

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



ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
профессионального модуля
ПМ.02 ЛЕЧЕБНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ
по специальности 31.02.01 Лечебное дело

1. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Фонд оценочных средств предназначен для проверки результатов освоения учебной дисциплины ФОС ПМ 02 Лечебная деятельность основной профессиональной образовательной программы по специальности 31.02.01 Лечебное дело.

В результате изучения профессионального модуля обучающийся должен:

иметь практический опыт:

- назначения лечения и определения тактики ведения пациента;
- выполнения и оценки результатов лечебных мероприятий;
- организации специализированного ухода за пациентами при различной патологии с учетом возраста;
- оказания медицинских услуг в терапии, педиатрии, акушерстве, гинекологии, хирургии, травматологии, онкологии, инфекционных болезнях с курсом ВИЧ-инфекции и эпидемиологией, неврологии, психиатрии с курсом наркологии, офтальмологии, дерматовенерологии, оториноларингологии, гериатрии, фтизиатрии;

уметь:

- проводить дифференциальную диагностику заболеваний;
- определять тактику ведения пациента;
- назначать немедикаментозное и медикаментозное лечение;
- определять показания, противопоказания к применению лекарственных средств;
- применять лекарственные средства пациентам разных возрастных групп;
- определять показания к госпитализации пациента и организовывать транспортировку в лечебно-профилактическое учреждение;
- проводить лечебно-диагностические манипуляции;
- проводить контроль эффективности лечения;
- осуществлять уход за пациентами при различных заболеваниях с учетом возраста;

знать:

- принципы лечения и ухода в терапии, хирургии, педиатрии, акушерстве, гинекологии, травматологии, онкологии, инфекционных болезнях с курсом ВИЧ-инфекции и эпидемиологией; неврологии, психиатрии с курсом наркологии, офтальмологии; дерматовенерологии, оториноларингологии, гериатрии, фтизиатрии, при осложнениях заболеваний;
- фармакокинетику и фармакодинамику лекарственных препаратов;
- показания и противопоказания к применению лекарственных средств;
- побочные действия, характер взаимодействия лекарственных препаратов из однородных и различных лекарственных групп;

особенности применения лекарственных средств у разных возрастных групп

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 2.1. Определять программу лечения пациентов различных возрастных групп.

ПК 2.2. Определять тактику ведения пациента.

ПК 2.3. Выполнять лечебные вмешательства.

ПК 2.4. Проводить контроль эффективности лечения.

ПК 2.5. Осуществлять контроль состояния пациента.

ПК 2.6. Организовывать специализированный сестринский уход за пациентом.

ПК 2.7. Организовывать оказание психологической помощи пациенту и его окружению.

ПК 2.8. Оформлять медицинскую документацию.

Формы проведения промежуточной аттестации

МДК. 02.01 Лечение пациентов терапевтического профиля	4 семестр 5 семестр 6 семестр	Экзамен Дифференцированный зачет Экзамен
МДК. 02.02 Лечение пациентов хирургического профиля	4 семестр 5 семестр 6 семестр	Экзамен Дифференцированный зачет Экзамен
МДК. 02.03 Оказание акушерско-гинекологической помощи	5 семестр	Экзамен
МДК. 02.04 Лечение пациентов детского возраста	6 семестр	Экзамен
МДК. 02.05 Лечение инфекционных больных	6 семестр	Экзамен
ПП. 02 Производственная практика (по профилю специальности)	4 семестр 5 семестр 6 семестр	Дифференцированный зачет Дифференцированный зачет Дифференцированный зачет
ПМ. 02 Лечебная деятельность	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)	3 (удовлетворительно)

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.	
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 02.01. Лечение пациентов терапевтического профиля

Приложение 1.

Лечение трахеитов, бронхитов, лечение пневмоний, лечение нагноительных заболеваний органов дыхания.

1. Какие базис-препараты применяют для лечения трахеитов, бронхитов, напишите рецепты для лечения трахеитов, бронхитов.
2. Проведите дифференциальную диагностику с онкологическими заболеваниями.
3. Опишите показания и противопоказания к госпитализации пациента с заболеваниями органов дыхания.

Приложение 2

Лечение плевритов, составление плана медикаментозной и немедикаментозной коррекции заболеваний, заполнение листов назначений. Выписывание рецептов. Выполнение лечебных манипуляций.

1. Какие лекарственные препараты применяются для лечения плевритов.
2. Составьте план мероприятий паллиативной помощи.
3. Опишите показания и противопоказания для пациентов с плевритами.

Приложение 3.

Лечение аллергических заболеваний, составление плана медикаментозной и немедикаментозной коррекции заболеваний, заполнение листов назначений, выписывание рецептов, выполнение лечебных манипуляций, использование небулайзера и карманного ингалятора.

1. Перечислите аллергические заболевания.
2. Какая неотложная помощь им оказывается?
3. Правила использования небулайзера и карманного ингалятора.

Приложение 4.

Лечение острой ревматической лихорадки, эндокардитов, составление плана медикаментозной и немедикаментозной коррекции заболеваний, заполнение листов назначений. Выписывание рецептов.

1. Правила лечения острой ревматической лихорадки, эндокардитов.
2. Провести дифференциальный диагноз с другими заболеваниями сердца.
3. Показания для госпитализации с заболеваниями сердца.

Приложение 5.

Принципы лечения миокардитов, перикардитов, составление плана медикаментозной и немедикаментозной коррекции заболеваний.

1. Составьте схемы лечения миокардитов, перикардитов.
2. Дифференциальная диагностика с заболеваниями легких.
3. Показания для госпитализации больных с миокардитами и перикардитами.

Приложение 6.

Лечение артериальных гипертензий. Обсуждение и составление плана медикаментозной и немедикаментозной коррекции заболеваний. Заполнение листа назначений.

1. Ступенчатая схема лечения артериальных гипертензий.
2. Перечислите немедикаментозные методы лечения АГ.
3. Правила для госпитализации пациентов с АГ.

Приложение 7.

Лечение атеросклероза, ИБС, лечение инфаркта миокарда, лечение ХСН, заполнение листов назначений. Обсуждение и составление плана медикаментозной и немедикаментозной коррекции заболеваний.

1. Выпишите рецепты для лечения атеросклероза, ИБС.
2. Перечислите базис-препараты для лечения инфаркта миокарда.
3. Показания для госпитализации пациентов с ИБС.

Приложение 8.

Лечение гастритов, язвы желудка и 12-й кишки, заполнение плана медикаментозной и немедикаментозной коррекции заболеваний.

1. Составьте схему лечения гастритов, язвы желудка и 12-й кишки.
2. Составьте меню для лечения гастритов и язвы 12-й кишки.
3. Показания для госпитализации пациентов с язвой 12-й кишки.

Приложение 9.

Лечение болезней печени и желчного пузыря, обсуждение плана медикаментозной и немедикаментозной коррекции заболеваний, заполнение листов назначений.

- 1.Перечислите правила лечения болезней печени и желчного рецепта. Составьте рецепты.
- 2.Составьте диетическое питание при заболеваниях печени и жвп.
- 3.Опишите правила госпитализации для больных с заболеваниями печени и жвп.

Приложение 10.

Лечение болезней почек. определение водного баланса. Обсуждение и составление плана медикаментозной и немедикаментозной коррекции заболеваний. Заполнение листов назначений. Выписывание рецептов.

- 1.Составьте схему лечения болезней почек хпн и хгн.
- 2.Какие лабораторные методы исследования применяются для оценки функции почек.
- 3.Опишите технику сбора мочи по зимницкому и нечипоренко.

Приложение 11.

Лечение анемий лейкозов и геморрагических диатезов заполнение листов назначений.

- 1.составьте рецепты для лечения анемий.
- 2.перчислите виды анемий и назовите причины развития анемий.
- показания для госпитализации лейкозов.

Приложение 12.

Лечение эндокринных заболеваний. заполнение листов назначений. Выписывание рецептов принципы и методы лечения сахарного диабета и осложнений. Принципы организации диетического питания.

- 1.Выпишите рецепты для лечения сахарного диабета 1 и 2 типа.
- 2.Перечислите осложнения при сахарном диабете.
- 3.Неотложная помощь при сахарном диабете.

Приложение 14.

лечение болезней костей и суставов. заполнение листов назначений. Выписывание рецептов.

1. Выпишите рецепты для лечения пдоа.
- 2.Проведите диф.диагностику между болезнью бехтерева и пдоа.
- 3.Правила госпитализации больных с болезнью бехтерева.

Приложение 14 .1

Организация медицинской помощи инфекционным больным. Проведение осмотра пациентов.

- 1.Перечислите правила госпитализации инфекционных больных.
- 2.Неотложная помощь при инфекционных заболеваниях на амбулаторном этапе.

Приложение 15.

Инфекционная безопасность пациентов и медицинских работников. Основы профилактики инфекционных болезней.

- 1.Перечислите антибактериальные препараты для лечения инфекционных заболеваний.
- 2.Дать понятие определению национальный календарь прививок.

Приложение 16.

Инфекционная безопасность пациентов и мед.работников. основы профилактики инфекционных болезней.

- 1.Перечислите правила хранения для биологических препаратов.
- 2.Перечислите правила введения биологических препаратов.

Приложение 16.

Лечение кишечных инфекций. Заполнение листов назначений. Выписывание рецептов.

- 1.Перечислите правила лечения кишечных инфекций.
- 2.Перечислите немедикаментозные методы лечения кишечных инфекций.

Приложение 17.

Лечение вирусных гепатитов. Заполнение листов назначений. Выписывание рецептов.

- 1.Перечислите разновидности вирусного гепатита.
- 2.Перечислите показания для госпитализации больных с вирусными гепатитами.

Приложение 18.

Лечение респираторных инфекций. Заполнение листов назначений. Выписывание рецептов.

- 1.Перечислите разновидности респираторных инфекций.
- 2.Перечислите противовирусные препараты.
- 3.Показания для госпитализации больных с респираторными инфекциями.

Приложение 19.

Лечение зоонозных инфекций. Заполнение листов назначений. Выписывание рецептов. Выполнение лечебных манипуляций.

- 1.Какие антибактериальные препараты применяются для лечения зоонозных инфекций.

2.Перечислите методы немедикаментозной терапии.

Приложение 20.

Лечение контактных инфекций. Заполнение листов назначений. Выписывание рецептов. Медикаментозная коррекция и немедикаментозные методы лечения столбняка, бешенства. тактика фельдшера.

- 1.Какие вакцины применяются для лечения столбняка и бешенства.
- 2.Показания для госпитализации больных со столбняком и бешенством.

Приложение 21.

Лечение вич-инфекций. заполнение листов назначений. выписывание рецептов.

- 1.Перечислите методы лечения вич-инфекций.
- 2.Перечислите осложнения вич-инфекций.

Приложение 22.

Лечение больных туберкулезом. работа в очагах.

- 1.Перечислите антибактериальные препараты для лечения туберкулеза.
- 2.Показания для госпитализации пациентов с туберкулезом.

Приложение 23.

Основные принципы лечения инфекционных заболеваний цнс.

- 1.Перечислите правила лечения инфекционных заболеваний.
- 2.Перечислите показания для госпитализации инфекционных больных.

Приложение 24.

Принципы лечения, травм, эпилепсии.

- 1.Какие препараты используется для купирования судорожного синдрома.
- 2.Показания для госпитализации больных с травмами.

Приложение 25.

Принципы лечения сосудистых заболеваний цнс. принципы лечения опухолей цнс.

- 1.Перечислите препараты для лечения сосудистых заболеваний.
- 2.Показания для оперативного лечения опухолей.

Приложение 26.

Принципы лечения заболеваний вегетативной нервной системы., головной боли, дегенеративных заболеваний, демиелинизирующих и нервно-мышечных заболваний нс.

- 1.перечислите препараты для лечения внс.
- 2.показания для госпитализации больных с заболеваниями внс.

Приложение 27.

Основные принципы лечения психических заболеваний.

- 1.какие группы препаратов применяются для лечения псих. больных.
- 2.показания для госпитализации псих.больных.

Приложение 28.

Принципы лечения эндогенных заболеваний и психических расстройств позднего возраста.

- 1.Какие препараты применяются для лечения псих.заболеваний.
- 2.Перечислите психические расстройства позднего возраста.

Приложение 29.

Принципы лечения психогенных заболеваний.

- 1.Перечислите медикаментозные методы лечения псих.заболеваний.
- 2.Перечислите немедикаментозные методы лечения псих.заболеваний.

Приложение 30.

Принципы лечения пациентов в наркологии.

- 1.Показания для госпитализации пациентов в нарколог. клиники.
- 2.Противопоказания для госпитализации пациентов в наркорлог. клиники.

Приложение 31.

Лечение неинфекционных заболеваний кожи.

- 1.Какая первая помощь оказывается пациентам с отеком квинке ?
- 2.Что такое крапивница. Дайте определение и понятие.

Приложение 32.

Лечение венерических заболеваний. оформление медицинской документации. выписывание рецептов.

- 1.опишите правила забора мазков у мужчин на ипп.
- 2.проведите дифф. диагностику между сифилисом и гонореей.

Приложение 33.

Лечение гериатрических пациентов с заболеваниями органов дыхания, с заболеваниями органов кровообращения.

1. Какие особенности течения болезней в гериатрии вы знаете.
2. Как протекают заболевания органов кровообращения в пожилом возрасте.
3. Как протекают заболевания органов дыхания в пожилом возрасте.

Приложение 34.

Лечение гериатрических больных с заболеваниями эндокринной системы.

1. Какие особенности течения эндокринных заболеваний у пожилых людей.
2. Дайте определение понятию старческой астении.

Приложение 35.

Лечение гериатрических пациентов с заболеваниями органов движения.

1. Перечислите заболевания органов передвижения у пожилых людей.
2. Какие препараты применяются для лечения ПДОА ?

4 семестр

**Программа проведения промежуточной аттестации в форме экзамена
по МДК.02.01 Лечение пациентов терапевтического профиля****1. Общие положения**

Целью промежуточной аттестации по МДК 02.01 Лечение пациентов терапевтического профиля является определение степени соответствия качеству образования студентов требованиям ФГОС СПО.

Процедура промежуточной аттестации по МДК 02.01 Лечение пациентов терапевтического профиля разрабатывается академией самостоятельно и доводится до сведения обучающихся в течение первых двух месяцев от начала обучения. Промежуточная аттестация проводится в виде экзамена.

Для проведения промежуточной аттестации обучающихся преподавателем созданы фонды оценочных средств.

Содержание материалов промежуточной аттестации по МДК 02.01 Лечение пациентов терапевтического профиля отвечает требованиям ФГОС 31.02.01 Лечебное дело.

Результаты экзамена обучающихся 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 проходимого 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 экзамена по МДК 02.01 Лечение пациентов терапевтического профиля проверяется путем наблюдения.

Экзамен по МДК 02.01 Лечение пациентов терапевтического профиля проводится непосредственно после завершения освоения программы дисциплины.

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 по

МДК 02.01 Лечение пациентов терапевтического профиля

Экзамен – это форма оценки знаний, умений и практического опыта, навыков самостоятельной работы, способности применять их в решении практических задач, проверка уровня сформированности общих и профессиональных компетенций, полученных обучающимися в процессе изучения междисциплинарного курса МДК 02.01 Лечение пациентов терапевтического профиля

Расписание экзаменов утверждается ректором и доводится до сведения преподавателей и обучающихся не позднее, чем за две недели до начала экзаменов.

Экзамены проводятся в период промежуточной аттестации или в специально отведенные дни, установленные календарным учебным графиком согласно утвержденному расписанию экзаменов.

Перед экзаменом планируется проведение консультаций за счет общего числа консультационных часов на группу.

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

Экзаменационные материалы, составленные на основе актуальных разделов и тем рабочей программы междисциплинарного курса МДК 02.01 Лечение пациентов терапевтического профиля отражены в фонде оценочных средств.

К экзаменационным материалам относятся: экзаменационные вопросы, задачи, ситуации, тесты. Формулировки вопросов четкие, понятные, исключают двойное толкование.

На основе разработанного и объявленного обучающимся перечня вопросов и практических задач, ситуаций, рекомендуемых для подготовки к экзамену, составлены экзаменационные билеты, содержание которых до обучающихся не доводится. Вопросы и практические задачи носят равноценный характер.

Количество заданий в экзаменационных билетах два. Количество экзаменационных билетов больше числа обучающихся в учебной группе.

К началу экзамена подготовлены следующие документы:

- программа промежуточной аттестации;
- экзаменационные билеты (и /или экзаменационные материалы);
- наглядные пособия, материалы справочного характера, нормативные документы и образцы, разрешенные к использованию на экзамене;
- журнал учебной группы;
- зачетно-экзаменационная ведомость;
- зачетные книжки.

Экзамен принимается, преподавателем, который вел учебные занятия по дисциплине МДК 02.01 Лечение пациентов терапевтического профиля в экзаменуемой группе. На сдачу устного экзамена предусматривается не более одной трети академического часа на каждого обучающегося, на сдачу письменного экзамена – не более шести академических часов 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 междисциплинарному курсу за данный семестр является определяющей, независимо от полученных в семестре оценок текущего контроля.

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

Во время сдачи устного экзамена в аудитории может находиться одновременно не более 6 обучающихся. На выполнение задания по экзаменационному билету, обучающемуся отводится не более 1 академического часа. После ответа на вопросы экзаменационного билета обучающемуся могут быть заданы дополнительные вопросы в пределах учебного материала, вынесенного на экзамен.

Обучающийся, испытывающий затруднения при подготовке к ответу по выбранному билету, имеет право на второй билет с соответствующим продлением времени на подготовку к ответу. При окончательной оценке ответа оценка снижается на один балл. Выдача третьего билета не разрешается.

С целью повышения оценки допускается повторное прохождение промежуточной аттестации, но не более чем по трем учебным предметам, дисциплинам, междисциплинарным курсам, профессиональным модулям. Для этого обучающийся пишет заявление на имя ректора, которое визируют куратор, заместитель ректора по учебной работе.

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

В случае неявки обучающегося на экзамен, преподавателем делается в зачетно-экзаменационной ведомости отметка «не аттестован».

Хорошо успевающим обучающимся, выполнившим лабораторные, практические занятия по дисциплинам, междисциплинарным курсам текущего семестра и не имеющим задолженности по дисциплинам, междисциплинарным курсам, не выносимым на экзаменационную сессию, может быть разрешена сдача экзаменов досрочно, без освобождения обучающихся от текущих учебных занятий. Досрочная сдача разрешается только при наличии приказа ректора академии.

Академия определяет перечень наглядных пособий, материалов справочного характера, нормативных документов и различных образцов, которые разрешены к использованию на экзамене. Программа экзамена, содержащая задания на его проведение включена в фонд оценочных средств.

Результаты экзаменов (полученные оценки) сообщаются обучающимся в день сдачи устного экзамена.

3. Условия проведения

Место проведения комплексного экзамена: кабинет спецдисциплин (аудитория 105).

Максимальное время выполнения задания: 40 мин.

Оборудование: бумага, ручка.

Оценочные средства для проведения промежуточной аттестации в форме экзамена

1. Трахеит. Этиология. Клиника, диагностика, лечение.
2. Бронхиты. Этиология. Клиника, диагностика, лечение.
3. Эмфизема легких. Причины. Клиническая картина. Лечение.
4. ХОБЛ. Этиология. Клиническая картина. Лечение.
5. Хроническое легочное сердце. Этиология. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
6. Пневмонии. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
7. Эндокардиты. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
8. Миокардиты и миокардиодистрофии. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
9. Заболевания перикарда. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
10. Артериальная гипертензия. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
11. Атеросклероз. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
12. Ишемическая болезнь сердца. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
13. Острая сердечная недостаточность. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
14. Хроническая сердечная недостаточность. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
15. Гастриты. Классификация. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
16. Дискинезии желчевыводящих путей. Классификация. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
17. Холецистит. Классификация. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
18. Гепатит. Классификация. Лечение вирусных гепатитов.
19. Цирроз печени. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
20. Гломерулонефриты. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
21. Цистит. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.
22. Пиелонефрит. Этиология. Клиника, диагностика, лечение.

5 семестр**Программа проведения промежуточной аттестации
(дифференцированного зачета)****1. Общие положения**

Целью дифференцированного зачета по дисциплине МДК 02.01 Лечение пациентов терапевтического профиля является оценка степени соответствия качеству образования студентов требованиям ФГОС СПО.

Дифференцированный зачет обеспечивает оперативное управление образовательной деятельностью обучающихся.

Проведение дифференцированного зачета по дисциплине МДК 02.01 Лечение пациентов терапевтического профиля предполагает:

- на уровне обучающегося – оценивание достижений МДК 02.01 МДК. 02.01 Лечение пациентов терапевтического профиля 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 дисциплине 02.01 Лечение пациентов терапевтического профиля разработана академией самостоятельно и доведена до сведения обучающихся в течение первых двух месяцев от начала обучения.

Содержание материалов дифференцированного зачета по МДК. 02.01 Лечение пациентов терапевтического профиля отравления и беременность определяется преподавателем и отвечает требованиям предусмотренных ФГОС.

Результаты дифференцированного зачета по дисциплине МДК. 02.01 Лечение пациентов терапевтического профиля 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. 02.01 Лечение пациентов терапевтического профиля проверяется путем наблюдения.

Дифференцированный зачет по дисциплине МДК. 02.01 Лечение пациентов терапевтического профиля 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 дисциплины МДК 02.01 Лечение пациентов терапевтического профиля. Дифференцированный зачет проводится в форме письменного тестирования обучающихся. Тестовые задания составляются на основе рабочей программы по МДК. 02.01 Лечение пациентов терапевтического профиля, 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). В зачетную книжку неудовлетворительная оценка не выставляется.

3. Условия выполнения заданий

Максимальное время выполнения задания: 90 минут

Оборудование: бумага, ручка

Критерии оценки результатов:

100% - 95% (24-23) верных ответов - оценка «отлично»

95% – 75% (22-18) верных ответов - оценка «хорошо»

75% – 50% (17-12) верных ответов - оценка «удовлетворительно»

менее 50% (11) верных ответов - оценка «неудовлетворительно»

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

Выбрать один правильный ответ

1. Антибактериальная терапия при легком течении острого инфекционного эндокардита назначается после постановки диагноза
 - через 24-48 часов после получения бактериального посева крови с учетом чувствительности возбудителя
 - не назначается
 - назначается через 4-5 суток при отсутствии эффекта от проводимой симптоматической терапии
 - эмпирически не позже чем через 2 часа после постановки диагноза
2. Какова длительность антибактериальной терапии при лечении инфекционного эндокардита?
 - 7-10 дней
 - 10-20 дней
 - 4-6 недель после первого отрицательного бактериального посева крови
 - 4-6 месяцев
3. При лечении острого бронхита бронхолитические средства назначаются при отсутствии одышки
 - инспираторной одышке
 - экспираторной одышке
 - отсутствии мокроты
4. При амбулаторном лечении внебольничной пневмонии пациенту молодому мужчине 30 лет для антибактериальной терапии назначается
 - амоксициллин (амосин, флемоксн, арлет, аугментин, трифамокс ИБЛ) в таблетках по 0,5-1 г 3 раза в сутки на 7-10 дней
 - кларитромицин внутривенно по 0,5г 2 раза в сутки на 10 дней
 - цефтриаксон внутривенно по 1-2 г 1 раз в сутки на 10 дней.
 - цефотаксим внутривенно или внутримышечно по 1-2 г 2-3 раза в сутки
- 5 Показания к хирургическому лечению абсцессов и гангрены легких является отсутствие эффекта от консервативных методов лечения в течение
 - 2 недель
 - 4 недель
 - 6 недель
 - 8 недель
6. Только ингаляционный способ введения при лечении бронхиальной астмы применяется при назначении
 - лейкотриенов
 - глюкокортикостероидов
 - метилксантинов
 - бета-2-агонистов
7. При лечении шизофрении циклодол применяется с целью
 - противосудорожной терапии
 - седативной терапии
 - коррекции побочных эффектов нейролептиков
 - снотворного эффекта
8. Вторичная профилактика ОРЛ пациенту без кардита проводится
 - эритромицином 1 раз в 3 недели в течение 5 лет
 - ретарпеном 1 раз в 3 недели в течение 5 лет
 - ибупрофеном 1 раз в 3 недели в течение 5 лет
 - преднизолоном 1 раз в 3 недели в течение 5 лет
9. Болевой приступ при ревматическом артрите



купируется назначением

- промедола 1% 1 мл внутримышечно
- ацетилсалициловой кислоты 500 мг через рот
- преднизолона 30 мг через рот
- преднизолона 60 мг внутривенно

10. При раке желудка обезболивание начинают с

- комбинации малых доз ненаркотических анальгетиков и спазмолитиков
- больших доз наркотических анальгетиков внутримышечно
- малых доз наркотических анальгетиков внутримышечно
- ненаркотических анальгетиков в терапевтической дозе

Приложение 38

Оценочные средства для промежуточной аттестации в форме экзамена (6 семестр)

Вопросы для подготовки к экзамену

1. Язвенная болезнь желудка и 12 - перстной кишки
2. Хронический гастрит
3. Хронический гепатит
4. Острый гломерулонефрит
5. Острый пиелонефрит
6. Железодефицитная анемия
7. Рахит
8. Гемофилия
9. Почечная колика
10. Мочекаменная болезнь
11. Диффузный токсический зоб
12. Сахарный диабет
13. Желудочное кровотечение
14. Бронхиальная астма
15. Острый бронхит
16. Очаговая пневмония
17. Артериальная гипертензия
18. Гипертонический криз
19. Острое нарушение мозгового кровообращения (ишемический, геморрагический инсульт)
20. Инфаркт миокарда
21. Ишемическая болезнь сердца
22. Техника снятия ЭКГ
23. Геморрагический шок
24. Анафилактический шок
25. Гемотрансфузионный шок
26. Кардиогенный шок
27. Травматический шок
28. Временный гемостаз
29. Окончательный гемостаз
30. Первая помощь при внутреннем кровотечении
31. Методы гемотрансфузии
32. Система АВ0 и «резус»

33. Определение группы крови цоликлонами
34. Определение группы крови стандартными сыворотками
35. Десмургия
36. Вывих
37. Переломы конечностей
38. Ушибы
39. Растяжения
40. Лимфаденит
41. Абсцессы
42. Фурункулы, карбункулы
43. Ожоги
44. Отморожения
45. Обморок
46. Хроническая венозная недостаточность
47. Варикозное расширение вен
48. Трофические язвы
49. Раны
50. Предоперационный период
51. Интраоперационный период
52. Послеоперационный период
53. ПХО раны
54. Острый аппендицит
55. Черепно-мозговая травма (сотрясение, сдавление, ушиб)
56. Перелом позвоночника
57. Гипогликемическая кома
58. Гипергликемическая кома
59. Алкогольная кома
60. Хронический простатит
61. Хронический тонзиллит
62. Рак желудка
63. Рак пищевода
64. Рожистое воспаление
65. Краснуха
66. Корь
67. Ветряная оспа
68. Ботулизм
69. Скарлатина
70. Аденовирусная инфекция
71. Менингиты
72. Энцефалиты
73. Первая помощь при отравлении лекарственными средствами
74. Первая помощь при отравлении алкоголем
75. Первая помощь при отравлении ядовитыми грибами
76. Определение срока беременности
77. Гестозы
78. Преэклампсия, эклампсия
79. Наружное акушерское исследование
80. Роды. Предвестники, периоды
81. Первичный туалет новорожденного

МДК. 02.02 Лечение пациентов хирургического профиля

Приложение 39

1. Изготовить перевязочный материал (марлевые шарики, марлевые турунды салфетки)
2. Назвать алгоритм подготовки хирургического белья перевязочного материала инструментов для стерилизации
3. Продемонстрировать обработку рук перед операцией
4. Назвать методы антисептики в профессиональной деятельности фельдшера

Приложение 40

Основы трансфузиологии

1. Продемонстрировать алгоритмы, заполнение трансфузионной карты, дезинфекцию предметов медицинского назначения;
2. Подготовить сообщение на тему: «Посттрансфузионные реакции и осложнения»

Приложение 41

Обезболивание

1. Дать определение понятию «наркозный столик»
2. Продемонстрировать участие в подготовке пациента к наркозу
3. Проведение местной инфильтрационной анестезии по А.В. Вишневскому на муляже

Предоперационный период

Приложение 42

1. Продемонстрировать алгоритм подготовки пациента к операции
2. Составить набор инструментов (общий хирургический и перечный хирургический)

Приложение 43

Лечение пациента с хирургической инфекцией Демонстрация алгоритма смены повязки на гнойной ране

ЦЕЛЬ: Этап местного лечения.

Оснащение: стерильный лоток, резиновые перчатки, перевязочный материал, пинцеты, ножницы, шприц с тупой иглой, плоские резиновые дренажи, 70% спирт, 3% перекись водорода, антисептик, клеол, дез раствор.

Последовательность действий:

№ п/п	ДЕЙСТВИЕ	МОТИВАЦИЯ
1	Надеть резиновые перчатки;	Профилактика ВБИ;
2	Выложить на стерильный лоток два пинцета, ножницы, перевязочный материал.	-соблюдение асептики;
3	Снять пинцетом грязную салфетку, помогая стерильным шариком (если повязка присохла, необходимо отмочить её перекисью водорода).	-проведение атравматичной перевязки;
4	Осмотр раны и окружающей её области	-диагностика раны;
5	Обработать кожу вокруг раны антисептиком, спиртом от края раны к периферии.	-профилактика эндогенной инфекции;
6	Сменить пинцет.	-соблюдение асептики;
7	Промыть внутри раны перекисью водорода с помощью шприца или шарика смоченного в 3% растворе перекиси водорода.	-химический метод антисептики – уничтожение анаэробной микрофлоры с помощью антисептических средств;

8	Просушить рану сухим шариком.	-физический метод антисептики – удаление погибших микроорганизмов, просушивание раны;
9	Обработать рану антисептиком, просушить.	-химический метод антисептики - уничтожение патогенных микроорганизмов в ране;
10	Обработать кожу вокруг раны сухим шариком, шариком, смоченным в 70% спирте от центра к периферии.	-профилактика вторичного инфицирования;
11	Наложить асептическую повязку (сухую или с антисептиком).	-профилактика вторичного инфицирования;
12	Закрепить салфетку с помощью бинта или клеола (смазать кожу вокруг салфетки клеолом, отступив на 1-1,5 см от края; дать подсохнуть, приклеить салфетку)	-фиксация перевязочного материала;
13	Использованные инструменты, перчатки, перевязочный материал, сложить в ёмкость залить дезинфицирующим раствором.	-профилактика

Приложение 44

Лечение пациентов с нарушением периферического кровообращения

1. Изучить работу отделения сосудистой хирургии
2. Решить задачу:

Ситуационная задача №1

Больной Ж., 59 лет, обратился с жалобами на внезапно возникшую боль в правой нижней конечности, похолодание кожных покровов конечности в области стопы и голени, снижение ее чувствительности. Считает себя больным в течение 2 дней, когда впервые развились вышеописанные жалобы.

При осмотре: правая нижняя конечность прохладная на ощупь, определяется пульсация общей бедренной артерии, дистальнее пульсация (в области подколенной артерии и артерий голени) не определяется. Активные и пассивные движения в голеностопном и коленном суставах сохранены. Глубокая чувствительность не нарушена, поверхностная – снижена.

Какое обследование необходимо пациенту для уточнения диагноза?

Ответ: УЗДГ артерий нижних конечностей; УЗ дуплексное сканирование; ангиография; ЭКГ; эхокардиография; рентгенография легких

Пациенту был установлен диагноз: Острый тромбоз поверхностной бедренной, подколенной и тибиальных артерий правой нижней конечности, острая ишемия правой конечности 2А стадия.

Приложение 45

Лечение хирургических заболеваний головы, лица, полости рта

1. Продемонстрировать оказание ПМП и транспортировки пациента
2. Составление плана лечения заболеваний головы, лица, полости рта
3. Назвать набор инструментов для наложения и снятия швов

Приложение 46

Лечение хирургических заболеваний шеи, трахеи, пищевода

1. Алгоритм ПМП и транспортировки
2. Составить план лечения больного с заболеванием трахеи
3. Назвать набор инструментов для трахеостомии

Приложение 47

Лечение хирургических заболеваний органов грудной клетки

1. Алгоритм оказания ПМП и транспортировки
2. Назвать набор инструментов для плевральной пункции

Приложение 48

Лечение пациентов с заболеваниями прямой кишки

1. Алгоритм оказания ПМП и транспортировки

2. ЗАДАЧА 1

В проктологическое отделение поступил пациент с жалобами на боли в области заднего прохода, усиливающиеся при дефекации, запоры, стул в виде «ленты», на каловых массах алая кровь.

При локальном осмотре определяется дефект слизистой оболочки заднего прохода в виде неглубокой трещины на 6 часах. Края трещины мягкие, кожа вокруг с небольшим отеком, гиперемирована.

Задания:

Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

Дайте рекомендации пациенту по профилактике трещин заднего прохода.

Тестовый контроль знаний

1. Клиническими симптомами рака прямой кишки являются:

- а) выделения из заднего прохода слизи и гноя;
- б) тенезмы;
- в) ректальные кровотечения;
- г) запоры;
- д) похудание;
- е) схваткообразные боли внизу живота. Выберите правильную комбинацию ответов:

а, б, в, г.

а, б, д.

в, д, е.

д, г, е.

а, в, д.

