямыми антикоагулянтами.

Варианты ответов

1 если правильны ответы 1, 2 и 3

2 если правильны ответы 1 и 3

3 если правильны ответы 2 и 4

4 если правильный ответ 4

**5 если правильны ответ! 1, 2, 3 и 4**

87. Клинические проявления ДВС-синдрома:

1.геморрагический синдром ангиоматозного типа;

2.геморрагический синдром гематомно-петехиального типа;

3.геморрагический синдром петехиально-синячкового типа;

4.признаки тромбозов.

Варианты ответов

1 если правильны ответы 1, 2 и 3

2 если правильны ответы 1 и 3

**3 если правильны ответы 2 и 4**

4 если правильный ответ 4

5 если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

88. Состояние гемостаза при ДВС-синдроме характеризуется:

1.признаками гипо- или гиперкоагуляции с наличием продуктов деградации фибриногена-фибрина и истощением фибринолиза;

2.гипертромбоцитозом;

3.тромбоцитопенией и дефицитом фибриногена;

4.отсутствием ристомипин-агглютинации тромбоцитов и истощением фибронектина.

Варианты ответов

1 если правильны ответы 1, 2 и 3

**2 если правильны ответы 1 и 3**

3 если правильны ответы 2 и 4

4 если правильный ответ 4

5 если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

89. В лечении ДВС-синдрома используются:

- 1.аминокапроновая кислота и варфарин/фенилин;
- 2.свежезамороженная плазма;
- 3.стрептокиназа;
- 4.гепарин.

Варианты ответов

1 если правильны ответы 1, 2 и 3

2 если правильны ответы 1 и 3

**3 если правильны ответы 2 и 4**

4 если правильный ответ 4

5 если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

90. Острым агранулоцитозом называется состояние, характеризующееся:

Варианты ответов

**1 быстрым снижением числа гранулоцитов в крови ниже  $0,7 \cdot 10^9/л$**

2 быстрым снижением числа гранулоцитов в крови ниже  $1,0 \cdot 10^9/л$

3 резким падением числа тромбоцитов в крови ниже  $20 \cdot 10^9/л$

4 резким падением числа тромбоцитов в крови ниже  $5 \cdot 10^9/л$

5 быстрым снижением числа моноцитов в крови ниже  $0,05 \cdot 10^9/л$

91. Основными патогенетическими моментами острого агранулоцитоза являются:

1. повышенное разрушение гранулоцитов за счет иммунных механизмов;
2. появление иммунных комплексов и реакинов в крови;
3. нарушение продукции гранулоцитарного ростка в костном мозге за счет иммунного или иного механизма;
4. вирусная инфекция.

Варианты ответов

1 если правильны ответы 1,2 и 3

**2 если правильны ответы 1 и 3**

3 если правильны ответы 2 и 4

4 если правильный ответ 4

5 если правильны ответы 1, 2,3 и 4

92. Клиническая картина острого агранулоцитоза включает:

1. слабость;
2. лихорадку;
3. инфекционный процесс;
4. геморрагический синдром петехиального или гематомного типа,

Варианты ответов

**1 если правильны ответы 1, 2 и 3**

2 если правильны ответы 1 и 3

3 если правильны ответы 2 и 4

4 если правильный ответ 4

5 если правильны ответы 1, 2,3 и 4

93. Для подтверждения диагноза агранулоцитозов применяют следующие методы исследования:

1. лимфографию;
2. стернадную пункцию;
3. компьютерную томографию;
4. трепанобиопсию.

Варианты ответов

1 если правильны ответы 1, 2 и 3

2 если правильны ответы 1 и 3

**3 если правильны ответы 2 и 4**

4 если правильный ответ 4

5 если правильны ответы 1, 2,3 и 4

94. Бронхиальная обструкция при бронхиальной астме обусловлена:

1. бронхоспазмом; 2. воспалительным отеком слизистой оболочки бронхов;

3. закрытием просвета бронхов вязким секретом; 4. спадением мелких бронхов на выдохе.

а) если правильный ответ 1,2 и 3;

б) если правильный ответ 1 и 3;

в) если правильный ответ 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

**д) если правильный ответ 1,2,3 и 4.**

95. Основу лечения бронхиальной астмы составляет: 1. элиминация причиннозначимого аллелгена; 2. гипосенсибилизация; 3. предупреждение и лечение инфекций; 4. использование лекарственных препаратов.

а) если правильный ответ 1,2 и 3;

б) если правильный ответ 1 и 3;

в) если правильный ответ 2 и 4;

г) если правильный ответ 4;

**д) если правильный ответ 1,2,3 и 4.**

96. Основными лекарственными препаратами применяемыми при бронхиальной астме, являются все перечисленные, кроме:

а) b<sub>2</sub>-агонистов;

б) метилксантинов;

в) **блокаторов b<sub>2</sub>-адренорецепторов;**

г) ингалируемых глюкокортикоидных гормонов;

д) мембраностабилизирующих препаратов.

