

Минздрав России

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Сибирский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России)

Кафедра анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по научной работе
и последиplomной подготовке

О.С. Федорова

«25» 10 2024

Программа

Государственной итоговой аттестации

специальность **31.08.48 «Скорая медицинская помощь»**

Квалификация выпускника: врач скорой медицинской помощи

Томск – 2024

1. Пояснительная записка

Государственная итоговая аттестация (ГИА) по основной профессиональной образовательной программе высшего образования – программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности «**31.08.48 «Скорая медицинская помощь»**» должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача скорой медицинской помощи в соответствии с требованиями ФГОС ВО.

Обучающийся допускается к государственной итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры по специальности врач скорой медицинской помощи.

Обучающимся, успешно прошедшим государственную итоговую аттестацию, выдается диплом об окончании ординатуры, подтверждающий получение высшего образования по программе ординатуры по специальности «**31.08.48 Скорая медицинская помощь»**»

Обучающимся, не прошедшим государственной итоговой аттестации или получившим на государственной итоговой аттестации неудовлетворительные результаты, а также обучающимся, освоившим часть программы ординатуры и (или) отчисленным из организации, выдается справка об обучении или о периоде обучения по образцу, самостоятельно установленному организацией.

По окончании обучения врач скорой медицинской помощи должен знать:

- основы социальной гигиены и организации здравоохранения;
- основы управления здравоохранением;
- основы экономики здравоохранения;
- основы трудового права в здравоохранении;
- основы уголовного права РФ;
- основы медицинской этики и деонтологии;
- основы организации скорой медицинской помощи населению;
- методы анестезиологического пособия, применяемые в условиях догоспитального этапа;
- методы реанимации и интенсивной терапии в условиях до госпитального этапа;
- методы неотложной помощи при шоковых состояниях;
- методы неотложной помощи при коматозных состояниях;
- неотложные состояния в кардиологии;
- острые сосудистые патологии;
- острые дыхательные патологии;
- острые хирургические заболевания желудка и 12-перстной кишки;
- острые хирургические заболевания желчевыводящих путей;
- острые хирургические заболевания поджелудочной железы;
- острые хирургические заболевания кишечника;
- травмы груди;
- травмы живота;
- сочетанные и множественные травмы груди и живота;
- перитонит;
- острый приступ глаукомы;
- воспалительные заболевания и травмы глаз;
- острые заболевания и травмы челюстно-лицевой области;
- острые заболевания и травмы уха;
- травмы и заболевания носа;
- травмы и заболевания глотки;
- травмы и заболевания гортани, трахеи и пищевода;
- семиотику нервных болезней;
- внутричерепные травмы;
- травмы позвоночника;

- острые нарушения мозгового кровообращения;
- эпилепсию и судорожные состояния;
- объемные процессы головного и спинного мозга;
- заболевания вегетативной нервной системы;
- повреждения верхних конечностей;
- повреждения нижних конечностей;
- травмы позвоночника;
- открытые переломы костей;
- раны мягких тканей;
- травмы глаза;
- токсикозы беременных;
- беременности и роды вне стационара;
- неотложную помощь при кровотечениях, шоке и терминальных состояниях;
- неотложную помощь при гинекологических заболеваниях;
- неотложную помощь при психических заболеваниях;
- неотложную помощь при пограничных состояниях;
- неотложную помощь при острых интоксикационных психозах;
- органические психические расстройства;
- общие вопросы клинической токсикологии;
- патологические синдромы при острых отравлениях;
- современные методы лечения острых отравлений;
- клиническую токсикологию ядов;
- термические ожоги;
- тепловой и солнечный удар;
- гипотермия, отморожения;
- ионизирующую радиацию, комбинированные поражения;
- неотложную помощь при кишечных инфекциях;
- неотложную помощь при воздушно-капельных инфекциях;
- неотложную помощь при острых вирусных гепатитах;
- неотложную помощь при нейроинфекциях;
- неотложную помощь при трансмиссивных инфекциях.
- семиотику урологических заболеваний;
- острые воспалительные заболевания в урологии и мочекаменная болезнь;
- травмы мочеполовых органов;
- возрастные особенности ребенка;
- неотложные состояния у новорожденных;
- состояния, требующие реанимации и интенсивной терапии у детей;
- методы реанимации и интенсивной терапии в детском возрасте;
- лекарственные средства, используемые в терапии у детей;
- травмы у детей;
- острые инфекционные заболевания.
- вопросы организации первой медицинской помощи пострадавшим в условиях массовых катастроф, аварий;
- организация и содержание первой медицинской помощи пострадавшим в очаге чрезвычайных ситуаций;
- определение понятия медицинской сортировки.

По окончании обучения врач скорой медицинской помощи должен уметь:

- оценить состояние больного;
- получить информацию о заболевании;
- собрать анамнез жизни;
- провести обследование, выявить общие и специфические признаки заболевания;

- оценить морфологические и биохимические показатели крови;
- оценить показатели коагулограммы;
- оценить показатели КЩС;
- определить объем и последовательность лечебных мероприятий и методов обследования;
- оценить запись данных электрокардиографии;
- оценить данные эхокардиографии;
- оценить данные УЗИ внутренних органов;
- записать и оценить показатели функции внешнего дыхания;
- определить и оценить показатели гликемического профиля;
- провести тест и оценить данные на толерантность к глюкозе;
- провести опрос больного;
- оценить на основании клинических, биохимических и функциональных методов исследования состояние больных, требующих оперативного вмешательства;
- оценить состояние и выделить ведущие синдромы у больных, находящихся в тяжелом состоянии;
- проводить терапию синдромов острой дыхательной недостаточности, малого сердечного выброса, коагулопатий, дистирдий, экзо- и эндотоксикоза, белково-энергетической недостаточности;
- оформить медицинскую документацию;
- провести неотложные мероприятия при синдромах острой сердечно-сосудистой, дыхательной, нервной, печеночной, почечной недостаточности, при критических состояниях эндокринного генеза;
- распознать на основании клинических и лабораторных данных нарушения водно-электролитного обмена и кислотно-щелочного состояния, проводить коррекцию их нарушений;
- диагностировать и лечить гиповолемические состояния;
- диагностировать и лечить нарушения свертывающей и противосвертывающей систем крови;
- провести неотложные мероприятия при различных формах шока;
- провести неотложные мероприятия при осложненных формах инфаркта миокарда, нарушениях ритма сердечной деятельности, гипертоническом кризе;
- провести форсированный диурез;
- проведение интенсивной терапии при политравме, шоке, травме груди, радиационной электротравме, ожоговой, черепно-мозговой травме;
- проведение интенсивной терапии тяжелой акушерской патологии эклампсических состояний, нефропатии, шоковых и шокopodobных состояний, акушерских кровотечений;
- проведение интенсивной терапии экзогенных отравлений этанолом, препаратами бытовой химии, медикаментами, токсическими продуктами промышленности;
- проведение интенсивной терапии в восстановительном периоде после оживления;
- проведение интенсивной терапии при гипертермическом и судорожном синдроме у детей;
- ИВЛ: простейшими методами ("рот-в-рот", "рот-в-нос"), ручную маску или интубационную трубку с помощью аппарата для наркоза, портативного респиратора, инъекционным методом, с помощью ларингеальной маски;
- использование аппаратуры для ИВЛ, мониторингования жизненно важных функций с соблюдением правил ухода за ней, техники безопасности;
- использование в соответствии с правилами баллонов со сжатыми газами;
- венепункция, венесекция, катетеризация периферических и центральных вен у взрослых и детей, использование аппаратуры для дозированных инфузий;
- пункция и дренирование плевральной полости;
- трахеостомия, копикотомия;

- электростимуляция и электродефибриляция.
- проводить сбор информации для медико-статистического анализа о показателях заболеваемости различных возрастно-половых групп и ее влияния на состояние их здоровья;
- формировать у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;
- планировать и анализировать медицинскую помощь оказываемую учреждениями ПМСП, стационарную медицинскую помощь, специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощи;
- рассчитывать и использовать медико-статистические показатели в практической деятельности, оценивать качество медицинской помощи населению.
- оценивать медицинскую обстановку при чрезвычайных ситуациях;
- применять методы защиты от опасностей в процессе деятельности врача;
- определять объем и вид медицинской помощи в зависимости от имеющейся обстановки.
- выявлять факторы риска инфекционных заболеваний;
- определять клинические проявления социально-значимых и особо опасных инфекций с целью постановки диагноза;
- интерпретировать результаты наиболее распространенных методов диагностики инфекционных заболеваний;
- проводить противоэпидемические мероприятия в очагах особо опасных инфекций;
- организовывать защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях.
- осуществлять постоянное обучение медицинского персонала для поддержания профессиональной компетентности, сформировать у пациента мотивацию на учебу, уверенность в своих возможностях, направленность на восприятие новой информации, вовлечь больного в тренировку навыков самоконтроля.
- решать профессиональные задачи на основе патофизиологического анализа конкретных данных о типовых патологических процессах, состояниях, реакциях и заболеваниях;
- проводить патофизиологический анализ клинико-лабораторных, экспериментальных, других данных и формулировать на их основе заключение о наиболее вероятных причинах и механизмах развития патологических процессов (болезней), принципах и методах их выявления, лечения и профилактики;
- анализировать показатели периферической крови и на этой основе формулировать заключение об изменениях в организме;
- давать характеристику типовых нарушений функций почек по данным анализов мочи и крови;
- обосновывать принципы патогенетической терапии наиболее распространенных заболеваний.
- обосновать характер патологического процесса и его клинических проявлений;
- осуществлять сопоставление морфологических и клинических проявлений болезней на всех этапах их развития;
- диагностировать причины, патогенез и морфогенез болезней, их проявления, осложнения и исходы, а также патоморфоз, а в случае смерти — причину смерти и механизм умирания (танатогенез).

По окончании обучения врач скорой медицинской помощи должен владеть навыками:

- приемами оказания экстренной медицинской помощи при обмороке;
- методами купирования гипертонического криза;
- методами купирования приступа стенокардии;
- приемами оказания экстренной помощи при остром инфаркте миокарда;
- приемами оказания экстренной помощи при тромбоэмболии легочной артерии;

- приемами оказания экстренной помощи при приступе бронхиальной астмы и астматическом статусе;
- приемами оказания экстренной помощи при шоке;
- приемами оказания экстренной помощи при пароксизмальных нарушениях ритма сердца;
- приемами оказания экстренной помощи при приступе Морганьи-Эдемса-Стокса;
- приемами оказания экстренной помощи при отеке легких;
- приемами оказания экстренной помощи при острой аллергической реакции;
- приемами оказания экстренной помощи при остром нарушении мозгового кровообращения;
- приемами оказания экстренной помощи при желудочно-кишечном кровотечении;
- приемами оказания экстренной помощи при легочном кровотечении;
- приемами оказания экстренной помощи при пневмотораксе (открытом, закрытом, клапанном);
- приемами оказания экстренной помощи при почечной колике;
- приемами оказания экстренной помощи при острой почечной недостаточности;
- приемами оказания экстренной помощи при острой печеночной недостаточности;
- приемами оказания экстренной помощи при гипогликемической коме;
- приемами оказания экстренной помощи при кетоацидотической коме;
- приемами оказания экстренной помощи при тиреотоксическом кризе;
- приемами оказания экстренной помощи при остром холецистите;
- приемами оказания экстренной помощи при остром панкреатите;
- приемами оказания экстренной помощи при остром прободении язвы;
- приемами оказания экстренной помощи при острой кишечной непроходимости;
- приемами оказания экстренной помощи при эклампсии и преэклампсии беременных;
- приемами принятия срочных родов;
- приемами оказания экстренной помощи при выкидыше;
- искусственной вентиляции легких «рот в рот»;
- искусственной вентиляции легких без аппаратов и с помощью бортовых аппаратов ИВЛ;
- наркоза закисью азота, фторотаном;
- трахеостомии и коникотомии;
- записи и распифровки ЭКГ;
- техники электроимпульсной терапии;
- техники проведения временной электрокардиостимуляции;
- временной остановки кровотечения различными методами;
- транспортной иммобилизации;
- выполнения блокад;
- пункции трахеи и микростомии по методике Сельдингера;
- пункции плевральной полости;
- выполнения местной анестезии;
- наложения бинтовых повязок;
- передней и задней тампонады при носовых кровотечениях;
- пальцевого исследования прямой кишки;
- работы с ПК на уровне пользователя.

2. Порядок проведения, структура и критерии оценки результатов государственного экзамена

Государственная итоговая аттестация обучающихся по результатам освоения

программы ординатуры по специальности «31.08.48 Скорая медицинская помощь» проводится в три этапа и оценивает теоретическую и практическую подготовку врача скорой медицинской помощи в соответствии с формируемыми компетенциями:

2.1 Этап первый - тестирование на компьютере. Предлагается 1-й уровень тестовых заданий из 100 вопросов компьютерной тестирующей программы по основным разделам изучаемых дисциплин.

2.2 Этап второй - оценка практических навыков и умений. Практические навыки оцениваются у постели больного по умению ординатора собрать жалобы, анамнез, провести комплексное физикальное обследование больного. Ординатор выставляет предварительный диагноз, составляет план лабораторного и инструментального обследования, назначает лечение. Кроме этого, ординатору предлагается оценить данные лабораторного и инструментального обследования (общие анализы крови и мочи, биохимическое исследование крови, электрокардиограммы, ультразвуковое исследование и др.), заполнить необходимую медицинскую документацию. Основные навыки оперативных вмешательств оцениваются на тренажерах аккредитационно-симуляционного центра СибГМУ.

2.3 Этап третий - устное собеседование. Проводится путем решения ситуационных задач и ответа на экзаменационный билет по основным вопросам скорой медицинской помощи и смежных дисциплин в соответствии с формируемыми компетенциями, в которых ординатор должен сформулировать ответы на предложенные вопросы.

2.3.1 Критерии оценки этапов ГИА

Оценка 1-го этапа ГИА. Результаты считаются положительными при правильном решении более 70% из 100 вопросов компьютерной тестирующей программы, находящихся в базе данных аккредитационно-симуляционного центра СибГМУ и разработанных кафедрой анестезиологии, реаниматологии и интенсивной терапии.

Критерии оценки: 90-100% правильных ответов - отлично, 80-89% правильных ответов - хорошо, 70-79% правильных ответов - удовлетворительно, меньше 70% правильных ответов - неудовлетворительно.

Оценка 2-го этапа ГИА. Результаты оценки практических навыков и умений оцениваются как "зачтено" или "не зачтено". Зачет практических навыков оценивается при их выполнении на «отлично», «хорошо» и «удовлетворительно». При оценке «неудовлетворительно» - практические навыки не зачитываются.

Критерии оценки:

Отлично - ординатор правильно выполняет все предложенные навыки и правильно их интерпретирует.

Хорошо - ординатор в основном правильно выполняет предложенные навыки, интерпретирует их и самостоятельно может исправить выявленные преподавателем отдельные ошибки.

Удовлетворительно - обучающийся ориентируется в основном задании по практическим навыкам, но допускает ряд существенных ошибок, которые исправляет с помощью преподавателя.

Неудовлетворительно - обучающийся не справился с предложенным заданием, не может правильно интерпретировать свои действия и не справляется с дополнительным заданием.

