

**Автономная некоммерческая профессиональная образовательная организация
"Академия технологии и управления"
(АНПОО «Академия технологии и управления»)**



ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
профессионального модуля
ПМ.03 НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ НА
ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ
по специальности 34.02.01 Лечебное дело

Новочебоксарск

Паспорт фонда оценочных средств

В результате изучения профессионального модуля обучающийся должен:

иметь практический опыт:

- проведения клинического обследования при неотложных состояниях на догоспитальном этапе;
- определения тяжести состояния пациента и имеющегося ведущего синдрома;
- проведения дифференциальной диагностики заболеваний;
- работы с портативной диагностической и реанимационной аппаратурой;
- оказания посиндромной неотложной медицинской помощи;
- определения показаний к госпитализации и осуществления транспортировки пациента;
- оказания экстренной медицинской помощи при различных видах повреждений;

уметь:

- проводить обследование пациента при неотложных состояниях на догоспитальном этапе;
- определять тяжесть состояния пациента;
- выделять ведущий синдром;
- проводить дифференциальную диагностику;
- работать с портативной диагностической и реанимационной аппаратурой;
- оказывать посиндромную неотложную медицинскую помощь;
- оценивать эффективность оказания неотложной медицинской помощи;
- проводить сердечно-легочную реанимацию;
- контролировать основные параметры жизнедеятельности;
- осуществлять фармакотерапию на догоспитальном этапе;
- определять показания к госпитализации и осуществлять транспортировку пациента;
- осуществлять мониторинг на всех этапах догоспитальной помощи;
- организовывать работу команды по оказанию неотложной медицинской помощи пациентам;
- обучать пациентов само- и взаимопомощи;
- организовывать и проводить медицинскую сортировку, первую медицинскую, доврачебную помощь в чрезвычайных ситуациях;
- пользоваться коллективными и индивидуальными средствами защиты;
- оказывать экстренную медицинскую помощь при различных видах повреждений;
- оказывать экстренную медицинскую помощь при различных видах повреждений в чрезвычайных ситуациях;

знать:

- этиологию и патогенез неотложных состояний;
- основные параметры жизнедеятельности;
- особенности диагностики неотложных состояний;
- алгоритм действия фельдшера при возникновении неотложных состояний на догоспитальном этапе в соответствии со стандартами оказания скорой медицинской помощи;
- принципы оказания неотложной медицинской помощи при терминальных состояниях на догоспитальном этапе;
- принципы фармакотерапии при неотложных состояниях на догоспитальном этапе;
- правила, принципы и виды транспортировки пациентов в лечебно-профилактическое учреждение;
- правила заполнения медицинской документации;
- принципы организации, задачи, силы и средства службы медицины катастроф и медицинской службы гражданской обороны;
- классификацию чрезвычайных ситуаций, основные поражающие факторы и медико-тактическую характеристику природных и техногенных катастроф;
- основы лечебно-эвакуационного обеспечения пораженного населения в чрезвычайных ситуациях;

- принципы обеспечения устойчивости объектов экономики, прогнозирования развития событий и оценки последствий при техногенных чрезвычайных ситуациях и стихийных явлениях;
- основные санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия, проводимые при оказании неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе и в чрезвычайных ситуациях.

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения возложенных на него профессиональных задач, а также для своего профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 7. Брать ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение своей квалификации.

ОК 9. Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности.

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу, человеку.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

ПК 3.1. Проводить диагностику неотложных состояний.

ПК 3.2. Определять тактику ведения пациента.

ПК 3.3. Выполнять лечебные вмешательства по оказанию медицинской помощи на догоспитальном этапе.

ПК 3.4. Проводить контроль эффективности проводимых мероприятий.

ПК 3.5. Осуществлять контроль состояния пациента.

ПК 3.6. Определять показания к госпитализации и проводить транспортировку пациента в стационар.

ПК 3.7. Оформлять медицинскую документацию.

ПК 3.8. Организовывать и оказывать неотложную медицинскую помощь пострадавшим в чрезвычайных ситуациях.

МДК. 03.01 Дифференциальная диагностика и оказание неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе	6 семестр	Дифференцированный зачет
ПП. 03 Производственная практика (по профилю специальности)	6 семестр	Дифференцированный зачет
ПМ. 03 Неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе	6 семестр	Экзамен

Дифференцированный зачет по учебной практике выставляется на основании результатов выполнения отчета о прохождении практики, анализа дневника практики и характеристики об уровне освоения студентом компетенций.

Дифференцированный зачет по производственной практике (по профилю специальности) выставляется на основании результатов выполнения отчета о прохождении практики и данных

аттестационного листа по результатам производственной практики, анализа дневника практики и характеристики об уровне освоения студентом компетенций.

**Критерии и оценочная шкала
для промежуточной аттестации по практике (учебной, производственной (по профилю
специальности), производственной (преддипломной)).**

Во время устной защиты руководитель практики от академии оценивает результаты прохождения практики по следующей примерной шкале:

Дескрипторы сформированности компетенций	Шкала оценки
Студент практику не прошел по неуважительной причине. Студент не представил отчётных документов.	0 (оценка не выставляется)
Комплект документов неполный. Цель практики выполнена эпизодически: не отработаны или некачественно применены на практике профессиональные компетенции (примеры и результаты деятельности отсутствуют). Высказаны серьёзные замечания от представителей организации, а работа студента оценена на «неудовлетворительно». Студент удовлетворительно не ответил на вопросы по отчету по практике. Отчет по практике представлен в срок, однако является неполным и не соответствует стандарту подготовки, что свидетельствует о несформированности у студента надлежащих компетенций.	1-2 (неудовлетворительно)
Комплект документов полный, но некоторые документы не подписаны или заверены недолжным образом. Цель практики выполнена частично: недостаточно отработаны и применены на практике три и менее профессиональные компетенции (кратко представлены некоторые примеры и результаты деятельности без комментариев представителей организации, которые оцениваются экспертным образом). Высказаны критические замечания от представителей организации, а работа студента оценена на «удовлетворительно». Студент отвечал неполно, неуверенно прокомментировал отчет по практике. Отчет по практике представлен в срок, однако имеются существенные дефекты в соответствии отчета стандарту подготовки, что свидетельствует о недостаточной сформированности у студента надлежащих компетенций.	3 (удовлетворительно)
Комплект документов полный, но некоторые документы не подписаны или заверены недолжным образом. Цель практики выполнена почти полностью: частично отработаны и применены на практике три и менее профессиональные компетенции (кратко представлены некоторые примеры и результаты деятельности без комментариев представителей организации, которые оцениваются экспертным образом). Незначительные замечания от представителей организации, а работа студента оценена на «хорошо». Студент убедительно и уверенно прокомментировал отчет по практике. Отчет по практике представлен в срок, однако имеются несущественные дефекты в соответствии отчета стандарту подготовки, что свидетельствует о сформированности у студента надлежащих компетенций, однако страдающих от неявной выраженности.	4 (хорошо)
Комплект документов полный, все документы подписаны и заверены должным образом. Цель практики выполнена полностью или сверх того: полноценно отработаны и применены на практике три и более профессиональные компетенции (представлены многочисленные примеры и результаты деятельности с комментариями представителей организации, которые оцениваются экспертным образом). Замечания от организации отсутствуют, а работа студента оценена на «отлично». Студент аргументированно и убедительно прокомментировал отчет по практике. Отчет по практике представлен в срок, не имеется дефектов в соответствии отчета стандарту подготовки, что свидетельствует о полной сформированности у студента надлежащих компетенций.	5 (отлично)

МДК 03.01 Дифференциальная диагностика и оказание неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе

№, п/п	Назначение фонда оценочных средств	Контролируемые дидактические единицы	Вид оценочных материалов	Результат
5 семестр				
1	Текущий контроль Практические занятия	Неотложные состояния. Основные принципы и объем оказания 2 неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе. Тактика фельдшера.	Приложение 1	<p>демонстрирует проводить обследование пациента при неотложных состояниях на догоспитальном этапе;</p> <p>определяет тяжесть состояния пациента;</p> <p>определяет показания к госпитализации и осуществлению транспортировки пациента;</p>
2	Текущий контроль Практические занятия	Специализированный реанимационный комплекс	Приложение 2	
3	Текущий контроль Практические занятия	Острый коронарный синдром	Приложение 3	
4	Текущий контроль Практические занятия	Лекарственные препараты для оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе	Приложение 4	
5	Текущий контроль Практическое занятие	Принципы фармакотерапии при нарушениях сердечного ритма	Приложение 5	
6	Текущий контроль Практическое занятие	Гипертонические кризы	Приложение 6	
7	Текущий контроль Практическое занятие	Острая сосудистая недостаточность Обморок. Коллапс. Шоковые состояния	Приложение 7	
8	Текущий контроль Практическое занятие	Острые аллергозы	Приложение 8	
9	Текущий контроль Практическое занятие	Дифференциальная диагностика состояний, сопровождающихся остро возникшей одышкой.	Приложение 9	
10	Текущий контроль Практическое занятие	Гипертермический синдром	Приложение 10	
11	Текущий контроль Практическое занятие	Особенности оказания неотложной помощи больным, при подозрении у них инфекционного заболевания.	Приложение 11	
12	Текущий контроль Практическое занятие	Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК). Судорожный синдром	Приложение 12	<p>демонстрирует алгоритм действия фельдшера при возникновении неотложных состояний на догоспитальном этапе в соответствии со стандартами оказания скорой медицинской помощи;</p>
13	Текущий контроль Практическое занятие	Церебральные комы	Приложение 13	
14	Текущий контроль Практическое занятие	Повреждения опорно-двигательного аппарата	Приложение 14	
15	Текущий контроль Практическое занятие	Синдром длительного сдавления	Приложение 15	

16	Текущий контроль Практическое занятие	Тактика и алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе в соответствии со стандартами оказания скорой мед помощи.	Приложение 16	этиологию и патогенез неотложных состояний; выделяет основные параметры жизнедеятельности;
17	Текущий контроль Практическое занятие	Принципы оказания помощи при острых отравлениях на догоспитальном этапе	Приложение 17	определяет особенности диагностики неотложных состояний;
18	Текущий контроль Практическое занятие	Кровотечения в акушерстве и гинекологии	Приложение 18	демонстрирует алгоритм действия фельдшера при возникновении неотложных состояний на догоспитальном этапе в соответствии со стандартами оказания скорой медицинской помощи;
19	Текущий контроль Практическое занятие	Организация и проведение медицинской сортировки на различных этапах оказания медицинской помощи при ЧС.	Приложение 19	определяет принципы оказания неотложной медицинской помощи при терминальных состояниях на догоспитальном этапе;
20	Текущий контроль Практическое занятие	Оказание экстренной медицинской помощи при различных видах поражения в ЧС	Приложение 20	выделяет принципы фармакотерапии при неотложных состояниях на догоспитальном этапе;
21	Текущий контроль Практическое занятие	Электрокардиография	Приложение 21	знает правила, принципы и виды транспортировки пациентов в лечебно-профилактическое учреждение;
22	Текущий контроль Практическое занятие	Тактика фельдшера при внезапной смерти	Приложение 22	знает правила заполнения медицинской документации;
23	Текущий контроль Практическое занятие	Тактика фельдшера при стенокардии	Приложение 23	определяет принципы организации, задачи, силы и средства службы медицины катастроф и медицинской службы гражданской обороны;
24	Текущий контроль Практическое занятие	Тактика фельдшера при инфаркте миокарда	Приложение 24	знает классификацию чрезвычайных ситуаций, основные поражающие факторы и медико-тактическую характеристику природных и техногенных катастроф;
25	Текущий контроль Практическое занятие	Тактика фельдшера при шоке.	Приложение 25	знает основы лечебно-эвакуационного обеспечения пораженного населения
26	Текущий контроль Практическое занятие	Тактика фельдшера при отёке лёгких.	Приложение 26	
27	Текущий контроль Практическое занятие	Тактика фельдшера при оказании неотложной помощи больному при синдроме артериальной гипертензии.	Приложение 27	
28	Текущий контроль Практическое занятие	Тактика фельдшера при пневмонии.	Приложение 28	
29	Текущий контроль Практическое занятие	Тактика фельдшера при бронхиальной обструкции.	Приложение 29	
30	Текущий контроль Практическое занятие	Тактика фельдшера при желтухе	Приложение 30	
31	Текущий контроль Практическое занятие	Тактика фельдшера при метаболических комах	Приложение 31	
32	Текущий контроль Практическое занятие	Специализированная сердечно-лёгочная реанимация	Приложение 32	

33	Текущий контроль Практическое занятие	Тактика фельдшера при прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки и ущемлённой грыже.	Приложение 33	в чрезвычайных ситуациях; выделяет принципы обеспечения устойчивости объектов экономики, прогнозирования развития событий и оценки последствий при техногенных чрезвычайных ситуациях и стихийных явлениях; определяет основные санитарно- гигиенические и противоэпидемические мероприятия, проводимые при оказании неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе и в чрезвычайных ситуациях. ОК 1-13 ПК 3.1 – 3.8
34	Текущий контроль Практическое занятие	Тактика фельдшера при ОДН у детей	Приложение 34	
35	Текущий контроль Практическое занятие	Тактика фельдшера при острой сердечной недостаточности у детей	Приложение 35	
36	Текущий контроль Практическое занятие	Тактика фельдшера при острой сосудистой недостаточности у детей	Приложение 36	
37	Текущий контроль Практическое занятие	Тактика фельдшера при оказании помощи детям с синдромом нейротоксикоза	Приложение 37	
	Промежуточная аттестация	Требования к результатам освоения ФГОС СПО 31.02.01 Лечебное дело	Оценочные средства проведения экзамена для	

Практическое занятие

Неотложные состояния. Основные принципы и объем оказания 2 неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе. Тактика фельдшера.

Выберите один правильный ответ

1. Служба скорой медицинской помощи предназначена для:

- а) Оказания экстренной и неотложной медицинской помощи всем больным и пострадавшим
- б) Оказания экстренной медицинской помощи больным и пострадавшим вне лечебных учреждений
- в) Оказания экстренной и неотложной медицинской помощи больным и пострадавшим вне лечебных учреждений**

2. Выезд на экстренный вызов считается своевременным, если он осуществлен не позднее:

- а) Двух минут после поступления вызова
- б) Четырех минут после поступления вызова**
- в) Десяти минут после поступления вызова
- г) Двадцати минут после поступления вызова

3. Больные и пострадавшие, доставленные бригадой скорой медицинской помощи должны быть осмотрены в приемном отделении ЛПУ не позднее:

- а) Пяти минут после доставки
- б) Десяти минут после доставки**
- в) Двадцати минут после доставки
- г) Тридцати минут после доставки
- д) Сорока пяти минут после доставки

4. При определении границ зоны обслуживания подстанциями скорой медицинской помощи в первую очередь учитывается:

- а) Численность населения
- б) Плотность населения
- в) Количество предприятий и объектов социально-культурного назначения
- г) Протяженность и состояние дорог ведущих к объектам, расположенным на границе зоны обслуживания**

5. Нормой транспортной доступности для подстанции скорой помощи считается:

- а) 5 минут
- б) 10 минут
- в) 15 минут**
- г) 20 минут
- д) 25 минут

6. Находящаяся в пути следования бригада скорой помощи, встретившись на улице с несчастным случаем, обязана остановиться:

- а) Только если она следует на вызов
- б) Только если она следует с вызова без больного
- в) Всегда**

7. Выездная бригада после выполнения вызова возвратиться на подстанцию без разрешения диспетчера:

- а) Может
- б) Не может**

8. Санитарную обработку салона после перевозки инфекционного больного проводит:

- а) Выездной фельдшер
- б) Санитар подстанции скорой помощи после возвращения бригады с вызова
- в) Санитар приемного отделения, в которое был доставлен больной**

9. Реанимация — это:

- а) Наука, изучающая методы восстановления жизни

- б) Практические действия, направленные на восстановления дыхания и кровообращения у больных в терминальных состояниях**
- в) Специальная бригада скорой помощи
- 10. Максимальная продолжительность клинической смерти при обычных условиях внешней среды составляет:**
- а) 2-3 минуты
- б) 4-5 минут
- в) 5-6 минут**
- г) 6-8 минут
- 11. Самым частым ЭКГ-признаком при внезапной смерти является:**
- а) Асистолия
- б) Фибрилляция желудочков**
- в) Полная атриовентрикулярная блокада
- г) Экстремальная синусовая брадикардия
- Выберите несколько правильных ответов:
- 12. Основными признаками клинической смерти являются:**
- а) Нитевидный пульс на сонной артерии
- б) Расширение зрачков**
- в) Отсутствие пульса на сонной артерии**
- г) Отсутствие пульса на лучевой артерии
- 13. Противопоказаниями для проведения сердечно-легочной реанимации являются:**
- а) Старческий возраст
- б) Травмы не совместимые с жизнью**
- в) Заведомо неизлечимые заболевания, в последней стадии развития**
- г) Алкоголизм, психические заболевания

Приложение2

Практическое занятие

Специализированный реанимационный комплекс.

- Суммарная доза адреналина при проведении сердечно-легочной реанимации взрослому человеку составляет:
 - 2-3 мл 0,1% раствора
 - 3-4 мл 0,1% раствора
 - 5-6 мл 0,1% раствора
 - 6-8 мл 0,1% раствора
- Адреналин во время реанимации:
 - Повышает возбудимость миокарда
 - Может вызвать злокачественную тахикардию
 - В дозе 0,1 мг рекомендуется для облегчения дефибрилляции
 - При необходимости вводится повторно через 5 минут
- Перед проведением дефибрилляции необходимо:
 - Прекратить массаж на 1-2 минуты и внутрисердечно ввести адреналин
 - Провести дефибрилляцию сердца без предварительного массажа и ИВЛ
 - Ввести адреналин в/в, проверить ответ
- Фентанил относится:
 - К наркотическим анальгетикам
 - К ненаркотическим анальгетикам
 - К нейролептикам
- Дроперидол относится:
 - К наркотическим анальгетикам
 - К ненаркотическим анальгетикам
 - К нейролептикам
- Продолжительность действия фентанила при в/в вливании составляет:
 - 10 минут

- б) 30 минут
- в) 1 час
- г) 2 часа

7. Продолжительность действия дроперидола при в/в вливании составляет:

- а) 15 минут
- б) 30 — 60 минут
- в) 1,5 часа
- г) 2 часа

8. Противопоказанием для применения дроперидола является:

- а) Высокое внутричерепное давление
- б) Глаукома
- в) Низкое АД
- г) Все перечисленное верно

9. Основным признаком коматозного состояния является:

- а) Угнетение гемодинамики
- б) Угнетение дыхания
- в) Угнетение центральной нервной системы
- г) Угнетение периферической нервной системы

10. Аспирационно-обтурационные нарушения дыхания могут развиваться при:

- а) Поверхностной коме
- б) Глубокой коме
- в) Коме любой глубины

11. Угнетение дыхательного центра развивается у больных:

- а) С поверхностной комой
- б) С глубокой комой

12. Можно ли больному с неустановленным характером комы ввести в/в глюкозу?

- а) Да
- б) Нет

13. Отсасывание слизи отсосом у больного в коматозном состоянии проводится в течении:

- а) 5-10 секунд
- б) Не более 15 секунд
- в) Не более 20 секунд
- г) 20-30 секунд

14. Показаниями для сердечно-легочной реанимации являются:

- а) Только клиническая смерть
- б) Агония и предагональное состояние
- в) Все внезапно развившиеся терминальные состояния
- г) Клиническая смерть и биологическая смерть

15. К ранним признакам биологической смерти относятся:

- а) Расширенные зрачки, не реагирующие на свет зрачки
- б) Трупные пятна
- в) Окоченение мышц
- г) Помутнение роговицы
- д) Деформация зрачка

16. Тройной прием Сафара на дыхательных путях включает в себя:

- а) Запрокидывание головы, выведение нижней челюсти и введение воздуховода
- б) Выведение нижней челюсти, открытие рта и туалет полости рта
- в) Запрокидывание головы, выведение нижней челюсти и открытие рта

17. Запрокидывание головы больного при введении воздуховода требуется:

- а) Да
- б) Нет

18. Выдвижение нижней челюсти при введении воздуховода требуется:

- а) Да
- б) Нет

19. Объем вдыхаемого воздуха при проведении ИВЛ взрослому человеку должен быть:

- а) 400 — 500 мл

- б) 600 — 800 мл
 - в) 800 — 1000 мл
 - г) 1000 — 1500 мл
20. Соотношение между компрессиями грудной клетки и вдуваниями воздуха при СЛР, проводимой 1 реаниматором должно быть:
- а) 2 вдоха: 30 компрессий
 - б) 1-2 вдоха: 6-8 компрессий
 - в) 2 вдоха: 10 компрессий
 - г) 2 вдоха: 12-15 компрессий
21. Соотношение между компрессиями грудной клетки и вдуваниями воздуха при реанимации, проводимой 2 реаниматорами должно быть:
- а) 2 вдоха: 30 компрессий
 - б) 1 вдох: 3-4 компрессии
 - в) 1-2 вдоха: 6-8 компрессий
 - г) 2 вдоха: 12-15 компрессий
22. Критериями эффективности реанимации являются;
- а) Пульс на сонной артерии во время массажа
 - б) Экскурсии грудной клетки
 - в) Уменьшение бледности и цианоза
 - г) Сужение зрачков
23. Эффективная реанимация проводится:
- а) 5 минут
 - б) 10 минут
 - в) 30 минут
 - г) До восстановления самостоятельной сердечной деятельности
24. Неэффективная реанимация проводится:
- а) 5 минут
 - б) 10 минут
 - в) 30 минут
 - г) До восстановления самостоятельной сердечной деятельности
25. Местом приложения усилий при непрямом массаже сердца взрослому человеку является:
- а) Верхняя треть грудины
 - б) Средняя треть грудины
 - в) Границы между средней и нижней третью грудины
 - г) Нижняя треть грудины
26. Нажатие на грудину при непрямом массаже сердца проводится:
- а) Всей ладонной поверхностью кисти, не сгибая рук в локтях
 - б) Запястьями, не сгибая рук в локтях
 - в) Запястьями, умеренно согнуть руки в локтях
27. Смещаемость грудины к позвоночнику при непрямом массаже сердца у взрослого человека должна быть:
- а) 1,5-2 см
 - б) 3-4 см
 - в) 4-5 см
 - г) 7-8 см
28. Разовая доза адреналина при проведении сердечно-легочной взрослому составляет:
- а) До 0,5 мл 0,1 % раствора
 - б) 0,5 — 1,0 мл 0,1% раствора
 - в) 1,0 — 1,5 мл 0,1% раствора

Приложение3

Практическое занятие

Острый коронарный синдром

1. К острому коронарному синдрому относится:

- А. Пароксизм фибрилляция предсердий.
- Б. Атриовентрикулярная блокада II степени.
- В. Стенокардия IV функционального класса по CCS.
- Г. Ранняя постинфарктная стенокардия.
- Д. Синкопальное состояние.

2. К нестабильной стенокардии относится:

- А. Впервые возникшая стенокардия I функционального класса по CCS.
- Б. Впервые возникшая стенокардия II функционального класса по CCS.
- В. Прогрессирующая стенокардия с I до II функционального класса по CCS.
- Г. Прогрессирующая стенокардия со II до III функционального класса по CCS.
- Д. Стенокардия IV функционального класса по CCS.

3. Причиной коронарной окклюзии при ИМ считается:

- А. Ишемия коронарных артерий.
- Б. Некроз коронарных артерий.
- В. Тромбоз коронарных артерий.
- Г. Амилоидоз коронарных артерий.
- Д. Гранулематоз коронарных артерий.

4. Вариант дебюта ИМ, при котором наблюдается неврологическая симптоматика на фоне гипертонического криза называется:

- А. Ангинозный.
- Б. Аритмический.
- В. Цереброваскулярный.
- Г. Астматический.
- Д. Абдоминальный.

5. Вариант начала ИМ с отека легких называется:

- А. Ангинозный.
- Б. Аритмический.
- В. Цереброваскулярный.
- Г. Астматический.
- Д. Абдоминальный.

6. ЭКГ-критерии переднего распространенного Q-образующего ИМ в остром периоде:

- А. Подъем сегмента ST в отведениях II, III, aVF.
- Б. Подъем сегмента ST в отведениях II, III, aVF и депрессия сегмента ST в отведениях I, AVL, V1-4.
- В. Подъем сегмента ST в отведениях I, AVL, V1-4.
- Г. Депрессия сегмента ST в отведениях I, AVL, V4-6. Д. Подъем сегмента ST в отведениях I, AVL, V1-4 и депрессия сегмента ST в отведениях II, III, aVF.

7. ЭКГ-критерии нижнего Q-образующего ИМ в остром периоде:

- А. Подъем сегмента ST в отведениях II, III, aVF.
- Б. Подъем сегмента ST в отведениях II, III, aVF и депрессия сегмента ST в отведениях I, AVL, V1-4.
- В. Подъем сегмента ST в отведениях I, AVL, V1-4.
- Г. Депрессия сегмента ST в отведениях I, AVL, V4-6. Д. Подъем сегмента ST в отведениях I, AVL, V1-4 и депрессия сегмента ST в отведениях II, III, aVF.

8. Диагностическое значение при подозрении на ИМ имеет увеличение МВ-КФК на:

- А. 20 %.
- Б. 50 %.
- В. 75 %.
- Г. 100 %.
- Д. Не имеет диагностического значения.

9. Диагностическое значение при подозрении на инфаркт миокарда имеет увеличение тропонинов Т и I на:

- А. 20 %.
- Б. 50 %.
- В. 75 %.
- Г. 100 %.
- Д. Не имеет диагностического значения.