97. Основная причина гибели больных на высоте приступа бронхиальной астмы - это:

а) острое вздутие легких;

б) генерализованный отек слизистой оболочки бронхов;

в) генерализованный бронхоспазм;

г) **генерализованная закупорка просвета бронхов вязким секретом;**

д) отек легких.

98. Сальбутамол (вентолин) расширяет бронхи путем:

а) блокирования а-рецепторов бронхиального дерева;

б) **почти селективного возбуждения b<sub>2</sub>-адренорецепторов бронхов;**

в) непосредственного влияния на гладкую мускулатуру бронхов;

г) снижение тонуса блуждающего нерва;

д) блокирования гистамина.

99. Наиболее достоверным признаком, отличающим первую стадию астматического статуса от приступа бронхиальной астмы, является:

а) **рефрактерность к b<sub>2</sub>-агонистам;**

б) тяжесть экспираторного удушья;

в) выраженный цианоз;

г) неэффективность внутривенного вливания эуфиллина;

д) вынужденное положение больного.

100. Наиболее достоверным клиническим признаком, указывающим на переход астматического статуса из первой во вторую стадию, является:

- а) прогрессирующее одышки;
- б) нарастание цианоза;
- в) исчезновение ранее выслушиваемых сухих хрипов в легких;**
- г) повышение артериального давления;
- д) тахикардия.

101. При возникновении в результате прогрессирующего течения астматического статуса синдрома "немом легкого" следует: 1. увеличить дозировку вводимых перорально и внутривенно глюкокортикоидных гормонов;

2. использовать инфузионную терапию с введением гидрокарбоната натрия; 3. провести бронхоскопию и бронхоальвеолярный лаваж; 4. увеличить дозировку бета-2-агониста.

- а) если правильный ответ 1,2 и 3;**
- б) если правильный ответ 1 и 3;
- в) если правильный ответ 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильный ответ 1,2,3 и 4.

102. При пневмонии поражается: 1. интерстиция легких; 2. дыхательные бронхиолы; 3. альвеолы; 4. крупные бронхи.

- а) если правильный ответ 1,2 и 3;**
- б) если правильный ответ 1 и 3;
- в) если правильный ответ 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильный ответ 1,2,3 и 4.

103. При аускультации легких у больных пневмонией можно выявить:

1. ослабленное дыхание при отсутствии хрипов; 2. сухие хрипы;

3. крупнопузырчатые влажные хрипы; 4. мелкопузырчатые влажные хрипы и крепитирующие хрипы.

- а) если правильный ответ 1,2 и 3;
- б) если правильный ответ 1 и 3;
- в) если правильный ответ 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильный ответ 1,2,3 и 4.**

104. При двусторонней стафилококковой пневмонии с множественными очагами деструкции легочной ткани лечение антибиотиками целесообразно сочетать с патогенетической терапией, включающей все перечисленное, кроме:

- а) трансфузий свежезамороженной плазмы;
- б) парентерального введения глюкокортикоидных гормонов;**
- в) внутривенного введения препаратов иммуноглобулинов;
- г) инфузий гепарина;
- д) плазмофереза.

105. Осложнениями бронхоэктатической болезни могут быть:

1. легочно-сердечная недостаточность; 2. кровохарканье и легочное кровотечение; 3. амилоидоз внутренних органов; 4. метастатические абсцессы и сепсис.

- а) если правильный ответ 1,2 и 3;
- б) если правильный ответ 1 и 3;
- в) если правильный ответ 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильный ответ 1,2,3 и 4.**

106. Осложнением центрального рака легкого может быть:

1. гиповентиляция легкого; 2. ателектаз легкого; 3. пневмония (возможно с абсцедированием); 4. образование острого абсцесса легкого.

- а) если правильный ответ 1,2 и 3;
- б) если правильный ответ 1 и 3;
- в) если правильный ответ 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильный ответ 1,2,3 и 4.**

107. Средством первого выбора для лечения желудочковой тахикардии в остром периоде инфаркта миокарда являются:

- а) кордарон;
- б) новокаинамид;
- в) бета-блокаторы;
- г) лидокаин;**
- д) верапамил.

108. Основной причиной смерти больных инфарктом миокарда является:

- а) асистолия желудочков;
- б) фибрилляция желудочков;**
- в) желудочковая бигимения;
- г) атриовентрикулярная блокада II степени;
- д) синоаурикулярная блокада II степени.

109. При возникновении признаков острой правожелудочковой недостаточности (набухание шейных вен, увеличение печени, падение АД) у больных острым инфарктом миокарда необходимо исключить развитие таких осложнений, как: 1. разрыв межжелудочковой перегородки; 2. тромбоэмболия легочной артерии; 3. инфаркт миокарда правого желудочка; 4. тромбоэмболия почечной артерии.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;**
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильны ответы 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

110. Самой частой причиной острого легочного сердца является:

- а) пневмония;
- б) астматическое состояние;
- в) тромбоэмболия легочной артерии;**
- г) спонтанный пневмоторакс;
- д) легочное сердце наблюдается примерно с одинаковой частотой при всех перечисленных состояниях.