Оценка 3 - го этапа ГИА. Проводится по результатам ответов на вопросы экзаменационного билета и ситуационных задач по основным разделам анестезиологии и реаниматологии и неотложным состояниям.

2.4 Итоговая оценка

Итоговая оценка результата ГИА выставляется ординатору с учетом оценки каждого из трех этапов прохождения ГИА.

Критерии оценки:

- оценка «отлично» выставляется ординатору, если им продемонстрированы глубо-

кие, исчерпывающие знания материала дисциплины, соответствующие требованиям содержания рабочей программы дисциплины, показаны профессиональные компетенции, соответствующие требованиям профиля подготовки, даны логические последовательные, правильные, полные ответы на все вопросы экзаменационного билета и ситуационных задач по основным разделам анестезиологии и реаниматологии и дополнительные вопросы;

- оценка **«хорошо»** выставляется ординатору, если им продемонстрированы твердые и достаточно полные знания материала дисциплины, соответствующие требованиям содержания рабочей программы дисциплины, показаны профессиональные компетенции, соответствующие требованиям профиля подготовки, даны последовательные, правильные ответы на поставленные вопросы, в ответах были допущены единичные несущественные неточности;

- оценка **«удовлетворительно»** выставляется ординатору, если им продемонстрированы знания и понимание основных вопросов дисциплины, соответствующие требованиям содержания рабочей программы дисциплины, показаны достаточные профессиональные компетенции по профилю подготовки, даны по существу правильные ответы на все вопросы экзаменационного билета и ситуационных задач по основным разделам анестезиологии и реаниматологии и дополнительные вопросы, без грубых ошибок, при ответах на отдельные вопросы допущены существенные неточности;

- оценка **«неудовлетворительно»** выставляется ординатору, если им не дано ответа или даны неправильные ответы на один из вопросов экзаменационного билета и ситуационных задач, продемонстрировано непонимание сущности предложенных вопросов, допущены грубые ошибки при ответе на вопросы, профессиональные компетенции отсутствуют полностью или частично.

Приложение 1

Оценочные средства для проведения государственной итоговой аттестации ординаторов по специальности «31.08.48 Скорая медицинская помощь»

1) Тестовые задания:

Скорая медицинская помощь:

01. Простыми методами восстановления проходимости дыхательных путей являются все перечисленные, кроме:
- а) запрокидывания головы
 - б) открытия рта и выдвижения нижней челюсти
 - в) механического удаления содержимого дыхательных путей путем пострурального дренажа
 - г) положение вниз головой
02. Преимуществом ИВЛ методом “рот в рот” является:
- а) нервно-рефлекторная стимуляция дыхательного центра
 - б) нервно-рефлекторная стимуляция сосудодвигательного центра
 - в) возможность обеспечения адекватного дыхательного объема
 - г) простота и доступность метода
03. При проведении ИВЛ методом “рот в рот” наиболее частое осложнение:
- а) перелом и вывих нижней челюсти
 - б) фибрилляция желудочков
 - в) регургитация и аспирация
 - г) пневмоторакс
04. Отрицательным фактором ИВЛ по способу “вдувания” является:
- а) нарушение венозного притока к сердцу и капиллярного кровотока в легких
 - б) повышение сопротивления в системе легочной артерии и перегрузка правых отделов сердца
 - в) увеличение физиологического “мёртвого” пространства
 - г) необходимость герметичного закрытого дыхательного контура
05. Отрицательный эффект ИВЛ на кровообращение можно заметить по:
- а) снижению систолического давления
 - б) набуханию шейных вен и акценту 2 тона на легочной артерии
 - в) повышению ЦВД
 - г) набуханию вен нижних конечностей
06. Устойчивость к гипоксии повышается при применении:
- а) морфина
 - б) ГОМКа
 - в) дыхательных апалептиков
 - г) тиопентала натрия
07. Чему равен объем анатомического мертвого пространства у здорового человека с массой тела 70 кг ?
- а) 120,7 мл
 - б) 145,4 мл
 - в) 155,4 мл
 - г) 174,5 мл
08. PO₂ арт. в норме составляет:
- а) 30 мм.рт.ст
 - б) 40 мм.рт.ст

- в) 60 мм.рт.ст
- г) 100 мм.рт.ст

09. PCO₂ арт. в норме составляет:

- а) 30 мм.рт.ст
- б) 35-45 мм.рт.ст
- в) 50 мм.рт.ст
- г) 60 мм.рт.ст

10. Раздражение хеморецепторов аортальной и каротидных зон оказывает влияние на:

- а) кровообращение
- б) дыхание
- в) коронарный кровоток
- г) мозговой кровоток

11. Наиболее надежным критерием эффективности дыхания является:

- а) дыхательный объем
- б) минутный объем дыхания
- в) частота дыхания
- г) PaO₂ и PaCO₂

12. Жизненная емкость легких менее 80% указывает:

- а) на повреждение дыхательного центра
- б) на заболевание легких
- в) на сниженный обмен
- г) на нарушение проходимости дыхательных путей

13. Цианоз становится заметен, когда насыщение артериальной крови кислородом ниже:

- а) 100%
- б) 80%
- в) 85%
- г) 90%

14. Оксигенотерапия у больных с эмфиземой легких может:

- а) урежать дыхание
- б) не изменять дыхание
- в) вызывать одышку
- г) учащать дыхание

15. Слипанию стенок альвеол препятствует:

- а) сурфактант
- б) эластическое сопротивление легочной ткани
- в) экспираторное сопротивление
- г) отрицательное давление в плевральной полости

16. На автоматизм дыхательного центра не влияют:

- а) импульсы коры головного мозга
- б) импульсы хеморецепторов сосудов
- в) импульсы барорецепторов сосудов
- г) импульсы механорецепторов легких

17. Величина альвеолярной вентиляции определяется всеми параметрами, кроме:

а) частота дыхания

- а) ЧД
- б) ДО
- в) объема мертвого пространства
- г) ЖЕЛ

18. Причиной гиповентиляции может быть все, кроме:

- а) угнетения механизмов регуляции дыхания
- б) ограничения движений грудной клетки
- в) поражения легочной ткани
- г) снижения PO_2 в дыхательной смеси

19. Наиболее точным и удобным методом для оценки обструктивных изменений является определение:

- а) жизненной емкости легких
- б) ФОЕ
- в) ОЕЛ
- г) пробы Тиффно

20. Соотношение альвеолярной вентиляции и легочного кровотока в норме равно:

- а) 0,3
- б) 0,4
- в) 0,8
- г) 1,0

21. Для отека легких не характерно:

- а) набухание поверхностных вен шеи
- б) кровоизлияния в склеры
- в) тахикардия
- г) пенистая мокрота

22. При лечении отёка легких, состояние больного может ухудшиться:

- а) ингаляция гелий-кислородной смеси
- б) эпидуральная блокада
- в) введение ганглиоблокаторов
- г) ИВЛ с отрицательным давлением на выдохе

23. К причинам, которые могут привести к развитию бронхоспазма, относятся:

- а) нейрогенные
- б) химические
- в) механические
- г) все ответы правильны

24. Смесь 70% гелия и 30% кислорода в терапии бронхиальной астмы применяется вследствие того, что:

- а) гелий не взрывоопасен
- б) смесь дешевле, чем 100% кислород
- в) гелий разжижает бронхиальный секрет
- г) пациенту легче дышать этой смесью, он затрачивает меньше усилий, чем при дыхании 100% кислородом

25. Вязкость какого газа является наиболее низкой ?

- а) ксенона
- б) гелия

- в) кислорода
- г) азота

26. Респираторный дистресс-синдром возникает при всем перечисленном, кроме:

- а) искусственного кровообращения
- б) искусственной гипотермии
- в) массивного кровезамещения
- г) кардиогенного шока

27. При респираторном дистресс-синдроме нарушение дыхания связано:

- а) с первичным повреждением не дыхательных функций легких
- б) с первичным повреждением дыхательных функций легких
- в) с первичным повреждением и тех, и других функций легких

28. Наиболее важными методами интенсивной терапии респираторного дистресс-синдрома является все перечисленное, кроме:

- а) улучшения реологических свойств крови
- б) раннего назначения препаратов дигиталиса для профилактики острой правожелудочковой недостаточности
- в) искусственной вентиляции легких в режиме ПДКВ
- г) экстракорпоральной мембранной оксигенации

29. Пневмоторакс может наблюдаться при всех перечисленных состояниях, кроме:

- а) разрыва альвеол и медиастинальной плеврой
- б) повреждения фасциальных листков шеи
- в) закупорки главного бронха
- г) разрыва диафрагмы

30. Реальная опасность воздушной эмболии существует:

- а) при артериальном кровотечении (ранение бедренной артер.)
- б) при артериальном кровотечении (ранение лучевой артерии)
- в) при капиллярном кровотечении
- г) при венозном кровотечении (ранение вен шеи)

31. Медикаментозная терапия отёка лёгких включает все препараты, кроме:

- а) ганглиоблокаторов
- б) глюкокортикоидов
- в) диуретиков
- г) дыхательных analeptиков

32. Улучшить эвакуацию мокроты из трахеобронхиального дерева можно с помощью:

- а) применения перкуссионно-вибрационного массажа грудной клетки
- б) ингаляции бронхо- и муколитических аэрозолей
- в) стимуляции капля
- г) все ответы правильны

33. Дыхательный объем в норме составляет:

- а) 5% от общей емкости легких (ОЕЛ)
- б) 10% от ОЕЛ
- в) 15% от ОЕЛ
- г) 20% от ОЕЛ

34. Что называется «дыхательной недостаточностью»:
- а) недостаточность внешнего дыхания
 - б) нарушение транспорта O_2 и CO_2 кровью
 - в) нарушение процесса транспорта O_2 и CO_2 из крови капилляров большого круга кровообращения в ткани
 - г) нарушение процессов клеточного дыхания
35. Чему равен коэффициент растворимости кислорода в плазме крови:
- а) 0,3 об%
 - б) 0,5 об%
 - в) 1,0 об%
 - г) 3,0 об%
36. От чего не зависит положение кривой диссоциации оксигемоглобина:
- а) от температуры крови
 - б) от pH
 - в) от pCO_2
 - г) от pO_2
37. Постуральный дренаж это:
- а) дренаж трахеи
 - б) дренаж бронхов
 - в) дренаж плевральной полости
 - г) дренаж с помощью положения тела
38. Нарушение внешнего дыхания в первые часы после операции и наркоза связаны с
- а) болью в послеоперационной ране
 - б) остаточными влияниями анестетиков, наркотиков и миорелаксантов
 - в) хроническими нарушениями дренажной функции бронхов
 - г) все перечисленные причины
39. Доля физиологического легочного шунта от объема легочного кровотока составляет:
- а) 1%
 - б) 5%
 - в) 8%
 - г) 10%
40. Какое мероприятие необходимо провести немедленно при напряженном пневмотораксе ?
- а) ИВЛ
 - б) перевести его в открытый пневмоторакс
 - в) перевести в закрытый пневмоторакс
 - г) интубировать больного
41. Основная причина цианоза у детей при рождении:
- а) действие наркотических препаратов, применяемых во время родов
 - б) действие анальгетиков
 - в) наличие слизи в трахее
 - г) высокая кислородная емкость крови и относительно низкое содержание кислорода
42. В какой из перечисленных ситуаций прогноз реанимации является наиболее благоприятным:

- а) первичная остановка кровообращения
- б) первичная остановка дыхания
- в) первичное поражение центральной нервной системы
- г) вторичная остановка кровообращения

43. Реанимация с полным восстановлением функций центральной нервной системы наиболее вероятна при длительности клинической смерти:

- а) 3 - 4 мин. при гипертермии
- б) 3 - 4 мин. при нормотермии
- в) 5 - 6 мин. при нормотермии
- г) 40 - 50 мин. при понижении температуры тела до 31 - 32 град. С.

44. Запрокидывание головы обеспечивает проходимость дыхательных путей у людей, находящихся в состоянии клинической смерти:

- а) в 100 % случаев
- б) в 90 % случаев
- в) в 80 % случаев
- г) в 80 % случаев при одновременном выведении вперед нижней челюсти

45. Достоинствами проведения ИВЛ методом "рот в рот" является:

- а) возможность применения этого метода в любых условиях
- б) простота и возможность обучения данному методу не специалистов
- в) возможность поддержания нормального альвеолярного газового состава
- г) все ответы правильные

46. При отсутствии признаков адекватной легочной вентиляции следует:

- а) запрокинуть голову, вывести вперед нижнюю челюсть и продолжать реанимационные мероприятия
- б) приподнять головной конец
- в) позвать другого реаниматора
- г) выполнить коникотомию

47. При проведении наружного массажа сердца у взрослых ладони следует расположить:

- а) на верхней трети грудины
- б) на границе верхней и средней трети грудины
- в) на границе средней и нижней трети грудины
- г) в пятом межреберном промежутке слева

48. Наружный массаж сердца:

- а) обеспечивает нормальную альвеолярную вентиляцию
- б) проводится при наличии множественных переломов ребер на твердой поверхности
- в) обеспечивает 30 - 40 % нормального сердечного выброса
- г) сопровождается переломом одного или нескольких ребер, что свидетельствует об эффективности массажа

49. Об эффективности наружного массажа сердца свидетельствуют:

- а) сужение зрачков
- б) появление отдельных спонтанных вдохов
- в) наличие пульса на магистральных артериях
- г) все ответы правильны

50. Эффективность противошоковых мероприятий можно оценить:

- а) по восстановлению артериального давления
- б) по увеличению почасового диуреза
- в) по снижению температурного градиента между кожей и прямой кишкой
- г) все ответы правильные

51. Показанием к открытому массажу сердца является:

- а) ожирение
- б) множественные переломы ребер
- в) деформация шейного отдела позвоночника
- г) пневмоторакс

Эталоны правильных ответов:

01 – г, 02 – г, 03 – в, 04 – а, 05 – г, 06 – б, 07 – в, 08 – г, 09 – б, 10 – б, 11 – г, 12 – б, 13 – б, 14 – а, 15 – а, 16 – а, 17 – г, 18 – г, 19 – г, 20 – в, 21 – б, 22 – г, 23 – г, 24 – г, 25 – б, 26 – б, 27 – а, 28 – б, 29 – в, 30 – г, 31 – г, 32 – г, 33 – б, 34 – а, 35 – а, 36 – г, 37 – г, 38 – г, 39 – б, 40 – б, 41 – г, 42 – б, 43 – б, 44 – г, 45 – г, 46 – а, 47 – в, 48 – в, 49 – г, 50 – г, 51 – б.

Неотложная помощь при сердечно-сосудистой патологии:

01. У больного систолическое артериальное давление снизилось до 60 мм рт. ст. вследствие коллапса. Применение какого препарата вы считаете наиболее целесообразным:

- а) полиглокин
- б) реополиглокин
- в) гемодез
- г) эфедрин

02. При каком варианте дыхания сердечный выброс является максимальным:

- а) при спонтанном дыхании
- б) при вспомогательном дыхании
- в) при ИВЛ с перемежающимся давлением
- г) при ИВЛ в режиме ПДКВ

03. У больного с заболеванием сердца, в послеоперационном периоде появилась нарастающая тахикардия, сопровождающаяся снижением АД, цианозом, одышкой. Отмечалось резкое набухание вен, вскоре отмечено увеличение печени. Какой вариант нарушения функции сердечно-сосудистой системы имеет место?