10. Диагностическое значение при подозрении на ИМ имеет увеличение АСТ на:

- А. 20 %.
- Б. 50 %.
- В. 75 %.
- Г. 100 %.
- Д. Не имеет диагностического значения

Приложение4

Практическое занятие

Лекарственные препараты для оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе

Противопоказанием для применения морфина у больных с отеком легких является:

- а) Отек легких на фоне инфаркта
- б) Отек легких на фоне гипертонического криза
- в) Отек легких на фоне порока сердца
- г) Отек легких у больных старческого возраста

Сочетать бета-блокаторы и антагонисты ионов кальция при парентеральном введении препаратов:

- а) Можно
- б) Нельзя

Препаратом выбора для купирования приступа наджелудочковой тахикардии с ЧСС более 180 в минуту является:

- а) верапамил
- б) АТФ
- в) Лидокаин
- г) Анаприлин

При неосложненном остром инфаркте миокарда с подъемом сегментаST, необходимо:

- а) Нитроглицерин, в/в анальгин 50 % 2,0, ингаляция кислорода, вызов кардиологической бригады или транспортировка
- б) Нитроглицерин, кислород, вызов кардиологической бригады
- в) морфин, тромболизис, аспирин, клопидогрел, гепарин, транспортировка на носилках

При остром инфаркте миокарда для лечения жизнеопасных аритмий применяется:

- а) Новокаиномид 10% 2,0 в/м
- б) Изоптин 40 мг в/м
- в) Лидокаин 2% 4,0 в/в

Неотложная помощь при гипертермии включает:

- а) Анальгин с димедролом
- б) Физические методы
- в) Дыхательные analeптики (кардиамин)

Неотложная помощь при судорожном синдроме:

- а) Седуксен
- б) Уложить, расстегнуть стягивающую одежду, кислород
- в) Морфин

Первоочередным мероприятием при анафилактическом шоке является:

- а) Введение антигистаминных препаратов
- б) Наложение жгута
- в) В/в ведение преднизолона и адреналина
- г) П/к введение адреналина в место инъекции

При гипогликемической коме необходимо:

- а) Туалет дыхательных путей, инсулин 20 ЕД в/м, глюкоза 40 % 20,0 в/в
- б) Фракционное в/в ведение 40% глюкозы до 60 мл
- в) Туалет дыхательных путей, транспортировка

Приложение5

Практическое занятие

Принципы фармакотерапии при нарушениях сердечного ритма

1. ЭКГ-признаком синусовой тахикардии считается:

- А. Правильный ритм, отсутствие зубцов Р перед комплексами QRS, частота сердечных сокращений более 120 уд/мин.
- Б. Ритм неправильный, наличие волн ЧСС более 110 уд/мин.
- В. Правильный ритм, наличие зубца Р перед каждым комплексом QRS, ЧСС более 90 уд/мин.
- Г. Появление внеочередного комплекса QRS с последующей компенсаторной паузой.
- Д. Правильный ритм, наличие зубца Р перед каждым комплексом QRS, ЧСС менее 60 уд/мин.

2. К ЭКГ-признакам синусовой брадикардии относят:

- А. Ритм правильный, зубец Р синусового происхождения, частота сердечных сокращений менее 60 уд/мин.
- Б. Отсутствие зубца Р у каждого второго комплекса QRS, частота сердечных сокращений 50 уд/мин.
- В. Увеличение интервала P-Q более 0,21 с, выпадение каждого третьего комплекса QRS.
- Г. Наличие дельта-волны на восходящем колене зубца R, частота зубцов R 70 уд/мин.
- Д. Ритм сердца неправильный, частота зубцов R от 52 до 68 уд/мин.

3. По месту образования выделяют следующие виды экстрасистол:

- А. Парные и одиночные.
- Б. Наджелудочковые и желудочковые.
- В. Бигеминии, тригеминии, квадригеминии. Г. Вставочные.
- Д. Ранние экстрасистолы (типа R на T).

4. В зависимости от периодичности появления экстрасистол выделяют:

- А. Мономорфные, полиморфные.
- Б. Наджелудочковые.
- В. Желудочковые.
- Г. Бифокусные.
- Д. Бигеминии, тригеминии.

5. ЭКГ-признаками наджелудочковой экстрасистолии считается:

- А. Наличие зубца Р перед внеочередным комплексом QRS с последующей компенсаторной паузой, внеочередной комплекс QRS не деформирован.
- Б. Неправильный ритм с деформацией комплекса QRS.
- В. Выпадение каждого второго комплекса QRS.
- Г. Отсутствие зубца Р перед внеочередным комплексом QRS, расширение комплекса QRS.
- Д. Наличие волн F.

6. Для желудочковой экстрасистолии характерны следующие ЭКГ-критерии:

- А. Наличие зубца Р перед каждым комплексом QRS.
- Б. Постепенное увеличение интервала P-Q, с последующим выпадением комплекса QRS.
- В. Внеочередной комплекс QRS расширенный, деформированный, с последующей компенсаторной паузой.
- Г. Неправильный ритм, наличие волн f различной амплитуды и продолжительности.
- Д. Увеличение ЧСС более 100 уд/мин.

7. В дифференциальной диагностике наджелудочковых и желудочковых экстрасистол ведущими признаками считаются:

- А. Частота сердечных сокращений.
- Б. Наличие или отсутствие зубца Р, морфология и длительность внеочередного комплекса QRS.
- В. Изменения сегмента ST в правых грудных отведениях. Г. Наличие компенсаторной паузы.
- Д. Амплитуда зубца Р.

8. ЭКГ-признаком фибрилляции предсердий считается:

- А. Ритм правильный, зубец Р отрицательный в стандартных отведениях.
- Б. Волны F с частотой менее 340 в мин, широкие, одинаковые по амплитуде и продолжительности, одинаковые интервалы R-R.
- В. Полиморфные волны f различной амплитуды и ширины, с частотой от 350 до 700 в минуту, неодинаковые интервалы R-R.
- Г. Наличие зубца QS в грудных отведениях.
- Д. Зубцы Р и комплексы QRS имеют различную частоту.

9. В классификации ФП выделяют следующие формы аритмии:

- А. Пароксизмальную, персистирующую (устойчивую), постоянную.

- Б. Частую, редкую, постоянную.
- В. Приступообразную, хроническую.
- Г. Стабильную, рецидивирующую.
- Д. Прогрессирующую.

10. Для персистирующей (устойчивой) формы ФП характерно:

- А. Хроническая форма фибрилляции предсердий, лечение антиаритмическими препаратами не показано.
- Б. Пароксизмы фибрилляции предсердий, которые проходят самостоятельно, имеют небольшую продолжительность приступа.
- В. Первый зарегистрированный приступ фибрилляции предсердий.
- Г. Длительно существующая фибрилляция предсердий (более года), при которой попытка электрической кардиоверсии не предпринималась или была неудачной.
- Д. Приступы ФП длительностью более 7 дн., которые купируются приемом антиаритмических препаратов.

11. Клиническим проявлением внезапно развившейся полной атривентрикулярной блокады является:

- а) Внезапная смерть
- б) Коллапс
- в) Приступ Морганьи-Адамс-Стокса
- г) Синдром Вольф-Паркинсон-Уайта

12. Препаратом выбора для купирования пароксизмальной желудочковой тахикардии является:

- а) Изоптин
- б) Строфантин
- в) Лидокаин
- г) Панангин

13. Ранними экстрасистолиями называются экстрасистолы:

- а) Возникающие после зубца Р
- б) Вставляющиеся в нормальное расстояние RR
- в) Наслаивающиеся на Т

Приложениеб

Практическое занятие

Гипертонические кризы

1. При гипертоническом кризе АД снижают до:

- а) нормальных цифр,
- б) не снижают,
- в) снижают на 20-25% от исходного уровня,
- г) снижают на 50% от исходного уровня.

2. Осложнения гипертонической болезни:

- а) обморок, коллапс
- б) ревматизм, порок сердца,
- в) инсульт, инфаркт миокарда,
- г) пневмония, плеврит.

3. К осложнениям гипертонических кризов не относится:

- а) острое нарушение мозгового кровообращения,
- б) острая гипертоническая энцефалопатия с отёком мозга,
- в) инфаркт миокарда, острый коронарный синдром,
- г) миокардит, перикардит.

4. Осложнения гипертонических кризов, при которых наблюдается внезапно возникшая сильная боль в грудной клетке или в животе и спине с частичной иррадиацией в бок и паховые области:

- а) острое нарушение мозгового кровообращения,
- б) острая сердечная недостаточность,
- в) инфаркт миокарда, острый коронарный синдром,
- г) острое расслоение аорты, разрыв аневризмы аорты.

5. Резкое повышение АД выше 180/120 мм рт.ст, или до индивидуально высоких величин – это:

- а) гипертонический криз,
- б) артериальная гипертензия,
- в) гипертоническая болезнь,
- г) симптоматическая гипертензия.

6. Ингибиторы АПФ, все кроме:

- а) каптоприл,
- б) эналаприл,
- в) рамиприл,
- г) атенолол.

7. бета-адреноблокаторы, все кроме:

- а) атенолол,
- б) бипролол,
- в) метопролол,
- г) каптоприл.

8. Блокаторы кальциевых каналов, все кроме:

- а) верапамил,
- б) нифедипин,
- в) кордипин,
- г) атенолол.

9. Гипертонические кризы возможны в стадии:

- а) I, б) II, в) в любой, г) III.

10. Аускультативные данные при гипертоническом кризе:

- а) тоны сердца громкие, акцент второго тона над аортой, возможны застойные хрипы в легких,
- б) тоны сердца глухие, одышка в покое, застойные хрипы в легких,
- в) тоны сердца громкие, акцент первого тона над аортой, возможны застойные хрипы в легких,
- г) тоны ритмичные, в легкие хрипы не бывает.

Приложение7

Практическое занятие

Острая сосудистая недостаточность Обморок. Коллапс. Шоковые состояния.

Задача 1

Постовую медсестру вызвали в палату. Со слов окружающих больной резко встал, почувствовал слабость, головокружение, потемнение в глазах. 5 дней назад был прооперирован по поводу язвенной болезни желудка, осложненной кровотечением.

Объективно: сознание сохранено, кожные покровы бледные, холодный пот. Пульс 96 уд/мин, слабого наполнения. АД 80/40 мм рт. ст., дыхание не затруднено, ЧДД 24 в минуту.

Задания:

1. Определите и обоснуйте неотложного состояния.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной доврачебной помощи с аргументацией каждого этапа.
3. Продемонстрируйте технику измерения АД.

Эталоны ответов

1. В результате быстрого перехода из горизонтального положения в вертикальное у больного развился ортостатический коллапс.

Информация, позволяющая медсестре заподозрить неотложное состояние:

бледность кожных покровов, холодный пот;

частый пульс (96 уд/мин), слабого наполнения, низкое АД (80/40 мм рт. ст.);

учащенное, не затрудненное дыхание (24 уд/мин).

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- а) вызвать врача для оказания квалифицированной медицинской неотложной помощи;
- б) обеспечить полный покой, придать горизонтальное положение больному в постели без подушки с несколько приподнятым ножным концом, с целью улучшения притока крови к головному мозгу;

- в) для купирования гипоксии обеспечить доступ свежего воздуха или ингаляцию кислорода;
 - г) для согревания больного укрыть одеялом, приложить грелки к конечностям, дать горячий чай;
 - д) до прихода врача следить за состоянием больного, измеряя АД, ЧДД, пульс;
 - е) к приходу врача приготовить препараты:
 - 10% р-р кофеина;
 - 10% р-р кордиамина;
 - 20% р-р камфоры;
 - ж) выполнить назначения врача.
3. Студент демонстрирует технику измерения АД.

Задача 2

После сдачи экзамена студенты ехали стоя в переполненном автобусе. Вдруг одному стало плохо. Он побледнел и упал.

Объективно: сознание отсутствует, кожные покровы бледные, конечности холодные, зрачки узкие на свет не реагирует, пульс нитевидный.

Задания

Вы медсестра, находитесь рядом:

1. Определите и обоснуйте вид неотложного состояния.
2. Составьте алгоритм неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Продемонстрируйте технику п/к инъекции на фантоме.

Эталоны ответов

1. В результате психоэмоционального перенапряжения, пребывание в душном автобусе у молодого человека возник обморок.

Информация, позволяющая заподозрить медсестре неотложное состояние:

отсутствие сознания;

отсутствие реакции зрачков на свет;

бледность кожных покровов, холодные конечности;

тахикардия.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- а) вынести пациента из автобуса и уложить несколько приподнятыми ногами для улучшения мозгового кровообращения;
 - б) вызвать скорую помощь;
 - в) расстегнуть воротник, расслабить пояс для улучшения дыхания;
 - г) поднести тампон, смоченный раствором нашатырного спирта к носу, с целью рефлекторного воздействия на ЦНС (при наличии аптечки у водителя);
 - д) обрызгать холодной водой лицо, похлопать по лицу ладонями, растереть виски, грудь с целью рефлекторного изменения тонуса сосудов;
 - е) периодически контролировать пульс и наблюдать за пациентом до прибытия скорой помощи;
 - ж) выполнить назначения врача.
3. Студент демонстрирует технику п/к инъекции на муляже.

Обморок - это форма острой недостаточности

- а) коронарной
- б) левожелудочковой
- в) правожелудочковой
- г) сосудистой

При обмороке медсестра придает пациенту положение

- а) с приподнятым изголовьем
- б) с приподнятыми ногами
- в) на левом боку
- г) на правом боку

Независимое сестринское вмешательство при обмороке

- а) введение пентамина
- б) введение мезатона
- в) рефлекторное воздействие нашатырного спирта
- г) проведение оксигенотерапии через пеногасители

Отсутствие сознания, снижение АД менее 60 мм ртст, учащение пульса до 140 уд/мин, слабого наполнения и напряжения, заострившиеся черты лица, величина кровопотери до 50% ОЦК- клиника:

- а) шока 1-й степени;
- б) коллапса;
- в) шока 3-й степени;
- г) обморока.

Для лечения гиповолемического шока в условиях скорой медицинской помощи используют:

- а) Кардиотонические средства
- б) Вазопрессоры
- в) Плазмозаменители
- 4) Эритроцитарную массу
- г) Донорскую кровь

Приложение8

Практическое занятие

Острые аллергозы

1.Соблюдение гипоаллергенной диеты при лекарственной аллергии необходимо:

- А) да
- Б) нет

2.Скорость внутривенного введения раствора эуфиллина:

- А) быстро, в течение 20-30 сек
- Б) медленно, в течение 2-5 минут

3.Максимальное время, в течение которого может развиваться анафилактический шок, составляет:

- А) 5 минут
- Б) 15 минут
- В) 30 минут
- Г) 1 час

4.В основе анафилактического шока лежит:

- А) угнетение центральной нервной системы
- Б) уменьшение объема циркулирующей крови
- В) резкое расширение сосудов
- Г) резкое сужение сосудов

5.При необходимости введение адреналина при анафилактическом шоке повторяют:

- А) через 1-2 минуты
- Б) через 5-10 минут
- В) через 20 минут
- Г) через 1 час

6.Преднизолон при анафилактическом шоке вводят в дозе (в мг):

- А) 30
- Б) 30-60
- В) 90-120
- Г) 120-150

7.Эуфиллин при анафилактическом шоке вводят:

- А) сразу после введения адреналина и преднизолона
- Б) больным с бронхоспазмом при стабильном артериальном давлении
- В) больным с одышкой и сердцебиением
- Г) больным с бронхоспазмом при низком артериальном давлении

8.Сердечные гликозиды больным с анафилактическим шоком вводят:

- А) сразу после адреналина и преднизолона
- Б) после стабилизации артериального давления больным с сохраняющейся тахикардией
- В) больным с сохраняющимся низким давлением после повторного введения адреналина
- Г) после стабилизации артериального давления больным с брадикардией

9.Пациенты, перенесшие анафилактический шок, нуждаются:

- А) в наблюдении в течение 1 часа
- Б) в экстренной госпитализации
- В) в вызове участкового врача на дом
- Г) в наблюдении в течение двух часов

10. При отеке Квинке первоочередным мероприятием является введение:

- А) адреналина
- Б) преднизолона
- В) мочегонных
- Г) сердечных гликозидов

Приложение 9

Практическое занятие

Дифференциальная диагностика состояний, сопровождающихся остро возникшей одышкой.

Основным клиническим признаком приступа бронхиальной астмы у детей является:

- А потеря сознания,
- Б инспираторная одышка,
- В экспираторная одышка,
- Г обильная саливация.

Боль в области груди, развившаяся на фоне внезапно возникшей одышки, наиболее характерна для

- А тромбоэмболии ветвей легочной артерии
- Б острой пневмонии
- В острого перикардита
- Г межреберной невралгии

Основным клиническим критерием острой дыхательной недостаточности является

- А выраженная тахикардия
- Б окраска кожных покровов
- В одышка
- Г хрипы в легких

Ведущим клиническим признаком приступа бронхиальной астмы является

- А приступообразный кашель
- Б удушье с затруднённым выдохом
- В учащённое дыхание с затруднённым вдохом

Задача № 1

Пациент, страдающий гипертонической болезнью, пожаловался фельдшеру на ФАПе на то, что у него появилась одышка, чувство «нехватки воздуха», кашель с выделением розовой пенистой мокроты.

При осмотре: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, цианотичные. Дыхание шумное, клакочущее, изо рта выделяется розовая пенистая мокрота, ЧДД 35 в мин. Тоны сердца глухие, пульс 120 в мин., АД 210/110 мм рт.ст.

Задание

1. Определите и обоснуйте состояние пациента.
2. Составьте алгоритм действий фельдшера

Задача № 2

В терапевтическом отделении пациент 42 лет, страдающий бронхиальной астмой, предъявляет жалобы на внезапный приступ удушья. Больной сидит, опираясь руками о края кровати, грудная клетка в состоянии максимального вдоха, лицо цианотичное, выражает испуг, ЧДД 38 в мин. Одышка экспираторного характера, на расстоянии слышны сухие свистящие хрипы.

Задание

1. Определите и обоснуйте состояние пациента.
2. Составьте алгоритм действий фельдшера

Задача № 3

У мальчика 9 лет в школе внезапно развился приступ, сопровождавшийся сухим мучительным кашлем, одышкой, шумным дыханием с преимущественным затруднением выдоха. В анамнезе — частые ОРЗ, гайморит, аденоидит. Объективно: ребенок напуган, лицо одутловатое, склеры инъектированы, акроцианоз; перкуторно над легкими звук с коробочным оттенком, дыхание легких ослаблено, масса сухих свистящих хрипов.

Задание:

1. Оцените состояние пациента
2. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его?
3. Составьте алгоритм неотложной помощи на догоспитальном этапе.

Приложение 10

Практическое занятие

Гипертермический синдром

1. При оказании неотложной помощи ребенку с гипертермическим синдромом противопоказано

- 1) согревание
- 2) холодные обертывания пленками, смоченными прохладной водой
- 3) применение пузыря со льдом на область крупных сосудов
- 4) обтирание колен 40-50% раствором этилового спирта

2. Купируя гипертермический синдром у детей, применяют холодные обертывания пленками, смоченными водой температуры (в градусах)

- 1) 4-5
- 2) 8-10
- 3) 12-14
- 4) 16-18

3. Основной жаропонижающий препарат в детской практике, применяющийся для борьбы с гипертермическим синдромом

- 1) атропин
- 2) парацетамол
- 3) димедрол
- 4) промедол

4. При гипертермическом синдроме температуру тела у ребенка контролируют каждые (минуты)

- 1) 15-30
- 2) 30-60
- 3) 60-90
- 4) 90-120

5. Для купирования судорожного синдрома у детей применяют

- 1) димедрол в/м
- 2) фенobarбитал в таблетках
- 3) элениум в таблетках
- 4) реланиум в/м или в/в

6. Пациент разбил ртутный термометр, действие медсестры

- а) собрать в герметичную емкость и сообщить в СЭС
- б) собрать влажным тампоном и выбросить в мусорный контейнер
- в) собрать грушевидным баллоном и вылить в раковину
- г) собрать пылесосом и обработать место раствором перманганата калия

7. ВЕДУЩАЯ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗЕ ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОГО СИНДРОМА ПРИНАДЛЕЖИТ

- А) несоответствию высокой теплопродукции низкой теплоотдаче
- Б) несоответствию низкой теплопродукции высокой теплоотдаче
- В) нарушению со стороны центральной нервной системы
- Г) воздействию экзо- и эндогенных пирогенов

8. ПРИ ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ СИНДРОМНУЮ ТЕРАПИЮ С ПРИМЕНЕНИЯ

- А) раствор парацетамола для внутривенного введения

- Б) метамизола натрия
- В) хлопромазин
- Г) прометазина гидрохлорид

Практическое занятие

Особенности оказания неотложной помощи больным, при подозрении у них инфекционного заболевания

1.Лечебной антитоксической сывороткой является

- 1) противобруцеллезная
- 2) противоботулиническая
- 3) противосибиреязвенная
- 4) противоэнцефалитная

2.Основной метод лабораторной диагностики, позволяющий установить возбудителя в материале больного

- 1) бактериологический
- 2) серологический
- 3) аллергологический.
- 4) кожно — аллергический

3.Инфекционного больного госпитализируют

- 1) транспортом больницы
- 2) скорой помощью
- 3) машиной эпидемиологического бюро города
- 4) городским транспортом

4.Основной механизм заражения при кишечных инфекциях

- 1) воздушно — капельный
- 2) фекально — оральный.
- 3) парентеральный
- 4) воздушно — пылевой

5.Для создания пассивного иммунитета вводят

- 1) антибиотики
- 2) вакцины
- 3) сыворотки
- 4) анатоксины

6.В инфекционной практике для дезинфекции чаще применяются

- 1) спирты
- 2) кислоты
- 3) хлорсодержащие препараты
- 4) синтетические моющие средства

7.При диагностике кишечных инфекций чаще исследуют

- 1) кровь
- 2) мочу
- 3) кал
- 4) желчь

8. В очаге инфекции в присутствии больного проводится дезинфекция

- 1) профилактическая
- 2) специфическая
- 3) текущая
- 4) заключительная

9. При любой инфекции необходимо прежде всего обработать

- 1) посуду больного
- 2) одежду больного
- 3) выделения больного
- 4) постельное белье

10.Для постановки серологической реакции берется

- 1) кал

- 2) моча
- 3) кровь
- 4) мокрота

11. При надавливании пальцем не исчезает

- 1) розеола
- 2) геморрагия
- 3) папула
- 4) пустула

12. Антибиотики не оказывают действие на

- 1) бактерии
- 2) вирусы
- 3) грибы

13. Возбудитель, относящийся к группе анаэробных микробов:

- 1) сальмонелла
- 2) столбнячная бактерия
- 3) шигелла
- 4) стрептококки

14. Типичное осложнение при брюшном тифе

- 1) пневмония
- 2) перфорация язвы кишечника
- 3) паротит
- 4) менингит

15. При бактериальной дизентерии кал имеет вид

- 1) «болотной тины»
- 2) «ректального плевка»
- 3) «горохового пюре
- 4) «малинового желе»

16. Летне — осенний подъем заболеваемости имеет

- 1) дизентерия
- 2) грипп
- 3) бруцеллез
- 4) менингококковая инфекция

17. Боли в животе при дизентерии

- 1) постоянные, ноющего характера
- 2) появляются только после акта дефекации
- 3) схваткообразные, усиливаются перед актом дефекации
- 4) острые — „кинжальные“

18. Лечебная масляная клизма применяется для лечения

- 1) ботулизма
- 2) хронической дизентерии
- 3) сальмонеллеза
- 4) холеры

19. Основной симптом дизентерии

- 1) стул со слизью и кровью
- 2) головная боль
- 3) лихорадка
- 4) постоянные боли в животе

20. При холере кал имеет вид

- 1) «рисового отвара»
- 2) «ректального плевка»
- 3) «малинового желе»
- 4) «болотной тины»

Практическое занятие

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК).

Судорожный синдром.

Вызов бригады СП на дом. Больная 74 лет потеряла сознание и упала. В анамнезе гипертоническая болезнь, с частыми гипертоническими кризами. Объективно: больная без сознания, лицо багрового цвета, речь отсутствует, опущение угла рта и носогубной складки слева, гемипарез слева, дыхание шумное, тоны сердца ритмичные. АД 160/100 мм рт ст. В легких жесткое дыхание. Живот мягкий.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Профилактика пролежней.

Эталон ответов

У пациента на фоне гипертонической болезни (3я стадия), развилось острое нарушение мозгового кровообращения(инсульт).

Алгоритм неотложной помощи:

Уложить больного на спину, повернуть голову на бок, создать возвышенное положение,

Нифедипин-10 мг разжевать (при наличии сознания),

Клофелин 0,01% 1,0 мл внутримышечно,

Реланиум-2,0 мл в/м,

Эуфилин 2,4% 10,0мл в/в,

Анальгин 50%-2,0 мл в/м,

Реополиглюкин-400,0 мл в/в капельно.

Тактика: госпитализация в неврологический стационар после стабилизации состояния.

Транспортировка: на носилках, лежа на спине с повернутой на бок головой.

Для клиники геморрагического инсульта характерны:

- а) Внезапное начало, часто на фоне высокого АД
- б) Гиперемия лица
- 3) Преобладание очаговой симптоматики над общемозговой
- в) Часто симптомы раздражения мозговых оболочек
- г) Повышение температуры

Для ишемического инсульта характерны:

- а) Постепенное нарастание симптоматики в течение нескольких часов
- б) Преобладание очаговой симптоматики над общемозговой
- в) Чаще пожилой возраст больного
- г) Гиперемия лица
- д) Обычно пониженное АД

К острым нарушениям мозгового кровообращения у детей относятся

- а) церебральный сосудистый криз
- б) геморрагический инсульт
- в) преходящие нарушения мозгового кровообращения
- г) ишемический инсульт
- д) все перечисленные

Вазоактивные средства при ишемическом инсульте не применяются с целью улучшения

- а) церебральной гемодинамики
- б) водно-электролитного баланса
- в) реологического состояния крови
- г) метаболизма мозга

К развитию нетромботического ишемического инсульта не приводит

- а) спазм сосудов
- б) мозговая сосудистая недостаточность
- в) артерио-артериальная микроэмболия
- г) кардиогенная эмболия

Практическое занятие

Церебральные комы

К первичной или церебральной коме относится

- а) апоплексическая
- б) печеночная
- в) диабетическая
- г) алкогольная

К первично-церебральным комам относится:

- а) травматическая
- б) уремическая
- в) гипогликемическая

Причины вторичной церебральной недостаточности:

- а) церебротропный эндотоксикоз
- б) травма
- в) системная гипоксия

Для коматозного состояния характерно:

- а) полная утрата сознания
- б) отсутствие реакции на любые внешние раздражители
- в) оба варианта верны

Признаки комы при ЧМТ:

- а) потеря сознания больше, чем на 4 минуты
- б) жалобы на тошноту и рвоту
- в) появление хрипящего дыхания

К внешним факторам комы в результате вторичного поражения ЦНС относится:

- а) интоксикация
- б) новообразования
- в) заболевания эндокринной системы

К эндогенным факторам комы в результате вторичного поражения ЦНС относится:

- а) электротравма
- б) переохлаждение
- в) недостаточность функции внутренних органов

Мероприятия, недопустимые при коматозных состояниях:

- а) применение средств, угнетающих ЦНС
- б) применение средств со стимулирующим действием
- в) оба ответа верны

Приложение 14

Практическое занятие

Повреждения опорно-двигательного аппарата.