2. Среди факторов, предрасполагающих к возникновению острого парапроктита, самым частым является:

- а) геморрой;
- б) повреждение слизистой оболочки прямой кишки при медицинских манипуляциях;
- в) микротравмы слизистой оболочки прямой кишки;**
- г) огнестрельные ранения прямой кишки;
- д) воспалительные заболевания соседних с прямой кишкой органов.

3. С какими заболеваниями следует дифференцировать острый парапроктит:

- а) карбункул ягодицы;
- б) флегмона ягодицы;
- в) абсцесс предстательной железы;
- г) нагноение копчиковых кист;
- д) бартолинит. Выберите правильную комбинацию ответов:

а, б.

в, д.

г.

все неправильно.

все правильно.

4. Для исследования свищей прямой кишки применяется:

- а) наружный осмотр и пальпация;
- б) пальцевое исследование прямой кишки;
- в) прокрашивание свищевого хода и зондирование;
- г) фистулография;

д) все перечисленное.

5. Для геморроя типичны следующие симптомы:

- а) частый жидкий стул, тенезмы, слизисто-кровянистые выделения, периодическое повышение температуры тела;
- б) сильная боль после дефекации, выделение капель крови после нее, хронические запоры;
- в) неустойчивый стул, иногда с примесью крови, кал типа "овечьего";
- г) постоянная боль в области заднего прохода, усиливающаяся после приема алкоголя и острых блюд, зуд анальной области;

д) выделение алой крови при дефекации, увеличение геморроидальных узлов.

6. Наиболее распространенным методом лечения хронического геморроя является:

а) хирургический – геморроидэктомия;

- б) консервативный – диета, свечи, микроклизмы;
- в) склерозирующая терапия;
- г) лигирование латексом, шелком;
- д) физиотерапия.

7. Для трещины прямой кишки характерны следующие симптомы:

- а) умеренная боль в анальной области, усиливающаяся в момент дефекации, провоцируемая приемом алкоголя и острых блюд, зуд анальной области, обильное кровотечение после акта дефекации;
- б) чувство неполного опорожнения при акте дефекации, лентовый кал, окрашенный кровью, тенезмы, неустойчивый стул, выделение слизи, нередко – однократной порции темной крови;
- в) неустойчивый стул, чувство тяжести в тазовой области, кал обычной конфигурации, с темной или алой кровью, кал "овечьего" типа, вздутый живот;
- г) частый жидкий стул, тенезмы, слизисто-кровянистые выделения, иногда профузные поносы, возможна температурная реакция;
- д) **сильнейшая боль после акта дефекации, кровотечение в виде 2-3 капель крови после акта дефекации, стул обильный, хронические запоры.**

8. Укажите часто встречающуюся клинико-анатомическую форму парапроктита:

- а) **подкожный парапроктит;**
- б) подслизистый парапроктит;
- в) седалищно-прямокишечный;
- г) тазово-прямокишечный;
- д) межмышечный парапроктит.

9. В случае лечения по поводу острого тромбоза геморроидальных узлов в амбулаторных условиях, рациональнее всего:

- а) назначить слабительные (сернокислую магнезию), свинцовые примочки, внутрь эскузан или аспирин, свечи с красавкой;
- б) сделать новокаиновую блокаду, вправить узлы;
- в) **назначить анальгетики, постельный режим, повязки с гепариновой мазью, диету;**
- г) удалить тромбированные узлы;
- д) применить склерозирующую терапию.

10. Эпителиальный копчиковый ход:

- а) связан с крестцом;
- б) связан с копчиком;
- в) **оканчивается слепо в подкожной клетчатке межягодичной области;**
- г) расположен между задней поверхностью прямой кишки и передней поверхностью крестца; д) сообщается с просветом прямой кишки.

11. Консервативная терапия при острой анальной трещине предусматривает:

- а) нормализацию стула;
- б) лечебные клизмы;
- в) снятие спазма сфинктера;
- г) местное применение средств, способствующих заживлению раневой поверхности;
- д) **все перечисленное.**

12. Наличие инородного тела в прямой кишке может проявляться:

- а) кишечной непроходимостью;
- б) кровотечением;
- в) болями в прямой кишке и чувством распирания;
- г) повышением температуры и развитием воспалительного процесса в параректальной клетчатке;
- д) **всеми перечисленными симптомами.**

13. Для выявления отдаленных метастазов при раке прямой кишки применяются методы исследования:

- а) лапароскопия;
- б) УЗИ брюшной полости;
- в) рентгенография грудной клетки;
- г) компьютерная томография;
- д) рентгенография позвоночника. Выберите правильную комбинацию ответов:

а, б, в.

а, б, г.

б, г, д.

а, г, д.

5) **все ответы правильные.**

Лечение пациентов травматологического профиля

Задача №1

Во время несения службы охранник частного предприятия подвергся нападению и получил огнестрельное ранение в правое плечо.

Объективно: на передней поверхности с/3 правого плеча имеется умеренно кровоточащая рана размером 1×1см, неправильно округлой формы, на задней поверхности – аналогичная рана несколько больших размеров с неровными краями. Из анамнеза выяснилось, что в пострадавшего стреляли на расстоянии около 30м из пистолета. В здравпункте соседнего предприятия дежурил фельдшер, к которому и обратился пострадавший.

Задания

1. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его.
2. Составьте алгоритм неотложной доврачебной помощи.
3. Продемонстрируйте технику наложения давящей повязки на плечо, используя индивидуальный перевязочный пакет применительно к ситуации.

Эталон ответа

1. DS: Сквозное огнестрельное (пулевое) ранение правого плеча.

2. Алгоритм оказания неотложной доврачебной помощи:

- а) визуальный осмотр раны;
- б) туалет раны и наложение асептической давящей повязки;
- в) подвесить руку на косынке;
- г) немедленно сообщить в дежурную часть МВД по тел. “02” о происшедшем;
- д) вызвать бригаду скорой медицинской помощи.

Задача №2

В ФАП милицией доставлен пострадавший от нападения вооруженного ножом преступника.

Жалобы на боль в правой половине грудной клетки и правой руке, слабость, головокружение.

Объективно: Состояние средней тяжести, пострадавший возбужден. Пульс 90 в минуту, АД 100/70 мм рт. ст. Кожные покровы бледные, на внутренней поверхности средней трети правого плеча — резаная рана — 2,5-3см, сильное пульсирующее кровотечение. На передней поверхности правой половины грудной клетки – множественные резаные раны, в пределах кожи, кровотечение незначительное.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте и аргументируйте алгоритм оказания неотложной помощи.

Эталон ответа.

1. DS: Резаная рана правого плеча, с повреждением плечевой артерии. Геморрагический шок I ст.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- а) для остановки кровотечения необходимо вначале произвести пальцевое прижатие плечевой артерии у внутреннего края двухглавой мышцы к плечевой кости, затем наложить выше раны жгут, с указанием времени его наложения (под жгут подложить прокладку);
- б) для купирования боли ввести 1-2 мл 50% р-ра анальгина в/м;
- в) наложить асептическую повязку на рану плеча для профилактики инфекции;
- г) произвести иммобилизацию конечности с помощью косынки;
 - д) произвести туалет раны передней поверхности грудной клетки;
 - е) начать введение полиглюкина;
 - ж) вызвать бригаду скорой медицинской помощи для госпитализации в хирургическое отделение, для проведения окончательной остановки артериального кровотечения, ПХО раны, профилактики столбняка;
 - з) транспортировать пациента на носилках, в положении лежа на спине.

Задача №3

В ФАП доставлен мальчик, 10 лет, получивший самодельным взрывным устройством ранение правого глаза и кисти. Жалобы на сильную боль в правом глазу, головную боль, тошноту, снижение зрения, боль в руке.

Объективно: Состояние средней тяжести. АД 100/70 мм рт. ст. Пульс 90 в минуту. Кожа бледная. На веках обоих глаз множество мелких резаных ран, на склере правого глазного яблока на 8-10 часах, на расстоянии 5 мм от лимба линейная, сквозная рана, длиной около 10 мм. Зрачок овальный, смещен в

медиальную сторону. На ладонной поверхности правой кисти рана 3,5х2 см с неровными краями, кровотечение умеренное, активные движения ограничены из-за боли.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте и аргументируйте алгоритм оказания неотложной помощи.

Эталон ответа

1. DS: Проникающее ранение правого глазного яблока. Рваная рана ладонной поверхности правой кисти.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- а) вызов санитарной авиации для доставки пациента в глазное отделение;
- б) снятие боли: анальгин, баралгин;
- в) промывание правой конъюнктивальной полости раствором фурацилина 1:5000, инстилляцией раствора антибиотика, наложение асептической повязки на оба глаза;
- г) удаление из ран век поверхностно расположенных инородных тел, обработка краев ран йодонатом;
- д) туалет раны кисти, с последующей иммобилизацией конечности косыночной повязкой;
- е) введение антибиотиков для профилактики инфекции;

Приложение 50

Принципы лечения длительного сдавления

Задача № 1

Пострадавшая К., 44 года, возвращалась домой в первом вагоне электропоезда. Внезапно ощутила сильнейший удар. Кратковременно потеряла сознание. Когда пришла в себя, то увидела разорванное в нескольких местах правое бедро, а левая голень находилась под тяжелым предметом. Почувствовала сильную боль в нижних конечностях, невозможность движений. Появился страх, чувство безысходности. Через 20 минут после травмы левая конечность была освобождена от сдавления.

Объективно: Женщина возбуждена, кожные покровы бледные, ЧСС 110 уд/мин, АД 90/60 мм рт ст, множественные раны на правом бедре и гематомы на левой голени, из ран на правом бедре с умеренной скоростью вытекает кровь.

Проанализировав ситуацию, поставьте диагноз. Окажите первую помощь на месте происшествия.

Задача № 2

Пострадавший Д. находится под завалом около 4 часов.

Объективно: Мужчина без сознания, на лице следы рвотной массы, дыхание учащенное, пульс аритмичный 124 уд/мин, АД 80 мм рт ст. В левой теменной области головы ссадины и ограниченная припухлость. Под плитой находятся обе нижние конечности чуть выше уровня коленей.

Проанализировав ситуацию, поставьте диагноз. Окажите доврачебную помощь на месте происшествия.

Задача № 3

Военнослужащий при взрыве мины был придавлен обломками убежища. Через 2 ч извлечен из-под завала, при этом выяснилось, что левая рука была плотно сдавлена доской. Через 40 мин доставлен в медицинский пункт полка. В сознании, несколько эйфоричен, жалуется на боли в левой руке, особенно в области кисти и предплечья. От уровня нижней трети левого плеча конечность отечная. На коже множественные ссадины и ушибы. Отмечаются снижение болевой чувствительности в этой зоне, а также ограничение движений в лучезапястном и локтевом суставах. Пульсация левой лучевой артерии снижена. Пульс 108 в минуту, АД 90/40 мм рт ст.

Сформулируйте диагноз. Окажите первичную врачебную помощь.

Задача № 4

Раненый находился под обломками разрушенного в результате бомбардировки здания в течение 10 часов. Обе нижние конечности до уровня нижней трети бедер были придавлены обломками здания. Через 30 минут доставлен в Отдельный медицинский батальон. Состояние тяжелое, бледен, заторможен. Пульс 120 уд/мин, АД 70/20 мм рт. ст. Обе нижние конечности от уровня нижней трети с выраженным отеком, пульсация периферических артерий отсутствует. Отмечается отсутствие чувствительности, активных и пассивных движений.

Сформулируйте диагноз. Окажите специализированную помощь.

Задача № 5

В походе туристу деревом придавило ноги. Он в сознании и в таком состоянии находится уже более двух часов.

Выбери правильные ответы и расположи их в порядке очередности выполнения.

1. Поднять дерево и освободить ноги.

2. Не поднимать дерево и не тревожить пострадавшего до прибытия спасательных служб, даже если на их ожидание потребуются сутки.
3. Снять обувь и обложить ноги ниже препятствия бутылками и фляжками с горячей водой (воду согреть на костре).
4. Обложить ноги бутылками и фляжками, заполненными ледяной родниковой водой.
5. Туго забинтовать ноги до места препятствия.
6. Предложить обильное теплое питье (например, чай из термоса).
7. Исключить прием какой-либо жидкости.
8. Дать 2-3 таблетки анальгина.
9. Наложить защитные жгуты на бедра выше места сдавливания.
10. Постоянно растирать и массировать ноги до освобождения пострадавшего.
11. Наложить импровизированные шины от подмышек до пяток.
12. Наложить импровизированные шины от паховой складки до пяток.
- +13. Туго забинтовать ноги до паховых складок.
14. Переносить и перевозить пострадавшего на носилках даже при удовлетворительном самочувствии.

Приложение 51

Лечение ран и раневой инфекции

1. Оказание первой медицинской помощи при ранениях;
2. Выполнение перевязки инфицированной раны в зависимости от фазы раневого процесса;

Усовершенствовать навыки:

- составления набора инструментов для ПХО раны;
- наложения повязок на различные части тела;
- временной остановки кровотечений.

Приложение 52

Оказание помощи при термических поражениях

1. Выполните письменно следующие ситуационные задания:

1. Из окна второго этажа горящего дома выпрыгнул человек. Он катается по снегу, пытаясь сбить пламя. Его рубашка на спине уже перестала тлеть, под остатками ткани видна черная кожа с множеством влажных трещин и пузырей. *Выбери правильные ответы и расположи их в порядке очередности выполнения:*

- А. Снять с пострадавшего рубашку
- Б. Положить его на спину.
- В. Перевернуть на живот.
- Г. Набрать как можно больше пакетов со снегом и положить их на спину.
- Д. Удалить остатки одежды и промыть кожу чистой водой.
- Е. Обработать обожженную поверхность спиртом, одеколоном или водкой.
- Ж. Удалить остатки одежды и пузыри.
- З. Наложить на места ожогов стерильные повязки.
- И. Накрыть спину чистой простыней.
- К. Предложить пострадавшему две, три таблетки анальгина.
- Л. Густо посыпать место ожога мукой.
- М. Присыпать обожженную поверхность содой.
- Н. Предложить пострадавшему обильное теплое питье.

4 балла

2. *Что надо сделать в первую очередь при небольшом ожоге (покраснение кожи)?*

- А. Смазать место ожога спиртом или одеколоном, не накладывая повязку.
- Б. Наложить стерильную повязку.
- В. Подставить обожженное место под струю холодной воды.

1 балл

3. *Как поступить с одеждой при ожогах?*

- А. Оторвать прилипшие участки одежды.
- Б. Отрезать ее вокруг места поражения.
- В. Не трогать ее до прибытия врача.

1 балл

4. *Чего нельзя делать при сильных ожогах и образовании пузырей?*

- А. Давать пострадавшему как можно чаще пить.

- Б. Снимать сгоревшие или дымящиеся предметы, если они прилипли к пораженным участкам тела.
В. Укрывать пострадавшего проглаженной простыней или полотенцем.

1 балл

5. *Чего нельзя делать при сильном отморожении?*

- А. Растирать снегом отмороженные места.
Б. Закрывать отмороженные части тела мягкой повязкой.
В. Поднимать вверх пораженные части тела для уменьшения боли.

1 балл

6. *Что надо сделать в первую очередь при сильном перегревании (тепловом ударе)?*

- А. Дать холодное питье.
Б. На три, пять минут завернуть пострадавшего в мокрую простыню.
В. Положить больного, приподняв ему голову.

Приложение 53

Лечение острых и хронических заболеваний носа

Решить задачи

- Из каких отделов состоит наружный нос.
Назовите парные и непарные хрящи носа.
Кожный покров наружного носа содержит -
Расскажите о кровоснабжении носа.
Строение полости носа.
«Остиомеатальный комплекс» - это
Иннервация полости носа
Перечислите принососовые пазухи. Каково их клиническое значение.
Расскажите строение верхнечелюстной пазухи.
Расскажите строение пазухи решетчатой кости.
Расскажите строение лобной пазухи.
Расскажите строение клиновидной пазухи.
Кровоснабжение придаточных пазух.
Назовите основные функции носа и придаточных пазух.
Назовите основные методы диагностики нарушения функций носа.
Перечислите заболевания наружного носа.
Этиология и патогенез фурункула носа.
Клинические симптомы и диагностика фурункула носа.
Сестринский процесс при фурункуле носа.
Расскажите о рожистом воспалении носа.
Что такое сикоз преддверия носа.
Искривление перегородки носа.
Гематомы и абсцессы перегородки носа
Назовите причины носовых кровотечений.
Этиология, патогенез, клиника и диагностика ринита.
Перечислите формы хронического ринита.
Этиология, патогенез, клиника и диагностика гайморита.
Этиология, патогенез, клиника и диагностика фронтита.
Ожоги и отморожения наружного носа
Сестринский процесс при ожогах и отморожениях наружного носа
Глотка представляет собой....
В глотке можно выделить стенки. Опишите стенки глотки.
Какие отделы выделяют в полости глотки?
Расскажите строение носоглотки.
Расскажите строение ротоглотки.
Расскажите строение гортаноглотки.
Перечислите и опишите функции глотки.
Что из себя представляет лимфаденоидное глоточное кольцо. Назовите его функции.
Этиология, патогенез, клиника и диагностика острого фарингита.
Этиология, патогенез, классификация, клиника и диагностика ангины.
Перечислите возможные осложнения ангины.
Диагностика и лечение паратонзиллярного абсцесса.

Этиология, патогенез, клиника и диагностика хронического тонзилита.
 Гипертрофия носоглоточной миндалины (аденоиды)
 Инородные тела глотки.
 Гортань (Larynx) представляет собой
 Назовите парные и непарные хрящи гортани.
 Какой хрящ является основой скелета гортани. Расскажите его строение.
 Самый большой хрящ гортани это -. Расскажите его строение.
 Расскажите строение надгортанного хряща.
 Расскажите строение парных хрящей гортани.
 К основным связкам гортани относятся.....
 Клиническая анатомия трахеи и пищевода.
 Назовите и опишите функции гортани.
 Этиология, патогенез, клиника и диагностика острого катарального ларингита.
 Клиника и диагностика подскладочного ларингита (ложного крупа).
 Этиология, патогенез, клиника и диагностика гортанной ангины.
 Этиология, патогенез, клиника и диагностика стеноза гортани.
 Инородные тела гортани.
 Инородные тела трахеи.
 Расскажите клиническую анатомию наружного уха.
 Кровоснабжение наружного уха.
 Иннервация наружного уха.
 Строение и функции барабанной перепонки.
 Клиническая анатомия среднего уха.
 Кровоснабжение и иннервация среднего уха.
 Клиническая анатомия внутреннего уха.
 Кровоснабжение и иннервация внутреннего уха.
 Назовите и опишите функции уха.
 Функция вестибулярного аппарата.
 Клиника и диагностика фурункула наружного слухового прохода.
 Клиника и диагностика серной пробки.
 Инородные тела наружного слухового прохода.
 Перечислите заболевания среднего уха.
 Основные клинические симптомы и методы диагностики заболеваний среднего уха.
 Перечислите заболевания внутреннего уха.
 Основные клинические симптомы и методы диагностики заболеваний внутреннего уха.
 1. Хоана – это:
 а) задние отделы верхнего носового хода
 б) отверстие из полости носа в носоглотку
 в) задние отделы нижнего носового хода
 г) задние отделы общего носового хода
 2. Отток крови наружного носа происходит в:
 а) глазничную вену
 б) переднюю лицевую вену
 в) щитовидную вену
 г) язычную вену
 3. Глабелла – это:
 а) точка над передней носовой осью
 б) зона перехода корня носа к уровню бровей
 в) область спинки носа
 г) зона передней выступающей части подбородка
 4. Сошник входит в состав стенки полости носа:
 а) верхней
 б) нижней
 в) латеральной
 г) медиальной
 5. Толщина продырявленной пластинки решетчатой кости:
 а) 1 мм
 б) 2 – 3 мм

- в) 4 – 5 мм
 - г) 5 – 6 мм
6. Носовые раковины находятся на стенке полости носа:
- а) верхней
 - б) нижней
 - в) латеральной
 - г) медиальной
7. В состав наружной стенки полости носа входит:
- а) носовая кость
 - б) лобная, теменные кости
 - в) основная кость
 - г) небная кость
8. В состав верхней стенки полости носа не входит:
- а) лобная кость
 - б) небная кость
 - в) носовая кость
 - г) основная кость
9. В полости носа имеются носовые раковины:
- а) верхняя, нижняя, средняя
 - б) верхняя, нижняя, латеральная
 - в) только верхняя, нижняя
 - г) медиальная, латеральная
10. Наиболее крупными из околоносовых пазух носа являются:
- а) лобные
 - б) решетчатые
 - в) верхнечелюстные
 - г) клиновидные
11. У взрослого человека обычно бывает развито придаточных пазух:
- а) 4
 - б) 6
 - в) 8
 - г) 10
12. У новорожденного ребенка имеется околоносовых пазух:
- а) 1
 - б) 2
 - в) 3
 - г) 4
13. Воздухоносными являются околоносовые пазухи:
- а) только верхнечелюстные
 - б) только решетчатые
 - в) только передние и средние клетки решетчатой кости
 - г) все околоносовые пазухи
14. Решетчатый лабиринт отделен от передней черепной ямки:
- а) ситовидной пластинкой
 - б) бумажной пластинкой
 - в) горизонтальной пластинкой небной кости
 - г) носовой раковиной
15. Наиболее толстой из стенок лобной пазухи является:
- а) передняя
 - б) нижняя
 - в) медиальная
 - г) задняя

Приложение 54

Лечение миопии, косоглазия, амблиопии

1. Продемонстрировать методику определения остроты зрения при помощи таблицы Сивцева
2. Методика использования корректирующих линз

3. Выписывание рецептов на очки
4. Методика наложения мази на глаза

Синквейн – это «стихотворение», состоящие из пяти строк. В синквейне человек высказывает свое отношение к проблеме.

Порядок написания синквейна:

Первая строка – одно ключевое слово, определяющее содержание синквейна.

Вторая строка – два прилагательных, характеризующих данное понятие.

Третья строка – три глагола, показывающих действие понятия.

Четвертая строка – короткое предложение, в котором автор высказывает свое отношение.

Пятая строка – одно слово, обычно существительное, через которое человек выражает свои чувства, ассоциации, связанные с данным понятием.

Составить кластер на слово:

Глаукома Врожденная глаукома

Заболевание

Снижение остроты зрения

Ограничение поля зрения

Инвалидность

Приступ глаукомы

Составить синквейн на слово:

Глаукома Закрывтоугольная глаукома

Заболевание

Снижение остроты зрения

Ограничение поля зрения

Инвалидность

Приступ глаукомы

ЗАДАЧА № 1.

Больная 72 лет находилась на лечении в урологическом отделении по поводу мочекаменной болезни. После инъекции атропина появились сильные боли в левом глазу, резко ухудшилось зрение. Объективно: острота зрения левого глаза - 0,01, глаз плотный, но безболезненный при пальпации, застойная инъекция сосудов глазного яблока, роговица мутная. Поставьте диагноз.

Назначьте лечение

Острый приступ первичной глаукомы левого глаза

ЗАДАЧА № 2.

Во время Вашего ночного дежурства у санитарки второго поста, пожилой пенсионерки, внезапно случился приступ резких головных болей с иррадиацией в левый глаз, которым, по словам больной, она последнее время видела плохо. Имела место рвота, пульс замедлен, АД 180/100 мм ртутного столба, что, впрочем, не редкость для больной. При внешнем осмотре вы смогли обнаружить умеренное сужение левой глазной щели, покраснение левого глазного яблока, мутный и расширенный зрачок слева, который почти не реагирует на свет. Больная различает этим глазом лишь свет от лампочки.

Учитывая и то обстоятельство, что больная за несколько дней до этого приступа перенесла на ногах острое респираторное заболевание, попробуйте поставить предположительный диагноз.

1. Острый иридоциклит

2. Кровоизлияние в полость глазного яблока

3. Острый приступ глаукомы

ЗАДАЧА № 3.

В глазном отделении межрайонной больницы находится на обследовании женщина средних лет, у которой со стороны левого глаза выявлено следующее: острота зрения 1,0, поле зрения в норме; периодически – боли в глазу, сопровождающиеся «затуманиванием» зрения, появлением радужных кругов вокруг источника света, повышением внутриглазного давления до 43- 46 мм ртутного столба. Эти обострения довольно быстро снимаются закапыванием 1% раствора пилокарпина через каждые 2 -3 часа в сочетании с инстилляциями раствора армина – утром и вечером. Второй глаз клинически здоров.

Как вы решите поступить в данном случае?

1. Выписать больную на амбулаторное лечение

2. Предложить больной операцию

Методы лечения злокачественных новообразований

1. Описать методы психологической помощи пациентам и родственников
2. Методика наблюдения за пациентами

Паллиативная помощь онкологическим больным

Занятие №1. Организация паллиативной помощи в РФ. Нормативные документы. Организация паллиативной помощи пациентам с различными формами злокачественных новообразований.

1. Паллиативная помощь – это
3. Оказание паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией регулируется соответствующим положением
4. приказ № 1343н называется
5. В Федеральном законе от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определено
6. Хоспис - это
7. Выездная (патронажная) служба оказывает помощь
8. Больные попадают в хоспис по направлению лечащего врача онкодиспансера или районного онколога по месту жительства на основании:
 - а) _____
 - б) _____
 - в) _____
9. Основные положения концепции хосписов
10. Принципы ВОЗ по лечению боли
11. Кому нужна паллиативная помощь
12. Что входит в обязанности сестры милосердия
13. Лечение боли

4 семестр

**Программа проведения промежуточной аттестации в форме экзамена
по МДК.02.01 Лечение пациентов терапевтического профиля****1. Общие положения**

Целью промежуточной аттестации по МДК 02.02 Лечение пациентов хирургического профиля является определение степени соответствия качеству образования студентов требованиям ФГОС СПО.

Процедура промежуточной аттестации по МДК 02.02 Лечение пациентов хирургического профиля является разрабатывается академией самостоятельно и доводится до сведения обучающихся в течение первых двух месяцев от начала обучения. Промежуточная аттестация проводится в виде экзамена.

Для проведения промежуточной аттестации обучающихся преподавателем созданы фонды оценочных средств.

Содержание материалов промежуточной аттестации по МДК 02.02 Лечение пациентов хирургического профиля является отвечает требованиям ФГОС 31.02.01 Лечебное дело.

Результаты экзамена обучающихся 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 проходимого 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 экзамена по МДК 02.02 Лечение пациентов хирургического профиля является проверяется путем наблюдения.

Экзамен по МДК 02.02 Лечение пациентов хирургического профиля является проводится непосредственно после завершения освоения программы дисциплины.

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 по

МДК 02.02 Лечение пациентов хирургического профиля является Экзамен – это форма оценки знаний, умений и практического опыта, навыков самостоятельной работы, способности применять их в решении практических задач, проверка уровня сформированности общих и профессиональных компетенций полученных обучающимися в процессе изучения междисциплинарного курса МДК 02.02 Лечение пациентов хирургического профиля является

Расписание экзаменов утверждается ректором и доводится до сведения преподавателей и обучающихся не позднее, чем за две недели до начала экзаменов.

Экзамены проводятся в период промежуточной аттестации или в специально отведенные дни, установленные календарным учебным графиком согласно утвержденному расписанию экзаменов.

Перед экзаменом планируется проведение консультаций за счет общего числа консультационных часов на группу.

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

Экзаменационные материалы, составленные на основе актуальных разделов и тем рабочей программы междисциплинарного курса МДК 02.02 Лечение пациентов хирургического профиля отражены в фонде оценочных средств.

К экзаменационным материалам относятся: экзаменационные вопросы, задачи, ситуации, тесты. Формулировки вопросов четкие, понятные, исключающие двойное толкование.

На основе разработанного и объявленного обучающимся перечня вопросов и практических задач, ситуаций, рекомендуемых для подготовки к экзамену, составлены экзаменационные билеты, содержание которых до обучающихся не доводится. Вопросы и практические задачи носят равноценный характер.

Количество заданий в экзаменационных билетах два. Количество экзаменационных билетов больше числа обучающихся в учебной группе.

К началу экзамена подготовлены следующие документы:

- программа промежуточной аттестации;
- экзаменационные билеты (и /или экзаменационные материалы);
- наглядные пособия, материалы справочного характера, нормативные документы и образцы, разрешенные к использованию на экзамене;
- журнал учебной группы;
- зачетно-экзаменационная ведомость;
- зачетные книжки.

Экзамен принимается, преподавателем, который вел учебные занятия по дисциплине МДК 02.02 Лечение пациентов хирургического профиля является в экзаменуемой группе. На сдачу устного экзамена предусматривается не более одной трети академического часа на каждого обучающегося, на сдачу письменного экзамена – не более шести академических часов на учебную группу.

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

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

Во время сдачи устного экзамена в аудитории может находиться одновременно не более 6 обучающихся. На выполнение задания по экзаменационному билету, обучающемуся отводится не более 1 академического часа. После ответа на вопросы экзаменационного билета обучающемуся могут быть заданы дополнительные вопросы в пределах учебного материала, вынесенного на экзамен.

Обучающийся, испытывающий затруднения при подготовке к ответу по выбранному билету, имеет право на второй билет с соответствующим продлением времени на подготовку к ответу. При окончательной оценке ответа оценка снижается на один балл. Выдача третьего билета не разрешается.

С целью повышения оценки допускается повторное прохождение промежуточной аттестации, но не более чем по трем учебным предметам, дисциплинам, междисциплинарным курсам, профессиональным модулям. Для этого обучающийся пишет заявление на имя ректора, которое визируют куратор, заместитель ректора по учебной работе.

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

В случае неявки обучающегося на экзамен, преподавателем делается в зачетно-экзаменационной ведомости отметка «не аттестован».

Хорошо успевающим обучающимся, выполнившим лабораторные, практические занятия по дисциплинам, междисциплинарным курсам текущего семестра и не имеющим задолженности по дисциплинам, междисциплинарным курсам, не выносимым на экзаменационную сессию, может быть разрешена сдача экзаменов досрочно, без освобождения обучающихся от текущих учебных занятий. Досрочная сдача разрешается только при наличии приказа ректора академии.

Академия определяет перечень наглядных пособий, материалов справочного характера, нормативных документов и различных образцов, которые разрешены к использованию на экзамене. Программа экзамена, содержащая задания на его проведение включена в фонд оценочных средств.

Результаты экзаменов (полученные оценки) сообщаются обучающимся в день сдачи устного экзамена.

3. Условия проведения

Место проведения комплексного экзамена: кабинет спецдисциплин (аудитория 105).

Максимальное время выполнения задания: 40 мин.

Оборудование: бумага, ручка.

Оценочные средства для проведения промежуточной аттестации в форме экзамена

1. Анестезия. Виды анестезии. Стадии и уровни классического наркоза.
2. Гемостаз. Классификация, клиника, осложнения кровотечения.
3. Асептика. Определение. Пути проникновения экзогенной и эндогенной инфекции в рану.

Методы профилактики

4. Антисептика. Определение. Виды антисептики. Основные группы антисептических средств
5. Устройство хирургического отделения, операционно-перевязочного блока, виды уборки

6. Показания к переливанию крови (абсолютные, относительные). Методы гемотрансфузии (непрямое переливание, прямое переливание, аутогемотрансфузия).

7. Компоненты и препараты крови. Кровезаменители. Посттрансфузионные реакции и осложнения, первая доврачебная помощь при них

8. Травматический шок. Фазы шока. Первая медицинская помощь при травматическом шоке.

9. Десмургия. Классификация повязок. Повязка, перевязка, перевязочный материал. Правила наложения бинтовых повязок

10. Термический ожог. Клиническая картина. Ожоговая болезнь. Определение площади ожогов. Первая медицинская и доврачебная помощь.

11. Отморожение. Клиническая картина. Первая медицинская и доврачебная помощь. Принципы лечения.

12. Травмы брюшной полости. Диагностика. Клиника. Лечение. Первая врачебная помощь

13. Виды операций, их цели. Периоперативный период. Премедикация. Подготовка операционного поля.

14. Мочекаменная болезнь. Этиология. Клиника. Лечение. Первая помощь при приступе почечной колики.

15. Виды заживления ран. Фазы течения раневого процесса. Особенности лечения гнойных ран.

16. Разрыв связок, мышц, сухожилий, нервов. Клиника, Диагностика. Лечение.

17. Некроз. Виды некроза. Пролежни, принципы лечения

18. Гнойная хирургическая инфекция. Этиология. Классификация. Местное и общее клиническое течение процессов. Гнойнохирургические заболевания пальцев и кисти рук.

19. Анаэробная, клостридиальная, раневая хирургическая инфекция. Столбняк. Газовая гангрена. Этиология. Клиника. Лечение. Профилактика.

- 20.Сепсис. Этиология. Клиника. Лечение.
21.Осложнения язвенной болезни желудка и 12п кишки. Этиология. Клиника. Лечение.
22.Острый аппендицит. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
23.Хирургические заболевания прямой кишки (геморрой, трещины прямой кишки, парапроктит)
Этиология. Клиника, Диагностика. Лечение.
24.Кишечная непроходимость. Этиология. Клиника. План обследования. Лечение
25.Перитонит. Этиология. Классификация. Диагностика. Клиника. Лечение.
26.Синдром нарушения кровообращения. Клиника. Лечение. Профилактика.
27.Заболевания периферических артерий. Клиника. Диагностика. Лечение.

Приложение 58

5 семестр

Программа проведения промежуточной аттестации (дифференцированного зачета)

1. Общие положения

Целью дифференцированного зачета по дисциплине МДК 02.02 Лечение пациентов хирургического профиля является оценка степени соответствия качеству образования студентов требованиям ФГОС СПО.

