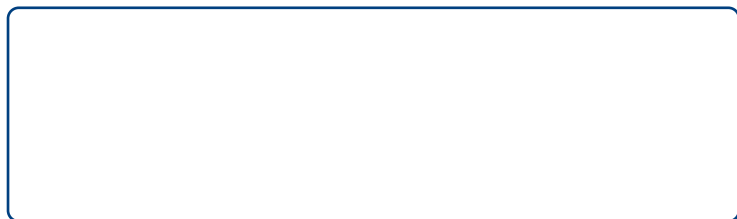


**Автономная некоммерческая организация высшего образования
«Научно-клинический центр имени Башларова»**



Утверждаю
Проректор по учебно-
методической работе

_____ А.И. Аллахвердиев
«1» июня 2026 г.

Оценочные материалы для проведения текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации	Б2.О.01(П) Производственная практика (клиническая)
Уровень профессионального образования	Высшее образование- подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры
Специальность	31.08.53 Эндокринология
Квалификация	Врач-эндокринолог
Форма обучения	Очная

Оценочные материалы по производственной практике (научно-исследовательская работа)

Освоение производственной практики (научно-исследовательская работа) направлено на формирование у обучающихся универсальных (УК) и общепрофессиональных (ОПК) компетенций:

УК-1 - Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте.

УК-4 - Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности.

ОПК-1 - Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности.

ОПК-2 - Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей.

ОПК-4 - Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
ОПК-5 - Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность

ОПК-6 - Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов

ОПК-7 -Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу

ОПК-8 - Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения

ОПК-9 - Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала.

ОПК-10 Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

1. Компоненты контроля и их характеристика

Текущий контроль осуществляется руководителем практики от Медицинского университета «Реавиз», который контролирует: - выполнение индивидуального плана-задания,

- правильность ведения отчетной документации по практике,
- соблюдение ординатором всех правил и норм поведения на рабочем месте, - освоение программы практики в рамках заявленных компетенций. **Промежуточная аттестация**

- завершающий этап прохождения практики,
- проводится в форме зачета/экзамена (защита отчета по практике), - осуществляется в двух направлениях:

- ° оценка результатов обучения по практике;

- ° оценка сформированности компетенций в рамках практики.

2. Шкалы и процедуры оценивания.

2.1. Заключение руководителя практики от Медицинского университета «Реавиз» о реализации запланированных результатов обучения по практике и сформированности компетенций в рамках программы практики (далее – заключение руководителя практики)

Критерии заключения:

- **Положительное заключение:** «Планируемые результаты обучения достигнуты, индикаторы достижения компетенций проявлены, компетенции сформированы» необходимые практические навыки, предусмотренные программой практики, освоены и подкреплены теоретическими знаниями. Компетенции в рамках освоения программы практики сформированы.

- **Отрицательное заключение:** «Планируемые результаты обучения не достигнуты, индикаторы достижения компетенций не проявлены, компетенции не сформированы» необходимые практические навыки, предусмотренные программой практики, не сформированы и теоретическое содержание не освоено. Компетенции в рамках освоения программы практики не сформированы.

Форма промежуточной аттестации – зачет/экзамен

Процедура оценивания – собеседование

Шкалы оценивания результатов обучения соотнесенных с планируемыми результатами освоения образовательной программы (сформированность компетенций) в рамках раздела (ов) практики

Форма промежуточной аттестации – Зачет

Результат	Критерии оценивания результатов обучения	Критерии оценивания сформированности компетенций
«Планируемые результаты обучения достигнуты, компетенция сформирована»	Необходимые практические умения и навыки, предусмотренные в рамках освоения раздела (ов) программы практики, сформированы и подкреплены теоретическими знаниями.	Компетенция в рамках раздела практики сформирована. Большинство требований в соответствии с Разделом 1 рабочей программы, предъявляемых к освоению компетенции, выполнены.
«Планируемые результаты обучения не достигнуты, компетенция не сформирована»	Необходимые практические умения и навыки, предусмотренные в рамках освоения раздела (ов) программы практики, не сформированы и теоретическое содержание не освоено.	Компетенция в рамках раздела практики не сформирована. Ни одно или многие требования в соответствии с Разделом 1 рабочей программы, предъявляемые к освоению компетенции, не выполнены.

Форма промежуточной аттестации – Экзамен

Результат	Критерии оценивания результатов обучения	Критерии оценивания сформированности компетенций
Отлично	- положительное заключение руководителя практики, - глубокое и прочное освоение материала программы практики, - исчерпывающее, последовательное, четкое и логически стройное применение материалов программы прак-	Компетенция сформирована. Демонстрирует полное понимание круга вопросов оцениваемой компетенции. Все требования в соответствии с Разделом 2 рабочей программы, предъявляемые к

	тики, - способность тесно увязывать теорию с практикой, - свободное применение полученных знаний, умений и навыков, в том числе при их видоизменении, использование при ответе опыта практической деятельности, - правильное обоснование принятого решения, - исчерпывающее и целостное владение навыками и приемами выполнения практических задач.	освоению компетенции, выполнены. Проявляет высокий уровень самостоятельности и адаптивности в использовании теоретических знаний, практических умений и навыков и в профессиональной деятельности. Готов к самостоятельной конвертации знаний, умений и навыков в практику.
Хорошо	- положительное заключение руководителя практики; - твердое знание материала программы практики, грамотное, без существенных неточностей в ответах его применение; - правильное применение теоретических положений и полученного опыта практической деятельности при решении задач; - владение необходимыми навыками и приемами их выполнения.	Компетенция сформирована. Демонстрирует значительное понимание круга вопросов оцениваемой компетенции. Все требования в соответствии с Разделом 2 рабочей программы, предъявляемые к освоению компетенции, выполнены. Проявляет достаточный уровень самостоятельности в использовании теоретических знаний, практических умений и навыков в профессиональной деятельности.
Удовлетворительно	- положительное заключение руководителя практики; - освоение только основного материал без детализации; - неточности в терминологии, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в ответах; - затруднения при выполнении практических работ.	Компетенция сформирована. Демонстрирует частичное понимание круга вопросов оцениваемой компетенции. Большинство требований в соответствии с Разделом 2 рабочей программы, предъявляемых к освоению компетенции, выполнены. Несамостоятелен при использовании

		теоретических знаний, практических умений и навыков в профессиональной деятельности.
Неудовлетворительно	Выставляется обучающемуся, который имеет отрицательное заключение руководителя практики хотя бы по одному разделу.	Демонстрирует непонимание или небольшое понимание круга вопросов оцениваемой компетенции. Ни одно или многие требования в соответствии с Разделом 1 рабочей программы, предъявляемые к освоению компетенции, не выполнены.

При оценке «Неудовлетворительно» хотя бы в рамках одной компетенции выставляется итоговая оценка «Неудовлетворительно».

При отрицательном заключении руководителя практики хотя бы по одному разделу или отсутствию отчета по практике выставляется итоговая оценка «Неудовлетворительно».

Вопросы к собеседованию (защите отчета по практике) :

- 1) Провести общий осмотр и составить программу клинического обследования больного.
- 2) Провести сбор анамнеза.
- 3) Методика проведения орального глюкозотолератного теста с 75 г глюкозы.
- 4) Интерпретация орального глюкозотолератного теста при постановке диагноза гестационный диабет .
- 5) Методики пальпации щитовидной железы
 - 6). Проведение супрессивного теста с 1 мг дексаметазона и интерпретация его результатов.
 - 7) Проведение супрессивного теста с 8 мг дексаметазона и интерпретация его результатов
 - 8) Критерии и методы диагностики сахарного диабета, нарушенной толерантности к глюкозе и нарушенной гликемии натощак.
 - 9) Лечение диффузного токсического зоба. Тиреостатики: механизм действия.
 - 10) Интерпретация лабораторных и параклинических методов исследования ю
 - 11) Лактоацидотическая кома: этиология, патогенез.
- 12) Гестационный сахарный диабет: критерии диагностики.
- 13) Физикальные методы обследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) в эндокринологию
 - 14). Техника антропометрических измерений: взвешивание на электронных весах; измерение длины тела ростомером, сантиметровой лентой; измерение окружности груди, головы, плеча, бедра, голени; определение пропорций тела.
- 15) Техника измерения артериального давления на верхних и нижних конечностях.
- 16) Техника установки и снятия показаний с сенсоров непрерывного мониторинга.
 - 17) Техника установки и подбора доз на инсулиновой помпе.
 - 19) Проведение клинической и дифференциальной диагностики эндокринной патологии.
 - 20). Определение необходимости дополнительной консультации специалистами различного профиля, ведение дискуссии (участие в консилиуме).
 - 21). Определение показаний и назначение инструментальных и лабораторных исследований.