- а) острая левожелудочковая недостаточность
- б) острая правожелудочковая недостаточность
- в) острая недостаточность обоих желудочков сердца
- г) острая сосудистая недостаточность

04. У больного вследствие острой левожелудочковой недостаточности развился отек легких. Какие ингаляции наиболее целесообразно проводить в данном случае в сочетании с кислородотерапией?

- а) антифомсилана
- б) анторфина
- в) паро-кислородные ингаляции
- г) ингаляции настоя трав

05. Какой вид гипоксии развивается в начальный период нерезко выраженной острой левожелудочковой недостаточности?

- а) гипоксическая

- б) гемическая
- в) циркуляторная
- г) тканевая

06. Какая гипоксия присоединяется к одной из уже имеющихся при тяжелой степени острой левожелудочковой недостаточности?

- а) гипоксическая
- б) гемическая
- в) циркуляторная
- г) тканевая

07. В связи с тяжелой гипоксией, развившейся на фоне не купирующегося отека легких, больной переведен на ИВЛ. В каком режиме целесообразнее всего осуществлять последнюю?

- а) в режиме нормовентиляции с отрицательным давлением на выдохе
- б) в режиме нормовентиляции с положительным давлением на выдохе
- в) в режиме гипервентиляции с отрицательным давлением на выдохе
- г) в режиме гипервентиляции с положительным давлением на выдохе

08. Пациенту с умеренной гипоксией миокарда введен адреналин. Как отразилось это на гипоксически измененном миокарде?

- а) гипоксия полностью устранилась
- б) степень гипоксии уменьшилась
- в) степень гипоксии увеличилась
- г) не изменилась

09. Применением какого из ниже перечисленных веществ удастся снизить ОПС?

- а) адреналина
- б) норадrenalина
- в) мезатона
- г) эфедрина

10. У какого из указанных препаратов вазодилатационный эффект обусловлен альфа-адреноблокирующим эффектом?

- а) арфонада
- б) нитропрусида
- в) бензогексония
- г) фентоламина

11. Какой признак на ЭКГ свидетельствует об инфаркте миокарда (стадии повреждения) передне-боковой стенки левого желудочка?

- а) смещение ST ниже изолинии I, aVL, V1-V6;
- б) смещение ST выше изолинии I, aVL, V1-V6;
- в) смещение ST выше изолинии II, III, aVF;
- г) смещение ST выше изолинии I, II, III, aVF, aVL, V1-V6;
- д) смещение ST ниже изолинии I, II, III, aVF, aVL, V1-V6.

12. Какова средняя продолжительность болевого синдрома при стенокардии?

- а) 1-2 часа;
- б) до 24 часов;
- в) 1-2 мин.;
- г) 10-15 мин.;

д) до нескольких суток.

13. Во время приступа стенокардии Принцметала на ЭКГ регистрируется следующая картина:

- а) блокада левой ножки пучка Гиса;
- б) преходящий подъём сегмента ST;
- в) отклонение ЭОС вправо;
- г) формирование патологического зубца Q;
- д) снижение амплитуды зубца R.

14. К инвазивным методам диагностики ИБС относятся:

- а) стресс-Эхо;
- б) суточный монитор ЭКГ;
- в) велоэргометрия;
- г) тредмил-тест;
- д) коронароангиография.

15. Какой из перечисленных симптомов может свидетельствовать в пользу тромбоза лёгочной артерии?

- а) внезапная немотивированная одышка;
- б) боли в груди, усиливающиеся при движениях и поворотах туловища;
- в) повышение АД после физической нагрузки;
- г) боли в груди, иррадиирующие в спину и вдоль позвоночника;
- д) резкое головокружение, шаткость походки, асимметрия лица.

16. Опишите характер болевого синдрома при остром расслоении аорты:

- а) монотонные или ноющие;
- б) тупые или локальные;
- в) колющие или стреляющие;
- г) усиливающиеся при движениях и поворотах туловища;
- д) раздирающие или режущие.

17. При каких заболеваниях может быть повышен уровень тропонина?

- а) острое расслоение аорты;
- б) травма сердца;
- в) острая левожелудочковая недостаточность;
- г) острое нарушение мозгового кровотока;
- д) все ответы верные.

18. Показаниями для хирургической реваскуляризации миокарда (коронарное шунтирование) являются:

- а) продолжающийся ангинозный приступ или нестабильность гемодинамики у больного ОИМ после неудачной ТБА;
- б) продолжающиеся или повторяющиеся ангинозные приступы у пациента с противопоказаниями к ТЛТ и ТБА;
- в) острая митральная регургитация, разрыв межжелудочковой перегородки или другие «механические» осложнения ИМ, развившиеся во время хирургического вмешательства;
- г) кардиогенный шок, развившийся в течение 36 ч от начала ОИМ у пациента с диагностированным поражением ствола левой коронарной артерии (или эквивалентным поражением) – в случае, если операция может быть проведена в ближайшие 18 ч от развития шока;

д) все ответы верные.

19. Наиболее точным методом диагностики острого расслоения аорты является:

- а) проба с нагрузкой на велоэргометре;
- б) контрастная аортография;
- в) рентгенография органов грудной клетки;
- г) чреспищеводная эхокардиография;
- д) традиционная ЭКГ в 12 отведениях.

20. Сотрясение сердца может послужить причиной развития:

- а) фибрилляции желудочков;
- б) желудочковой экстрасистолии;
- в) коллапса;
- г) болей в сердце;
- д) все ответы верные.

Эталоны ответов:

1 - б, 2 - г, 3 - б, 4 - д, 5 - а, 6 - д, 7 - д, 8 - д, 9 - б, 10 - д, 11 - г, 12 - а, 13 - б, 14 - а, 15 - в, 16 - а, 17 - г, 18 - в, 19 - а, 20 - г.

Общая реаниматология:

01. В какой из перечисленных ситуаций прогноз реанимации является наиболее благоприятным:

- а) первичная остановка кровообращения
- б) первичная остановка дыхания
- в) первичное поражение центральной нервной системы
- г) вторичная остановка кровообращения

02. Реанимация с полным восстановлением функций центральной нервной системы наиболее вероятна при длительности клинической смерти:

- а) 3 - 4 мин. при гипертермии
- б) 3 - 4 мин. при нормотермии
- в) 5 - 6 мин. при нормотермии
- г) 40 - 50 мин. при понижении температуры тела до 31 - 32 град. С.

03. Запрокидывание головы обеспечивает проходимость дыхательных путей у людей, находящихся в состоянии клинической смерти:

- а) в 100 % случаев
- б) в 90 % случаев
- в) в 80 % случаев
- г) в 80 % случаев при одновременном выведении вперед нижней челюсти

04. Достоинствами проведения ИВЛ методом "рот в рот" является:

- а) возможность применения этого метода в любых условиях
- б) простота и возможность обучения данному методу не специалистов
- в) возможность поддержания нормального альвеолярного газового состава
- г) все ответы правильные

05. При отсутствии признаков адекватной легочной вентиляции следует:

- а) запрокинуть голову, вывести вперед нижнюю челюсть и продолжать реанимационные мероприятия

- б) приподнять головной конец
- в) позвать другого реаниматора
- г) выполнить трахеостомию

06. При проведении наружного массажа сердца у взрослых ладони следует расположить:

- а) на верхней трети грудины
- б) на границе верхней и средней трети грудины
- в) на границе средней и нижней трети грудины
- г) в пятом межреберном промежутке слева

07. Наружный массаж сердца:

- а) обеспечивает нормальную альвеолярную вентиляцию
- б) проводится при наличии множественных переломов ребер на твердой поверхности
- в) обеспечивает 30 - 40 % нормального сердечного выброса
- г) сопровождается переломом одного или нескольких ребер, что свидетельствует об эффективности массажа

08. Об эффективности наружного массажа сердца свидетельствуют:

- а) сужение зрачков
- б) появление отдельных спонтанных вдохов
- в) наличие пульса на магистральных артериях
- г) все ответы правильны

09. Эффективность противошоковых мероприятий можно оценить:

- а) по восстановлению артериального давления
- б) по увеличению почасового диуреза
- в) по снижению температурного градиента между кожей и прямой кишкой
- г) все ответы правильные

10. Одним из основных признаков остановки кровообращения являются:

- а) отсутствие самостоятельного дыхания
- б) отсутствие пульса на сонной артерии
- в) расширение зрачков
- г) все ответы правильны

11. Перед началом сердечно-легочной и церебральной реанимации больному придается положение:

- а) горизонтальное
- б) Тренделенбурга
- в) на животе
- г) с приподнятыми нижними конечностями.

12. На тяжесть течения постреанимационного периода наибольшим образом влияет:

- а) продолжительность периода умирания
- б) глубина и длительность перенесенной гипоксии
- в) характер основного заболевания
- г) возраст больного

13. Наиболее информативным показателем для оценки кровообращения является:

- а) артериальное давление
- б) центральное венозное давление
- в) ударный и минутный объемы сердца

- г) частота пульса
14. Краниocereбральная гипотермия в раннем постреанимационном периоде используется для:
- а) снижения потребления мозгом кислорода
 - б) уменьшения объема мозга
 - в) улучшения микроциркуляции
 - г) увеличения метаболизма мозга
15. Улучшению периферического кровообращения в постреанимационном периоде способствует:
- а) уменьшение вязкости крови
 - б) применение симпатомиметиков
 - в) введение коллоидных растворов
 - г) введение кристаллоидных растворов
16. Интубацию трахеи во время проведения реанимационных мероприятий проводят:
- а) для предупреждения регургитации
 - б) для проведения ИВЛ
 - в) для проведения туалета трахеи и бронхов
 - г) все ответы правильные
17. Центральное венозное давление является показателем:
- а) венозного тонуса
 - б) сократительной способности правого желудочка
 - в) объема кровотока
 - г) сердечного выброса
18. При крупноволновой фибрилляции желудочков показано:
- а) электрическая дефибриляция
 - б) введение солей калия
 - в) введение солей кальция
 - г) электрокардиостимуляция
19. Отек мозга развивается при:
- а) клинической смерти
 - б) гипервентиляции
 - в) метаболическом алкалозе
 - г) метаболическом ацидозе
20. Для купирования судорожного синдрома у больных в постреанимационном периоде наиболее целесообразно применение:
- а) нейролептанальгезия
 - б) седуксен
 - в) хлористый кальций
 - г) кетамин
21. Наиболее адекватный критерий оценки функции внешнего дыхания в постреанимационном периоде:
- а) дыхательный объем
 - б) минутный объем дыхания
 - в) частота дыхания
 - г) газовый состав крови

22. Основными мероприятиями экстренной помощи при тяжелой черепно-мозговой травме являются:
- а) ИВЛ в режиме умеренной гипервентиляции
 - б) ИВЛ в режиме умеренной гиповентиляции
 - в) краниocereбральная гипотермия
 - г) введение глюкокортикоидов
23. При инфузии больших количеств гипертонического раствора глюкозы может развиваться:
- а) гипергидратация
 - б) кетоацидотическая кома
 - в) некетоацидотическая гиперосмолярная дегидратационная кома
 - г) гипокалиемия
24. У больного констатирована остановка кровообращения. Реанимационные мероприятия надо начинать:
- а) с проведения закрытого массажа сердца
 - б) с проведения ИВЛ "рот в рот"
 - в) с обеспечения проходимости дыхательных путей
 - г) с дефибриляции
25. Наиболее целесообразной мерой профилактики остановки кровообращения при выраженной гиперкалиемии является:
- а) назначение глюкозы и инсулина
 - б) назначение гидрокарбоната натрия
 - в) медленное внутривенное введение 1г хлорида кальция
 - г) госпитализация в отделение гемодиализа
26. Внезапной коронарной смертью принято называть:
- а) смерть при остром инфаркте миокарда
 - б) смерть без видимой причины в течение 1 часа после возникновения неблагоприятных симптомов
 - в) смерть при документированной фибрилляции желудочков
 - г) все ответы правильны
27. На какую величину необходимо повышать напряжение электрического тока при каждом повторном разряде при проведении дефибриляции:
- а) 250 В
 - б) 500 В
 - в) 1000 В
 - г) 2000 В
28. Из каких соображений при остановке сердца больному вводят натрия гидрокарбонат:
- а) предупреждает развитие метаболического ацидоза
 - б) оказывает защитное действие на миокард
 - в) повышает эффективность вводимых фармакологических препаратов
 - г) корригирует метаболический ацидоз
29. Синдром низкого сердечного выброса в постреанимационном периоде развивается в результате:
- а) снижения ОЦК
 - б) нарушения эндокринной и гуморальной регуляции тонуса сосудов

- в) нарушения микроциркуляции с изменением реологических свойств крови
- г) все ответы правильные

30. Какие показатели характеризуют состояние функции почек в постреанимационном периоде:

- а) электролиты плазмы крови
- б) почасовой диурез
- в) содержание кортикостероидов в крови
- г) содержание азотистых оснований в плазме крови

31. Причинами развития сердечной декомпенсации в постреанимационном периоде являются:

- а) нарушение регуляции сосудистого тонуса
- б) снижение сократительной способности миокарда
- в) нарушения микроциркуляции с изменением реологических свойств крови
- г) все ответы правильные

32. Если после восстановления деятельности сердца больной остается без сознания, это говорит:

- а) об отеке мозга
- б) о декортикации
- в) о развитии социальной смерти
- г) все ответы правильные

33. При проведении гипотермии следует помнить, что:

- а) адекватный сердечный выброс сохраняется только при температуре тела выше 30°C
- б) возникающая во время охлаждения дрожь увеличивает потребность в кислороде более чем на 200%
- в) гипотермия усиливает действие сукцинилхолина
- г) все ответы правильные

34. Когда проводимая дефибриляция будет неэффективной:

- а) при неправильном размещении электродов
- б) при неадекватной вентиляции легких
- в) при не скорректированном ацидозе
- г) все ответы правильные

35. Тяжесть развития необратимых состояний в постреанимационном периоде определяется:

- а) гипоксией миокарда
- б) гибелью клеток коры большого мозга
- в) некрозом клеток паренхиматозных органов
- г) увеличением активности лизосомальных ферментов

36. При прижизненной гибели мозга:

- а) активность ферментов в крови и спинномозговой жидкости увеличивается
- б) активность ферментов в крови и спинномозговой жидкости уменьшается
- в) содержание холинэстеразы увеличивается
- г) содержание холинэстеразы уменьшается

37. Лечебная краниocereбральная и общая гипотермия при возникновении терминального состояния должна начинаться:
- а) немедленно
 - б) при возникновении отека мозга
 - в) после коррекции метаболических нарушений
 - г) после восстановления самостоятельного дыхания
38. Элементарное поддержание жизни включает:
- а) восстановление проходимости дыхательных путей
 - б) искусственную вентиляцию легких
 - в) массаж сердца
 - г) все указанное верно
39. К терминальным состояниям относится:
- а) шок
 - б) кома
 - в) клиническая смерть
 - г) остановка дыхания
40. Показанием к проведению сердечно-легочной реанимации является:
- а) клиническая смерть
 - б) биологическая смерть
 - в) агония
 - г) социальная смерть
41. Дальнейшее поддержание жизни включает:
- а) медикаментозную терапию
 - б) ЭКГ – диагностику
 - в) дефибриляцию
 - г) все указанное верно
42. Критерием адекватности проводимой ИВЛ является:
- а) изменение цвета кожных покровов
 - б) наличие экскурсии грудной клетки
 - в) появление самостоятельных дыхательных движений
 - г) восстановление сознания
43. Показанием к проведению дефибриляции является:
- а) любой вид остановки кровообращения
 - б) асистолия
 - в) крупноволновая фибрилляция
 - г) электромеханическая диссоциация
44. Мероприятия по восстановлению нарушенных функций ЦНС включают:
- а) продленную ИВЛ
 - б) введение антигипоксантов и антиоксидантов
 - в) краниocereбральную гипотермию
 - г) все указанное верно
45. Наиболее действенным методом восстановления дыхания при реанимации является:
- а) введение дыхательных analeптиков
 - б) дыхание по Сильвестру

- в) интубация трахеи и ИВЛ
- г) дыхание «рот в рот»

Эталонные ответы:

01 – б, 02 – б, 03 – г, 04 – г, 05 – а, 06 – в, 07 – в, 08 – г, 09 – г, 10 – а, 11 – г, 12 – б, 13 – в, 14 – а, 15 – а, 16 – г, 17 – б, 18 – а, 19 – а, 20 – б, 21 – г, 22 – а, 23 – в, 24 – в, 25 – в, 26 – б, 27 – б, 28 – в, 29 – г, 30 – б, 31 – г, 32 – а, 33 – г, 34 – г, 35 – б, 36 – а, 37 – а, 38 – г, 39 – в, 40 – а, 41 – г, 42 – б, 43 – в, 44 – г, 45 – в.