1. Клиническими проявлениями открытого перелома конечности являются:

- А) пружинистая подвижность
- Б) артериальное и венозное кровотечения
- В) тугоподвижность суставов

2. Положение больного на твердой поверхности с ногами, согнутыми в коленных и тазобедренных суставах, показано с подозрением на перелом:

- А) основания черепа
- Б) позвоночника
- В) костей таза
- Г) нижних конечностей

3. При ушибе рекомендовано местное применение холода на:

- А) 30 мин.
- Б) 6 час
- В) 2 дня
- Г) 7 дней

4. При растяжении связок лучезапястного сустава накладывают повязку:

- А) пращевидную
- Б) циркулярную
- В) колосовидную
- Г) восьмиобразную

5. При повреждении плечевого сустава накладывается повязка:

- А) пращевидная
- Б) циркулярная
- В) колосовидная
- Г) восьмиобразная

6. Транспортировка больных с открытым переломом позвоночника осуществляется на:

- А) спине
- Б) левом боку
- В) животе
- Г) правом боку

7. Транспортировка больных с закрытой травмой шейного отдела позвоночника осуществляется на:

- А) спине
- Б) левом боку
- В) животе
- Г) правом боку

8. Лечебная тактика при множественных переломах ребер без повреждения органов грудной клетки:

- А) обезболивание, транспортировка в полусидячем положении
- Б) наложение циркулярной повязки
- В) наложение окклюзионной повязки
- Г) наложение звездообразной повязки

9. Показанием к наложению шины Крамера является перелом:

- А) ребер
- Б) костей конечностей
- В) костей таза
- Г) основания черепа

10. Повреждение, которое характеризуется симптомом «пружинящего сопротивления» - это:

- А) ушиб
- Б) растяжение
- В) вывих
- Г) перелом

11. Резкий поворот ноги пострадавшего, припухлость, патологическая подвижность в области бедра характерны для диагноза:

- А) перелом бедра
- Б) ушиб тазобедренного сустава
- В) вывих тазобедренного сустава
- Г) растяжение связок тазобедренного сустава

12. При черепно-мозговой травме срочная госпитализация необходима:

- А) да
- Б) нет

13. При наложении асептической повязки при открытых переломах необходимо:

- А) снять одежду с конечности
- Б) вырезать «окно» в одежде
- В) наложить повязку поверх одежды
- Г) разрезать одежду по швам

14. При иммобилизации по поводу перелома костей нижней конечности стопа устанавливается:

- А) в положении максимального сгибания
- Б) в положении умеренного сгибания ротацией наружу
- В) под углом 90 градусов к костям голени
- Г) под углом 90 градусов к костям голени ротацией внутрь

15. При проникающих ранениях грудной клетки показано наложение:

- А) окклюзионной повязки непосредственно на рану
- Б) окклюзионной повязки поверх марлевой салфетки
- В) повязки Дезо
- Г) давящей повязки

Приложение15

Практическое занятие Синдром длительного сдавления.

Задача

Во время производственной аварии в результате падения бетонной арматуры правую нижнюю конечность строителя придавило тяжелым обломком бетонного перекрытия, под которой пострадавший находился около 4 часов.

Объективно: больной заторможен, резкая бледность кожных покровов, жалуется на интенсивные боли, озноб, пульс слабый, частый, 118 ударов в минуту, АД 80/60 мм рт. ст. После освобождения из-под завала кожа на месте сдавливания резко бледная, с синюшными пятнами и вдавлениями. На коже появились пузыри, наполненные серозной и серозно-геморрагической жидкостью. Мягкие ткани имеют деревянистую плотность, чувствительность утрачена; движения в конечности отсутствуют, пульс на сосудах не определяется.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.
3. Продемонстрируйте тугое бинтование конечности эластическим бинтом.

Эталон ответа

1. Диагноз: синдром длительного сдавливания (СДР; краш-синдром; травматический токсикоз).
Диагноз основан на наличии факта травмы и ее обстоятельств, а также данных объективного исследования: больной заторможен, резкая бледность кожных покровов, пульс слабый, частый 118 уд/мин., АД 80/60 мм рт.ст. При осмотре освобожденной из-под завала конечности кожа резко бледная, с синюшными пятнами и вдавлениями, появились пузыри с серозной и серозно-геморрагической жидкостью. Деревянистая плотность мягких тканей, потеря чувствительности, отсутствие движений в конечности и исчезновение пульса на сосудах являются абсолютными признаками СДС.
2. Алгоритм оказания неотложной медицинской помощи:
 - а) обезболивание наркотическими анальгетиками, введение седативных средств;
 - б) наложение жгута выше места сдавливания;
 - в) освобождение конечности от сдавливания
 - г) при необходимости проведение мероприятий по устранению асфиксии, включая и ИВЛ;
 - д) наложение асептических повязок на раны;
 - е) снятие жгута
 - ж) тугое бинтование конечности от периферии эластическими бинтами;
 - з) транспортная иммобилизация;
 - е) обкладывание конечности пузырями со льдом, грелками с холодной водой;
 - к) теплое питье (чай, кофе), щелочно-солевой раствор;
 - л) введение сердечнососудистых препаратов, дыхательных analeptиков, антигистаминных препаратов;
 - м) оксигенотерапия;
 - н) немедленная госпитализация больного в лечебное учреждение в положении лежа на носилках.
3. Тугое бинтование конечности эластическим бинтом проводится согласно алгоритму.

Приложение16

Практическое занятие

Тактика и алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе в соответствии со стандартами оказания скорой мед помощи.

Задача

Фельдшера ФАПа вызвали к ребенку 2,5 лет. Заболел остро. На фоне повышения температуры тела до 38,2° С, нарушения общего состояния появились грубый «лающий» кашель, осиплость голоса, затруднение дыхания.

Объективно: дыхание шумноватое, отмечается незначительное втяжение уступчивых мест грудной клетки, усиливающееся при беспокойстве. ЧДД 28 в минуту. В зеве – яркая гиперемия задней стенки глотки. Над легкими — жесткое дыхание. Со стороны других внутренних органов – без особенностей.

Задания

1. О каком заболевании Вы можете подумать?
2. В какой неотложной помощи нуждается ребенок на догоспитальном этапе лечения?
3. Продемонстрируйте технику проведения отвлекающих процедур ребенку на фантоме.

Эталоны ответов

1. Острое респираторное заболевание (парагрипп), острый стенозирующий ларинготрахеит (вирусный круп).
2. Неотложная помощь:
спокойная обстановка;
повышенная влажность в помещении (например, повесить влажную простыню, открыть горячий душ, кипящая открытая кастрюля с водой);
отвлекающая терапия (горчичники на икроножные мышцы, горячие ножные или ручные ванны);
теплое щелочное питье; ингаляции (паровые, с отварами отхаркивающих трав);
закапать в нос 0,5 % раствор новокаина, нафтизин, галазолин; дать отхаркивающую микстуру;
седативная терапия (1% раствор димедрола 0,1 мл/год, настойка валерианы 1 капля/год);
преднизолон 1-3 мг/кг внутримышечно ил внутривенно;
госпитализация в инфекционное отделение.
3. Техника проведения отвлекающих процедур ребенку на фантоме согласно алгоритму выполнения манипуляции.

Задача 2

Фельдшера ФАПа вызвали к ребенку 2,5 лет. Заболел остро. На фоне повышения температуры тела до 38,2° С, нарушения общего состояния появились грубый «лающий» кашель, осиплость голоса, затруднение дыхания. Объективно: дыхание шумноватое, отмечается незначительное втяжение уступчивых мест грудной клетки, усиливающееся при беспокойстве. ЧДД 28 в минуту. В зеве – яркая гиперемия задней стенки глотки. Над легкими — жесткое дыхание. Со стороны других внутренних органов – без особенностей.

Задания

1. О каком заболевании Вы можете подумать?
2. В какой неотложной помощи нуждается ребенок на догоспитальном этапе лечения?
3. Продемонстрируйте технику проведения отвлекающих процедур ребенку на фантоме.

Эталоны ответов

1. Острое респираторное заболевание (парагрипп), острый стенозирующий ларинготрахеит (вирусный круп).
2. Неотложная помощь:
спокойная обстановка; повышенная влажность в помещении (например, повесить влажную простыню, открыть горячий душ, кипящая открытая кастрюля с водой);
отвлекающая терапия (горчичники на икроножные мышцы, горячие ножные или ручные ванны);
теплое щелочное питье; ингаляции (паровые, с отварами отхаркивающих трав); закапать в нос 0,5 % раствор новокаина, нафтизин, галазолин; дать отхаркивающую микстуру; седативная терапия (1% раствор димедрола 0,1 мл/год, настойка валерианы 1 капля/год); преднизолон 1-3 мг/кг внутримышечно ил внутривенно; госпитализация в инфекционное отделение.
3. Техника проведения отвлекающих процедур ребенку на фантоме согласно алгоритму выполнения манипуляции.

Приложение 17

Практическое занятие

Принципы оказания помощи при острых отравлениях на догоспитальном этапе

1. ПОНЯТИЕ ЭКСПОЗИЦИЯ ПРИ ОСТРЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ — ЭТО ВРЕМЯ ОТ

1 приема яда до выздоровления

2. приема яда до поступления в стационар

3. приема яда до начала лечебных мероприятий

4. начала лечебных мероприятий до поступления в стационар

2. ПРИ ОСТРОМ ОТРАВЛЕНИИ НЕИЗВЕСТНЫМ ЯДОМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

1. внутримышечно вводится унитиол
 2. внутривенно вводится атропин
 3. внутривенно вводится налоксон
 4. универсальный антидот не существует
3. ЗОНДОВОЕ ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА ПРИ ОСТРЫХ ЭНТЕРАЛЬНЫХ ОТРАВЛЕНИЯХ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ
1. показано в любых клинических ситуациях
 2. противопоказано в коме при невозможности интубации трахеи
 3. противопоказано при химическом ожоге пищевода
 4. не показано при неустановленном пути поступления яда
4. ЭФФЕКТИВНОЕ ПРОМЫВАНИЕ ЖЕЛУДКА ВЗРОСЛОМУ ПРИ ОСТРОМ ОТРАВЛЕНИИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ТРЕБУЕТ СУММАРНОГО ВВЕДЕНИЯ ВОДЫ В ОБЪЕМЕ
1. 2-5 л
 2. 6-9 л
 3. 10-15 л
 4. 16-20 л
5. ДЛЯ ПРОМЫВАНИЯ ЖЕЛУДКА ЧЕРЕЗ ЗОНД ПРИ ОСТРОМ ОТРАВЛЕНИИ У ВЗРОСЛОГО ОДНОМОМЕНТНО ВВОДИТСЯ ВОДА В ОБЪЕМЕ
1. 200 мл
 2. 400 мл
 3. 800 мл
 4. 1600 мл
6. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ БАРБИТУРАТАМИ НАБЛЮДАЕТСЯ НАЙДИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ
1. возбуждение
 2. депрессия дыхания
 3. снижение рефлексов
 4. артериальная гипотензия
7. К БЕНЗОДИАЗЕПИНАМ ОТНОСИТСЯ НАЙДИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ
1. тазепам
 2. аминазин
 3. седуксен
 4. феназепам
8. К ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКАМ ОТРАВЛЕНИЯ БЕНЗОДИАЗЕПИНАМИ ОТНОСИТСЯ НАЙДИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ
1. возбуждение
 2. депрессия дыхания
 3. снижение мышечного тонуса
 4. артериальная гипотензия
9. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ БЕНЗОДИАЗЕПИНАМИ В КАЧЕСТВЕ АНТИДОТА ПРИМЕНЯЕТСЯ
1. налоксон
 2. анексат
 3. атропин
 4. прозерин
10. К ОПИАТАМ ОТНОСИТСЯ НАЙДИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ
1. героин
 2. кокаин
 3. морфин
 4. кодеин
11. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ОТРАВЛЕНИЯ ОПИАТАМИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЙДИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ
1. угнетение сознания
 2. миоз
 3. одышка
 4. брадикардия
12. ДЕПРЕССИЯ ДЫХАТЕЛЬНОГО ЦЕНТРА СТВОЛА ГОЛОВНОГО МОЗГА РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ
1. героином

2. дихлорэтаном
3. фосфорорганическими веществами
4. кокаином
13. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ОПИАТАМИ В КАЧЕСТВЕ АНТИДОТА НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ
 1. атропин
 2. кордиамин
 3. налоксон
 4. прозерин
14. ПРИ ОТРАВЛЕНИИ ОПИАТАМИ, СОПРОВОЖДАЮЩЕМСЯ КОМОЙ И ДЕПРЕССИЕЙ ДЫХАНИЯ, ПЕРВООЧЕРЕДНЫМ ЛЕЧЕБНЫМ МЕРОПРИЯТИЕМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ
 1. промывание желудка через зонд
 2. восстановление проходимости дыхательных путей и начало искусственной вентиляции легких
 3. внутривенное введение налоксона
 4. внутривенное введение кордиамина
15. НАЛОКСОН ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ НАЙДИТЕ ОШИБОЧНЫЙ ОТВЕТ
 1. героином
 2. морфином
 3. кокаином
 4. метадоном

Приложение 18

Практическое занятие Кровотечения в акушерстве и гинекологии.

Задача

Вас срочно вызвал муж соседки, у которой начались роды. Явившись к соседям, обнаруживаете, что у соседки 26 лет схватки с интервалом 2-3 минуты. Роды 2, первый ребенок родился 3 года назад, с весом 3.500 г. Срок настоящей беременности 38 недель (выяснили по обменной карте), при вас у женщины отошли светлые околоплодные воды, началась потужная деятельность.

Объективно: контракционное кольцо выше лонного сочленения на 10 см, располагается параллельно ему, схватки по 50 сек с интервалом 2-3 мин. Головное предлежание плода, врезывание головки.

Кровотечение из половых путей при низкой плацентации обусловлено

- а) отслойкой плаценты
- б) склерозированием ворсин низко расположенной плаценты
- в) дистрофическими изменениями ворсин хориона
- г) повышенным отложением фибриноидного вещества на поверхности плаценты
- д) всем перечисленным

Особенностью кровотечения при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты является

- а) всегда наружное
- б) в покое, чаще ночью
- в) всегда безболезненное
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Особенностью кровотечения при предлежании плаценты является

- а) болезненность матки при пальпации
- б) наружного кровотечения может и не быть
- в) имеются признаки внутрибрюшного кровотечения
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

При неполном предлежании плаценты, значительном кровотечении из родовых путей и открытии маточного зева на 5-6 см родоразрешение показано

- а) путем кесарева сечения

- б) через естественные родовые пути с гемотрансфузией и родостимуляцией
- в) через естественные родовые пути с ранней амниотомией и без родостимуляции
- г) произвести поворот на ножку плода

Во время кесарева сечения, производимого по поводу полного предлежания плаценты, возникло кровотечение. Вы должны заподозрить

- а) истинное вращение ворсин хориона в миометрий
- б) гипотонию матки
- в) гипокоагуляцию
- г) все перечисленное
- д) ничего из перечисленного

Характерной особенностью кровотечений при предлежании плаценты является

- а) внезапность их появления
- б) их повторяемость
- а) анемизация беременной
- г) правильно б) и в)
- д) все перечисленное

Вариантом гипотонического кровотечения в раннем послеродовом периоде является

- а) массивная одномоментная кровопотеря с нормальной свертываемостью крови
- б) повторная кровопотеря, растянутая во времени, небольшими порциями
- в) кровопотеря с первоначальным снижением коагуляционных свойств крови
- г) правильно, а) и б)
- д) правильно б) и в)

Экспертный анализ случаев материнской смертности от акушерских кровотечений, как правило, выделяет следующие тактические ошибки врача акушера-гинеколога

- а) отсутствие должной подготовки беременных группы риска по развитию гипотонического кровотечения
- б) нерациональное ведение родов
- в) отсутствие системного подхода в борьбе с кровотечением
- г) правильно, а) и в)
- д) верно все перечисленное

Приложение 19

Практическое занятие

Организация и проведение медицинской сортировки на различных этапах оказания медицинской помощи при ЧС.

При какой медицинской сортировке определяют порядок прохождения пострадавшего по подразделениям данного этапа медицинской эвакуации?

- а) Первичная
- б) Вторичная
- в) Внутрипунктовая
- г) Эвакуационно-транспортная
- д) Заключительная

Назовите одну из основных задач врачебно-сестринской бригады в ЧС:

- а) Совершенствование теоретических знаний и практических навыков по медицинской сортировке и оказанию первой врачебной помощи пострадавшим в ЧС
- б) Поддержание бригады в постоянной готовности к выезду к очагу поражения и работе в ЧС
- в) Медицинская сортировка поражённых
- г) Извлечение поражённых из-под завалов
- д) Оказание специализированной медицинской помощи

При проведении какой медицинской сортировки определяют порядок эвакуации раненых и больных на другие этапы медицинской эвакуации?

- а) Первичная
- б) Вторичная
- в) Внутрипунктовая

- г) Эвакуационно-транспортная
- д) Заключительная

Какой первоочередной вопрос должен решить врач сортировочной бригады при осмотре пострадавшего во время медицинской сортировки?

- а) Прогноз на выживание
- б) Очередность оказания медицинской помощи
- в) Объем лечебных мероприятий, проведение которых необходимо осуществлять немедленно
- г) Определить, какие жизненно важные органы повреждены
- д) Очередность эвакуации в другие лечебные учреждения

Дайте наиболее полное определение понятия —медицинская сортировка:

- а) Распределение пораженных на однородные группы по характеру поражения
- б) Выделение пораженных, нуждающихся в неотложной медицинской помощи
- в) Распределение пораженных на группы нуждающихся в медицинской помощи и эвакуации
- г) Метод распределения пораженных на группы нуждающихся в однородных лечебно-профилактических и эвакуационных мероприятиях
- д) Метод распределения пораженных по функциональным подразделениям ЛПУ

Внутрипунктовая сортировка заключается в:

- а) Определении положения раненых и больных при эвакуации
- б) Определении очередности направления и распределении раненых и больных между функциональными подразделениями данного этапа
- в) Определении вида транспорта для дальнейшей эвакуации
- г) Определении способа дальнейшей эвакуации
- д) Определении очередности дальнейшей эвакуации

Медицинская сортировка проводится на основании:

- а) Осмотра
- б) Диагноза
- в) Опроса
- г) Прогноза
- д) Анамнеза

Основные группы, выделяемые при проведении внутрипунктовой медицинской сортировки:

- а) Больные, нуждающиеся в проведении однородных лечебно-профилактических мероприятий
- б) Лица, нуждающиеся в изоляционных мероприятиях
- в) Нуждающиеся в очередности оказания медицинской помощи
- г) Нуждающиеся в проведении частичной или полной санитарной обработки
- д) Всё перечисленное верно

При какой медицинской сортировке определяют порядок прохождения пострадавшего по подразделениям данного этапа медицинской эвакуации?

- а) Первичная
- б) Вторичная
- в) Внутрипунктовая
- г) Эвакуационно-транспортная
- д) Заключительная

В ходе какой медицинской сортировки определяют, в какой подразделение этапа медицинской эвакуации направляют поступившего пострадавшего?

- а) Первичная
- б) Вторичная
- в) Внутрипунктовая
- г) Эвакуационно-транспортная
- д) Заключительная

Приложение 20

Практическое занятие

Оказание экстренной медицинской помощи при различных видах поражения в ЧС. Заболеваниями, наиболее затрудняющими проведение спасательных работ в зоне ЧС являются

- а) простудные заболевания
- б) особо опасные инфекции
- в) сердечно-сосудистые заболевания
- г) заболевания кожи и подкожной клетчатки

Назовите одну из основных задач врачебно-сестринской бригады в ЧС:

- а) Совершенствование теоретических знаний и практических навыков по медицинской сортировке и оказанию первой врачебной помощи пострадавшим в ЧС
- б) Поддержание бригады в постоянной готовности к выезду к очагу поражения и работе в ЧС
- в) Медицинская сортировка поражённых
- г) Извлечение поражённых из-под завалов
- д) Оказание специализированной медицинской помощи

Какой вид медицинской помощи должен быть оказан пострадавшим врачебно-сестринскими бригадами?

- а) Первая медицинская
- б) Квалифицированная
- в) Первая врачебная
- г) Специализированная
- д) Доврачебная

Какой группе поражённых первая врачебная помощь по жизненным показаниям должна быть оказана в первую очередь?

- а) Лица с тяжёлыми повреждениями, с быстро нарастающими опасными для жизни расстройствами
- б) Поражённые средней тяжести
- в) Легко пострадавшие
- г) Пострадавшие с несовместимыми для жизни повреждениями
- д) Пострадавшие с тяжёлыми и средней тяжести повреждениями, не представляющими непосредственной угрозы для жизни

Причины, создающие угрозу возникновения эпидемии в зоне ЧС:

- а) Неблагоприятные климатические условия
- б) Выход из строя систем водоснабжения и канализации
- в) Массовое распространение грызунов и наличие эпизоотии среди них
- г) Отсутствие своевременной эпидемиологической помощи
- д) Восприимчивость населения к возбудителю возникшей инфекции

Какой вид медицинской помощи поражённым АОХВ играет важнейшую роль в спасении жизни пострадавших?

- а) Квалифицированная помощь
- б) Первая медицинская помощь
- в) Доврачебная помощь
- г) Первая врачебная помощь
- д) Специализированная помощь

Первая медицинская помощь при поражении АОХВ удушающего действия включает следующие мероприятия:

- а) При раздражении верхних дыхательных путей - ингаляцию фенспирида
- б) Ингаляцию кислорода
- в) Обеспечение физического покоя. Эвакуация поражённых в положении лежа
- г) Введение преднизолона внутривенно
- д) Введение 50 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты внутривенно

Первая медицинская помощь не включает:

- а) Временную остановку кровотечения
- б) Транспортную иммобилизацию подручными средствами
- в) Искусственное дыхание
- г) Наложение трахеостомы
- д) Наложение асептической повязки

К комбинированным повреждениям относятся:

- а) Ранение одним ранящим снарядом нескольких областей тела
- б) Ранение несколькими снарядами одной или нескольких областей

- в) Одновременное повреждение несколькими повреждающими факторами (ожог и механические повреждения)
- г) Повреждение нескольких органов одной полости
- д) Одновременное повреждение мышц, кости, сосудов и нервов конечности

К патогенетическим средствам, применяемым для оказания помощи пораженным оксидом углерода, относятся:

- а) Атропин
- б) Преднизолон
- в) Антициан
- г) Кислород
- д) Метиленовый синий

Приложение 21

Практическое занятие Электрокардиография.

Зубец Р характеризует:

- а) Процессы деполяризации в правом предсердии
- б) Процессы деполяризации в левом предсердии
- в) Процессы деполяризации в правом и левом предсердии
- г) Процессы деполяризации в желудочках

Интервал PQ характеризует:

- а) Проведение импульса по предсердиям Р
- б) Проведение импульса по атриовентрикулярному узлу PQ
- в) Проведение импульса по желудочкам

Зубец QRS характеризует:

- а) Проведение возбуждения по предсердиям
- б) Проведение возбуждения по желудочкам
- в) Выход желудочков из возбуждения

Для записи отведения VI активный электрод располагают:

- а) В IV межреберье по правому краю грудины
- б) В IV межреберье по левому краю грудины
- в) В V межреберье по левой среднеключичной линии

При записи ЭКГ со скоростью 50 мм в секунду 1 мм на бумажной ленте соответствует времени:

- а) 0,2 секунды
- б) 0,1 секунда
- в) 0,02 секунды
- г) 0,05 секунды

Для записи отведения V3 активный электрод располагают:

- а) В IV межреберье по правому краю грудины
- б) В V межреберье по левой среднеключичной линии
- в) Между II и IV позициями

Для записи отведения V4 активный электрод располагают:

- а) В IV межреберье по среднеключичной линии
- б) В V межреберье у левого края грудины
- в) В V межреберье по среднеключичной линии

Для записи отведения V5 активный электрод располагают:

- а) По переднеподмышечной линии на уровне V4
- б) По среднеподмышечной линии на уровне V4
- в) По заднеподмышечной линии на уровне V4

Для записи отведения V6 активный электрод располагают:

- а) По переднеподмышечной линии на уровне V4
- б) По среднеподмышечной линии на уровне V4
- в) По заднеподмышечной линии на уровне V4

Необходимо ли заземление, если Ваш ЭКГ-аппарат работает от аккумулятора?

- а) Да
- б) Нет

Нужно ли отключать ЭКГ-аппарат от сети при замене бумаги?

- а) Да

Практическое занятие**Тактика фельдшера при внезапной смерти.****Задача**

Вызов фельдшера скорой помощи на дом. Больная 42 лет жалуется на загрудинные боли, которые не купируются нитроглицерином в течение 45 мин. На ЭКГ-сегмент St выше изолинии, высокий зубец Т, нарушение ритма и проводимости. Во время обследования больная потеряла сознание. Объективно: кожные покровы бледные, дыхание, пульсация на сонных артериях отсутствуют. Зрачки расширились, на свет не реагируют.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Продемонстрируйте восстановление проходимости дыхательных путей при механической асфиксии (западение языка).