- 22) Интерпретация результатов лабораторных и специальных методов диагностики в эндокринологии.
- 23). Интерпретация результатов ЭКГ, КТМ, МРТ, ЭНМГ, УЗИ, рентгенологического и других исследований в эндокринологии.
- 24) Обучение пациента методам подбора доз и подкожного введения препарата, самоконтроля, диетотерапии при некоторых формах эндокринной патологии.
- 25). Обоснование тактики лечения и схемы диспансеризации больного с эндокринным заболеванием ребенка (на дому, в детском специализированном учреждении, стационаре).
- 26). Проведение базовой и продленной сердечно-легочной реанимации.
- 27). Интубация трахеи с применением ларингоскопа.
- 28). Применение небулайзера и ДАИ.
- 29). Применение глюкометра и оценка данных глюкометра.
- 30). Применение и оценка данных пикфлоуметра.
- 31). Пункция и катетеризацию периферических и магистральных вен.
- 32). Дефебриляция с помощью автоматических и штатных ручных дефебриляторов.
- 33). Использование ларингеальной маски и трубки. Использование роторасширителя, языкодержателя, воздуховода.
- 34). Расшифровка данных ЭКГ.
- 35). Промывание, декомпрессия и дренирование желудка.
- 36). Расчет доз лекарственных препаратов, используемых при оказании неотложной медицинской помощи.
- 37). Расчет скорости введения инфузионных растворов и инотропных препаратов.
- 38). Догоспитальная седация и фармакотерапия острой боли.
- 39) Интерпретировать данные пальпации щитовидной железы.
- 40). Оказать неотложную помощь при кетоацидотической коме .
- 41) Оказать неотложную помощь при гиперосмолярной коме.
- 42) Оказать неотложную помощь при гипогликемической коме.
- 43) Оказать неотложную помощь при лактацидотической коме.
- 44) Оказать неотложную помощь при тиреотоксическом кризе.
- 45) Оказать неотложную помощь при гипотиреоидной коме.
- 46) Оказать неотложную помощь при острой надпочечниковой недостаточности.
- 47). Определить факторы риска сахарного диабета, трактовать с учетом нормы результаты перорального глюкозотолерантного теста.
- 48) Определить в моче ацетон экспресс-методом.
- 49). Определить гликемию с помощью глюкометра.
- 50). Интерпретировать рентгенограммы турецкого седла.
- 51). Оценить результаты ультразвуковых методов исследования и тонкоигольной аспирационной биопсии щитовидной железы.
- 52). Оценить показатели тиреотропного гормона, тироксина, трийодтиронина.
- 53). Оценить гликемический профиль.
- 54). Рассчитать суточную калорийность, хлебные единицы.
- 55). Интерпретировать данные пальпации щитовидной железы.
- 56). Определить индекс массы тела, соотношение объема талии к объему бедер.
- 57). Техника проведения малого дексаметазонового теста и большого дексаметазонового теста, оценить полученные результаты.
- 58) Проанализировать результаты магнитно-резонансной томографии надпочечников, компьютерной томографии гипофиза.
- 59). Определить толщину мягких тканей стоп при акромегалии.
- 60). Оценить показатели гликозилированного гемоглобина, С-пептида.
- 61). Оценить показатели натрия, калия, хлоридов в крови.
- 62). Интерпретировать показатели липидов, микроальбуминурии, протеинурии.

- 63) Оформить санаторно-курортную карту пациента с сахарным диабетом.
- 64) Определение содержания антител к антигенам островков клеток поджелудочной железы в крови.
- 65) Исследование уровня общего тестостерона в крови.
- 66) Исследование уровня фруктозамина в крови.
- 67) Составление недельного меню. Вариант диеты с пониженным количеством белка (низкобелковая диета).
- 68) Составление недельного меню. Вариант диеты с пониженной калорийностью (низкокалорийная диета).
- 69) Диагностика диабетической нейропатии.
- 70) Организация работы кабинета диабетической стопы.
- 71) организация занятий «Школы сахарного диабета».
- 72) Организация работы кабинета диабетической ретинопатии.
- 73) Обучение больных и их родственников правилам ухода за ногами и хроническими ранами, самоконтроля состояния стоп.
- 74) Выявление больных, имеющих высокий риск развития синдрома диабетической стопы 75) Диагностика нейропатической, нейро-ишемической формы синдрома диабетической стопы, диабетической остеоартропатии (стопа Шарко).
- 76) Лечение трофических язв стоп 1-2 степени по глубине поражения у больных с синдромом диабетической стопы, исключая больных с признаками критической ишемии конечности.
- 77) Диспансерное наблюдение, профилактическая подиатрическая помощь и учет больных с высоким риском развития синдрома диабетической стопы.
- 78) Изготовление индивидуальных разгрузочных повязок с использованием полимерных материалов и ведение больных с диабетической остеоартропатией.
- 79) Организация обучения различных категорий больных сахарным диабетом по структурированным программам;
- 80) Проведение первичных и повторных циклов обучения эндокринологических больных 81) Индивидуальная консультативная работа с эндокринологическим больным.
- 82) Критерии направления на срочную госпитализацию пациента с гипотиреозом
- 83) Принципы лечения до планирования беременности или во время беременности пациентки с гипотиреозом.
- 84) Требования к регистру по заболеванию.
- 85) Преддиабет, особенности сбора анамнеза.
- 86) Правила проведения ПГТТ.
- 87) Основы применения УЗИ, рентгенорадиологии, денситометрии и офтальмоскопии для обследования и лечения эндокринных больных;
- 88) Принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения эндокринных больных.
- 89) Основы онкологической настороженности при патологии щитовидной железы;
- 90) Основы массовой и индивидуальной йодной профилактики у населения;
- 91) Основы организации скрининга у новорожденных на выявление врожденного гипотиреоза;
- 92) Оценить состояние кожных покровов, характер распределения подкожно -жировой клетчатки и тип телосложения
- 93) Выявить изменения внешности, характерные для той или иной эндокринной патологии (акромегалия, синдром Иценко -Кушинга, синдром тиротоксикоза и офтальмопатии, синдром гипотироза, синдром гипогонадизма и дисгенезии гонад).
- 94) Оценить состояние стоп больных сахарным диабетом и провести дифференциальный диагноз различных вариантов диабетической стопы.
- 95) Оценить состояние наружных гениталий, выраженность и соответствие полу и возрасту вторичных половых признаков,

- 96) Определить степень выраженности гирсутизма у женщин и гинекомастии у мужчин, 97) Определить вибрационную, температурную и тактильную чувствительность стоп больных сахарным диабетом.
- 98) Интерпретировать результаты офтальмоскопии, ангио - и ретинограммы.
- 99) Уметь пальпировать щитовидную железу и оценить ее размеры и структуру.
- 100) Диагностировать глазные симптомы тиротоксикоза и офтальмопатию.
- 101) Интерпретировать сонограммы и скintiграммы щитовидной железы, определить показания и противопоказания к проведению термографии, КТ и инвазивных методов исследования щитовидной и паращитовидных желез.
- 102) Оценить результаты офтальмометрии, УЗИ и КТ орбит.
- 103) Интерпретировать рентгенограммы черепа, прицельные снимки турецкого седла, данные компьютерной и магнитно -резонансной томографии мозга.
- 104) Оценить данные ЭЭГ и эхо –ЭЭГ.
- 105) Интерпретировать результаты инструментальных исследований надпочечных желез: оксигеносупраренперитонеума, скintiграфии коры и мозгового слоя, УЗИ, КТ, МРТ и ангиографии.
- 106) Оценить парциальные функции почек у эндокринных больных.
- 107)- Проводить и оценивать тесты функциональных проб, применяемых для диагностики дифференциальной диагностики эндокринных заболеваний:
- при болезни Иценко-Кушинга (проба с дексаметазоном и метопиронам)
 - При акромегалии и гигантизме (проба с инсулином, аргинином, глюкозагом)
 - При гипопитуитаризме (проба с ХГ, кломифеном, гонадолиберинем, инсулином, аргинином, глюкозагом, лизин -вазопрессином, метопиронам)
 - При несахарном диабете (проба с сухоедением)
 - При нарушениях функции щитовидной железы (проба с тиролиберинем, с трийодтиронином)
 - При первичном альдостеронизме (проба с нагрузкой натрием, спиронолактоном, фуросемидом, капотеном, с неальдостероновыми минералокортикоидами),
 - При феохромоцитоме проба с гистамином, тропифеном, тирамином, глюкозагом, клофелином, фентоламином)
- 108) ☐ Пальпировать тестикулы, определить их размеры, консистенцию и фиксацию в мошонке.
- 109) ☐ Назначать фармакотерапию и оценить ее результаты при эндокринной патологии
- 110) ☐ Определить показания к хирургическим и иным не медикаментозным методам лечения
- 111) ☐ Подготовить больных к оперативному лечению
- 112) Знать особенности ведения беременных с эндокринной патологией, оценить прогноз заболевания.
- 113) Получить информацию о предполагаемом нарушении водно - электролитного баланса.
- 114) Выявить специфические клинические признаки нарушения водного обмена.
- 115) Определить клинические синдромы альдостеронизма.
- 116) Составить план диагностического обследования больного.
- 117) Провести клинко -лабораторные, гормональные исследования и тесты функциональной диагностики. Правильно интерпретировать полученные результаты обследования.
- 118) Дифференцировать заболевания с нарушением водно - электролитного обмена. 119) На основании анамнеза, клиники и данных лабораторных исследований правильно сформулировать диагноз.
- 120). Оценить эффективность терапии методом клинко -лабораторного контроля.
- 121) Выявить гестационный диабет.
- 122) Выявить нарушение толерантности к глюкозе.
- 123) Выявить наличие и степень выраженности диабетических сосудистых осложнений.