120. Неблагоприятное влияние на липидный состав крови оказывают: 1. триампур; 2. гипотиазид; 3. анаприлин; 4. эналаприл.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;**
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильны ответы 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

121. Основным признаком левожелудочковой сердечной недостаточности является:

- а) слабость;
- б) приступы сердечной астмы;**
- в) отеки ног;
- г) венозный застой в большом круге кровообращения;
- д) гепатомегалия.

122. При гипертоническом кризе с признаками острой левожелудочковой недостаточности наиболее рационально применение:

- а) обзидана;
- б) **нитроглицерина (в/в);**
- в) финоптина;
- г) дибазола;
- д) дигоксина.

123. Желудочковая экстрасистолия: 1. не влияет на прогноз у больных без признаков органического поражения сердца; 2. ухудшает течение гипертонической болезни; 3. может быть прогностически неблагоприятным признаком у больных с постинфарктным кардиосклерозом; 4. возникает во время нагрузочной пробы у пациентов без признаков органического поражения сердца.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) **если правильны ответы 1 и 3;**
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

124. Причиной кардиогенного шока при инфаркте миокарда может быть: 1. разрыв головки папиллярной мышцы; 2. разрыв межжелудочковой перегородки; 3. разрыв левого желудочка; 4. перикардит.

- а) **если правильны ответы 1, 2 и 3;**
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

125. Для лечения неQ-инфаркта миокарда используют: 1. нитраты; 2. аспирин; 3. гепарин внутривенно; 4. бета-блокаторы.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) **если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.**

126. Обмороки при физической нагрузке наиболее характерны для больных с:

- а) **аортальным стенозом;**
- б) митральным стенозом;
- в) аортальной недостаточностью;
- г) митральной недостаточностью;
- д) трикуспидальной недостаточностью.

127. Признаком пароксизмальной желудочковой тахикардии является: 1. уширение комплекса QRS  $> 0,12$ ; 2. наличие синусовых зубцов P, не связанных с комплексом QRS; 3. появление проводных синусовых импульсов (захватов); 4. появление сливных комплексов QRS.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) **если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.**

128. При истинном кардиогенном шоке у больных острым инфарктом миокарда летальность достигает:

- а) 20-30%;
- б) 40-50%;

- в) 60-70%;
- г) **80-100%**;
- д) 50-60%.

129. Злокачественная артериальная гипертония наиболее часто возникает у больных:

- а) гипертонической болезнью;
- б) **реноваскулярной гипертонией**;
- в) паренхиматозными заболеваниями почек;
- г) мочекаменной болезнью;
- д) опухолью головного мозга.

130. Средством выбора для снижения АД у больных с расслаивающей аневризмой аорты является введение:

- а) морфина;
- б) клофелина и бета-блокатора;
- в) **нитропрусида натрия и бета-блокатора**;
- г) дроперидола;
- д) фуросемида.

131. Для лечения артериальной гипертонии у больных с нарушенной азотовыделительной функцией почек нецелесообразно применять:

- а) допегит;
- б) коринфар;
- в) анаприлин;
- г) **фуросемид**;
- д) клофелин.

132. У больных артериальной гипертонией при инфаркте миокарда увеличивается риск развития: 1. желудочковой пароксизмальной тахикардии; 2. пневмонии; 3. тромбоэмболии; 4. разрыва миокарда.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) **если правильный ответ 4**;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

133. Показаниями к проведению лечебных мероприятий у больных с нарушениями ритма сердца являются: 1. субъективно плохая переносимость сердцебиения и /или перебоев в работе сердца; 2. выраженные нарушения гемодинамики, вызванные аритмией; 3. неблагоприятное прогностическое значение некоторых аритмий; 4. возраст больного.

- а) **если правильны ответы 1, 2 и 3**;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

134. Внутривенное введение верапамила может вызвать: 1. купирование приступа атриовентрикулярной узловой тахикардии; 2. купирование приступа желудочковой тахикардии; 3. урежение частоты сокращения желудочков при мерцательной аритмии; 4. урежение частоты сокращений желудочков при мерцательной аритмии у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) **если правильны ответы 1 и 3**;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

135. Самым эффективным препаратом для предупреждения повторных приступов мерцательной аритмии является:

- а) хинидин;
- б) новокаинамид;
- в) **кордарон**;
- г) анаприлин;
- д) финоптин.

Контрольная работа – презентация клинического случая

**Методические материалы, определяющие процедуры оценивания результатов обучения, характеризующих этапы формирования компетенций, описание шкал оценивания**

**ЭТАП: ПРОВЕДЕНИЕ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**Рекомендации по оцениванию тестовых заданий:**

**Критерии оценки результатов тестирования**

<b>Оценка (стандартная)</b>	<b>Оценка (тестовые нормы)</b>
Отлично	90 – 100%
Хорошо	80 – 89,9%
Удовлетворительно	70 – 79,9%
Неудовлетворительно	от 0% до 69,9%

**Контрольная работа.**

**Рекомендации по оцениванию презентаций клинического случая**

Создание презентации предполагает глубокое изучение обозначенной проблемы (клинического случая).

