

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение  
«Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр  
Сибирского отделения Российской академии наук»  
(ФИЦ КНЦ СО РАН, КНЦ СО РАН)

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**  
**ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**  
**ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ**  
**«ОБУЧАЮЩИЙ СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС»**  
**ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ ДИСЦИПЛИН ВАРИАТИВНОЙ ЧАСТИ БЛОКА 1**  
**«ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛИ) ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ**  
**ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ –**  
**ПРОГРАММЕ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ**  
**В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ**  
**31.08.32 ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ**

Утвержден на заседании Ученого совета НИИ МПС (протокол №. 2 от 27  
января 2020г.)

Составитель

к.м.н. А.А. Барило

Красноярск  
2020

Контролируемая дисциплина (модуль)	Код контролируемой компетенции	Вид оценочного средства	Количество заданий
<b>Обучающий симуляционный курс</b>	ПК-5 ПК-6	клинические симуляционные задачи	7

### **Перечень клинических симуляционных задач с эталонами ответов**

#### **Задача 1**

Больная 46 лет жалуется на выраженное головокружение, резкую слабость. В течение 4 лет отмечает эпизодическое повышение АД. Около 1,5 часов назад после эмоциональной нагрузки появилась интенсивная головная боль, колющая боль в области сердца, в связи с чем приняла 10 мг нифедипина и таблетку нитроглицерина под язык. Через 10 минут состояние не улучшилось, приняла еще 2 таблетки нитроглицерина и 50 мг каптоприла. Через 1 час при резком подъеме с кровати был кратковременный обморок.

Объективно: состояние средней тяжести, кожа бледна. При перкуссии границы сердца: левая - на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя - в III межреберье, правая - по правому краю грудины.

Аускультативно: в легких - дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 98 в 1 мин. Пульс 98 в 1 мин, слабого наполнения. АД - 70/40 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Отеков нет. На ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС - 100 в 1 мин., признаки гипертрофии левого желудочка.

1. Определите неотложное состояние.
2. Окажите неотложную помощь.
3. Провести сердечно-легочную реанимацию.

#### **Ответы:**

1. Медикаментозный коллапс
2. Неотложная помощь:  
отмена всех препаратов,  
горизонтальное положение,  
мезатон 1% - 0.5 мл в/м.

#### **Задача 2**

К семейному врачу доставлен юноша 15 лет, у которого на фоне ОРВИ ночью появилась инспираторная одышка с втяжением межреберий и грудины и участием вспомогательной мускулатуры, шумное стридорозное дыхание, слышное на расстоянии, осиплость голоса, «лающий» кашель.

Объективно: Цианоз носогубного треугольника, ЧСС — 130 в минуту. Ребенок возбужден, беспокоен, температура тела 38,5°C, слизистая оболочка глотки гиперемирована. Налетов нет.

#### **Вопрос**

- 1: Какое патологическое состояние имеет место у данного ребенка?

2. Какова должна быть тактика лечения данного пациента?
3. Провести ЭКГ-исследование.

**Ответы:**

1.Подсвязочный отек гортани на фоне развития острого стенозирующего ларинготрахеита. Описанная клиника соответствует 2 степени тяжести ларингостеноза.

2.Необходимая помощь:

умеренная седатация,  
паровые ингаляции кислорода с симпатомиметиками и глюкокортикоидами,  
внутривенное введение глюкокортикоидов, антигистаминных препаратов, перорально - муколитики,  
умеренная дегидратация с использованием мочегонных препаратов.

**Задача 3**

Для купирования головной боли молодая женщина приняла перорально 1 таблетку анальгина. Через некоторое время у нее появились и стали прогрессивно нарастать отечность лица, век, ушей, появилось шумное затрудненное дыхание, осиплость голоса.

Вопрос 1: Какое состояние можно предположить у больной?

Вопрос 2. Какова должна быть тактика лечения данного пациента?

3. Провести методику дызания рот-в-рот.

**Ответы:**

1.Отёк Квинке.

2. оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;

Отменить гентамицин;

Ввести Эпинефрин внутримышечно или подкожно: 0,3-0,5 мл 0,1% раствора эпинефрина (адреналина гидрохлорида) - 0,01 мл/кг веса, максимум – 0,5 мл;

Ввести один из блокаторов H1-рецепторов парентерально на 10-15 мл изотопического раствора хлорида натрия:

- пипольфен 2,5% раствор 1-2 мл в/м;
- тавегил 0,1% раствор 1-2 мл в/м;
- димедрол 1% раствор 1-2 мл в/м;
- супрастин 2% раствор 1-2 мл в/м;

Ввести ГКС парентерально: преднизолон 30-90 мг в/м или в/в или гидрокортизон 50-150 мг в/м или в/в (глюкокортикостероиды оказывают десенсибилизирующее, антиаллергическое и противовоспалительное действие);

Ввести фуросемид в дозе 40-80 мг в/в

Контроль функции дыхания и кровообращения

При неэффективности указанных мероприятий и прогрессировании дыхательной недостаточности – провести интубацию трахея и перевести больную на искусственную вентиляцию легких.

#### **Задача 4**

Во время внутривенной инфузии реополиглюкина пациент внезапно почувствовал резкую слабость, головокружение. При осмотре на коже шеи и грудной клетки - высыпания по типу крапивницы. Дыхание поверхностное, частое, АД - 60/20 мм.рт.ст, ЧСС - 128 в 1 минуту.

Вопрос 1: Какое состояние можно предположить у больного?

Вопрос 2. Какова должна быть тактика лечения данного пациента? Какой препарат необходимо применить в данном случае в первую очередь?

3. Провести ЭКГ-исследование.

#### **Ответы:**

1. Лекарственный анафилактический шок.

2. 1. Прекратить поступление предполагаемого аллергена в организм

Выше места введения необходимо наложить венозный жгут для уменьшения поступления препарата в системный кровоток.

Приложить лед к месту инъекции ЛС.

2. Оценить кровообращение, дыхание, проходимость дыхательных путей, сознание, состояние кожи и вес пациента.

Немедленно начинать выполнять пункты 4, 5, 6.

3. Срочно вызвать реанимационную бригаду

4. Как можно быстрее ввести в/м в середину передне-латеральной поверхности бедра 0,3-0,5 мл 0,1% раствора эпинефрина (адреналина гидрохлорида) - 0,01 мл/кг веса, максимум – 0,5 млг,

При необходимости введение эпинефрина (адреналина) можно повторить через 5-15 минут.

Большинство пациентов отвечают на первую или вторую дозу адреналина.

5. Необходимо уложить больного на спину, приподнять нижние конечности, повернуть его голову в сторону, выдвинуть нижнюю челюсть для предупреждения западения языка, асфиксии и предотвращения аспирации рвотными массами.

6. Обеспечить поступление к больному свежего воздуха или ингалировать кислород (6-8 л/мин.) (по показаниям).

7. Наладить внутривенный доступ.

Вводить 1-2 литра 0,9% раствора хлорида натрия (то есть 5-10 мл/кг в первые 5-10 минут);

9. Мониторировать АД, пульс, частоту дыхательных движений.

Транспортировать больного в отделение реанимации.

#### **Задача 5**

В здравпункт обратился пациент 45 лет. Жалобы на одышку с затрудненным выдохом, приступообразный кашель с трудноотделяемой вязкой мокротой, резкую слабость. Возникновение приступа связывает с запахом краски (в цехе идет ремонт). Объективно: пациент занимает

вынужденное положение – сидит опираясь руками о край стула. Кожные покровы с цианотичным оттенком. Перкуторный звук коробочный. В легких выслушиваются в большом количестве сухие свистящие хрипы. ЧДД 28 в мин. Пульс 96 уд./мин.

### **Задания**

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Продемонстрируйте технику оказания сердечно-легочной реанимации.

### **ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ**

1. Приступ бронхиальной астмы (средней степени тяжести).
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:  
оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;  
расстегнуть стесняющую одежду и создать доступ свежего воздуха, чтобы облегчить состояние пациента;

обеспечить ингаляцию увлажненным кислородом для уменьшения гипоксии;

Начать повторные ингаляции бронхолитиков быстрого действия через небулайзер: в 1-й час терапии проводится 3 ингаляции по 2.5 мг каждые 20 минут, затем ингаляции проводят каждый час до значимого улучшения состояния, после чего возможно назначение препарата каждые 4-5 часов.

Назначить стероидные препараты: преднизолон (или эквивалент) 40-50 мг/сут 1 р/с в течение 5-7 дней

Рассмотреть возможность применения однократной дозы сульфата магния 2 г внутривенно в течение 20 мин.