- 124) Определить степень тяжести сахарного диабета.
- 125) Диагностировать и дифференцировать неотложные состояния (комы) при сахарном диабете.
- 126) Составить программу ведения больного сахарным диабетом при хирургических вмешательствах.
- 127) Составить план ведения беременной с сахарным диабетом и определить прогноз исхода беременности для матери и плода.
- 128) Проводить коррекцию метаболических нарушений при развитии инфаркта миокарда и инсульта у больного сахарным диабетом.
- 129) Проводить дифференциальный диагноз различных вариантов диабетической стопы. 130) Разработать тактику ведения больного в зависимости от клинического варианта «диабетической стопы».
- 131) Проводить профилактику и лечение осложнений сахарного диабета.
- 132) Выявить специфические признаки заболеваний щитовидной железы и составить алгоритм диагностического поиска по выявлению гипотироза, тиротоксикоза, эутиреоидного зоба.
- 133) Пальпировать щитовидную железу, диагностировать глазные симптомы тиротоксикоза и офтальмопатию.
- 134) Интерпретировать скинтиграммы щитовидной железы.
- 135) Определить время рефлекса ахиллова сухожилия.
- 136) Выявить специфические признаки гипер- и гипопункции коры надпочечников.
- 137) Распознать характерные признаки гиперкатехолемии.
- 138) Распознать вирильный синдром и оценить степень вирилизации.
- 139) Определить гирсутное число.
- 140) Интерпретировать результаты инструментальных исследований надпочечных желез (оксигеносупраренотомия, скинтиграфия).
- 141) Подготовить больного к адреналэктомии.
- 142) Выявить признаки гипер- и гипокальциемии.
- 143) Определить необходимость исследования фосфорно-кальциевого обмена.
- 144) Интерпретировать показатели общего, ионизированного, белоккорректированного кальция, неорганического фосфора, магния и хлоридов.
- 145) Интерпретировать рентгенограммы скелета. Выявить характерные признаки остеопороза, фиброзно-кистозной остеодистрофии, гигантоклеточной опухоли на рентгенограммах костей.
- 146) Оценить результаты показателей основных кальций регулирующих гормонов (ПТГ, КТ, витамин D3).
- 147) Определить показания и противопоказания к проведению термографии, компьютерной томографии, радиоизотопного сканирования и инвазивных методов исследования.
- 147) Выявлять симптомы Хвостека, Эрба, Вейса, Шлезингера.
- 148) Определить по результатам осмотра признаки нарушения функции половых желез. 149) Определить степень вторичного оволосения и его тип.
- 150) Определить степень ожирения и перераспределения подкожно-жировой клетчатки
- 151) Проальпировать яички: определить их размер, консистенцию, фиксацию в мошонке
- 152) Определить гинекомастию у мужчин и оценить характер ткани.
- 153) Заполнение и ведение медицинской документации в поликлинике: амбулаторной карты Ф-025; статистического талона Ф-025/у; листа нетрудоспособности; направления на госпитализацию Ф-28; санаторно-курортной карты Ф-072/у и других.
- 154) Выписать рецепты: льготные, на наркотические и наркосодержащие препараты.
- 155) Оформить направление на МСЭ

Ситуационные задачи.

Ситуационная задача № 1

Больной Т., 16 лет, доставлен в клинику в бессознательном состоянии. Со слов родственников установлено, что страдает сахарным диабетом 1 типа в течение года.

Негативно относится к лечению инсулином. За две недели до поступления в клинику прекратил введение инсулина. Состояние больного резко ухудшилось, нарастали жажда, полиурия, слабость, появились тошнота, многократная рвота. В день госпитализации потерял сознание. Объективно: состояние тяжелое, без сознания. Резкий запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Кожные покровы сухие, холодные на ощупь, тургор снижен. Тургор глазных яблок понижен. Температура тела 36,0 °С. Глубокое шумное дыхание. В легких ослабленное дыхание. Тоны сердца глухие. Пульс частый, нитевидный, малого наполнения. АД 110/60 мм рт.ст. ЧСС 120 в мин. Язык сухой, обложен грязно-коричневым налетом. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень на 2,0 см выступает из-под реберной дуги, кишечные шумы ослаблены. Сухожильные рефлексы резко ослаблены.

Анализ крови: лейкоциты - 25,0х10⁹, П - 20%, С - 78%, лимфоциты - 2%. Анализ мочи: удельный вес 1045, белок 0,6 г/л, сахар 8%, ацетон +++++. Биохимия крови: общий белок - 78 г/л, мочевины - 13,5 ммоль/л, креатинин крови - 140,6 мкмоль/л, кетоновые тела - 11 ммоль/л, НЭЖК - 2,4 ммоль/л, сахар крови - 48,8 ммоль/л, рН 7.02, бикарбонат - 10 ммоль/л.

1. Поставьте диагноз.
2. Что явилось причиной данного состояния?
3. Представьте алгоритм неотложной помощи?

Ответ на задачу № 1

1. Сахарный диабет 1 типа, кетоацидотическая кома.
2. Прекращение введения инсулина, что привело к резкому ухудшению утилизации глюкозы тканями, усилению глюконеогенеза, липолиза, гиперкетонемии.
3. Инфузионная регидратация 0,9% раствором хлорида натрия в количестве 10% от массы тела в первые 12 ч со скоростью 1,0-1,5 л в первый час, во второй час и третий - 0,5 л, далее по 0,3-0,5 л/ч до восстановления ОЦК, нормализации АД и диуреза (50-100 мл/ч), инсулинотерапия - режим непрерывной инфузии малых доз - 0.1.ЕД на кг массы тела больного, при снижении гликемии менее 14,0 ммоль/л введение 5% р-ра глюкозы (100-150 мл/ч), коррекция электролитных расстройств.

Ситуационная задача № 2

Больной К., 17 лет. В течение 11 лет страдает сахарным диабетом 1 типа. 3 дня назад заболел ангиной, стала нарастать жажда, появились сильные боли в животе, частая рвота. Доставлен в хирургическую клинику с диагнозом «острый аппендицит». Объективно: состояние тяжелое. Сознание сохранено. Кожные покровы сухие, язык сухой, обложен желтовато-коричневым налетом. Выраженная гипотония мышц, запах ацетона в выдыхаемом воздухе. В легких ослабленное дыхание. Тоны сердца глухие, пульс 120 в мин, слабого наполнения. АД 80/55 мм рт.ст. Живот резко болезненный при пальпации, особенно справа в подвздошной области, напряжен, положительный симптом Щеткина.

Анализ крови: лейкоциты - 22,0х10⁹, п/я - 18%, с/я - 80%, мон. - 2%.

В клинике диагностирован острый аппендицит и принято решение больного срочно оперировать.

1. Согласны ли Вы с решением хирурга? Ваш диагноз?
2. Какие исследования необходимо провести, прежде чем решиться оперировать больного?

Ответ на задачу № 2

1. Хирург не подумал о возможности развития синдрома, протекающего с клинической картиной ложного «острого» живота, имитирующего острый аппендицит и обусловленного диабетической кетоацидотической комой (абдоминальная форма ДКК), хотя из анамнеза известно, что больной страдает сахарным диабетом 1 типа. 2. Определение уровня глюкозы в крови, уровня глюкозы и ацетона в моче.

Ситуационная задача № 3

Больная П., 30 лет, внезапно потеряла сознание, доставлена в клинику скорой медицинской помощью. Врач выяснил у родных, что больная страдает сахарным диабетом, постоянно вводит себе инсулин. Объективно: состояние тяжелое, без сознания. Кожные

покровы влажные. АД 125/70 мм рт.ст. Пульс 100 в мин удовлетворительного наполнения. Со стороны внутренних органов отклонений нет. Врачом скорой помощи состояние больной было расценено как кетоацидотическая кома. Был введен инсулин короткого действия в дозе 20 ЕД п/к. После этого больная была доставлена в клинику в глубокой коме.

Гликемия 1,1 ммоль/л, в моче сахар 2%.

1. Поставьте диагноз.
2. Какова должна была быть тактика врача «скорой помощи» и почему?
3. Почему при уровне глюкозы в крови 1.1 ммоль/л в моче определяется сахар?

Ответ на задачу № 3

1. Сахарный диабет типа 1. Гипогликемическая кома.
2. Следовало вводить не инсулин, а в/в струйно 40% раствор глюкозы 40-80 мл, учитывая клиническую картину заболевания и симптоматику.
3. Исследовалась моча, скопившаяся в мочевом пузыре еще до развития комы.

Ситуационная задача № 4

Больной П., 60 лет. Страдает сахарным диабетом 2 типа около 15 лет. По поводу сахарного диабета принимал манинил. Со слов родных выяснено, что больной по поводу гипертонической болезни в течение длительного времени бесконтрольно принимал мочегонные препараты. За 3 дня до поступления в клинику у больного появилась сильная жажда, полиурия, одышка, резкая мышечная слабость. Состояние больного ухудшилось и родственники доставили его в бессознательном состоянии в клинику. Объективно: состояние тяжелое, в коме. Сухость кожи и слизистых, снижен тонус глазных яблок. Язык сухой, выраженная гипотония мышц, запаха ацетона в выдыхаемом воздухе нет. Выраженные отеки нижних конечностей и мошонки. Тоны сердца глухие, АД 60/40 мм рт.ст., пульс 120 в мин. Живот мягкий, безболезненный, печень у реберной дуги.

Уровень глюкозы в крови 50,6 ммоль/л, рН крови 7,4, натрий крови 154 ммоль/л, в моче сахар 6%, ацетона нет.

1. Поставьте диагноз.
2. Что спровоцировало данное состояние.
3. Ваш план лечения.

Ответ на задачу № 4

1. Сахарный диабет 2 типа, гиперосмолярная кома.
2. Бесконтрольный прием мочегонных препаратов.
3. Инфузионная регидратация гипотоническим 0,45% раствором хлорида натрия. Скорость регидратации: первый час - 1000-1500 мл физ. раствора; второй и третий час - по 500-1000 мл физ. раствора; последующие часы - по 250-500 мл физ. раствора при обязательном мониторинговании ЦВД, ежечасного диуреза. Инсулинотерапия - режим непрерывной инфузии малых доз инсулина - 0,05 ЕД на кг массы тела больного, при этом гликемия должна снижаться на 3-4 ммоль/л/ч. Когда гликемия снижается до 12-14 ммоль/л, к инфузионному раствору добавляют 5% р-р глюкозы (150-200 мл/ч). Коррекция электролитных расстройств.