Эталоны ответов

1. ИБС: Острый инфаркт миокарда. Внезапная коронарная смерть.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
 - оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
 - очистить и восстановить проходимость дыхательных путей, т.к. у пострадавшего язык западает назад, перекрывая дыхательные пути;
 - уложить больную на жесткую ровную поверхность;
 - провести один прекардиальный удар для восстановления кровообращения и дыхания;
 - приступить к ИВЛ и непрямому массажу сердца в виду остановки сердца и дыхания;
 - проверять каждые 2 мин. пульс на сонных артериях для контроля эффективности реанимации;
 - прекратить реанимацию при восстановлении жизнедеятельности (наличие самостоятельной пульсовой волны на сонной артерии, спонтанного дыхания).
 - дать кислород, начать терапию по поводу инфаркта миокарда и госпитализировать в кардиореанимационное отделение;
 - осуществлять контроль за ЭКГ, PS, АД;
 - прекратить реанимацию через 30 мин, если она не эффективна, и констатировать смерть.
3. Студент демонстрирует восстановление проходимости дыхательных путей при механической асфиксии (западение языка).

Практическое занятие**Тактика фельдшера при стенокардии.****1.Препаратом выбора для купирования приступа стенокардии является**

- А верапамил
- Б коринфар
- В нитроглицерин
- Г баралгин

2.Для купирования приступа стенокардии предпочтение отдается нитроглицерину в виде

- А таблеток
- Б спрея (аэрозоля)
- В капсул
- Г аппликаций

3.Препаратом выбора для купирования вазоспастической стенокардии является

- А нитроглицерин
- Б нифедипин
- В ацетилсалициловая кислота
- Г валидол

4.Симптоматика типичного приступа стенокардии

- А боли колющего характера в левой половине грудной клетки
- Б боль сжимающая, давящая, иногда жгучая в области сердца и за грудиной
- В головная боль, головокружение, одышка

4. Экстренной госпитализации не подлежат больные

- А с впервые возникшей стенокардией
- Б со стабильной стенокардией напряжения
- В с нестабильной стенокардией
- Г со стенокардией Принц-Металла

5. Симптомы характерные для типичного приступа стенокардии:

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

6. Показание для экстренной госпитализации являются:

- а) Стенокардия напряжения впервые возникшая
- б) Стенокардия напряжения стабильная
- в) Стенокардия напряжения прогрессирующая
- г) Стенокардия принца-Металла

7. Впервые возникшая стенокардия напряжения диагностируется при длительности заболевания:

- а) Не более 1 недели
- б) Не более 1 месяца
- в) Не более 3-х месяцев

8. Эффект Бета-блокаторов при приступе стенокардии обусловлен:

- а) Расширением коронарных сосудов
- б) Расширением периферических сосудов и снижением сердечного выброса
- в) Урежением сердечного ритма и снижением минутного объема кровообращения

Приложение 24

Практическое занятие

Тактика фельдшера при инфаркте миокарда.

1. Дайте определение ишемической болезни сердца:

- 1. Заболевание миокарда вследствие экзогенных интоксикаций.
- 2. Заболевание миокарда вследствие эндогенных интоксикаций.
- 3. Заболевание миокарда вследствие воздействия инфекции.
- 4. Заболевание миокарда вследствие недостаточности коронарного кровообращения.
- 5. Заболевание миокарда вследствие метаболических нарушений.

2. Перечислите фоновые заболевания при ИБС:

- 1. Ревматизм.
- 2. Сахарный диабет.
- 3. Симптоматические гипертензии.
- 4. Атеросклероз.
- 5. Артериальная гипертензия.

3. Перечислите патогенетические факторы развития ИБС:

- 1. Гиперлипидемия, курение.
- 2. Артериальная гипертензия.
- 3. Избыточная масса тела.
- 4. Малоподвижный образ жизни.
- 5. Хроническая инфекция.

4. Перечислите факторы риска развития ИБС I порядка:

- 1. Гиперлипидемия.
- 2. Нарушение толерантности к пуриновым основаниям.
- 3. Курение.

4. Мочекислый инфаркт.

5. Артериальная гипертензия.

5. Перечислите факторы риска развития ИБС II порядка:

1. Артериальная гипертензия.

2. Малоподвижный образ жизни.

3. Нарушение толерантности к углеводам.

4. Избыточная масса тела.

5. Мочекислый диатез.

6. Перечислите формы ИБС:

1. Острая.

2. Рецидивирующая.

3. Повторная.

4. Хроническая.

5. Смешанная.

7. Перечислите формы острой ИБС:

1. Инфаркт миокарда.

2. Острая аневризма сердца.

3. Хроническая аневризма сердца.

4. Внезапная коронарная смерть.

5. Очаговая острая ишемическая дистрофия миокарда.

8. Укажите изменение миокарда, которое можно отнести к острой ИБС:

1. Метаболическое повреждение миокарда.

2. Жировая дистрофия миокарда.

3. Инфаркт миокарда.

4. Гранулематозный миокардит.

5. Кардиомиопатия.

9. Укажите форму ИБС, к которой можно отнести инфаркт миокарда:

1. Острой.

2. Рецидивирующей.

3. Повторной.

4. Хронической.

5. Смешанной.

10. Назовите вид инфаркта миокарда в зависимости от сроков развития с момента первых признаков ишемии:

1. Рецидивирующий, первичный.

2. Геморрагический, ишемический.

3. Острый, хронический.

4. Повторный.

5. Хронический, подострый.

11. Укажите общие причины развития инфаркта миокарда:

1. Сдавление опухолью коронарных вен.

2. Тромбоз коронарной артерии.

3. Тромбоэмболия коронарной артерии.

4. Гипертрофия миокарда.

12. Основным диагностическим критерием типичного острого инфаркта миокарда является:

а) Артериальная гипотония

б) Артериальная гипертензия

в) Нарушение ритма сердца

г) Загрудинная боль продолжительностью более 20 минут

д) Холодный пот

13. Для абдоминальной формы инфаркта миокарда характерны:

а) Боли за грудиной, иррадиирующие в плечо и эпигастральную область

б) Острые боли в животе, часто с тошнотой, иногда с рвотой, резкая слабость

в) Острые боли в животе, «доскообразное» напряжение мышц живота, положительные симптомы раздражения брюшины.

14. При остром инфаркте миокарда чаще всего развивается:

а) Синусовая брадикардия

- б) Мерцательная аритмия
- в) Желудочковая экстрасистолия
- г) Фибрилляция желудочков

Практическое занятие

Тактика фельдшера при шоке.

Клинические симптомы кардиогенного шока

- а) лихорадка, рвота
- б) приступ удушья
- в) резкое снижение АД, частый нитевидный пульс
- г) резкое повышение АД, напряженный пульс

Приоритетные проблемы пациента при анафилактическом шоке

- а) одышка, кашель со "ржавой мокротой"
- б) боль в пояснице, отеки, гипертония
- в) чувство жара, слабость, снижение АД
- г) изжога, отрыжка, диарея

Неотложная помощь при анафилактическом шоке

- а) адреналин, преднизолон, мезатон
- б) баралгин, но-шпа, морфин
- в) клофелин, пентамин, лазикс
- г) нитроглицерин, анальгин, валидол.

Введение адреналина, преднизолона, супрастина, реополиглюкина, обкалывание места укуса или инъекции раствором адреналина – неотложная помощь при:

- а) анафилактическом шоке;
- б) геморрагическом шоке;
- в) травматическом шоке;
- г) ожоговом шоке.

Отсутствие сознания, снижение АД менее 60 мм ртст, учащение пульса до 140 уд/мин, слабого наполнения и напряжения, заострившиеся черты лица, величина кровопотери до 50% ОЦК- клиника:

- а) шока 1-й степени;
- б) коллапса;
- в) шока 3-й степени;
- г) обморока.

Геморрагический шок возникает вследствие

- а) длительного безводного периода
- б) большой кровопотери
- в) нарушения метаболизма
- г) стремительных родов

Задача 1

Вскоре, после внутримышечного введения пенициллина, больной пожаловался на беспокойство, чувство стеснения в груди, слабость, головокружение, тошноту. АД 80/40 мм рт. ст., пульс 120 уд/мин, слабого наполнения и напряжения.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Продемонстрируйте постановку пробы на чувствительность к антибиотикам.

Эталоны ответов

1. У пациента в ответ на введение пенициллина развился анафилактический шок, о чем свидетельствует появившееся беспокойство, чувство стеснения в груди, тошнота, снижение АД, тахикардия.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
 - а) прекратить введение пенициллина;

- б) срочно вызвать врача для оказания квалифицированной медицинской помощи;
 - в) уложить пациента с приподнятым ножным концом с целью притока крови к головному мозгу;
 - г) расстегнуть стесняющую одежду и обеспечить доступ свежего воздуха;
 - д) осуществлять контроль за состоянием пациента (АД, ЧДД, пульс);
 - е) положить на место инъекции пузырь со льдом и обколоть 0,1% р-ром адреналина с целью снижения скорости всасывания аллергена;
 - ж) ввести антигистаминные препараты с целью десенсибилизации (2% р-р супрастина или 2% р-р пипольфена или 1% р-р димедрола;
 - з) приготовить противошоковый набор;
 - и) выполнить назначения врача.
3. Студент демонстрирует технику постановки пробы на чувствительность к антибиотикам.

Задача 2

Из населенного пункта в медпункт доставлен мужчина, 55 лет, с жалобами на усиление кашля, ощущения боли в грудной клетке и “теплой струи”. Пациент возбужден, испуган, бледен. Из рта выделяется розово-красная пенная кровь синхронно кашлевым толчкам с небольшой струйкой из носа. Питание снижено. Увеличение надключичных и подмышечных лимфатических узлов. В легких выслушиваются обильные разнокалиберные влажные хрипы. ЧДД 28 в мин. Пульс 100 уд./мин. АД 100/60 мм рт.ст. В анамнезе рак легкого.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Продемонстрируйте технику в/в инъекций.

Эталоны ответов

1. У пациента развилось легочное кровотечение. Геморрагический шок I степени.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
оценить состояние пациента для определения дальнейшей тактики;
успокоить больного-волнение и физическое напряжение могут усилить кровотечение;
придать пациенту полусидячее положение в постели, чтобы облегчить отхаркивание и предупредить затекание крови в другое легкое. Дать специальную емкость для сбора отделяемого из ротоглотки;
запретить разговаривать и курить;
положить пузырь со льдом на грудную клетку;
ввести для остановки кровотечения:
в/в 10000-20000 ЕД контрикала (трасилола) в 100 мл изотонического раствора хлорида натрия, затем через эту иглу 100 мл 5% раствора аминокaproновой кислоты и п/к 1 мл 0,1% раствора сернокислого атропина. Антипротеазные препараты ингибируют активность протеолитических ферментов и предупреждают дальнейший распад пораженной легочной ткани. Атропин расширяет сосуды органов брюшной полости и уменьшает кровонаполнение легких;
хлористый кальций 10%-10 мл в/в (по показаниям повторно через 5-6 часов). Ионы кальция необходимы для свертывания крови;
викасол 1 % 1-1,5 мл в/м 1 раз в сутки (действие его проявляется через 12-18 часов, викасол участвует в образовании протромбина);
строго по инструкции ганглиоблокирующие препараты (бензогексоний, пентамин, ганглерон) для создания условий формирования кровяного сгустка и образования тромбов;
осуществлять контроль за гемодинамикой (АД, PS, почасовой диурез);
госпитализировать в специализированное отделение, так как невозможно предусмотреть силу и особенности повторных кровотечений.
3. Студент демонстрирует технику внутривенных инъекций.

Приложение 26

Практическое занятие

Тактика фельдшера при отёке лёгких.

Задача 1

Вызов фельдшера скорой помощи на дом. 64-летняя женщина сидит, опустив на пол ноги. Речь затруднена. Лицо бледное, покрыто крупными каплями пота, испуганное и напряженное из-за страха смерти. Цианоз губ, носа. Клокочущее дыхание, ЧДД 32 вд./мин., кашель с выделением

обильной розовой пенистой мокроты. Над всей поверхностью легких мелкопузырчатые хрипы. Аускультация - глухие сердечные тоны. АД 200/100 мм рт.ст. ЧСС 120 уд/мин. Пульс 120 уд./мин., аритмичен. На ЭКГ рубцовые изменения, признаки нарастающей перегрузки левых отделов сердца. В анамнезе инфаркт миокарда.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациентки.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Продемонстрируйте технику оксигенотерапии.

Эталоны ответов

1. ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. Острая левожелудочковая недостаточность (отек легких).

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
- усадить пациентку с опущенными с кровати ногами для уменьшения возврата крови к сердцу, обеспечить опору для спины и рук;
- наложить венозные жгуты на нижние конечности на 15-20 мин, для разгрузки правых отделов сердца;
- провести оксигенотерапию с пеногасителем или 10% раствор антифомсилана для нарушения стойкости пены, ее разрушения и прекращения дальнейшего образования. Можно использовать в/в инфузию 330 спирта от 5 до 10 мл;
- дать сублингвально 1-2 таблетки нитроглицерина с интервалом 15-20 мин. или ввести изокет (перлинганит) в/в капельно, следя за уровнем АД для гемодинамической разгрузки левого желудочка, уменьшения потребности миокарда в кислороде.
- ввести наркотические анальгетики и средства нейролептанальгезии - 1-1,5 мл 1% раствора морфина с 0,5 мл 0,1% раствора атропина (для устранения побочного вагolitического эффекта) в 10-15 мл 0,9% раствора хлорида натрия в/в медленно, дробными дозами из расчета 0,2-0,5 мл морфина каждые 5-10 мин. или фентанил 1-2 мл или дроперидол 1-4 мл в зависимости от систолического АД для уменьшения возбудимости дыхательного центра, снижения давления в сосудах малого круга кровообращения, депонирования крови в венах большого круга кровообращения;
- ввести в/в струйно по 4-6 мл 1% раствора лазикса в 0,9% растворе хлорида натрия или 5% растворе глюкозы для увеличения диуреза, расширения емкости периферического сосудистого русла, снижения давления в капиллярах легких;
- ввести в/в струйно коргликон 0,06 % 2 мл в/в струйно для удлинения диастолы и улучшения кровонаполнения левого желудочка;
- осуществлять контроль за АД, пульсом для оценки состояния пациента;
- госпитализировать в кардиореанимационное отделение для лечения сердечной недостаточности после купирования отека легких.

3. Студент демонстрирует технику оксигенотерапии.

Задача 2

В терапевтическом отделении пациент, страдающий гипертонической болезнью, пожаловался медсестре на то, что у него появилась одышка, чувство “нехватки воздуха”, кашель с выделением розовой пенистой мокроты.

При осмотре: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника.

Дыхание шумное, клочущее, изо рта выделяется розовая пенистая мокрота, ЧДД 35 в мин. Тоны сердца глухие, пульс 120 в мин, АД 210/110 мм рт. ст.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Продемонстрируйте технику подачи кислорода с пеногасителем.

Эталоны ответов

1. У пациента на фоне гипертонического криза (АД 210/110) развилась острая левожелудочковая недостаточность (отёк легкого), о чём свидетельствуют одышка, шумное клочущее дыхание, кашель с розовой пенистой мокротой.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- а) вызвать врача для оказания квалифицированной медицинской помощи;

- б) создать полусидячее положение с опущенными ногами для уменьшения притока венозной крови к сердцу, обеспечить абсолютный покой, освободить от стесняющей одежды для улучшения условий дыхания;
 - в) очистить ротовую полость от пены и слизи, с целью удаления механических препятствий прохождению воздуха;
 - г) обеспечить ингаляцию увлажненного кислорода с пеногасителем с целью улучшения условий оксигенации;
 - д) наложение венозных жгутов на конечности с целью уменьшения объема циркулирующей крови;
 - е) поставить грелки и горчичники к ногам на область голени с отвлекающей целью;
 - ж) обеспечить контроль за состоянием пациента (АД, пульс, ЧДД);
 - з) приготовить к приходу врача: гипотензивные препараты, мочегонные средства, сердечные гликозиды, глюкокортикоиды.
 - и) выполнить назначения врача.
3. Студент демонстрирует технику подачи кислорода с пеногасителем.

Приложение 27

Практическое занятие

Тактика фельдшера при оказании неотложной помощи больному при синдроме артериальной гипертензии.

Задача 1

В конце напряженного трудового дня женщина, 35 лет, отметила резкое ухудшение состояния – появилась сильная головная боль, головокружение, тошнота, сердцебиение, учащенное обильное мочеиспускание. Женщина обратилась к фельдшеру здравпункта.

Объективно: пациентка возбуждена. Кожные покровы гиперемированы, влажные. Тоны сердца громкие, ритмичные, выслушивается акцент II тона на аорте. Пульс 100 уд./мин., ритмичный. АД 180/100 мм рт.ст.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациентки.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Продemonстрируйте технику измерения пульса и его характеристика.

Эталоны ответов

1. У пациентки гипертензивный криз I типа (адреналовый или нейровегетативный).
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
обеспечить горизонтальное положение с приподнятым головным концом, чтобы уменьшить приток крови к голове;
обеспечить полный физический и психический покой;
обеспечить доступ свежего воздуха (открыть окно, форточку, расстегнуть одежду, затрудняющую дыхание);
ввести для снижения АД один из препаратов:
клофелин (клонидин) 0,15 мг внутрь или сублингвально, затем по 0,075 мг через 1 час (помимо основного гипотензивного действия клофелин обладает обезболивающей и седативной активностью);
коринфар (нифедипин) 10 мг под язык или в каплях внутрь каждые 30 мин. (препарат обладает гипотензивной, антиангинальной, антиаритмической активностью). Возможно сочетание этих препаратов;
лабеталол внутрь по 100 мг через 1 час (обладает выраженным гипотензивным эффектом);
дибазол 1% раствор 2-8 мл в/в или в/м (препарат обладает гипотензивным, сосудорасширяющим, спазмолитическим эффектом. Улучшает регионарный кровоток в головном мозге, сердце, почках);
ввести лазикс 1-3 мл в/м или в/в медленно для усиления гипотензивного действия;
датынаприлин 20-40 мг под язык или внутрь при сохраняющейся тахикардии;
ввести диазепам 5-10 мг внутрь, в/м, либо дроперидол 2,5-5 мг в/в медленно для снижения эмоционального напряжения;
контроль АД, PS для оценки состояния пациента.
3. Студент демонстрирует технику в/в инъекций.

Задача 2

Мужчина 65 лет обратился на прием к фельдшеру медпункта с жалобами на сердцебиение, одышку, головные боли. Эти жалобы беспокоят пациента в течение 2-х лет. К врачам не обращался, самостоятельно не лечился. Ухудшение состояния отмечает в течение месяца- усилилась одышка, он может спать только если голова находится на возвышении. Акроцианоз, бледность кожных покровов. ЧДД 24 в мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. При аускультации- аритмия, акцент II тона на аорте. Увеличение границы сердца влево. АД 190/110 мм рт.ст. Пульс 80 уд./мин.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Продемонстрируйте технику применения грелки.

Эталоны ответов

1. Гипертензивный криз II типа. Гипертоническая болезнь II стадии.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
успокоить больного, помочь ему принять удобное положение, обеспечить приток свежего воздуха;
поставить горчичники на затылок, сделать горячие ножные ванны;
провести медикаментозное лечение для снижения АД и уменьшения объема циркулирующей крови:
фурасемид 40-80 мг внутрь однократно и нифедипин по 10 мг под язык или в каплях внутрь каждые 30 мин. до достижения эффекта;
либо фурасемид 20 мг внутрь однократно и каптоприл (капотен) 6,25 мг под язык или внутрь, а затем по 25 мг каждые 30-60 мин. до получения эффекта;
осуществлять контроль за состоянием пациента (АД и PS);
госпитализировать в стационар для обследования и подбора гипотензивных препаратов.
3. Студент демонстрирует технику применения грелки.

Приложение 28

Практическое занятие

Тактика фельдшера при пневмонии.

Задача 1

Фельдшера ночью вызвали к ребенку 10 месяцев. Со слов мамы заболел остро, повысилась температура до 39,4° С, стал вялым, «тяжело задышал».

При осмотре: состояние тяжелое, температура 40,0° С, адинамичен, вял, постанывает при дыхании. Кожа бледная, сухая и холодная на ощупь, с мраморным рисунком, цианоз носогубного треугольника. Частота дыхания 60 в 1 мин., пульс 130 уд./мин., отмечается раздувание крыльев носа и втяжение межреберных промежутков при дыхании.

При аускультации легких – дыхание жесткое, справа выслушиваются мелкопузырчатые хрипы, тоны сердца приглушены. Живот при пальпации мягкий, печень выступает на 3,0 см из-под реберной дуги. Стула и мочеиспускания при осмотре не было.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи
3. Продемонстрируйте технику дачи увлажненного кислорода.

Эталоны ответов

1. Острая очаговая пневмония (ДН III ст).
2. Алгоритм неотложной помощи:
 - а) обеспечить доступ свежего воздуха в помещение;
 - б) дать увлажненный кислород;
 - в) придать положение с приподнятым концом;
 - г) ввести литическую смесь внутримышечно:
раствор папаверина 2 % 0,2 мл (0,2 мл/год жизни),
раствор анальгина 50 % 0,1 мл (0,1 мл/год жизни),
раствор димедрола 1 % 0,1 мл (0,1 мл/год жизни);
 - д) госпитализировать в детское отделение в сопровождении медицинского работника с обеспечением подачи кислорода.

3. Техника выполнения дачи увлажненного кислорода согласно алгоритму выполнения манипуляции.

Задача 2

Фельдшер “Скорой помощи” вызван на дом к больной 40 лет, которая жалуется на боль в правой половине грудной клетки, кашель с выделением “ржавой” мокроты, одышку в состоянии покоя, озноб, повышение температуры до 39,0. Заболела остро два дня назад. После приема жаропонижающих таблеток состояние ухудшилось, появилась резкая слабость, головокружение, потливость. В течение часа температура снизилась до нормы.

Объективно: температура 36,80. Кожные покровы бледные, влажные, на губах герпетические высыпания. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. При перкуссии справа ниже угла лопатки определяется укорочение перкуторного звука, здесь же выслушивается крепитация. Пульс малого наполнения, 100 уд./мин. АД 85/60 мм рт.ст. ЧДД 32 в мин.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Продемонстрируйте технику исследования пульса.

Эталоны ответов

1. Правосторонняя крупозная пневмония. Коллапс.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;

вытереть насухо пациента и поменять нательное и постельное белье;

уложить горизонтально, голову несколько опустить ниже туловища, чтобы улучшить приток крови к голове и уменьшить гипоксию. Пациента укрыть одеялом;

ввести один из вазопрессоров для повышения АД:

7. кофеин 10% раствор 1мл п/к;

8. сульфамфеназол 10 % 2,0 в/м;

9. мезатон 1% раствор 1 мл п/к;

ввести преднизолон 60 мг в/м (для поддержания АД на нормальном уровне);

обеспечить ингаляцию увлажненным кислородом для уменьшения гипоксии;

контроль АД, PS для оценки состояния пациента;

госпитализировать пациента в терапевтическое отделение ЛПУ для лечения крупозной пневмонии.

3. Студент демонстрирует технику исследования пульса.

Приложение 29

Практическое занятие

Тактика фельдшера при бронхиальной обструкции.

Задача

Мужчина 50 лет обратился на прием к фельдшеру ФАП с жалобами на экспираторную одышку приступообразного характера, кашель с трудноотделяемой слизистой мокротой. Страдает бронхиальной астмой. Ухудшение связывает с перенесенным ОРВИ. Количество ингаляций беродуала вынужден увеличить до 10 раз. Последние 2 дня приступ полностью не купируется. Состояние тяжелое. Ортопноэ. ЧДД 24 в мин. Шумный свистящий выдох. Кожа цианотичная, покрыта потом. Дыхание ослабленное, участки “немного” легкого. ЧСС 120 в мин. АД 140/90 мм рт.ст.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи с обоснованием каждого этапа.
3. Продемонстрируйте технику взятия крови из вены.

Эталоны ответов

1. Приступ бронхиальной астмы тяжелой степени (астматический статус).

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;

усадить с упором на руки, расстегнув стесняющую одежду для облегчения дыхания;

отменить прием бронходилататоров ввиду блокады рецепторов бронхов и опасности развития синдрома "рикошета";
 дать 30-40% увлажненный кислород для снижения гипоксии. Использование кислорода в более высоких концентрациях не целесообразно из-за чрезмерного высушивания слизистой оболочки дыхательных путей и ухудшения условий выделения углекислоты;
 ввести метилксантины (эуфиллин, аминофиллин). Эуфиллин вводят в/в сначала в дозе 5-6 мг/кг/час, затем в дозе 0,6-0,9 мг/кг массы тела в час до улучшения состояния с целью бронходилатации;
 начать введение больших доз глюкокортикоидов - гидрокортизон 7 мг/кг в/в струйно или капельно. Указанную дозу можно повторять каждые 8 часов. Глюкокортикоиды восстанавливают чувствительность В - адренорецепторов к адреноергическим стимулам;
 осуществлять контроль за ЧДД, PS, АД, ЭКГ;
 госпитализировать в реанимационное отделение из-за опасности развития асистолии, фибрилляции желудочков и для полного купирования астматического статуса.

3. Студент демонстрирует технику взятия крови из вены.

Приложение 30

Практическое занятие

Тактика фельдшера при желтухе.

Задача

Вызов на дом бригады «Скорой помощи». Мужчина, 47 лет, 4 года назад перенес вирусный гепатит. В настоящее время жалуется на слабость, повышенную утомляемость, тяжесть в области правого подреберья, кожный зуд и желтушность кожных покровов, похудел за год на 5 кг, в последние дни заметил увеличение живота и уменьшение количества суточной мочи. Трехкратная рвота - рвотные массы с примесью темной крови.