Токсикология:

01. В роли яда может выступить:
- а) чужеродное организму химическое вещество
 - б) только неорганические химические вещества
 - в) только органические химические вещества
 - г) любое химическое соединение, попавшее в организм в количестве, способном вызвать нарушение жизненно важных функций организма
02. В задачи клинической токсикологии входит:
- а) изучение острых отравлений
 - б) изучение хронических химических болезней
 - в) изучение механизмов болезненного пристрастия человека к некоторым видам токсических веществ, именуемых наркотиками
 - г) все указанное верно
03. К преднамеренным относятся отравления возникшие:
- а) в результате несчастного случая
 - б) в результате истинного суицида
 - в) в результате самолечения
 - г) в результате алкогольной интоксикации
04. Какие отравления относятся к категории тяжелых:
- а) острые
 - б) хронические
 - в) осложненные
 - г) отравления высокотоксичными химическими соединениями
05. От чего в наибольшей степени зависит распределение яда в организме:
- а) от количества времени, прошедшего с момента попадания яда
 - б) от пути проникновения яда
 - в) от возраста больного
 - г) от температуры окружающей среды
06. Какой из указанных методов лечения отравлений относится к усилению естественной детоксикации организма:
- а) перитонеальный диализ
 - б) детоксикационная лимфорез
 - в) форсированный диурез
 - г) кишечный лаваж
07. Какой из указанных методов лечения отравлений относится к экстракорпоральной детоксикации:
- а) лечебная гипервентиляция

- б) гемодиализ
- в) кишечный лаваж
- г) форсированный диурез

08. Что является абсолютным противопоказанием к промыванию желудка:

- а) желудочное кровотечение
- б) экзотоксический шок
- в) кома
- г) абсолютных противопоказаний нет

09. Что является относительным противопоказанием к промыванию желудка:

- а) желудочное кровотечение
- б) экзотоксический шок
- в) кома
- г) психомоторное возбуждение

10. В какие сроки от момента попадания яда в организм целесообразно промывание желудка при отравлении кислотами:

- а) в первые 4-6 часов
- б) до 12 часов
- в) от 12 до 24 часов
- г) в течение первых 3х суток

11. В какие сроки от момента попадания яда в организм целесообразно промывание желудка при отравлении щелочами:

- а) в первые 4-6 часов
- б) до 12 часов
- в) от 12 до 24 часов
- г) в течение первых 3х суток

12. Любая методика форсированного диуреза предусматривает:

- а) водную нагрузку
- б) введение диуретика
- в) заместительную инфузию растворов электролитов
- г) все указанное

13. При отравлении каким из перечисленных веществ наиболее эффективен форсированный диурез:

- а) фенobarбитал
- б) карбофос
- в) дихлорэтан
- г) угарный газ

14. Противопоказанием к проведению детоксикации методом форсированного диуреза является:

- а) кома
- б) экзотоксический шок
- в) гемолиз эритроцитов
- г) гепатопатия

15. Дипириксим является антидотом при отравлении:

- а) амитриптилином

- б) стрихнином
- в) карбофосом
- г) метиловым спиртом

16. Унитиол является антидотом при отравлении:

- а) карбофосом
- б) солями тяжелых металлов
- в) этиленгликолем
- г) этиловым спиртом

17. Этиловый спирт является антидотом при отравлении:

- а) амитриптилином
- б) солями тяжелых металлов
- в) угарным газом
- г) этиленгликолем

18. Из прижигающих жидкостей резорбтивное действие характерно для:

- а) неорганических кислот
- б) органических кислот
- в) щелочей
- г) окислителей

19. Продолжительность фазы резорбции в токсикогенную стадию отравления неорганическими кислотами в среднем составляет:

- а) 1-3 часа
- б) 3-6 часов
- в) 6-12 часов
- г) 12-24 часа

20. Продолжительность фазы резорбции в токсикогенную стадию отравления органическими кислотами в среднем составляет:

- а) 1-3 часа
- б) 3-6 часов
- в) 6-12 часов
- г) 12-24 часа

21. Продолжительность фазы резорбции в токсикогенную стадию отравления щелочами в среднем составляет:

- а) 1-3 часа
- б) 3-6 часов
- в) 6-12 часов
- г) 12-24 часа

22. Острая почечная недостаточность при отравлении органическими кислотами диагностируется, как правило, не ранее:

- а) 6-12 часов
- б) 12-24 часов
- в) 24-36 часов
- г) 36-48 часов

23. При отравлении гемолитическими ядами наиболее оптимальным методом удаления свободного гемоглобина является:

- а) заменное переливание крови
- б) плазмаобмен
- в) гемосорбция
- г) дренирование грудного лимфатического протока

24. Концентрация этилового спирта, при которой уже вероятно развитие коматозного состояния, составляет:

- а) 1 г/л
- б) 2 г/л
- в) 3 г/л
- г) 5 г/л

25. Длительность токсикогенной стадии при отравлении метиловым спиртом составляет:

- а) 12 часов
- б) 24 часа
- в) 36 часов
- г) свыше 48 часов

26. При отравлении этиловым спиртом необходимо:

- а) восстановление адекватного дыхания
- б) зондовое промывание желудка
- в) в/в введение растворов глюкозы и гидрокарбоната натрия
- г) все указанное верно

27. Основным путем элиминации этанола из организма является:

- а) выведение в неизменном виде через легкие
- б) выведение в неизменном виде через почки
- в) метаболизм в печени
- г) выведение через желудочно-кишечный тракт

28. При медикаментозных отравлениях показано:

- а) промывание желудка и очищение кишечника
- б) форсированный диурез
- в) гемосорбция
- г) все указанное верно

29. Летальный синтез имеет место при отравлении:

- а) дихлорэтаном
- б) угарным газом
- в) анилином
- г) опиатами

30. Угнетение дыхания преобладает над угнетением сознания при отравлении:

- а) этиловым спиртом
- б) спотворными барбитурового ряда
- в) опиатами
- г) угарным газом

31. Для отравления ФОС характерно:

- а) развитие летального синтеза
- б) наличие в крови метгемоглобина
- в) наличие в крови свободного гемоглобина

г) снижение активности холинэстеразы крови

32. Латентный период при отравлении бледной поганкой равен:

- а) 1-2 часа
- б) 2-4 часа
- в) 4-6 часов
- г) более 6 часов

33. К веществам нефротоксического действия относится:

- а) этиленгликоль
- б) дихлорэтан
- в) бледная поганка
- г) анилин

34. К веществам гепатотоксического действия относится:

- а) этиленгликоль
- б) дихлорэтан
- в) этанол
- г) анилин

35. Латентный период при отравлении мухомором в среднем составляет:

- а) 1-3 часа
- б) 3-6 часов
- в) 6-12 часов
- г) 12-24 часа

36. Проведение гипербарической оксигенации наиболее показано при отравлении:

- а) ФОС
- б) угарным газом
- в) этиловым спиртом
- г) метиловым спиртом

37. Осуществлении детоксикации при острых отравлениях методом гемодиализа наиболее эффективно:

- а) в первые 4-6 часов от момента попадания яда в организм
- б) через 6-12 часов
- в) через 12-24 часа
- г) через 24-36 часов

38. Развитие гемолиза эритроцитов характерно для отравления:

- а) бледной поганкой
- б) мухомором
- в) сморчками
- г) ложными опятами

39. Дыхательная недостаточность при острых отравлениях может носить:

- а) неврогенный характер
- б) аспирационно-обтурационный
- в) легочной
- г) любой из перечисленных

40. Токсический отек легких развивается при отравлении:

- а) окислами азота
- б) этиловым спиртом
- в) метиловым спиртом
- г) угарным газом

41. Развитие тканевой гипоксии наиболее характерно для отравлений:

- а) ФОС
- б) цианидами
- в) анилином
- г) этиловым спиртом

42. Для отравлений метгемоглобинообразователями наиболее характерно развитие:

- а) дыхательной гипоксии
- б) циркуляторной
- в) гемической
- г) тканевой

43. Экзотоксический шок наиболее часто развивается при отравлении:

- а) хлорированными углеводородами
- б) прижигающими жидкостями
- в) медикаментозными препаратами
- г) ФОВ

44. Экзотоксический шок может развиваться в результате:

- а) истинной гиповолемии
- б) нарушения регуляции сосудистого тонуса
- в) падения сократительной способности миокарда
- г) по любой из указанных причин

45. Из всего количества смертельных отравлений, отравления алкоголем и его сур-рогатами составляют:

- а) 10%
- б) 20%
- в) 40%
- г) 60%

46. В желудке всасывается из общего количества принятого алкоголя:

- а) 20%
- б) 50%
- в) 70%
- г) 80%

47. В тонком кишечнике всасывается из общего количества принятого алкоголя:

- а) 20%
- б) 50%
- в) 70%
- г) 80%

48. Летальная доза уксусной эссенции (80% уксусной кислоты) равна:

- а) 30 мл
- б) 50 мл
- в) 80 мл

г) 100 мл

49. Летальная доза дихлорэтана при пероральном поступлении составляет:

а) 20 мл

б) 40 мл

в) 50 мл

г) 100 мл

50. При укусе змей семейства гадюковых развиваются:

а) выраженный отек тканей в месте укуса

б) гемолиз эритроцитов

в) тромбо-геморрагический синдром

г) все указанное верно

Эталоны ответов:

01 - г, 02 - г, 03 - б, 04 - в, 05 - а, 06 - в, 07 - б, 08 - г, 09 - б, 10 - а,

11 - а, 12 - г, 13 - а, 14 - б, 15 - в, 16 - б, 17 - г, 18 - б, 19 - а, 20 - б,

21 - а, 22 - в, 23 - б, 24 - в, 25 - г, 26 - г, 27 - в, 28 - г, 29 - а, 30 - в,

31 - г, 32 - г, 33 - а, 34 - б, 35 - а, 36 - б, 37 - а, 38 - в, 39 - г, 40 - а,

41 - б, 42 - в, 43 - а, 44 - г, 45 - г, 46 - а, 47 - г, 48 - б, 49 - а, 50 - г.

Нейрореаниматология:

01. Что из перечисленных утверждений верно относительно физиологии головного мозга:

а) АД непосредственно влияет на мозговой кровоток

б) ЦПД непосредственно связано с АД

в) церебральный кровоток непосредственно влияет на ЦПД

г) на метаболизм головного мозга приходится 50 % общего потребления кислорода

02. Уровень мозгового кровотока определяется :

а) величиной сердечного выброса

б) уровнем систолического АД

в) уровнем внутричерепного давления

г) уровнем ЦПД

03. Уровень сохранения ауторегуляции мозговой кровотока находится в пределах среднего АД:

а) от 30 до 60 мм рт. ст.

б) от 60 до 140 мм рт. ст.

в) от 80 до 160 мм рт. ст.

г) от 100 до 180 мм рт. ст.

04. Уровень мозгового кровотока в норме составляет:

а) 0 – 6 мл /100 г

б) 6 – 12

в) 12 – 20

г) 20 – 50

05. Мозг потребляет:

а) 5 % сердечного выброса

б) 10 %

в) 15 %

г) 20 %

06. Для коматозного состояния не характерно:
- а) снижение сухожильных рефлексов
 - б) двусторонний симптом Бабинского
 - в) угнетение зрачковых реакций
 - г) целенаправленные защитные реакции
07. Для оценки коматозного состояния не предназначены:
- а) шкала Глазго – Питсбурга
 - б) шкала Глазго
 - в) шкала Шахновича
 - г) шкала Апгар
08. Шкала Глазго:
- а) предназначена для документации глубины ком
 - б) оценивает открывание глаз по 5 балльной шкале
 - в) диапазон оценки от 0 до 15 баллов
 - г) все ответы правильные
09. Шкала ком Глазго не включает в себя:
- а) оценку открывания глаз
 - б) оценку вербальных реакций (речевых реакций)
 - в) оценку стволовых рефлексов
 - г) оценку двигательной активности (реакции)
10. У пациента отсутствует речь, он не открывает глаза, в ответ на болевые воздействия возникает децеребрационная ригидность. Какова его оценка согласно шкале ком Глазго:
- а) 0 баллов
 - б) 3 балла
 - в) 4 балла
 - г) 6 баллов
11. Решающая роль в диагностике смерти мозга из перечисленных методов обследования отводится:
- а) электроэнцефалографии
 - б) компьютерной томографии
 - в) ангиографии
 - г) эхоэнцефалографии
12. Проба с гипервентиляцией при регистрации ЭЭГ проводится с целью вызвать:
- а) гипоксию и гипокапнию
 - б) гипероксию и гипокапнию
 - в) гипоксию и гиперкапнию
 - г) гипероксию и гиперкапнию
13. Для кетоацидотической комы справедливы все перечисленные признаки кроме:
- а) гипергликемия выше 20 ммоль/л
 - б) снижение тонуса глазных яблок
 - в) лажность кожных покровов
 - г) снижение рН крови