Ситуационная задача № 5

Больной П., 22 лет. По поводу диффузного токсического зоба 3 степени была произведена струмэктомия. К вечеру после операции состояние резко ухудшилось, появились сердцебиение, выраженная слабость, диффузная потливость, тошнота, рвота, температура тела повысилась до 39,4 °С. Больная возбужденная, речь невнятная. Кожа на ощупь горячая, влажная. Наблюдается тремор обеих рук. Дыхание везикулярное. ЧД 28 в мин. Тоны сердца ритмичные, отчетливые. Пульс малый, 160 в мин, ритмичный. АД 150/100 мм рт.ст. Живот мягкий, 14 безболезненный. Край печени выступает из-под реберной дуги на 4 см, безболезненный.

1. Поставьте диагноз.
2. Ваш план лечения.

Ответ на задачу № 5

1. Состояние после струмэктомии, ранний послеоперационный период, тиреотоксический криз
2. Тиреостатическая терапия: метимазол 100 мг каждые 12 ч через назогастральный зонд, устранение симпатoadреналовой гиперреактивности: анаприлин 1-2 мг 0,1% р-ра, в/в медленно или 40-60 мг перорально каждые 6 ч в/в, купирование острой недостаточности надпочечников: гидрокортизонгемисукцинат в дозе 400-600 мг/сут (дробно, каждые 4-6 ч), борьба с обезвоживанием. Плазмоферез и гемосорбция при отсутствии эффекта от медикаментозной терапии

Ситуационная задача № 6

Больная 46 лет, поступила по скорой медицинской помощи в реанимационное отделение. Со слов родственников выяснено, что в последние 2-3 нед состояние прогрессивно ухудшалось, беспокоили отеки по всему телу, зябкость, слабость, снижение памяти, боль в спине и суставах, осиплость голоса, запоры. Заболевание начало развиваться три года назад после простуды. Безуспешно лечилась по поводу хронического гломерулонефрита, а затем анемии. Объективно: рост 170 см, масса тела 86 кг. Кожные покровы выраженной бледности, с желтушным оттенком, сухие, с шелушением, холодные на ощупь. Определяется плотный отек лица, стоп, голеней и туловища. Температура тела 35,6 °С. Больная безразличная, голос низкий. Щитовидная железа не пальпируется, глазные симптомы отрицательные. Дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости смещены влево от срединно-ключичной линии на 1,5-2 см. Тоны сердца резко ослаблены, пульс 40 уд/мин, ритмичный. АД 140/90 мм рт.ст. Пальпация органов брюшной полости затруднена из-за плотного отека передней брюшной стенки. Сухожильные рефлексы резко снижены.

Общий белок 60 г/л, альбумин 35 г/л, общие липиды 13,5 г/л, холестерин 9,5 ммоль/л, сахар крови 3,08 ммоль/л. В моче белок 0,33 г/л, микроскопия осадка без особенностей. ЭКГ: снижение вольтажа зубцов, брадикардия, удлинение интервала Р-Q до 0,22//, уплощение зубца Т

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план лечения.

Ответ на задачу № 6

1. Первичный гипотиреоз, гипотиреоидная кома.
2. Неотложные лечебные мероприятия при гипотиреоидной коме включают назначение ТГ и глюкокортикоидов. В течение первых суток L-тироксин вводится в/в капельно в дозе 300-1000 мкг/сут (дробно, каждые 6 ч), далее поддерживающие дозы - 75-100 мкг/сут. Введение глюкокортикоидов предшествует или проводится одновременно с ТГ. В/в капельно вводится 200-400 мг/сут воднорастворимого гидрокортизона (дробно, каждые 6 ч).

Ситуационная задача № 7

Больной Б., 42 лет. Поступил в клинику в тяжелом состоянии. Со слов родственников жаловался на прогрессирующую мышечную слабость, головокружение, понижение веса, неукротимую рвоту, понос, сниженный аппетит. В 30 лет перенес туберкулез легких, затем был снят с учета. Объективно: пониженного питания, рост 176 см. Вес 58 кг. Больной резко заторможен. Адинамия. Пигментация кожных покровов, слизистых, ладонных складок и ореол сосков, температура тела - 35,9 °С. Тоны сердца резко приглушены, пульс 66 в мин., слабого наполнения, АД 80/40 мм рт.ст. (лежа). Ригидность передней брюшной стенки.

Гликемия - 3,0 ммоль/л.

1. Какой Ваш предварительный диагноз?
2. Составьте алгоритм лечения.

Ответ на задачу № 7

1. Острая надпочечниковая недостаточность.
2. Заместительная терапия кортикостероидами: в/в струйно вводится 100-150 мг гидрокортизона, далее болюсная инфузия в течение 3-4 ч гидрокортизона гемисукцината

100-200 мг, растворенного в 500 мл равных количеств изотонического раствора натрия хлорида и 5% раствора глюкозы. Одновременно с внутривенной инфузией проводят внутримышечное введение водорастворимого гидрокортизона по 50-75 мг каждые 4-6 ч. Борьба с шоком - инфузия 0,9% р-р хлорида натрия и 5% раствор глюкозы в объеме 2,5-3,5 л в первые сутки, с добавлением 25-30 мл 5% р-ра аскорбиновой кислоты. Коррекция электролитных расстройств, гипогликемии, устранение сердечно-сосудистой недостаточности

Ситуационная задача № 8

Больной М., 40 лет поступил в клинику с жалобами на частые головные боли, утомляемость, одышку, приступы с резким повышением АД, лечится у терапевта по поводу гипертонической болезни. В последнее время приступы участились. В клинике развился гипертонический криз, который сопровождался резкой головной болью, потливостью, тахикардией, бледностью кожных покровов, тошнотой, рвотой, болями в животе. Объективно: пониженного питания, холодные конечности, багрово-красный оттенок кожи на кистях, предплечьях, стопах. Кожные покровы влажные. Пульс 98 в мин. АД 260/120 мм рт.ст. В клиническом анализе крови - лейкоцитоз.

Сахар крови 8,0 ммоль/л, в моче сахара нет.

1. Какой Ваш предварительный диагноз?
2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Какие препараты необходимы для купирования криза у этого больного?

Ответ на задачу № 8

1. Феохромоцитома, катехоламиновый криз.
2. Наиболее точным методом диагностики является определение трехчасовой экскреции с мочой адреналина, норадреналина, ВМК после перенесенного криза, функциональные пробы с тропафеном, гистамином. Необходимо сделать УЗИ или КТ надпочечников
3. Альфа-адренолитики: в/в струйно 1 мл 1% р-ра тропофена (регитина) в 10 мл 0,9% раствора хлорида натрия, повторные инъекции каждые 5 минут до купирования криза. Симптоматическая терапия (ненаркотические аналептики, седативные спазмолитики).

Ситуационная задача № 9

В отделение неотложной кардиологии в состоянии чрезмерного возбуждения госпитализирован мужчина 37 лет с жалобами на боли в сердце, одышку, сердцебиение, дрожь в теле, двоение в глазах. Из анамнеза известно, в последние 2-3 мес беспокоит беспричинная головная боль, анальгетики малоэффективны. Также периодически возникают приступы сердцебиения, не связанного с физической нагрузкой, сопровождающегося профузным потоотделением. За это же время отмечает снижение массы тела на 4-5 кг при нормальном аппетите и периодическое повышение температуры тела до 37,3-37,4 °С. Накануне приступа был в гостях, где обильно поел (сыр, красное вино). Семейный анамнез без особенностей. При осмотре: кожные покровы бледные, профузное потоотделение, зрачки широко расширены, блеск глаз, тремор рук. Температура тела 37,6 °С. Щитовидная железа не увеличена. Отеков нет. Со стороны сердечно-сосудистой системы отмечается тахикардия - 120 в мин, сердечные тоны нормальные, артериальное давление - 300/170 мм рт.ст. Со стороны других органов и систем отклонений не выявлено.

Клинический анализ крови: лейкоцитоз 14,0x10⁹ г/л, гематокрит 54%, СОЭ 25 мм/ч. На ЭКГ определяются глубокие отрицательные зубцы Т в отведениях V1-4 двухфазные зубцы Т с первой положительной фазой в отведении V5.

1. Какой вероятный диагноз и меры неотложной помощи?
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести пациенту?
3. Со стороны лабораторных исследований выявлены следующие отклонения: Показатель
Референсные значения Сахар крови 7.2 ммоль/л 3,3-6,1 ммоль/л Жирные кислоты 1.3 ммоль/л 0,30-0,90 ммоль/л свободные 5.4 ммоль/л 3,4-5,3 ммоль/л Калий 2,65 ммоль/л 2,0-2,5 ммоль/л Кальций

Ответ на задачу № 9

1. Феохромоцитомы, катехоламиновый криз.
2. Наиболее точным методом диагностики является определение трехчасовой экскреции с мочой адреналина, норадреналина, ВМК после перенесенного криза, функциональные пробы с тропафеном, гистамином. Необходимо сделать УЗИ или КТ надпочечников.
3. Альфа-адренолитики: в/в струйно 1 мл 1% р-ра тропофена (регитина) в 10 мл 0,9% р-ра хлорида натрия, повторные инъекции каждые 5 мин до купирования криза.