Дифференцированный зачет обеспечивает оперативное управление образовательной деятельностью обучающихся.

Проведение дифференцированного зачета по дисциплине МДК 02.02 Лечение пациентов хирургического профиля предполагает:

- на уровне обучающегося – оценивание достижений МДК 02.01 МДК. 02.01 Лечение пациентов терапевтического профиля 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 дисциплине МДК 02.02 Лечение пациентов хирургического профиля разработана академией самостоятельно и доведена до сведения обучающихся в течение первых двух месяцев от начала обучения.

Содержание материалов дифференцированного зачета по МДК 02.02 Лечение пациентов хирургического профиля определяется преподавателем и отвечает требованиям предусмотренных ФГОС.

Результаты дифференцированного зачета по дисциплине МДК 02.02 Лечение пациентов хирургического профиля 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 проходимого 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.

02.01 Лечение пациентов терапевтического профиля проверяется путем наблюдения.

Дифференцированный зачет по дисциплине МДК 02.02 Лечение пациентов хирургического профиля 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 02.02 Лечение пациентов хирургического профиля. Дифференцированный зачет проводится в форме письменного тестирования обучающихся. Тестовые задания составляются на основе рабочей программы по МДК 02.02 Лечение пациентов хирургического профиля, 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). В зачетную книжку неудовлетворительная оценка не выставляется.

3. Условия выполнения заданий

Максимальное время выполнения задания: 90 минут

Оборудование: бумага, ручка

Критерии оценки результатов:

100% - 95% (24-23) верных ответов - оценка «отлично»

95% – 75% (22-18) верных ответов - оценка «хорошо»

75% – 50% (17-12) верных ответов - оценка «удовлетворительно»

менее 50% (11) верных ответов - оценка «неудовлетворительно»

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

1. Для инфильтрационной анестезии по Вишневскому используют

- а) 1% раствор лидокаина
- б) 1% раствор новокаина
- в) 0,25% раствор новокаина
- г) 1% раствор тримекаина

2. Анестетик для местного обезболивания

- а) лидокаин
- б) фторотан
- в) закись азота
- г) оксибутират натрия

3. Проводниковую анестезию при вскрытии панариция проводят раствором новокаина

- а) 0,25%
- б) 0,5 %
- в) 1%
- г) 5%

4. Премедикация проводится при плановых операциях

- а) за 2 часа до операции
- б) непосредственно перед операцией
- в) за сутки до операции
- г) за 40 мин. до операции

5. При проведении премедикации перед общим обезболиванием используют

- а) анальгин, но-шпа
- б) димедрол, папаверин
- в) анальгин, аминазин
- г) атропин, промедол

6. Для ингаляционного наркоза применяют

- а) калипсол
- б) дроперидол
- в) закись азота
- г) оксибутират натрия

7. II стадия наркоза - это стадия

- а) хирургического сна
- б) возбуждения
- в) анальгезии
- г) пробуждения

8. Хирургические операции на брюшной полости осуществляют в стадии наркоза

- а) I
- б) II
- в) III
- г) IV

9. При аппендэктомии и грыжесечении применяют анестезию

- а) по Лукашевичу-Оберсту
- б) охлаждением в) инфильтрационную
- г) по Школьникову

10. Для перидуральной анестезии применяется

- а) ультракаин
- б) тримекаин
- в) дикаин
- г) 0,25 раствор новокаина

11. Антидот при передозировке новокаина,

- а) адреналин
- б) амилнитрит
- в) эфедрин
- г) кофеин

12. Для в/венного наркоза применяют

- а) трилен

- б) лидокаин
- в) тиопентал натрия
- г) фторотан

13. Концентрация новокаина для паранефральной блокады,

- а) 5%
- б) 0,25%
- в) 1%
- д) 10%

14. Наркотические вещества при ингаляционном наркозе вводят,

- а) внутривенно
- б) внутримышечно
- в) через дыхательные пути
- г) ректально

15. Стадия эфирного наркоза, при которой сознание больного уже полностью исключено,

- а) III
- б) IV
- в) I
- г) II

16. Для профилактики гиперсаливации и гиперсекреции трахеобронхиального дерева перед наркозом вводят раствор

- а) атропина
- б) димедрола
- в) анальгина
- г) промедола

17. При спинномозговой анестезии анестезирующее вещество вводится в

- а) субарахноидальное пространство
- б) перидуральное пространство
- в) вещество спинного мозга
- г) футляры мышц

18. Адсорбер в наркозном аппарате необходим для

- а) поглощения влаги
- б) поглощения углекислоты
- в) подогрева газонаркозной смеси
- г) поглощения анестетика

19. Эфир вызывает,

- а) нарушение проводимости сердца
- б) раздражение слизистой оболочки дыхательных путей
- в) метаболический ацидоз
- г) артериальную гипотензию

20. При анестезии смазыванием применяют раствор новокаина,

- а) 0,5%
- б) 1%
- в) 2%
- г) 10%

21. Фактор риска при местной анестезии

- а) дефицит массы тела
- б) злоупотребление алкоголем
- в) аллергия на анестетики
- г) характер питания

22. Перед эндоскопическим методом обследования чаще применяется анестезия

- а) смазыванием и орошением
- б) охлаждением
- в) инфильтрационная
- г) по Оберсту-Лукашеви

6 семестр

**Оценочные средства для проведения экзамена
по МДК 02.02. Лечение пациентов хирургического профиля**

1. Понятие о хирургии. Основные этапы развития мировой и отечественной хирургии. Роль Н.И. Пирогова в развитии русской хирургии. Организация хирургической помощи в РФ. Основные виды хирургических отделений и учреждений. Хирургическая деятельность фельдшера.
2. Понятие об антисептике. Виды антисептики. Важнейшие антисептические средства. Способы подготовки операционного поля и рук хирурга к операции.
3. Асептика, ее цели. Мероприятия по профилактике воздушной и капельной инфекции в хирургическом стационаре. Виды стерилизации. Методы контроля стерильности.
4. Местная анестезия, ее виды. Препараты для местной анестезии; возможные осложнения.
5. Ингаляционный наркоз, его виды. Показания и противопоказания к наркозу. Основные препараты, применяющиеся для наркоза, нейролептанальгезия; понятие о миорелаксантах. Подготовка пациента к наркозу. Осложнения посленаркозного периода.
6. Неингаляционный наркоз, его виды. Препараты для наркоза. Показания и противопоказания, подготовка пациента к наркозу. Профилактика осложнений послеоперационного периода.
7. Методы определения группы крови и резус – фактора у человека. Методика проведения проб на индивидуальную, биологическую и резус-совместимость перед переливанием крови.
8. Переливание крови в современной медицине. Понятие о группах крови и резус- факторе. Показания и противопоказания к донорству и переливанию крови. Способы переливания крови. Источники получения крови, условия ее хранения. Визуальное определение годности крови к переливанию.
9. Осложнения при переливании крови. Их профилактика и принципы лечения. Наблюдение и уход за больными после переливания крови. Кровезамещающие жидкости. Классификация. Показания к применению.
10. Кровотечения: виды, классификация, местные и общие симптомы. Осложнения кровотечений, первая помощь. Способы временного гемостаза при различных видах кровотечений. Методы окончательного гемостаза при кровотечениях.
11. Предоперационный период, его цели и задачи. Виды операций. Подготовка пациентов к плановым и экстренным операциям.
12. Послеоперационный период, его цели и задачи. Возможные ранние и поздние послеоперационные осложнения, меры их профилактики. Роль среднего медперсонала в проведении послеоперационного периода.
13. Местная хирургическая инфекция: фурункул, карбункул, фурункулез. Причины возникновения, клиника, принципы лечения.
14. Местная хирургическая инфекция: абсцесс, флегмона, причины, клиника, принципы лечения.
15. Местная хирургическая инфекция: рожистое воспаление, причины, виды, клиника, принципы лечения.
16. Сепсис: классификация, причины. Клиническая картина, принципы лечения.
17. Острая анаэробная инфекция: газовая гангрена. Клиника; диагностика; профилактика; принципы лечения; особенности ухода за больными.
18. Острая анаэробная инфекция: столбняк. Клиника, диагностика, профилактика, принципы лечения и особенности ухода за больными столбняком.
19. Воспалительные заболевания мягких тканей головы и лица; клиника, принципы лечения.
20. Рубцовый стеноз привратника, причины, клиника, методы диагностики, принципы лечения.
21. Инородные тела трахеи и пищевода; клиника; первая помощь; методы диагностики, принципы лечения.
22. Кровотокающая язва желудка: клиника, первая помощь, принципы лечения.
23. Перфоративная язва желудка: клиника, первая помощь, методы диагностики, принципы лечения.
24. Перитонит; клиника, первая помощь, транспортировка, методы диагностики, принципы лечения, особенности ухода за пациентом в послеоперационном периоде.
25. Желчнокаменная болезнь, причины, клиника, методы диагностики, методы лечения. Тактика фельдшера при печеночной колике.
26. Грыжи живота: виды, причины возникновения, клиника, диагностика, принципы лечения. Тактика фельдшера при ущемленной грыже.
27. Острый аппендицит; клиника, первая помощь, методы диагностики, принципы лечения. Особенности течения и диагностики у детей, пожилых людей и беременных женщин.
28. Кишечная непроходимость: классификация, клиника, первая помощь, принципы лечения.
29. Мочекаменная болезнь; причины, клиника, диагностика, принципы лечения. Тактика фельдшера при почечной колике.
30. Геморрой: причины, клиника, принципы лечения. Особенности предоперационной подготовки и послеоперационный уход.

31. Заболевания сосудов нижних конечностей: варикозное расширение вен, тромбофлебит. Причины возникновения, клиника, диагностика, принципы лечения.
32. Заболевания сосудов нижних конечностей: облитерирующий эндартериит, атеросклероз. Причины возникновения, клиника, методы диагностики, принципы лечения.
33. Ожоги. Понятие об ожогах. Виды ожогов. Степени. Общие и местные проявления при ожогах. Определение площади ожога. Первая помощь.
34. Ожоги пищевода: клиника, первая помощь, принципы лечения. Возможные осложнения, их диагностика и принципы лечения.
35. Отморожение. Клиника. Периоды и степени отморожения. Первая медицинская помощь при холодовой травме и профилактика осложнений.
36. Раны. Классификация. Характеристика отдельных видов ран. Первая доврачебная и хирургическая помощь при ранениях, общее и местное лечение ран. Сроки снятия первичных и вторичных швов.
37. Ранения мягких тканей головы и лица: симптомы, первая помощь, принципы лечения.
38. Переломы конечностей. Классификация. Диагностика. Консервативное и оперативное лечение.
39. Компрессионные переломы позвоночника. Клиника. Диагностика. Транспортировка. Лечение.
40. Переломы ребер. Причины и механизм возникновения. Клиника. Диагностика. Первая, доврачебная помощь. Транспортировка.
41. Переломы черепа. Механизм. Диагностика. Клиника. Доврачебная помощь и правила транспортировки.
42. Переломы конечностей. Консервативное и оперативное лечение. Осложнения при переломах. Уход за больными с переломами конечностей. Реабилитация больных с переломами конечностей.
43. Гипсовая повязка. Свойства. Виды. Показания к наложению. Определение качества гипса. Роль фельдшера в профилактике осложнений. Уход за гипсовой повязкой.
44. Транспортная иммобилизация при травмах. Показания. Правила наложения шин. Осложнения.
45. Закрытые травмы: ушибы, растяжения и разрывы. Причины, механизм возникновения, клиника, первая медицинская и доврачебная помощь.
46. Травматические вывихи. Диагностика. Клиника. Приемы вправления вывихов плеча и нижней челюсти.
47. Синдром длительного сдавления. Клиника. Диагностика. Первая помощь.
48. Электротравма. Клиника. Диагностика. Первая и доврачебная помощь. Транспортировка. Уход за больными с электротравмой.
49. Травматический шок. Диагностика. Клиника. Основные критерии оценки тяжести шока.
50. Сотрясение. Ушиб. Сдавление головного мозга. Диагностика. Клиника. Особенности. Первая и доврачебная помощь. Транспортировка. Уход за больными.
51. Осложненные повреждения грудной клетки. Клиника. Диагностика. Первая и доврачебная помощь. Лечение. Плевропульмональный шок.
52. Закрытые и открытые травмы живота; клиника; первая помощь; транспортировка; методы диагностики и принципы лечения.
53. Врожденная хирургическая патология головы и лица и методы ее коррекции.
54. Врожденная хирургическая патология шеи: кривошея; кисты и свищи клиника, диагностика, методы ее коррекции.
55. Врожденная урологическая патология: крипторхизм и фимоз. Клиника, осложнения, принципы лечения.
56. Доброкачественные опухоли, классификация. Общие принципы ранней диагностики. Принципы лечения и профилактики.
57. Злокачественные опухоли, классификация. Общие принципы ранней диагностики. Принципы лечения и профилактики.
58. Рак молочной железы. Общие принципы ранней диагностики. Принципы лечения и профилактики.
59. Рак легкого. Общие принципы ранней диагностики. Принципы лечения и профилактики.
60. Рак прямой кишки. Общие принципы ранней диагностики. Принципы лечения и профилактики.

Практические манипуляции

1. Наложить повязку Дезо
2. Наложить повязку «чепец»
3. Наложить крестообразную повязку на затылок 4. Наложить повязку «уздечка»
5. Наложить повязку «перчатка»

6. Наложить крестообразную повязку на грудную клетку.
7. Наложить повязку на оба глаза
8. Наложить спиральную повязку на грудную клетку
9. Наложить повязку на ухо 10. Наложить расходящуюся черепашью повязку на локтевой сустав
11. Наложить сходящуюся черепашью повязку на локтевой сустав
12. Наложить спиралевидную повязку на палец с фиксацией.
13. Наложить повязку «варежка» 14. Наложить косыночную повязку на голову
15. Наложить косыночную повязку для фиксации верхней конечности
16. Наложить возвращающуюся повязку на палец.
17. Наложить повязку на лучезапястный сустав
18. Наложить кровоостанавливающий жгут на нижнюю треть плеча 19. Наложить жгут-закрутку на плечо
20. Наложить жгут с противоупором при повреждении сонной артерии 21. Провести пальцевое прижатие сонной артерии
22. Провести пальцевое прижатие подключичной артерии 23. Провести транспортную иммобилизацию конечности при переломе голени 24. Провести транспортную иммобилизацию конечности при переломе предплечья
25. Провести транспортную иммобилизацию конечности при переломе плеча
26. Провести транспортную иммобилизацию конечности при переломе бедра
27. Составить набор инструментов для наложения швов
28. Составить набор инструментов для снятия швов.
29. Составить набор инструментов для ПХО раны 30. Составить набор инструментов для вскрытия гнойной полости

МДК 02.03 Оказание акушерско – гинекологической помощи

Приложение 60

1. Алгоритм действия при физиологических родах
2. Описать первичный туалет новорожденного
3. Подготовка программы тренинга при переднем виде затылочного предлежания
- 4.

Приложение 61

1. Описать алгоритм оказания помощи при гестозах беременных
2. Составить программу тренинга оказания помощи при тяжелых гестозах, преждевременных родах

Приложение 62

Проведения обследования и лечения беременных с экстрагенитальными заболеваниями Задания для самостоятельной работы

Задача 1

Пациентка И., 26 лет. Диагноз беременность 8 недель. Назначены занятия ЛФК.

Задания

1. Заполните таблицу, используя данные ситуационной задачи.
Режим двигательной активности
Лечебный вариант ЛФК
Режим энергетических затрат
Время занятия
Исходное положение пациента
Темп выполнения ДФУ
Используемые средства ЛФК
2. Обучите пациентку выполнению методики произвольной экономизации дыхания.
3. Обучите пациентку динамическим физическим упражнениям. (комплекс ЛФК записать)

Задача 2

Пациентка Я., 19 лет. Диагноз беременность 22 недели. Назначены занятия ЛФК.

Задания

4. Заполните таблицу, используя данные ситуационной задачи.
Режим двигательной активности
Лечебный вариант ЛФК
Режим энергетических затрат

Время занятия

Исходное положение пациента

Темп выполнения ДФУ

Используемые средства ЛФК

5. Обучите пациентку выполнению методики произвольной экономизации дыхания.
6. Обучите пациентку динамическим физическим упражнениям. (комплекс ЛФК записать)

Задача 3

Пациентка Н., 37 лет. Диагноз беременность 32 недели. Назначены занятия ЛФК.

Задания

7. Заполните таблицу, используя данные ситуационной задачи.

Приложение 63

Проведение обследования и диагностика невынашивания и перенашивания беременности

1. Составить программу тренинга при преждевременных родах
2. Запланировать уход за новорожденным

Приложение 64

Введение родов при тазовых предлежаниях плода

Задача №1.

В родильном блоке находится первородящая 20 лет. Схватки начались 7 часов назад, через 4—5 минут по 35—40 сек. средней силы. Беременность протекала удовлетворительно. Роды в срок. Соматически здорова.

Объективно: рост 164 см, вес 67 кг. А/Д 120/80, 115/80 мм рт. ст. Пульс 78 уд. в мин. Размеры таза: 25—27, 5—31—20 см. ВДМ 36 см. окр. живота 96 см. Положение плода продольное, предлежат ягодичы, прижаты ко входу в таз. Сердцебиение ритмичное, 140 уд. в мин.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей, шейка сглажена, края ее эластичные, открытие зева 5 см. Плодный пузырь цел. Ягодицы во входе в таз. Межвертельная линия в левом косом размере таза. Мыс не достигается. Деформаций таза нет.

1. Поставьте диагноз.
2. Акушерская тактика.
3. Какие осложнения возможны в периоде изгнания при тазовом предлежании?
4. Какие вы знаете разновидности тазовых предлежаний?
5. частота тазовых предлежаний?

Эталон ответа

1. Срочные роды I, I период родов, тазовое предлежание. I слабость родовой деятельности.
2. Амниотомия, роды вести консервативно следить за состоянием плода, характером родовой деятельности. При наложении акушерской патологии экстренное родоразрешение операцией кесарева сечение

Приложение 65

Лечение и уход неотложной помощи при акушерском травматизме

1. Описать алгоритм ручного обследования полости матки
2. Изучить технику наложение швов при разрывах

Приложение 66

1. Описать алгоритм лечения и ухода за пациентами с гнойно – септических послеродовых заболеваний
2. Составить алгоритм снятия швов и обработки гнойных ран

Приложение 67

Лечение и неотложная помощь при нарушении полового цикла

1. Алгоритм оказания помощи при дисфункциональных маточных кровотечениях
2. Алгоритм диспансеризации
3. Описать методы лечения гинекологических больных с воспалительными заболеваниями

Приложение 68

Подготовка к операции гинекологических больных

1. Составить план действия фельдшера до и после гинекологической операции
2. Алгоритм действия при неотложных ситуациях

**Программа проведения промежуточной аттестации в форме экзамена
по МДК.02.01 Лечение пациентов терапевтического профиля**

1. Общие положения

Целью промежуточной аттестации по МДК 02.03. Оказание акушерско – гинекологической помощи является определение степени соответствия качеству образования студентов требованиям ФГОС СПО.

Процедура промежуточной аттестации по МДК 02.03. Оказание акушерско – гинекологической помощи является разрабатывается академией самостоятельно и доводится до сведения обучающихся в течение первых двух месяцев от начала обучения. Промежуточная аттестация проводится в виде экзамена.

Для проведения промежуточной аттестации обучающихся преподавателем созданы фонды оценочных средств.

Содержание материалов промежуточной аттестации по МДК 02.03. Оказание акушерско – гинекологической помощи отвечает требованиям ФГОС 31.02.01 Лечебное дело.

Результаты экзамена обучающихся 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 проходимого 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 экзамена по МДК 02.03. Оказание акушерско – гинекологической помощи является проверяется путем наблюдения.

Экзамен по МДК 02.03. Оказание акушерско – гинекологической помощи является проводится непосредственно после завершения освоения программы дисциплины.

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 по

МДК 02.03. Оказание акушерско – гинекологической помощи

Экзамен – это форма оценки знаний, умений и практического опыта, навыков самостоятельной работы, способности применять их в решении практических задач, проверка уровня сформированности общих и профессиональных компетенций полученных обучающимися в процессе изучения междисциплинарного курса МДК 02.03. Оказание акушерско – гинекологической помощи является

Расписание экзаменов утверждается ректором и доводится до сведения преподавателей и обучающихся не позднее, чем за две недели до начала экзаменов.

Экзамены проводятся в период промежуточной аттестации или в специально отведенные дни, установленные календарным учебным графиком согласно утвержденному расписанию экзаменов.

Перед экзаменом планируется проведение консультаций за счет общего числа консультационных часов на группу.

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

Экзаменационные материалы, составленные на основе актуальных разделов и тем рабочей программы междисциплинарного курса МДК 02.03. Оказание акушерско – гинекологической помощи отражены в фонде оценочных средств.

К экзаменационным материалам относятся: экзаменационные вопросы, задачи, ситуации, тесты. Формулировки вопросов четкие, понятные, исключающие двойное толкование.

На основе разработанного и объявленного обучающимся перечня вопросов и практических задач, ситуаций, рекомендуемых для подготовки к экзамену, составлены экзаменационные билеты, содержание которых до обучающихся не доводится. Вопросы и практические задачи носят равноценный характер.

Количество заданий в экзаменационных билетах два. Количество экзаменационных билетов больше числа обучающихся в учебной группе.

К началу экзамена подготовлены следующие документы:

- программа промежуточной аттестации;
- экзаменационные билеты (и /или экзаменационные материалы);
- наглядные пособия, материалы справочного характера, нормативные документы и образцы, разрешенные к использованию на экзамене;
- журнал учебной группы;
- зачетно-экзаменационная ведомость;
- зачетные книжки.

Экзамен принимается, преподавателем, который вел учебные занятия по дисциплине МДК 02.02 Лечение пациентов хирургического профиля является в экзаменуемой группе. На сдачу устного экзамена предусматривается не более одной трети академического часа на каждого обучающегося, на сдачу письменного экзамена – не более шести академических часов на учебную группу.

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

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

Во время сдачи устного экзамена в аудитории может находиться одновременно не более 6 обучающихся. На выполнение задания по экзаменационному билету, обучающемуся отводится не более 1 академического часа. После ответа на вопросы экзаменационного билета обучающемуся могут быть заданы дополнительные вопросы в пределах учебного материала, вынесенного на экзамен.

Обучающийся, испытывающий затруднения при подготовке к ответу по выбранному билету, имеет право на второй билет с соответствующим продлением времени на подготовку к ответу. При окончательной оценке ответа оценка снижается на один балл. Выдача третьего билета не разрешается.

С целью повышения оценки допускается повторное прохождение промежуточной аттестации, но не более чем по трем учебным предметам, дисциплинам, междисциплинарным курсам, профессиональным модулям. Для этого обучающийся пишет заявление на имя ректора, которое визируют куратор, заместитель ректора по учебной работе.

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

В случае неявки обучающегося на экзамен, преподавателем делается в зачетно-экзаменационной ведомости отметка «не аттестован».

Хорошо успевающим обучающимся, выполнившим лабораторные, практические занятия по дисциплинам, междисциплинарным курсам текущего семестра и не имеющим задолженности по дисциплинам, междисциплинарным курсам, не выносимым на экзаменационную сессию, может быть разрешена сдача экзаменов досрочно, без освобождения обучающихся от текущих учебных занятий. Досрочная сдача разрешается только при наличии приказа ректора академии.

Академия определяет перечень наглядных пособий, материалов справочного характера, нормативных документов и различных образцов, которые разрешены к использованию на экзамене. Программа экзамена, содержащая задания на его проведение включена в фонд оценочных средств.

Результаты экзаменов (полученные оценки) сообщаются обучающимся в день сдачи устного экзамена.

3. Условия проведения

Место проведения комплексного экзамена: кабинет спецдисциплин (аудитория 105).

Максимальное время выполнения задания: 40 мин.

Оборудование: бумага, ручка.

Оценочные средства для проведения экзамена по МДК 02.03. Оказание акушерско – гинекологической помощи

1. Описать алгоритм определения бесплодия
2. Составить схему коррекция бесплодия
1. Понятие об акушерской науке. Основоположники русского акушерства.
2. Оказание помощи при физиологических родах. Течение физиологических родов.
3. Гипоксия плода. Профилактика внутриутробной гипоксии плода.
4. Нормальный послеродовый период.
5. Ранние токсикозы: неотложная помощь при тяжелых формах. Лечение токсикозов.
6. Гестозы: неотложная помощь при тяжелых гестозах. Лечение гестозов. Профилактика осложнений.
7. Влияние различных заболеваний на течение беременности и родов.
8. Помощь при неотложных состояниях при экстрагенитальной патологии. Профилактика осложнений.
9. Аномалии развития и заболевания элементов плодного яйца.
10. Оказание помощи при невынашивании беременности. Профилактика осложнений.
11. Оказание помощи при перенашивании беременности. Профилактика осложнений.
12. Тазовые предлежания: течение беременности, методы коррекции. Биомеханизм родов при тазовых предлежаниях. Оказание помощи при тазовых предлежаниях.
13. Пособие по Цовьянову 1. Пособие по Цовьянову 2. Классическое пособие при полном открытии маточного зева.
14. Многоплодная беременность: особенности течения беременности коррекция отклонений.
15. Принципы лечения хронической фетоплацентарной недостаточности.
16. Аномалии родовой деятельности: особенности ведения родов, методы коррекции. Профилактика осложнений. Оказание помощи.
17. Аномалии таза: особенности ведения родов при разных формах аномалий. Клиническое несоответствие размеров таза матери и предлежащей головки. Профилактика осложнений.
18. Особенности ведения родов при поперечных и косых положениях плода. Поперечные и косые положения плода: неотложные состояния для матери и плода. Исходы родов. Профилактика осложнений.

19. Акушерский травматизм. Неотложные состояния для матери и плода. Принципы оказания неотложной помощи. Исходы для матери и плода. Профилактика осложнений.
20. Акушерские операции: амниотомия, эпизиотомия, ручное обследование полости матки, классический поворот плода на ножку, при полном раскрытии маточного зева.
21. Послеродовые гнойно-септические заболевания. Неотложные состояния для матери и плода.
22. Принципы оказания неотложной помощи при гнойно-септических заболеваниях. Исходы для матери и плода. Профилактика осложнений.
23. Особенности лечения и оказания неотложной помощи при нарушении менструального цикла.
24. Лечение аномалий развития и положения женских половых органов.
25. Принципы лечения и диспансеризации при воспалительных заболеваниях женских половых органов. Неотложные мероприятия. Профилактика осложнений.
26. Принципы лечения, диспансеризации, профилактики при неотложных состояниях в гинекологии. Неотложная помощь.
27. Лечение фоновых и предраковых заболеваний женских половых органов. Классификация. Симптомы. Причины.
28. Формы и виды эндометриоза. Осложнения. Диагностика. Лечение. Профилактика.
29. Лечение опухолей и опухолевидных образований женских половых органов.
30. Оказание помощи при бесплодном браке. Принципы лечения при бесплодии, методы коррекции: консервативные, хирургические.
31. Роль лечебно-охранительного режима гинекологических больных, его организация.
32. Консервативные методы лечения в гинекологической клинике. Основные виды оперативного лечения в гинекологии.
33. Малые и большие полостные операции, послеоперационный уход.

Перечень практических манипуляций

1. Подсчитайте дату предполагаемого срока родов.
2. Определите предполагаемый вес плода по размерам ОЖ и ВДМ.
3. Продемонстрируйте на фантоме измерения окружности живота (ОЖ) и высоты стояния дна матки (ВДМ).
4. Объясните принципы оценки новорожденного по шкале Апгар, дайте определение степеней асфиксии новорожденного.
5. Продемонстрируйте на фантоме способы выделения последа.
6. Продемонстрируйте на фантоме приемы наружного акушерского исследования беременной (приемы Леопольда).
7. Продемонстрируйте на фантоме методику определения частоты и продолжительности схваток.
8. Продемонстрируйте определение кровопотери в родах.
9. Продемонстрируйте последовательность осмотра последа, дайте характеристику плодовой и материнской поверхности последа.
10. Продемонстрируйте технику аускультации плода при головном и тазовом предлежании.
11. Продемонстрируйте на фантоме признаки отделения плаценты.
12. Продемонстрируйте на фантоме определение признака Пискачака.
13. Продемонстрируйте первичную обработку пуповины новорожденного.

МДК 02.04. Лечение пациентов детского возраста

Приложение 70

Лечение заболеваний новорожденных

Ребенок П., родился на сроке гестации 37 недель. Беременность 1. В период беременности у матери – рецидивирующий герпес labialis. Обследована серологически. Выявлены Ig G к ВПГ 2 типа в титре 1:800, положительные IgM. При рождении у ребенка отмечается микроцефалия, микрофтальмия. На коже туловища, слизистой ротовой полости – везикулярные высыпания (локализуются группами). При проведении нейросонографии – порэнцефалические кисты, церебральные кальцификаты. Ваш предварительный диагноз?

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Этиотропная терапия.

Эталоны ответов на ситуационную задачу № 1:

1. Врожденный неонатальный герпес, генерализованная форма. Врожденные пороки развития нервной системы.
2. Этиотропная терапия – ацикловир парентерально 60 мг/кг/сут (энтеральное применение ацикловира неэффективно!).

№ 2

Ребенок Ц. От 3 беременности (1 – мед. аборт, 2 – мертворождение). Настоящая беременность протекала на фоне хронической маточно-плацентарной недостаточности. За 3 недели до родов у матери – рецидив генитального герпеса. Роды срочные, без осложнений. Масса тела – 3560г, рост – 51 см. Закричал сразу. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. На 2-ой неделе жизни отмечалось повышение температуры тела до фебрильных цифр, на фоне которого состояние прогрессивно ухудшалось, появилась мозговая симптоматика, развился приступ тонических судорог. При проведении нейросонографии диагностированы порэнцефалические кисты, повышение эхоплотности затылочных бугров.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какой вероятен путь инфицирования в данном случае (обоснуйте).
3. Этиотропная терапия?

Эталоны ответов на ситуационную задачу № 2:

1. Неонатальный герпес. Герпетический менингоэнцефалит.
2. Путь инфицирования, в данном случае, интранатальный, т.к. имеет место «светлый промежуток», клиническая картина не разворачивается в первые 3-е суток – время для репликации вируса, постепенного развития симптоматики.
3. Этиотропная терапия – ацикловир парентерально 60 мг/кг/сут по 20 мг/кг в/в капельно (энтеральное применение ацикловира неэффективно!).

№ 3

+Ребенок С. родился на сроке гестации 35 недель. Беременность вторая, первая беременность закончилась преждевременными родами на сроке гестации 30 недель, ребенку в настоящее время 15 лет, здоров. На ранних сроках гестации настоящей беременности у мамы контакт с больной краснухой. Масса при рождении 1920 гр. Желтуха при рождении, гепатоспленомегалия. Осмотрен окулистом, диагностирован иридоциклит, участки депигментированной сетчатки. Грубый систолический шум над всей поверхностью тела с максимумом звучания в 3-4 межреберье у левого края грудины.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Профилактика

Эталоны ответов на ситуационную задачу № 3:

1. Врожденная краснуха. Вероятно, инфицирование у ранее серонегативной беременной на ранних сроках гестации, т.к. имеют место множественные врожденные пороки развития.
2. В настоящее время в национальный календарь прививок введена вакцина против краснухи, что является специфической профилактикой врожденного рубеоза среди девушек и женщин детородного возраста.

Приложение 71

Лечение неинфекционных и гнойно – воспалительных заболеваний у новорожденных

Ответить на контрольные вопросы:

1. Какие АФО особенности кожи новорожденного способствуют высокой частоте поражений и особым проявлениям кожных заболеваний в детском возрасте?
2. Перечислите инфекционные и неинфекционные заболевания кожи и пупка.
3. Расскажите о тактике медицинской сестры при выявлении гнойно-септических заболеваний.
4. Какие рекомендации дать матери при выявлении у ребенка опрелостей и омфалита?
5. Опишите клиническую симптоматику наиболее часто встречаемых проявлений пиодермии.