14. Введение гипертонического раствора хлорида натрия показано в качестве неотложной помощи :
- а) при диабетическом кетоацидозе
 - б) при гиперосмолярной коме
 - в) при хлоргидропенической коме
 - г) при гипогликемической коме
15. Из перечисленных состояний дыхание Куссмауля наиболее характерно для:
- а) стволового инсульта
 - б) диабетического кетоацидоза
 - в) печеночной комы
 - г) отравления угарным газом
16. Из перечисленных данных для гипогликемической комы не характерно:
- а) внезапность развития
 - б) патологические рефлексы
 - в) мидриаз
 - г) сохранение тонуса глазных яблок
17. Показанием для введения бикарбоната натрия больным, находящимся в состоянии кетоацидотической комы, является:
- а) снижение рН крови ниже 7,36
 - б) начинающийся отек мозга
 - в) снижение рН крови ниже 7,0
 - г) сопутствующий лактоцидаз
18. Больному с кетоацидотической комой следует ввести в течении первого часа 0,9 % раствора хлорида натрия в количестве:
- а) 500 мл
 - б) 1000 мл
 - в) 2500 мл
 - г) 4000 мл
19. Лечение кетоацидотической комы следует начинать с внутривенного введения:
- а) солей калия
 - б) изотонического раствора хлорида натрия и инсулина
 - в) коллоидных растворов
 - г) солей кальция
20. Основным провоцирующим фактором развития диабетической кетоацидотической комы при сахарном диабете 1 типа является:
- а) потеря организмом жидкости
 - б) сопутствующая патология
 - в) оперативное вмешательство
 - г) не адекватная инсулинотерапия
21. При гиперкетонемической коме дыхание:
- а) редкое, поверхностное
 - б) частое, глубокое
 - в) глубокое, редкое, шумное
 - г) частое, поверхностное

22. Основными метаболическими признаками диабетической кетоацидотической комы являются:
- а) гипергликемия и гиперосмолярность
 - б) гиперосмолярность и лактоацидоз
 - в) гипернатриемия и кетоацидоз
 - г) кетоацидоз и гипергликемия
23. Для острых травматических внутричерепных гематом характерно:
- а) пульсирующий экзофтальм
 - б) дыхание Биота
 - в) синдром Бруна
 - г) наличие «светлого промежутка»
24. У пациента в коматозном состоянии с диабетическим кетоацидозом рН сыворотки крови 7,2. Показаны все выше перечисленные средства и методы кроме:
- а) гидрокарбоната натрия
 - б) инфузионной терапии
 - в) срочного определения уровня калия в сыворотке
 - г) инсулинотерапии
25. У пациента после ЧМТ нарастает клиника отека головного мозга, оценка по шкале ком Глазго 5 баллов. Что из перечисленного противопоказано данному больному?
- а) интенсивное лечение системной гипертензии
 - б) в/в манитол в дозе 1 г/кг
 - в) подъем головного конца кровати на 30 градусов
 - г) интубация трахеи и гипервентиляция
26. В связи с меньшим влиянием на электролитный баланс для лечения отека мозга при тяжелой черепно-мозговой травме следует применять:
- а) гидрокортизон
 - б) преднизолон
 - в) дексаметазон
 - г) кортизон
27. Наиболее эффективными корректорами гиперметаболизма при тяжелой черепно-мозговой травме являются:
- а) ингибиторы МАО
 - б) трициклические антидепрессанты
 - в) нейролептики
 - г) барбитураты
28. Чтобы купировать психомоторное возбуждение при тяжелой черепно-мозговой травме, применяют:
- а) диазепам
 - б) аминазин
 - в) тиопентал натрия
 - г) любой из перечисленных препаратов
29. Для коррекции падения сердечной деятельности при острой тяжелой черепно-мозговой травме целесообразно назначить:
- а) адреналина
 - б) норадrenalина

- в) мезатона
- г) дофамина

30. Гиперактивацию симпатoadренальной системы в остром периоде тяжелой черепно-мозговой травмы подавляют:

- а) нейролептиками
- б) антидепрессантами
- в) барбитуратами
- г) всеми перечисленными препаратами

31. Для лечения гиперосмолярного синдрома при тяжелой черепно-мозговой травме не следует применять:

- а) маннитол
- б) глицерин
- в) лазикс
- г) альбумин

32. При тяжелой черепно-мозговой травме преимущественное дегидратирующее действие по отношению к участкам мозга с отеком, чем без отека, оказывает:

- а) маннитол
- б) глицерин
- в) лазикс
- г) альбумин

33. Ноотропные средства при черепно-мозговой травме можно применять:

- а) спустя 3 дня после травмы
- б) спустя неделю после травмы
- в) в резидуальном периоде
- г) в любые сроки

34. Для уменьшения отека мозга применяют:

- а) маннитол
- б) гиповентиляцию
- в) гипертермию
- г) общую гипотермию

35. Причиной артериальной гипертензии при острой тяжелой черепно-мозговой травме являются:

- а) церебральная гипоксия
- б) реакция на боль
- в) поражение диэнцефально-мезенцефальных структур
- г) все перечисленное

36. Для лечения внутричерепной гипертензии при острой тяжелой черепно-мозговой травме применяют:

- а) осмотические диуретики
- б) глюкокортикоидные препараты
- в) барбитураты
- г) все перечисленное

37. Безусловным клиническим признаком перелома основания черепа является:

- а) кровотечение из уха

- б) ликворея из уха
- в) кровянистый ликвор
- г) верно а) и б)

38. Внезапное начало заболевания, кратковременная утрата сознания или оглушенность, головная боль, рвота, ригидность затылочных мышц, брадикардия, повышение температуры до 38 градусов, лейкоцитоз, окрашенность спинномозговой жидкости в красный или желтоватый цвет характерно для:

- а) эмболии мозговых сосудов
- б) тромбоза мозговых сосудов
- в) кровоизлияния в головной мозг
- г) субарахноидального кровоизлияния

39. Внезапное начало заболевания, утрата сознания (кома), гиперемия лица, стридорозное дыхание, брадикардия, артериальная гипертензия, гемиплегия, паралич взора наиболее характерны для:

- а) эмболии мозговых сосудов
- б) тромбоза мозговых сосудов
- в) кровоизлияния в головной мозг
- г) субарахноидального кровоизлияния

40. Компьютерная томография выявляет зону гиподенсивности в очаге ишемического инсульта через:

- а) 1 ч от начала заболевания
- б) 2 ч от начала заболевания
- в) 4 ч от начала заболевания
- г) 6 ч и более от начала заболевания

41. Компьютерная томография позволяет диагностировать гиперденсивные участки геморрагических экстравазатов при субарахноидальном кровоизлиянии в мозг спустя:

- а) 1 ч от начала кровоизлияния
- б) 3 ч от начала кровоизлияния
- в) 6 ч от начала кровоизлияния
- г) 12 ч от начала кровоизлияния

42. Методом наиболее ранней диагностики ишемического инсульта является:

- а) классическая электроэнцефалография
- б) реоэнцефалография
- в) компьютерная томография
- г) магнитно-резонансная томография

43. Для коррекции падения сердечной деятельности при острой тяжелой черепно-мозговой травме целесообразно назначение:

- а) адреналина
- б) норадреналина
- в) мезатона
- г) дофамина

44. Вазоактивные средства при ишемическом инсульте не применяются с целью улучшения:

- а) церебральной гемодинамики
- б) водно-электролитного баланса

- в) реологического состояния крови
- г) метаболизма мозга

45. Антикоагулянты при ишемическом инсульте не противопоказаны при наличии:

- а) ревматизма
- б) артериального давления свыше 200/100 мм рт. ст.
- в) заболеваний печени
- г) язвенной болезни желудка

46. Показаниями для назначения дегидратирующих средств при ишемическом инсульте являются:

- а) выраженность общемозговой симптоматики
- б) гиповолемия
- в) гиперкоагулопатия
- г) все перечисленные

47. При гипертоническом кровоизлиянии в мозг применение антифибринолитиков не показано, поскольку:

- а) высок риск повышения артериального давления
- б) возможно значительное повышение внутричерепного давления
- в) кровоизлияние уже завершилось
- г) возможно усиление цефалгического синдрома

48. Для дегидратирующей терапии при гипертоническом кровоизлиянии в мозг при артериальном давлении 230/130 мм рт. ст. и осмолярности крови выше 300 мосм/л следует выбрать:

- а) мочевину
- б) стероиды
- в) маннитол
- г) лазикс

49. Витамин Е при остром нарушении мозгового кровообращения назначают с целью:

- а) коррекции лактацидоза
- б) коррекции гиперкоагуляции
- в) коррекции гиперагрегации
- г) торможения активации перекисного окисления липидов

50. Фибринолитическая терапия при закупорке сосудов мозга целесообразна в случае:

- а) молодого возраста больного
- б) продолжительности закупорки менее 6 ч
- в) отсутствия анурии
- г) артериального давления ниже 200/100 мм рт. ст.

51. При паренхиматозно-субарахноидальном кровоизлиянии обязательным является:

- а) утрата сознания
- б) кровянистый ликвор
- в) смещение срединного эхо-сигнала
- г) контралатеральный гемипарез

52. Противопоказанием к транспортировке в неврологический стационар больного с гипертоническим кровоизлиянием в мозг является:

- а) утрата сознания

- б) рвота
- в) психомоторное возбуждение
- г) отек легкого

53. Для инструментальной диагностики спонтанного субарахноидального кровоизлияния абсолютно необходимы данные:

- а) ангиографии
- б) реоэнцефалографии
- в) ультразвуковой доплерографии
- г) компьютерной томографии

54. Главной причиной церебральной ишемии при остром инфаркте миокарда с нарушением ритма (кардиocereбральный синдром) является:

- а) повышение вязкости крови
- б) повышение активности свертывающей системы
- в) ухудшение реологических свойств крови
- г) снижение системного перфузионного давления

55. Решающее значение в диагностике менингита имеет:

- а) острое начало заболевания с повышением температуры
- б) острое начало заболевания с менингеальным синдромом
- в) изменения спинномозговой жидкости
- г) присоединение инфекционно-токсического шока

56. При кровоизлиянии в ствол мозга не является обязательным:

- а) поражение черепно-мозговых нервов
- б) менингеальный синдром
- в) зрачковые расстройства
- г) двусторонние пирамидные симптомы

57. Для гипертонического субарахноидального кровоизлияния обязательным признаком является:

- а) утрата сознания
- б) зрачковые расстройства
- в) нистагм
- г) менингеальный синдром

58. Во время приступа генерализованной эпилепсии изменения со стороны зрачков характеризуются:

- а) анизокорией
- б) сужением
- в) расширением
- г) ничем из перечисленного

59. Первой мерой помощи на месте приступа больному с эпилептическим статусом является:

- а) бережная иммобилизация головы
- б) иммобилизация конечностей
- в) введение воздуховода в ротоглотку
- г) дача ингаляционного наркоза с закисью азота

60. Средством первой очереди в фармакотерапии эпилептического статуса на месте приступа и при транспортировке является введение в вену:

- а) маннитола
- б) диазепам
- в) тиопентала натрия
- г) пропофола

61. Объем помощи на догоспитальном этапе больным находящимся в коматозном состоянии, ограничивается назначением средств, необходимых:

- а) для купирования нарушений сердечной деятельности
- б) для купирования нарушений дыхания
- в) для обеспечения безопасной транспортировки в стационар
- г) для снятия болевого синдрома

62. Какое лекарственное средство не применяется в остром периоде ишемического инсульта:

- а) эуфиллин
- б) трентал
- в) транексамовая кислота
- г) гепарин

63. К дифференцированной терапии при острых нарушениях мозгового кровообращения относится:

- а) предупреждение и лечение нарушение дыхания
- б) антикоагулянтная и тромболитическая терапия
- в) устранение гипертермии и других вегетативных нарушений
- г) борьба с отеком мозга и внутричерепной гипертензией

64. Каков вероятный механизм снижения внутричерепного давления при гипервентиляции:

- а) уменьшение углекислоты в результате гипервентиляции приводит к церебральной вазоконстрикции
- б) гипервентиляция приводит к алкалозу, что ведет к снижению вазоактивных аминов
- в) увеличение содержания кислорода приводит к снижению синтеза простагландинов
- г) увеличение содержания кислорода предотвращает развитие гипоксического отека мозга

Эталонные ответы:

01 - б, 02 - г, 03 - б, 04 - г, 05 - в, 06 - г, 07 - г, 08 - а, 09 - в, 10 - в, 11 - а, 12 - б, 13 - в, 14 - в, 15 - б, 16 - в, 17 - в, 18 - б, 19 - б, 20 - г, 21 - в, 22 - г, 23 - г, 24 - а, 25 - а, 26 - в, 27 - г, 28 - г, 29 - г, 30 - а, 31 - а, 32 - г, 33 - г, 34 - а, 35 - г, 36 - г, 37 - б, 38 - г, 39 - в, 40 - г, 41 - а, 42 - г, 43 - г, 44 - б, 45 - а, 46 - а, 47 - в, 48 - г, 49 - г, 50 - б, 51 - б, 52 - г, 53 - г, 54 - г, 55 - в, 56 - б, 57 - г, 58 - в, 59 - в, 60 - б, 61 - в, 62 - в, 63 - б, 64 - а.

2) Контрольные вопросы:

Скорая медицинская помощь:

1. Абстинентный синдром. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь на догоспитальном этапе.

2. Акушерские кровотечения: предлежание плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, гипо- и атонические кровотечения в раннем послеродовом периоде. Клиника. Диагностика. Тактика врача скорой помощи.

3. Анафилактический шок. Клиника. Диагностика Неотложная помощь на догоспитальном этапе.
4. Аппендицит. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика ведения больного на догоспитальном этапе.
5. Астматический статус. Этиология. Клиника. Неотложная помощь на догоспитальном этапе на разных стадиях астматического статуса.
6. Болевой синдром в гинекологии: внематочная беременность, апоплексия яичника, перекрут ножки кисты яичника, острое воспаление придатков матки, пельвиоперитонит, некроз миоматозного узла. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи
7. Болевой синдром в животе. Основные причины. Дифференциальный диагноз при острых болях в животе. Тактика ведения больного на догоспитальном этапе.
8. Бронхиальная астма. Классификация обострений. Клинические особенности, диагностические критерии степени тяжести. Неотложная помощь при обострении на догоспитальном этапе.
9. Взаимодействие службы СМП с другими экстренными службами города.
10. Внезапная остановка сердца. Диагностика. Неотложная помощь на догоспитальном этапе.

Неотложная помощь при сердечно-сосудистой патологии:

1. Терминальные состояния.
2. Причины остановки кровообращения.
3. Клинические признаки остановки кровообращения. Диагностика.
4. Виды остановки кровообращения.
5. ЭКГ -признаки остановки кровообращения.
6. ЭКГ диагностика пароксизмальных аритмий.
7. Биохимические маркеры острого инфаркта миокарда.
8. Значение D-димера в диагностике ТЭЛА.
9. Двойная антитромботическая терапия при ОКС.
10. Показания к чрескожным коронарным вмешательствам.