Симптоматическая терапия (ненаркотические аналептики, седативные спазмолитики).

Ситуационная задача № 10

У 48-летней нерожавшей женщины с клиническими симптомами тиреотоксикоза отмечается безболезненный зоб незначительных размеров, офтальмопатия отсутствует.

Результаты обследования: Т3 – 245 нг/дл (норма 90-200), Т4 – 16,2 нг/дл (норма 4,5-12), ТТГ – 1 мкмоль/мл (норма 0,5-3,6), поглощение I131 < 1% через 24 часа (норма 20-35%), тиреоглобулин – 25 нг/мл (норма 2-20), СОЭ – 10 мм/час.

Каков вероятный диагноз?

- а) йод-индуцированный тиреотоксикоз
- б) лекарственный тиреотоксикоз
- в) подострый тиреоидит
- г) безболевого форма тиреоидита

Ситуационная задача № 11

В состоянии летаргии в реанимационное отделение доставлена женщина 63 лет. Из анамнеза (со слов родственников больной) выяснено, что в последнее время женщину беспокоила сильная жажда, обильное мочеиспускание, тошнота, боли в животе и запоры. Наблюдалась сонливость, нарастающая апатия. За последние 3-4 мес больная похудела на 5,0 кг. Длительное время больная принимала антациды. Сопутствующие заболевания: МКБ. При осмотре определяются признаки выраженной дегидратации, кожные покровы со следами расчесов. На вопросы отвечает невнятно. Значительный дефицит массы тела. Сухожильные рефлексы снижены. В области левой доли щитовидной железы пальпируется крупный плотный узел до 2,0 см, периферические лимфоузлы не увеличены. Тоны сердца резко приглушены, пульс нитевидный 90 в мин, артериальное давление 130/90 мм рт.ст. При дальнейшем наблюдении появились судороги, резкая одышка, падение уровня артериального давления до 80/55 мм рт.ст. повышение температуры тела до 38,0 °С, возникла анурия.

Клинический анализ крови: гемоглобин 98 г/л, лейкоцитоз 14,0X10⁹ г/л, гетокрит 39%, СОЭ 25 мм/ч.

В биохимическом анализе крови выявлены следующие изменения: мочевины 13,0 ммоль/л, креатинин 200 мкмоль/л, щелочная фосфатаза 190 Е/л, кальций 3,1 ммоль/л, фосфор 0,4 ммоль/л, калий 3,2 ммоль/л.

На ЭКГ: синусовая тахикардия, расширение комплекса QRS, инверсия зубца Т во II и III отведениях.

1. Ваш вероятный диагноз?
2. Какие меры неотложной помощи необходимо предпринять?
3. Какие дополнительные обследования необходимо провести пациенту?

Ответ на задачу № 11

1. Гиперпаратиреоидный криз.
2. Восстановление ОЦК, усиление экскреции кальция с мочой, снижение резорбции кальция из костей, усиление поступления кальция в кости и устранение электролитных нарушений.
3. Определение показателей фосфорно-кальциевого обмена (кальций, фосфор, щелочная фосфатаза крови). Топическая диагностика осуществляется с помощью экстренного ультразвукового исследования и компьютерной томографии.

Ситуационная задача № 12

В приемное отделение доставлена женщина 48 лет с судорожным синдромом. Со слов родственников выяснено, что длительное время занималась физическим трудом на

дачном участке. При осмотре: больная в сознании, кожные покровы бледные, сухие, с шелушением, болезненные судороги мышц лица со спазмом жевательной мускулатуры, «рука акушера», «конская стопа». В области передней поверхности шеи послеоперационный рубец. Дисфагия. Речь невнятная. Дыхание затруднено. Тоны сердца резко приглушены, пульс 88 в минуту, артериальное давление 140/90 мм рт.ст. Живот при пальпации болезненный во всех отделах, симптомов раздражения брюшины нет.

В биохимическом анализе крови выявлены следующие изменения: кальций 1,1 ммоль/л, фосфор 1,7 ммоль/л.

На ЭКГ - удлинение интервала Q-T и S-T.

1. Ваш вероятный диагноз и меры неотложной помощи?
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести пациенту?

Ответ на задачу № 12

1. Гипопаратиреоидный криз.
2. Во время острого приступа тетании вводят в/в струйно от 10 до 50 мл (чаще 10-20 мл) 10% р-ра хлорида или глюконата кальция в течение 15-30 мин. Возможна внутривенная инфузия 20-30 мл солей кальция в 1 л 5% р-ра глюкозы в течение 12-24 ч. Используется паратиреоидин в дозе 40-100 ЕД в/м. Терапия витамином D - суточная доза витамина D (оксидевита, альфакальцидола) составляет 2-4 мкг/сут, разделенная на два приема, в дальнейшем поддерживающая доза - 0,5-1 мкг/сут.

Ситуационная задача № 13

Больная 28 лет, сахарный диабет выявлен 4 года назад. С момента постановки диагноза находится на интенсифицированной инсулинотерапии (сут. доза 32-46 ЕД), активно использует средства самоконтроля. 3 недели назад заболела ОРВИ (в течение 10 дней проводился интенсивный самоконтроль, коррекция доз препаратов). 8 дней назад у больной закончились средства самоконтроля. Пациентка вернулась к обычной суточной дозе инсулина, вводимой до болезни. Последние 5-6 дней отмечает ухудшение состояния, появление жажды, сухости, полиурии, сонливости и слабости, в связи с отсутствием средств самоконтроля менять схему вводимого инсулина отказалась. В день поступления в стационар тошнота, выраженная слабость, рвота, потеря сознания в приемном покое стационара. Объективно - сумеречное сознание, выраженная сухость кожи и слизистых, дыхание 30 в мин., шумное. Пульс – 109 в минуту, АД=75/40 мм рт.ст. рН крови – 7,3; гликемия- 21 ммоль/л, калий – 3,2 ммоль/л, в моче – ацетонурия.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный клинический диагноз
2. Чем обусловлена декомпенсация заболевания?
3. Чем обусловлено изменение рН крови?
4. Ваша тактика в первый час лечения больного?

Ответы на задачу № 14

1. Сахарный диабет 1 типа. Кетоацидотическая кома.
2. ОРВИ. Абсолютным инсулиновым дефицитом. Отсутствием самоконтроля
3. Ацидозом
4. Регидратация, введение препаратов калия, кислородотерапия. Госпитализация в ОРИТ. Инсулинотерапия после начала регидратации и введения калия в режиме малых доз в/в или через инфузомат

Ситуационная задача № 14

Больная 3., 44 лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на слабость, потливость, раздражительность, дрожь в теле, ощущение жара, сердцебиение, похудание. Заболевание связывает со стрессовой ситуацией. Больна 4-й месяц.

Объективно: температура 37,2⁰С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая, влажная. Отмечается тремор пальцев, нерезкое пучеглазие, редкое мигание, усиленный блеск глаз, положительные симптомы Грефе и Мебиуса. Имеется диффузное увеличение щитовидной железы (симптом “толстой шеи”). Подкожно-жировая клетчатка

развита недостаточно. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца чистые, ритмичные. ЧСС 100 ударов в мин. АД 140/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.
5. Продемонстрируйте технику проведения термометрии .

ОТВЕТЫ НА ЗАДАЧУ № 14 1. Диффузный токсический зоб.

Обоснование:

1) данные анамнеза:

жалобы на повышенную нервную возбудимость, потливость, дрожь в теле, ощущение жара, сердцебиение, похудание; связь заболевания со стрессовой ситуацией; 2) объективные данные : субфебрильная температура;

при осмотре: кожа влажная, тремор, экзофтальм, положительные глазные симптомы, симптом “толстой шеи”; при пальпации: диффузное увеличение щитовидной железы; при аускультации: тахикардия.

2. Общий анализ крови: возможны анемия, лейкопения, биохимический анализ крови: снижение холестерина и альбуминов, определение уровня гормонов ТЗ, Т4, ТТГ в крови, радиоизотопное и ультразвуковое исследование щитовидной железы.
3. Тиреотоксический криз, мерцательная аритмия, миокардиодистрофия, сердечная недостаточность, сдавление трахеи
4. Пациентка нуждается в госпитализации и проведении стационарного лечения.

Принципы лечения:

Режим полупостельный

Диета с достаточным содержанием витаминов

Тиреостатики: мерказолил, перхлорат калия В-адреноблокаторы: анаприлин

Седативные препараты: валериана, пустырник

Лечение радиоактивным йодом Хирургическое лечение

Прогноз благоприятный при своевременном лечении и отсутствии осложнений.

Профилактика:

психическая саморегуляция; диспансерное наблюдение; регулярный прием назначенных препаратов.

5. Техника проведения термометрии - согласно алгоритму действия.

Ситуационная задача № 15. женщина 48 лет обратилась к фельдшеру с жалобами на ухудшение памяти, быструю утомляемость, снижение работоспособности, сонливость, зябкость, упорные запоры. Болеет в течение 2-х лет.

Объективно: температура 35,4⁰С. Общее состояние удовлетворительное, кожа сухая, шелушащаяся. Лицо отечное, амимичное, глазные щели узкие, веки припухшие. Стопы отечные, при надавливании ямок не остается. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 52 в мин., АД 110/70мм рт.ст. Язык отечный, по краям определяются отпечатки зубов. Живот мягкий, безболезненный.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.
5. Продемонстрируйте технику проведения термометрии .

ОТВЕТ НА ЗАДАЧУ № 15

1. Гипотиреоз.