**Критерии оценивания презентации**

Критерии оценивания презентаций складываются из требований к их созданию.

Название критерия	Оцениваемые параметры	Баллы (1-3)
Тема презентации	Соответствие темы программе дисциплины, раздела	
Содержание	Достоверная информация по изучаемой тематике (нозологии).	
	Все заключения подтверждены достоверными источниками.	
Подбор информации для создания презентации	Язык изложения материала понятен аудитории. Актуальность, точность и полезность содержания	
	Графические иллюстрации для презентации. Статистика	
Подача материала презентации	Диаграммы и графики. Ресурсы Интернет. Примеры, сравнения, цитаты и т.д.	
	Тематическая последовательность Структура по принципу «проблема-решение»	
Логика и переходы во время проекта – презентации	От вступления к основной части, от одной основной идеи (части) к другой, от одного слайда к другому, гиперссылки	
Заключение	Яркое высказывание - переход к заключению. Повторение основных целей и задач выступления. Выводы. Короткое и запоминающееся высказывание в конце	
Дизайн презентации	Шрифт (читаемость). Корректно ли выбран цвет (фона, шрифта,	



заголовков). Элементы анимации  
 Техническая часть Грамматика. Наличие ошибок правописания и опечаток  
 Список использованных источников Наличие, оформление в соответствии со стандартом

### Оценивание презентации

Количество набранных баллов	Оценка
От 27 баллов до 20 баллов	5 отлично
От 19 баллов до 15 баллов	4 хорошо
От 14 до 8 баллов	3 удовлетворительно
От 7 баллов	2 неудовлетворительно

### Рекомендации по оцениванию презентаций

Создание презентации предполагает глубокое изучение обозначенной проблемы (клинического случая).

### Критерии оценки

Оценка «отлично» – выполнены все требования к написанию и созданию презентации: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.

Оценка «хорошо» – основные требования к созданию презентации и ее защите выполнены, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем презентации; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.

Оценка «удовлетворительно» – имеются существенные отступления от требований к созданию презентации. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в создании презентации или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.

Оценка «неудовлетворительно» – тема презентации не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

## ЭТАП: ПРОВЕДЕНИЕ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

### Рекомендации по оцениванию тестовых заданий:

### Критерии оценки результатов тестирования

Оценка (стандартная)	Оценка (тестовые нормы)
Отлично	90 – 100%
Хорошо	80 – 89,9%
Удовлетворительно	70 – 79,9%
Неудовлетворительно	от 0% до 69,9%

### Схема оценивания ответа на зачете:

Задания в билете	Проверяемые компетенции	Оценка
Теоретический вопрос № 1	ПК-5, ПК-6	зачтено
		не зачтено

**Вывод: В результате выполнения заданий: теоретический опрос, решение тестового контроля и ситуационных задач по предложенным темам сформированы следующие компетенции: ПК – 5, ПК – 6**

## Форма оценочного материала для диагностического тестирования.

### Неотложные состояния в терапии, 1 семестр

#### Название дисциплины

Код, направление подготовки Терапия, 31.08.49

Направленность (профиль) Квалификация: врач-терапевт

Форма обучения очная

Кафедра-разработчик Внутренних болезней

Выпускающая кафедра Внутренних болезней

#### Типовое задание для контрольной работы:

По каждому разделу ординатору предлагается история болезни пациента в неотложном состоянии (из банка историй болезни кафедры внутренних болезней), созданная на основе реальных клинических случаев.

Необходимо провести разбор случая по следующим пунктам:

- анализ данных сбора жалоб, анамнеза заболевания и жизни с целью выявления всех факторов, предрасполагающих к неотложному состоянию в данном клиническом случае;
- постановка первичного диагноза, перечень состояний для дифференциального диагноза, обоснование плана обследования;
- анализ лабораторных данных обследования с целью выявления всех данных, характеризующих неотложное состояние и/или предрасполагающих к неотложному состоянию в данном клиническом случае;
- анализ инструментальных методов исследования с целью выявления всех данных, характеризующих неотложное состояние и/или предрасполагающих к неотложному состоянию в данном клиническом случае;
- постановка клинического диагноза с учетом всех результатов обследования;
- анализ проведенного лечения с использованием действующих инструкций для каждого препарата сайта ГРЛС, в том числе с целью выявления фактов ятрогенного влияния, побочных действий препаратов, передозировки препаратов (причины неотложного состояния);
- составить рекомендации для дальнейшего ведения пациента.

Результаты клинического разбора оформить в презентации.

*Пример истории болезни пациента в неотложном состоянии (из банка историй болезни кафедры внутренних болезней), созданная на основе реальных клинических случаев.*

**Фамилия, имя, отчество больного** Женщина

**Дата рождения** 12.11.1950г.

#### Место работы и род занятий ПЕНСИОНЕР

**Жалобы при поступлении:** на сильные головные боли, эпизодически беспокоят боли в левой подвздошной области, в левом подреберье, общую слабость, горечь во рту, изжогу.