Общая реаниматология:

1. Терминальные состояния.
2. Причины остановки кровообращения.
3. Клинические признаки остановки кровообращения. Диагностика.
4. Виды остановки кровообращения.
5. ЭКГ -признаки остановки кровообращения.
6. Стадии и этапы СЛЦР.
7. Виды нарушения свободной проходимости дыхательных путей.
8. Способы восстановления проходимости дыхательных путей.
9. Трахеостомия. Показания, противопоказания.
10. ИВЛ. Показания. Способы ИВЛ на догоспитальном этапе.
11. Режимы ИВЛ.
12. Наружный массаж сердца.
13. Способы и виды наружного массажа сердца.
14. Критерии эффективности наружного массажа сердца.
15. Осложнения наружного массажа сердца.
16. Способы повышения эффективности наружного массажа сердца
17. Медикаментозное лечение остановки кровообращения.
18. Способы введения лекарственных веществ при остановке кровообращения
19. Электрическая дефибрилляция сердца. Показания, противопоказания

20. Методика проведения электрической дефибриляции сердца.
21. Шок. Определение. классификация.
22. Клинические признаки шока.
23. Кардиогенный шок. Классификация Чазова-Ганелина. патогенез;
24. Гиповолемический шок. Классификация, патогенез, стадии
25. Перераспределительный шок. Классификация, патогенез, стадии.
26. Лечение кардиогенного шока (первая помощь.)
27. Лечение геморрагического шока (первая помощь.)
28. Лечение травматического шока (первая помощь)
29. Лечение анафилактического шока (первая помощь)
30. Классификация кровезаменителей. Инфузионно-трансфузионная терапия при кровопотери
31. Классификация ОДН.
32. Механизм патогенеза ОДН.
33. Клиника ОДН.
34. Диагностика ОДН.
35. Методы оксигенотерапии. Опасности. Осложнения.
36. ГБО.
37. Отек лёгких. Лечение на догоспитальном этапе.
38. Аспирационный синдром. Профилактика и лечение на догоспитальном этапе.
39. Пневмоторакс. Виды, первая помощь.
40. Инородные тела дыхательных путей. Неотложная помощь.
41. Острые отравления (острая химическая болезнь). Классификация.
42. Диагностика острых отравлений. Основные патологические синдромы.
43. Экзотоксический шок. Диагностика, неотложная помощь.
44. Общие принципы неотложной терапии острых отравлений.
45. Методы детоксикационной терапии (Е.А.Лужников),
46. Коматозные состояния. Классификация.
47. Коматозные состояния. Основные патологические синдромы
48. Дифференциальная диагностика коматозных состояний.
49. Оценка тяжести коматозного состояния (шкала Глазго-Питсбурга).
50. Общие принципы неотложной терапии коматозных состояний.
51. Боль. Классификация, патофизиология, методы терапии.

Токсикология:

1. Стадии острого отравления.
2. Летальный синтез – определение понятия.
3. Методы усиления естественной детоксикации.
4. Факторы, влияющие на тяжесть течения отравлений.
5. Методы искусственной детоксикации.
6. Виды антидотов, примеры их применения.
7. Противопоказания к промыванию желудка.
8. Противопоказания к искусственной экстракорпоральной детоксикации.
9. Особенности промывания желудка у больных в коматозном состоянии.
10. Виды желудочных кровотечений на фоне острых отравлений.
11. Дыхательная недостаточность, на фоне отравлений, особенности интенсивной терапии.
12. Экзотоксический шок. Этиопатогенез, клиника, диагностика, профилактика и особенности интенсивной терапии .
13. Особенности течения и лечения отравлений у детей.
14. Отравления этанолом - этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение.
15. Отравления угарным газом- этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение.

16. Отравления ФОС - этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение.
17. Отравления медикаментозными препаратами психотропного действия - этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение.
18. Отравления медикаментозными препаратами кардиотоксического действия - этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение.
19. Отравления прижигающими жидкостями - этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение.
20. Почечно-печеночная недостаточность на фоне острых отравлений - этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение.

Нейрореаниматология:

1. Традиционная клиническая классификация ОНМК.
2. Факторы риска инсульта.
3. Церебральные гипертонические кризы, патогенез, классификация, лечение.
4. Лечение осложненного ЦГК.
5. Основные клинические синдромы мозгового инсульта.
6. Патогенетические подтипы ишемического инсульта.
7. Методы измерения ВЧД.
8. Фармакологические аспекта анестезиологического обеспечения нейрохирургических операций.
9. Специальные компоненты анестезии при анестезиологическом обеспечении нейрохирургических операций.
10. Классификация хирургического риска у больных с внутричерепными аневризмами (по Хангу и Хессу).
11. Метаболизм мозга.
12. Патофизиологические аспекты и методы измерения ВЧД.
13. Клиническая картина и стратегия лечения повышенного ВЧД.
14. Защита головного мозга от ишемии.
15. Особенности анестезиологического обеспечения операций на задней черепной ямке.

3) Ситуационные задачи:

Скорая медицинская помощь:

1. Больная И., 28 лет, вызвала бригаду СМП в связи с острым появлением одышки и тугой боли в грудной клетке около 1 часа назад. Какие-либо хронические заболевания в анамнезе отрицает, до сегодняшнего дня считала себя здоровой. Принимает оральные контрацептивы, регулярно наблюдается у гинеколога. При осмотре состояние тяжелое. Лежит низко, кожные покровы бледные, цианоз губ, одышка в покое до 32 в 1 мин. Определяются набухание и пульсация шейных вен, акцент и раздвоение II тона на легочной артерии. ЧСС=120 в 1 мин, ритм правильный, АД=90/60 мм рт.ст. Печень увеличена (+3 см из-под края реберной дуги), край при пальпации заостренный, болезненный. Периферических отеков нет. Была зарегистрирована ЭКГ.

Вопросы:

Опишите ЭКГ данного пациента.

Каков предполагаемый диагноз?

Какие неотложные мероприятия следует провести?

Показана ли госпитализация (если да, то в какое отделение и каков способ транспортировки)?

2. Больная М., 50 лет. Вызов бригады "скорой помощи" обусловлен жгучими болями в области нижней трети грудины и эпигастрии, беспокоящими в течение последних 3-х дней. Линейной бригадой зафиксировано: больная повышенного питания, заторможена, ЧСС=90 в 1 мин, на вопросы отвечает с трудом после длительной паузы. АД=150/100 мм рт.ст.

На ЭКГ: ритм синусовый, горизонтальное положение ЭОС, умеренные признаки гипертрофии левого желудочка, изменения зубца Т в виде его сглаженности или двухфазности в большинстве отведений. Поставлен диагноз: "ИБС: Прогрессирующая стенокардия". Проведено лечение: изокет аэрозоль 2 дозы (без эффекта), в/м 2 мл 50% р-ра апаальгина и 1 мл 1% р-ра димедрола с последующим введением 1 мл 2% р-ра промедола и 2 мл 0,25% р-ра дроперидола. После проведенной терапии больная на вопросы пытается отвечать (издает бессловесные звуки), голос тихий. Однако обращает на себя внимание резкая сухость кожи и слизистых, снижение тургора кожи и глазных яблок. Тахипное до 24 в 1 мин. Слабый запах ацетона изо рта. ЧСС 100 в 1 мин, АД=110/80 мм рт.ст. Признаков застоя по малому кругу кровообращения нет. Печень на 2 см выступает из-под реберного края, плотно-эластической консистенции. На повторной ЭКГ через 25 мин: синусовая тахикардия, горизонтальное положение ЭОС, гипертрофия левого желудочка. У родственников удалось выяснить, что в течение полугода у нее отмечалась сильная жажда (она многократно вставала ночью пить воду) и повышенный аппетит, несмотря на который она за это время потеряла около 20 кг.

Вопросы:

Каков предполагаемый диагноз?

Какие ошибки при оказании помощи на догоспитальном этапе?

Показана ли госпитализация (если да, то в какое отделение и каков способ транспортировки)?

3. Мужчина 25 лет предъявляет жалобы на сухой непродуктивный кашель и одышку при небольшом физическом напряжении. Указанные жалобы беспокоят его в течение примерно 1 недели, сегодня в течение дня отметил усиление симптомов, уменьшение толерантности к физической нагрузке, в связи с чем решил вызвать скорую помощь. В течение предшествующего месяца он лечился амбулаторно по поводу умеренно выраженного воспаления подкожной жировой клетчатки левой голени, получал антибиотики – азитромицин 500 мг 1 раз в сутки в течение 6 дней и ципрофлоксацин 500 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней, явления воспаления были полностью купированы. За последние 2 недели пациент отмечал кратковременные перебои в работе сердца, по поводу которых к врачу не обращался. В анамнезе у пациента бронхиальная астма, инфекционно-аллергическая, легкое течение, в течение последнего месяца эпизодов астмы не отмечал. По поводу астмы использует ингаляционные β_2 -агонисты (сальбутамол) по требованию. Пациент не курит, алкоголь употребляет эпизодически. Аллергические реакции на медикаменты отрицает. При объективном осмотре мужчина умеренного питания с обычным цветом кожных покровов. Температура тела 36,7°C. В легких обнаружено везикулярное дыхание, хрипов не выслушивается, частота дыхательных движений 20 в минуту. Перкуторные границы сердечной тупости не изменены. При аускультации сердца тоны ритмичные, тахикардия 112 в минуту, акцент II тона во 2 межреберье справа от грудины, выслушивается дующий систолический шум градации 2/6 по левому краю грудины, проводящийся в область шеи. АД 135/85 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, патологических симптомов не выявляется, печень, селезенка не увеличены. Очаговой неврологической симптоматики не выявляется. Отмечается незначительная отечность левой голени, без гиперемии, пальпация безболезненна. Была зарегистрирована ЭКГ.

Вопросы:

Опишите ЭКГ данного пациента

Каков Ваш диагноз?

Какова Ваша тактика у данного пациента?

Показана ли госпитализация (если да, - то в какое отделение и каков способ транспортировки)?

4. Вызов бригады СМП к мужчине 21 год, потеря сознания. На месте: мужчина лежит в кухне на диване. Сознание отсутствует, суммарно оценен 5-6 баллов Glasgow. Кожные покровы чистые, бледные, горячие на ощупь. Температура тела 38,7°C. В легких везикулярное

дыхание, проводные хрипы. ЧД 34 в мин. Дыхание аритмичное. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС=Ps=92 уд в мин. АД=100/60 мм рт.ст. На пальпацию живота не реагирует. Перистальтика ослаблена. Пневматоза кишечника нет. Следы непроизвольного мочеиспускания на одежде. Периферических отеков нет. Зрачки: D>S (резко расширен), реакция на свет ослаблена. Корнеальные рефлексы ослаблены. Асимметрии лица нет. Выраженный клонус стоп, мышцы нижних конечностей напряжены, верхние конечности напряжены, немного согнуты в локтевых суставах, вывернуты ладонями наружу. Постоянные приступы судорог (клонические, клонико-тонические). Выраженная ригидность затылочных мышц. Локально: на правой височной области – незначительные эдаины кожных покровов, на теменно-затылочной области справа – подкожная гематома около 5-6 см в диаметре. ЭКГ: ритм синусовый, правильный; высокий, равнобедренный зубец «Т» в V₁-V₄. Со слов родственников, вчера около 23.00 был избит во дворе, якобы терял сознание на некоторое время, затем пришел в себя, самостоятельно дошел до дома, жаловался на головную боль. Сегодня около 7 часов утра был обнаружен без сознания, со следами рвоты и непроизвольного мочеиспускания, с приступами судорог.

Вопросы:

Ваш предположительный диагноз?

Какова Ваша тактика ведения данного пациента?

Показана ли госпитализация (если да, - то в какое отделение и каков способ транспортировки).

5. Вызов бригады СМП к женщине 51 года, найденной 10 мин назад в своей комнате без сознания матерью. На момент приезда: большая без сознания, кожные покровы гиперемированы, влажные. На раздражители не реагирует, позывы на рвоту, рядом рвотные массы. Непроизвольное мочеиспускание. АД не определяется. ЧСС=100 уд в мин, пульс слабого наполнения. Дыхание аperiodическое по типу Чейн-Стокса. ЧД=28-30 в мин. Зрачки широкие, фиксированы по центру, фотореакция вялая. Сухожильные рефлексы снижены, менингеальные симптомы отрицательные. Со слов матери, больная состоит на учете у эндокринолога с заболеванием щитовидной железы. Накануне вечером у нее резко снизилось АД, к врачу не обращалась. Врачом бригады СМП выполнен глюкозотест: 6,7 ммоль/л.

Вопросы:

Ваш предположительный диагноз?

Какова Ваша тактика ведения данного пациента?

Показана ли госпитализация (если да, - то в какое отделение и каков способ транспортировки).

Неотложная помощь при сердечно-сосудистой патологии:

1. Больной В., 57 лет, водитель автобуса. Вызвал участкового терапевта в связи с интенсивными болями за грудиной, возникшими 1,5 ч назад; боль давящего характера, иррадирует в левое плечо и предплечье, сопровождается нарастающей слабостью, холодным потом. Прием валидола боль не купирует. Объективно: общее состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, влажные, цианоз губ, крыльев носа, кашли холодного липкого пота на лице. Температура тела 36,8С, пульс 98 в 1 мин, ритмичный, слабого наполнения и напряжения; АД 105/70 мм рт. ст. Границы сердца расширены влево до среднеключичной линии, талия сердца сохранена. Аускультативно: тоны сердца ослаблены, глухие, «ритм галона». Над легкими ясный легочный звук, дыхание везикулярное. Живот мягкий; печень у края реберной дуги, при пальпации мягкая, безболезненная. Селезенка не прощупывается.

Ваш предположительный (предварительный) диагноз? Ваша тактика?

2. Вы – врач кардибригады (БИТ) на вызове к мужчине 49 лет с жалобами на жгучую и сжимающую боль за грудиной и в прекардиальной области. Боль носит волнообразный характер, возникла впервые в жизни, после интенсивной физической нагрузки. Медикаментозных препаратов не принимал. Общее состояние пациента ближе к тяжелому. Большой

возбуждён, мечется в постели. Кожные покровы бледные, влажные – холодный пот. АД 100/60 мм рт. ст., пульс – 104 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, патологических шумов нет. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, при пальпации безболезненный.

Ваш диагноз? Ваши действия? Ваше заключение и дальнейшая тактика?

3. Вы – врач приёмного покоя БСМП. Бригадой «скорой помощи» доставлен мужчина 54 лет с купированным болевым синдромом. На ЭКГ, зарегистрированной «скорой помощью», картина переднего распространённого инфаркта миокарда в стадии повреждения. На догоспитальном этапе внутривенно введены морфин и гепарин, сублингвально – нитроглицерин, аспирин, клопидогрел. При измерении АД в приёмном покое состояние пациента внезапно ухудшилось: появились общая слабость, головокружение, кожные покровы побледнели, покрылись холодным потом, развился акроцианоз. АД 60/30 мм рт. ст., пульс 170 уд. в 1 мин, слабого наполнения и напряжения, аритмичный. Тоны сердца глухие. ЧД 28 в 1 мин.

Ваше заключение? Ваши действия?

После проведённых мероприятий состояние больного улучшилось, АД 115/65, пульс 90 в 1 мин, удовлетворительных качеств. Пациент доставлен в ИРИТ. Составьте план лечения пациента.

4. У пациентки, 68 лет, находящейся на стационарном лечении по поводу ИБС, прогрессирующей стенокардии, внезапно появились тяжесть в груди, интенсивная головная боль (преимущественно в затылочной области), однократная рвота без предшествующей тошноты и последующего облегчения, удушье, кашель. При кашле выделяется пенистая розовая мокрота. В анамнезе артериальная гипертония (оптимальное АД 145/95 мм рт.ст.). Объективно: состояние тяжёлое. Пациентка заторможена, положение ортопноэ. Кожные покровы бледные, покрыты холодным потом, выраженный цианоз. Дыхание учащённое, клочковатое, с участием вспомогательной мускулатуры. ЧД 28 в 1 мин. АД 195/110 мм рт. ст., пульс – 96 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, тахикардия. Аускультативно над всей поверхностью лёгких выслушиваются обильные разнокалиберные влажные хрипы (преимущественно средне- и крупнопузырчатые).