Приложение 72

Гипотрофия паратрофия

Хронические расстройства питания

1. Типы дистрофии у детей раннего возраста следующие, кроме:
 1. гипотрофия
 2. паратрофия

3. гипосомия
2. Иммунобиологическая резистентность при гипотрофии:
 1. повышается
 2. понижается
3. Гипотрофия I степени характеризуется дефицитом массы:
 1. 5-10%
 2. 10-20%
 3. менее 5%
 4. 20-30%
 5. 10-15%
4. Гипотрофия II степени характеризуется дефицитом массы:
 1. 10-20%
 2. 20-30%
 3. 30-40%
 4. более 40%
5. Факторами, предрасполагающими к гипотрофии у детей раннего возраста, являются:
 1. сепсис
 2. дисбактериоз кишечника
 3. рахит
 4. пневмония
 5. кишечная инфекция
6. К возникновению гипотрофии могут приводить:
 1. алиментарные факторы
 2. инфекционные заболевания
 3. несвоевременная вакцинация
 4. сахарный диабет у матери
7. Дефицит массы при III степени гипотрофии составляет:
 1. 5-8%
 2. 5-15%
 3. 10-20%
 4. 30% и более
8. Дети с гипотрофией I степени:
 1. нуждаются в госпитализации
 2. не нуждаются в госпитализации
9. Основными клиническими симптомами гипотрофии являются:
 1. вялость, адинамия
 2. снижение тургора тканей
 3. снижение массы тела
 4. снижение резистентности организма ребенка
 5. увеличение подчелюстных лимфоузлов
10. Дополните: выделяют _____ степени гипотрофии у детей раннего возраста.
11. Установите правильную последовательность: - при голодании у ребенка раннего возраста подкожно-жировой слой исчезает в следующей последовательности:
 1. лицо
 2. туловище
 3. живот
 4. конечности

Приложение 73

Оказание медицинской помощи при аномалиях конституции

Заполните матрицу (пустую таблицу)

Виды диатезов	Факторы риска	Клинические проявления	Осложнения
	Употребление клубники		Наслоение вторичной инфекции
НАД		Упорная многократная рвота	

	Токсикозы в третьем триместре		Синдром внезапной смерти
ЭКД		Стойкие опрелости	
	Нарушение режима дня, стресс		Логоневроз
ЛГД		Гипертрофия лимфоидной ткани	
	Употребление цитрусовых		Рецидивирующие стоматиты
НАД		Кишечные колики	
	Контакт с шерстью животных		Экзема
	Употребление печени, сельди	Болезненное мочеиспускание	

Приложение 74

Эталоны ответа к матрице (пустая таблица)

ЭКД	Употребление клубники	Молочный струп	Наслоение вторичной инфекции
НАД	Употребление жирной пищи.	Упорная многократная рвота	обезвоживание
ЛГД	Токсикозы в третьем триместре,	Увеличение вилочковой железы	Синдром внезапной смерти
ЭКД	Употребление кормящей матерью шоколада	Стойкие опрелости	пиодермия
НАД	Нарушение режима дня, стресс	Раннее психоэмоциональное развитие	Логоневроз
ЛГД	Инфекционные заболевания матери во второй половине беременности	Гипертрофия лимфоидной ткани	Хронические очаги инфекции
ЭКД	Употребление цитрусовых	Повышенная ранимость слизистых оболочек	Рецидивирующие стоматиты
НАД	Употребление бобовых	Кишечные колики	Желчнокаменная болезнь
ЭКД	Контакт с шерстью животных	Контактный дерматит	Экзема
НАД	Употребление печени, сельди	Болезненное мочеиспускание	Мочекаменная болезнь

Лечение рахита и гипervитаминоза «Д», спазмофилии

Просмотр фрагмента видеофильма «Рахит и витамин Д»

Предложение заданий:

Задание 1. «Оформить таблицу «Организация сестринского ухода при спазмофилии»

Задание 2. Заполнить схему «Гипervитаминоз Д» и составить план рекомендаций по профилактике гипervитаминоза Д

Моделирование клинической ситуации. Отработка навыков.

Проведение ролевой игры «На приеме у участкового педиатра»

Просмотр видеоролика «Массаж и гимнастика для детей грудного возраста»

Показ манипуляции «Осмотр и определение размеров большого родничка у детей грудного возраста»

Проверка навыка «Осмотр и определение размеров большого родничка у детей грудного возраста»

Приложение 76

Лечение заболеваний пищеварения у детей раннего возраста, старшего возраста

Разбор алгоритмов действия медицинской сестры по уходу за детьми с функциональной диареей и кишечным токсикозом:

«Проведение оральной регидратации»,

«Промывание желудка»,

«Постановка очистительной клизмы»,

«Неотложная помощь при рвоте»,

«Оказание неотложной помощи при метеоризме»,

«Постановка газоотводной трубки».

Ролевая игра «Выполнение сестринского ухода за детьми раннего возраста с острыми расстройствами пищеварения»

Алгоритмы практических навыков

Приложение 77

Лечение заболеваний сердца у детей

Возможные проблемы пациентов:

1. Нарушение питания (из-за недостаточного поступления пищи по сравнению с потребностями растущего организма)
2. Неэффективное дыхание (вследствие застойных явлений)
3. Гиподинамия, снижение устойчивости к нагрузкам (вследствие гипоксии)
4. Изменение внешнего вида (дисгармоничное развитие, деформация концевых фаланг пальцев, цианоз)
5. Задержка роста и развития
6. Высокий риск присоединения интеркуррентных заболеваний (из-за снижения иммунитета)
7. Высокий риск социальной изоляции детей, связанный с частой госпитализацией и инвалидизацией
8. Снижение познавательной активности
9. Необходимость проведения длительной поддерживающей терапии
10. Страх перед сложными диагностическими и оперативными вмешательствами
11. Ограничение в выборе профессии
12. Инвалидизация
13. Угроза для жизни

Возможные проблемы родителей:

1. Шок на получение информации о наличии ВПС у ребенка
2. Дефицит информации о заболевании и прогнозе
3. Неверие в благополучный исход
4. Хроническая усталость
5. Неправильное воспитание ребенка (гипер – или гипоопека)
6. Потеря профессиональной деятельности
7. Снижение материального уровня в семье
8. Ситуационный кризис в семье

Сестринские вмешательства.

1. Информировать родителей о возможных причинах развития ВПС, клинических проявлениях и течении, принципах лечения, возможных осложнениях и прогнозе для жизни.
2. Поддерживать родителей на всех стадиях заболевания ребенка. Давать правдивую информацию о состоянии ребенка и предстоящих диагностических и оперативных вмешательствах.

3. Обеспечить жизненные потребности ребенка. Создать комфортные условия для него (оптимальный температурный режим, возвышенное положение в постели, бережное выполнение всех манипуляций и т.д.).
4. Соблюдать асептику и антисептику при уходе и выполнении всех манипуляций (профилактика внутрибольничной инфекции).
5. Применять терапевтическую игру при подготовке ребенка к инвазивным вмешательствам и операции.
6. Осуществлять мониторинг ребенка и медицинское документирование в до- и послеоперационном периоде (контроль состояния, характер дыхания, ЧСС, ЧДД, АД, цвет кожных покровов и слизистых оболочек, приступы одышки и т.д.)
7. Своевременно санировать дыхательные пути.
8. Учитывать объем и состав получаемой жидкости (питание, инфузионная терапия) и всех выделений (мочи, кала, рвотных масс).
9. Проводить термометрию 2 раза в сутки.
10. Проводить забор материала для лабораторных исследований.
11. Контролировать проведение поддерживающей терапии дигоксином (соблюдение дозы препарата, апикальный пульс, оценка состояния).
12. Обучить родителей правильному применению дигоксина в домашних условиях.
13. Обеспечить ребенка лечебным питанием:
 - Детей раннего возраста кормить часто, но малыми порциями.
 - Из рациона исключить продукты, вызывающие повышенное газообразование (горох, фасоль, бобы, белокочанную капусту и т.д.) и возбуждающие ЦНС (кофе, шоколад, чай), а также жирные сорта мяса, крепкие бульоны, колбасные изделия, консервы и сдобу.
 - Не следует подсаливать пищу и применять продукты повышенной солености (икра, селедка, соленые огурцы, брынза и т.д.).
 - Обогащать диету калийсодержащими продуктами (печеный картофель, овсяная и гречневая каши, бананы, чернослив, курага, изюм, отвары и настои из них) для улучшения трофики миокарда.
 - При недостаточности кровообращения ограничить жидкость.
14. Обучить родителей оказанию первой помощи при развитии одышно-цианотического приступа.
15. Научить родителей удовлетворять физические, эмоциональные, психологические потребности ребенка. Помочь им правильно оценивать состояние ребенка, его способности и возможности, контролировать уровень интеллектуального развития.
16. Научить родителей своевременно корректировать поведение ребенка, избегать чрезмерной опеки, обращаться с ним, как с равным, обсуждать его внутренние ощущения, не применять фраз, вызывающих сочувствие.
17. Научить родителей строить правильные взаимоотношения в семье, одинаково равно относиться к другим детям.
18. Поощрять игровую деятельность ребенка, в соответствии с расширением двигательного режима, двигательный режим расширять постепенно, проводить занятия ЛФК с целью обеспечения приспособления сердечно-сосудистой системы к возрастающим физическим нагрузкам.
19. Убедить родителей в необходимости динамического наблюдения за ребенком врачом-педиатром, кардиологом, кардиохирургом после выписки из стационара, своевременно проводить санацию хронических очагов инфекции.
20. Проконсультировать родителей по вопросам оформления документов для ВЭК с целью получения пособия по инвалидности.
21. Убедить родителей, как можно раньше заняться социальной адаптацией ребенка в обществе, мотивировать его на выбор профессий, не связанных с физическими и умственными перегрузками, развивать его увлечения, хобби.

Приложение 78

Техника измерения артериального пульса у детей.

Цель: Подсчет пульсовых движений с целью оценки состояния сердечнососудистой системы, свойства пульса – частоту, ритм, напряжение.

Показания: Назначение врача.

Противопоказания: нет.

Оснащение: Секундомер (часы), температурный лист, карандаш, маска

Возможные проблемы: Беспокойство ребёнка.

Этапы:

1. Подготовка к манипуляции:

- 1.1. Усадить или уложить ребенка в удобное положение
- 1.2. Вымыть руки.
- 1.3. Надеть маску

2. Выполнение манипуляции:

- 2.1. Положить 2,3 и 4 пальцы на лучевую артерию, а 1 палец – со стороны тыла кисти ребёнка.
- 2.2. Прижать артерию к лучевой кости и определить напряжение пульса.
- 2.3. Определить ритмичность пульса: если пульсовые колебания возникают через равные промежутки времени, пульс ритмичный. Напряжение определяется по той силе, с которой нужно прижать артерию, чтобы её пульсовые колебания полностью прекратились. Пульс может быть умеренного напряжения, напряженным (твердым), мягким.
- 2.4. Подсчитать количество пульсовых движений за 1 мин. Запомнить.
- 2.5. Сравнить с нормой:
Новорожденный -140 в мин.
1 год -130 — 120 в мин.
3 года-110-115 в мин.
5 лет – 100 в мин.
10 лет—80-90 в мин.
12 лет – 80 в мин

3. Окончание манипуляции:

- 3.1. Вымыть руки; осушить
- 3.2. Снять маску
- 3.3. Записать результаты в мед. документы и отметить графически на температурном листе.

Примечание:

1. Помимо лучевой артерии пульс можно исследовать на сонной, височной, плечевой артериях, по пульсации большого родничка.
2. Типы пульса: учащенный – тахикардия
замедленный – брадикардия. У детей частота пульса – величина лабильная, поэтому наиболее точные данные получают при подсчете пульса во время сна.

Приложение 79

Техника подсчёта частоты дыхания у детей разного возраста

Оснащение: Секундомер или часы с секундной стрелкой, температурный лист, ручка.

Подготовка к манипуляции:

1. Объяснить маме ход манипуляции, получить информированное согласие.
2. Провести санитарную обработку рук. осушить.
3. Раздеть ребёнка до пояса.

Выполнение манипуляции:

1. Отвлечь ребёнка.
2. Положить руку исследователя на живот или грудную клетку ребёнка (в зависимости от возраста).
3. Считать количество экскурсий живота или грудной клетки во время вдоха в течение 1 минуты.
4. Оценить частоту дыхания у ребенка.
5. Одеть ребёнка.

Завершение манипуляции:

1. Вымыть и осушить руки.
2. Записать результат в температурный лист.

Примечание: у новорождённых и грудных детей ЧДД подсчитывают с помощью стетоскопа, раструб которого держат около носа ребёнка.

Техника измерения артериального давления у детей

Для измерения АД у детей используются аускультативный метод Короткова — Яновского, осциллография, тахоосциллография, ультразвуковой метод, прямое измерение АД и др.

Аускультативный метод по Короткову — Яновскому. При использовании этого метода АД измеряют с помощью тонометра Рива-Роччи или сфигмоманометра. Размер манжетки должен соответствовать возрасту ребенка, составляя примерно 1/2 окружности плеча испытуемого.

Обязательное условие: измерение АД рекомендуется в одни и те же часы суток после 10-15- минутного отдыха, трёхкратно с интервалом 3 минуты.

Табл. Оптимальная ширина манжетки для непрямого измерения АД у детей

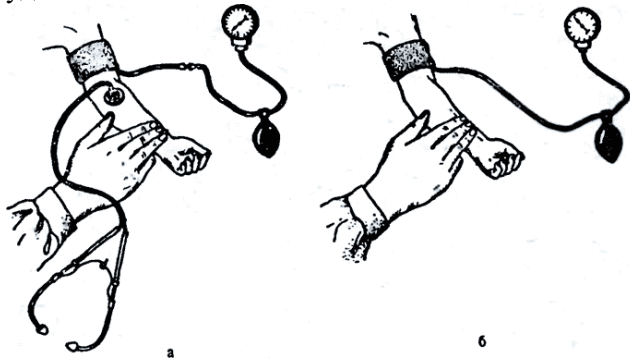
Размеры манжеты для измерения АД:

дети 1 года – 3,5 – 7 см дети 2-4 года – 5,5 -11 см

дети 2 года – 4,5 – 9 см дети 4-7 лет – 6,5 – 13 см

дети до 10 лет – 8,5 – 15 см

Испытуемый должен находиться в удобном положении сидя или лежа, а рука в расслабленном состоянии лежать ладонью кверху. Манжетка накладывается на плечо на 2 см выше локтевого сгиба так, чтобы между ней и поверхностью плеча проходил указательный палец, перед наложением воздух из манжетки удаляется.



Техника измерения:

1. Испытуемый должен находиться в удобном положении сидя или лежа, а рука в расслабленном состоянии лежать ладонью кверху;
2. взять тонометр, фонендоскоп, температурный листок, красный и синий карандаши;
3. психологически подготовить пациента к манипуляции;
4. соединить манжету с баллоном тонометра;
5. пальпаторно определить в локтевом изгибе место пульсации артерии и наложить на него фонендоскоп;
6. взять в ладонь баллончик тонометра, закрыть его вентиль по часовой стрелке и нагнетать воздух в манжету;
7. зафиксировать момент, когда исчезает звук пульсовых ударов, после чего еще продолжать нагнетать воздух на 20 мм 15Т. ст.;
8. приоткрыть вентиль на баллоне против хода часовой стрелки и медленно выпускать воздух из манжеты;
9. зафиксировать на шкале тонометра появление первого пульсового удара, который характеризует величину систолического артериального давления;
10. продолжать выпускать воздух из манжеты, следить за шкалой и внимательно слушать пульсовые удары;
11. отметить на шкале тонометра момент исчезновения пульсового удара, который характеризует величину диастолического артериального давления;
12. определить АД трижды с интервалом 3–5 мин;
13. измерить АД на другой руке, придерживаясь перечисленных рекомендаций;
14. после измерения АД открыть полностью вентиль на баллоне, разъединить его с манжетой и снять с руки пациента;
15. зарегистрировать самый низкий показатель АД в температурном листке в виде столбиков (систолическое давление отобразить красным цветом, а диастолическое – синим);
16. продезинфицировать оборудование.

Помните: артериальное давление величина не постоянная, зависит от положения ребёнка, возраста, состояния нервной системы. Чем меньше ребёнок, тем ниже АД.

До 1 года max артериальное давление должно быть: $70 + n$ (где n – число лет ребёнка).

$АД_{min} = \text{от } 1/2 \text{ до } 2/3 АД_{max}$

АД различают: максимальное; минимальное; пульсовое.

Максимальное: у новорождённых – 65-70 мм. рт. ст.

У детей к 1 г. – 80 мм. рт. ст.

От 1 г. до 5 лет – $80 + (2/n)$

Более 5 л – где n – количество лет

Минимальное

$1/2$ или $2/3$ максимального

допустимы колебания + 6, + 10

у более старших детей + 15

Пульсовое

Разница между максимальным и минимальным

Приложение 80

Лечение болезней крови и кроветворных органов

1. Алгоритм определения тактики введения пациента назначение медикаментозного и немедикаментозного лечения
2. Определить показания и противопоказания к применению лекарственных средств

Приложение 81

Лечение заболеваний органов дыхания

1. АФО органов дыхания у детей (вопрос для повторения).
2. Методика объективного обследования пациентов детского возраста с заболеваниями органов дыхания (вопрос для повторения).
3. Определение ринита, ринофарингита, острого отита. Основные причины развития данной патологии.
4. Основные клинические симптомы ринита, ринофарингита, отита.
5. Ларинготрахеит у детей. Основные причины развития.
6. Основные клинические симптомы острого ларингита, ларинготрахеита.
7. Этиология, патогенез и классификация бронхитов.
8. Бронхиолит у детей, основные клинические признаки.
9. Основные клинические симптомы и синдромы, наблюдаемые при бронхитах, их течение.
10. Диагностика бронхитов.
11. Основные принципы лечения заболеваний органов дыхания у детей.
12. Принципы лечения бронхитов, осложнения.
13. Профилактика и «Д» наблюдение.

Приложение 82

Лечение заболевания почек и мочевыделительной системы у детей

Контрольные вопросы.

1. Какие АФО почек и мочевыводящих путей у детей предрасполагают к воспалительным заболеваниям мочевыделительной системы?
2. Какие факторы риска способствуют развитию пиелонефрита у детей?
3. Какие основные клинические проявления пиелонефрита у детей?
4. Какие основные принципы лечения пиелонефрита у детей?
5. Какие структуры почек поражаются при гломерулонефрите у детей?
6. Какие выделяют клинические формы гломерулонефрита у детей?
7. Какие основные принципы лечения гломерулонефрита у детей?
8. В чём заключается цель сестринского ухода при заболеваниях мочевыделительной системы у детей?
9. Какие мероприятия применяют для профилактики заболеваний мочевыделительной системы?

Приложение 83

Лечение заболеваний эндокринной системы у детей

1. Выберите правильный ответ

Важнейший этиологический фактор сахарного диабета у детей

- а) переохлаждение
- б) перегревание
- в) избыточный прием белков
- г) наследственная отягощенность

2. Выберите правильный ответ

Клинические симптомы сахарного диабета у детей

- а) полифагия, полидипсия, полиурия
- б) лихорадка, кашель с мокротой
- в) боль в пояснице, отеки
- г) тахикардия, тремор, экзофтальм

3. Выберите правильный ответ

Передозировка инсулина при лечении сахарного диабета у детей ведет к развитию комы

- а) гипергликемической (диабетической)
- б) гипогликемической
- в) печеночной
- г) уремической

4. Выберите правильный ответ

Для выявления скрытого сахарного диабета у детей проводится

- а) общий анализ мочи
- б) общий анализ крови
- в) анализ мочи по Нечипоренко
- г) тест толерантности к глюкозе

5. Выберите правильный ответ

Для диагностики диабетической ретинопатии у детей необходима консультация

- а) гематолога
- б) окулиста
- в) хирурга
- г) фтизиатра

6. Выберите правильный ответ

Для определения уровня глюкозы в крови ребенка следует направить в лабораторию

- а) через 10мин после еды
- б) через 20мин после еды
- в) через 30мин после еды
- г) натощак

7. Выберите правильный ответ

Гликемия натощак у детей в норме составляет (ммоль/л)

- а) 3,3-5,5
- б) 5,5-7,7
- в) 7,7-9,9
- г) 9,9-11,11

8. Выберите правильный ответ

«Глюкотест» используется для определения

- а) ацетона в моче
- б) ацетона в крови
- в) сахара в моче
- г) сахара в крови

9. Выберите правильный ответ

Диета №9 назначается детям при

- а) бронхиальной астме
- б) ревматизме
- в) пиелонефрите
- г) сахарном диабете

10. Выберите правильный ответ

При лечении сахарного диабета у детей из питания исключают

- а) нежирное мясо
- б) кефир
- в) гречневую крупу
- г) конфеты

11. Выберите правильный ответ

При лечении сахарного диабета у детей используют инсулин длительного действия

- а) актрапид
- б) инсулрап
- в) хоморап
- г) ультралонг

12. Выберите правильный ответ

При проведении инсулинотерапии ребенок должен поесть через

- а) 15-20 минут до инъекции
- б) 30-40 минут до инъекции
- в) 15-20 минут после инъекции
- г) 30-40 минут после инъекции

13. Выберите правильный ответ

Инсулин необходимо хранить при температуре (град.С)

- а) от +4 до +6
- б) от -6 до -4

в) от +10 до +12

г) от -10 до 12

14. Выберите правильный ответ

Липодистрофия развивается при подкожном введении

а) димедрола

б) кордиамина

в) гепарина

г) инсулина

15. Выберите правильный ответ

Запах ацетона в выдыхаемом воздухе ребенка появляется при коме

а) гипергликемической

б) гипогликемической

в) печеночной

г) уремической

16. Выберите правильный ответ

После инъекции инсулина у ребенка появилось чувство голода, потливость, тремор. Это

а) гипергликемическая кома

б) гипогликемическая кома

в) первый период лихорадки

г) третий период лихорадки

**Оценочные средства для проведения промежуточной аттестации в форме экзамена
по МДК 02.04 Лечение пациентов детского возраста**

1. Лечение заболеваний новорожденных (асфиксия, родовые травмы). Принципы ухода и лечения, вскармливания при асфиксиях новорождённых, родовой травме.
2. Лечение заболеваний новорожденных (гемолитическая болезнь новорожденных, наследственные заболевания, пороки развития у детей).
3. Лечение не инфекционных и гнойно-воспалительных заболеваний новорожденных. Заболевания небактериального характера кожи - опрелости, потница, склерема. Принципы лечения и ухода.
4. Пиодермии - везикулопустулез, пузырьчатка новорожденного, абсцесс, мастит новорожденного. Принципы лечения и ухода. Показания к госпитализации. Болезни пупка - гранулема пупка. Омфалит, его формы. Дифтерия пупка.
5. Сепсис новорожденных. Принципы лечения и ухода. Критерии эффективности лечения. Профилактика осложнений.
4. Лечение внутриутробных инфекций. Токсоплазмоз, листериоз, цитомегалия, хламидиоз - внутриутробные инфекции. Организация медицинской помощи. Тактика фельдшера при подозрении на внутриутробную инфекцию. Основные свойства возбудителя и особенности лечения в зависимости от его свойств.
5. Лечение хронических расстройств питания у детей раннего возраста. Принципы лечения и ухода, при хронических расстройствах питания у детей раннего возраста. Профилактика хронических расстройств питания у детей. Прогноз. Паратрофия, гипотрофия, ожирение. Принципы лечения и ухода.
6. Лечение аномалий конституции. Экссудативно-катаральный диатез. Лимфатико-гипопластический диатез. Нервно-артритический диатез. Организация режима дня, рациональное питание, гипоаллергенная диета. Организация питания матери при естественном вскармливании ребенка с диатезом. Принцип медикаментозного лечения. Синдром внезапной смерти у детей. Этапность мероприятий при синдроме внезапной смерти.
7. Лечение рахита, гипервитаминоза Д, спазмофилии. Принципы ухода и лечения при рахите, гипервитаминозе Д, спазмофилии и при осложнениях рахита. Неотложная помощь при отдельных клинических проявлениях спазмофилии.
8. Лечение заболеваний органов пищеварения у детей раннего возраста. Заболевания слизистой полости оболочки рта: стоматиты (острый герпетический, афтозный), молочница.
8. Острые расстройства пищеварения у детей раннего возраста. Гастроэнтерит. Пилоростеноз, пилороспазм. Принципы ухода и лечения острых расстройств пищеварения у детей раннего возраста. Роль фельдшера в профилактике острых расстройств пищеварения. Показания к госпитализации.
9. Лечение заболеваний органов пищеварения у детей старшего возраста. Острый и хронический гастрит. Хронический дуоденит. Язвенная болезнь. Панкреатит. Принципы ухода и лечения хронических пищеварения у заболеваний органов пищеварения, у детей старшего возраста. Роль фельдшера в профилактике хронических расстройств пищеварения. Оказание психологической помощи близким больного ребенка. Показания к госпитализации. Оценка и контроль эффективности лечения.
10. Лечение заболеваний органов пищеварения у детей старшего возраста (дискинезии, холециститы, гельминтозы). Заболевания желчевыделительной системы. Дискинезии. Острый и хронический холециститы. Хронический неспецифический энтерит и колит. Гельминтозы. Аскаридоз. Энтеробиоз. Лямблиоз. Опиосторхоз. Основные принципы лечения и ухода заболеваний органов пищеварения у детей старшего возраста. Оказание психологической помощи близким больного ребенка. Показания к госпитализации. Оценка и контроль эффективности лечения.
11. Лечение заболеваний органов кровообращения у детей. Острая ревматическая лихорадка у детей. Принципы лечения и ухода. Врожденные пороки сердца. Прогноз. Лечение. Осложнения.
12. Лечение вегетососудистой дистонии. Лечение неревматических кардитов.
13. Лечение сердечной недостаточности у детей. Оценка и контроль эффективности лечения. Организация наблюдения за пациентом.
14. Лечение болезней крови и кроветворных органов. Анемии у детей. Железодефицитная анемия. Острый лейкоз у детей. Принципы ухода и лечения при болезнях крови и кроветворных органов у детей. Неотложная помощь при носовом, желудочном, кишечном кровотечениях.

15. Лечение геморрагических диатезов у детей. Геморрагические диатезы: тромбоцитопеническая пурпура, геморрагический васкулит, гемофилия. Принципы ухода и лечения при геморрагических диатезах у детей. Система гемостаза. Неотложная помощь при геморрагических диатезах.

16. Лечение заболеваний верхних дыхательных путей у детей: острый ринит, ринофарингит, стенозирующий ларинготрахеит. Принципы лечения и ухода при заболеваниях верхних дыхательных путей у детей. Тактика фельдшера при развитии клиники стеноза I, II, III степени. Неотложная помощь и уход за детьми с заболеваниями верхних дыхательных путей. Показания к госпитализации.

17. Лечение бронхитов, пневмоний у детей. Бронхиты у детей: острый бронхит, острый бронхиолит, обструктивный бронхит. Пневмонии у детей. Атипичные пневмонии, сегментарные, интерстициальные. Принципы лечения и ухода бронхита и пневмонии. Организация наблюдения за пациентом. Оценка эффективности лечения. Тактика фельдшера. Показания к госпитализации.

18. Лечение бронхиальной астмы у детей. Бронхиальная астма у детей. Принципы лечения и ухода.

18. Лечение в постприступном и межприступном периодах. Организация наблюдения за пациентом. Неотложная помощь при приступе бронхиальной астмы. Тактика фельдшера. Нейбулазерная терапия, показания к применению спейсеров. Критерии эффективности лечения. Показания к госпитализации пациента и организация транспортировки в ЛПУ.

19. Лечение острого и хронического гломерулонефрита. Острый гломерулонефрит. Хронический гломерулонефрит. Понятие об острой и хронической почечной недостаточности. Основные принципы лечения, ухода при гломерулонефрите, острой и хронической почечной недостаточности у детей. Тактика фельдшера при подозрении на заболевания почек у детей.

20. Лечение заболеваний мочевыводящих путей у детей. Пиелонефрит. Понятие об инфекции мочевыводящих путей. Цистит. Принципы лечения и ухода. Тактика фельдшера при подозрении на заболевания почек у детей. Показания к госпитализации.

21. Лечение сахарного диабета. Принципы лечения и ухода при сахарном диабете у детей. Диета при сахарном диабете. Санаторно-курортное лечение, понятие о самоконтроле. Организация контроля пациента, оценка эффективности лечения. Психологическая помощь пациентам и родственникам.

22. Лечение заболеваний щитовидной железы. Принципы ухода и лечения заболеваний щитовидной железы у детей. Тактика фельдшера при подозрении на заболевание щитовидной железы.

23. Профилактика инфекционных заболеваний детей. Профилактические мероприятия, приводящиеся в очаге детских инфекционных заболеваний. Виды вакцин. Календарь прививок. Осложнения иммунизации: общие и местные; ранние и поздние. Пути передачи воздушно-капельных, кишечных инфекций в детском возрасте.

24. Лечение острых респираторных вирусных инфекций. Острые респираторные вирусные инфекции: грипп, парагрипп, аденовирусная инфекция, респираторно-синцитиальная инфекция. Основные принципы лечения и ухода ОРВИ. Неотложная помощь при гипертермическом синдроме, ларингоспазме, судорогах. Оценка эффективности лечения. Показания к госпитализации.

25. Принципы ухода и лечения при дифтерии у детей. Особенности применения лекарственных средств при дифтерии у детей раннего и старшего возраста. Лечение осложнений. Оценка эффективности лечения. Наблюдение за пациентом. Тактика фельдшера при подозрении на дифтерию.

26. Скарлатина. Принципы лечения и ухода. Особенности применения лекарственных средств при скарлатине у детей раннего возраста. Лечение осложнений. Оценка эффективности лечения. Наблюдение за пациентом. Тактика фельдшера при подозрении на скарлатину.

27. Коклюш. Паракоклюш. Принципы лечения и ухода. Особенности применения лекарственных средств при коклюше и паракоклюше у детей раннего возраста. Лечение осложнений. Наблюдение за пациентом. Тактика фельдшера при подозрении на коклюш. Неотложная помощь при спазматическом кашле. Оценка эффективности лечения.

28. Корь. Краснуха. Ветряная оспа. Санитарно-противоэпидемические мероприятия в детском коллективе. Особенности применения лекарственных средств при ветряной оспе, кори, краснухе у детей раннего и старшего возраста.

29. Эпидемический паротит. Принципы ухода и лечения при эпидемическом паротите. Особенности применения лекарственных средств при эпидемическом паротите у детей раннего и старшего возраста. Санитарно-противоэпидемические мероприятия в детском коллективе. Оценка эффективности лечения.

30. Менингококковая инфекция. Принципы лечения и ухода. Организация наблюдения за пациентом. Неотложная помощь на догоспитальном этапе при менингококковой инфекции. Санитарно-противоэпидемические мероприятия в детском коллективе.

31. Полиомиелит. Принципы лечения. Психологическая помощь пациентам и их родственникам.

31. Особенности применения лекарственных средств при полиомиелите у детей раннего и старшего возраста. Оценка эффективности лечения. Санитарно-противоэпидемические мероприятия в детском коллективе.

32. Дизентерия. Эшерихиоз. Сальмонеллез. Принципы лечения. Организация наблюдения за пациентом. Оценка эффективности лечения. Психологическая помощь пациенту и его родственникам. Санитарно-противоэпидемические мероприятия в детском коллективе.

33. Вирусные гепатиты А, В, С. Принципы лечения. Тактика фельдшера при выявлении гепатитов. Санитарно-противоэпидемический режим в детских коллективах. Организация наблюдения за пациентами. Оценка эффективности лечения. Психологическая помощь пациентам и их родственникам.

34. Туберкулез. Показания и противопоказания к проведению лечебно-диагностических мероприятий. Принципы лечения и ухода. Критерии эффективности лечения. Показания к госпитализации пациента. Психологическая помощь пациентам и их родственникам.

МДК 02.05. Лечение инфекционных больных

Приложение 85

Лечение инфекционных заболеваний у детей

Ситуационная задача №1

Две студентки МУ проходили УПП в ГИКБ №1. Студентка Сидорова Е., в основном, работала в процедурном кабинете, а студентка - Иванова Р. - в палатах (осуществляла сестринский уход за больным гепатитом). Через две недели после прохождения УПП Иванова Р. почувствовала недомогание, а через 3 дня стала темнеть моча (напоминать цвет пива). Через 4 месяца такие же симптомы заболевания появились у Сидоровой Е., что характерно для больных инфекционным гепатитом.

1. Назовите микробы, чаще всего вызывающие инфекционные гепатиты?
2. Какими характерными свойствами обладают возбудители таких гепатитов?
3. Наиболее известные возбудители этих инфекционных гепатитов?
4. Какие механизмы передачи характерны для разных видов возбудителей?
5. Как называется скрытый период болезни? Какова его продолжительность у данных больных?

Ситуационная задача №2

Двое работников из числа обслуживающего персонала ГИКБ №1 – Евсеева В. И Астафьева Н. заболели инфекционным гепатитом. Было известно, что Евсеева В. (по совместительству) постоянно проводила уборку в санузлах, а Астафьева Н. осуществляла предстерилизационную очистку материала, часто загрязненного биологическими жидкостями от больных, в том числе и кровью.

Задания:

1. Учитывая разные условия работы, какими видами гепатита могли вероятнее всего, заразиться Евсеева В. и Астафьева Н.?
2. Что могло способствовать заражению работниц?
3. Какие пути заражения для каждого из случаев наиболее вероятны?
4. Какие вирусы гепатита передаются парентеральным и половым путями?
5. Как необходимо дезинфицировать руки при попадании на них крови или любого другого биологического материала от больных?

Ситуационная задача №3

В родильный дом №28 поступила беременная женщина, которая в прошлом переболела гепатитом «В». При серологическом исследовании антигены вирусов гепатитов не были выявлены.

Задания:

1. Передается ли гепатит «В» ребенку во время беременности, если да, то каким путем, если нет, то в каких случаях?
2. Какой механизм является основным при передаче гепатита «В»?
3. Что служит исследуемым материалом и какова микробиологическая диагностика гепатита «В»?
4. Каков патогенез гепатита «В», возможен ли благоприятный исход после перенесенного заболевания?
5. Проводится ли специфическая профилактика гепатита «В», если да, то чем? Поясните ответ.

Ситуационная задача №4

В хирургическом отделении КГБ №50 в палате №6 находился больной, у которого после операции нагноилась рана. Проводимое лечение антибиотиками не давало никаких результатов. Было принято решение провести микробиологическое исследование.

Задания:

1. Что служит исследуемым материалом у данного больного?
2. Чем и как необходимо взять его на бактериологическое исследование?
3. Какой микроб, чаще всего, вызывает гнойно-воспалительные заболевания?
4. Каковы его морфологические и тинкториальные свойства?
5. Какова цель бактериологического исследования материала у данного больного?