#### **Анамнез заболевания:**

Гипертоническая болезнь 10 лет, макс. Цифры АД 220/мм.рт.ст. Раб. АД 120/мм.рт.ст. (принимает амлодипин 10 мг, лориста 100 мг, при повышении АД каптоприл), ТИА в 2015. Сегодня резко почувствовала себя плохо. Вызвала СМП. Доставлена в терапевтическое приемное отделение.

#### **Анамнез жизни:**

На Севере с 1980года.

Перенесенные заболевания: простудные, хр.панкреатит, холецистит-давно.

С 2002 года Бронхиальная астма, экзогенная форма (приступы купирует беродуалом по 2 вдоха, постоянно – не принимает).

Перенесенные травмы: отрицает. Перенесенные операции: 50 лет назад аппендэктомия, в 2004г –оперативное лечение по поводу фибромы левой молочной железы, в 2006 году оперирована по поводу кист левого и правого яичников (объем оперативного вмешательства не знает), в 2008 году клипирование аневризмы ВСА.

Вредные привычки: отрицает. Гемотрансфузии: отрицает.

Аллергологический анамнез: на пыль, на цветение растений, резкие запахи в виде приступов удушья (купирует беродуалом). Лекарственная непереносимость: отрицает.

Эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными отрицает.

Экспертный анамнез: Лист нетрудоспособности не нужен.

Акушерско-гинекологический анамнез: Б-4, Р-1, А-3. Менопауза в 48 лет.

**Объективно** при поступлении: Общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Ориентация в пространстве, во времени, в собственной личности сохранена. Лицо симметрично, язык по средней линии. Зрачки S=D, фотореакция живая. Менингеальные знаки отрицательные. Эмоционально лабильна. Обеспокоена своим состоянием здоровья. Положение активное. Телосложение правильное. Питание удовлетворительное. Рост – 164 см, вес – 59 кг, ИМТ – 21,9 кг/м<sup>2</sup>. Температура тела 36,5С. Кожные покровы физиологической окраски, чистые, нормальной влажности, нормальной эластичности. Тургор тканей удовлетворительный. Видимые слизистые физиологической окраски, чистые. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Щитовидная железа не увеличена, безболезненная. Периферические отеки отсутствуют. Носовое дыхание свободное. В ротоглотке слизистые розовые, наложений нет. Слизистая задней стенки глотки розовая, чистая. Миндалины: без патологии. Форма грудной клетки нормостеническая, правильная. Тип дыхания смешанный. Дыхательные движения симметричны. Число дыхательных движений в мин 18. Дыхание нормальной глубины, ритмичное. Характер перкуторного звука ясный легочный, над всей поверхностью легких. Границы легких в пределах возрастной нормы. При аускультации дыхание в лёгких везикулярное. Хрипы не выслушиваются. Крепитация отсутствует. Шум трения плевры отсутствует. АД = 220/100 мм.рт.ст. ЧСС = уд./мин. Частота пульса - 88 уд./мин. Артериальный пульс ритмичный, симметричный на обеих руках. Границы относительной тупости сердца в пределах нормы. Сердечные шумы отсутствуют. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Язык влажный, слегка обложен белым налетом. Живот правильной формы, симметричный, всеми отделами участвует в акте дыхания, видимая перистальтика отсутствует, не вздут. При пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области, левом подреберье, по ходу левых отделов толстой кишки. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Размеры печени по Курлову 9 x 8 x 7 см. Селезенка не пальпируется. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перистальтика удовлетворительная. Область почек без изменений. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Моча соломенно-желтого цвета, прозрачная. Стул –склонность к запорам. Стул в небольшом количестве, оформленный, коричневый, без патологических примесей. Дефекация безболезненная.

#### **Результаты лабораторных исследований:**

Моча Амилаза мочи: - 48.0 U/L;

Общий анализ крови (авт.): гемоглобин - 122.0 г\л;лейкоциты - 6.11 10\*9;эритроциты - 4.31 10\*12;гематокрит - 35.7 %;MCV (анизоцитоз) - 82.8 фл;MCH (цветной показатель) - 28.3 пг;MCHC - 342.0 г\л;RDW (анизоцитоз) - 12.7 %;тромбоциты - 277.0 10\*9;

СОЭ.: СОЭ - 35.0 мм\ч;

Анализ крови На лейкоформулу.: эозинофилы - 1.0 %;палочкоядерные - 1.0 %;сегментоядерные - 55.0 %;лимфоциты - 34.0 %;моноциты - 9.0 %;

Исследование мочи Общий анализ мочи (ручной): Цвет - соломенно-желтый; Прозрачность - прозрачная; Реакция - 5.5 ;Удельный вес - 1012 ;Белок количественный - 0.22 г/л;Белок качественный - положительная; Сахар - отрицательная; Желчные пигменты - отрицательная; Плоский эпителий - 0-1 В поле зрения;Лейкоциты - 4-6 в поле зрения;Эритроциты - еденич В поле зрения;