Объективно: кожные покровы иктеричные, малиновый язык, ладони гиперемированы. Живот увеличен в объеме, на передней поверхности живота видна сеть расширенных подкожных сосудов ("голова медузы"). Печень на 5 см выступает из-под края реберной дуги. Пульс 100 уд./мин. АД 90/60 мм рт.ст.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Выявите признаки непригодности крови к переливанию.

Эталоны ответов

1. Цирроз печени. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
 - оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
 - сократить до минимума разговор с больным;
 - придать пациенту возвышенное, полусидячее положение, ко рту поднести лоток;
 - запретить прием пищи;
 - ввести 15-20 ЕД питуитрина на 200 мл 5% раствора глюкозы в течение 20 мин., с повторным введением через 30 мин. в дозе 5-10 ЕД на 20 мл раствора глюкозы для снижения портального давления;
 - ввести 100 мл 5% раствора аминокaproновой кислоты с гемостатической целью;
 - контроль АД, PS для оценки состояния пациента;
 - госпитализировать лежа на боку в хирургическое отделение ЛПУ.
3. Студент рассказывает признаки непригодности крови к переливанию.

Приложение 31

Практическое занятие

Тактика фельдшера при метаболических комах.

Задача 1

Девочка 9 лет страдает сахарным диабетом. Получает утром 20 ЕД. инсулина. После введения инсулина, опаздывая в школу, не позавтракала. На первом уроке внезапно появились судороги,

потеряла сознание. Кожа влажная, дыхание поверхностное, зрачки расширены, клонико-тонические судороги.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм неотложной помощи.
3. Продемонстрируйте технику подкожной инъекции ребенку.

Эталоны ответов

1. Гипогликемическая кома.
2. Алгоритм неотложной помощи:
 - а) ввести внутривенно 10-20 мл. 40% раствора глюкозы;
 - б) при снижении АД ввести внутривенно плазму и ее заменители: полиглюкин, реополиглюкин, альбумин и сердечные гликозиды: коргликон – 0,06% раствор 0,5 мг/кг внутривенно медленно, гормоны: преднизолон, гидрокортизон 5 мл/кг;
 - в) при судорогах ввести диазепам 0,3-0,5 мл/кг внутривенно медленно или натрия оксибутират 20% раствор 0,5-0,75 мл/кг;
3. Техника туалета носа и закапывания капель в нос, согласно алгоритму выполнения манипуляции.

Задача 2

Мальчик 6 лет состоит на диспансерном учете по поводу сахарного диабета, получает инсулин. Заболел гриппом. На 3-й день заболевания появились жажда, заторможенность. Доставлен в больницу в тяжелом состоянии, изо рта запах ацетона, язык сухой. Определяется гипотония мышц, потеря сознания.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм неотложной помощи.
3. Продемонстрируйте технику внутривенной инъекции на фантоме.

Эталоны ответов

1. Диабетическая кома.
2. Алгоритм неотложной помощи:
 - а) ввести внутривенно актропид малыми дозами;
 - б) провести безотлагательную инфузионную терапию реополиглюкином внутривенно медленно в течение 1-1,5 часа 140-200 мл;
 - в) после восстановления сознания организовать рациональное питание;
 - г) госпитализировать ребенка в стационар;
3. Техника внутривенной инъекции согласно алгоритму выполнения манипуляции.

Задача 3

В приемное отделение доставлена пациентка 32 лет в бессознательном состоянии.

При объективном обследовании: состояние тяжелое, сознание отсутствует, дыхание шумное, редкое, глубокое. Мышечный тонус и тонус глазных яблок снижены, сухость кожных покровов, слизистых оболочек и языка. Запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Пульс 90 уд/мин, АД 90/60 мм рт. ст. У пациента обнаружена карточка больного сахарным диабетом.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Выполните на фантоме катетеризацию мочевого пузыря.

Эталоны ответов

1. У пациентки страдающей сахарным диабетом развилась гипергликемическая кома, о чем свидетельствуют объективные данные: отсутствие сознания, дыхание по типу Куссмауля, явления дегидратации (снижение мышечного тонуса и тонуса глазных яблок), характерный запах ацетона в выдыхаемом воздухе, снижение АД.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
 - а) срочно вызвать врача для оказания квалифицированной медицинской помощи;
 - б) обеспечить контроль за состоянием пациента (АД, пульс, ЧДД);
 - в) взять у пациента кровь и мочу на исследования;
 - г) приготовить к приходу врача препараты для оказания неотложной помощи: для внутривенного капельного введения - р-р Рингера, 4% р-р бикарбоната натрия, 5% р-р глюкозы, 0,9% р-р хлорида натрия; препараты инсулина короткого действия (хоморап, илетин обычный, актрапид, инсуларп);

сердечные гликозиды: 0,05% р-р строфантина или 0,06% р-р коргликона;
10% р-р кофеина, 1% р-р мезатона;
кокарбоксилазу, аскорбиновую кислоту;
теплый 2% р-р соды для клизмы;
д) обеспечить введение лекарственных препаратов по назначению врача.
3. Студент демонстрирует на фантоме технику катетеризации мочевого пузыря.

Приложение 32

Практическое занятие

Специализированная сердечно-лёгочная реанимация.

Реанимация – это

- А) комплекс лечебных мероприятий, направленных на восстановление жизнедеятельности организма
- Б) разновидность несчастных случаев у детей
- В) угнетение жизненных функций
- Г) совокупность неотложных состояний

Отсутствие дыхания – это

- А) апноэ
- Б) тахипноэ
- В) брадипноэ
- Г) диспноэ

Реанимацию можно прекратить при

- А) отсутствии признаков эффективности сердечно-легочной реанимации на протяжении 30 минут
- Б) отсутствии признаков эффективности сердечно-легочной реанимации на протяжении 10 минут
- В) попадании желудочного содержимого в дыхательные пути
- Г) появлении пенистой мокроты из верхних дыхательных путей

Местом приложения усилий при непрямом массаже сердца взрослому человеку является

- А) граница между средней и нижней третями грудины
- Б) верхняя треть грудины
- В) средняя треть грудины
- Г) нижняя треть грудины

Реанимация пациенту показана

- А) при появлении признаков клинической смерти
- Б) при появлении признаков биологической смерти
- В) только при внезапной смерти молодых пациентов и детей
- Г) только при внезапной смерти у пожилых больных

К мероприятиям по определению признаков жизни у пострадавшего относятся

- А) определение наличия дыхания и проверка пульса на магистральных артериях
- Б) выдвижение нижней челюсти
- В) запрокидывание головы с подъемом подбородка
- Г) сердечно-легочная реанимация

Реанимация - это восстановление в терминальном состоянии

- А) дыхания и кровообращения
- Б) работоспособности
- В) социальных функций организма
- Г) общения

К терминальным состояниям человека относится:

- А) предагония, агония, клиническая смерть
- Б) любое бессознательное состояние
- В) биологическая смерть
- Г) остановка сердца

В состоянии агонии дыхание

- А) редкое судорожное
- Б) частое поверхностное
- В) редкое глубокое
- Г) отсутствует

Сердечно-легочную реанимацию (слр) обязаны проводить

- А) все специалисты с медицинским образованием и спасатели, имеющие специальную подготовку
- Б) врачи и медсестры реанимационных отделений
- В) только врачи и фельдшеры
- Г) только врачи

Общие противопоказания для проведения реанимационных мероприятий:

- А) признаки биологической смерти, повреждения, несовместимые с жизнью и последняя стадия онкологических заболеваний
- Б) коматозное состояние
- В) почечная и печеночная недостаточность
- Г) нарушение мозгового кровообращения с потерей сознания

Основными признаками остановки сердца являются:

- А) широкие зрачки и отсутствие пульса на сонной артерии
- Б) отсутствие сознания
- В) узкие зрачки
- Г) судороги

При клинической смерти сердечно-легочную реанимацию (слр) необходимо начать не позднее, чем через

- А) 2 минуты
- Б) 3 минуты
- В) 4 минуты
- Г) 5 минут

Сознание у пострадавшего после реанимации восстанавливается:

- А) в последнюю очередь
- Б) в первую очередь
- В) после сужения зрачков
- Г) после появления пульса

Показание к проведению сердечно-легочной реанимации

- А) отсутствие сознания, дыхания
- Б) отсутствие сознания
- В) резкое падение артериального давления
- Г) резкое повышение артериального давления

У взрослых к первому этапу сердечно-легочной реанимации относится

- А) проведение закрытого массажа сердца
- Б) обеспечение проходимости верхних дыхательных путей
- В) проведение искусственной вентиляции легких
- Г) контроль показателей кровообращения

К терминальным состояниям не относится

- А) шок
- Б) предагония
- В) терминальная пауза
- Г) клиническая смерть

Соотношение компрессий на грудину и искусственных вдохов при проведении реанимации

- А) 30:2
- Б) 2:15
- В) 1:5
- Г) 3:6

Тактика фельдшера при прободной язве желудка и двенадцатиперстной кишки и ущемлённой грыже.

Задача 1

Мужчина 42 лет почувствовал сильнейшую боль в верхнем отделе живота, которую сравнил с ударом кинжала. Боль появилась в момент физической нагрузки, рвоты не было. Много лет страдает язвенной болезнью желудка по поводу чего многократно лечился в терапевтических клиниках. Вызвана скорая медицинская помощь, приехавший фельдшер осмотрел больного. Больной бледен, покрыт холодным потом, выражение лица страдальческое, положение вынужденное- лежит на боку, ноги приведены к животу, пульс 80 уд. в мин, язык суховат, обложен слегка белым налетом. Живот в акте дыхания не участвует, пальпацией определяется резкое напряжение мышц, болезненность, положительный симптом Щеткина – Блюмберга.

Задания

1. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его.
2. Назовите дополнительные симптомы необходимые для уточнения диагноза.
3. Составьте и аргументируйте алгоритм оказания неотложной помощи.
4. Составьте диагностическую и лечебную программу в стационаре.
5. Продемонстрируйте технику снятия швов (на фантоме).

Эталон ответа

1. Диагноз. Перфоративная язва желудка.

Можно предположительно поставить диагноз на основании прежде всего жалоб больного: в момент физической нагрузки больной почувствовал сильнейшие боли в верхнем отделе живота, которые можно сравнить с ударом кинжала.

Положение больного на боку с приведенными к животу ногами тоже характерно для перфорации.

В пользу предполагаемого диагноза говорят и результаты исследования живота — в акте дыхания передняя брюшная стенка не участвует, пальпация резко болезненна, мышцы брюшного пресса напряжены, положителен симптом Щеткина- Блюмберга.

2. Дополнительные симптомы

Дополнительно можно проверить симптом сглаженности или отсутствия печеночной тупости, который объясняется поступлением воздуха в брюшную полость через перфоративное отверстие стенки желудка.

Этот симптом определяется практически всегда при перфорации язвы желудка. В отлогих местах можно определить притупление перкуторного звука за счет поступления в брюшную полость жидкого желудочного содержимого. Пальцевое ректальное и вагинальное исследования могут выявить болезненность тазовой брюшины.

3. Алгоритм оказания неотложной помощи.

- 1) исключить энтеральное введение жидкости и пищи;
- 2) вызвать машину скорой медицинской помощи для транспортировки больного в отделение неотложной хирургии;
- 3) ввести сердечные и дыхательные аналептики по показаниям.
Анальгетики не вводить!
- 4) приложить холод к животу;
- 5) ввести тонкий назогастральный зонд (не промывать!)
- 6) транспортировать в положении лежа со слегка согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами.

Через рот ничего не даем, так как содержимое желудка поступает в свободную брюшную полость.

Целесообразно удалить содержимое желудка с помощью зонда.

Введение лекарственных средств, кроме анальгетиков, в зависимости от состояния больного.

Анальгетики не вводят, так как могут смазать клиническую картину.

Холод уменьшит боли и развитие воспалительного процесса, поэтому целесообразно его применение на догоспитальном этапе.

Транспортировка только в положении лежа в рациональном для больного положении.

4. Диагностическая и лечебная программа в стационаре.

Выполняют анализы крови и мочи (изменения зависят от сроков заболевания).

При неясной клинической картине проводят дополнительные исследования:

- 1) обзорную Ro-графию с целью обнаружения “серпа просветления” над печенью;
- 2) лапароскопию.

Лечение оперативное.

Операция проводится под интубационным наркозом.

Объем операции зависит от времени с момента перфорации, общего состояния больного, квалификации хирурга, особенностей язвенного анамнеза, характера язвы и т.д.

Премедикация (её объем) зависит от состояния пациента.

5. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритма.

Задача 2

43-х летний мужчина несколько лет страдает пахово-мошоночной грыжей. Часа полтора тому назад во время подъема груза почувствовал сильную боль в правой паховой области. Боли продолжали беспокоить и в положении лежа, была однократная рвота. Ранее вправимое в положении лежа грыжевое выпячивание стало невправимым и очень болезненным. Жена вызвала соседа-фельдшера. Фельдшер оценил общее состояние больного как удовлетворительное. При осмотре отметил образование в пахово-мошоночной области справа, при пальпации резко болезненное, напряженное.

Задания:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Расскажите о дополнительных методах исследования и методике их проведения.
3. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи с обоснованием каждого этапа.
4. Расскажите о диагностической и лечебной программе.
5. Продемонстрируйте технику наложения повязки – суспензорий на мошонку.

Эталон ответа:

1. Диагноз – ущемленная правосторонняя пахово-мошоночная грыжа.

Основанием для постановки такого диагноза служит прежде всего характерный анамнез – больной давно страдает пахово-мошоночной грыжей, резкие боли в правом паху появились во время физической нагрузки, грыжевое выпячивание стало болезненным, напряженным и, в отличие от прежнего состояния, невправимым. Данные объективного осмотра тоже говорят за ущемление – в правой пахово-мошоночной области определяется болезненное, напряженное, невправимое образование.

2. Дополнительные методы исследования

Дополнительно можно провести перкуссию над выпячиванием. Перкуторный звук может быть тупым, когда содержимым грыжевого мешка является, например, салник и тимпаническим, когда ущемилась кишечная петля.

3. Алгоритм оказания неотложной помощи

1. Введение сердечных средств по показаниям.

2. Транспортировка в отделение неотложной хирургии в положении лежа специальным транспортом (машиной скорой медицинской помощи).

Недопустимо на догоспитальном этапе введение наркотических средств, спазмолитиков, применение ванн и тепла на область грыжи, т.к. это может способствовать вправлению грыжи. Ущемление нарушает кровообращение содержимого грыжевого мешка, в результате могут развиваться грубые изменения ущемленных органов, вплоть до некроза, вправление такого органа в брюшную полость ведет к развитию перитонита. Нельзя прибегать и к ручному вправлению грыжи. Транспортировать больного надо в экстренном порядке, т.к. от сроков с момента ущемления зависит объем операции и, конечно, результаты лечения.

4. Диагностическая и лечебная программа.

Проводят общие анализы крови и мочи.

При подтверждении диагноза назначается хирургическое вмешательство. Операция – грыжесечение.

Примечание: Если ущемление самостоятельно разрешилось до осмотра фельдшера или в момент осмотра, или в момент транспортировки, госпитализация больного в отделение неотложной хирургии для наблюдения обязательна, так как неизвестно состояние вправившегося органа.

5. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Задача 3

48-летняя жительница села, страдающая левосторонней бедренной грыжей, в момент приступа сильного кашля ощутила сильную боль в левом паху, боль не исчезла и в положении лежа. Раньше грыжевое выпячивание в положении лежа с урчанием исчезало. Теперь же этого не произошло. Прошло с момента появления болей около получаса, а лучше не становилось, тогда больная решила сама вызвать скорую по телефону и одновременно приняла таблетку но-шпы. Приехавший

фельдшер осмотрел больную и отметил ниже паховой связки слева болезненное, напряженное выпячивание. В присутствии фельдшера была однократная рвота желудочным содержимым.

Задания

1. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его.
2. Расскажите о дополнительных методах исследования, необходимых для подтверждения диагноза.
3. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.
4. Составьте план лечебной программы, если грыжа вправилась в момент транспортировки в больницу.
5. Продемонстрируйте технику применения пузыря со льдом на переднюю брюшную стенку.

Эталон ответа

1. Диагноз: ущемленная левосторонняя бедренная грыжа.

О таком диагнозе можно думать исходя из анамнеза – диагноз левосторонней бедренной грыжи поставлен врачом давно, больная рассказывает, что выпячивание всегда в положении лежа с урчанием вправлялось, то есть, была вправимая бедренная грыжа, то, что сейчас во время кашля (повышения внутрибрюшного давления) появились боли в левом паху и образование стало резко болезненным и невправимым, говорит об ущемлении содержимого грыжевого мешка.

2. Дополнительные методы исследования

Из дополнительных методов исследования можно провести перкуссию над образованием – если перкуторный звук тимпанический, то содержимым грыжевого мешка являются кишечные петли.

3. Алгоритм оказания неотложной доврачебной помощи:

1. Срочная транспортировка на носилках в неотложную хирургию (машиной скорой помощи).

2. Введение сердечных гликозидов по показаниям.

Не вводить анальгетики, спазмолитики, не греть область грыжевого выпячивания, не применять теплые ванны;

Опасность введения анальгетиков, спазмолитиков и применения тепла заключается в том, что ущемленный орган может вправиться, а изменения в этих органах в связи с нарушением кровообращения в момент ущемления могут быть самыми разными, вплоть до некроза, опасность развития грозного осложнения – перитонита.

4. Диагностическая и лечебная программа.

В больнице делаются анализы крови, мочи.

Лечение ущемленной грыжи – оперативное. Если же грыжа вправилась в момент транспортировки, то фельдшер все равно должен доставить больную в клинику неотложной хирургии для наблюдения. Дальнейшая клиническая картина зависит от характера изменения ущемленного органа, который вправился.

Важны в процессе наблюдения жалобы больного – нет ли болей в животе, тошноты, рвоты.

Важно измерение температуры в подмышечной области и ректальной.

Важны и систематические осмотры живота – появление напряжения мышц, болезненности при пальпации, симптома раздражения брюшины, ослабления кишечных шумов – тревожные данные. Повторный анализ крови тоже может отразить картину прогрессирующего воспалительного процесса.

При появлении изложенных выше данных следует оперировать больного. Если все же есть какие-то сомнения относительно показания к операции, можно прибегнуть к лапароцентезу с шарящим катетером или лапароскопии и решить вопрос о показаниях к операции.

5. Практическая манипуляция выполняется согласно алгоритму.

Приложение 34

Практическое занятие

Тактика фельдшера при ОДН у детей.

Неотложная помощь детям при острой дыхательной недостаточности заключается в следующих мероприятиях, кроме

- 1) витаминотерапии
- 2) восстановления объема циркулирующей крови
- 3) коррекции кислотно-щелочного равновесия
- 4) оксигенотерапии

При острой дыхательной недостаточности неотложная помощь не включает

- 1) обеспечение проходимости дыхательных путей
- 2) стимуляцию кашля
- 3) оксигенотерапию
- 4) применение препаратов, содержащих кофеин

Клиническими признаками остановки дыхания являются все перечисленные, кроме

- 1) цианоза
- 2) остановки сердца
- 3) потери сознания
- 4) отсутствия дыхательных движений

К доступным способам восстановления свободной проходимости дыхательных путей относятся все перечисленные, кроме

- 1) разгибания шеи
- 2) обследования и освобождения ротоглотки от слизи, инородных тел пальцем
- 3) вывода и фиксации языка
- 4) трахеостомии

При остром стенозирующем ларинготрахеите не отмечается

- 1) изменение голоса
- 2) грубый лающий кашель
- 3) втяжение уступчивых мест грудной клетки
- 4) удлинение выдоха

При астматическом статусе предпочтительнее применение ксантиновых препаратов перед симпатомиметиками, так как

- 1) они являются эффективными бронходилататорами
- 2) наступает блокада адренорецепторов к симпатомиметикам
- 3) они оказывают меньшее, чем симпатомиметики, кардиотоксическое действие

Неотложная помощь детям при острой дыхательной недостаточности заключается в следующих мероприятиях, кроме:

- 1) витаминотерапии
- 2) восстановления объема циркулирующей крови
- 3) коррекции кислотно-щелочного равновесия
- 4) оксигенотерапии

Острая дыхательная недостаточность может осложнить течение следующих заболеваний, кроме:

- 1) ботулизма
- 2) пневмонии
- 3) холеры
- 4) полиомиелита
- 5) коклюша

Типичными клиническими симптомами острой дыхательной недостаточности являются:

- 1) одышка, участие в дыхании вспомогательной мускулатуры
- 2) бледность, цианоз кожи
- 3) тахикардия, аритмия
- 4) беспокойство, при прогрессировании - нарушение сознания, судороги
- 5) все вышеперечисленные

Приложение35

Практическое занятие

Тактика фельдшера при острой сердечной недостаточности у детей

СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ I СТАДИИ У ДЕТЕЙ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А) тахипноэ при физической нагрузке
- Б) тахикардией в покое
- В) цианозом в покое
- Г) увеличением печени

КАКИЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ДОЛЖНЫ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ ПРИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ?

- А) ЭКГ, рентгенография, ЭХО-КГ, определение газов крови
- Б) ЭКГ, рентгенография, КТ
- В) ЭХО-КГ, МРТ, общий анализ крови
- Г) ЭКГ, ЭХО-КГ, общий анализ крови, общий анализ мочи

СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ НЕ МОЖЕТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ

- А) заболеваний желудочно-кишечного тракта
- Б) врожденных пороков сердца
- В) тяжелых нарушений сердечного ритма
- Г) инфекционного эндокардита

ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КЛИНИЧЕСКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- А) появлением влажных хрипов в легких, тахикардией, тахипноэ
- Б) увеличением размеров печени
- В) повышением артериального давления
- Г) отеками на ногах

ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ПРИ НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО ПРИЗНАКОВ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СОЧЕТАНИИ С

- А) влажными хрипами в легких
- Б) отеками на ногах
- В) судорогами
- Г) гепатоспленомегалией

К проявлениям острой сердечно-сосудистой недостаточности не относится:

- 1) бледность кожных покровов
- 2) нитевидный пульс
- 3) гиперемия кожи
- 4) падение артериального давления
- 5) одышка

При острой сердечно-сосудистой недостаточности не показан

- 1) допамин
- 2) преднизолон
- 3) пропранолол
- 4) инфузионная терапия
- 5) мезатон

Приложение36

Практическое занятие

Тактика фельдшера при острой сосудистой недостаточности у детей

Задача 1

У девочки 12 лет во время взятия крови из вены на биохимический анализ внезапно появилась слабость, головокружение, тошнота, резко побледнела, кожа покрылась холодным липким потом. Ребенок медленно опустился на пол, потерял сознание. Пульс нитевидный, 60 уд./мин.

А/Д 60/30 мм рт.ст.

Дыхание поверхностное, 20 в 1 мин.

Зрачки расширены, реакция на свет ослаблена.

Задания

- 1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
- 2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.
- 3. Продемонстрируйте технику измерения артериального давления, подсчета пульса у детей.

Эталоны ответов

- 1. Коллапс (проявление острой сосудистой недостаточности).

2. Алгоритм неотложной помощи:

- а) уложить ребенка с опущенным головным концом;
- б) обеспечить свободное дыхание (расстегните одежду, доступ свежего воздуха);
- в) согреть ребенка;
- д) обтереть ребенка холодной водой;
- г) дать вдохнуть пары нашатырного спирта;
- е) ввести подкожно раствор кордиамина 1,0 мл или 10 % кофеина 0,1 мл/г;
- ж) ввести преднизолон 70 мг внутримышечно.

3. Техника взятия крови на биохимический анализ согласно алгоритму выполнения манипуляции

Задача 2

У пациента, 17 лет, при заборе крови из вены на фельдшерско-акушерском пункте произошла потеря сознания.

Объективно: бледность кожных покровов, повышенная потливость, расширение зрачков. ЧД 17 в мин. АД 80/60 мм рт.ст. Пульс 60 уд./мин.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Продемонстрируйте технику подкожной инъекции.

Эталоны ответов

1. Острая сосудистая недостаточность. Обморок.

2. Алгоритм неотложной помощи:

- придать горизонтальное положение с несколько приподнятыми ногами, чтобы улучшить мозговое кровообращение;
 - освободить от стесняющей дыхание одежды;
 - обеспечить приток к пациенту свежего воздуха;
 - обрызгать лицо холодной водой или обтереть влажным полотенцем, похлопать по щекам, дать вдохнуть пары нашатырного спирта или уксуса;
 - при восстановлении сознания – грелки к конечностям, горячий чай;
 - осуществлять контроль за PS, ЧДД, АД;
 - при отсутствии эффекта от вышеуказанных мероприятий приступить к медикаментозной терапии: ввести 10% раствор кордиамина или 10% раствор кофеина п/к или в/м для нормализации тонуса сосудов (если обморок затягивается);
 - порекомендовать пациенту, избегать ситуации, в которых возникают обмороки.
3. Студент демонстрирует технику подкожной инъекции.

Приложение 37

Практическое занятие

Тактика фельдшера при оказании помощи детям с синдромом нейротоксикоза

Ответьте на вопросы:

1. Что такое нейротоксикоз?
2. При каких заболеваниях он возникает?
3. Классификация

Эталон ответов:

1. Нейротоксикоз - токсическая энцефалопатия, наиболее частый вариант токсикоза у детей, при котором доминируют неврологические расстройства на фоне прогрессирующей недостаточностей периферической гемодинамики, вариант течения периода генерализованной реакции.