Ситуационная задача №5

Больной Т., 50 лет, обратился в поликлинику с жалобами на сильную боль под ногтем пальца правой руки. Хирург, осмотрев палец больного, поставил диагноз: «Панариций». Это острое микробное заболевание пальцев. Основными возбудителями данного заболевания являются золотистые и эпидермальные стафилококки.

Задания:

1. Каковы морфологические и тинкториальные свойства стафилококков?
2. Как приготовить мазок и микроскопический препарат из исследуемого материала?
3. Какой дифференциальный метод окраски бактерий необходимо применить в данном случае?
4. Какой метод применяется при микроскопии окрашенных препаратов и в чем его особенности?
5. Назовите морфологические группы бактерий?

Ситуационная задача №6

Предметом изучения микробиологии являются микробы, невидимые невооруженным глазом. Они встречаются повсюду, среди них есть полезные и вредные для организма человека.

Задания:

1. Каковы основные задачи медицинской микробиологии?
2. Фактором передачи каких возбудителей инфекционных заболеваний являются вода, воздух и почва?
3. Назовите санитарно-показательные микроорганизмы воды, воздуха, в смывах с рук и объектов внешней среды?
4. Чем и как брать смывы с рук? На какую среду и как провести посев смыва с рук?
5. Какие дезинфектанты применяются для дезинфекции рук?

Ситуационная задача №7

К больному ребенку 5 лет, мама вызвала на дом врача педиатра. Из беседы с мамой врач выяснил, что ребенок посещает детский сад, в котором уже зарегистрировано несколько случаев заболевания скарлатиной. После тщательного осмотра и на основании собранного анамнеза, врач поставил диагноз: «Скарлатина».

Задания:

1. Назовите возбудителя скарлатины?
2. Каковы морфология и тинкториальные свойства возбудителя?
3. Механизмы, факторы и пути передачи скарлатины?
4. Патогенез заболевания (входные ворота, характер интоксикации, возникающий при скарлатине)?
5. Характер иммунитета после перенесенного заболевания?

Ситуационная задача №8

В детскую инфекционную больницу поступил больной ребенок 7 лет, которому врач на основании клинических симптомов поставил диагноз: «Эпидемический цереброспинальный менингит».

Задания:

1. Назовите возбудителя названного заболевания, его морфологические и тинкториальные свойства?
2. Эпидемиология менингита: источник инфекции, входные ворота, механизм, факторы и пути передачи инфекции?
3. Какой материал следует брать у больного, и кто должен осуществлять его взятие?
4. Основные методы микробиологического исследования?
5. Проводится ли специфическая профилактика названного заболевания?

Ситуационная задача №9

В кожно-венерологический диспансер обратилась женщина на профилактический осмотр. Врач-венеролог взяла материал, сделала мазки на 2-х стеклах и отправила в лабораторию, где один мазок окрасили по Граму, другой - метиленовой синью. На основании микроскопической картины был поставлен диагноз: «Гонорея».

Задания:

1. Назовите возбудителя гонореи, его морфологические и тинкториальные свойства?

2. Эпидемиология гонорей: источник инфекции входные ворота, механизм, факторы и пути передачи инфекции?
3. Какие методы микробиологического исследования применяются с целью диагностики гонорей?
4. Какая форма заболевания возникает у новорожденного, рожденного от больной гонореей матери?
5. С какой целью применяется гонококковая вакцина, что она собой представляет?

Ситуационная задача №10

Двое сотрудников отправились на рыбалку. А так как питьевой воды захватили мало, то использовали воду из открытого водоема, причем один из них пил некипяченую воду. Через две недели он заболел, температура тела поднялась до 39⁰ С. Больной был госпитализирован с диагнозом «Брюшной тиф».

Задания:

1. Назовите ряд возбудителя брюшного тифа?
2. Каковы морфологические и тинкториальные свойства возбудителя, образует ли он споры и выделяет ли экзотоксин?
3. Эпидемиология брюшного тифа: источник инфекции, механизм, факторы, пути передачи инфекции?
4. Каким путем заразился указанный больной и почему?
5. Проводится ли специфическая профилактика и терапия брюшного тифа?

Ситуационная задача №11

В клинику инфекционных болезней поступил больной с симптомами диареи (жидкий стул со слизью и прожилками крови). На основании клинических данных и характерного вида испражнений был поставлен диагноз: «Дизентерия».

Задания:

1. Назовите род возбудителей дизентерии и основные виды?
2. Каковы морфологические и тинкториальные свойства возбудителей дизентерии?
3. Назовите характер исследуемого материала и основной метод микробиологической диагностики дизентерии? В чем его сущность? Как собрать материал на исследование?
4. Эпидемиология дизентерии: источник инфекции, механизмы, факторы и пути передачи инфекции?
5. Специфическая профилактика и терапия дизентерии?

Ситуационная задача №12

В инфекционную клинику поступил больной ребенок 3 лет из детского сада № 18 с клиническими проявлениями диареи, где было зарегистрировано несколько случаев заболевания колиэнтеритом.

Задания:

1. Назовите род и виды возбудителей колиэнтерита, их морфологические и тинкториальные свойства?
2. Эпидемиология: источник заболевания, механизм, факторы, пути передачи инфекции?
3. Что такое входные ворота инфекции и что послужило входными воротами инфекции в данном случае?
4. Что служит исследуемым материалом при колиэнтерите и как его собирают? Требования к транспортировке и доставке исследуемого материала в лабораторию?
5. Какой метод применяют для определения чувствительности бактерий к антибиотикам, и в чем его суть?

Ситуационная задача №13

При проф. осмотре в школе № 243 на флюорографии обнаружены очаги затемнения в верхушке правого легкого у школьника В, который был направлен в тубдиспансер для обследования.

Задания:

1. Назовите род и вид основного возбудителя туберкулеза у человека, его морфологические и тинкториальные свойства?
2. В чем особенность химического состава туберкулезной палочки и как их установить?
3. Какой метод окраски применяется для выделения туберкулезной палочки? В какой цвет окрашиваются туберкулезные палочки и остальная флора?
4. Что служит исследуемым материалом при туберкулезе, в зависимости от формы заболевания, требования к транспортировке и доставке в лабораторию?
5. Чем осуществляется специфическая профилактика туберкулеза, характеристика препарата?

Ситуационная задача №14

В микробиологическую лабораторию поступил исследуемый материал больного В., находящегося в сыпнотифозном отделении ГИКБ №1. При обследовании на педикулез насекомых не обнаружили. Из анамнеза не смогли выявить предполагаемый источник инфекции.

Задания:

1. Что такое род бактерий?
2. К какому роду относятся возбудители сыпного тифа?
3. Морфологические и тинкториальные свойства возбудителей сыпного тифа?

4. Эпидемиология эпидемического сыпного тифа: источник инфекции, механизм передачи, фактор передачи, пути передачи инфекции, его сущность?
5. Способы неспецифической профилактики сыпного тифа?

Ситуационная задача №15

В школе № 458, где количество учащихся - 380 человек, выявлен случай заболевания дифтерией. Врач педиатр провел осмотр контактных с целью выявления больных с ангиной, как группы риска, и список выявленных передал медицинской сестре для взятия у них материала на микробиологическое исследование.

Задания:

1. Назовите род возбудителя дифтерии?
2. Чем обеспечивается морфологическая особенность возбудителя дифтерии, и каковы его тинкториальные свойства?
3. Какой материал, чем и с какой целью берут у больных с ангиной? Какие условия необходимо учитывать при взятии материала?
4. Условия доставки исследуемого материала в микробиологическую лабораторию?
5. Проводится ли специфическая профилактика в очаге больных дифтерией? Поясните ответ.

Ситуационная задача №16

В детском саду во время осмотра детей врач-педиатр выявил больного ребенка с подозрением на дифтерию, о чем было послано экстренное извещение в Районный Центр Санэпиднадзора. В группе, где находился больной ребенок, с подозрением на дифтерию, было еще 16 человек.

Задания:

1. С какой целью было послано экстренное извещение в Центр Санэпиднадзора?
2. Какие мероприятия проводит медицинская сестра в очаге больных дифтерией?
3. Эпидемиология дифтерии: источник инфекции, основной механизм, фактор и путь передачи инфекции?
4. Что такое дезинфекция и ее виды?
5. Проводится ли плановая специфическая профилактика дифтерии? Поясните ответ.

Ситуационная задача №17

В Астраханской области, в районе эндемичном по чуме, был выявлен больной А с подозрением на бубонную форму чумы. Больного госпитализировали в инфекционную больницу. Проводя эпидемиологическое расследование в очаге больного, врач эпидемиолог назначил ряд противоэпидемических мероприятий.

Задания:

1. Назовите род возбудителя чумы?
2. Особенности морфологии и тинкториальные свойства возбудителя?
3. Эпидемиология чумы: источник инфекции, механизмы передачи, факторы и пути передачи инфекции?
4. Какой исследуемый материал, как и с какой целью необходимо взять у данного больного?
5. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести в районе, где зарегистрирован случай заболевания чумой?

Ситуационная задача №18

У работницы по производству кисточек для бритья на тыльной стороне левой кисти руки появились зудящие пятнышки, которые через несколько часов превратились в пузырьки с темным содержимым. При вскрытии пузырьков образовывались безболезненные язвы. На основании типичной клинической картины врач-инфекционист поставил диагноз: «Кожная форма сибирской язвы». Для подтверждения клинического диагноза необходимо микробиологическое исследование.

**Оценочные средства для проведения промежуточной аттестации в форме экзамена
по МДК 02.05. Лечение инфекционных больных**

1. Понятие об инфекционном и эпидемическом процессе. Три звена эпидемического процесса. Понятие о профилактике инфекционных заболеваний.
2. Понятие об эпидемическом очаге. Виды и способы дезинфекции, основные дезсредства и их использование. Понятие о дезинсекции, дератизации.
3. Источник инфекции, методы выявления. Медицинское воздействие на источник с целью профилактики распространения заболевания.
4. Понятие о восприимчивости к инфекционным заболеваниям, медицинское влияние на восприимчивость. Плановая и экстренная иммунизация. Виды вакцин.
5. Принципы лабораторной диагностики инфекционных заболеваний.
6. Иммуитет естественный и искусственный. Методы воздействия на иммунитет. Активная и пассивная иммунизация, медицинские препараты для создания специфического иммунитета.
7. Виды возбудителей инфекционных заболеваний. Принципы этиологической терапии. Осложнения этиотропной терапии.
8. Основные патогенетические звенья инфекционного заболевания. Принципы терапии. Периоды острого инфекционного заболевания.
9. Интоксикационный синдром при инфекционных заболеваниях. Виды микробных токсинов. Принципы дезинтоксикационной терапии.
- 10.Пассивная иммунизация, сывороточная терапия. Осложнения при введении чужеродных сывороток и иммуноглобулинов, помощь при осложнениях.
- 11.Инфекционно-токсический шок, стадии развития. Противошочковая терапия.
- 12.Локализованные (гастроинтестинальные) острые кишечные инфекции. Этиологическая структура, основные синдромы, лабораторная диагностика.
- 13.Кровяные инфекции, способы заражения, методы профилактики.
- 14.Воздушно-капельные инфекции, методы профилактики.
- 15.Механизмы и пути передачи инфекций. Эпидемиологическая классификация инфекционных заболеваний. Методы прерывания путей передачи с целью профилактики.
- 16.Локализованные кишечные инфекции бактериальной, вирусной этиологии. Клинические формы. Принципы терапии, профилактики.
- 17.Парентеральные вирусные гепатиты, этиологическая структура, способы заражения. Клинические формы. Профилактика.
- 18.ВИЧ-инфекция, лабораторная диагностика, показания к обследованию. Профилактика, защита медперсонала.
- 19.Вирусные гепатиты, клиническое течение, прогнозы. Печёночная кома (энцефалопатия), стадии, экстренная помощь.
- 20.Лечение острых вирусных гепатитов, понятие о базисной терапии. Наблюдение реконвалесцентов острых вирусных гепатитов.
- 21.Клинико-эпидемиологическая, лабораторная диагностика сальмонеллёза. Осложнения. ВИЧ-инфекция. Профилактика.
- 22.Антропозоонозы, эпидемиологические особенности. Профилактика антропозоонозов.
- 23.Клинико-лабораторная диагностика ГЛПС. Принципы терапии. Наблюдение реконвалесцентов.
- 24.Ботулизм. Этиология, эпидемиология, клинические синдромы. Лабораторная диагностика. Профилактика. Этиология, эпидемиология ботулизма.
- 25.Генерализованные формы менингококковой инфекции. Клиника менингококкцемии, принципы терапии. Экстренная помощь в условиях ФАПа.
- 26.Дифтерия зева, клинические формы. Клинико-лабораторная диагностика, осложнения. Принципы терапии, мероприятия в очаге дифтерии.
- 27.Клиническая диагностика столбняка. Принципы лечения, догоспитальная помощь.
- 28.Этиология, эпидемиология ботулизма. Принципы терапии, возможные осложнения сывороточной терапии, помощь при осложнениях. Действия фельдшера в условиях ФАПа.
- 29.Бешенство. Этиология, эпидемиология, клиника. Иммунопрофилактика бешенства, неспецифические профилактические меры. Мероприятия в очаге.
- 30.ВИЧ-инфекция. Группы риска по заражению ВИЧ-инфекцией. СПИДассоциированные комплексы.
- 31.ОРВИ, клинические особенности различных этиологических форм, осложнения, терапия.
- 32.Особо опасные инфекции, особенности работы в очагах, карантинные мероприятия.
- 33.Туляремия. Этиология, эпидемиология, клинические формы, лабораторная диагностика, принципы терапии, профилактика.

34.Методы диагностики инфекционных заболеваний. Клинико-эпидемиологическая, лабораторно-инструментальная диагностика, диагностические аллергические пробы. 35.Эпидемиология острых кишечных инфекций (локализованных и генерализованных), противоэпидемические мероприятия.

36.Этиология, эпидемиология тифо-паратифозных заболеваний. Клиниколабораторная диагностика. Клинико-эпидемиологические особенности паратифов. Клинические формы брюшного тифа.

37.Этиология, эпидемиология, основные симптомы сальмонеллёза, пищевых токсикоинфекций. Экстренная помощь.

38.Этиология, эпидемиология, клиника инфекционного мононуклеоза. Лабораторная диагностика, осложнения, лечение.

39.Принципы лечения тифо-паратифозных заболеваний. Основные осложнения, диагностика осложнений, экстренная помощь. Профилактика брюшного тифа, мероприятия в очаге.

40.Псевдотуберкулёз. Этиология, эпидемиология, клинические синдромы, осложнения. Клинико-лабораторная диагностика. Принципы терапии.

41.Малярия. Этиология, эпидемиология, виды малярии. Клиникоэпидемиологическая диагностика. Осложнения.

42.Этиология, эпидемиология вирусного гепатита А. Клинико-лабораторная диагностика. Лечение. Мероприятия в очаге, профилактика

43.Малярия, показания к обследованию, лабораторная диагностика. Принципы лечения, профилактика.

44.Сыпной тиф. Этиология, эпидемиология, клиника. Болезнь Брилла.

45.Холера, этиология, эпидемиология, клинико-лабораторная диагностика. Мероприятия в очаге холеры.

46.Вирусные гепатиты, этиологическая структура, пути передачи. Клинические стадии вирусных гепатитов. Лабораторная диагностика.

47.Клинико-лабораторная диагностика сыпного тифа, болезни Брилла. Осложнения. Принципы терапии. Профилактика, мероприятия в очаге.

48.Острая дизентерия, этиология, эпидемиология. Клиническая, лабораторноинструментальная диагностика.

49.ВИЧ-инфекция, этиология, пути передачи, клинические стадии. 50.Грипп, этиология, эпидемиология, клинико-эпидемиологическая диагностика. Критерии тяжести, показания к госпитализации. Осложнения.

51.ОРВИ, этиологическая структура, клиническая, лабораторная диагностика. Профилактика.

52.Менингококковая инфекция, этиология, эпидемиология, клинические формы, лабораторная диагностика. Профилактика, мероприятия в очаге.

53.Осложнения различных этиологических форм ОРВИ, гриппа. Лечение ОРВИ, гриппа, профилактика.

54.Холера, стадии заболевания, стадии обезвоживания, принципы лечения и профилактики.

55.Острая дизентерия, эшерихиозы. Клинические формы, лечение, профилактика.

56.Лайм-боррелиоз. Этиология, эпидемиология, клинические стадии. Симптомы острого боррелиоза, лечение, профилактика.

57.Этиология, эпидемиология дифтерии, локализация патологического процесса. Плановая профилактика дифтерии.

58.Столбняк, этиология, эпидемиология. Плановая и экстренная профилактика столбняка.

59.Рожь, этиология, эпидемиология, клиническая диагностика, осложнения. Показания к госпитализации. Лечение. Профилактика рецидивов.

60.Этиология, эпидемиология ГЛПС, клинические стадии, осложнения соответственно клиническим стадиям. Профилактика, мероприятия в очаге.

61.Клещевой энцефалит, этиология, эпидемиология, клинические формы. Клиникоэпидемиологическая диагностика, лабораторные исследования. Профилактика, принципы лечения.

Программа проведения экзамена по профессиональному модулю

Экзамен – это форма оценки знаний, умений и практического опыта, навыков самостоятельной работы, способности применять их в решении практических задач, проверка уровня сформированности общих и профессиональных компетенций, полученных обучающимися в процессе изучения профессионального модуля.

Расписание экзаменов утверждается ректором и доводится до сведения преподавателей и обучающихся не позднее, чем за две недели до начала экзаменов.

Экзамен проводится в период промежуточной аттестации или в специально отведенный день, установленный календарным учебным графиком согласно утвержденному расписанию экзаменов.

Перед экзаменом проводится консультация за счет общего числа консультационных часов на группу.

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

3.26. Экзаменационные материалы, составленные на основе актуальных разделов и тем рабочей программы профессионального модуля, отражаются в фонде оценочных средств.

К экзаменационным материалам относятся: экзаменационные вопросы, задачи, ситуации, тесты.

Формулировки вопросов являются четкими, понятными, исключающими двойное толкование.

На основе разработанного и объявленного обучающимся перечня вопросов и практических задач, ситуаций, рекомендуемых для подготовки к экзамену, составляются экзаменационные билеты, содержание которых до обучающихся не доводится. Вопросы и практические задачи, ситуации носят равноценный характер. Могут быть применены тестовые задания.

Количество заданий в экзаменационных билетах не должно быть менее двух и более пяти.

Количество экзаменационных билетов – 25.

К началу экзамена должны быть подготовлены следующие документы:

- программа промежуточной аттестации;
- экзаменационные билеты (и /или экзаменационные материалы);
- наглядные пособия, материалы справочного характера, нормативные документы и образцы, разрешенные к использованию на экзамене;
- журнал учебной группы;
- зачетно-экзаменационная ведомость;
- зачетные книжки.

Экзамен принимается комиссией. На сдачу экзамена предусматривается не более шести академических часов на учебную группу.

Оценка, полученная на экзамене, заносится преподавателем в зачетно-экзаменационную ведомость (в том числе и неудовлетворительная). В зачётную книжку неудовлетворительная оценка не выставляется.

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

Во время сдачи экзамена в аудитории может находиться одновременно не более 6 обучающихся. На выполнение задания по экзаменационному билету обучающемуся отводится не более 1 академического часа.

Письменная часть экзамена выполняется на бумаге со штампом академии. После ответа на вопросы экзаменационного билета обучающемуся могут быть заданы дополнительные вопросы в пределах учебного материала, вынесенного на экзамен.

Обучающийся, испытывающий затруднения при подготовке к ответу по выбранному билету, имеет право на второй билет с соответствующим продлением времени на подготовку к ответу. При окончательной оценке ответа оценка снижается на один балл. Выдача третьего билета не разрешается.

Академия определяет перечень наглядных пособий, материалов справочного характера, нормативных документов и различных образцов, которые разрешены к использованию на экзамене. Обучающемуся, использующему в ходе экзамена неразрешенные источники и средства для получения информации (в том числе использование мобильного телефона), выставляется неудовлетворительная оценка.

В случае неявки обучающегося на экзамен, преподавателем делается в зачетно-экзаменационной ведомости отметка «не аттестован».

К экзамену по профессиональному модулю допускаются обучающиеся, успешно прошедшие промежуточную аттестацию по междисциплинарным курсам и учебной/производственной практике в рамках данного модуля, выполнившие курсовые работы (проекты) в рамках данного модуля.

Прием экзамена по профессиональному модулю осуществляется комиссией, членами комиссии являются преподаватели, участвовавшие в реализации обучения составляющих данного профессионального модуля. Состав комиссии утверждается приказом ректора.

Экзамен по профессиональному модулю включает в себя выполнение практической работы и проверку теоретических знаний. По усмотрению членов комиссии возможно изменение ранее полученных оценок по междисциплинарным курсам по данному профессиональному модулю.

Экзамен по профессиональному модулю проводится в специально подготовленном помещении.

В ходе экзамена по профессиональному модулю обучающийся выполняет задание, комиссия оценивает, выставляет баллы и определяет общее количество баллов и количество процентов, набранных обучающимся. Затем комиссия делает вывод, на сколько процентов освоен профессиональный модуль: если обучающийся набрал 50% и более, модуль считается освоенным. В ходе экзамена ведется ведомость на каждого обучающегося, где указываются оцениваемые параметры, максимальное количество баллов, количество баллов, набранных обучающимся, и выводится общий процент освоения профессионального модуля. При этом необходимо иметь в виду: 5 «отлично» выставляется в случае верного выполнения не менее 90 % заданий, 4 «хорошо» - 70% - 89 %, «3» удовлетворительно – 50% - 69 %, 2 «неудовлетворительно» - менее 50 %.

3.48. Результатом освоения профессионального модуля является оценка: 5 «отлично», 4 «хорошо», 3 «удовлетворительно», 2 «неудовлетворительно», которая заносится в зачетно-экзаменационную ведомость и зачетную книжку (кроме оценки 2 «неудовлетворительно»).

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

Оценочные средства для проведения экзамена по ПМ. 02 Лечебная деятельность

Билет № 1

Задача 1

Больной страдает язвенной болезнью желудка много лет, периодически лечится, лечение дает эффект на несколько месяцев. В настоящее время период обострения, через несколько дней должен был лечь в клинику. Собираясь на работу, отметил чувство слабости, головокружение, шум в ушах, тошноту и был черный, как деготь, стул — такого состояния раньше никогда не было. Больного всегда мучили боли, а на сей раз они перестали беспокоить.

При осмотре: некоторая бледность кожных покровов, пульс 96 уд, в 1 мин, наполнение снижено, АД 100/60 мм.рт.ст. (обычное давление больного 140/80 мм.рт.ст.), некоторое учащение дыхания. Язык суховат, обложен белым налетом, живот не вздут, мягкий, незначительно болезненный при пальпации в эпигастрии, симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен.

Задания

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования следует провести.
3. Расскажите об объеме доврачебной неотложной помощи.
4. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного больного в условиях стационара.
5. Выполните практическую манипуляцию: определите группу крови с помощью цоликлонов анти – А и анти – В.

Задача 2

В ФАП принесли девочку 12 лет, которая случайно выпила раствор каустической соды. Мучается от острой боли в ротовой полости, глотке и за грудиной. Отмечается слюнотечение из-за невозможности сделать хотя бы один глоток. На губах, языке, слизистой щек — следы ожогов. Состояние тяжелое. Девочка плачет от боли, бледная, пульс 100 уд/мин.

Задания

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2.; ПК 2.3.; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7..

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12.

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

Билет № 2

Задача 1

Повар заводской столовой поскользнулся, опрокинул кастрюлю с кипятком на ноги. Тут же вызвали фельдшера здравпункта. Общее состояние пострадавшего удовлетворительное, АД 120/80 мм рт. ст., пульс 90 уд. в 1 мин. Больной жалуется на жгучие боли в обеих ногах. Пострадавший был в шортах, без носков, на ногах шлепанцы с узкой перекладиной сверху. При осмотре: в области передних поверхностей обеих голени обширные пузыри с прозрачным содержимым, такие же пузыри на тыльной стороне стоп. между пузырями небольшие участки гиперемированной кожи.

Задания

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2.; ПК 2.3.; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Расскажите о методах определения площади ожоговой поверхности и причинах развития ожоговой болезни.
3. Составьте и аргументируйте алгоритм оказания неотложной помощи.
4. Составьте лечебную программу в условиях хирургического стационара.
5. Продемонстрируйте технику наложения бинтовой повязки на стопу.

Задача 2

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

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2.; ПК 2.3.; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7..

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12.

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

Билет № 3

Задача 1

Вы работаете фельдшером местного железнодорожного вокзала и в здравпункт доставлен постовым милиционером человек без определенного места жительства в состоянии средней степени алкогольного опьянения, который спал в привокзальном саду; температура воздуха на улице ниже 00. При объективном осмотре доставленного лица: пальцы левой руки резко бледные, движения в пальцах отсутствуют, чувствительность не определяется. Через несколько минут кожа на пальцах стала синюшной, отечной и болезненной, с мраморным оттенком, в суставах пальцев появились движения, но не в полном объеме.

ЗАДАНИЯ

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2.; ПК 2.3.; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза и методику их выявления.
3. Расскажите об объеме доврачебной помощи и направлении в соответствующее лечебное учреждение.
4. Составьте план диагностических и лечебных мероприятий в лечебном учреждении.

5. Продемонстрируйте наложение повязки — “перчатка”.

Задача 2

Мама с двумя детьми 5 и 7 лет приехали на дачу. Мылись в самодельной бане, огня в печке не было, заслонка трубы была закрыта. Вскоре у всех троих, в большей степени у детей, появились: головная боль, головокружение, рвота. Младший ребенок потерял сознание. При осмотре у старшей девочки было затруднено дыхание, наблюдалась осиплость голоса, кашель с мокротой, при выслушивании сердца тахикардия. А/Д 80/40. Младший ребенок на вопросы не отвечал. А/Д 40/10 мм рт.ст.

Задания

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациентов.
2. Составьте алгоритм неотложной помощи.
3. Продемонстрируйте технику подачи кислорода ребенку через маску.

Билет № 4

Задача

В ФАП обратилась женщина 38 лет с жалобами на жгучую боль в области лица, недомогание, слабость, повышенную температуру тела, озноб, головную боль, тошноту.

На коже левой половины лица в день обращения появилась яркая краснота с четко ограниченными зазубренными границами. Кожа в зоне воспаления резко болезненна, гиперемирована, горяча на ощупь. Быстро нарастает отек губы, верхнего века. При обращении состояние средней тяжести, температура 38,20, пульс – 86 ударов в минуту, ритмичный, частота дыханий – 22 в минуту.

Задания

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Расскажите об отличительных особенностях данного заболевания по сравнению с другими хирургическими инфекциями и о клинической картине в случае прогрессирования процесса.
3. Составьте и аргументируйте алгоритм оказания неотложной помощи.
4. Расскажите о диагностической и лечебной программе в стационаре.
5. Продемонстрируйте технику туалета и УФО кожи пораженной области.

Задача 2

Срочный вызов "скорой помощи" к ребенку 2-х лет, который в отсутствии мамы в течение нескольких часов находился дома с соседкой, девочкой 8 лет. Дети нашли в столе какие-то зеленые таблетки, и старшая поила ими кукол и младшую Лену, которая скоро захотела спать. Через несколько часов мама стала будить девочку, чтобы накормить, но это ей не удалось. Тогда мама заподозрила отравление (зеленые таблетки оказались таблетками реланиума). Состояние ребенка при осмотре тяжелое, на вопросы не отвечает. Кожные покровы бледные, дыхание поверхностное. Тоны сердца приглушены, пульс 136 уд/мин, слабого наполнения, АД 40/20.

Задания

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2.; ПК 2.3.; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7..

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12.

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм неотложной помощи.
3. Продемонстрируйте технику проведения очистительной клизмы на фантоме.

Билет № 5

Задача 1

В ФАП обратился мальчик 13 лет с жалобами на боль в левой пяточной области.

Фельдшер обнаружил инфицированную потертость, провел туалет кожи, удалил отслоившийся эпидермис и гной, наложил повязку с мазью Вишневского. Назначил амбулаторный режим. Сульфадимезин внутрь по 0,25 х 4 раза в день. В последующие 3 дня состояние ухудшилось. Ходить не может. Жалуется на боль во всей левой ноге.

Объективно: состояние средней тяжести, температура – 38,20, пульс 92 удара в минуту, ритмичный. Симптомы интоксикации. В паховой области пальпируются резко болезненные образования, диаметром 2 см, плотно эластичной консистенции, на внутренней поверхности левой нижней конечности определяются продольные красные полосы, кожа над ними болезненна и гиперемирована. В пяточной области поверхностная рана 1х 1,5 см, покрытая фибрином, с гиперемированными краями.

Задания

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Оцените тактику фельдшера, выявите допущенные ошибки.
3. Составьте и обоснуйте алгоритм оказания неотложной помощи.
4. Составьте диагностическую, лечебную программу в стационаре.
5. Продемонстрируйте технику транспортной иммобилизации нижней конечности, применительно к данной ситуации. Составьте набор для инструментальной перевязки гнойной раны.

Задача 2

На станцию "скорой помощи" поступил вызов к ребенку 7 лет, которого мама, придя с работы вечером, застала в тяжелом состоянии: была несколько раз рвота. Мальчик сознался, что старшие ребята во дворе его угостили водкой. Осмотр фельдшером "скорой помощи" показал: ребенок заторможен, состояние тяжелое, речь невнятная, кожные покровы бледные, на лбу холодный пот. АД 70/40, пульс слабого наполнения, 110 уд/мин. Из рта запах алкоголя. Тоны сердца слегка приглушены. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий.

ЗАДАНИЯ

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

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

Билет № 6

Задача 1

На ФАП обратилась больная 45 лет с жалобами на наличие язвы в нижней трети правой голени, боли в правой голени и стопе ломящего характера, возникающие к концу дня, отек стопы и голени, периодические судороги в нижних конечностях.

При осмотре правой голени в н/3 над внутренней лодыжкой имеется язва диаметром 4 см с неровными краями, глубиной 0,5 см, дно и стенки покрыты некротическим налетом, отделяемое умеренное гнойное, зловонное. Отмечается расширение большой подкожной вены: на бедре- в виде мягкого шнура, а в н/3 бедра и по всей голени- варикозное изменение. При пальпации вены и её узлов болезненности и уплотнений не обнаружено. Пульсация артерий определяется хорошо.

Задания

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Расскажите о дополнительных объективных методах исследования и методиках их проведения.
3. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи с обоснованием каждого этапа.
4. Расскажите о диагностическо-лечебной программе в стационаре.
5. Продемонстрируйте наложение эластичного бинта на нижнюю конечность на фантоме.

Задача 2

При взятии крови из пальца у ребенка появились слабость, бледность кожных покровов, холодный липкий пот, АД 60/40 мм рт.ст.

Задания

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм неотложной помощи.
3. Продемонстрируйте технику подсчета частоты дыхания и пульса у детей различного возраста.

Билет № 7

Задача 1

В ФАП обратился больной 60 лет с жалобами на затрудненное прохождение жидкой пищи. 3 года назад впервые появилось чувство комка за грудиной при употреблении твердой пищи. За это время похудел на 20 кг. При осмотре: больной истощен и ослаблен, дефицит массы тела 25 кг.

В левой надключичной области пальпируется плотный неподвижный безболезненный лимфатический узел диаметром 2 см. Другие группы периферических лимфатических узлов не увеличены.

Печень пальпируется у края реберной дуги. Опухолевидных образований пальпаторно в брюшной полости нет.

Задания

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Расскажите о дополнительных объективных методах исследования и методиках их проведения.
3. Расскажите о диагностической программе в поликлинике.
4. Расскажите о лечебной программе в стационаре.
5. Составьте набор инструментов для диагностической пункции лимфатического узла.

Задача 2

У ребенка 8 лет, находящегося на стационарном лечении, под утро появился приступ удушья с затруднением выдоха, частым сухим кашлем; дыхание шумное, на расстоянии слышны свистящие хрипы.

Задания

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм неотложной помощи.
3. Продемонстрируйте технику применения карманного ингалятора.

Билет № 8

Задача 1

Фельдшера пригласили в соседнюю квартиру к больной. Женщина жалуется на боли в правой подвздошной области, рвоты не было, но беспокоит чувство тошноты. Боли постоянного характера, иррадиации нет. Температура тела 37,5. Больной себя считает несколько часов. При осмотре: язык слегка обложен, суховат, живот в правой подвздошной области болезненный, брюшная стенка в этой области напряжена, положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Положительны и симптомы Ситковского и Образцова.

Задания

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Расскажите о дополнительных методах исследования, необходимых для подтверждения диагноза.
3. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.
4. Расскажите о диагностической и лечебной программе в условиях стационара.
5. Продемонстрируйте на фантоме технику проведения туалета раны.

Задача 2

Ребенок 5 лет длительное время находился на солнце. К вечеру у него заболела голова: началось носовое кровотечение.

Задания

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм неотложной помощи.
3. Продемонстрируйте технику применения холода для остановки кровотечения.