Венозная кровь Общая биохимия Общий и прямой билирубин: - 7.4 мкмоль/л; - 1.3 мкмоль/л; СРБ: - 4.2 мг/л; Альбумин: - 42.3 г/л; ГГТП: - 18.0 U/L; Альфа-амилаза крови: - 54.0 U/L; Щел.фосфатаза: - 120.0 U/L; Кальций общий: - 2.26 ммоль/л; Хлориды: - 104.0 ммоль/л; Натрий: - 143.0 ммоль/л; Калий - 4.4 ммоль/л; Креатинин сывороточный: -124.0 мкмоль/л;

Мочевина сыворотки крови: - 6.5 ммоль/л; Общий белок: - 73.6 г/л; АСТ (AST): - 23.0 U/L; АЛТ (ALT): - 13.0 U/L;

Венозная кровь Гемостаз Протромбиновый индекс: Протромбиновый индекс - 114.0 %;

АЧТВ: - 34.9 сек; Фибриноген: - 4.59 г/л;

Анализ крови Микрореакция на сифилис: отрицательная;

Капиллярная кровь Глюкоза капиллярной крови: - 4.4 ммоль/л;

Исследования кала Исследование кала на яйца глистов: яйца глистов - не обнаружены;

### **Результаты инструментальных исследований:**

Регистрация электрокардиограммы 1 (в 12 отведениях): Ритм синусовый ускоренный, ЧСС 93/мин. ЭОС нормальная. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное): Визуализация затруднена из-за метеоризма Печень не увеличена, размер правой доли 138 мм, размер левой доли 60 мм Контуры ровные Эхогенность повышена Структура однородная Звукопроводимость не снижена Расположение сосудов обычное Внутривенные желчные протоки не расширены Общий желчный проток не расширен 4 мм Воротная вена не расширена 10 мм Брюшной отдел аорты без особенностей Желчный пузырь не увеличен 52 x 20 мм Стенки не уплотнены, не утолщены Содержимое однородное Конкременты не визуализируются Поджелудочная железа не увеличена, толщина головки 22 мм, тела 8 мм, хвоста 20 мм Контуры ровные, четкие Структура однородная Эхогенность повышена Вирсунгов проток не расширен Селезенка не увеличена 85 x 32 мм Контуры ровные Структура однородная Эхогенность не повышена Селезеночная вена не расширена Лимфоузлы в брюшной полости и забрюшинном пространстве не визуализируются. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Перистальтика кишечника не снижена. В почках без особенностей Заключение: Диффузные изменения печени, поджелудочной железы.

УЗИ забрюшинного пространства: Правая почка Расположена в положении лежа в обычном месте Подвижность почки при дыхании не снижена. Контуры ровные не увеличена 93x45 мм Толщина паренхимы 17 мм Структура паренхимы не изменена, эхогенность не повышена Кортикомедулярная дифференцировка не снижена Чашечки не расширены Лоханка не расширена Мочеточник не расширен Дополнительные образования не визуализируются Надпочечник не визуализируется Паранефральная клетчатка не изменена Левая почка Расположена в положении лежа в обычном месте Подвижность почки при дыхании не снижена. Контуры ровные не увеличена 97x43 мм Толщина паренхимы 18 мм Структура паренхимы не изменена, эхогенность не повышена Кортикомедулярная дифференцировка не снижена Чашечки не расширены Лоханка не расширена Мочеточник не расширен Дополнительные образования не визуализируются Надпочечник не визуализируется Паранефральная клетчатка не изменена Заключение: Патологии не выявлено.

**Проведенное лечение:** Режим: общий. Диета номер: ЩВД. Амлодипин 10 мг Таб. Д/Приема Внутрь. 10, МГ Перорально 1 раз в день. в 19.00. Лориста 50 мг Таб. П/Об. Плен. 100, МГ Перорально 1 раз в день. в 07.00. Аторвастатин 20 мг Таб. П/Об. Д/Приема Внутрь. 20, МГ Перорально 1 раз в день. в 21.00. Дротаверин Элара 2% 2мл №10 Амп. Р-Р Д/Ин. 2, МЛ Внутримышечно 3 раза в день. Омепразол 20 мг Капс. П/Киш. Раст. Обол. Д/Приема Внутрь. по 1 20, МГ Перорально 2 раза в день. за 30 мин до еды. Панкреатин 25 Ед Таб. П/Киш. Раст. Обол. Д/Приема Внутрь. по 1 25, ЕД Перорально 3 раза в день. в день с едой. Кетопрофен-Эском 50 мг/Мл 2мл №10 амп. 2, МГ Внутримышечно 1 раз в день. Platyphillini H/Tart. 0,2% 1ml Амп. Р-Р Д/Ин. 1, МЛ Внутримышечно 3 раза в день. Амоксициллин 1000 мг \*2р/д п/е. Кларитромицин 500 мг \*2р/д п/е.