3. Продемонстрировать технику применения карманного ингалятора.

### **Задача 6**

Пациенту, 35 лет, назначено амбулаторное лечение ампициллином на фельдшерско-акушерском пункте. Через несколько минут после в/м введения ампициллина пациент стал жаловаться на общую слабость, прилив крови к лицу (—как бы обдало жаром!), головную боль, нарушение зрения, чувство тяжести за грудиной. Состояние тяжелое. Бледность кожи с цианозом, обильная потливость. Глухие тоны сердца. Нитевидный пульс 120 уд./мин. АД 80/50 мм рт.ст. ЧДД 28 в мин. Одышка экспираторного характера.

### **Задания**

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и дайте обоснование каждого этапа.
3. Провести ЭКГ-исследование.

### **Ответ:**

1. Анафилактический шок.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

1. Прекратить поступление предполагаемого аллергена в организм  
Выше места введения необходимо наложить венозный жгут для уменьшения поступления препарата в системный кровоток.  
Приложить лед к месту инъекции ЛС.
2. Оценить кровообращение, дыхание, проходимость дыхательных путей, сознание, состояние кожи и вес пациента.  
Немедленно начинать выполнять пункты 4, 5, 6.
3. Срочно вызвать реанимационную бригаду
4. Как можно быстрее ввести в/м в середину передне-латеральной поверхности бедра 0,3-0,5 мл 0,1% раствора эпинефрина (адреналина гидрохлорида) - 0,01 мл/кг веса, максимум – 0,5 млг,  
При необходимости введение эпинефрина (адреналина) можно повторить через 5-15 минут.  
Большинство пациентов отвечают на первую или вторую дозу адреналина.
5. Необходимо уложить больного на спину, приподнять нижние конечности, повернуть его голову в сторону, выдвинуть нижнюю челюсть для предупреждения западения языка, асфиксии и предотвращения аспирации рвотными массами.
6. Обеспечить поступление к больному свежего воздуха или ингалировать кислород (6-8 л/мин.) (по показаниям).
7. Наладить внутривенный доступ.  
Вводить 1-2 литра 0,9% раствора хлорида натрия (то есть 5-10 мл/кг в первые 5-10 минут);
9. Мониторировать АД, пульс, частоту дыхательных движений.  
Транспортировать больного в отделение реанимации.

**Задача 7** Вызов фельдшера медпункта на дом. У 18 летней пациентки с инсулинзависимым сахарным диабетом в течение недели отмечались слабость, тошнота, рвота, апатия, оглушенность. По рекомендации врача получала 32 ед. протофана, 8 ед. актрапида. Более точный анамнез заболевания уточнить не удалось- пациентка из социально неблагополучной семьи. Отмечается рубец на лице. Кожа и слизистые сухие. Тургор кожи снижен. —Мягкие|| глазные яблоки. Тоны сердца приглушены. Пульс малого наполнения. АД 90/60 мм рт.ст. Глубокое, шумное дыхание. Во время осмотра потеряла сознание. Необходимое время для транспортировки в ЦРБ - 2 часа.

#### **Задания**

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациентки.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Провести ЭКГ-исследование.

#### **Эталоны ответов**

1. Диабетическая кома.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- оценить состояние пациента для определения дальнейшей тактики;
- ввести 40-60 мл 40% раствора глюкозы с целью исключения гипогликемии;
- придать устойчивое боковое положение для профилактики западения языка, аспирации, асфиксии;
- согреть пациента, избегая применения грелок из-за опасности ожога;
- организовать подачу кислорода для устранения гипоксии;
- определить гликемию, глюкозурию, ацетонурию для подтверждения диагноза, используя индивидуальный глюкометр, экспресс-глюкотест, ацетотест, диагностические полоски для экспресс-анализа мочи;
- ввести хлорид натрия 0,45% - 500 мл с целью регидратации в/в капельно;
- ввести 6-8 ед. быстродействующего инсулина в/в (или в/м, п/к) при высокой гликемии и полной уверенности в диагнозе;
- ввести в/в коргликон 0,06%- 0,5 мл для ликвидации сердечной недостаточности;
- контролировать состояние пациента (PS, АД, содержание сахара в крови и т.д.);
- госпитализировать в эндокринологическое отделение.