Ваш диагноз? Ваша тактика?

5. Больной В., 35 лет, доставлен в приёмное отделение БСМП в тяжёлом состоянии с жалобами на резкую раздирающую боль за грудиной, слабость. Сопровождающие больного лица сообщили, что в трамвае (больной ехал на работу) ему стало плохо, он побледнел, покрылся холодным потом. Жаловался на резкую боль в области сердца. На остановке его вывели из трамвая и доставили в больницу. При осмотре: кожные покровы бледные, влажные, на лице – капельки пота. Пульс 110 в 1 мин, слабого наполнения и напряжения. АД 80/40 мм рт. ст. Врач ещё не закончил осмотр, как больной потерял сознание. Пульс и АД не определяются. Зрачки расширены, на свет не реагируют, единичные дыхательные движения, быстро нарастающий цианоз.

Ваш диагноз? Ваши действия?

6. Больная Ч., 57 лет, страдает ИБС, 4 года назад перенесла ОИМ. Около месяца назад стала ощущать «перебои» в работе сердца с чувством замирания. При осмотре: температура 36,7С, ЧД 17 в 1 мин., АД 130/80 мм рт. ст.

Ваше заключение? Ваша тактика?

7. В приёмный покой доставлен 45-летний мужчина без сознания. Пульс и АД не определяются, зрачки расширены, на свет не реагируют. Дыхательные движения единичны. Быстрое нарастание цианоза.

Что с больным? Что необходимо сделать в первую очередь?

8. У больного Э., 56 лет, в первые сутки инфаркта миокарда развился приступ сердцебиения, сопровождающийся резкой слабостью и снижением АД до 80/40 мм рт. ст.

Какое нарушение ритма развилось у пациента? Ваша тактика?

9. Больной Г., 51 года, обратился в поликлинику по поводу загрудинной боли сжимающего характера, которая возникла после небольшой физической нагрузки (подъём по лестнице на 2 этаж), продолжалась 20 мин, не иррадиировала, прошла самостоятельно в покое. Подобные приступы впервые появились 2 нед назад, повторяются ежедневно (до 8-10 раз в сутки), при умеренной физической или эмоциональной нагрузке. За медицинской помощью не обращался. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Пульс 80 в 1 мин, хорошего наполнения. АД 150/90 мм рт. ст. Границы сердца расширены влево на 1 см. Тоны сердца звучные, ясные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Печень не увеличена. Анализ крови: Нв 130 г/л, эр. $3,85 \times 10^{12}/л$, л. $9,2 \times 10^9/л$, э. 1%, п. 4%, с. 66%, л. 23%, м. 6%, СОЭ 21 мм/ч. Анализ мочи: относительная плотность 1,022; белка, сахара нет, л. 2-3 в поле зрения.

Ваш предварительный диагноз? Какой должна быть дальнейшая врачебная тактика?

10. Больной Т., 48 лет, доставлен в приёмное отделение с жалобами на резчайшую боль за грудиной, иррадирующую в обе руки, под левую лопатку. В течение последних 10 дней при ходьбе по ровной местности (до 50 м) отмечает периодически возникающую боль за грудиной меньшей интенсивности и продолжительности. При осмотре: состояние тяжёлое, кожные покровы бледные, холодные, влажные. Пульс 124 в 1 мин, слабого наполнения и напряжения, аритмичный. АД 82/38 мм рт. ст. Тоны сердца глухие. ЧД 28 в мин.

Ваш диагноз? Ваша тактика?

11. Больной В., 60 лет, жалуется на приступы стенокардии 1-2 раза в месяц, которые быстро купируются нитроглицерином. Болен 3 года. В течение последней недели загрудинная боль стала появляться при малейшем физическом напряжении, в связи с чем больной вынужден принимать по 15-20 таблеток нитроглицерина в день и соблюдать полупостельный режим. При осмотре: состояние удовлетворительное. Границы сердца не расширены. АД 160/90 мм рт. ст.

12. Больной С., 42 лет. Внезапно развился интенсивный приступ загрудинных болей и на его фоне отёк лёгких.

Ваш диагноз? Ваша лечебная тактика?

13. Больной К., 68 лет, начальник цеха завода. Доставлен в клинику кардиологической бригадой «скорой помощи» с приступом резких болей за грудиной, возникших в ночное время; боли давящего, жгучего характера, мучительные, беспокоят более 6 ч. При осмотре состояние тяжёлое, больной в сознании, но почти не реагирует на окружающее. Кожные покровы бледно-серого цвета с цианотичным оттенком, обильный липкий пот. Температура тела 37,2С, АД 65/40 мм рт. ст., пульс 126 в 1 мин, ритмичный, слабого наполнения и напряжения. Границы сердца умеренно расширены влево (на 0,5 см кнаружи от срединно-ключичной линии); тоны сердца ослаблены, глухого тембра. В лёгких дыхание везикулярное, проводится по всем полям аускультации; хрипов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень у края рёберной дуги, мягкая, безболезненная. Селезенка не прощупывается. Периферических отёков нет.

Ваш диагноз? Неотложная помощь?

14. Больной К., 60 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на слабость, быструю утомляемость, головную боль, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами, боль в области сердца, плохой сон. Болит 2 года, состояние постепенно ухудшается. За медицинской помощью не обращался. При осмотре: больной правильного телосложения, повышенного питания, окраска кожи физиологическая. Над лёгкими перкуторный звук ясный, лёгочный; аускультативно — везикулярное дыхание. Границы сердца расширены влево; тоны сердца приглушены, ритм правильный, II тон акцентирован в проекции аортального клапана. АД 220/110 мм рт. ст. Пульс 94 в 1 мин, ритмичный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отёков нет.

Ваш диагноз? Какие дополнительные исследования необходимы? Какое необходимо лечение?

15. Больной 64 лет, находящийся в травматологическом отделении с переломом шейки бедра, почувствовал внезапную острую боль в правой половине грудной клетки, кашель с небольшим количеством мокроты, одышку. Ухудшение состояния в течение 2 ч. Объективно: состояние пациента средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, акроцианоз. АД 110/60 мм рт. ст., пульс 100 в мин. Тоны сердца приглушены, патологических шумов нет, акцент II тона над лёгочной артерией. В лёгких справа, на уровне V ребра и ниже (по средней подмышечной линии) — локальное укорочение перкуторного звука, ослабленное дыхание, выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы, шум трения плевры. ЧДД 20 в 1 мин. Во время осмотра терапевтом у больного развился приступ кашля и кровохарканья, шейные вены набухли, стал нарастать интенсивный центральный цианоз. На ЭКГ — признаки острого лёгочного сердца (отклонение электрической оси сердца влево, «r-pulmonale» в отведениях II, III, aVF, V1-2 неполная блокада правой ножки пучка Гиса, глубокий SI, QIII, отрицательный зубец TIII, aVF, V1-3).

Ваш диагноз? Неотложные мероприятия?

Общая реаниматология:

1. Больная И., 28 лет, вызвала бригаду СМП в связи с острым появлением одышки и тупой боли в грудной клетке около 1 часа назад. Какие-либо хронические заболевания в анамнезе отрицает, до сегодняшнего дня считала себя здоровой. Принимает оральные контрацептивы, регулярно наблюдается у гинеколога. При осмотре состояние тяжелое. Лежит низко, кожные покровы бледные, цианоз губ, одышка в покое до 32 в 1 мин. Определяются набухание и пульсация шейных вен, акцент и раздвоение II тона на лёгочной артерии. ЧСС=120 в 1 мин, ритм правильный, АД=90/60 мм рт.ст. Печень увеличена (+3 см из-под края реберной дуги), край при пальпации заостренный, болезненный. Периферических отеков нет. Была зарегистрирована ЭКГ.

Вопросы: Опишите ЭКГ данного пациента. Каков предполагаемый диагноз? Какие неотложные мероприятия следует провести? Показана ли госпитализация (если да, то в какое отделение и каков способ транспортировки)?

2. Больная М., 50 лет. Вызов бригады «скорой помощи» обусловлен жгучими болями в области нижней трети грудины и эпигастрии, беспокоящими в течение последних 3-х дней. Линейной бригадой зафиксировано: больная повышенного питания, заторможена, ЧСС=90 в 1 мин, на вопросы отвечает с трудом после длительной паузы. АД=150/100 мм рт.ст. На ЭКГ: ритм синусовый, горизонтальное положение ЭОС, умеренные признаки гипертрофии левого желудочка, изменения зубца T в виде его сглаженности или двухфазности в большинстве отведений. Поставлен диагноз: «ИБС: Прогрессирующая стенокардия». Проведено лечение: изокет аэрозоль 2 дозы (без эффекта), в/м 2 мл 50% р-ра анальгина и 1 мл 1% р-ра димедрола с последующим введением 1 мл 2% р-ра промедола и 2 мл 0,25% р-ра дроперидола. После проведенной терапии больная на вопросы пытается отвечать (издает бессловесные звуки), голос тихий. Однако обращает на себя внимание резкая сухость кожи и слизистых, снижение тургора кожи и глазных яблок. Тахисисто до 24 в 1 мин. Слабый

запах ацетона изо рта. ЧСС 100 в 1 мин, АД=110/80 мм рт.ст. Признаков застоя по малому кругу кровообращения нет. Печень на 2 см выступает из-под реберного края, плотно-эластической консистенции. На повторной ЭКГ через 25 мин: синусовая тахикардия, горизонтальное положение ЭОС, гипертрофия левого желудочка. У родственников удалось выяснить, что в течение полугода у нее отмечалась сильная жажда (она многократно вставала ночью пить воду) и повышенный аппетит, несмотря на который она за это время потеряла около 20 кг.

Вопросы: Каков предполагаемый диагноз? Какие ошибки при оказании помощи на догоспитальном этапе? Показана ли госпитализация (если да, то в какое отделение и каков способ транспортировки)?

3. Мужчина 25 лет предъявляет жалобы на сухой непродуктивный кашель и одышку при небольшом физическом напряжении. Указанные жалобы беспокоят его в течение примерно 1 недели, сегодня в течение дня отметил усиление симптомов, уменьшение толерантности к физической нагрузке, в связи с чем решил вызвать скорую помощь. В течение предшествующего месяца он лечился амбулаторно по поводу умеренно выраженного воспаления подкожной жировой клетчатки левой голени, получал антибиотики – азитромицин 500 мг 1 раз в сутки в течение 6 дней и ципрофлоксацин 500 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней, явления воспаления были полностью купированы. За последние 2 недели пациент отмечал кратковременные перебои в работе сердца, по поводу которых к врачу не обращался. В анамнезе у пациента бронхиальная астма, инфекционно-аллергическая, легкое течение, в течение последнего месяца эпизодов астмы не отмечал. По поводу астмы использует ингаляционные β_2 -агонисты (сальбутамол) по требованию. Пациент не курит, алкоголь употребляет эпизодически. Аллергические реакции на медикаменты отрицает. При объективном осмотре мужчина умеренного питания с обычным цветом кожных покровов. Температура тела 36,7°C. В легких обнаружено везикулярное дыхание, хрипов не выслушивается, частота дыхательных движений 20 в минуту. Перкуторные границы сердечной тупости не изменены. При аускультации сердца тоны ритмичные, тахикардия 112 в минуту, акцент II тона во 2 межреберье справа от грудины, выслушивается дующий систолический шум градации 2/6 по левому краю грудины, проводящийся в область шеи. АД 135/85 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, патологических симптомов не выявляется, печень, селезенка не увеличены. Очаговой неврологической симптоматики не выявляется. Отмечается незначительная отечность левой голени, без гиперемии, пальпация безболезненна. Была зарегистрирована ЭКГ.

Вопросы: Опишите ЭКГ данного пациента. Каков Ваш диагноз? Какова Ваша тактика у данного пациента? Показана ли госпитализация (если да, - то в какое отделение и каков способ транспортировки)?

4. Вызов бригады СМП к мужчине 21 год, потеря сознания. На месте: мужчина лежит в кухне на диване. Сознание отсутствует, суммарно оценен 5-6 баллов Glasgow. Кожные покровы чистые, бледные, горячие на ощупь. Температура тела 38,7°C. В легких везикулярное дыхание, проводные хрипы. ЧД 34 в мин. Дыхание аритмичное. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС=Ps=92 уд в мин. АД=100/60 мм рт.ст. На пальпацию живота не реагирует. Перистальтика ослаблена. Пневматоза кишечника нет. Следы непроизвольного мочеиспускания на одежде. Периферических отеков нет. Зрачки: D>S (резко расширен), реакция на свет ослаблена. Корнеальные рефлексы ослаблены. Ассиметрии лица нет. Выраженный клонус стоп, мышцы нижних конечностей напряжены, верхние конечности напряжены, немного согнуты в локтевых суставах, вывернуты ладонями наружу. Постоянные приступы судорог (клонические, клонико-тонические). Выраженная ригидность затылочных мышц. Локально: на правой височной области – незначительные ссадины кожных покровов, на теменно-затылочной области справа – подкожная гематома около 5-6 см в диаметре. ЭКГ: ритм синусовый, правильный; высокий, равнобедренный зубец «Т» в V₁-V₄. Со слов родственников, вчера около 23.00 был избит во дворе, якобы терял сознание на некоторое время, затем пришел в себя, самостоятельно дошел до дома, жаловался на головную боль.

Сегодня около 7 часов утра был обнаружен без сознания, со следами рвоты и непроизвольного мочеиспускания, с приступами судорог.

Вопросы: Ваш предположительный диагноз? Какова Ваша тактика ведения данного пациента? Показана ли госпитализация (если да, - то в какое отделение и каков способ транспортировки).

Токсикология:

1. Больной А. доставлен попутным транспортом. Обнаружен в бессознательном состоянии на территории гаража. Анамнез неизвестен. При осмотре: кожные покровы с синюшным оттенком. Правая рука в объеме больше левой, на всем ее протяжении определяется плотная инфильтрация и отек подкожной клетчатки, участками эритема и кровоподтеки. Дыхание шумное, редкое, ЧДД 13 в мин. Периодически клонико-тонические судороги. Глазные яблоки напряжены, склеры инъекцированы, зрачки широкие, равные. Ригидность затылочных мышц. Симптом Бабинского с обеих сторон. Дыхание с участием вспомогательных мышц, в легких везикулярное, ослабленное, в нижних отделах с обеих сторон влажные хрипы. Тоны сердца глухие, экстрасистолия. АД 80/50 мм рт.ст., живот мягкий, печень и селезенка не увеличены. За 12 часов наблюдения мочи не было.

Задание: Предположительный диагноз, диагностическая и лечебная тактика.