### **Типовые вопросы (задания) к экзамену/зачету/зачету с оценкой:**

#### **1. Неотложные состояния при заболеваниях дыхательной системы:**

1. Классификация острой дыхательной недостаточности.
2. Методы клинического обследования больного с острой дыхательной недостаточностью.
3. Эффективные лабораторные методы оценки недостаточности функции внешнего дыхания.
4. Клинические проявления острой дыхательной недостаточности в зависимости от этиологии.
5. Современные подходы к оказанию неотложной помощи пациентам с острой дыхательной недостаточностью.
6. Основные принципы проведения кислородотерапии. Ингаляционная терапия.
7. Показания к использованию системных кортикостероидов.

8. Показания к госпитализации пациентов в ОРИТ.
9. Методы оценки эффективности проведения ингаляционной и кислородотерапии.
10. Обострение бронхиальной астмы. Диагностика, принципы лечения и профилактики.
11. Методы исследования функции внешнего дыхания.
12. Неотложная помощь при астматическом статусе.
13. Ведение больных с тромбоэмболией легочной артерии.
14. Дать определение тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА).
15. Перечислите основные факторы, вызывающие ТЭЛА.
16. При каких заболеваниях сердечно-сосудистой системы наиболее часто разжижается тромбоэмболия легочной артерии?
17. Назовите основные патогенетические механизмы возникновения тромбоэмболии легочной артерии.
18. Клинико-анатомические варианты тромбоэмболии легочной артерии.
19. Патогенез развития острого и подострого легочного сердца при тромбоэмболии легочной артерии.
20. Опишите клинику тромбоэмболии основного ствола легочной артерии.
21. Какова клиническая картина тромбоэмболии средних и мелких ветвей легочной артерии.
22. Электрокардиографические, рентгенологические лабораторные критерии инфаркта легкого.
23. Проведите дифференциальную диагностику тромбоэмболии легочной артерии и острого инфаркта миокарда.
24. Какова дифференциальная диагностика тромбоэмболии легочной артерии от других видов легочной эмболии?
25. Перечислите основные принципы лечения тромбоэмболии легочной артерии. Тактика фибринолитической терапии? Основные фибринолитические препараты.
26. Какова тактика антикоагулянтной терапии? Виды антикоагулянтов и схема их назначения.
27. Профилактика и прогноз при ТЭЛА?

## **2. Неотложные состояния при заболеваниях системы кровообращения:**

1. Этиология, патогенез, классификация, клиника в различные периоды развития сердечной астмы и отека легких;
2. Методы клинического обследования больного с острой левожелудочковой недостаточностью. Современные подходы к оказанию неотложной помощи пациентам с острой левожелудочковой недостаточностью;
3. Этиология, патогенез отека легких;
4. Патогенез и клиническая картина отека легких;
5. Диагностика при выявлении признаков отека легких;
6. Неотложная помощь при отеке легких и тактика дальнейшего ведения больного;
7. Классификация основных групп препаратов, применяемых для купирования отека легких, их механизм действия, показания, противопоказания. Прогноз у больных с отеком легких;
8. Определение гипертонических кризов, этиология и патогенез гипертонических кризов;
9. Классификация гипертонических кризов. Клиника гипертонических кризов при разных патофизиологических вариантах;
10. Лабораторные и инструментальные методы диагностики гипертонических кризов;
11. Возможные осложнения гипертонических кризов, неотложная помощь при гипертонических кризах;
12. Купирование гипертонического криза. Лечение осложнений гипертонических кризов;
13. Современные основы электрофизиологии сердечной деятельности. Основные механизмы формирования нарушений ритма сердца, дифференциальная диагностика главных видов нарушений ритма сердца. Классификация нарушений ритма сердца и проводимости;
14. Пароксизмальное наджелудочковое и желудочковое тахикардия, дифференциально-диагностические критерии. Лечение;
15. Пароксизмальные формы мерцания и трепетания предсердий, гемодинамика. Методы диагностики для определения прогноза и особенностей клинического течения мерцания и трепетания предсердий. Современные методы лечения;
16. Классификация, клиническая фармакология антиаритмических препаратов. Современные принципы фармакотерапии нарушений ритма сердца;
17. Нарушения сино-атриальной и внутрипредсердной проводимости, этиопатогенез, критерии функциональных и органических расстройств проводимости, принципы диагностики;

18. Понятия об элеккардиостимуляции. Виды ЭКС, принципы работы, методы контроля. Кордиовертеры-дефибрилляторы;

19. А-V нарушения проводимости. Классификация, клинические особенности А-V блокад при различной патологии сердечно-сосудистой системы, диагностические критерии. Внутривентрикулярные нарушения проводимости, клиническая значимость, диагностические критерии. Подходы к лечению;

### **3. Неотложные состояния при заболеваниях желудочно-кишечного тракта:**

1. Основные этиологические факторы, механизмы развития печеночной колики;
2. Основные клинические проявления печеночной колики, методы оценки функционального состояния органов желудочно-кишечного тракта;
3. Основными принципами неотложной помощи при печеночной колике, принципы назначения обезболивающих, антибактериальных средств;
4. Причины желудочно-кишечных кровотечений, острых и хронических.
5. Характерные жалобы и симптомы при кровотечении при язвенной болезни желудка и ДПК. Ранние и поздние. Клинические проявления кровотечений из различных отделов кишечника. Шоковый индекс. Степени кровопотери. Неотложная помощь. Синдром Мэллори – Вейса;
6. Обязательные лабораторные и инструментальные исследования при подозрении на кровотечение;
7. Показания и противопоказания к хирургическому и консервативному лечению желудочно – кишечного кровотечения;
8. Методы хирургических вмешательств; реабилитация после оперативного вмешательства по поводу желудочно - кишечного кровотечения и после консервативной остановки кровотечения;
9. Поддерживающая медикаментозная терапия в период после операции и консервативной остановки кровотечения. Реабилитация. Диспансеризация;