Билет № 9

Задача 1

Вы работаете фельдшером сельского ФАП. На прием пришел мужчина 30 лет, по профессии механизатор, которому зачастую приходится ремонтировать трактор, в положении лежа на холодной земле. Заболел два дня назад. Около двух лет назад перенес аналогичное заболевание. Жалобы на боли в области промежности и ануса, отдающие в паховые области и половые органы. Мочеиспускание болезненное и частое, струя мочи слабая.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 37,6 °C. Кожа и видимые слизистые чистые. Пульс 80 уд/мин. АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, симптомы раздражения брюшины отрицательны.

Задания

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Расскажите о необходимых физикальных методах исследования и технике их выполнения.
3. Составьте и обоснуйте алгоритм оказания доврачебной медицинской помощи.
4. Расскажите о диагностической и лечебной программе в ЛПУ.
5. Продемонстрируйте технику промывания мочевого пузыря на фантоме.

Задача 2

Девочка 7 лет лечится по поводу обострения хронического тонзиллита. Получает бисептол. Врачом было назначено внутримышечное введение пенициллина по 500 тыс. 2 раза в день. Через минуту после введения пенициллина в поликлинике появилась резкая бледность лица, цианоз слизистой оболочки губ, рвота, одышка, судороги, пульс нитевидный. Конечности холодные.

Задания

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.
3. Продемонстрируйте технику разведения и внутримышечного введения пенициллина.

Билет № 10

Задача 1

Во время занятий спортом на перекладине юноша 17 лет во время приземления, соскользнув, упал левым плечом. Почувствовал резкую боль, на короткое время потерял сознание. Очнувшись, отмечает слабость, головокружение; левая рука свисает в неестественном положении, движения невозможны.

Обратился в школьный медицинский пункт, где его принял фельдшер.

Объективно: при осмотре у пострадавшего опущено левое надплечье, голова наклонена в сторону повреждения, здоровой рукой он поддерживает левую. Поврежденная рука согнута в локтевом суставе и кажется удлиненной. Округлость плечевого сустава деформирована, наружная поверхность сустава уплощена. Активные движения в суставе отсутствуют.

Задания

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Расскажите о симптомах, которые необходимо выявить при осмотре для уточнения диагноза.
3. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

4. Составьте план дальнейших диагностических и лечебных мероприятий и назовите лечебное учреждение, куда следует направить больного.

5. Продемонстрируйте способ наложения повязки «Дезо»

Задача 2

Ребенок 13 лет съел мясные консервы, приготовленные в домашних условиях. Через некоторое время появились рвота, боли в области желудка, сухость во рту, жажда, расстройство зрения, нарушение глотания и движения языка.

Задания

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм неотложной помощи.
3. Продемонстрируйте технику постановки сифонной клизмы.

Билет № 11

Задача 1

Мужчина 23 лет обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость, недомогание, головную боль, повышение температуры тела до 37,50С, сухой кашель. Болен второй день, заболевание связывает с переохлаждением.

Объективно: температура тела 37,20С. Общее состояние удовлетворительное. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Перкуторный звук над легкими ясный. Дыхание жесткое, рассеянные сухие жужжащие и свистящие хрипы. ЧДД - 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 72 в мин, АД 120/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Перечислите необходимые дополнительные исследования.
3. Назовите возможные осложнения данного заболевания.
4. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике данного заболевания.
5. Продемонстрируйте технику паровых ингаляций с эфирными маслами в домашних условиях.

Задача 2

В присутствии фельдшера ФАП мужчина, вынимая оконную раму, разбил стекло. Большой осколок вонзился в ткани нижней трети левого плеча. Мужчина сильно испугался, выдернул стекло, сразу же началось сильное кровотечение.

Объективно: в области передне-внутренней поверхности нижней трети левого плеча рана 5 см х 0,5 см с ровными краями, из раны пульсирующей струей выбрасывается алая кровь.

Задания

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

1. Поставьте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте алгоритм неотложной помощи пострадавшему и аргументируйте каждый этап.
3. Продемонстрируйте технику наложения жгута применительно к данной ситуации.

Билет № 12

Задача 1

Больной Г., 20 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость, повышение температуры, кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку. Заболел 10 дней назад: появился насморк, кашель, болела голова, лечился сам, больничный лист не брал. Хуже стало вчера вновь поднялась температура до 38,40С.

Объективно: температура - 38,60С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая, гиперемия лица. Число дыханий 30 в мин. При осмотре грудной клетки и при пальпации изменений нет. При перкуссии справа под лопаткой притупление перкуторного звука. При аускультации в этой области дыхание более жесткое, выслушиваются звучные влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены. Пульс - 98 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 110/60 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

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

Задача 2

К фельдшеру обратилась женщина, страдавшая варикозным расширением вен нижних конечностей, во время уборки сахарной свеклы повредила тяпкой ногу.

Жалобы на сильную боль в ране, кровотечение.

Объективно: состояние удовлетворительное. Пульс 86 ударов в минуту, АД 115/70 мм рт. ст. На внутренней поверхности правой голени в средней трети рубленая рана с неровными осадненными краями 4,5х3 см, загрязнена землей, кровотечение непрерывной струей темного цвета.

Задания

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте и аргументируйте алгоритм оказания неотложной помощи.
3. Продемонстрируйте технику остановки кровотечения применительно к данной ситуации на фантоме.

Билет № 13

Задача 1

Фельдшер вызван на дом к больному К., 57 лет. Жалобы на головную боль в затылочной области, рвоту, головокружение, мелькание мушек перед глазами. Из анамнеза выяснилось, что эти явления развивались сегодня во второй половине дня. До этого к врачу не обращался. Головные боли беспокоили периодически в течение нескольких лет, но больной не придавал им значения и к врачам не обращался.

Объективно: температура 36,40С. Общее состояние средней тяжести. Кожа бледная. Дыхание везикулярное. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, резкий акцент 2-го тона на аорте. ЧСС 92 в мин., пульс твердый, напряженный, 92 в мин. АД 200/110 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

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

Задача 2

Во время несения службы охранник частного предприятия подвергся нападению и получил огнестрельное ранение в правое плечо.

Объективно: на передней поверхности середины правого плеча имеется умеренно кровотокающая рана, неправильно округлой формы, на задней поверхности – аналогичная рана несколько больших размеров с неровными краями. Из анамнеза выяснилось, что в пострадавшего стреляли на расстоянии около 30 м из пистолета. В здравпункте соседнего предприятия дежурил фельдшер, к которому и обратился пострадавший.

Задания

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

1. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его.
2. Составьте алгоритм неотложной доврачебной помощи.
3. Продемонстрируйте технику наложения давящей повязки на плечо, используя индивидуальный перевязочный пакет применительно к ситуации.

Билет № 14

Задача 1

Вы работаете на здравпункте. К Вам обращается работница завода 52 лет с жалобами на головную боль в затылочной области, в основном в утренние часы, периодически тошноту, потемнение в глазах, сердцебиение и одышку при выполнении физической работы, по утрам - небольшие отеки на лице. Подобные проявления были у ее матери, которая умерла 4 года назад от инсульта.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы несколько бледноваты, веки пастозны. ЧД=20 в минуту, пульс – 80 ударов в минуту, полный ритмичный. АД 150/95 мм рт.ст. Тоны сердца ритмичны, несколько приглушены. Левая граница сердца на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Небольшие отеки на голени.

Задания

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
3. Перечислите возможные осложнения при данной патологии.
4. Определите Ваши действия в отношении данной пациентки.
5. Подготовьте пациентку к внутривенной пиелографии.

Задача 2

В ФАП принесли девочку 12 лет, которая случайно выпила раствор каустической соды. Мучается от острой боли в ротовой полости, глотке и за грудиной. Стонет. Отмечается слюнотечение из-за невозможности сделать хотя бы один глоток. На губах, языке, слизистых щек следы ожогов.

Состояние тяжелое, бледная, пульс 100 ударов в минуту, ритмичный, АД 90/70 мм.рт.ст.

Задания

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте и аргументируйте алгоритм неотложной помощи.
3. Продемонстрируйте технику проведения туалета ротовой полости и введения нозогастрального зонда.

Билет № 15

Задача 1

К фельдшеру обратилась женщина 21 года с жалобами на появление боли в эпигастральной области после еды, отрыжку кислым, изжогу. Режим питания не соблюдает. Боли беспокоят 2 года.

Объективно: температура 36,60С. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Язык обложен беловатым налетом. Живот при пальпации мягкий, отмечается слабая болезненность в эпигастральной области. Со стороны других органов патологии нет.

Задания

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

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

Задача 2

В ФАП обратилась женщина 62 лет с жалобами на боль в левом коленном суставе, усиливающуюся при ходьбе. За два дня до обращения упала на улице коленом на асфальт. Дома применяла компресс без положительного эффекта.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Температура 36,70. Левая нижняя конечность находится в полусогнутом положении. Левый коленный сустав увеличен в объеме, в области надколенника ссадина размером 4х6 см, покрытая коричневой корочкой. Движения в суставе несколько ограничены и болезненны. Пальпаторно определяются болезненность и баллотирование подколенника. Температура кожи над суставом не увеличена.

Задания

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте и аргументируйте алгоритм оказания неотложной помощи.
3. Продемонстрируйте технику наложения черепашьей повязки (сходящейся, расходящейся) на коленный сустав.

Билет № 16

Задача 1

Больной А., 36 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на острые боли в животе, возникающие через 30 мин. после приема пищи, рвоту на высоте боли, приносящую облегчение. Иногда больной сам вызывает рвоту после еды для уменьшения боли. Аппетит сохранен, но из-за появления болей после еды, больной ограничивает прием пищи. Болен несколько лет, ухудшение состояния отмечается в осенне-весенний период, обострения провоцируются эмоциональными перегрузками. Больной курит в течение 20 лет по 1 пачке сигарет в день.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Легкие и сердце без патологии. Язык обложен беловатым налетом. При пальпации живота отмечается болезненность в эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются.

Задания

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

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

Задача 2

В ФАП обратился лесничий, 57 лет, с жалобами на повышение температуры, озноб, головную боль, нарушение сна, сильную боль в области раны правой голени и паху, усиливающуюся при ходьбе. Три дня назад ударился ногой о выступающий корень дерева, промыл рану водой, лечился народными средствами.

Объективно: t-38°. В нижней трети внутренней поверхности правой голени рана 4х3,5 см, окружающие ткани отечные, гиперемия без четких границ, отделяемое гнойное, скудное. В правой

паховой области несколько округлых, подвижных, плотных болезненных, не спаянных с кожей образований, размером с фасоль.

Задания

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте и аргументируйте алгоритм оказания неотложной помощи.
3. Составьте набор хирургических инструментов для ПХО раны.

Билет № 17

Задача 1

Больной Г., 42 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость, недомогание, быструю утомляемость, снижение аппетита, чувство тяжести в правом подреберье, тошноту. 10 лет назад перенес острый вирусный гепатит. Ухудшение началось 2 недели назад.

Объективно: температура 37,30С. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Склеры, мягкое небо чистые, с желтушным оттенком. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 82 в минуту, АД 120/80 мм рт.ст. Язык обложен желтоватым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии на 3 см, умеренно болезненная, эластичная. Селезенка не пальпируется.

Задания

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

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

Задача 2

В здравпункт школы обратился юноша, который во время соревнований по бегу споткнулся, упал и по инерции проскользнул правой ладонью по асфальту около 1 метра. Почувствовал резкую боль, появилось интенсивное кровотечение, а часть кожи в виде лоскута висит свободно на тонкой полоске.

Объективно: кожа ладони, размером 3х4 см, в области подушечки большого пальца отслоилась, рана загрязнена пылью, мелкими инородными телами, обильно кровоточит.

Задания

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте алгоритм оказания неотложной помощи.
3. Продемонстрируйте технику наложения на кисть повязки - "варежка".

Билет № 18

Задача 1

Больной Н., 18 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на отеки на лице, нижних конечностях, головную боль, ноющие боли в пояснице, общую слабость, появление мутной розовой мочи. Больным считает себя в течение 3-х дней. Перенесенные заболевания: грипп, 2 недели назад была ангина.

Объективно: температура 37,70С. Общее состояние средней тяжести. Лицо отечное, отеки на стопах и голени. Кожа бледная. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент 2-го тона на аорте. Пульс 84 в мин., ритмичный, напряженный. АД 165/100 мм рт.ст. Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого слабopоложительный с обеих сторон.

Задания

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

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

Задача 2

Больная обратилась в фельдшерско-акушерский пункт с жалобой на резкую боль в поясничной области справа. Из анамнеза выяснилось, что она около часа назад дома поскользнулась и упала, ударившись поясницей о край стола. При мочеиспускании обратила внимание на розовую окраску мочи, одновременно интенсивность болей в правой поясничной области нарастала, появилась слабость.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела в норме, кожные покровы чистые, бледноватые, пульс 94 уд./мин, АД 105/60 мм.рт.ст., больная беспокойна, симптом Пастернацкого резко положительный справа. Собранный на анализ моча розового цвета.

Задания

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.
3. Составьте набор инструментов для диагностической пункции паранефрального пространства и катетеризации подключичной вены.

Билет № 19

Задача 1

Больная Н., 32-х лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на потрясающий озноб, повышение температуры, ноющие боли в пояснице справа, частое болезненное мочеиспускание. Свое заболевание связывает с переохлаждением. В анамнезе частые циститы.

Объективно: температура 38,0С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, ЧСС 92 в мин., АД 120/80 мм рт.ст. Язык чистый. Живот мягкий, отмечается болезненность по наружному краю прямой мышцы живота справа на уровне реберной дуги, пупка и паховой складки. Симптом Пастернацкого положительный справа.

Задания

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

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

Задача 2

К фельдшеру ФАП обратился больной, 52-х лет, с жалобами на интенсивные приступообразные боли в поясничной области, иррадирующие в паховую область слева, низ живота, сопровождающиеся частыми, болезненными позывами к мочеиспусканию, сухостью во рту, тошнотой, была однократная рвота. Подобные приступы болей у больного наблюдались дважды в течение последних трех лет.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 37,40. Пульс 68 уд./мин. АД 140/90 мм рт.ст. Язык суховат, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого положительный слева.

Задания

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте алгоритм оказания неотложной помощи.
3. Продемонстрируйте технику определения симптома Пастернацкого.

Билет № 20

Задача 1

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

Объективно: температура 37,20С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая, влажная. Отмечается тремор пальцев, нерезкое пучеглазие, редкое мигание, усиленный блеск глаз, положительные симптомы Грефе и Мебиуса. Имеется диффузное увеличение щитовидной железы (симптом “толстой шеи”). Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца чистые, ритмичные. ЧСС 100 ударов в мин. АД 140/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

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

Задача 2

В фельдшерский пункт обратился больной, который, поскользнувшись, упал на вытянутую руку и ударился правым плечом об асфальт. Жалобы на боли в правой надключичной области, движения в правом плечевом суставе резко болезненны.

Объективно: правое надплечье несколько опущено, в средней трети ключицы определяются деформация, кровоизлияние, при осторожной пальпации определяется патологическая подвижность в проекции деформации. Затруднено и болезненно отведение руки, движения в плечевом суставе ограничены, больной поддерживает руку и приподнимает ее за предплечье, прижимая локоть к груди. Верхняя конечность ротирована кнутри.

Задания

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте алгоритм оказания неотложной помощи.
3. Продемонстрируйте технику наложения повязки Дезо.

Билет № 21

Задача 1

Пациентка Е. Н. 22 лет, обратилась на ФАП к фельдшеру 3 июля.

Жалобы на отсутствие менструации, тошноту по утрам, отвращение к запахам.

Анамнез: Последняя менструация была 8 мая. Менструации с 12 лет регулярные, через 27 - 28 дней, по 3 - 4 дня, умеренные, безболезненные.

Объективно: общее состояние удовлетворительное АД -110/80 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. При осмотре влагалищными зеркалами: слизистая оболочка влагалища и шейки матки синюшная. Бимануальное исследование: наружные половые органы развиты правильно, влагалище узкое, матка в антефлексии-верзие, увеличена до

размеров гусиного яйца, мягковатой консистенции, но во время исследования становится плотной, придатки без изменений, выделения светлые.

Задания

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

1. Выявите проблемы женщины.
2. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
3. Перечислите дополнительные методы диагностики беременности.
4. Определите срок беременности и предполагаемый срок родов.
5. Продемонстрируйте на фантоме технику осмотра половых органов в зеркалах и технику бимануального исследования.

Задача 2

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

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

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

Билет № 22

Задача 1

Беременная И.А., 24 лет обратилась на ФАП к фельдшеру 11 декабря.

Анамнез: последняя менструация 3 апреля, первое шевеление плода 21 августа.

Объективно: живот овоидной формы, дно матки на уровне мечевидного отростка. Окружность живота 100 см, высота стояния дна матки 35 см. При пальпации живота в области дна матки пальпируется крупная, мягкая, малоподвижная часть плода. В левой боковой стороне матки прощупывается гладкая, широкая поверхность плода, в правой мелкие подвижные бугорки. Предлежащая часть пальпируется в виде крупной, плотной, баллотирующей части. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 уд./мин., слева ниже пупка.

Задания

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

1. Выявите проблемы женщины.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Перечислите сроки беременности по высоте стояния дна матки.
4. Определите положение, позицию и предлежащую часть плода.
5. Продемонстрируйте технику наружного акушерского исследования (приемы Леопольда).

Задача 2

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

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

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

Билет № 23

Задача 1

Фельдшер скорой помощи приехал на вызов к беременной Е.Н. 26 лет.

Жалобы на схватки, начавшиеся 4 часа тому назад, и усиление шевеления плода.

Анамнез: беременность доношенная, но протекала с осложнениями (по УЗИ выявлены кальцинаты на плаценте).

Объективно: общее состояние удовлетворительное, АД 120/80 мм. рт. ст. Пульс - 74 уд в мин. Живот овоидной формы, положение плода продольное, предлежит головка. Схватки по 25-30 секунд через 6-7 минут. При аускультации - сердцебиение плода приглушено, частота 100 уд./мин.

Задания

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

1. Выявите проблемы женщины
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Определите тактику фельдшера в данной ситуации
4. Перечислите признаки оценки состояния новорожденного по шкале Апгар.
5. Продемонстрируйте первичный туалет новорожденного (обработка пуповины).

Задача 2

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

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

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

Билет № 24

Задача 1

На ФАП к фельдшеру обратилась женщина 25 лет.

Жалобы: на потерю аппетита и неоднократную рвоту, не связанную с приемом пищи.

Анамнез: менструация с 13 лет без особенностей, последняя менструация 3 месяца тому назад. Замужем, от беременности не предохранялась.

Объективно: рост 160 см, вес 65 кг. Кожные покровы бледные, сухие, язык обложен белым налетом. Пульс 90 ударов в минуту. АД 100/70 мм. рт. ст., молочные железы увеличены, напряжены. Рвота 10 раз в сутки.

Бимануальное исследование: наружные половые органы развиты правильно, слизистая влагалища и шейки матки синюшны, своды свободные. Матка в нормальном положении, размягчена, увеличена до размеров головки новорожденного, придатки не увеличены.

Задания

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

1. Выявите проблемы женщины.
2. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
3. Оцените состояние женщины.
4. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.

5. Продемонстрируйте технику измерения наружных размеров таза.

Задача 2

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

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

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).

Билет № 25

Задача 1

Поступил вызов к беременной женщине 30 лет, срок беременности 36 недель.

Жалобы: на головную боль, ухудшение зрения, боли в эпигастриальной области, однократную рвоту. Анамнез: Менструальная функция без особенностей. Брак первый. Беременность первая, в начале протекала без осложнений. В последнее посещение женской консультации неделю назад было выявлено: повышение АД до 140/85, 135/80, незначительные отеки, белок в моче. От госпитализации в ОПБ акушерского стационара беременная отказалась.

Объективно: кожные покровы чистые, отмечается побледнение лица, расширение зрачков, синюшность кончика носа и верхней губы. АД 170/100, 180/110, пульс 85 ударов в минуту. Положение плода продольное, позиция первая, предлежащая часть - головка, сердцебиение плода 140 ударов в минуту.

Задания

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

1. Выявите проблемы женщины.
2. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
3. Оцените состояние беременной женщины.
4. Определите тактику фельдшера.
5. Продемонстрируйте технику измерения окружности живота и высоты стояния дна матки.

Задача 2

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

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

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

Билет № 26

Задача 1

Мальчику 8 месяцев. Жалобы на вялость ребенка, снижение аппетита, неустойчивый стул. Ребенок от 5 беременности, протекавшей благоприятно, срочных 2 родов (масса – 3700 г, длина-50 см). Период новорожденности без особенностей. Вскармливание грудью до 2 мес., с 3 мес. введена манная каша без совета врача, использовались неадаптированные смеси. Ребенок витамин Д не

принимал, соки получал редко. Прогулки были не ежедневно. Прибавка в массе была неравномерной. Перенес 2 раза ОРЗ. Материально-бытовые условия удовлетворительные. Объективно: общее состояние удовлетворительное, но ребенок вялый, бледный, потлив. Сидит с опорой на руки, спина круглая. Мышечный тонус диффузно снижен. Голова имеет квадратную форму, с выступающими лобными и затылочными буграми. Большой родничок 2,5х3,0 см, края податливые. Затылок уплощен, облысевший. Зубов нет. Грудная клетка сдавлена с боков, нижние края развернуты, на ребрах небольшие "четки", на руках выраженные "браслетки". Имеется кифоз в поясничном отделе позвоночника, который исчезает при положении ребенка на животе. Пальпация, перкуссия и аускультация изменений со стороны органов дыхания и сердца не выявили. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Стул неустойчивый, мочеиспускание не нарушено.

Анализ крови: Нв 102 г/л, Ег-3,98х10¹²/л, Л-4х10⁹/л, СОЭ 5 мм/час. Анализ мочи без особенностей. Биохимические данные: фосфор в сыворотке 0,034 г/л, кальций 0,09 г/л.

Задания

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза, расскажите о методике их выявления.
3. Расскажите об объеме доврачебной помощи и правилах транспортировки по назначению.
4. Составьте план диагностических исследований в стационаре, расскажите о подготовке к ним пациента и принципах лечения.
5. Продемонстрируйте технику измерения роста детей различного возраста.

Задача 2

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

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

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

Билет № 27

Задача 1

Во время очередного патронажного посещения ребенка 1 года фельдшер обратила внимание на резкую бледность кожи и слизистых оболочек. Мать сообщила, что ребенок быстро утомляется, раздражителен, не активен, отметила потерю аппетита. При расспросе матери удалось установить, что питание ребенка однообразное, молочная каша дважды в день. Фрукты и овощи предпочитает не давать, боясь нарушения пищеварения. На таком питании ребенок прибавляет в весе, что радовало мать. Живут в общежитии, гуляют редко.

При осмотре: состояние у малыша удовлетворительное. Выраженная бледность кожи и выделение слизистых, периферические лимфатические узлы не увеличены. Со стороны сердца: выслушивается систолический шум. Живот мягкий, печень выступает на 2 см из подреберья. Из анамнеза выяснено, что ребенок родился доношенным, на смешанном вскармливании с 1 мес, часто болел ОРВИ.

Задания

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза, расскажите о методике их выявления.
3. Расскажите о принципах лечения заболевания.

4. Как приготовить овощное пюре.

Задача 2

Фельдшер “Скорой помощи” вызван на дом к мужчине 32 лет. Жалобы на резкую слабость, тошноту, многократную рвоту, частый жидкий стул, сердцебиение, расстройство сна, апатию, тревогу, чрезмерную потливость, зевоту. Из анамнеза: 24 часа назад мужчина ел жареные грибы. Объективно: пациент равнодушен к окружающему, эйфоричен. Кожные покровы бледные, влажные. Тремор рук. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 120 уд./мин. АД 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный при пальпации в эпигастральной области.

Задания

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

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

Билет № 28

Задача 1

На прием в детскую поликлинику обратилась мама с 5-летней девочкой. У ребенка слабость, боли в животе, понижение аппетита, по вечерам температура повышается до 37,9° С. Мать заметила, что девочка часто мочится, моча мутная. Язык сухой, обложен белым налетом. В легких дыхание везикулярное, тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены.

Задания

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза и методы исследования данного заболевания.
3. Расскажите о принципах лечения заболевания.
4. Продемонстрируйте технику сбора анализа мочи по Зимницкому.

Задача 2

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

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

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

Билет № 29

Задача 1

К фельдшеру обратились за помощью с годовалым ребенком. Болен третий день, жалобы на кашель, сильный насморк, плохой сон, сниженный аппетит, вялость.

Объективно: состояние ребенка средней тяжести, $t - 38,9^{\circ} \text{C}$, беспокойный, выражены катаральные явления, обильные серозные выделения из носа, конъюнктивит, кровоизлияние в склеры, в зеве разлитая гиперемия, зернистость задней стенки глотки, увеличение подчелюстных лимфатических узлов. Кожные покровы чистые. В легких дыхание пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, тахикардия. Стул в норме.

Задания

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Перечислите методы диагностики заболевания.
3. Расскажите о принципах лечения.
4. Продемонстрируйте технику сбора мочи по Нечипоренко.

Задача 2

К фельдшеру здравпункта обратилась пациентка 55 лет с жалобами на внезапное появление резких, острых болей в правом подреберье после нарушения диеты (ела жаренные пирожки). Боли иррадиируют в правую половину грудной клетки. Больная возбуждена, стонет, пытается найти удобное положение. Кожа бледная, покрыта потом. Пульс 70 уд./мин. АД 130/80 мм рт.ст. При пальпации болезненность в правом подреберье. Желчный пузырь не пальпируется. Выявляется френкикус-симптом. В анамнезе желчно-каменная болезнь.

Задания

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациентки.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Проведите инструктаж пациента к УЗИ печени и желчного пузыря.

Билет № 30

Задача 1

В медицинский кабинет детского сада обратились с ребенком 5 лет. Сегодня мама обнаружила на всем теле ребенка высыпания при нормальной температуре. В группе переболели почти все дети, карантин не объявляли.

Объективно: состояние девочки удовлетворительное, играет. На коже лица, туловища и конечностей мелкопапулезная сыпь розового цвета на нормальном фоне кожи. Зев гиперемирован. Пальпируются затылочные лимфоузлы до размеров боба, эластичные, безболезненные. Сердце и легкие без особенностей, живот мягкий, стул и мочеиспускание в норме.

Задания

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза, расскажите о методике их выявления.
3. Расскажите о принципах лечения.
4. Продемонстрируйте технику сбора мочи на общий анализ у грудных детей.

Задача 2

На фельдшерский пункт с улицы доставлен пациент. Он одет неопрятно, на одежде следы рвотных масс, запах алкоголя и мочи. Т-36°. В контакт не вступает, реагирует на болевые раздражители движениями. Лицо пастозное, гиперемировано, симметричное. Видимых повреждений нет. Зрачки симметричные, слегка сужены, реакция их на свет снижена. Мышечный тонус снижен, сухожильные рефлексы сохранены. ЧДД 26 уд./мин. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 90 уд./мин. АД 105/60 мм рт.ст.

Задания

Осуществите:

ПК 2.1.; ПК 2.2; ПК 2.3; ПК 2.4.; ПК 2.5.; ПК 2.7.

ОК 1.; ОК 3.; ОК 4.; ОК 06.; ОК 12

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

Приложение 6

Эталоны ответов к экзаменационным билетам

Эталон ответа к билету №1

1. Задача

Больной страдает язвенной болезнью желудка много лет, периодически лечится, лечение дает эффект на несколько месяцев. В настоящее время период обострения, через несколько дней должен был лечь в клинику. Собираясь на работу, отметил чувство слабости, головокружение, шум в ушах, тошноту и был черным, как деготь, стул — такого состояния раньше никогда не было. Больного всегда мучили боли, а на сей раз они перестали беспокоить.

При осмотре: некоторая бледность кожных покровов, пульс 96 уд. в 1 мин, наполнение снижено, АД 100/60 мм.рт.ст. (обычное давление больного 140/80 мм.рт.ст.), некоторое учащение дыхания. Язык суховат, обложен белым налетом, живот не вздут, мягкий, незначительно болезненный при пальпации в эпигастрии, симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования следует провести.
3. Расскажите об объеме доврачебной неотложной помощи.
4. Составьте диагностическую и лечебную программу для данного больного в условиях стационара.
5. Выполните практическую манипуляцию: определите группу крови с помощью цоликлонов анти – А и анти – В.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз: желудочное кровотечение, геморрагический шок I степени.

О таком диагнозе можно подумать прежде всего исходя из анамнеза- больной страдает язвенной болезнью желудка, без особых причин почувствовал слабость, головокружение, стало подташнивать, практически исчезли боли в области желудка (нейтрализация кислого желудочного содержимого) и, что весьма важно, был черный как деготь стул. Данные осмотра тоже склоняют к такому мнению: больной бледен, пульс 96 ударов в 1 мин, снижено артериальное давление до 100/60 мм рт. ст. тогда как обычное давление больного 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий и незначительно болезненный в эпигастрии.

2. Больному следует провести пальцевое исследование прямой кишки

На пальце будет обнаружен черный как деготь кал. Мелена характерна для желудочного кровотечения.

3. Алгоритм оказания неотложной помощи.

1. Строгий постельный режим.
2. Успокоить больного.
3. Приложить холод к животу, начать введение гемостатиков.
4. Транспортировать в положении лежа на носилках в отделение неотложной хирургии машиной скорой медицинской помощи.
5. Если возможно, то начать введение в вену, например, полиглюкина с целью увеличения ОЦК, нормализации гемодинамики.

4. В условиях клиники для уточнения диагноза показано:

- ФГДС. Если содержимое желудка кровь, — кровь удаляется, желудок промывают осторожно прохладным физиологическим раствором, может быть обнаружен источник кровотечения.
- Анализ крови важен для оценки состояния и для сравнения с последующими показателями. Если нет угрожающего кровотечения, то показано консервативное лечение: строгий постельный режим, внутривенное введение крови, плазмы, полиглюкина, реополиглюкина и других кровезаменителей. Введение эпислон — аминокaproновой кислоты, раствора дицинона, хлористого кальция, желатины, фибриногена и т.д. На область желудка накладывают периодически холод. Через рот ничего не дают.
- Проводятся регулярный лабораторный контроль состава крови (Hb, эритроциты, гематокрит), наблюдение за общим состоянием, повторная ФГДС. Иногда для остановки кровотечения используют локальную гипотермию и диатермолазерную коагуляцию.
- При стабилизации состояния и тем более улучшении продолжается консервативная терапия с коррекцией вводимых средств и расширением диеты.

В случае продолжающегося кровотечения, угрожающего жизни больного, показано оперативное вмешательство.

Эта операция на высоте кровотечения — мера вынужденная.

5. Практическая манипуляция - выполняется согласно алгоритму.

2. Задача

В ФАП принесли девочку 12 лет, которая случайно выпила раствор каустической соды. Мучается от острой боли в ротовой полости, глотке и за грудиной. Отмечается слюнотечение из-за невозможности сделать хотя бы один глоток. На губах, языке, слизистой щек — следы ожогов. Состояние тяжелое. Девочка плачет от боли, бледная, пульс 100 уд/мин.

ЗАДАНИЯ

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Отравление раствором каустической соды.
2. Алгоритм неотложной помощи:
 - а) перед промыванием желудка провести премедикацию 1% раствором промедола 0,1 мл/год внутримышечно;
 - б) промыть желудок холодной водой, либо слабым раствором 1-2% лимонной кислоты;
 - в) ввести обволакивающее средство;
 - г) госпитализировать в стационар для дальнейшего наблюдения и лечения;
3. Техника внутрикожной инъекции согласно алгоритму выполнения манипуляции;

Эталон ответа к билету №2

1. Задача

Повар заводской столовой поскользнулся, опрокинул кастрюлю с кипятком на ноги. Тут же вызвали фельдшера здравпункта. Общее состояние пострадавшего удовлетворительное, АД 120/80 мм рт. ст., пульс 90 уд. в 1 мин. Больной жалуется на жгучие боли в обеих ногах. Пострадавший был в шортах, без носков, на ногах шлепанцы с узкой перекладиной сверху. При осмотре: в области передних поверхностей обеих голеней обширные пузыри с прозрачным содержимым, такие же пузыри на тыльной стороне стоп. между пузырями небольшие участки гиперемизированной кожи.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Расскажите о методах определения площади ожоговой поверхности и причинах развития ожоговой болезни.
3. Составьте и аргументируйте алгоритм оказания неотложной помощи.
4. Составьте лечебную программу в условиях хирургического стационара.
5. Продемонстрируйте технику наложения бинтовой повязки на стопу.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз. Термический ожог 2 ой степени обеих голеней и стоп.

Диагноз поставлен на основании анамнеза (опрокинута кастрюля с кипятком) и осмотра: в области передней поверхности обеих голеней и тыльных поверхностей обеих стоп обширные пузыри (практически вся указанная поверхность покрыта тотальным пузырем), содержимое пузырей прозрачное. Показатели пульса и давления у больного неплохие, то есть в момент осмотра нет пока данных, говорящих о развитии шока, однако, нельзя забывать, что эректильная фаза при термической травме длительная.

2. Площадь ожога может быть определена методом “девятки”.

Голень и стопа составляют 9% поверхности тела, передняя поверхность одной голени и тыла одной стопы = 4,5%, а у нашего больного поражены передние поверхности обеих голеней и тыл обеих стоп, значит, площадь поражения составляет 9%. Можно использовать и метод ладони, площадь ладони составляет 1-1,2 % (следует иметь в виду ладонь больного). Есть таблица Постникова, в который указаны отделы тела, площадь их в процентах и квадратных сантиметрах. Можно применить и другие методы.