Обоснование: 1) данные анамнеза:

ухудшение памяти, быстрая утомляемость, пониженная работоспособность, сонливость, зябкость, упорные запоры; 2) объективные данные : пониженная температура тела;

при осмотре: сухость и шелушение кожи, отсутствие мимики, отечность век, языка, стоп, избыточное развитие подкожно-жировой клетчатки; при аускультации: приглушение сердечных тонов, брадикардия.

2. Общий анализ крови: анемия, биохимический анализ крови: увеличение холестерина, снижение уровня белка, определение уровня гормонов Т3, Т4, ТТГ в крови, радиоизотопное и ультразвуковое исследование щитовидной железы, электрокардиография.

3. Снижение интеллекта, депрессия, поражение сердца.

4. Пациентка нуждается в стационарном лечении.

Принципы лечения:

Режим полупостельный.

Диета с повышенным содержанием белков и витаминов, ограничение углеводов и жиров. Тиреоидные препараты: тиреоидин, тироксин, трийодтиронин, тиреотом

Прогноз при своевременном лечении благоприятный.

Профилактика: рациональное питание; закаливание; предупреждение переохлаждений; своевременное лечение воспалительных заболеваний.

5. Техника проведения термометрии - согласно алгоритму действия.

Ситуационная задача № 16

Мужчина 51 года обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на сухость, жажду, полиурию, ухудшение зрения.

Болен в течение 2 лет. Диету не соблюдал. Самоконтроль гликемии не проводил.

На ночь принимал Метформин 500 мг.

При осмотре: состояние удовлетворительное, ИМТ – 26 кг/м². Кожные покровы обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД - 16. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент II тона над проекцией аорты. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

При осмотре окулистом выявлена непролиферативная ретинопатия на правом глазу.

В анализах: гликемия натощак - 9,0 ммоль/л, постпрандиальная – 12 ммоль/л.

Общий холестерин - 6,9 ммоль/л, ТГ – 2,7 ммоль/л,

ХСЛПВП – 1,0 ммоль/л; креатинин – 101 мкмоль/л,

СКФ (по формуле СКД-EPI) - 70,8 мл/мин; альбуминурия - 100 мг/сут.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Обоснуйте поставленный вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Препараты какой группы Вы порекомендуете пациенту для коррекции гипергликемии? Обоснуйте свой выбор.

5. Препараты какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

Ответ на задачу № 16

1. Сахарный диабет тип 2. Целевое значение HbA1c < 7,0%. Диабетическая непролиферативная ретинопатия на правом глазу. Диабетическая нефропатия. Хроническая болезнь почек II стадия (C2), альбуминурия 2 стадия (A2). Артериальная гипертензия II стадии, 2 степени, риск ССО 4. Гиперлипидемия.

2. Диагноз «сахарного диабета (СД)» установлен на основании жалоб больного: сухость, жажду, полиурию, ухудшение зрения. Данных анамнеза (пациент болен более 2

лет); в лабораторных анализах гипергликемия. Стадия ретинопатии установлена в результате осмотра врача-окулиста. Диагноз «хронической болезни почек» определен по наличию признаков поражения почек (альбинурия) на протяжении 3 месяцев (анамнестические данные) и снижение СКФ. Установление степени артериальной гипертензии основано на цифрах АД, измеренных во время приема. Стадия АГ установлена на основании наличия поражений органов – мишеней (почек, сердца). Степень риска ССО поставлена на основании наличия у больного сахарного диабета. Гиперлипидемия установлена на основании повышения холестерина, ТГ и снижения ЛПВП.

3. Определение уровня гемоглобина для исключения анемии, HbA1c; УЗИ почек для оценки поражения; проведение ЭКГ; ЭХО – КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; мониторинг АД для оценки стабильного повышения АД.

4. Препараты сульфаниламидов: гликлазид МВ (диабетон МВ) обладает нефро- и кардиопротекцией.

5. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Выбор препарата из этих групп основан на их нефропротективных свойствах. Данные группы антигипертензивных препаратов являются «золотым» стандартом при лечении пациентов с ХБП II – III стадии. Наиболее доказанными нефропротективными свойствами из группы АПФ обладает рамиприл, из группы антагонистов рецепторов II – лозартан.

Ситуационная задача № 17

Больная К., 18 лет, обратилась к эндокринологу с жалобами на жажду, повышенный аппетит, сухость во рту, обильное выделение мочи, похудание. Больна около 2-х мес. Объективно: температура 36,6⁰С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа сухая, шелушащаяся. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Дыхание везикулярное. Тоны сердца чистые, ритмичные, ЧСС 72 в мин. АД 110/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз
2. Назовите необходимые дополнительные исследования
3. Перечислите возможные осложнения
4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания
5. Продемонстрируйте технику п/к инъекций

ОТВЕТЫ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ № 17

1. Сахарный диабет, инсулинозависимый тип *Обоснование:* 1) данные анамнеза: полифагия, полидипсия, полиурия, похудание; молодой возраст; 2) объективные данные : сухость и шелушение кожи;

недостаточное развитие подкожно-жировой клетчатки

2. Общий анализ мочи: глюкозурия, высокая относительная плотность мочи, биохимическое исследование крови: гипергликемия, исследование гликемического и глюкозурического профиля. Осмотр глазного дна.

3. Ухудшение зрения, нарушение функции почек, поражение нервной системы, развитие гипергликемической комы

4. Пациентка нуждается в срочной госпитализации для уточнения диагноза и назначения инсулинотерапии *Принципы лечения:*

Режим палатный

Диета, ограничение легкоусваиваемых углеводов. При расчете диеты исходят не из истинной массы тела пациента, а из должной (соответственно его росту и возрасту). Питание должно быть дробным, чтобы исключить резкие колебания уровня глюкозы в крови (не реже 4-х раз в день)

Инсулинотерапия. При подборе дозы используют инсулин короткого действия, затем часть его заменяют инсулином продолжительного действия. При назначении

инсулина учитывают, что 1 ЕД. инсулина способствует усвоению 4 г глюкозы, суточная доза препарата подбирается индивидуально.

Использование специальных аппаратов - “искусственная поджелудочная железа” и “искусственная в-клетка”

Прогноз в отношении жизни благоприятный при компенсации сахарного диабета.

Профилактика:

рациональное питание; психическая саморегуляция;
своевременное лечение заболеваний поджелудочной железы; ранняя диагностика скрытого диабета и соответствующая корректировка диеты.

5. Техника п/к инъекций - согласно алгоритму действия.

Ситуационная задача № 18

Вы работаете в поликлинике. К вам обращается женщина 32 лет с жалобами на сердцебиение, чувство жара, потливость, мышечную слабость, снижение массы тела несмотря на повышенный аппетит, чувство внутренней дрожи, раздражительность, бессонницу. Объективно: больная возбуждена, плаксива. Питание понижено. Кожные покровы розовой окраски, на ощупь теплые, влажные, эластичные. Экзофтальм. Изменение формы шеи. Т=37,3°. Тоны сердца громкие, аритмичные. PS=92 в минуту, хороших свойств. АД = 140/60 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул – частые поносы.

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
3. Расскажите о возможных осложнениях при данном заболевании.
4. Определите ваши действия в отношении данной пациентки.
5. Подготовьте пациента к радиоизотопному исследованию щитовидной железы.

Ответ на задачу № 18

1. Предположительный диагноз: диффузный токсический зоб – это болезнь, обусловленная избыточной секрецией тиреоидных гормонов (Т3 и Т4) диффузно увеличенной щитовидной железой. **ДИАГНОЗ ПОСТАВЛЕН НА ОСНОВАНИИ:**

- жалоб: сердцебиение, потливость, чувство жара, мышечную слабость, повышенный аппетит, похудание, симптомы поражения ЦНС – раздражительность, бессонница, чувство внутренней дрожи, плаксивость, поносы;
- данных общего осмотра: теплая, влажная, бархатистая кожа; увеличение щитовидной железы на глаз; наличие пучеглазия;
- симптомов поражения сердечно-сосудистой системы: тахикардия, повышение АД за счет систолического, громкие сердечные тоны, наличие аритмии сердца; - субфебрилитет.

Все эти симптомы подтверждают наличие тиреотоксикоза. Чаще болеют женщины.

2. Дополнительные обследования, для подтверждения диагноза: - наличие глазных симптомов: симптом Грефе – отставание верхнего века при движении глазного яблока вниз; симптом Штельвага – редкое мигание; симптом Краузе – блеск глаз; симптом Мебиуса – нарушение конвергенции глазных яблок; - определение содержания Т3 и Т4 в сыворотке крови;

- радиоизотопное исследование щитовидной железы;
- ЭКГ.

3. Возможные осложнения заболевания:

- тиреотоксический криз, тиреотоксическая миокардиодистрофия;
- помутнение роговицы, атрофия глазных мышц;
- сдавление органов шеи и средостения увеличенной щитовидной железой (нарушение речи, глотания и т. д.).

4. Рекомендовать в ближайшие дни обратиться к терапевту (эндокринологу) для уточнения диагноза и решения вопроса о лечении.

Учитывая выраженные явления тиреотоксикоза, больная нуждается в стационарном лечении.

5. Подготовка к радиоизотопному исследованию щитовидной железы.

За 30-50 дней до исследования отменяют все йод и бром-содержащие препараты, антигипертензивные, гормональные, седативные средства, смазывание кожи спиртовой настойкой йода, проведение рентгенконтрастных исследований с помощью йод-содержащих контрастных веществ. Из рациона питания исключить морские продукты, хурму, орехи, минеральную воду. Исследования проводят в два этапа: через 2 часа и 24 часа после введения радиоизотопов йода (^{131}I).