2. Чаще всего он возникает при неспецифических респираторно-вирусных (грипп, аденовирусная, парагриппозная инфекция) и специфических (корь) инфекциях, особенно тяжело протекает у детей до 3 лет

3. Классификация

По периодам:

1. Продромальный – короткий период, чаще на фоне ОРВИ. Клиника: нарушение сна, беспокойное поведение, отказ от кормления, частые срыгивания;

2. Период разгара – нейротоксикоз I-III степени;

3. Период обратного развития

По степени тяжести

I степень - легкая двигательное беспокойство, тремор, гиперестезия гипертермия ликвор прозрачный, вытекает под давлением, состав тапипноэ, тахикардия срыгивания, однократная рвота кратковременные клоникотонические судороги выбухание и пульсация большого родничка нормальный

II степень – средняя гипертермия, торпидная к жаропонижающим препарата угнетение сознания: сомноленция, сопор выраженные общемозговые симптомы: многократная рвота, головная боль очаговая симптоматика менингеальные симптомы: ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига, Брудзинского тахипноэ до 60–80/1 мин, тахикардия до 200/1 мин умеренное повышение или снижение АД стойкая бледность с акроцианозом, пастозность в области бедер и внизу живота олигурия меньше чем 1 мл/кг/час умеренная гипоксемия, гипокапния, смешанный ацидоз

III степень – тяжелая сопор или кома судороги нарушение дыхания: тахипноэ, жесткое дыхание, множество влажных хрипов нарушение сердечной деятельности: брадикардия, брадиаритмия, АД снижено, нитевидный пульс температура тела может быть очень высокой или снижается до субнормальной кожные покровы серо-бледноцианотичные с мраморным рисунком, положительный симптом «белого пятна», возможны петехиальные геморрагии возможен парез кишечника II–III степени

Нейротоксикоз характерен преимущественно для детей:

- a. раннего возраста
- b. дошкольного возраста
- c. младшегошкольного возраста
- d. старшего школьного возраста
- e. пубертатного периода

Судороги при спазмофилии в отличие от судорог при нейротоксикозе

- a. развиваются на фоне упорной гипертермии
- b. развиваются на фоне нормальной температуры, хорошо купируются препаратами кальция
- c. развиваются на фоне упорной гипертермии, хорошо купируются препаратами кальция
- d. сопровождаются менингеальными симптомами

Синдром нейротоксикоза чаще развивается при:

- a. ротавирусной инфекции
- b. ботулизме
- c. шигеллезе
- d. энтеротоксигенном эшерихиозе

Для проведения дифференциального диагноза между нейротоксикозом и менингитом необходимо:

- 1) определение менингеальных симптомов
- 2) проведение компьютерной томографии
- 3) R-графия черепа в 2-х проекциях
- 4) проведение люмбальной пункции с исследованием ликвора
- 5) исследование глазного дна

**Оценочные средства для проведения промежуточной аттестации в форме
дифференцированного зачета**

Выберите правильный ответ

1. Служба скорой медицинской помощи предназначена для:

- а) Оказания экстренной и неотложной медицинской помощи всем больным и пострадавшим
- б) Оказания экстренной медицинской помощи больным и пострадавшим вне лечебных учреждений
- в) Оказания экстренной и неотложной медицинской помощи больным и пострадавшим вне лечебных учреждений**

2. Выезд на экстренный вызов считается своевременным, если он осуществлен не позднее:

- а) Двух минут после поступления вызова
- б) Четырех минут после поступления вызова**
- в) Десяти минут после поступления вызова
- г) Двадцати минут после поступления вызова

3. Больные и пострадавшие, доставленные бригадой скорой медицинской помощи должны быть осмотрены в приемном отделении ЛПУ не позднее:

- а) Пяти минут после доставки
- б) Десяти минут после доставки**
- в) Двадцати минут после доставки
- г) Тридцати минут после доставки
- д) Сорока пяти минут после доставки

4. При определении границ зоны обслуживания подстанциями скорой медицинской помощи в первую очередь учитывается:

- а) Численность населения
- б) Плотность населения
- в) Количество предприятий и объектов социально-культурного назначения
- г) Протяженность и состояние дорог ведущих к объектам, расположенным на границе зоны обслуживания**

5. Нормой транспортной доступности для подстанции скорой помощи считается:

- а) 5 минут
- б) 10 минут
- в) 15 минут**
- г) 20 минут
- д) 25 минут

6. Находящаяся в пути следования бригада скорой помощи, встретившись на улице с несчастным случаем, обязана остановиться:

- а) Только если она следует на вызов
- б) Только если она следует с вызова без больного
- в) Всегда**

7. Выездная бригада после выполнения вызова возвратиться на подстанцию без разрешения диспетчера:

- а) Может
- б) Не может**

8. Санитарную обработку салона после перевозки инфекционного больного проводит:

- а) Выездной фельдшер
- б) Санитар подстанции скорой помощи после возвращения бригады с вызова
- в) Санитар приемного отделения, в которое был доставлен больной**

9. Реанимация — это:

- а) Наука, изучающая методы восстановления жизни

- б) Практические действия, направленные на восстановления дыхания и кровообращения у больных в терминальных состояниях**
- в) Специальная бригада скорой помощи

10. Максимальная продолжительность клинической смерти при обычных условиях внешней среды составляет:

- а) 2-3 минуты
- б) 4-5 минут
- в) 5-6 минут**
- г) 6-8 минут

11. Самым частым ЭКГ-признаком при внезапной смерти является:

- а) Асистолия
- б) Фибрилляция желудочков**
- в) Полная атриовентрикулярная блокада
- г) Экстремальная синусовая брадикардия

Выберите несколько правильных ответов:

12. Основными признаками клинической смерти являются:

- а) Нитевидный пульс на сонной артерии
- б) Расширение зрачков**
- в) Отсутствие пульса на сонной артерии**
- г) Отсутствие пульса на лучевой артерии

13. Противопоказаниями для проведения сердечно-легочной реанимации являются:

- а) Старческий возраст
- б) Травмы не совместимые с жизнью**
- в) Заведомо неизлечимые заболевания, в последней стадии развития**
- г) Алкоголизм, психические заболевания

Выберите один правильный ответ:

14. Показаниями для сердечно-легочной реанимации являются:

- а) Только клиническая смерть**
- б) Агония и предагональное состояние
- в) Все внезапно развившиеся терминальные состояния
- г) Клиническая смерть и биологическая смерть

15. К ранним признакам биологической смерти относятся:

- а) Расширенные зрачки, не реагирующие на свет зрачки
- б) Трупные пятна
- в) Окоченение мышц
- г) Помутнение роговицы**
- д) Деформация зрачка**

16. Тройной прием Сафара на дыхательных путях включает в себя:

- а) Запрокидывание головы, выведение нижней челюсти и введение воздуховода
- б) Выведение нижней челюсти, открытие рта и туалет полости рта
- в) Запрокидывание головы, выведение нижней челюсти и открытие рта**

17. Запрокидывание головы больного при введении воздуховода требуется:

- а) Да**
- б) Нет

18. Выдвижение нижней челюсти при введении воздуховода требуется:

- а) Да**
- б) Нет

19. Объем вдыхаемого воздуха при проведении ИВЛ взрослому человеку должен быть:

- а) 400 — 500 мл
- б) 600 — 800 мл
- в) 800 — 1000 мл**
- г) 1000 — 1500 мл

20. Соотношение между компрессиями грудной клетки и вдуваниями воздуха при СЛР, проводимой 1 реаниматором должно быть:

- а) 2 вдоха: 30 компрессий**
- б) 1-2 вдоха: 6-8 компрессий
- в) 2 вдоха: 10 компрессий
- г) 2 вдоха: 12-15 компрессий

21. Соотношение между компрессиями грудной клетки и вдуваниями воздуха при реанимации, проводимой 2 реаниматорами должно быть:

- а) 2 вдоха: 30 компрессий**
- б) 1 вдох: 3-4 компрессии
- в) 1-2 вдоха: 6-8 компрессий
- г) 2 вдоха: 12-15 компрессий

22. Критериями эффективности реанимации являются;

- а) Пульс на сонной артерии во время массажа
- б) Экскурсии грудной клетки
- в) Уменьшение бледности и цианоза**
- г) Сужение зрачков**

23. Эффективная реанимация проводится:

- а) 5 минут
- б) 10 минут
- в) 30 минут
- г) До восстановления самостоятельной сердечной деятельности**

24. Неэффективная реанимация проводится:

- а) 5 минут
- б) 10 минут
- в) 30 минут**
- г) До восстановления самостоятельной сердечной деятельности

25. Местом приложения усилий при непрямом массаже сердца взрослому человеку является:

- а) Верхняя треть грудины
- б) Средняя треть грудины
- в) Границы между средней и нижней третью грудины**
- г) Нижняя треть грудины

Программа проведения промежуточной аттестации (дифференцированного зачета)

1. Общие положения

Целью дифференцированного зачета по МДК 03.01 Дифференциальная диагностика и оказание неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе является оценка степени соответствия качеству образования студентов требованиям ФГОС СПО.

Дифференцированный зачет обеспечивает оперативное управление образовательной деятельностью обучающихся.

Проведение дифференцированного зачета по МДК 03.01 Дифференциальная диагностика и оказание неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе предполагает:

- на уровне обучающегося – оценивание достижений в образовательной деятельности, степени освоения общих и профессиональных компетенций;
- на уровне преподавателя – оценивание результативности профессионально-педагогической деятельности, эффективности созданных педагогических условий;
- на уровне администрации — оценивание результативности деятельности академии, состояния образовательного процесса, условий образовательного взаимодействия.

Процедура дифференцированного зачета по МДК 03.01 Дифференциальная диагностика и оказание неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе разработана академией самостоятельно и доведена до сведения обучающихся в течение первых двух месяцев от начала обучения.

Содержание материалов дифференцированного зачета по дисциплине МДК 03.01 Дифференциальная диагностика и оказание неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе определяется преподавателем иностранного языка и отвечает требованиям предусмотренных ФГОС.

Результаты дифференцированного зачета по МДК 03.01 Дифференциальная диагностика и оказание неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе фиксируются оценками. Оценка – это результат процесса оценивания, условно-формальное (знаковое), количественное выражение оценки учебных достижений, обучающихся в цифрах, буквах или иным образом.

Оценка качества подготовки обучающихся и выпускников осуществляется в двух основных направлениях:

- оценка уровня освоения программно-учебного материала;
- оценка компетенций обучающихся.

Уровень освоения программно-учебного материала в академии фиксируются следующими оценками: «5» (отлично), «4» (хорошо), «3» (удовлетворительно), «2» (неудовлетворительно), «1» (плохо), «зачтено», «не зачтено». Допускается сокращение слов: «отл.», «хор.», «удовл.», «неудовл.».

Оценка «5» ставится в случае, если обучающийся исчерпывающе знает весь программно-учебный материал, отлично понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) дает правильные, сознательные и уверенные ответы. В различных практических заданиях умеет самостоятельно пользоваться полученными знаниями. В устных ответах и письменных работах пользуется литературно правильным языком и не допускает ошибок.

Оценка «4» ставится, если обучающийся знает весь требуемый программой учебный материал, хорошо понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) отвечает без затруднений. Умеет применять полученные знания в практических заданиях. В устных ответах пользуется литературным языком и не делает грубых ошибок. В письменных работах допускает только незначительные ошибки.

Оценка «3» ставится, если обучающийся знает основной программно-учебный материал. При применении знаний на практике испытывает некоторые затруднения и преодолевает их с небольшой помощью преподавателя. В устных ответах допускает ошибки при изложении материала и в построении речи. В письменных работах делает ошибки.

Оценка «2» ставится в случае, когда у обучающегося обнаруживается незнание большей части программного материала, отвечает, как правило, лишь при помощи наводящих вопросов преподавателя, неуверенно. В письменных работах допускает частые и грубые ошибки.

Оценка «1» ставится в случае, когда у обучающегося обнаруживается полное незнание проходного программно-учебного материала.

Для оценки компетенций, обучающихся используется дихотомическая система:

0 – оценка отрицательная, компетенция не освоена,

1 – оценка положительная, компетенция освоена.

Сформированность общих компетенций при проведении дифференцированного зачета по МДК 03.01 Дифференциальная диагностика и оказание неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе проверяется путем наблюдения.

Дифференцированный зачет по дисциплине МДК 03.01 Дифференциальная диагностика и оказание неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе проводится непосредственно после завершения освоения программы дисциплины.

Оценка, полученная обучающимся на дифференцированном зачете, является определяющей независимо от полученных в семестре оценок текущего контроля успеваемости.

Оценки за дифференцированный зачет заносятся в зачетно-экзаменационную ведомость, зачетные книжки обучающихся, журнал учета занятий.

Если студент не явился на промежуточную аттестацию, независимо от причины, в ведомости указывается «не аттестован».

При наличии уважительных причин, с разрешения ректора академии, которое оформляется приказом, обучающемуся может быть разрешена досрочная сдача дифференцированного зачета в соответствии с утвержденным индивидуальным планом.

При наличии уважительных причин, с разрешения ректора академии, которое оформляется приказом, обучающемуся может быть продлена (перенесена на другие сроки) сдача дифференцированного зачета в соответствии с утвержденным индивидуальным планом.

Обучающийся, не согласный с результатами дифференцированного зачета, имеет право на пересмотр результатов на основании заявления. В этом случае приказом ректора создается комиссия для решения спорных вопросов. Решение комиссии оформляется протоколом, который доводится до сведения, обучающегося и преподавателя.

2. Порядок проведения дифференцированного зачета

Дифференцированный зачет проводится за счет объема времени, отводимого на изучение МДК 03.01 Дифференциальная диагностика и оказание неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе

Дифференцированный зачет проводится в форме письменного тестирования обучающихся. Тестовые задания составляются на основе рабочей программы по дисциплине МДК 03.01 Дифференциальная диагностика и оказание неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе, охватывают их наиболее актуальные темы и разделы, отражают объемы проверяемых теоретических и практических знаний.

К началу дифференцированного зачета должны быть подготовлены следующие документы:

- программа проведения промежуточной аттестации;
- перечень теоретических вопросов и (или) практических задач;
- письменные тестовые задания по количеству обучающихся;
- журнал учебной группы;
- зачетно-экзаменационная ведомость;
- зачетные книжки.

Оценка, полученная на дифференцированном зачете, заносится преподавателем в зачетно-экзаменационную ведомость (в том числе и неудовлетворительная)

**Программа проведения промежуточной аттестации
экзамена
по ПМ 03. Неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе**

1. Общие положения

Освоение ПМ 03. Неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе завершается промежуточной аттестацией обучающихся в форме экзамена.

Экзамен – это форма оценки знаний, умений и практического опыта, навыков самостоятельной работы, способности применять их в решении практических задач.

Целью экзамена по учебной дисциплине ПМ 03. Неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе является оценка степени соответствия качеству образования студентов требованиям ФГОС СПО.

Экзамен обеспечивает оперативное управление образовательной деятельностью обучающихся.

Проведение экзамена по ПМ 03. Неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе предполагает:

- на уровне обучающегося – освоение умений, знаний общих и профессиональных компетенций образовательной деятельности;
- на уровне преподавателя – оценивание результативности профессионально-педагогической деятельности, эффективности созданных педагогических условий;
- на уровне администрации — оценивание результативности деятельности академии, состояния образовательного процесса, условий образовательного взаимодействия.

Процедура экзамена по ПМ 03. Неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе разработана академией самостоятельно и доведена до сведения обучающихся в течение первых двух месяцев от начала обучения.

Содержание материалов экзамена по ПМ 03. Неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе определяется преподавателем спецдисциплины.

Оценка качества подготовки обучающихся - оценка уровня освоения элементов программы отвечает требованиям, предусмотренным ФГОС.

Результаты экзамена по ПМ 03. Неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе фиксируются оценками. Оценка – это результат процесса оценивания, условно-формальное (знаковое), количественное выражение оценки учебных достижений, обучающихся в цифрах, буквах или иным образом.

программно-учебного материала.

Уровень освоения программно-учебного материала в академии фиксируются следующими оценками: «5» (отлично), «4» (хорошо), «3» (удовлетворительно), «2» (неудовлетворительно), «1» (плохо), «зачтено», «не зачтено». Допускается сокращение слов: «отл.», «хор.», «удовл.», «неудовл.».

Оценка «5» ставится в случае, если обучающийся исчерпывающе знает весь программно-учебный материал, отлично понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) дает правильные, сознательные ответы. В различных практических заданиях умеет самостоятельно пользоваться полученными знаниями. В письменных работах пользуется литературно правильным языком и не допускает ошибок.

Оценка «4» ставится, если обучающийся знает весь требуемый программой учебный материал, хорошо понимает и прочно усвоил его. На вопросы (в пределах программы) отвечает без затруднений. Умеет применять полученные знания в практических заданиях. В письменных работах пользуется литературно правильным языком, допускает только незначительные ошибки.

Оценка «3» ставится, если обучающийся знает основной программно-учебный материал. При применении знаний на практике испытывает некоторые затруднения и преодолевает их с небольшой помощью преподавателя. В письменных работах при изложении материала и в построении речи делает ошибки.

Оценка «2» ставится в случае, когда у обучающегося обнаруживается незнание большей части программного материала. В письменных работах допускает частые и грубые ошибки.

Оценка «1» ставится в случае, когда у обучающегося обнаруживается полное незнание проходимого программно-учебного материала.

Оценка, полученная обучающимся на экзамене, является определяющей независимо от полученных в семестре оценок текущего контроля успеваемости.

Оценки за экзамен заносятся в зачетно-экзаменационную ведомость, зачетные книжки обучающихся, журнал учета занятий.

Если студент не явился на экзамен, независимо от причины, в ведомости указывается «не аттестован».

При наличии уважительных причин, с разрешения ректора академии, которое оформляется приказом, обучающемуся может быть разрешена досрочная сдача экзамена в соответствии с утвержденным индивидуальным планом.

При наличии уважительных причин, с разрешения ректора академии, которое оформляется приказом, обучающемуся может быть продлена (перенесена на другие сроки) сдача экзамена в соответствии с утвержденным индивидуальным планом.

Обучающийся, не согласный с результатами экзамена, имеет право на пересмотр результатов на основании заявления. В этом случае приказом ректора создается комиссия для решения спорных вопросов. Решение комиссии оформляется протоколом, который доводится до сведения, обучающегося и преподавателя.

2. Порядок проведения экзамена

Экзамен проводится в специально отведенные дни согласно утвержденному расписанию экзаменов.

Перед экзаменом проводятся консультации за счет общего числа консультационных часов на группу.

Перенос экзамена запрещается. В исключительных случаях он возможен на основании приказа ректора академии.

Экзаменационные материалы отражаются в фонде оценочных средств.

К началу экзамена подготовлены следующие документы:

- программа промежуточной аттестации;
- экзаменационные материалы;
- журнал учебной группы;
- зачетно-экзаменационная ведомость;
- зачетные книжки.

Экзамен принимается преподавателем, который вел учебные занятия по учебным дисциплинам в экзаменуемой группе. На сдачу письменного экзамена предусматривается три часа на учебную группу.

Оценка, полученная на экзамене, заносится преподавателем в зачетно-экзаменационную ведомость (в том числе и неудовлетворительная). В зачетную книжку неудовлетворительная оценка не выставляется. Экзаменационная оценка по учебным предметам за данный семестр является определяющей, независимо от полученных в семестре оценок текущего контроля по учебным дисциплинам.

Присутствие на экзамене посторонних лиц без разрешения ректора или его заместителей не допускается.

При письменной форме экзамен проводится одновременно со всем составом учебной группы. Письменные работы выполняются на бумаге со штампом академии.

Обучающемуся, использующему в ходе экзамена неразрешенные источники и средства для получения информации (в том числе использование мобильного телефона), выставляется неудовлетворительная оценка.

Результаты экзамена (полученные оценки) сообщаются обучающимся на следующий день после сдачи письменного экзамена.

3. Условия написания сочинения

Место проведения экзамена: кабинет спецдисциплин

Количество билетов – 30.

Максимальное время выполнения задания: 3 часа.

Оборудование: бумага, ручка.

Экзаменационные вопросы по учебной дисциплине ПМ.03 ПМ 03. Неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе

1. Неотложные состояния. Классификация. Правила личной безопасности при оказании неотложной помощи на догоспитальном этапе.
2. Неотложные состояния. Основные принципы и объем оказания неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе. Тактика фельдшера.
3. Неотложные состояния. Остановка дыхания и кровообращения: причины, признаки. Составляющие первичного и специализированного реанимационного комплекса. Показания к прекращению реанимации.
4. Неотложные состояния. Показания к вызову специализированных бригад СМП. Правила транспортировки пациентов и пострадавших.
5. Критерии тяжести состояния пациента. Признаки клинической и биологической смерти. Тактика фельдшера.
6. Терминальные состояния. Виды и клинические проявления терминальных состояний.
7. Первичная сердечно-легочная реанимация. Техника безопасности при проведении первичной СЛР. Показания к прекращению реанимации.
8. Острый коронарный синдром. Причины, возможные осложнения, дифференциальная диагностика. Особенности транспортировки и мониторингирования состояния пациента.
9. Острый коронарный синдром. Особенности физикального и инструментального обследования на догоспитальном этапе. Лекарственные препараты для оказания неотложной помощи: способы применения, дозировка. Часто встречающиеся ошибки.
10. Острый коронарный синдром. Инфаркт миокарда. Клиника, «ЭКГ»- критерии, дифференциальная диагностика. Неотложная помощь. Тактика фельдшера
11. Острая сердечная недостаточность. Причины, варианты, дифференциальная диагностика (правожелудочковая и левожелудочковая).
12. Острая сердечная недостаточность. Выбор тактики и алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе. Часто встречающиеся ошибки.
13. Острая сердечная недостаточность. Лекарственные препараты для оказания неотложной помощи способы применения, подбор доз и осложнения терапии.
14. Сердечная астма. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, неотложная помощь.
15. Кардиогенный шок. Клиническая картина. Неотложная помощь. Тактика фельдшера.
16. Кардиогенный отек легких. Клиническая картина. Неотложная помощь. Тактика фельдшера.
17. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА). Клиника, дифференциальная диагностика, неотложная помощь. Тактика фельдшера.
18. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА). Выбор тактики и алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе.
19. Нарушения сердечного ритма и проводимости. Общие причины, классификация аритмий. Клинические проявления аритмий. Дифференциальная диагностика.
20. Нарушения сердечного ритма: тахикардия, брадикардия (требующие оказания неотложной помощи). Причины, классификация, клинические проявления. «ЭКГ»- критерии. Неотложная помощь. Тактика фельдшера.
21. Нарушения сердечного ритма: фибрилляция предсердий. Причины, классификация, клинические проявления. «ЭКГ»- критерии. Неотложная помощь. Тактика фельдшера.
22. Нарушения сердечного ритма: фибрилляция желудочков. Причины, классификация, клинические проявления. «ЭКГ»- критерии. Неотложная помощь. Тактика фельдшера.
23. Нарушения проводимости сердца: полная АВ – блокада, Причины, классификация, клинические проявления. «ЭКГ»- критерии. Неотложная помощь. Тактика фельдшера.
24. Нарушения сердечного ритма и проводимости. Синдром Морганьи – Адамса – Стокса. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Неотложная терапия.
25. Гипертонический криз: причины, формы, клинические проявления и осложнения. Показания к госпитализации.
26. Гипертонический криз. Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе пациентам с осложненным и неосложненным гипертоническим кризом. Часто встречающиеся ошибки.

27. Острая сосудистая недостаточность. Обморок: определение понятия, клиническая картина, дифференциальная диагностика. Выбор тактики и алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе.

28. Острая сосудистая недостаточность. Коллапс: определение понятия, клиническая картина, дифференциальная диагностика. Выбор тактики и алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе.

29. Острая сосудистая недостаточность. Шок: определение понятия, клиническая картина, дифференциальная диагностика. Выбор тактики и алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе. Показания к ИВЛ.

30. Острые аллергозы. Классификация, клинические проявления. Противоаллергическая и симптоматическая терапия. Показания к госпитализации.

31. Острые аллергозы. Генерализованная крапивница: клинические проявления, алгоритм оказания неотложной помощи.

32. Острые аллергозы. Отек Квинке: клинические проявления, алгоритм оказания неотложной помощи.

33. Острые аллергозы. Анафилактический шок: клинические проявления, алгоритм оказания неотложной помощи, противошоковые мероприятия.

34. Острая дыхательная недостаточность. Причины, характерные признаки, степени тяжести, дифференциальная диагностика.

35. Острая дыхательная недостаточность. Гипоксемическая кома. Клиника, дифференциальная диагностика, неотложная терапия. Тактика фельдшера.

36. Острая дыхательная недостаточность. Лекарственные препараты для оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе: способы применения, дозировка и осложнения терапии. Показания к искусственной вентиляции легким.

37. Дифференциальная диагностика состояний, сопровождающихся остро возникшей одышкой.

38. Бронхиальная астма. Диагностические критерии, клиническая картина неотложных состояний. Выбор тактики и алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе.

39. Бронхиальная астма. Особенности физического обследования при приступе бронхиальной астмы. Критерии оценки степени тяжести, признаки угрозы для жизни приступа бронхиальной астмы. Дополнительные методы обследования (пикфлоуметрия).

40. Дифференциальная диагностика бронхиальной и сердечной астмы.

41. Астматический статус. Варианты развития. Стадии. Показания к госпитализации.

42. Астматический статус. Неотложная помощь. Особенности транспортировки и мониторингирования состояния пациента.

43. Гипертермический синдром. Острые лихорадки: классификация, клиническая картина, возможные осложнения. Показания к экстренной госпитализации.

44. Гипертермический синдром. Дифференциальная диагностика инфекционной лихорадки и неинфекционной гипертермии. Физические и медикаментозные методы охлаждения.

45. Гипертермический синдром. Особенности лихорадки у детей, перегревание детей первого года жизни. Выбор тактики и алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе.

46. Неотложные состояния при инфекционных болезнях. Правила сбора информации о больном при подозрении у него инфекционного заболевания. Экстренная профилактика особо опасных инфекций.

47. Неотложные состояния при инфекционных болезнях. Выбор тактики и алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе при инфекционных болезнях. Особенности транспортировки и мониторингирования состояния пациента.

48. Неотложные состояния при инфекционных болезнях. Инфекционная безопасность, способы экстренной профилактики. Дезинфекция оборудования, инструментов, санитарного транспорта.

49. Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК). Причины, клинические проявления и осложнения. Оценка неврологического статуса пациента. Шкала Глазго для определения степени угнетения сознания.

50. Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК). Дифференциальная диагностика. Выбор тактики и алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе.

51. Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК). Направления базовой терапии. Особенности транспортировки и мониторингирования состояния пациента с ОНМК.
52. Судорожный синдром. Причины судорожного синдрома у различных категорий пациентов (взрослых, детей, беременных женщин) и особенности оказания помощи.
53. Судорожный синдром. Возможные осложнения эпилептического припадка у пациентов (эпилептический статус, асфиксия, развитие острой сердечной недостаточности, черепно-мозговой травмы). Выбор тактики и алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе.
54. Судорожный синдром. Критерии развития эпилептического статуса. Направления терапии. Показания к госпитализации.
55. Судорожный синдром. Выбор тактики и алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе. Особенности транспортировки и мониторингирования состояния пациента.
56. Комы. Причины, классификация, критерии оценки комы, дифференциальная диагностика. Показания к госпитализации.
57. Комы. План физикального и инструментального обследования пациента на догоспитальном этапе. Направления терапии. Особенности транспортировки и мониторингирования состояния пациента.
58. Комы. Диагностические приборы для экспресс-оценки биохимических показателей у пациента. Выбор тактики и алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе.
59. Кетоацидотическая кома, клиника, дифференциальная диагностика, неотложная помощь, тактика фельдшера.
60. Гипогликемическая кома. Клиника, дифференциальная диагностика, неотложная терапия. Тактика фельдшера.
61. Причины острой боли в животе, классификация, клиническая картина.
62. Понятие «острый живот»: причины, клиническая картина.
63. «Острый живот» в гинекологии: причины, клинические проявления, осложнения.
64. Почечная колика. Причины. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь.
65. Особенности клинической картины и диагностики почечной колики у детей и беременных женщин.
66. Причины острой задержки мочи. Диагностика и дифференциальная диагностика острой задержки мочи на догоспитальном этапе.
67. Черепно-мозговая травма (ЧМТ): классификация, возможные осложнения, клиническая картина.
68. ЧМТ. Диагностика ЧМТ на догоспитальном этапе. Алгоритм неотложных мероприятий при ЧМТ.
69. Травма позвоночника и спинного мозга. Классификация, клиническая картина.
70. Диагностика травмы позвоночника и спинного мозга на догоспитальном этапе. Алгоритм оказания неотложной помощи при травме позвоночника и спинного мозга.
71. Повреждения опорно-двигательного аппарата: травматические вывихи, переломы костей. Клиника.
72. Диагностика травм опорно-двигательного аппарата на догоспитальном этапе. Алгоритм оказания неотложной помощи при травмах опорнодвигательного аппарата.

Задача 1

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 применения карманного ингалятора.

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;
 - организовать прием препарата при наличии ингалятора у пациента для уменьшения бронхоспазма (1-2 вдоха беротека, сальбутамола);
 - ввести адреналин 0,1% раствор 0,2-0,4 мл п/к для устранения бронхоспазма (через 1-2 часа при необходимости инъекцию можно повторить);
 - ввести один из бронходилататоров с бронхолитической целью (при отсутствии эффекта от вышеуказанных препаратов):
1. эуфиллин 2,4% раствор 10 мл в 10-20 мл изотонического раствора натрия хлорида в/в (медленно);
 2. дипрофиллин 10 % раствор 5 мл в/м;
- ввести преднизолон 30 мг в/м (он способствует стабилизации лизосомальных мембран, облегчает отдачу кислорода тканям, расширяет периферические артерии и повышает тонус периферических вен);
 - контроль АД, PS для оценки состояния пациента;
 - вызвать “Скорую помощь” и госпитализировать пациента сидя в терапевтическое отделение ЛПУ при невозможности купировать приступ.
3. Студент демонстрирует технику применения карманного ингалятора.

Задача 2

Фельдшер “Скорой помощи” был вызван на дом к мужчине 25 лет, который жаловался на резкую боль в правой половине грудной клетки, одышку в состоянии покоя, сердцебиение, сухой кашель, это состояние развилось резко после подъема тяжести. До этого в течение двух месяцев больной отмечал плохой аппетит, резкое похудание, выраженную слабость, быструю утомляемость, потливость (особенно по ночам), кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты, по вечерам повышение температуры до 37,2⁰-37,4⁰. Пациент состоял на учете в туберкулезном диспансере.

Объективно: кожные покровы бледные. Пациент пониженного питания. Отставание правой стороны легкого в акте дыхания. При аускультации справа дыхание резко ослаблено. Дыхание резко ослаблено. ЧДД 32 в мин. Пульс 100 уд./мин. АД 90/60 мм рт.ст.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Расскажите о технике сбора мокроты на ВК.

Эталоны ответов

1. Туберкулез легких. Спонтанный пневмоторакс.
 2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
 - оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
 - придать пациенту удобное положение сидя, чтобы облегчить дыхание;
 - расстегнуть стесняющую одежду, создать доступ свежего воздуха, чтобы улучшить состояние больного;
 - обеспечить ингаляцию увлажненным кислородом для уменьшения гипоксии;
 - ввести анальгин 50% раствор 2 мл, димедрол 1% раствор 1,0 мл в/м или в/в для купирования боли (препараты можно смешивать в одном шприце). Димедрол потенцирует действие анальгина;
 - дать один из противокашлевых препаратов для уменьшения кашля:
 3. кодеин 0,015 (1 таблетка);
 - ввести один из вазопрессоров для повышения АД:
 4. сульфакамфокаин 10 % 2,0;
 5. мезатон 1% раствор 1 мл п/к;
 6. контроль АД, PS для оценки состояния пациента;
 - госпитализировать пациента в хирургическое отделение ЛПУ.
3. Студент рассказывает о технике сбора мокроты на ВК.

Задача 3

Фельдшер “Скорой помощи” вызван на дом к больной 40 лет, которая жалуется на боль в правой половине грудной клетки, кашель с выделением “ржавой” мокроты, одышку в состоянии покоя, озноб, повышение температуры до 39⁰. Заболела остро два дня назад. После приема жаропонижающих таблеток состояние ухудшилось, появилась резкая слабость, головокружение, потливость. В течение часа температура снизилась до нормы.

Объективно: температура 36,8⁰. Кожные покровы бледные, влажные, на губах герпетические высыпания. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. При перкуссии справа ниже угла лопатки определяется укорочение перкуторного звука, здесь же выслушивается крепитация. Пульс малого наполнения, 100 уд./мин. АД 85/60 мм рт.ст. ЧДД 32 в мин.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Продемонстрируйте технику исследования пульса.

Эталоны ответов

1. Правосторонняя крупозная пневмония. Коллапс.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
 - оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
 - вытереть насухо пациента и поменять нательное и постельное белье;
 - уложить горизонтально, голову несколько опустить ниже туловища, чтобы улучшить приток крови к голове и уменьшить гипоксию. Пациента укрыть одеялом;
 - ввести один из вазопрессоров для повышения АД:
7. кофеин 10% раствор 1мл п/к;
8. сульфакамфаин 10 % 2,0 в/м;
9. мезатон 1% раствор 1 мл п/к;
- ввести преднизолон 60 мг в/м (для поддержания АД на нормальном уровне);
- обеспечить ингаляцию увлажненным кислородом для уменьшения гипоксии;
- контроль АД, PS для оценки состояния пациента;
- госпитализировать пациента в терапевтическое отделение ЛПУ для лечения крупозной пневмонии.
3. Студент демонстрирует технику исследования пульса.

Задача 4

После нервного перенапряжения у мужчины 42 лет возникли интенсивные продолжительные боли сжимающего характера за грудиной с иррадиацией под левую лопатку и в нижнюю челюсть. На дом был вызван фельдшер “Скорой помощи”.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные, акроцианоз. Периферические вены спавшиеся. Резко снижена температура кожи кистей и стоп. Сознание нарушено – пациент резко заторможен. Тоны сердца глухие. Пульс малого наполнения, частота 92 уд./мин. АД 80/60 мм рт.ст. Олигурия.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Расскажите технику снятия ЭКГ.

Эталоны ответов

1. ИБС. Острый инфаркт миокарда. Кардиогенный шок.
 2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
 - оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
 - уложить пациента горизонтально, приподнять (под углом 15-20⁰) нижние конечности для увеличения притока крови к головному мозгу; обеспечить физический и психоэмоциональный покой;
 - вызвать кардиореанимационную бригаду, обеспечить ингаляцию увлажненным кислородом для уменьшения гипоксии;
 - венепункция с инфузией изотонического раствора хлорида натрия, реополиглюкина;
 - ввести анальгин 50 % 2-5 мл в/в;
 - закись азота;
 - контроль АД, ЧДД, ЧСС, пульса;
- По прибытии кардиореанимационной бригады:
- ввести 10000 ЕД гепарина в/в струйно, а затем капельно со скоростью 1000 ЕД/ч. Гепарин помимо антикоагулянтного оказывает обезболивающее, противовоспалительное и ангиогенное действия;
 - ввести для купирования болевого синдрома следующие препараты:
10. промедол 2% раствор 1 мл ввести в/в медленно, в 2 этапа. Действие начинается через 3-5 мин. и продолжается около двух часов. Промедол обладает относительно слабым обезболивающим эффектом;

11. анальгин 50% раствор 2-5 мл ввести в/в. Болеутоляющая активность анальгина выражена недостаточно, но он потенцирует действие наркотических анальгетиков (особенно на фоне артериальной гипотензии);
12. кеталар (кетамин) 50 мг ввести в/в капельно в сочетании с 10 мг диазепама в 100 мл изотонического раствора натрия хлорида (начинать вводить со скоростью 50-60 кап./мин. и снижать по мере наступления эффекта);
13. закись азота целесообразно применять только в качестве дополнения к нейролептанальгезии. Обезболивание закисью азота должно начинаться с ингаляции чистого кислорода в течение 5 мин., после чего подается закись азота с кислородом в соотношении 3:1, а затем 1:1, в заключение необходима ингаляция чистым кислородом в течение 5 мин.;
 - ввести реополиглюкин в/в капельно, суточная доза 20 мл/кг. Препарат способствует переходу интерстициальной жидкости в сосудистое русло, снижает вязкость крови, агрегацию эритроцитов и тромбоцитов, значительно улучшает микроциркуляцию;
 - ввести для повышения АД один из предложенных препаратов:
14. дофамин 200 мг (5 мл). Препарат развести в 400 мл 5% раствора глюкозы и ввести в/в капельно, начиная со скорости 2-4 мкг/(кг·мин.);
15. норадреналин 0,2% раствор в 500 мл 5% раствора глюкозы вводить в/в капельно со скоростью 4 мкг/мин. Норадреналин быстро теряет активность, поэтому для его стабилизации в раствор добавляют 0,5 г/л аскорбиновой кислоты. Норадреналин не увеличивает ЧСС. (Для лечения кардиогенного шока у больных с острым инфарктом миокарда адреналин менее пригоден, так как повышает потребность миокарда в кислороде);
 - ввести 60-90 мг преднизолона в/в струйно или капельно. Гормоны способствуют стабилизации лизосомальных мембран, облегчают отдачу кислорода тканям, расширяют периферические артерии и повышают тонус периферических вен;
 - контроль АД, PS для оценки состояния пациента;
 - госпитализировать в ПИТ кардиологического отделения после стабилизации состояния.

3. Студент рассказывает технику снятия ЭКГ.

Задача 5

В конце напряженного трудового дня женщина, 35 лет, отметила резкое ухудшение состояния – появилась сильная головная боль, головокружение, тошнота, сердцебиение, учащенное обильное мочеиспускание. Женщина обратилась к фельдшеру здравпункта.

Объективно: пациентка возбуждена. Кожные покровы гиперемированы, влажные. Тоны сердца громкие, ритмичные, выслушивается акцент II тона на аорте. Пульс 100 уд./мин., ритмичный. АД 180/100 мм рт.ст.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациентки.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Продемонстрируйте технику в/в инъекций.

Эталоны ответов

1. Гипертензивный криз I типа.
 2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
 - оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
 - обеспечить горизонтальное положение с приподнятым головным концом, чтобы уменьшить приток крови к голове;
 - обеспечить полный физический и психический покой;
 - обеспечить доступ свежего воздуха (открыть окно, форточку, расстегнуть одежду, затрудняющую дыхание);
 - отвлекающая терапия (горячие ножные и ручные ванны, горчичники на икроножные мышцы);
 - ввести для снижения АД один из препаратов:
 16. клофелин (клонидин) 0,15 мг внутрь или сублингвально, затем по 0,075 мг через 1 час (помимо основного гипотензивного действия клофелин обладает обезболивающей и седативной активностью);
 17. коринфар (нифедипин) 10 мг под язык или в каплях внутрь каждые 30 мин. (препарат обладает гипотензивной, антиангинальной, антиаритмической активностью). Возможно сочетание этих препаратов;
- При отсутствии эффекта:

18. дибазол 1% раствор 6-8 мл в/в или в/м (препарат обладает гипотензивным, сосудорасширяющим, спазмолитическим эффектом. Улучшает регионарный кровоток в головном мозге, сердце, почках);
- ввести лазикс 1-3 мл в/м или в/в медленно для усиления гипотензивного действия;
 - дать анаприлин 20-40 мг под язык или внутрь при сохраняющейся тахикардии;
 - ввести диазепам 5-10 мг внутрь, в/м, либо дроперидол 2,5-5 мг в/в медленно для снижения эмоционального напряжения;
 - контроль АД, PS для оценки состояния пациента.
3. Студент демонстрирует технику в/в инъекций.

Задача 6

Ночью бригада “Скорой помощи” вызвана на дом к пациенту 40 лет, который жаловался на нехватку воздуха (он вынужден был сесть в кровати и спустить ноги), одышку с затрудненным вдохом, сухой кашель, резкую слабость, страх смерти. В анамнезе 2 года назад перенес обширный инфаркт миокарда.

Объективно: кожные покровы цианотичные, влажные. В легких на фоне ослабленного везикулярного дыхания выслушиваются влажные хрипы преимущественно в нижних отделах. ЧДД 26 уд./мин., инспираторное удушье. Тоны сердца глухие, ритмичные, пульс 98 уд./мин. АД 160/90 мм рт.ст.

Задания

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

Эталоны ответов

1. ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. Острая левожелудочковая недостаточность. Сердечная астма.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
 - оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
 - снять ЭКГ для исключения повторного инфаркта миокарда;
 - усадить пациента с опущенными ногами (для уменьшения притока крови к сердцу);
 - обеспечить доступ свежего воздуха (открыть окно, форточку, расстегнуть одежду, затрудняющую дыхание);
 - дать 2 таблетки нитроглицерина под язык (это позволит уменьшить приток крови к сердцу, снизить АД);
 - обеспечить ингаляцию увлажненным кислородом для уменьшения гипоксии;
 - дать внутрь 20-40 мг фуросемида или ввести в/м 1-2 мл лазикса (в первые 30 мин после инъекции препарата расширяются периферические сосуды, а через 1-2 часа увеличивается диурез, тем самым уменьшаются застойные явления в малом круге кровообращения);
 - ввести морфин 1% раствор 1 мл в/в медленно в 2-3 этапа при угрозе развития отека легких. Сначала в течение двух минут осуществляется вливание 0,5 мл препарата, затем при необходимости и отсутствии нарушений дыхания или других побочных эффектов медленно вводят оставшиеся 0,5 мл морфина (морфин в результате угнетения дыхательного центра уменьшает одышку, устраняет тревогу и страх. Возможно усиление активности рвотного центра);
 - контроль АД, PS для оценки состояния пациента;
 - госпитализировать пациента в кардиореанимационное отделение на носилках;
3. Студент демонстрирует технику оксигенотерапии.

Задача 7

После значительной физической нагрузки мужчина 35 лет стал отмечать давящие, сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, лопатку, руку. Боль сопровождалась резкой слабостью, чувством нехватки воздуха, страхом смерти и продолжалась 15 мин. Во время приступа пациент обратился к фельдшеру ФАП.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс 80 уд./мин. АД 150/90 мм рт.ст.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Продемонстрируйте технику измерения АД.

Эталоны ответов

1. ИБС. Стенокардия напряжения.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
- усадить удобно пациента с опущенными ногами, что уменьшает венозный возврат крови к сердцу;
- дать сублингвально 1 таблетку нитроглицерина или 3-4 капли нитроглицерина на сахар или под язык. (Нитроглицерин расширяет коронарные сосуды, уменьшает венозный возврат крови к сердцу, улучшает метаболические процессы в миокарде, уменьшает потребность миокарда в кислороде. Эффективность нитроглицерина уменьшается, если его принимать лежа, увеличивается, когда больной стоит или сидит. Нитроглицерин очень нестоек при хранении и легко разрушается под действием тепла, света, воздуха). При необходимости можно принять еще 1-2 таблетки нитроглицерина с интервалом 2-3 мин. (следить за АД);
- ввести для нормализации АД один из препаратов:

19. коринфар 10 мг под язык;

При отсутствии эффекта:

- ввести анальгин 50% раствор 2-5 мл с дроперидолом 5 мг или диазепамом в/в. Более эффективно дробное (за 2-3 приема) в/в введение промедола 2% раствора 1-2 мл с 5 мг дроперидола или диазепама (для купирования болевого синдрома);
- дать больному разжевать 0,25 г ацетилсалициловой кислоты или в/в ввести 5000-10000 ЕД гепарина для предупреждения образования тромбов (при затянувшемся приступе стенокардии);
- контроль АД, PS для оценки состояния пациента;
- госпитализировать пациента в кардиологическое отделение ЛПУ, если приступ не купирован.

3. Студент демонстрирует технику измерения АД.

Задача 8

Мужчина, 38 лет, обратился к фельдшеру здравпункта с жалобами на резкую слабость, сильные боли в эпигастральной области, тошноту, 2 раза была рвота. В анамнезе ишемическая болезнь сердца.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, пульс 90 уд./мин. АД 140/90 мм рт.ст.

На ЭКГ подъем сегмента ST, слившегося с зубцом Т (монофазная кривая).

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Продемонстрируйте технику внутримышечных инъекций.

Эталоны ответов

1. ИБС, острый инфаркт миокарда, абдоминальный вариант.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
- обеспечить физический и эмоциональный покой (строгий постельный режим);
- обеспечить ингаляцию увлажненным кислородом для уменьшения гипоксии;
- ЭКГ-диагностика;
- вызов кардиореанимационной бригады;
- провести полноценное обезболивание одним из указанных препаратов:

20. морфин 1% раствор 1 мл вводить в/в медленно в 2 этапа. В течение 2 мин. ввести 0,5 мл препарата, при необходимости и отсутствии нарушений дыхания медленно ввести еще 0,5 мл (морфин обладает мощной анальгетической активностью, вызывает чувство эйфории и дилатацию периферических артерий и вен);

21. фентанил 0,005% раствор вводить в/в в дозе 2 мл в два этапа. При массе тела меньше 50 кг ввести 1 мл препарата. Фентанил обладает мощной, быстро развивающейся, но непродолжительной обезболивающей активностью (действие препарата начинается через 1 мин., достигает максимума через 3-7 мин., но продолжается не более 25-30 мин. (необходимо следить за АД);

22. промедол 2% раствор 1-2 мл в/в медленно;

23. дроперидол 2,5-5 мг в/в медленно;

24. закись азота целесообразно применять только в качестве дополнения к нейрорептанальгезии. Обезболивание закисью азота должно начинаться с ингаляции

чистого кислорода в течение 5 мин., после чего подается закись азота с кислородом в соотношении 3:1, а затем 1:1, в заключение необходима ингаляция чистым кислородом в течение 5 мин.;

- ввести гепарин 10000 ЕД в/в капельно или дать больному разжевать ацетилсалициловую кислоту 0,25 г для восстановления коронарного кровотока;
- контроль АД, PS для оценки состояния пациента;
- госпитализировать больного в кардиореанимационное отделение лежа на носилках после стабилизации состояния.

3. Студент демонстрирует технику внутримышечных инъекций.

Задача 9

Фельдшер “Скорой помощи” был вызван на дом к пациенту 58 лет, который жаловался на резко возникшую одышку, выраженную слабость, неприятные ощущения в области сердца и неритмичные сокращения сердца. В анамнезе ревматизм, стеноз левого атриовентрикулярного отверстия. Состояние развилось после психоэмоциональных переживаний.

Объективно: кожные покровы умеренно цианотичные. Тоны сердца приглушенные, аритмичные, выслушивается диастолический шум. ЧСС 140 в мин. Пульс 120 уд./мин., нерегулярный, АД 120/80 мм рт.ст.

На ЭКГ: отсутствие зубцов P; наличие волн ff в отведениях V₁, V₂; интервалы R-R нерегулярные.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи, обоснуйте каждый этап.
3. Продемонстрируйте технику исследования пульса.

Эталоны ответов

1. Ревматизм. Стеноз левого атриовентрикулярного отверстия. Пароксизмальная мерцательная тахикардия.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
- придать удобное положение сидя;
- обеспечить психический и физический покой;
- обеспечить доступ свежего воздуха (открыть окно, форточку, расстегнуть одежду, затрудняющую дыхание);
- обеспечить ингаляцию увлажненным кислородом для уменьшения гипоксии;
- ввести один из препаратов для восстановления синусового ритма:

25. новокаиномид 10% раствор вводить в/в струйно со скоростью 1 мл в мин. или по 2 мл через 5 мин. до купирования аритмии. Суммарная доза препарата не должна превышать 10 мл. При снижении АД новокаиномид вводят из одного шприца с 0,25-0,5 мл 1% раствора мезатона или 0,1-0,2 мл 0,2% раствора норэпинефрина;

26. дигоксин 0,025% раствор 1-2 мл в/в капельно в 100 мл 5% раствора глюкозы;

27. можно очень медленно в/в струйно ввести дигоксин или строфантин в указанных выше дозах в 10 мл 5% раствора глюкозы с 10 мл панангина;

- контроль АД, PS, ЭКГ для оценки состояния пациента;
- госпитализировать больного в кардиореанимационное отделение на носилках;

3. Студент демонстрирует технику исследования пульса.

Задача 10

Фельдшера “Скорой помощи” вызвали на дом к пациенту 45 лет, который болен уже 10 дней. Вначале беспокоили сильный озноб, повышение температуры до 39°, сухой кашель, боли в груди слева, а через неделю при кашле начала выделяться гнойная мокрота в больших количествах с очень неприятным запахом. Вечером пациент отметил, что при кашле стала выделяться алая пенная кровь в большом количестве, и была вызвана бригада “Скорой помощи”.

Объективно: кожные покровы бледные. В легких при аускультации выслушиваются влажные хрипы различного калибра на фоне бронхиального дыхания. Тоны сердца ритмичные, пульс малого наполнения 100 уд./мин. АД 100/60 мм рт.ст.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Определите Rh-принадлежность крови экспресс-методом в пробирке.

Эталоны ответов

1. Абсцесс легкого. Легочное кровотечение. Геморрагический шок I степени.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
 - оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
 - сократите разговор с пациентом до минимума с целью уменьшения кровотечения;
 - придайте пациенту возвышенное, полусидячее положение, ко рту поднесите лоток;
 - поверните голову пациента на бок во избежание аспирации кровяных сгустков и асфиксии;
 - дайте воды со льдом с целью сужения сосудов и уменьшения притока крови к легким;
 - осуществите гемостаз, который следует начинать с введения ингибиторов протеаз и аминокaproновой кислоты:
28. 10000-20000 ЕД контрикала (трасилола) развести в 100 мл изотонического раствора хлорида натрия и ввести в/в капельно, затем через ту же иглу -- 100 мл 5% раствора аминокaproновой кислоты. Одновременно п/к ввести 1 мл 0,1% раствора атропина. Антипротеазные препараты ингибируют активность протеолитических ферментов и тем самым предупреждают дальнейший распад пораженной легочной ткани. Аминокaproновая кислота, угнетая фибринолитическую активность крови, действует кровоостанавливающе. Атропин расширяет сосуды органов брюшной полости, в результате в них накапливается много крови и уменьшается кровонаполнение легких. Данные препараты можно вводить повторно;
29. ввести хлористый кальций 10% раствор 10 мл в/в (действие препарата 5-6 часов, инъекцию можно повторить) или глюконат кальция 10% раствор 10 мл в/в медленно (2-3 мин). Ампулу с раствором перед введением подогреть до температуры тела. Хлористый кальций и глюконат кальция необходимы для уплотнения стенки кровеносных сосудов и понижения их проницаемости;
30. ввести викасол 1% раствор 1-1,5 мл в/м (один раз в день). Викасол участвует в образовании тромбов и способствует нормализации свертывания крови (действие викасола начинается через 12-18 часов);
 - контроль за АД, PS для оценки состояния пациента;
 - госпитализировать пациента в реанимационное отделение на носилках с приподнятым головным концом.
3. Студент определяет Rh-принадлежность крови экспресс-методом в пробирке.

Задача 11

К фельдшеру здравпункта обратился мужчина 28 лет с жалобами на резкую слабость, головокружение, два раза была рвота, рвотные массы напоминают "кофейную гущу". В анамнезе язвенная болезнь желудка.

Объективно: кожные покровы бледные. Язык обложен сероватым налетом. При пальпации живота определяется умеренная болезненность в области эпигастрия. Пульс 98 уд./мин. АД 100/70 мм рт.ст.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Расскажите о подготовке больного к исследованию кала на скрытую кровь (реакция Грегерсена).

Эталоны ответов

1. Язвенная болезнь желудка. Желудочное кровотечение.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
 - оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
 - обеспечьте физический и психологический покой пациенту;
 - положите пузырь со льдом на область желудка с целью сужения сосудов и уменьшения кровотечения;
 - введите в/в медленно хлористый кальций 10% раствор 10 мл или глюконат кальция 10% раствор 10 мл (ионы кальция необходимы для свертывания крови);
 - введите в/м викасол 1% раствор 1-1,5 мл с целью гемостаза (препарат начинает действовать через 12-18 часов);
 - введите в/в капельно 100 мл 5% раствора аминокaproновой кислоты на изотоническом растворе хлорида натрия 100 мл;
 - контроль АД, пульсом для оценки состояния пациента;
 - госпитализировать пациента в хирургическое отделение ЛПУ на носилках.