Для развития ожоговой болезни имеют значение площадь поражения, глубина (степень), возраст, сопутствующие заболевания. Ожоговая болезнь начинается с ожогового шока, его развитию способствуют болевой фактор и плазмопотеря (ведущий механизм плазмопотери – увеличение проницаемости капилляров). Период токсемии объясняется всасыванием с поверхности ожога продуктов распада тканей, нарушением обменных процессов.

Присоединение инфекции ведет к развитию септикотоксемии. Если организм и лечебные мероприятия справляются с развившимися в организме нарушениями, то наступает период реконвалесценции.

3. Алгоритм оказания неотложной помощи:

1. Охлаждение обожженной поверхности.
2. Введение анальгетиков, нейролептиков, антигистаминных препаратов, сердечных по показаниям.
3. Наложение асептической повязки.
4. Транспортировка на носилках в отделение неотложной хирургии машиной скорой помощи.
5. Внутривенное введение жидкости во время транспортировки в больницу. Можно применить аутоанальгезию.

Больного с ожогами нельзя охлаждать.

Местно в участках, пораженных термическим фактором, иногда рекомендуют охлаждение (например, полить холодной водой). Введение анальгетиков, нейролептиков, антигистаминных препаратов, сердечных гликозидов- это и профилактика и борьба с шоком. Асептическая повязка защищает от инфицирования. Транспортировка на носилках, так как движения причинят боль, а болевой фактор- одна из причин возможного развития шока. По пути следования в больницу целесообразно прибегнуть при больших поражениях к аутоанальгезии (например, применить закись азота с кислородом) и внутривенному введению кровезаменителей.

4. Лечебная программа

В условиях больницы будет произведена первичная хирургическая обработка (ПХО) ожоговой поверхности, если больной поступает в состоянии шока, то сначала проводятся противошочные мероприятия, а к ПХО раневой поверхности приступают после нормализации показателей гемодинамики и дыхания. В тех случаях, когда у пострадавшего нет признаков шока, к ПХО приступают сразу.

ПХО при обширных ожогах производится под анестезией, предпочтительно внутривенной (калипсола, сомбревин).

Окружность ожога обрабатывают этиловым спиртом, поверхность ожога орошают раствором фурацилина, антибиотиков. Отслоенный эпидермис удаляют и выбирают один из методов местного лечения- открытый или закрытый (под повязкой). При глубоких обширных ожогах в процессе лечения прибегают к кожной пластике. Общее лечение проводится по показаниям (антибиотики, сердечные средства, витамины, инфузионная терапия, предпочтительно препаратами, содержащими белок и т.д). Обязателен контроль диуреза. Повторные лабораторные анализы крови и мочи. Профилактика столбняка обязательна.

Если нет документов о ранее проведенной иммунизации, то вводят 3000 АЕ противостолбнячной сыворотки дробно и 1 мл столбнячного анатоксина, затем через 3 недели вводят 1,5 мл анатоксина и через 3 недели вновь 1,5 мл столбнячного анатоксина.

Если пациент был иммунизирован (есть подтверждающие документы), то поступают согласно инструкции.

5. Выполнение практической манипуляции согласно алгоритму.

2. Задача

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 мг/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 подкожной инъекции согласно алгоритму выполнения манипуляции;

Эталон ответа к билету №3

1. Задача

Вы работаете фельдшером местного железнодорожного вокзала и в здравпункт доставлен постовым милиционером человек без определенного места жительства в состоянии средней степени алкогольного опьянения, который спал в привокзальном саду; температура воздуха на улице ниже 0°. При объективном осмотре доставленного лица: пальцы левой руки резко бледные, движения в пальцах отсутствуют, чувствительность не определяется. Через несколько минут кожа на пальцах стала синюшной, отечной и болезненной, с мраморным оттенком, в суставах пальцев появились движения, но не в полном объеме.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза и методики их выявления.
3. Расскажите об объеме доврачебной помощи и направлении в соответствующее лечебное учреждение.
4. Составьте план диагностических и лечебных мероприятий в лечебном учреждении.
5. Продемонстрируйте наложение повязки — “перчатка”.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. У пострадавшего отморожение пальцев левой кисти I степени (на момент осмотра), так как для более тяжелых степеней характерен более длительный скрытый период (до нескольких дней, когда появляются пузыри и некроз тканей).

Требуется не менее 5-7 дней для того, чтобы определить границу патологического процесса.

2. Постепенное согревание пальцев, назначение сосудорасширяющих препаратов, растирание чистой тканью, ватой, смоченной спиртом; после чего появление порозовения кожи может подтвердить первоначальный диагноз.

3. Объем доврачебной помощи:

- а) постепенное согревание кисти в воде, начиная с комнатной температуры до температуры тела в течение 20-30 минут;
- б) накладывают асептическую повязку с толстым слоем ваты;
- в) проводят общее согревание (дать горячий чай, кофе, молоко и пищу, обогреть с помощью грелок, одеял);
- г) вводят сердечно-сосудистые средства и спазмолитики;
- д) направляют в травматологический пункт или отделение неотложной хирургии по решению врача скорой медицинской помощи.

4. Лечебные мероприятия в стационаре

В стационаре назначают антибиотики, сосудорасширяющие препараты, инфузионную терапию (реополиглюкин, раствор глюкозы), антикоагулянты до уточнения глубины отморожения. При I-II степени отморожения наблюдается полная регенерация кожи. Более глубокие повреждения требуют хирургических вмешательств (некрэктомия, пересадка кожи, реабилитационные мероприятия).

5. Техника наложения повязки “перчатка”. Проводится согласно алгоритму.

2. Задача

Мама с двумя детьми 5 и 7 лет приехали на дачу. Мылись в самодельной бане, огня в печке не было, заслонка трубы была закрыта. Вскоре у всех троих, в большей степени у детей, появились: головная боль, головокружение, рвота. Младший ребенок потерял сознание. При осмотре у старшей девочки было затруднено дыхание, наблюдалась осиплость голоса, кашель с мокротой, при выслушивании сердца тахикардия. А/Д 80/40. Младший ребенок на вопросы не отвечал. А/Д 40/10 мм рт.ст.

ЗАДАНИЯ

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациентов.

2. Составьте алгоритм неотложной помощи.
3. Продемонстрируйте технику подачи кислорода ребенку через маску.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Отравление окисью углерода.
2. Алгоритм неотложной помощи:
 - а) очистить полость рта и глотки от рвотных масс и слизи. Обеспечить общее согревание;
 - б) обеспечить доступ кислорода: в первые минуты 100% кислородом, затем 40-60%;
 - в) при бронхоспазме дать вдохнуть изадрин 0,05% 1-2 раза, с последующим введением эуфиллина 2,4% раствор 2 мл внутривенно медленно в физ.растворе;
 - г) при нарушении сознания, судорожном синдроме провести интубацию трахеи и ИВЛ 100% кислородом под постоянным положительным давлением на выдохе.
3. Техника подачи кислорода ребенку через маску согласно алгоритму выполнения манипуляции.

Эталон ответа к билету №4

1. Задача

В ФАП обратилась женщина 38 лет с жалобами на жгучую боль в области лица, недомогание, слабость, повышенную температуру тела, озноб, головную боль, тошноту.

На коже левой половины лица в день обращения появилась яркая краснота с четко ограниченными зазубренными границами. Кожа в зоне воспаления резко болезненна, гиперемирована, горяча на ощупь. Быстро нарастает отек губы, верхнего века. При обращении состояние средней тяжести, температура 38,2°, пульс – 86 ударов в минуту, ритмичный, частота дыханий – 22 в минуту.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Расскажите об отличительных особенностях данного заболевания по сравнению с другими хирургическими инфекциями и о клинической картине в случае прогрессирования процесса.
3. Составьте и аргументируйте алгоритм оказания неотложной помощи.
4. Расскажите о диагностической и лечебной программе в стационаре.
5. Продемонстрируйте технику туалета и УФО кожи пораженной области.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз: Рожистое воспаление кожи лица.

Ставится на основании:

- а) общих симптомов: интоксикации, озноба, резкого повышения температуры;
- б) местных симптомов: жгучая боль, выраженная краснота кожи с четкими границами и типичной локализацией на лице. Клиника соответствует эритематозной форме воспаления.

2. Особенности рожистого воспаления по сравнению с другими хирургическими инфекциями.

Рожистое воспаление – хирургическая инфекция стрептококковой этиологии, когда среди других инфекций преобладает стафилококк.

Рожа контагиозна, часто рецидивирует (с возможным развитием слоновости), имеет излюбленную локализацию на лице и нижних конечностях.

Яркой краснотой, жгучим характером боли и четкими зазубренными границами по типу географической карты отличается от эритем, дерматитов, флегмон, лимфангитов, эризипелоидов.

При прогрессировании процесса могут наблюдаться следующие клинические формы:

- булезная, характеризуется появлением на фоне гиперемированной кожи пузырей, заполненных серозным или серозно-геморрагическим экссудатом,
- флегмонозная, характеризуется гнойным поражением кожи и подкожной клетчатки;
- некротическая, характеризуется появлением на измененной коже участков омертвения.

3. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- а) пациентку уложить в удобное положение, обеспечить питье для уменьшения признаков интоксикации;
- б) осуществить снижение температуры и купирование болевого синдрома введением 50% раствора анальгина 2,0 (можно в комбинации с 1% раствором димедрола 2,0) с целью улучшения состояния и создания условий для более комфортной транспортировки;
- в) обеспечить вызов скорой помощи.

Все манипуляции выполняются в перчатках.

При эритематозной форме рожистого воспаления госпитализация осуществляется в боксированное отделение инфекционного стационара либо отделение гнойной хирургии согласно учету контагиозности (отдельная палата, палата с подобным контингентом больных);

г) проводить наблюдение за состоянием пациентки до прибытия скорой помощи;

д) транспортировать машиной скорой помощи в положении лежа с учетом болевого синдрома и признаков интоксикации.

4. В стационаре

Проводят общеклиническое обследование, особенно тщательно пальпируют регионарные лимфатические узлы и выявляют признаки лимфангита с целью раннего определения симптомов распространения инфекции.

Проводят клинические анализы крови (где наблюдается ускорение СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом влево) и общий анализ мочи.

Лечение проводится по общим принципам лечения хирургической инфекции: воздействие на возбудителя, воздействие на организм пациента, лечение местного очага воспаления.

Пациенту назначаются: постельный режим, высококалорийная молочно-растительная диета с большим содержанием витаминов, особенно важен тщательный уход.

При необходимости назначается инфузионная дезинтоксикационная, витаминотерапия.

Активно применяются сульфаниламидные препараты пролонгированного действия и антибиотики пенициллинового ряда, в тяжелых случаях широкого спектра действия, внутримышечно и внутривенно.

Местно с положительным эффектом применяется УФО в эритемной и субэритемной дозе. Кожу обрабатывают 70% раствором этилового спирта.

При гангренозной форме – УФО противопоказано.

При флегматозной и гангренозной формах лечение хирургическое.

Поражение нижних конечностей требует лечебной иммобилизации.

5. Манипуляции выполняются в соответствии с алгоритмом

2. Задача

Срочный вызов "скорой помощи" к ребенку 2-х лет, который в отсутствие мамы в течение нескольких часов находился дома с соседкой, девочкой 8 лет. Дети нашли в столе какие-то зеленые таблетки, и старшая поила ими кукол и младшую Лену, которая скоро захотела спать. Через несколько часов мама стала будить девочку, чтобы накормить, но это ей не удалось. Тогда мама заподозрила отравление (зеленые таблетки оказались таблетками реланиума). Состояние ребенка при осмотре тяжелое, на вопросы не отвечает. Кожные покровы бледные, дыхание поверхностное. Тоны сердца приглушены, пульс 136 уд/мин, слабого наполнения, АД 40/20.

ЗАДАНИЯ

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм неотложной помощи.
3. Продемонстрируйте технику проведения очистительной клизмы на фантоме.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Отравление реланиумом.
2. Алгоритм неотложной помощи:
 - а) промыть желудок, ввести активированный уголь через зонд, сделать очистительную клизму, дать солевое слабительное;
 - б) ввести бемебрид 0,5% 1мл внутривенно (антидот барбитуратов), лазикс 1% 0,5 внутривенно, кордиамин 0,2 мл подкожно;
 - в) госпитализировать в экстренном порядке для проведения интенсивной терапии.
3. Техника проведения очистительной клизмы ребенку согласно алгоритму выполнения манипуляции.

Эталон ответа к билету №5

1. Задача

В ФАП обратился мальчик 13 лет с жалобами на боль в левой пяточной области.

Фельдшер обнаружил инфицированную потертость, провел туалет кожи, удалил отслоившийся эпидермис и гной, наложил повязку с мазью Вишневского. Назначил амбулаторный режим. Сульфадимезин внутрь по 0,25 x 4 раза в день. В последующие 3 дня состояние ухудшилось. Ходить не может. Жалуется на боль во всей левой ноге.

Объективно: состояние средней тяжести, температура – 38,2⁰, пульс 92 удара в минуту, ритмичный. Симптомы интоксикации. В паховой области пальпируются резко болезненные образования, диаметром 2 см, плотно эластичной консистенции, на внутренней поверхности левой нижней конечности определяются продольные красные полосы, кожа над ними болезненна и гиперемирована. В пяточной области поверхностная рана 1x 1,5 см, покрытая фибрином, с гиперемированными краями.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Оцените тактику фельдшера, выявите допущенные ошибки.
3. Составьте и обоснуйте алгоритм оказания неотложной помощи.
4. Составьте диагностическую, лечебную программу в стационаре.
5. Продемонстрируйте технику транспортной иммобилизации нижней конечности, применительно к данной ситуации. Составьте набор для инструментальной перевязки гнойной раны.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз: Инфицированная потертость пяточной области слева. Паховый регионарный лимфаденит. Стволовой лимфангит.

Ставится на основании:

- а) данных анамнеза – наличие первичного очага инфекции, т.е. инфицированной потертости;
- б) жалоб: боли в нижней конечности и невозможность движений;
- в) объективного исследования: фебрильная температура, умеренная тахикардия, увеличенные болезненные паховые лимфатические узлы, наличие гиперемированных полос по внутренней поверхности голени и бедра, а также инфицированной раны в пяточной области (т.е. общих и местных симптомов воспаления).

2. Тактической ошибкой фельдшера явилась неадекватная дозировка сульфаниламидного препарата короткого действия и наблюдение ребенка в течение 3-х дней при наличии отрицательной динамики процесса.

Для местного применения вместо мази Вишневского целесообразнее было использовать повязки с гипертоническим раствором хлорида натрия, растворами антисептиков либо мази на водорастворимой основе, обладающие сильным проникающим и дегидратирующим действием.

3. Развитие лимфангита и лимфаденита является признаком распространения инфекции и опасно возможностью развития сепсиса.

Данный больной нуждается в госпитализации в отделение гнойной детской хирургии машиной скорой помощи или на личном транспорте родителей в сопровождении фельдшера.

Предварительно необходимо ввести антипиретики и осуществить транспортную иммобилизацию пораженной конечности.

Все манипуляции выполняются в перчатках.

4. Диагностическая и лечебная программа

В стационаре проводят общеклиническое обследование, тщательно пальпируют все группы лимфатических узлов. Берут клинический анализ крови, где определяется ускоренное СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, общий анализ мочи.

Лечение проводят по общим принципам лечения хирургической инфекции, с первоочередной энергичной санацией первичного очага инфекции.

В данном случае воспаление лимфатических узлов не носит гнойный характер, поэтому лечение должно быть консервативным с применением тепловых компрессов и физиотерапии, лечебной иммобилизации.

Назначают:

постельный режим с приподнятым положением левой нижней конечности.

массивную антибактериальную терапию препаратами цефалоспоринового ряда и полусинтетическими пеницилинами, сульфаниламидными препаратами пролонгированного действия (бисептол, септрин).

С целью повышения иммунобиологических сил организма назначается полноценное питание с высоким содержанием белков и витаминов.

Инфузионная терапия включает цельнобелковые и аминокислотные кровезаменители, препараты дезинтоксикационного действия (гемодез, реополиглюкин), регуляторы водно-электролитного баланса.

Применяют иммунные средства (антистафилококковая плазма, антистафилококковый гамма-глобулин), витаминотерапию, десинсibilизирующую и симптоматическую терапию.

5. Манипуляции выполняются в соответствии с алгоритмом.

2. Задача

На станцию "скорой помощи" поступил вызов к ребенку 7 лет, которого мама, придя с работы вечером, застала в тяжелом состоянии: была несколько раз рвота. Мальчик сознался, что старшие ребята во дворе его угостили водкой. Осмотр фельдшером "скорой помощи" показал: ребенок заторможен, состояние тяжелое, речь невнятная, кожные покровы бледные, на лбу холодный пот. АД 70/40, пульс слабого наполнения, 110 уд/мин. Из рта запах алкоголя. Тоны сердца слегка приглушены. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий.

ЗАДАНИЯ

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Алкогольная интоксикация.
2. Алгоритм неотложной помощи:
 - а) промыть желудок; сделать очистительную клизму;
 - б) дать солевое слабительное, активированный уголь;
 - в) ввести с целью форсированного диуреза 20% раствор глюкозы 10-15 мл/кг с инсулином 4-6 ЕД;
 - г) ввести аналептики 10% раствор кофеина по 0,1 мл/год внутримышечно, кордиамин 0,1 мл/год подкожно, витамины С, В₁, В₂, В₆, ККБ;
 - д) госпитализировать в стационар.
3. Техника измерения артериального давления согласно алгоритму выполнения манипуляции.

Эталон ответа к билету №6

1. Задача

На ФАП обратилась больная 45 лет с жалобами на наличие язвы в нижней трети правой голени, боли в правой голени и стопе ломящего характера, возникающие к концу дня, отек стопы и голени, периодические судороги в нижних конечностях.

При осмотре правой голени в н/3 над внутренней лодыжкой имеется язва диаметром 4 см с неровными краями, глубиной 0,5 см, дно и стенки покрыты некротическим налетом, отделяемое умеренное гнойное, зловонное. Отмечается расширение большой подкожной вены: на бедре - в виде мягкого шнура, а в н/3 бедра и по всей голени - варикозное изменение. При пальпации вены и её узлов болезненности и уплотнений не обнаружено. Пульсация артерий определяется хорошо.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Расскажите о дополнительных объективных методах исследования и методиках их проведения.
3. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи с обоснованием каждого этапа.
4. Расскажите о диагностическо-лечебной программе в стационаре.
5. Продемонстрируйте наложение эластичного бинта на нижнюю конечность на фантоме.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Диагноз. Хроническая венозная недостаточность. Варикозное расширение вен правой нижней конечности. Трофическая язва правой голени.*

Диагноз поставлен на основании жалоб больной на наличие язвы, болей в правой голени и стопе, отека стопы и голени, а также на основании осмотра, при котором выявлено наличие язвы, варикозно расширенных вен голени и бедра. Заболевание артерий исключается, так как пульс на артериях хорошо определяется.

2. *Дополнительные методы обследования*

Дополнительные методы обследования в условиях ФАП данной больной проводиться не будут, т.к. не показаны.

3. Алгоритм оказания неотложной помощи

1. осмотр больной;
 2. перевязка раны по правилам лечения гнойных ран в фазе гидратации:
 - обработка краев раны раствором антисептика;
 - промывание раны р-ром 3% перекиси водорода, который обладает и дезодорирующим действием;
 - наложение на рану стерильной повязки с 10% раствором хлорида натрия;
 3. наложение эластичного бинта на конечность;
 4. направление в хирургическое отделение ЦРБ с необходимыми сопроводительными документами.
- Больную инструктируют о правилах наложения эластичного бинта: бинт эластичный накладывается утром, не вставая с постели, начиная с кончиков пальцев до паховой складки так, чтобы каждый последующий тур бинта на 1/3 прикрывал тур предыдущий.

4. Диагностическая и лечебная программа

Диагностическая программа:

1. Состояние венозных клапанов определяется при помощи пробы Троянова-Тренделенбурга: больного укладывают горизонтально и приподнимают больную ногу вверх. Легким поглаживанием освобождают вену от наполняющей её крови. Затем прижимают вену вверх у места впадения её в бедренную вену. Не отпуская руки, просят больного встать на ноги. Венозная сеть не заполнена. Если теперь быстро отнять руку, то можно видеть, как кровь устремляется сверху вниз и заполняет вену. Это означает, что симптом Тренделенбурга положительный. Он указывает на наличие обратного тока крови сверху вниз.
2. Для определения проходимости глубоких вен (при их непроходимости операция по удалению поверхностных вен не производится, т.к. в послеоперационный период в этом случае развивается лимфостаз) проводится проба Дельбе-Пертеса: на конечность с наполненными венами накладывают эластичный бинт и просят больного маршировать в течение 10 минут. Если глубокие вены проходимы, то кровь по коммуникантным венам оттекает в глубокие, поверхностные вены спадаются (это положительный симптом). При непроходимости глубоких вен поверхностные остаются напряженными, это оценивается как отрицательная проба Дельбе-Пертеса.
3. Для выявления несостоятельности коммуникантных вен проводят пробу Шейниса: больному в горизонтальном положении накладывают 3 жгута (не артериальных, а сдавливающих только поверхностные вены). Первый - на верхнюю треть бедра, второй - над коленным суставом, третий - ниже коленного сустава. Затем больной встает. Если вены между жгутами заполняются кровью, то это свидетельствует о несостоятельности коммуникантных вен.
4. Флебография (венография) производится с целью получения представления о состоянии всей венозной сети нижней конечности. В последнее время предпочтительным считается метод внутрикостной флебографии.
5. Необходимо провести у женщин гинекологическое и ректальное обследование, у мужчин ректальное обследование с целью выявления опухолей органов малого таза, которые могут быть причиной варикозного расширения вен. С этой же целью производят УЗИ органов малого таза (особенностью подготовки к этому методу исследования является условие наполненного мочевого пузыря).
6. Среди других дополнительных методов исследования имеют значения измерение венозного давления (флеботометрия), кожная термометрия, капилляроскопия, лимфография, рео- и плетизмография.

Лечебная программа.

В данном случае, учитывая выраженность варикозного расширения вен и наличие язвы, консервативная терапия не показана.

Если проведенные диагностические мероприятия свидетельствуют о проходимости глубоких вен, то больной показана операция по удалению большой подкожной вены нижней конечности.

До операции следует добиться максимального очищения язвы от некротических тканей и уменьшить отделяемое из раны, т.е. “из стадии гидратации процесс перевести в стадию дегидратации”. Это достигается ежедневными перевязками или с помощью наложения “сапожка” из пасты Унна или гипса.

Накладывается гипсовый сапожок, захватывающий стопу, голеностопный сустав и две трети голени. Конечность остается в гипсе 2 недели. После снятия гипса язва или совсем эпителизируется,

или очищается и уменьшается в размерах. Этот метод основан на действии бактериофагов, которые развиваются под глухой гипсовой повязкой. Кроме того, гипсовая повязка создает покой ране.

Также в предоперационный период проводят новокаиновые паранефральные блокады по А.В. Вишневскому с целью воздействия на симпатическую нервную систему.

Хирургическая операция заключается в перевязке и удалении подкожных вен и перевязке коммуникантных вен голени над- или подфасциально в сочетании с иссечением язвы и замещением образовавшегося дефекта кожи свободными кожными аутоотрансплантатами. Операция производится под общим обезболиванием: например в/в наркоз (ГОМК, сомбревин, калипсол) с элементами нейролептанальгезии (таламонал).

В последнее время широко применяется перидуральная или спинномозговая анестезия.

Ведение послеоперационного периода имеет ряд особенностей.

1. Больной находится в постели первый день после операции с приподнятой ногой- нога на шине Беллера.

2. На следующей день больному разрешаются движения в голеностопном и коленном суставах (это предупреждает возможность тромбообразования).

3. С 3-4 дня больному разрешается ходить.

4. На 8 день снимают швы и больной покидает клинику.

В послеоперационный период рекомендуется в течение 3 месяцев ношение эластичного бинта, избегать сидения с опущенными ногами, лучше или лежать, или ходить.

5. *Практическая манипуляция выполняется согласно общепринятому алгоритму.*

2. Задача

При взятии крови из пальца у ребенка появились слабость, бледность кожных покровов, холодный липкий пот, АД 60/40 мм рт.ст.

ЗАДАНИЯ

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм неотложной помощи.
3. Продемонстрируйте технику подсчета частоты дыхания и пульса у детей различного возраста.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Обморок.
2. Алгоритм неотложной помощи:
 - а) уложить ребенка горизонтально, с приподнятыми ногами;
 - б) обеспечить свободное дыхание и достаточный приток свежего воздуха;
 - в) обтереть лицо холодной водой, дать вдохнуть пары нашатырного спирта;
 - г) при затянувшемся обмороке ввести внутримышечно 10% раствор кофеина 0,1 мл/год, кордиамина 0,1 мл/год жизни, 1% раствор мезатона 0,1 мл/год (не более 1 мл);
3. Техника подсчета частоты дыхания и пульса у детей различного возраста согласно алгоритму выполнения манипуляции.

Эталон ответа к билету №7

1. Задача

В ФАП обратился больной 60 лет с жалобами на затрудненное прохождение жидкой пищи. 3 года назад впервые появилось чувство комка за грудиной при употреблении твердой пищи. За это время похудел на 20 кг. При осмотре: больной истощен и ослаблен, дефицит массы тела 25 кг.

В левой надключичной области пальпируется плотный неподвижный безболезненный лимфатический узел диаметром 2 см. Другие группы периферических лимфатических узлов не увеличены.

Печень пальпируется у края реберной дуги. Опухолевидных образований пальпаторно в брюшной полости нет.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Расскажите о дополнительных объективных методах исследования и методиках их проведения.
3. Расскажите о диагностической программе в поликлинике.
4. Расскажите о лечебной программе в стационаре.
5. Составьте набор инструментов для диагностической пункции лимфатического узла.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз: Рак пищевода IV стадии, T_x N_x M₁.

Диагноз поставлен на основании основного симптома рака пищевода — дисфагии, которая в возрасте старше 50 лет является в 80% случаев симптомом именно рака.

T_x- протяженность опухоли по пищеводу будет определена после рентгенологического и эндоскопического исследований.

N_x — поражение регионарных лимфатических узлов определяется в данном случае рентгенологически.

M₁ — отдаленный метастаз в левый надключичный лимфатический узел (метастаз Вирхова). Метастатическое поражение этого узла будет доказано цитологически в условиях онкодиспансера.

2. Дополнительные методов диагностики в условиях ФАП не производится.

Больной направляется в поликлиническое отделение онкодиспансера с необходимыми сопроводительными документами.

3. Диагностическая программа в поликлинике онкодиспансера.

1. Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови.

2. Рентгеноскопия пищевода производится с помощью введения в пищевод водной взвеси сульфата бария: дефект наполнения (при экзофитном росте), симптом “ниши” (при раковой язве), отсутствие перистальтики участка стенки пищевода.

3. При эзофагоскопии выявляют опухоль или язву. Для подтверждения диагноза применяют цитологическое исследование отпечатков с поверхности опухоли и биопсию.

4. Для определения отдаленных метастазов производят рентгеноскопию легких, УЗИ печени, забрюшинных лимфатических узлов, органов малого таза (возможен метастаз в дугласовом пространстве).

5. Для морфологического подтверждения метастатического характера поражения надключичного лимфатического узла производится его пункция.

4. Лечебная программа:

В данном случае, учитывая распространенность заболевания, радикальное лечение не показано.

Учитывая дисфагию III степени, надлежит произвести гастростомию с целью кормления больного.

5. Практическая манипуляция выполняется согласно общепринятому алгоритму.

2. Задача

У ребенка 8 лет, находящегося на стационарном лечении, под утро появился приступ удушья с затруднением выдоха, частым сухим кашлем; дыхание шумное, на расстоянии слышны свистящие хрипы.

ЗАДАНИЯ

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.

2. Составьте алгоритм неотложной помощи.

3. Продемонстрируйте технику применения карманного ингалятора.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Приступ бронхиальной астмы.

2. Алгоритм неотложной помощи:

а) вызвать дежурного врача-педиатра;

б) придать ребенку полусидячее положение;

в) обеспечить доступ свежего воздуха;

г) по назначению врача применить бронхорасширяющие препараты в виде ингаляции или внутрь: В-адреномиметики (сальбутамол – 1 доза 0,1 мг или фенотерол), М-холинолитики ((беродуал, дитек);

д) при отсутствии эффекта от вышеуказанных мер ввести 0,1 % раствор адреналина 0,7 мл подкожно;

3. Техника применения карманного ингалятора согласно алгоритму выполнения манипуляции.

Эталон ответа к билету №8

1. Задача

Фельдшера пригласили в соседнюю квартиру к больной. Женщина жалуется на боли в правой подвздошной области, рвоты не было, но беспокоит чувство тошноты. Боли постоянного характера,

иррадиации нет. Температура тела 37,5. Больной себя считает несколько часов. При осмотре: язык слегка обложен, суховат, живот в правой подвздошной области болезненный, брюшная стенка в этой области напряжена, положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Положительны и симптомы Ситковского и Образцова.

ЗАДАНИЯ.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Расскажите о дополнительных методах исследования, необходимых для подтверждения диагноза.
3. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.
4. Расскажите о диагностической и лечебной программе в условиях стационара.
5. Продемонстрируйте на фантоме технику проведения туалета раны.

ЭТАЛОН ОТВЕТА.

1. Диагноз: острый аппендицит.

Такое предположение базируется на данных обследования живота — в правой подвздошной области определяется болезненность, напряжение мышц, раздражение брюшины, боль справа усиливается в положении на левом боку (симптом Ситковского), при пальпации правой подвздошной области боль усиливается, когда больная удерживает вытянутую правую ногу в приподнятом положении, то есть когда напряжена пояснично-подвздошная мышца и воспаленный отросток прижимается рукой к напряженной мышце (симптом Образцова).

2. Дополнительные методы исследования.

В сомнительных случаях проверить наличие или отсутствие других симптомов — Воскресенского, Ровзинга, Бартомье-Михельсона, Раздольского.

Симптом Воскресенского (симптом рубашки) — определяют наличие зоны болезненности при проведении рукой сверху вниз вдоль брюшной стенки справа через рубашку.

Симптом Ровзинга — пережимают сигму и производят легкий толчок в направлении к селезеночному углу — усиливается боль справа. Симптом Бартомье — Михельсона при пальпации правой подвздошной области в положении больного на левом боку боль усиливается.

Симптом Раздольского — болезненность при перкуссии над очагом воспаления.

3. Алгоритм оказания неотложной помощи.

1. Вызвать машину скорой медицинской помощи.

2. Приложить холод к животу.

Больная подлежит экстренной госпитализации в хирургическое отделение машиной скорой помощи, так как возможно грозное осложнение — перитонит. Обезболивающие вводить не следует, чтобы не затушевывать клиническую картину. Местно можно приложить холод, что несколько задержит прогрессирование воспаления.

Сердечные препараты вводятся по показаниям.

4. Диагностическая и лечебная программа.

В клинике производят общий анализ крови и мочи. Больная должна быть осмотрена вагинально для исключения патологии женской половой сферы.

Если есть сомнения в диагнозе, то следует провести дополнительные исследования, например, лапароскопию, которая позволяет осмотреть почти все органы брюшной полости, оценить состояние париетальной и висцеральной брюшины, выявить наличие или отсутствие экссудата.

Лечение больной с острым аппендицитом только оперативное (исключение составляет случай с плотным аппендикулярным инфильтратом, который стараются разрешить консервативно).

Оперируют взрослых по поводу острого аппендицита чаще под местной анестезией. Подготовка к операции — вводят раствор промедола, бреют операционное поле, больная должна помочиться.

Операция — аппендэктомия. В зависимости от наличия или отсутствия экссудата, его характера и количества, характера изменения брюшины решается вопрос о показаниях к дренированию брюшной полости и виду дренирования. Медикаментозные назначения тоже зависят от характера воспалительного процесса и общего состояния больного (антибиотики, сердечные, инфузионная терапия и т.д.) В послеоперационном периоде важно проводить профилактику пареза кишечника, пневмонии, пролежней, тромбообразований. Если какое-то из осложнений развивается, следует своевременно начать лечение, чтобы предотвратить прогрессирование процесса.

5. Практическая манипуляция — выполняется согласно алгоритму.

2. Задача

Ребенок 5 лет длительное время находился на солнце. К вечеру у него заболела голова: началось носовое кровотечение.

ЗАДАНИЯ

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм неотложной помощи.
3. Продемонстрируйте технику применения холода для остановки кровотечения.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Солнечный удар. Носовое кровотечение.
2. Алгоритм неотложной помощи:
 - а) придать больному полусидячее положение с умеренно запрокинутой головой;
 - б) на переносицу положить марлю, смоченную в холодной воде (можно лед);
 - в) в носовые ходы вставить тампоны, смоченные раствором 3% перекиси водорода, или гемостатическую губку;
 - г) если кровотечение не прекращается, транспортировать ребенка в специализированное отделение для выполнения задней тампонады носа.
3. Техника применения холода для остановки кровотечения согласно алгоритму выполнения манипуляции.