### **4. Неотложные состояния при заболеваниях органов мочевого выделения:**

1. Острая почечная недостаточность. Этиология, патогенез, классификация, клиника, течение, осложнения, дифференциальная диагностика;
2. Лечение острой почечной недостаточности. Консервативное лечение. Показания и противопоказания к гемодиализу при ОПН;
3. Факторы риска и непосредственные причины возникновения почечной колики;
4. Патогенез, клинические проявления, дифференциальный диагноз болевого синдрома при почечной колике;
5. Лечебная тактика и прогноз при почечной колике;
6. Причины развития и патогенетические механизмы уремической комы;
7. Диагностические критерии, методы лабораторной диагностики уремической комы;
8. Принципы неотложной терапии при развитии уремической комы;

### **5. Неотложные состояния при заболеваниях органов эндокринной системы:**

1. Диабетическая (гиперкетонемическая) кома. Этиологические и патогенетические причины развития кетоацидоза и гиперкетонемической комы;
2. Основные звенья патогенеза кетоза, кетоацидоза и комы;
3. Ведущие клинические синдромы, их связь с патогенезом, лабораторная диагностика кетоацидоза и гиперкетонемической комы;
4. Принципы терапии, преимущества терапии комы малыми и средними дозами инсулина;
5. Гиперосмолярная кома. Этиологические и патогенетические причины данной комы;
6. Сущность и составные части гиперосмолярного диабетического синдрома, лабораторная диагностика;
7. Гиперлактацидемическая кома. Этиологические и патогенетические причины развития данной комы;
8. Сущность, критерии клинической и лабораторной диагностики синдрома гиперлактацидемии; общие признаки с гиперкетонемической комой;
9. Основные отличия от гиперкетонемической и гиперосмолярной ком;
10. Особенности терапии данной комы;
11. Гипогликемическая кома и гипогликемические состояния. Этиологические и патогенетические причины. Сущность и критерии диагностики синдрома гипогликемии;
12. Основные отличия от гиперкетонемической, гиперосмолярной, гиперлактацидемической ком. Принципы терапии;

13. Этиология, патогенетические механизмы, классификация, основные клинические и лабораторные критерии гипотиреоза и тиреотоксикоза;

14. Принципы неотложной терапии при развитии тиреотоксического криза и гипотиреоидной комы;

15. Этиология, патогенез, классификация, основные клинические и лабораторные критерии острой надпочечниковой недостаточности;

16. Принципы неотложной терапии при развитии острой надпочечниковой недостаточности; принципы заместительной глюкокортикоидной и минералокортикоидной терапии;

#### **6. Неотложные состояния при заболеваниях органов кроветворения:**

1. Факторы риска, причины возникновения ДВС – синдрома;

2. Клинические проявления, лабораторная диагностика различных стадий ДВС – синдрома;

3. Острое, подострое, хроническое течение ДВС – синдрома;

3. Лечебная тактика на различных этапах развития ДВС – синдрома;

4. Осложнения, прогноз и профилактические мероприятия при ДВС - синдроме;

5. Этиологические причины развития гемолитического криза, патогенез и клинические проявления;

6. Лабораторная диагностика гемолитического криза;

7. Основные направления неотложной терапии при возникновении гемолитического криза;

8. Геморрагические диатезы: классификация, клинические проявления, типы кровоточивости, диагностика различных видов нарушения гемостаза, принципы оказания неотложной помощи при возникновении кровотечения;

#### **7. Неотложные состояния в терапии:**

1. Шок. Этиология, патогенез, классификация, клиника, течение, осложнения, дифференциальная диагностика;

2. Анафилактический шок. Этиология, патогенез, классификация, клиника, течение, осложнения, дифференциальная диагностика;

3. Инфекционно-токсический шок. Этиология, патогенез, классификация, клиника, течение, осложнения, дифференциальная диагностика;

4. Кардиогенный шок. Этиология, патогенез, классификация, клиника, течение, осложнения, дифференциальная диагностика;

5. Геморрагический шок. Этиология, патогенез, классификация, клиника, течение, осложнения, дифференциальная диагностика;

6. Травматический шок. Этиология, патогенез, классификация, клиника, течение, осложнения, дифференциальная диагностика, принципы неотложной помощи.

7. Неотложная помощь при анафилактическом шоке.

8. Неотложная помощь при инфекционно-токсическом шоке.

9. Неотложная помощь при кардиогенном шоке.

9. Неотложная помощь при геморрагическом шоке.