3. Студент рассказывает о подготовке больного к исследованию кала на скрытую кровь (реакция Грегерсена).

Задача 12

Вызов на дом бригады «Скорой помощи». Мужчина, 47 лет, 4 года назад перенес вирусный гепатит. В настоящее время жалуется на слабость, повышенную утомляемость, тяжесть в области правого подреберья, кожный зуд и желтушность кожных покровов, похудел за год на 5 кг, в последние дни заметил увеличение живота и уменьшение количества суточной мочи. Трехкратная рвота - рвотные массы с примесью темной крови.

Объективно: кожные покровы иктеричные, малиновый язык, ладони гиперемированы. Живот увеличен в объеме, на передней поверхности живота видна сеть расширенных подкожных сосудов («голова медузы»). Печень на 5 см выступает из под края реберной дуги. Пульс 100 уд./мин. АД 90/60 мм рт.ст.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Выявите признаки непригодности крови к переливанию.

Эталоны ответов

1. Цирроз печени. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
 - оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
 - сократить до минимума разговор с больным;
 - придать пациенту возвышенное, полусидячее положение, ко рту поднесите лоток;
 - запретить прием пищи;
 - ввести 15-20 ЕД питуитрина на 200 мл 5% раствора глюкозы в течение 20 мин., с повторным введением через 30 мин. в дозе 5-10 ЕД на 20 мл раствора глюкозы для снижения portalного давления;
 - ввести 100 мл 5% раствора аминокaproновой кислоты с гемостатической целью;
 - контроль АД, PS для оценки состояния пациента;
 - госпитализировать лежа на боку в хирургическое отделение ЛПУ.
3. Студент рассказывает признаки непригодности крови к переливанию.

Задача 13

На ФАП к фельдшеру обратился мужчина 30 лет с жалобами на остро возникшие очень интенсивные боли в поясничной области справа, боль иррадиировала в паховую область, правое бедро. Мочеиспускание учащенное, болезненное, малыми порциями. Моча красного цвета.

Объективно: пациент возбужден, мечется от болей. Резко положительный симптом Пастернацкого справа. Пульс 100 уд./мин. АД 150/80 мм рт.ст.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Расскажите технику сбора мочи по Нечипоренко.

Эталоны ответов

1. Мочекаменная болезнь. Почечная колика.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
 - оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
 - положить на поясничную область справа грелку, провести общую теплую ванну с целью снять спазм гладкой мускулатуры мочевыводящих путей;
 - ввести для купирования болевого синдрома в/в баралгин 5 мл, анальгин 50% раствор 2 мл или атропин 0,1% раствор 0,5-1 мл п/к;
 - ввести платифиллин 0,2% раствор 1 мл п/к или раствор но-шпы 2-4 мл или папаверин 2% раствор 2 мл в/м (с целью снять спазм гладкой мускулатуры мочевыводящих путей);
 - ввести омнопон 2% раствор 1 мл или промедол 2% раствор 1 мл или морфин 1% раствор 1 мл подкожно или внутривенно (для купирования болевого синдрома). Наркотические анальгетики показаны только при отсутствии симптомов «острого живота» и при неэффективности вышеуказанных препаратов;
 - контроль АД, PS для оценки состояния пациента.

- госпитализировать пациента в хирургическое отделение ЛПУ.
3. Студент рассказывает технику сбора мочи по Нечипоренко.

Задача 14

Молодая женщина обратилась к фельдшеру здравпункта с жалобами на выраженный, плотный, бледный, незудящий отек лица, затрудненное дыхание, слабость. Это состояние развилось через 30 мин. после инъекции гентамицина.

Объективно: на лице значительно выраженный отек, глаза почти закрыты, язык не умещается во рту. Дыхание затруднено. ЧДД 25 вдохов/мин. Пульс 110 уд./мин. АД 150/90 мм рт.ст.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Составьте набор хирургических инструментов для трахеостомии.

Эталоны ответов

1. Аллергическая реакция немедленного типа: отек Квинке.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
 - оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
 - отменить гентамицин;
 - введите один из антигистаминных препаратов (эти препараты обладают противогистаминной активностью, их можно вводить в/в на 10-15 мл изотонического раствора хлорида натрия):
 31. тавегил 0,1% раствор 1-2 мл в/м;
 32. супрастин 2% раствор 1-2 мл в/м;
 - введите преднизолон 90 мг в/в или гидрокортизон 150 мг в/в (глюкокортикостероиды оказывают десенсибилизирующее, антиаллергическое и противовоспалительное действие);
 - госпитализировать в ЛОР отделение ЛПУ (возможен отек гортани).
3. Студент составляет набор хирургических инструментов для трахеостомии.

Задача 15

Молодая женщина 28 лет обратилась к фельдшеру здравпункта. В анамнезе тромбоцитопеническая пурпура (болезнь Верльгофа).

Жалобы на обильные кровянистые выделения из влагалища, слабость, головокружение, жажду, шум в ушах.

Объективно: кожные покровы бледные, на коже конечностей, туловища имеются кровоизлияния в виде кровоподтеков и синяков. Пульс 110 уд./мин. АД 90/60 мм рт.ст.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Определите группу крови с помощью стандартных гемагглютинирующих сывороток.

Эталоны ответов

1. Тромбоцитопеническая пурпура. Маточное кровотечение.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
 - оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
 - ввести в/в 100 мл 5% раствора аминокaproновой кислоты на изотоническом растворе хлорида натрия (с целью гемостаза);
 - ввести одно из средств, улучшающих адгезивно-агрегационные функции тромбоцитов:
 33. адроксон 0,025% раствор 1 мл в/м или п/к;
 34. этамзилат (дицинон) 12,5% раствор 2-4 мл в/м или в/в;
 35. пантотенат-кальция 10% раствор 2-4 мл в/м;
 - изотонический раствор натрия хлорида, 5 % глюкоза, полиглюкин в/в капельно для восполнения ОЦК;
 - контроль АД, PS для оценки состояния пациента;
 - госпитализировать в гинекологическое отделение ЛПУ лежа на носилках.
3. Студент определяет группу крови с помощью стандартных гемагглютинирующих сывороток.

Задача 16

Мужчина 29 лет обратился к фельдшеру ФАП с жалобами на выделение крови из носа в течение 15 мин., слабость, головокружение, тошноту, сердцебиение. В анамнезе гемофилия.

Объективно: кожные покровы бледные. Пульс ритмичный, 110 уд./мин. АД 90/60 мм рт.ст. Из носа струйкой вытекает кровь.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Пр продемонстрируйте внутривенное капельное введение жидкости.

Эталоны ответов

1. Гемофилия. Носовое кровотечение.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
 - оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
 - усадить пациента, успокоить;
 - передняя тампонада носа или орошение холодным раствором тромбина, протромбина, аминокапроновой кислоты или адроксона для прекращения кровотечения;
 - дать внутрь аминокапроновую кислоту 0,1-0,2 г/кг массы тела с целью гемостаза;
 - ввести в/в струйно антигемофильные средства: концентрат фактора VIII или криопреципитат;
 - перелить плазму 15-20 мл/кг в/в струйно;
 - контроль АД, PS для оценки состояния пациента;
 - срочная госпитализация пациента в гематологическое отделение.
3. Студент демонстрирует внутривенное капельное введение жидкости.

Задача 17

К фельдшеру ФАП обратилась женщина, 40 лет, с жалобами на внезапно начавшийся приступ сердцебиения. Пациентка отметила резкую слабость, потливость. Раньше подобные приступы были, пациентка обследовалась.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Тоны сердца ритмичные с частотой 200 уд./мин. АД 160/90 мм рт.ст.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациентки.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Расскажите технику снятия ЭКГ.

Эталоны ответов

1. Пароксизмальная тахикардия.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
 - оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
 - уложить пациента, успокоить;
 - снять ЭКГ для уточнения диагноза;
 - выяснить тактику лечения предыдущих приступов для определения лечебной тактики;
 - для купирования приступа пароксизмальной тахикардии необходимо:
36. провести стимуляцию блуждающего нерва — энергичный массаж области каротидного синуса, попеременно справа и слева по 15-20 сек. под постоянным контролем пульса (массаж области каротидного синуса противопоказан пожилым людям из-за опасности травмы сосуда и людям, перенесшим инсульт);
37. заставить пациента во время глубокого вдоха натуживаться и зажимать нос;
38. предложить пациенту проглотить «большой комок пищи»;
39. попросить пациента надавить на глазные яблоки в течение нескольких секунд;
40. предложить пациенту искусственно вызвать рвоту;
- ввести один из препаратов, если вышеуказанные мероприятия не дали желаемого результата:
41. АТФ 1-2 мл в/в быстро (2-5 сек.), струйно в 5 мл физиологического раствора;
42. изоптин 4 мл с 5 мл физиологического раствора в/в струйно;
43. новокаиномид 10 % раствор 5-10 мл в/в струйно;
44. строфантин 0,05% раствор 0,25-0,5 мл или дигоксин 0,025% раствор 1 мл с 10 мл физиологического раствора в/в медленно.
45. аймалин 2,5% раствор 2 мл в/в в 10 мл физиологического раствора (вводят медленно в течение 7-10 мин.);
46. кордарон 300-450 мг в/в медленно в 250 мл 5% раствора глюкозы;
47. этализин 2,5% раствор 2 мл в 20 мл физиологического раствора в/в очень медленно, контролируя АД;
48. обзидан в/в по 1 мг в течение 1-2 мин. (3-10 мг);

- контроль АД, PS, ЭКГ для оценки состояния пациента;
- госпитализировать пациента в кардиологическое отделение ЛПУ (если приступ купировать не удалось).

3. Студент рассказывает технику снятия ЭКГ.

Задача 18

Бригада “Скорой помощи” вызвана на дом к женщине 30 лет, которая жалуется на повышение температуры до 39° в течение 5 дней, слабость, потливость, боль и тяжесть в правой половине грудной клетки, кашель с небольшим количеством мокроты, одышку.

Объективно: пациентка из-за одышки вынуждена сидеть. Правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, здесь же резко ослаблено голосовое дрожание. Перкуторный звук резко укорочен. При аускультации справа в средних отделах лёгкого выслушивается резко ослабленное дыхание, а в нижних отделах дыхание не определяется. Пульс 110 уд./мин. АД 90/60 мм рт.ст.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациентки.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Расскажите технику проведения плевральной пункции.

Эталоны ответов

1. Эксудативный плеврит.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
 - оценить состояние пациентки для определения лечебной тактики;
 - придать пациентке удобное положение сидя, чтобы облегчить дыхание;
 - обеспечить ингаляцию кислорода для уменьшения гипоксии;
 - ввести для купирования болевого синдрома:
 49. анальгин 50% раствор 1-2 мл с димедолом 1% раствор 1 мл в/м;
 - для повышения АД ввести:
 50. или кордиамин 2 мл п/к;
 51. или мезатон 1% раствор 0,5-1 мл п/к или в/м;
 52. или сульфокамфокаин 20 % 2 мл в/м;
 - контроль АД, PS для оценки состояния пациентки;
 - госпитализировать пациентку в пульмонологическое отделение ЛПУ с целью уточнения этиологии и проведения лечения.
3. Студент рассказывает технику проведения плевральной пункции.

Задача 19

Фельдшер “Скорой помощи” вызван на дом к мужчине 32 лет. Жалобы на резкую слабость, тошноту, многократную рвоту, частый жидкий стул, сердцебиение, расстройство сна, апатию, чрезмерную потливость, зевоту. Из анамнеза: 24 часа назад мужчина ел жареные грибы.

Объективно: пациент равнодушен к окружающему, эйфоричен. Кожные покровы бледные, влажные. Дыхание поверхностное 16 вд./мин. Тремор рук. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 120 уд./мин. АД 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный при пальпации в эпигастриальной области.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Расскажите технику постановки очистительной клизмы.

Эталоны ответов

1. Отравление бледной поганкой.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
 - оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
 - промыть желудок через зонд независимо от времени употребления грибов, ввести солевое слабительное, активированный уголь или другой адсорбент в дозе 1 г/кг с целью выведения яда из организма;
 - обеспечить ингаляцию кислородом для уменьшения гипоксии;
 - ввести детоксикационные средства:
 53. 5% раствор глюкозы 1000 мл с инсулином 10-12 ЕД, 5% раствором аскорбиновой кислоты 10 мл, 5% раствором витамина В₆ 5 мл в/в капельно;
 54. альбумин 200 мл 20% раствора в/в капельно;
 55. гемодез 200-400 мл в/в капельно;

56. полюглокин 400 мл в/в капельно;

- ввести унитиол 5% раствор 5 мл в/м для нейтрализации яда;
- контроль АД, PS для оценки состояния пациента;
- госпитализировать пациента срочно в токсикологическое отделение или отделение реанимации с целью проведения гемосорбции, плазмафереза, гемодиализа.

3. Студент рассказывает технику постановки очистительной клизмы.

Задача 20

Фельдшер «Скорой помощи» вызван на дом к мужчине 53 лет. В анамнезе хронический алкоголизм. Жалобы на головные боли, слабость, онемение в правых конечностях, нарушение речи.

Объективно: опущен правый угол рта, ослаблена мышечная сила в правой руке, ноге. Тоны сердца приглушены, пульс 100 уд./мин. АД – 90/60 мм рт.ст.

На ЭКГ изменения в виде резкого подъема сегмента ST, слившегося с зубцом Т (монофазная кривая).

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.
3. Продемонстрируйте технику измерения АД.

Эталоны ответов

1. ИБС. Острый инфаркт миокарда. Церебральный вариант.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
- обеспечить строгий постельный режим;
- обеспечить ингаляцию увлажненным кислородом для уменьшения гипоксии;
- ввести 10000 ЕД гепарина в/в струйно, а затем капельно со скоростью 1000 ЕД/ч. Гепарин помимо антикоагулянтного оказывает обезболивающее, противовоспалительное и ангиогенное действия;
- ввести реополиглюкин в/в капельно, суточная доза 20 мл/кг. Препарат способствует переходу интерстициальной жидкости в сосудистое русло, снижает вязкость крови, агрегацию эритроцитов и тромбоцитов, значительно улучшает микроциркуляцию;
- ввести для повышения АД один из предложенных препаратов:

57. дофамин 200 мг (5 мл). Препарат развести в 400 мл 5% раствора глюкозы и ввести в/в капельно, начиная со скорости 2-4 мкг/(кг·мин.);

58. норадреналин 0,2% раствор в 500 мл 5% раствора глюкозы вводить в/в капельно со скоростью 4 мкг/мин. Норадреналин быстро теряет активность, поэтому для его стабилизации в раствор добавляют 0,5 г/л аскорбиновой кислоты. Норадреналин не увеличивает ЧСС. (Для лечения кардиогенного шока у больных с острым инфарктом миокарда адреналин менее пригоден, так как повышает потребность миокарда в кислороде);

- ввести 60-90 мг преднизолона в/в струйно или капельно. Гормоны способствуют стабилизации лизосомальных мембран, облегчают отдачу кислорода тканям, расширяют периферические артерии и повышают тонус периферических вен;
- контроль АД, PS, ЭКГ для оценки состояния пациента;
- госпитализировать в кардиореанимационное отделение после стабилизации состояния.

3. Студент демонстрирует технику измерения АД.

Задача 21

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. Продемонстрируйте технику измерения АД.

Эталоны ответов

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

- отменить введение препарата для прекращения дальнейшего поступления аллергена в организм;
- обколоть место инъекции препарата 0,3-0,5 мл 0,1% раствора адреналина в 3-5 мл 0,9% раствора хлорида натрия, положить холод для уменьшения всасывания;
- уложить пациента на спину в положение по Тренделенбургу для улучшения кровоснабжения головного мозга;
- ввести 0,5-1 мл 0,1% раствора адреналина (в/в капельно в разведении 2,5 мкг/мл со скоростью 20-60 капель в мин., в/м или п/к) или 0,2% раствор норадреналина в половинной дозе в/в капельно в качестве кардиотонического вазоконстрикторного и бронходилатационного средства;
- ввести преднизолон в дозе 60-90 мг/кг в зависимости от степени тяжести шока для восстановления капиллярного кровотока, стабилизации мембраны, предупреждения затяжного течения шока, устранения отека легких;
- обеспечить проведение ингаляции увлажненным кислородом для устранения гипоксии;
- наладить в/в инфузию плазмозаменителей (рео и полиглюкина, альбумина из расчета 1-4 мл/кг в первые 10 мин.) для увеличения объема циркулирующей крови;
- ввести десенсибилизирующие средства (тавегил в дозе 1-2 мг/кг в/в) для уменьшения связывания гистамина с незанятыми гистаминовыми рецепторами. Использовать димедрол нежелательно, так как он сам освобождает гистамин;
- использовать 60 мл 30% раствора тиосульфата натрия с антиоксидантной, противовоспалительной и десенсибилизирующей целью;
- ввести 20 мл 2,4% раствора эуфиллина в течение 15-20 мин. при сохранении стойкого бронхоспазма при стабильной гемодинамике;
- осуществлять контроль за пульсом, АД для оценки состояния пациента;
- госпитализировать пациента в виду опасности повторного снижения АД в РАО.

3. Студент демонстрирует технику измерения АД.

Задача 22

Вызов фельдшера скорой помощи на дом. 64-летняя женщина сидит, опустив на пол ноги. Речь затруднена. Лицо бледное, покрыто крупными каплями пота, испуганное и напряженное из-за страха смерти. Цианоз губ, носа. Клокочущее дыхание, ЧДД 32 вд./мин., кашель с выделением обильной розовой пенистой мокроты. Над всей поверхностью легких мелкопузырчатые хрипы. Аускультация - глухие сердечные тоны. АД 200/100 мм рт.ст. ЧСС 120 уд/мин. Пульс 120 уд./мин., аритмичен. На ЭКГ рубцовые изменения, признаки нарастающей перегрузки левых отделов сердца. В анамнезе инфаркт миокарда.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациентки.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Продемонстрируйте технику оксигенотерапии.

Эталоны ответов

1. ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. Острая левожелудочковая недостаточность (отек легких).
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
 - оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
 - усадить пациентку с опущенными с кровати ногами для уменьшения возврата крови к сердцу, обеспечить опору для спины и рук;
 - наложить венозные жгуты на нижние конечности на 15-20 мин, для разгрузки правых отделов сердца;
 - провести оксигенотерапию с пеногасителем или 10% раствор антифомсилана для нарушения стойкости пены, ее разрушения и прекращения дальнейшего образования. Можно использовать в/в инфузию 33⁰ спирта от 5 до 10 мл;
 - дать сублингвально 1-2 таблетки нитроглицерина с интервалом 15-20 мин. или ввести изокет (перлинганит) в/в капельно, следя за уровнем АД для гемодинамической разгрузки левого желудочка, уменьшения потребности миокарда в кислороде.
 - ввести наркотические анальгетики и средства нейролептанальгезии - 1-1,5 мл 1% раствора морфина с 0,5 мл 0,1% раствора атропина (для устранения побочного вагolitического эффекта) в 10-15 мл 0,9% раствора хлорида натрия в/в медленно, дробными дозами из расчета 0,2-0,5 мл морфина каждые 5-10 мин. или фентанил 1-2 мл или дроперидол 1-4 мл в зависимости от систолического АД для уменьшения возбудимости дыхательного центра,

снижения давления в сосудах малого круга кровообращения, депонирования крови в венах большого круга кровообращения;

- ввести в/в струйно по 4-6 мл 1% раствора лазикса в 0,9% растворе хлорида натрия или 5% растворе глюкозы для увеличения диуреза, расширения емкости периферического сосудистого русла, снижения давления в капиллярах легких;
- ввести в/в струйно коргликон 0,06 % 2 мл в/в струйно для удлинения диастолы и улучшения кровонаполнения левого желудочка;
- осуществлять контроль за АД, пульсом для оценки состояния пациента;
- госпитализировать в кардиореанимационное отделение для лечения сердечной недостаточности после купирования отека легких.

3. Студент демонстрирует технику оксигенотерапии.

Задача 23

Фельдшер здравпункта вызван в цех предприятия к пациенту 60 лет. Он жалуется на внезапное появление резкой боли за грудиной, одышку, кашель с отделением слизистой мокроты с прожилками крови. Пациент предпочитает лежать. Кожа бледно-серая, цианотичная, шейные вены набухли, пульсация в яремной области. ЧДД 40 в мин. АД 90/60 мм рт.ст. Пульс 120 уд./мин. Граница относительной сердечной тупости смещена вправо. Систолический шум на легочной артерии. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги. Цианоз, гиперемия и отек левой голени, болезненность при пальпации вдоль сосудистого пучка.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и дайте обоснование каждого этапа.
3. Расскажите о правилах хранения ядовитых лекарств.

Эталоны ответов

1. Тромбоэмболия легочной артерии.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- оценить тяжесть состояния пациента для определения дальнейшей тактики;
- обеспечить строгий постельный режим для предупреждения повторных эмболий;
- провести ингаляцию кислородом для устранения гипоксии;
- инъектировать 2% раствор промедола 1-2 мл, либо 2 мл 50 % раствора анальгина с 1 мл 1% раствора димедрола в/в с целью купирования болей и снятия рефлекторной бронхо- и вазоконстрикции. Введение дроперидола, фентанила, таламонала не показано ввиду снижения АД;
- наладить внутривенное введение плазмозаменителей (полиглюкин, реополиглюкин 400-800 мл) для увеличения объема циркулирующей жидкости;
- ввести в/в 0,5-1 мл 1% раствора мезатона, 60-90 мг преднизолона для подъема АД. При отсутствии эффекта в/в капельно ввести 1-2 мл 0,2% раствора норадреналина или 200 мг допамина (он увеличивает сердечный выброс, не оказывая отрицательное влияние на периферическое сопротивление и церебральный кровоток);
- ввести в/в 15-30 тыс. ЕД гепарина из расчета 300-400 ЕД на 1 кг массы тела для прекращения тромбообразования и предотвращения роста тромба в системе нижней полой вены и эмбола в легочной артерии;
- ввести в/в 10 мл 2,4% раствора эуфиллина, 1 мл 0,025% раствора дигоксина, 0,5 мл 0,05% раствора строфантина или 1 мл 0,06% раствора коргликона для купирования сердечной и дыхательной недостаточности;
- осуществлять контроль за пульсом, АД для оценки состояния пациента;
- госпитализировать в реанимационное отделение, в положении лежа.

3. Студент рассказывает о правилах хранения ядовитых лекарств.

Задача 24

Мужчина 50 лет обратился на прием к фельдшеру ФАП с жалобами на экспираторную одышку приступообразного характера, кашель с трудноотделяемой слизистой мокротой. Страдает бронхиальной астмой. Ухудшение связывает с перенесенным ОРВИ. Количество ингаляций беродуала самостоятельно увеличил до 10 раз в сутки. Последние 2 дня приступ полностью не купируется. Состояние тяжелое. Кожа цианотичная, покрыта потом. Ортопноэ. ЧДД 36 в мин. Экспираторное удушье. Кожа цианотичная, покрыта потом. Дыхание ослабленное, участки "немного" легкого. ЧСС 120 в мин. АД 100/60 мм рт.ст.

Задания

1. Определите неотложное состояние , развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи с обоснованием каждого этапа.
3. Продемонстрируйте технику взятия крови из вены.

Эталоны ответов

1. Приступ бронхиальной астмы тяжелой степени (астматический статус).
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
 - оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
 - усадить с упором на руки, расстегнув стесняющую одежду для облегчения дыхания;
 - отменить прием симпатомиметиков ввиду блокады рецепторов бронхов и опасности развития синдрома "рикошета";
 - дать 30-40% увлажненный кислород для снижения гипоксии. Использование кислорода в более высоких концентрациях не целесообразно из-за чрезмерного высушивания слизистой оболочки дыхательных путей и ухудшения условий выделения углекислоты;
 - ввести метилксантины (эуфиллин, аминофиллин). Эуфиллин вводят в/в сначала в дозе 5-6 мг/кг/час, затем в/в капельно 0,9 % натрия хлор 800,0 мл;
 - начать введение больших доз глюкокортикоидов- гидрокортизон 7 мг/кг в/в струйно, а затем капельно. Указанную дозу можно повторять каждые 8 часов. Глюкокортикоиды восстанавливают чувствительность β - адренорецепторов к адреноэргическим стимулам;
 - осуществлять контроль за ЧДД, PS, АД, ЭКГ;
 - госпитализировать в реанимационное отделение полулежа.
3. Студент демонстрирует технику взятия крови из вены.

Задача 25

У пациента, 18 лет, при заборе крови из вены на фельдшерско-акушерском пункте произошла потеря сознания.

Объективно: бледность кожных покровов, повышенная потливость, расширение зрачков. ЧД 18 в мин. АД 80/60 мм рт.ст. Пульс 60 уд./мин.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Продемонстрируйте технику подкожной инъекции.

Эталоны ответов

1. Острая сосудистая недостаточность. Обморок.
2. Алгоритм неотложной помощи:
 - придать горизонтальное положение с несколько приподнятыми ногами, чтобы улучшить мозговое кровообращение;
 - освободить от стесняющей дыхание одежды;
 - обеспечить приток к пациенту свежего воздуха;
 - обрызгать лицо холодной водой или обтереть влажным полотенцем, похлопать по щекам, дать вдохнуть пары нашатырного спирта или уксуса;
 - при восстановлении сознания – грелки к конечностям, горячий чай;
 - осуществлять контроль за PS, ЧДД, АД;
 - при отсутствии эффекта от вышеуказанных мероприятий приступить к медикаментозной терапии: ввести 10% раствор кордиамина или 10% раствор кофеина п/к или в/м для нормализации тонуса сосудов (если обморок затягивается);
 - порекомендовать пациенту, избегать ситуации, в которых возникают обмороки.
3. Студент демонстрирует технику подкожной инъекции.

[illegible]

[illegible]