Ситуационная задача № 19

Больной 39 лет на приеме жалуется на слабость, учащенное мочеиспускание, нарушение сна, похудение. Из анамнеза известно, что первые симптомы заболевания появились примерно через 2 месяца после тяжелого гриппа, протекавшего с расстройством сознания и судорогами, по поводу чего пациент был госпитализирован в инфекционную больницу. После выписки из стационара сохранялась утомляемость, нарастала слабость, бессонница, ухудшение аппетита, снижение пото- и слюноотделения, появилась жажда, из-за которой стал ежедневно выпивать до 5-6 литров жидкости, потерял 4 кг. При обследовании патологии внутренних органов не выявлено. Нарушений обмена

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Нарушение секреции какого гормона приводит к развитию данного заболевания и каков его патогенез?
3. Какие обследования необходимо провести для установления окончательного диагноза? 4. Сформулируйте и обоснуйте рекомендации по соблюдению питьевого режима для пациента с таким заболеванием.
5. Какой препарат необходимо назначить пациенту?

Ответы на задачу

1. На основании вышеуказанных жалоб, анамнеза и лабораторных сдвигов установлен диагноз «центральный несахарный диабет».
2. В основе центрального несахарного диабета лежит дефицит антидиуретического гормона (АДГ, аргинин-вазопрессин). Это нарушение связано со снижением почечной реабсорбции воды, выделением большого количества мочи с низким удельным весом, как следствие уменьшается количество воды в организме, компенсаторно потребляется большое количество жидкости.
3. Необходимо проведение клинического анализа мочи, а также определение концентрации калия, кальция, глюкозы, мочевины и креатинина в биохимическом анализе крови для исключения воспалительных заболеваний почек и наиболее частых электролитно-метаболических причин возникновения других форм несахарного диабета; МРТ головного мозга для диагностики причин центрального несахарного диабета.
4. При подтвержденном несахарном диабете необходимо установить свободный (в соответствии с потребностью/жаждой) питьевой режим. Без адекватного восполнения выделяемой жидкости при практически не снижающемся обильном диурезе дегидратация становится выраженной. Это приводит к слабости, психическим нарушениям, усиливается головная

Ситуационная задача № 19

На остановке мужчина, 50 лет, внезапно упал. Отсутствует сознание, дыхание, пульсация на сонных артериях. Объективно: зрачки расширены, кожные покровы бледные.

Задание:

1. Определите неотложное состояние
2. Составьте алгоритм неотложной помощи.

Эталон ответов:

1. У пациента развилось состояние клинической смерти.
2. Алгоритмы оказания неотложной медицинской помощи:
 - 1) Оценка безопасности,
 - 2) Определение нарушения сознания,
 - 3) Призыв о помощи,
 - 4) Определение наличия дыхания, пульса на сонной артерии,

- 5) Вызов скорой помощи,
- 6) Придание пострадавшему горизонтального положения на спине, на ровной твердой поверхности,
- 7) Восстановление проходимости дыхательных путей;
- 8) Выполнение закрытого (непрямого) массажа сердца и искусственной вентиляции легких по способу «рот в рот» через маску с бакфильтром или лицевой экран в соотношении 30:2 (независимо от количества спасателей) до прибытия СМП.
- 9) Производить каждые 2 минуты оценку пульса на сонных артериях, производя в этот момент смену спасателей.

Ситуационная задача № 20

У пациента П. 35 лет, находящегося в отделении ОРИТ в связи с закрытой черепно-мозговой травмой, 30 секунд назад зафиксирована остановка сердца и дыхания.

Вопросы:

1. Какие меры необходимо предпринять? Каков алгоритм?
После предпринятых мер у больного восстановился ритм сердца, но отсутствует сознание и спонтанное дыхание.
2. Каковы дальнейшие действия? Как осуществлять уход за больным?
Больному для обеспечения вентиляции легких наложена трахеостома.
3. Как осуществлять уход за трахеостомой? **Эталон ответа:**
 1. У больного зафиксирована клиническая смерть. Показана сердечно-легочная реанимация. Следует обеспечить проходимость дыхательных путей, выполнить искусственную вентиляцию легких и непрямой массаж сердца, осуществить венозный доступ, медикаментозную поддержку и противоишемическую защиту мозга. Восстановление ритма сердца и кровоснабжения мозга является критерием эффективности сердечно-легочной реанимации.
 2. Требуется продленная ИВЛ, противоишемическая защита мозга. Уход включает гигиенические мероприятия, профилактику пневмонии и пролежней, адекватное питание.
 3. Трахеостома предполагает регулярную санацию полости рта и трахеобронхиального дерева, борьбу с пересыханием слизистой дыхательных путей, санацию кожи вокруг свища.

Ситуационная задача № 21

Во время Вашего ночного дежурства больной в палате встал и упал на пол. За Вами прибежал сосед по палате. Придя в палату, Вы увидели, что больной лежит на полу. Что и в какой последовательности Вы будете делать? **Эталон ответа:**

1. Выбежать в коридор и вызвать медицинскую сестру. Запросить переносной дефибриллятор и лекарственную укладку, сообщить о происшествии в отделение реанимации, вызвать бригаду на себя.
2. Оценить показатели сознания, если сознание отсутствует, то уложить пациента на ровный участок, на спину; восстановить проходимость дыхательных путей, используя тройной прием Сафара, определить наличие самостоятельного дыхания и определить пульс на сонной артерии в течение 5 секунд. При их отсутствии начать сердечно-лёгочную реанимацию: и начать наружный массаж сердца; проводить СЛР в соотношении 30: 2.
3. Как только доставлены дефибриллятор и медикаменты: провести оценку ритма (при необходимости провести ЭДС), ввести необходимые препараты. Проводить оценку ритма каждые 2 мин для контроля эффективности реанимации; СЛР продолжается либо до прибытия подмоги, после чего не прерывая процесса реанимации больной перекладывается на каталку и транспортируется в специализированное отделение реанимации и интенсивной терапии, либо при неэффективности СЛР в течение 30 минут производится констатация смерти пациента.

Ситуационная задача № 22

В МЗ области (далее - Министерство) поступило обращение пациента по работе сервиса электронной регистратуры портала zdrav.ru по поводу неудобного функционала записи на прием к врачу-специалисту по сравнению с ранее существовавшей системой.

- Вопросы: 1. В какую медицинскую организацию Министерству необходимо сделать запрос по данному факту?
2. Что необходимо сделать для выяснения факта изменения функционала электронной записи на прием к врачу в медицинской организации, куда обращался пациент?
 3. Какие механизмы решения данной проблемы можно предложить?
 4. Какие параметры и в какие сроки можно модернизировать функционал портала самозаписи? 5. Что необходимо сделать для подготовки ответа на обращение пациента?

Эталон ответа: 1. В соответствии с п. 5 Положения о государственной информационной системе АО «Интернет-портал самозаписи на прием к врачу» оператором системы является ГБУЗ АО «МИАЦ». Оператор обеспечивает эффективное и бесперебойное функционирование системы и организацию работ по совершенствованию характеристик дизайна и информационной структуры портала.

2. В настоящее время медицинские организации переведены с режима записи по электронной почте через администратора регистратуры учреждения на интерактивный режим записи, который обеспечивает передачу информации о реальном расписании приема врачей учреждения из медицинской информационной системы для публикации на портале, а также передачу от портала самозаписи в медицинскую информационную систему сведений о записавшихся на прием к врачу.

3. Для обучения пациентов новому функционалу самозаписи в доступных местах медицинской организации, на сайте медицинской организации разместить пошаговую инструкцию о пользовании системой. Разместить инструкцию на портале zdrav.ru., рекомендовать руководителям медицинских организаций к размещению данной инструкции на бумажном носителе на информационных стендах в медицинских организациях.

4. На основании выявленной информации и предложенных механизмов решения, предоставить в установленные в запросе сроки в Министерство ответ на запрос для формирования ответа на обращение пациента в соответствии с порядком, установленным ФЗ от 02.05.2006 г. № 59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращения граждан Российской Федерации»

Ситуационная задача № 23

Ежемесячно в страховую медицинскую организацию поступают счета по оплате медицинских услуг медицинского учреждения стационарного типа и проводится медико-экономическая экспертиза счетов фактур. При необходимости проводится экспертиза качества медицинской помощи (стационарных услуг), чаще это целевая экспертиза, подтверждающая надлежащие объемы и качество медицинских услуг. За последние годы сформировалась следующая структура дефектов, состоящая из 21 пункта, в основном это: подача на оплату незастрахованных в СМО граждан (17%); включение на оплату услуг, фактически не подтвержденных записями в первичной медицинской документации; отсутствие медицинской документации или нарушение ее ведения - 10-15%. Это самый большой процент из всей дефектуры. Причина заключается в том, что первичные карты застрахованных, поступающих на лечение, заполняются вручную (срабатывает человеческий фактор). С ними связаны основные финансовые потери (от 35000-45500 руб. ежемесячно), которые можно избежать. Каким образом можно уменьшить данные потери?

Эталон ответа: введение электронного документооборота на основе утвержденных шаблонов учетно-отчетной медицинской документации

Ситуационная задача № 24

Внутренний контроль качества медицинской помощи осуществляется должностными лицами системы здравоохранения.

Вопросы (задание): 1. Выберите из перечисленных ниже должностных лиц относящиеся к субъектам внутреннего контроля качества медицинской помощи: - заведующий отделением; - заместитель главного врача по экспертизе качества; - главный специалист; - эксперт страховой медицинской организации.