2. Больная В., 48 лет, доставлена в приемный покой с работы. Со слов очевидцев, больная стояла в очереди за деньгами, жаловалась на головную боль, слабость. Говорила, что накануне рано закрыла печную трубу. Больная внезапно упала, появились судороги, непроизвольное мочеиспускание. При осмотре: состояние тяжелое, кожные покровы лица гиперемированы, паралич зрения. Зрачки обычных размеров, равные. Справа повышены коленный и ахиллов рефлексы, положительный рефлекс Бабинского. Ригидность затылочных мышц. Дыхание шумное, при аускультации везикулярное, жесткое, единичные сухие хрипы. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 56 в мин. АД 140/100 мм рт.ст. Живот вздут. Печень у края реберной дуги. В крови: сахар 3,7 ммоль/л, креатинин 0,45 ммоль/л

Задание: Предположительный диагноз, диагностическая и лечебная тактика.

Нейрореаниматология:

1. Больной 68 лет поступил в РСЦ с клиникой глубокого левостороннего гемипареза, который возник внезапно во время уборки снега за 2 часа до поступления. АД – 150/90 мм рт.ст., ЧСС – 60 в мин, ЭКГ – нормосистолический вариант мерцательной аритмии, гликемия – 6,9 ммоль/л. Страдает гипертонической болезнью, мерцательной аритмией, принимает дигоксин, конкор, варфарин по 3,75 мг/сут, МНО месяц назад – 3,9. При осмотре – гемиплегия слева, дизартрия. В анализах – без отклонений от нормы, МНО 4,6. На КТ – признаки формирования массивной ишемии в правой гемисфере (тотальный отек полушария).

Тактика лечения, применение реперфузионных и нейрохирургических методик.

2. В ОАР РСЦ 34 день лечится пациент 74 лет, госпитализированный по поводу повторного ишемического инсульта в средней мозговой артерии слева. За 3 года до этого – ишемический инсульт в средней мозговой артерии справа, был левосторонний гемипарез. Во время поступления выявлялся тетрапарез (слева – спастический, справа – гипотония), афазия. На КТ – киста правой лобно-теменной области, «свежий» очаг слева в глубинных отделах полушария. 24 дня на ИВЛ, в последние дни – во вспомогательном режиме, дышит сам, трахеостома. Гемодинамика стабилизирована, в неврологическом статусе – глубокий тетрапарез и псевдобульбарный синдром, не глотает, правая голосовая связка не фонирована, речи нет, обращенную не понимает. Перенес пневмонию, в настоящее время – в стадии регресса, получает антибактериальную терапию.

Диагноз, дальнейшая тактика лечения.

**Экзаменационные билеты
для государственной итоговой аттестации**

по специальности «31.08.48 СКОРАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ»

Билет № 1

1. Абстинентный синдром. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь на догоспитальном этапе.
2. Акушерские кровотечения: предлежание плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, гипо- и атонические кровотечения в раннем послеродовом периоде. Клиника. Диагностика. Тактика врача скорой помощи.
3. Анафилактический шок. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь на догоспитальном этапе.

Билет № 2

1. Аппендицит. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика ведения больного на догоспитальном этапе.
2. Астматический статус. Этиология. Клиника. Неотложная помощь на догоспитальном этапе на разных стадиях астматического статуса.
3. Болевой синдром в гинекологии: внематочная беременность, апоплексия яичника, перекрут ножки кисты яичника, острое воспаление придатков матки, пельвиоперитонит, некроз миоматозного узла. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.

Билет № 3

1. Болевой синдром в животе. Основные причины. Дифференциальный диагноз при острых болях в животе. Тактика ведения больного на догоспитальном этапе.
2. Бронхиальная астма. Классификация обострений. Клинические особенности, диагностические критерии степени тяжести. Неотложная помощь при обострении на догоспитальном этапе.
3. Взаимодействие службы СМП с другими экстренными службами города.

Билет № 4

1. Внезапная остановка сердца. Диагностика. Неотложная помощь на догоспитальном этапе.
2. Реанимация и интенсивная терапия в условиях догоспитального этапа.
3. Травмы и заболевания гортани и шейного отдела трахеи и пищевода. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.

Билет № 5

1. Основы врачебной этики и медицинской деонтологии.
2. Неотложная помощь при коматозных состояниях.
3. Травмы и заболевания носа. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.

Билет № 6

1. Методы анестезиологического пособия, применяемые в условиях догоспитального этапа.
2. Острые хирургические заболевания желудка и 12-перстной кишки. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.
3. Эпилепсия и судорожные состояния. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.

Билет № 7

1. Неотложная помощь при острых гинекологических заболеваниях. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.

2. Неотложная помощь при острых интоксикационных психозах. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.
3. Возрастные особенности ребенка с позиций оказания неотложной помощи.

Билет № 8

1. Вопросы организации первой медицинской помощи пострадавшим в условиях массовых катастроф, аварий.
2. Неотложная помощь при кишечных инфекциях. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.
3. Тепловой и солнечный удар. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.

Билет № 9

1. Лекарственные средства и инфузионные среды, используемые в неотложной терапии у детей.
2. Неотложная помощь при воздушно-капельных инфекциях. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.
3. Множественные сочетанные и комбинированные повреждения опорно - двигательного аппарата. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.

Билет № 10

1. Принципы оказания неотложной помощи при травмах опорно - двигательного аппарата.
2. Острый приступ глаукомы. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.
3. Повреждения верхних конечностей. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.

Билет № 11

1. Организация скорой помощи населению в РФ.
2. Острые хирургические заболевания желчевыводящих путей. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.
3. Острые нарушения мозгового кровообращения. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.

Билет № 12

1. Раны мягких тканей. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.
2. Клиническая токсикология ядов, действующих по принципу их избирательной токсичности. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.
3. Неотложные состояния у поворожденных. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.

Билет № 13

1. Санитарно-противоэпидемическое обеспечение населения в чрезвычайных ситуациях.
2. Неотложная помощь при трансмиссивных инфекциях. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.
3. Острые воспалительные заболевания в урологии и мочекаменная болезнь. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.

Билет № 14

1. Повреждения и заболевания уха, горла носа и глаз. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.
2. Прерывание беременности и роды вне стационара. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.
3. Гипотермия. Отморожения. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.

Билет № 15

1. Состояния и заболевания, требующие реанимации и интенсивной терапии у детей. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.
2. Оказание медицинской помощи населению, пострадавшему в чрезвычайных ситуациях.
3. Травмы груди. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.

Билет № 16

1. Острые хирургические заболевания кишечника. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.
2. Объемные процессы головного и спинного мозга. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.
3. Современные методы лечения острых отравлений на догоспитальном этапе.

Билет № 17

1. Острые воспалительные заболевания половых органов у мужчин. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.
2. Организация и содержание первой медицинской помощи пострадавшим в очаге чрезвычайных ситуаций.
3. Травмы у детей. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.

Билет № 18

1. Острые инфекционные заболевания. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.
2. Неотложная помощь при острых психических заболеваниях. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.
3. Острые заболевания и травмы челюстно-лицевой области. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.

Билет № 19

1. Внутричерепная травма. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.
2. Неотложная помощь при острых гинекологических заболеваниях. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.
3. Органические психические расстройства. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.

Билет № 20

1. Термические ожоги. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.
2. Неотложная помощь при острых вирусных гепатитах. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.

3. Методы реанимации и интенсивной терапии в детском возрасте.

Билет № 21

1. Острые хирургические заболевания органов грудной клетки и брюшной полости. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.
2. Острые воспалительные заболевания головного и спинного мозга и их оболочек. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.
3. Сочетанные и множественные травмы груди и живота. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.

Билет № 22

1. Острые хирургические заболевания поджелудочной железы. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.
2. Травмы и заболевания периферической нервной системы. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.
3. Открытые переломы костей и суставов. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.

Билет № 23

1. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и неотложная помощь при карантинных, особоопасных и раневых инфекциях. Тактика врача скорой помощи.
2. Организация медицинской помощи при авариях катастрофах и стихийных бедствиях.
3. Острые заболевания и травмы уха. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.

Билет № 24

1. Неотложная помощь при шоковых состояниях. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.
2. Травмы живота. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.
3. Травмы позвоночника. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.

Билет № 25

1. Травмы и заболевания глотки. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.
2. Повреждения нижних конечностей. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.
3. Кровотечения, шок и терминальные состояния в акушерстве и гинекологии. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.

Билет № 26

1. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и неотложная помощь при пограничных состояниях. Тактика врача скорой помощи.
2. Патологические синдромы при острых отравлениях.
3. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика и неотложная помощь при нейроинфекциях. Тактика врача скорой помощи.

Билет № 27

1. Гипертензионные осложнения беременности. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.

2. Травма мочеполовых органов. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.

3. Перитонит. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.

Билет № 28

1. Воспалительные заболевания и травмы глаз. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.

2. Заболевания вегетативной нервной системы. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.

3. Травма позвоночника. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.

Билет № 29

1. Травма таза. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.

2. Воздействие ионизирующей радиации. Комбинированные поражения. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.

3. Методы реанимации и интенсивной терапии в детском возрасте.

Билет № 30

1. Термические ожоги. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.

2. Организация медицинской помощи при авариях катастрофах и стихийных бедствиях.

3. Кровотечения, шок и терминальные состояния в акушерстве и гинекологии. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.

Билет № 31

1. Органические психические расстройства. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.

2. Острые хирургические заболевания кишечника. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.

3. Неотложная помощь при воздушно-капельных инфекциях. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.

Билет № 32

1. Санитарно-противоэпидемическое обеспечение населения в чрезвычайных ситуациях.

2. Неотложная помощь при кишечных инфекциях. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.

3. Акушерские кровотечения: предлежание плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, гипо- и атонические кровотечения в раннем послеродовом периоде. Клиника. Диагностика. Тактика врача скорой помощи.

Билет № 33

1. Болевой синдром в животе. Основные причины. Дифференциальный диагноз при острых болях в животе. Тактика ведения больного на догоспитальном этапе.

2. Методы анестезиологического пособия, применяемые в условиях догоспитального этапа.

3. Основы врачебной этики и медицинской деонтологии.

Билет № 34

1. Вопросы организации первой медицинской помощи пострадавшим в условиях массовых катастроф, аварий.

2. Травмы и заболевания гортани и шейного отдела трахеи и пищевода. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.

3. Абстинентный синдром. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь на догоспитальном этапе.

Билет № 35

1. Аппендицит. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика ведения больного на догоспитальном этапе.

2. Тепловой и солнечный удар. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.

3. Эпилепсия и судорожные состояния. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Тактика врача скорой помощи.

Литература, рекомендуемая для подготовки к ГИА:

1. Скорая медицинская помощь: национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутия, А. Г. Мирошниченко, И. П. Мишуллина. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 888 с. – ISBN 978-5-9704-6239-3. – Текст : электронный // ЭМБ "Консультант врача" : [сайт]. – URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970462393.html> (дата обращения: 22.03.2024). – Режим доступа: для зарегистрированных пользователей.

2. Интенсивная терапия : национальное руководство : краткое издание / под ред. Б. Р. Гельфанда, И. Б. Заболотских. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 928 с. – ISBN 978-5-9704-4832-8. – Текст : электронный // ЭМБ "Консультант врача" : [сайт]. – URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448328.html> (дата обращения: 22.03.2024). – Режим доступа: для зарегистрированных пользователей.

3. Вентиляция легких в анестезиологии и интенсивной терапии : руководство для врачей / В. Л. Кассиль, М. А. Выжигина, А. А. Еременко, Ю. Ю. Сапичева. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 720 с. – ISBN 978-5-9704-3644-8. – Текст : электронный // ЭМБ "Консультант врача" : [сайт]. – URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436448.html> (дата обращения: 22.03.2024). – Режим доступа : для зарегистрированных пользователей.

4. Трансфузиология : национальное руководство / под ред. А. А. Рагимова. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 1104 с. – ISBN 978-5-9704-4458-0. – Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/ru/book/ISBN9785970444580.html> (дата обращения: 22.03.2024). – Режим доступа: для зарегистрированных пользователей.

5. Медицинская токсикология : национальное руководство / под ред. Е. А. Лужникова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 928 с. – ISBN 978-5-9704-2971-6. – Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/ru/book/ISBN9785970429716.html> (дата обращения: 22.03.2024). – Режим доступа: для зарегистрированных пользователей.

6. Неотложная кардиология : учебное пособие / под ред. П. П. Огурцова, В. Е. Дворникова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 272 с. – ISBN 978-5-9704-3648-6. – Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436486.html> (дата обращения: 22.03.2024). – Режим доступа: для зарегистрированных пользователей.

7. Внезапная сердечная смерть : монография / Л. А. Бокерия, А. Ш. Ревипвили, Н. М. Неминуций, И. В. Проничева. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 352 с. – ISBN 978-5-9704-5629-3. – Текст : электронный // ЭБС "Консультант сту-

дента" : [сайт]. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970456293.html> (дата обращения: 22.03.2024). – Режим доступа: для зарегистрированных пользователей.

8. Скорая медицинская помощь : клинические рекомендации / под ред. С. Ф. Багненко. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 896 с. – ISBN 978-5-9704-6594-3. – Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465943.html> (дата обращения: 22.03.2024). – Режим доступа: для зарегистрированных пользователей.

9. Интенсивная терапия : национальное руководство. В 2 томах. Том 1 / под ред. И. Б. Заболотских, Д. Н. Проценко. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 1136 с. – ISBN 978-5-9704-7190-6. – Текст : электронный // ЭМБ "Консультант врача" : [сайт]. – URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970471906.html> (дата обращения: 22.03.2024). – Режим доступа: для зарегистрированных пользователей.

10. Интенсивная терапия : национальное руководство. В 2 томах. Том 2 / под ред. И. Б. Заболотских, Д. Н. Проценко – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 1056 с. – ISBN 978-5-9704-7191-3. – Текст : электронный // ЭМБ "Консультант врача" : [сайт]. – URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970471913.html> (дата обращения: 26.04.2023). – Режим доступа: для зарегистрированных пользователей.

11. Скорая медицинская помощь. Порядок оказания медицинской помощи. Стандарты медицинской помощи. Фармакологический справочник / сост. А. И. Муртазин – 2-е изд. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 528 с. – ISBN 978-5-9704-6279-9. – Текст : электронный // ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. – URL: <https://www.studentlibrary.ru/ru/book/ISBN9785970462799.html> (дата обращения: 26.04.2023). – Режим доступа: для зарегистрированных пользователей.

Электронные ресурсы:

1) Электронные библиотечные системы

- ЭБС "Консультант студента" : [сайт]. – URL: <http://www.studentlibrary.ru>
- ЭМБ "Консультант врача" : [сайт]. – URL: <http://www.rosmedlib.ru>
- ЭБС "Book-Up" : [сайт]. – URL: <http://books-up.ru>
- ЭБ СибГМУ : [сайт]. – URL: <http://irbis64.medlib.tomsk.ru>
- EastView Information Services(ИВИС.Подписка на периодические издания) : [сайт]. – URL: <https://dlib.eastview.com/>
- ЭБС "Медицинская библиотека "MEDLIB.RU (ЭБС "MEDLIB.RU)": [сайт]. – URL: <https://www.medlib.ru>

Базы данных

- eLIBRARY.RU
 - Национальная Электронная библиотека нэб.рф
- Доступ к электронным библиотекам и базам данных осуществляется с IP адресов СибГМУ, а так же в удаленном режиме при регистрации личного кабинета в электронных библиотеках.