Эталон ответа: - заведующий отделением; - заместитель главного врача по экспертизе качества;- главный специалист

Ситуационная задача № 25

Пациент 25 лет, поступил с жалобами на головную боль, головокружение, чувство тяжести, сдавления в груди, приступы удушья, кашель, тошноту, рвоту и ухудшение зрения. Анамнез. В очаге заражения, возникшего в результате аварии на химическом производстве, пострадавший снял противогаз без команды.

Объективно. Состояние средней степени тяжести. Агрессивен, немотивированные поступки. Кожные покровы и видимые слизистые цианотичны. Гиперсаливация, гипергидроз. Органы дыхания: ЧДД 26 в минуту, дыхание поверхностное везикулярное, сухие свистящие хрипы. Сердечно-сосудистая система: пульс – 60 ударов в минуту, АД – 115/60 мм рт. ст. Офтальмолог: снижение остроты зрения, выраженный миоз, спазм аккомодации, боли в животе спастического характера.

Поставьте диагноз, проведите медицинскую сортировку, окажите пострадавшему медицинскую помощь на этапах медицинской эвакуации.

Эталон ответа: Отравление ФОС, средней степени тяжести, психоневротическая форма. Госпитализация в 1 очередь. Проведение ЧСО, введение афина 1,0 в/м; повторное введение афина, реланиум в/м, ЧСО. Введение атропина сульфата 0,1% 15-20 мл/сутки, реактиваторов холинэстеразы – дипироксим, антипсихотиков – галоперидол, аминазин 25% 2,0 в/м, бензодиазепины в/м., изоляция в психоневрологическое отделение.

Ситуационная задача № 26

Качество медицинской помощи в стационаре непосредственно связано с качеством диагностики заболеваний, явившихся причиной госпитализации.

Вопросы (задание): 1. Из приведенных ниже показателей выберите характеризующие качество врачебной диагностики в стационаре и приведите обоснование сделанного выбора: - летальность; - процент расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов; - средняя длительность пребывания больного в стационаре; - исходы заболеваний. **Эталон ответа:** летальность; - процент расхождения клинических и патологоанатомических диагнозов; - средняя длительность пребывания больного в стационаре.

Ситуационная задача № 27

В отделение многопрофильного стационара машиной скорой помощи доставлен пострадавший с острой дыхательной недостаточностью. Медицинская помощь начата на догоспитальном этапе, однако к моменту поступления острая дыхательная недостаточность не купирована. Составьте план ведения больного. **Эталон ответа:**

- продолжают оказание медицинской помощи пациентам с ОДН, которая проводилась на догоспитальном этапе.
- используются возможности инструментальных и лабораторных исследований стационара, что позволяет уточнить клинический диагноз и провести дифференциальную диагностику с назначением этиопатогенетического лечения. Всем больным с ОДН показана рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях. При необходимости уточнения диагноза выполняют компьютерную томографию легких, а при подозрении на ТЭЛА ее проводят в ангиорежиме или выполняют сцинтиграфию легких.
- Эхокардиография сердца позволяет оценить давление в легочной артерии (ТЭЛА) и сократительную функцию миокарда (инфаркт миокарда)
- Бронхофиброскопия показана для санации трахеобронхиального дерева при обильной мокроте, исключения механических препятствий дыханию (стенозы, опухоли) и позволяет сделать забор мокроты для бактериологического и вирусологического исследований.

Обязательное назначение:

- клинический анализ красной и белой крови;

- полное биохимическое исследование крови с маркерами повреждения миокарда (тропонин, КФК-МВ и пр.);
- коагулограмма (подозрение на ТЭЛА);
- газы артериальной крови и КОС;
- мониторное наблюдение (ЭКГ, ЧСС, пульсоксиметрия); - клинический анализ мочи.

Больной осматривается на предмет особо опасных инфекций.

Больные с подтвержденным диагнозом «тяжелое обострение бронхиальной астмы» продолжают получать бронхолитическую, противовоспалительную и инфузионную терапию.

Растворы для ингаляций

- * Сальбутамол (вентолин): 5 мг каждые 20 мин. в течение 1 часа. Затем через 1-4 часа.
- * Тербуталин (бриканил): 10мг каждые 20 мин. в течение 1 часа. Затем через 1-4 часа. *
- Фенотерол (беротек) 1,0-1,5 мг каждые 20 мин в течение 1 часа. Затем через 1-4 часа или по требованию.
- * Ипратропия бромид + Фенотерол (беродуал). В 1 мл раствора содержится атровента 0,25 мг и фенотерола 0,5 мг. Ингалируется по 2.0-4,0 мл каждые 30 мин. в течение 1 часа. Затем через 2 – 4 часа.

При бронхообструктивном синдроме используют глюкокортикостероиды: дексазон внутривенно в дозе от 8 до 24 мг (возможно увеличение дозы) или другие глюкокортикостероиды в эквивалентных дозах

Инфузионная терапия проводится под контролем ЦВД, которое должно составлять 8 – 12 см вод.ст. и темпа почасового диуреза – 80 мл в час, но никак не менее 60 мл в час. Используют 5 % р-р глюкозы 500,0; 0,9% р-р хлористого натрия 500,0 и гидроксиэтилкрахмалов.

Обычно суточный объем не превышает 1,5 – 1,7 литра.

В обязательном порядке ингалируется кислород.

При SpO₂ менее 92% показана респираторная поддержка.

При гипотонии применяют кардио- и вазотропные средства для чего предпочтительнее использовать шприцевые инфузионные насосы (дозаторы лекарственных средств, инфузоматы), хотя возможно внутривенное капельное введение. Дофамин: 2,0 – 4,0 мкг/кг/мин (вазоплегический эффект)

5,0 – 20 мкг/кг/мин (кардиотоническая эффект)

Адреналин: 0,01 – 0,15 мкг/кг/мин Норадреналин: 0,5 – 0,25 мкг/кг/мин

Мезатон: 0,5 - 1,5 мкг/кг/мин

При повышенном артериальном давлении или легочной гипертензии – систолическое давление в легочной артерии выше 35 мм рт.ст. (ТЭЛА, кардиогенный отек легких, тяжелое обострение ХОБЛ): нитроглицерин: 0,5-8,0 мг/час.

Проводят в/в капельное введение плазмозаменителей: р-р глюкозы 5% - 500 мл, р-р хлористого натрия – 200 мл, гидроксиэтилкрахмал – 500 мл.

Больные должны получать увлажненный кислород, а при выраженной гипоксемии на фоне кислородотерапии (PaO₂ < 65 мм рт. ст. и умеренной гиперкапнии (PaCO₂ 50 – 60 мм рт. ст.) применяется респираторная поддержка (категория доказательств С). Если состояние больного улучшилось: уменьшились признаки дыхательной недостаточности, интоксикации, стабилизировалась гемодинамика, он может быть переведен в пульмонологическое или терапевтическое отделение. При отсутствии улучшения состояния или прогрессировании процесса показан перевод в ОРИТ.

Ситуационная задача № 28

При проведении медико-экономической экспертизы специалист-эксперт установил следующие факты:

- укорочение сроков госпитализации более чем на 50% при сравнении с медикоэкономическими стандартами;

- несоответствие объема проведенных дополнительных обследований для обоснованной верификации диагноза и выбора рациональной тактики лечения;
- при углубленной медико-экономической экспертизе формализованные записи в истории болезни подтверждают удовлетворительное состояние больного с момента поступления в стационар.

1. Достаточно ли приведенных данных для принятия решения об обоснованности госпитализации? Обоснуйте Ваш ответ.

2. Если ответ на первый вопрос «да», то какие финансовые санкции необходимо может понести медицинская организация?

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Принципиальное расхождение диагноза при поступлении и заключительного клинического диагноза. Нарушение в тактике лечения, предусмотренного стандартами и клиническими рекомендациями.

2. Отсутствие части формализованных записей в первичной медицинской документации (истории болезни) подтверждающих правильность избранной лечебно-диагностической технологии 3. Снижение оплаты госпитализации.

Ситуационная задача № 29

Вы член врачебной комиссии амбулаторно-поликлинического учреждения. Председатель врачебной комиссии поручил вам разработать план экспертизы качества медицинской помощи в своем учреждении. Предложите основные мероприятия плана, обоснуйте предложения.

Эталон ответа:

Обеспечить работу по контролю качества медицинской помощи.

Контролировать уровень УКЛ специалистов по предоставленным отчетам.

Проводить анализ клинико-экспертных ошибок по внутриведомственному, вневедомственному контролю, докладывать на врачебных конференциях, Медицинских советах; по результатам анализа разрабатывать мероприятия по их устранению.

Проводить оценку ЭВН в случаях:

— повторных случаях длительно и часто болеющих

— с превышением либо занижением сроков ВН — сложных клинико-экспертных случаях — случаев повторной госпитализации.

Проводить экспертную оценку качества лечения больных в дневных стационарах.

Ситуационная задача 30

Вы проходите производственную (клиническую) практику в многопрофильном скорпомощном стационаре. Во время дежурства в составе врачебной бригады в 9.50 утра дежурный врач по телефону получил информацию от оперативного дежурного Центра управления МЧС России: «На городском рынке произошел террористический акт. Эпицентр взрыва – в центре рынка. Ориентировочное количество пострадавших ~ 200 человек. Обстановка уточняется». Какие действия должны быть предприняты? **Эталон**

ответа:

1. Дежурному врачу: исполнить алгоритм действий дежурного врача при получении информации о теракте.