Эталон ответа к билету №9

1. Задача

Вы работаете фельдшером сельского ФАП. На прием пришел мужчина 30 лет, по профессии механизатор, которому зачастую приходится ремонтировать трактор, в положении лежа на холодной земле. Заболел два дня назад. Около двух лет назад перенес аналогичное заболевание. Жалобы на боли в области промежности и ануса, отдающие в паховые области и половые органы. Мочеиспускание болезненное и частое, струя мочи слабая.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 37,6 °. Кожа и видимые слизистые чистые. Пульс 80 уд/мин. АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, симптомы раздражения брюшины отрицательны.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Расскажите о необходимых физикальных методах исследования и технике их выполнения.
3. Составьте и обоснуйте алгоритм оказания доврачебной медицинской помощи.
4. Расскажите о диагностической и лечебной программе в ЛПУ.
5. Продемонстрируйте технику промывания мочевого пузыря на фантоме.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз: хронический простатит в стадии обострения.

Подтверждением диагноза являются данные анамнеза (боли в области промежности и ануса, иррадирующие в паховые области и половые органы, болезненное и частое мочеиспускание, слабая струя мочи, ранее перенесенное аналогичное заболевание, фактор простуды, связанный с профессиональной деятельностью).

2. Дополнительные физикальных методах исследования

Для подтверждения диагноза необходимо осмотреть наружные половые органы для исключения воспалительных заболеваний или повреждений, произвести пальпацию органов мошонки, исключив, в первую очередь, острый орхоэпидидимит.

При пальпации обращают внимание на размеры и консистенцию яичек, их придатков, подвижность органов мошонки по отношению к коже.

Необходимо осмотреть и пропальпировать кожу вокруг заднего прохода и промежности для исключения воспалительных заболеваний (парапроктит, гидраденит и др.), в последнюю очередь проводится пальпация предстательной железы.

Предстательную железу пальпируют после опорожнения мочевого пузыря в положении больного с наклоном туловища на 90° (предпочтительнее коленно-локтевое положение). Надевают перчатку, указательный палец смазывают 0,2% мазью фурацилина, вводят в прямую кишку. При этом определяют размеры, консистенцию, состояние границ железы, подвижность стенки прямой кишки над нею, наличие срединной бороздки, уплотнений (инфильтрат, опухоль), размягчения (абсцесс). Выделяемый из уретры после пальпации или массажа секрет на предметном стекле посылают на

микроскопическое исследование. Ректальное исследование предстательной железы является весьма ценным методом диагностики заболеваний данного органа.

3. Доврачебная медицинская помощь

Больному с обострением хронического простатита необходим полупостельный режим, диета с исключением острой и соленой пищи. Назначают антибиотик широкого спектра действия (ампициллин, канамицин, гентамицина сульфат) в сочетании с уроантисептиками (фурагин, нитроксалин, палин, бисептол). Направляют на консультацию к врачу – урологу поликлиники, который принимает решение о лечении больного в стационаре или амбулаторных условиях.

4. Диагностическая и лечебная программа в ЛПУ:

- а) ректальное пальцевое исследование предстательной железы;
- б) анализ секрета предстательной железы;
- в) общий анализ крови и мочи;
- г) УЗИ предстательной железы;
- д) антибиотикотерапия и уроантисептики в инъекциях или внутрь;
- е) ректальные свечи с белладонной, анестезином, с метиленовой синью, с антипирином и др.;
- ж) парапростатические новокаиновые блокады с антибиотиками (стрептомицин, канамицин);
- з) микроклизмы с настоем ромашки и теплые сидячие ванны (38 – 40°);
- и) специальные препараты для лечения простатита (ЭДАС – 134, гентос, простагут и др.), физиотерапия (ректальная диатермия, магнитотерапия).

5. Манипуляция выполняется согласно алгоритму.

2. Задача

Девочка 7 лет лечится по поводу обострения хронического тонзиллита. Получает бисептол. Врачом было назначено внутримышечное введение пенициллина по 500 тыс. 2 раза в день. Через минуту после введения пенициллина в поликлинике появилась резкая бледность лица, цианоз слизистой оболочки губ, рвота, одышка, судороги, пульс нитевидный. Конечности холодные.

ЗАДАНИЯ

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.
3. Продемонстрируйте технику разведения и внутримышечного введения пенициллина.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Анафилактический шок.
2. Алгоритм неотложной помощи:
 - а) подкожно ввести 0,5 мл 0,1% раствора адреналина гидрохлорида и 0,7 мл кордиамина;
 - б) внутримышечно ввести 0,5 мл 2% раствора супрастина;
 - в) если по истечении 5 минут состояние не улучшится, внутримышечно ввести преднизолон в дозе 50-60 мг;
 - г) госпитализация в виду возможного вторичного шока.
3. Техника разведения и внутримышечного введения пенициллина согласно алгоритму выполнения манипуляции.

Эталон ответа к билету №10

1. Задача

Во время занятий спортом на перекладине юноша 17 лет во время приземления, соскользнув, упал левым плечом. Почувствовал резкую боль, на короткое время потерял сознание. Очнувшись, отмечает слабость, головокружение; левая рука свисает в неестественном положении, движения невозможны.

Обратился в школьный медицинский пункт, где его принял фельдшер.

Объективно: при осмотре у пострадавшего опущено левое надплечье, голова наклонена в сторону повреждения, здоровой рукой он поддерживает левую. Поврежденная рука согнута в локтевом суставе и кажется удлиненной. Округлость плечевого сустава деформирована, наружная поверхность сустава уплощена. Активные движения в суставе отсутствуют.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Расскажите о симптомах, которые необходимо выявить при осмотре для уточнения диагноза.
3. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

4. Составьте план дальнейших диагностических и лечебных мероприятий и назовите лечебное учреждение, куда следует направить больного.
5. Пр продемонструйте способ вправления плеча по Джанелидзе.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Предположительный диагноз: травматический вывих левого плеча.*

Ставится на основании данных анамнеза, механизма травмы и клинические проявления.

2. *Для уточнения диагноза:*

При пассивном движении в суставе можно было бы определить симптом “упругой фиксации” плеча, локтевой сустав не может быть приведен к туловищу. Кроме того, головку плечевой кости не удастся пальпировать в привычном месте, т.е. в суставной впадине.

3. *Алгоритм неотложной помощи:*

а) успокоить больного, дать ему анальгетик (анальгин, баралгин) или сделать инъекции этих препаратов в/м (раствор анальгина 5%-2 мл или баралгина 5мл);

б) ввести в полость сустава 1-2 % раствор новокаина 20-10 мл соответственно;

в) наложить шину Крамера от кончиков пальцев до угла противоположной лопатки, в крайнем случае фиксировать руку к туловищу бинтовой (либо косыночной) повязкой.

Вправление вывиха допустимо только в лечебном учреждении, т.к. вывихи нередко сопровождаются и переломом суставообразующих костей- “перелом-вывих”);

г) вызвать бригаду скорой медицинской помощи и направить больного в травматологический пункт или отделение неотложной травматологии.

4. *В ЛПУ:*

Необходимо осуществить Рo-графию сустава в 2-х проекциях, что позволит уточнить диагноз, вид вывиха и определить оптимальный метод вправления.

5. *Вправление вывиха плеча по Джанелидзе проводится согласно алгоритму.*

2. Задача

Ребенок 13 лет съел мясные консервы, приготовленные в домашних условиях. Через некоторое время появились рвота, боли в области желудка, сухость во рту, жажда, расстройство зрения, нарушение глотания и движения языка.

ЗАДАНИЯ

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.

2. Составьте алгоритм неотложной помощи.

3. Пр продемонструйте технику постановки сифонной клизмы.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Ботулизм.

2. Алгоритм неотложной помощи.

а) промыть желудок раствором калия перманганата 1:5000 или 2% раствором натрия гидрокарбоната (убедиться, что зонд находится в желудке);

б) сделать очистительную, а затем сифонную клизму 1-2% раствором натрия гидрокарбоната;

в) дать слабительное 10-20 г магния сульфата на 1/2 стакана воды.

г) ввести подкожно кордиамин 1,0 мл;

д) срочно госпитализировать в инфекционный стационар с целью введения противоботулинической сыворотки и инфузионной терапии (капельное введение гемадеза, реополиглюкина, глюкозо-солевых растворов, плазмы);

3. Техника постановки сифонной клизмы согласно алгоритму выполнения манипуляции.

Эталон ответа к билету №11

1. Задача

Мужчина 23 лет обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость, недомогание, головную боль, повышение температуры тела до 37,5°C, сухой кашель. Болен второй день, заболевание связывает с переохлаждением.

Объективно: температура тела 37,2°C. Общее состояние удовлетворительное. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Перкуторный звук над легкими ясный. Дыхание жесткое, рассеянные сухие жужжащие и свистящие хрипы. ЧДД - 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 72 в мин, АД 120/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Перечислите необходимые дополнительные исследования.
3. Назовите возможные осложнения данного заболевания.
4. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике данного заболевания.
5. Продемонстрируйте технику паровых ингаляций с эфирными маслами в домашних условиях.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Острый бронхит.

Обоснование:

- 1) данные анамнеза:

синдром интоксикации (общая слабость, недомогание, головная боль, повышение температуры тела), симптом поражения бронхов (сухой кашель);
острое начало заболевания;
связь заболевания с переохлаждением

- 2) объективные данные: субфебрильная температура.

при аускультации - дыхание жесткое, рассеянные сухие жужжащие и свистящие хрипы с обеих сторон.

2. Общий анализ крови: возможен лейкоцитоз, увеличение СОЭ, микроскопическое исследование мокроты, бактериологическое исследование мокроты: выявление возбудителя и определение его чувствительности к антибиотикам.

3. Очаговая пневмония, переход в хроническую форму.

4. Пациент является временно нетрудоспособным. Оформляется больничный лист. Лечение проводится в амбулаторных условиях.

Принципы лечения:

Постельный режим, частое проветривание помещения.

Диета № 15, обогащенная витаминами. Обильное теплое питье: молоко с содой, щелочные минеральные воды, чай с малиновым вареньем.

При сухом мучительном кашле в начале заболевания - противокашлевые препараты (либексин, глауент, стоптуссин).

Паровые ингаляции эфирных масел (анисовое, ментоловое) и отваров трав (ромашка, зверобой, эвкалипт).

При бронхоспазме - бронхолитики (эуфиллин, бронхолитин, сальбутамол).

Отхаркивающие средства (мукалтин, термопсис, алтей, мать-и-мачеха, чабрец).

Витамины (аскорбиновая кислота, поливитамины).

Нестероидные противовоспалительные средства (ацетилсалициловая кислота, бруфен).

Отвлекающие средства (горчичники, горчичные ножные ванны, согревающие компрессы, перцовый пластырь).

При появлении гнойной мокроты, а также пациентам пожилого и старческого возраста назначают антибиотики (ампициллин, оксациллин, ампиокс, эритромицин, тетрациклин) или сульфаниламиды (бисептол).

Прогноз в отношении здоровья благоприятный. При неосложненном течении и эффективном лечении наступает полное выздоровление.

Профилактика:

закаливание организма

предупреждение острых респираторных инфекций

своевременное лечение заболеваний верхних дыхательных путей

эффективное носовое дыхание (ликвидация искривлений носовой перегородки, удаление полипов)
санитарно-гигиенические мероприятия (борьба с запыленностью, задымленностью, загазованностью, ликвидация влажности)

борьба с курением и алкоголизмом

5. Техника паровых ингаляций с эфирными маслами - согласно алгоритму действия.

2. Задача

В присутствии фельдшера ФАП мужчина, вынимая оконную раму, разбил стекло. Большой осколок вонзился в ткани нижней трети левого плеча. Мужчина сильно испугался, выдернул стекло, сразу же началось сильное кровотечение.

Объективно: в области передне-внутренней поверхности нижней трети левого плеча рана 5 см х 0,5 см с ровными краями, из раны пульсирующей струей выбрасывается алая кровь.

ЗАДАНИЯ

1. Поставьте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте алгоритм неотложной помощи пострадавшему и аргументируйте каждый этап.
3. Продемонстрируйте технику наложения жгута применительно к данной ситуации.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Предположительный диагноз:

Резаная рана нижней трети левого плеча, осложненная артериальным кровотечением. Рана резаная, так как края ровные. Струя крови алого цвета, пульсирует – значит повреждена артерия.

2. Алгоритм действий по оказанию неотложной помощи:

- а) остановка кровотечения;
- б) введение анальгетиков (например, раствора анальгина);
- в) туалет раны;
- г) наложение стерильной повязки на рану;

Все выше указанные манипуляции выполняются в перчатках;

- д) иммобилизация конечности шиной или косыночной повязкой;

- е) экстренная транспортировка пострадавшего в отделение неотложной хирургии машиной скорой помощи.

Оказание неотложной помощи следует начать с остановки кровотечения, так как значительная кровопотеря опасна развитием геморрагического шока. В данном случае следует сначала прижать артериальный сосуд (плечевую артерию) к плечевой кости, а затем наложить жгут (если жгут под рукой, то сразу накладывается жгут).

Затем края раны обрабатываются антисептическим раствором, на рану накладывается стерильный перевязочный материал при строгом соблюдении асептики для профилактики вторичного инфицирования.

Иммобилизация конечности и введение анальгетика обязательны, так как ведут к уменьшению боли. Иммобилизация исключит и дополнительную травматизацию тканей.

На голое тело жгут не накладывается – прокладка обязательна. Жгут накладывается проксимальнее раны и максимально близко к ней. Данному больному, конечно, целесообразно бы наложить жгут на среднюю треть плеча, но этого делать нельзя, так как будет травмирован лучевой нерв, лежащий в этом месте непосредственно на кости. Жгут в этой ситуации следует наложить на верхнюю треть плеча. Решающий тур первый, важно не ослабить его при наложении последующих. Концы жгута должны быть надежно закреплены. В сопроводительной записке следует указать время наложения жгута, так как сроки ограничены в виду опасности развития некроза. О необходимости иммобилизации конечности сказано выше.

Если возникает необходимость продлить срок наложения жгута, то следует применить пальцевое прижатие, жгут ослабить на несколько минут (10-15) и наложить вновь на соседний участок. Эту манипуляцию при необходимости повторяют через каждые 30 минут.

3. Манипуляции выполняются в соответствии с алгоритмом.

Эталон ответа к билету №12

1. Задача

Больной Г., 20 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость, повышение температуры, кашель со слизисто-гнойной мокротой, одышку. Заболел 10 дней назад: появился насморк, кашель, болела голова, лечился сам, больничный лист не брал. Хуже стало вчера - вновь поднялась температура до 38,4°C.

Объективно: температура - 38,6°C. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая, гиперемия лица. Число дыханий 30 в мин. При осмотре грудной клетки и при пальпации изменений нет. При перкуссии справа под лопаткой притупление перкуторного звука. При аускультации в этой области дыхание более жесткое, выслушиваются звучные влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены. Пульс - 98 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 110/60 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом. Абдоминальной патологии не выявлено.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Перечислите возможные осложнения.

4. Определите Вашу тактику в отношении данного пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.
5. Продемонстрируйте технику оксигенотерапии .

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Правосторонняя очаговая пневмония.

Обоснование:

- 1) данные анамнеза:

синдром интоксикации;

одышка, кашель со слизисто-гнойной мокротой;

постепенное начало (после ОРЗ);

- 2) объективные данные:

при перкуссии - локальное притупление перкуторного звука;

при аускультации - дыхание более жесткое, звучные влажные мелкопузырчатые хрипы.

2. Общий анализ крови: нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево, увеличение СОЭ. Микроскопическое и бактериологическое исследования мокроты: выявление возбудителя и определение его чувствительности к антибиотикам. Рентгенография органов грудной клетки: очаговое затемнение в легких.

3. Абсцедирование.

4. Пациент нуждается в стационарном лечении.

Принципы лечения:

Постельный режим.

Диета № 15, обогащенная витаминами .

Обильное питье: минеральные воды, фруктовые соки, чай с малиновым вареньем, чай с липовым цветом .

Антибактериальная терапия: антибиотики с учетом чувствительности микробной флоры.

Сосудистые средства: кофеин, кордиамин.

Отхаркивающие средства: микстура с термопсисом, алтеем, бромгексин.

Отвлекающие средства: горчичники на грудную клетку после снижения температуры.

Оксигенотерапия.

Дыхательная гимнастика.

Массаж грудной клетки.

Прогноз благоприятен в отношении выздоровления и восстановления трудоспособности при своевременном и комплексном лечении.

Профилактика:

закаливание организма;

рациональная физическая культура;

устранение фактора переохлаждения;

соблюдение гигиены труда.

5. Техника оксигенотерапии - согласно алгоритму действия.

2. Задача

К фельдшеру обратилась женщина, страдавшая варикозным расширением вен нижних конечностей, во время уборки сахарной свеклы повредила тупой ногой.

Жалобы на сильную боль в ране, кровотечение.

Объективно: состояние удовлетворительное. Пульс 86 ударов в минуту, АД 115/70 мм рт. ст. На внутренней поверхности правой голени в средней трети рубленая рана с неровными осадненными краями 4,5х3 см, загрязнена землей, кровотечение непрерывной струей темного цвета.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Составьте и аргументируйте алгоритм оказания неотложной помощи.

3. Продемонстрируйте технику остановки кровотечения применительно к данной ситуации на фантоме.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Диагноз: Рубленая рана средней трети внутренней поверхности правой голени, венозное кровотечение.*

Диагноз поставлен на основании:

- а) данных анамнеза и жалоб: удар тяжелым режущим предметом, боль;
- б) данных объективного исследования: наличия раны с истечением крови темного цвета.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- а) произвести временную остановку кровотечения путем наложения давящей повязки с предварительным проведением туалета раны с целью профилактики инфекции;
- б) ввести 1-2 мл 50% р-ра анальгина для купирования боли;
- в) произвести транспортную иммобилизацию поврежденной конечности с помощью шин Крамера;
- г) вызвать бригаду скорой медицинской помощи для доставки пострадавшей в травмпункт или хирургическое отделение ЦРБ для проведения ПХО раны и профилактики столбняка;
- д) транспортировать в положении лежа на носилках, на спине с приподнятой поврежденной конечностью.

Все манипуляции выполняются в перчатках.

3. Демонстрация техники наложения давящей повязки согласно алгоритму выполнения (на фантоме).

Эталон ответа к билету №13

1. Задача

Фельдшер вызван на дом к больному К., 57 лет. Жалобы на головную боль в затылочной области, рвоту, головокружение, мелькание мушек перед глазами. Из анамнеза выяснилось, что эти явления развивались сегодня во второй половине дня. До этого к врачу не обращался. Головные боли беспокоили периодически в течение нескольких лет, но больной не придавал им значения и к врачам не обращался.

Объективно: температура 36,4⁰С. Общее состояние средней тяжести. Кожа бледная. Дыхание везикулярное. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, резкий акцент 2-го тона на аорте. ЧСС 92 в мин., пульс твердый, напряженный, 92 в мин. АД 200/110 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

ЗАДАНИЯ

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Гипертоническая болезнь, вторая стадия.

Обоснование:

- 1) данные анамнеза:

головная боль в затылочной области, головокружение, мелькание мушек перед глазами, рвота; многолетнее течение заболевания;

- 2) объективные данные:

при перкуссии: расширение границ сердца влево;

при пальпации: пульс твердый, напряженный;

при аускультации: тоны сердца приглушены, акцент второго тона на аорте (признак повышения давления в большом кругу кровообращения).

2. Общий анализ мочи: могут быть следы белка, единичные эритроциты, рентгенография органов грудной клетки, ультразвуковое исследование сердца, электрокардиография. Исследование сосудов глазного дна: резкое сужение артерий сетчатки, возможны кровоизлияния.

3. Гипертонический криз, инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, острая сердечная недостаточность, почечная недостаточность, нарушение зрения.

4. Пациент нуждается в госпитализации для проведения полного объема исследований и подбора препаратов для базисного лечения.

Принципы лечения:

Режим полупостельный

Диета № 10, ограничение поваренной соли до 5-8 г/сутки

Антагонисты ионов кальция: верапамил, нифедипин

Ингибиторы АПФ: эналаприл, каптоприл
В-адреноблокаторы: атенолол, пропранолол
Диуретики: верошпирон, гипотиазид
Комбинированные препараты: капозид, логимакс
Лечебная физкультура
Фитотерапия: зеленый чай, валериана, пустырник
Прогноз благоприятный при стабильном течении и невысоких цифрах АД, отсутствии осложнений
Профилактика:
режим труда и отдыха;
нормализация сна;
рациональное питание;
устранение влияния стрессов, психическая саморегуляция;
запрещение курения и употребления алкоголя;
диспансерное наблюдение за пациентами с гипертонической болезнью;
поддерживание уровня АД на нормальных (близких к таковым) значениях с помощью применения гипотензивных препаратов (монотерапия или комбинированное лечение).
5. Техника измерения АД - согласно алгоритму действия.

2. Задача

Во время несения службы охранник частного предприятия подвергся нападению и получил огнестрельное ранение в правое плечо.

Объективно: на передней поверхности середины правого плеча имеется умеренно кровотокающая рана, неправильно округлой формы, на задней поверхности – аналогичная рана несколько больших размеров с неровными краями. Из анамнеза выяснилось, что в пострадавшего стреляли на расстоянии около 30 м из пистолета. В здравпункте соседнего предприятия дежурил фельдшер, к которому и обратился пострадавший.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его.
2. Составьте алгоритм неотложной доврачебной помощи.
3. Пр продемонстрируйте технику наложения давящей повязки на плечо, используя индивидуальный перевязочный пакет применительно к ситуации.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. У пострадавшего сквозное огнестрельное (пулевое) ранение правого плеча.

Заключение основано на данных анамнеза (пострадавший подвергся нападению) и объективного исследования правого плеча (наличие сквозной раны с входным и выходным отверстиями, характерными для огнестрельного ранения; кровотечение из раны).

2. Алгоритм оказания неотложной доврачебной помощи:

- а) визуальный осмотр раны;
- б) туалет раны и наложение асептической давящей повязки;
- в) подвесить руку на косынке;
- г) немедленно сообщить в дежурную часть МВД по тел. 02 о происшедшем;
- д) вызвать бригаду скорой медицинской помощи.

3. Наложение давящей повязки с помощью ИПП проводится согласно алгоритму.

Эталон ответа к билету №14

1. Задача

Вы работаете на здравпункте. К Вам обращается работница завода 52 лет с жалобами на головную боль в затылочной области, в основном в утренние часы, периодически тошноту, потемнение в глазах, сердцебиение и одышку при выполнении физической работы, по утрам - небольшие отеки на лице. Подобные проявления были у ее матери, которая умерла 4 года назад от инсульта.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы несколько бледноваты, веки пастозны. ЧД=20 в минуту, пульс – 80 ударов в минуту, полный ритмичный. АД 150/95 мм рт.ст. Тоны сердца ритмичны, несколько приглушены. Левая граница сердца на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Небольшие отеки на голенях.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите дополнительные обследования, необходимые для подтверждения диагноза.
3. Перечислите возможные осложнения при данной патологии.
4. Определите Ваши действия в отношении данной пациентки.
5. Подготовьте пациентку к внутривенной пиелографии.

Эталон ответа

1. Гипертоническая болезнь, II стадия, предположительный диагноз поставлен на основании:
 - данных семейного анамнеза;
 - клинических данных: поражение органов – мишеней (сосудов головного мозга, сердца, сетчатки глаза, почек) с появлением симптомов поражения данных органов (характерные жалобы и объективные данные);
 - наличия симптомов гипертрофии левого желудочка (расширение границ сердца влево);
 - показателей АД; характера пульса.
2. Дополнительные обследования:
 - ЭКГ, УЗИ сердца для подтверждения наличия гипертрофии левого желудочка;
 - Осмотр окулиста для определения состояния сосудов глазного дна (сужение артерий сетчатки, расширение вен);
 - Общий анализ мочи (возможно наличие микрогематурии и умеренной протеинурии).
3. Возможные осложнения:
 - инсульт;
 - инфаркт миокарда;
 - недостаточность кровообращения;
 - почечная недостаточность;
 - облитерирующий эндартериит;
 - нарушения зрения, вплоть до слепоты.
4. Действия фельдшера в отношении данной пациентки:
 - рекомендовать немедленно обратиться к терапевту;
 - диспансерное наблюдение у цехового терапевта;
 - постоянное, непрерывное лечение гипертонической болезни препаратами, назначенными терапевтом: антагонисты кальциевых каналов, ингибиторы АПФ, диуретики и т.д.
 - научить элементам самопомощи при внезапных подъемах АД.
5. Внутривенная пиелография – рентгеноконтрастное исследование почек и мочевыводящих путей с использованием верографина (триомбраста) 60% (76%) раствора.
 - за 2 – 3 дня до исследования исключить из рациона продукты, способствующие газообразованию (грубую клетчатку, молоко, черный хлеб, сахар);
 - в течение этих же дней давать карболен по 1,0 4 раза в день;
 - накануне исследования после обеда дать 30,0 касторового масла, рекомендовать ограничение приема жидкости, а за 12 часов до исследования прием жидкости прекратить.
 - вечером накануне и за 2 часа до исследования поставить высокие очистительные клизмы; исследование проводить после предварительной проверки на чувствительность к контрастному веществу, утром натощак.

2. Задача

В ФАП принесли девочку 12 лет, которая случайно выпила раствор каустической соды. Мучается от острой боли в ротовой полости, глотке и за грудиной. Стонет. Отмечается слюнотечение из-за невозможности сделать хотя бы один глоток. На губах, языке, слизистых щек следы ожогов. Состояние тяжелое, бледная, пульс 100 ударов в минуту, ритмичный, АД 90/70 мм.рт.ст.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте и аргументируйте алгоритм неотложной помощи.
3. Продемонстрируйте технику проведения туалета ротовой полости и введения нозогастрального зонда.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз: Химический ожог губ, слизистых рта, пищевода щелочью.

Ставится на основании данных:

- а) анамнеза: девочка случайно выпила каустическую соду;
- б) жалоб: острая боль в ротовой полости, глотке и за грудиной;
- в) данных объективного исследования: слюнотечение, невозможность глотательных движений, на губах, языке, слизистых щек следы ожогов.

Тахикардия, тяжесть состояния обусловлены болью и могут быть первыми симптомами шока.

2. Оказание помощи поэтому следует начать немедленно:

- а) Купировать болевой синдром (баралгин, максиган, спазган, трамал и т.д.) в сочетании с М-холинолитиками (атропин, платифилин), т.к. к первичному болевому раздражению рецепторов химическим веществом присоединяется рефлекторный спазм гладкой мускулатуры пищевода, кроме того атропин уменьшит слюнотечение.
- б) Вызвать скорую помощь с помощью третьего лица, т.к. необходимо максимально быстро устранить действие химического повреждающего агента.
- в) Промыть поврежденные поверхности растворами антидотов (1-2% лимонной или уксусной кислоты). Сначала омывают кожу вокруг рта, губы, затем слизистые щек (с помощью резиновой груши), затем обильно промывают пищевод и желудок с помощью назогастрального зонда.
- г) Повторно оценить показатели гемодинамики (пульс, АД) с целью ранней диагностики ожогового шока.
- д) По показаниям ввести сердечно-сосудистые средства. Транквилизаторы, антигистаминные и седативные препараты, т.к. данные препараты потенцируют действие ранее применяемых анальгетиков.
- е) Уложить пациентку, тепло укрыть и наблюдать за состоянием до прибытия скорой помощи.
- ж) Транспортировать на носилках в отделение неотложной хирургии.

Все манипуляции выполняются в перчатках.

3. Манипуляции выполняются согласно алгоритму.

Эталон ответа к билету №15

1. Задача

К фельдшеру обратилась женщина 21 года с жалобами на появление боли в эпигастральной области после еды, отрыжку кислым, изжогу. Режим питания не соблюдает. Боли беспокоят 2 года. Объективно: температура 36,6⁰С. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Язык обложен беловатым налетом. Живот при пальпации мягкий, отмечается слабая болезненность в эпигастральной области. Со стороны других органов патологии нет.

ЗАДАНИЯ

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Хронический гастрит с сохраненной секрецией в стадии обострения.

Обоснование:

- 1) данные анамнеза:
боль в эпигастральной области;
связь с приемом пищи;
отрыжка кислым, изжога;
нарушение режима питания;
- 2) объективные данные :
при осмотре языка - обложенность;
при пальпации живота - болезненность в эпигастральной области;
2. Фракционное желудочное зондирование: повышенная кислотность, эндоскопическое исследование: гиперемия слизистой оболочки, набухание складок, могут быть эрозии. Рентгенологическое исследование: повышение тонуса желудка, усиленная перистальтика, набухание складок слизистой оболочки.
3. Язвенная болезнь.
4. Пациентка нуждается в амбулаторном лечении.

Принципы лечения:

Режим полупостельный

Диета № 1, механически, химически и термически щадящая, т.е. измельченная, без пряностей и острых приправ, в теплом виде. Исключается трудноперевариваемая пища - жирное мясо, мучные продукты (сдобные пироги). Не рекомендуется черный хлеб, квашеная капуста, кислые фрукты

Холинолитики: гастроцепин

Антациды: альмагель, маалокс

Спазмолитики: но-шпа, папаверин

H₂-гистаминоблокаторы: ранитидин, фамотидин

Блокаторы протонного насоса: омез, омепразол

Санаторно-курортное лечение

Прогноз для жизни благоприятный. При аккуратном соблюдении режима питания возможно добиться стойкой ремиссии.

Профилактика:

первичная:

соблюдение режима питания (прием пищи 3-4 раза в день, в определенное время);

исключение сухоедения;

тщательное пережевывание пищи;

разнообразное питание;

запрещение курения, злоупотребления алкоголем;

санация очагов хронической инфекции;

при отсутствии зубов - протезирование;

воспитание определенного ритуала приема пищи (спокойная обстановка, красивая сервировка стола, эстетичное оформление блюд);

вторичная:

диспансерное наблюдение за пациентами с хроническим гастритом;

соблюдение диетических рекомендаций с целью достижения стойкой ремиссии;

осторожное применение лекарственных препаратов, обладающих раздражающим действием на желудочно-кишечный тракт (нестероидные противовоспалительные препараты).

5. Подготовка к ФГДС согласно алгоритма

2. Задача

В ФАП обратилась женщина 62 лет с жалобами на боль в левом коленном суставе, усиливающуюся при ходьбе. За два дня до обращения упала на улице коленом на асфальт. Дома применяла компресс без положительного эффекта.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Температура 36,7⁰. Левая нижняя конечность находится в полусогнутом положении. Левый коленный сустав увеличен в объеме, в области надколенника ссадина размером 4х6 см, покрытая коричневой корочкой. Движения в суставе несколько ограничены и болезненны. Пальпаторно определяются болезненность и баллотирование подколенника. Температура кожи над суставом не увеличена.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Составьте и аргументируйте алгоритм оказания неотложной помощи.

3. Продемонстрируйте технику наложения черепашьей повязки (сходящейся, расходящейся) на коленный сустав.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Диагноз: Ушиб левого коленного сустава, ссадина в области коленного сустава.*

Ставится на основании:

а) жалоб и анамнеза: боль в суставе появилась после травмы двухсуточной давности;

б) данных объективного исследования: вынужденное положение конечности, ограничение функции сустава, боль при движениях и пальпации, баллотирование надколенника. Симптомы воспаления отсутствуют. Общее состояние не нарушено. Жидкость в суставе является реактивным выпотом.

Точный диагноз может быть поставлен в ЛПУ, после выполнения Ro-графии сустава.

2. *Алгоритм оказания неотложной помощи:*

а) пациентку уложить, оценить состояние гемодинамики с учетом возраста;

б) вызвать скорую помощь или перевозку для доставки в травмпункт;

в) ввести раствор 50% анальгина 2,0, внутримышечно, с целью обезболивания;

- г) осуществить транспортную иммобилизацию шиной Крамера с целью обеспечения покоя поврежденной области, обезболивания, особенно при транспортировке;
- д) транспортировка осуществляется на носилках.
- Все манипуляции выполняются в перчатках.*
3. Манипуляция выполняется в соответствии с алгоритмом.

Эталон ответа к билету №16

1. Задача

Больной А., 36 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на острые боли в животе, возникающие через 30 мин. после приема пищи, рвоту на высоте боли, приносящую облегчение. Иногда больной сам вызывает рвоту после еды для уменьшения боли. Аппетит сохранен, но из-за появления болей после еды, больной ограничивает прием пищи. Болен несколько лет, ухудшение состояния отмечается в осенне-весенний период, обострения провоцируются эмоциональными перегрузками. Больной курит в течение 20 лет по 1 пачке сигарет в день.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Легкие и сердце без патологии. Язык обложен беловатым налетом. При пальпации живота отмечается болезненность в эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются.

ЗАДАНИЯ

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Язвенная болезнь желудка в стадии обострения.

Обоснование:

- 1) данные анамнеза:

интенсивные “ранние” боли в животе, связь с приемом пищи, изжога, отрыжка кислым, иногда тошнота и рвота, приносящие облегчение;

самостоятельное вызывание рвоты на высоте боли;

аппетит сохранен;

сезонность обострений;

связь обострений с психоэмоциональными перегрузками;

вредные привычки - курение;

- 2) объективные данные :

при осмотре: бледность кожи и слизистых, недостаточное развитие подкожно-жировой клетчатки;

при пальпации: болезненность в эпигастральной области;

2. Общий анализ крови: может быть анемия, фракционное желудочное зондирование: кислотность нормальная или пониженная, анализ кала на скрытую кровь, рентгенологическое исследование желудка с применением контрастного вещества: симптом «ниши», эндоскопическое исследование желудка с прицельной биопсией.

3. Кровотечение, перфорация, пенетрация, пилоростеноз, малигнизация.

4. Пациент нуждается в госпитализации и стационарном лечении.

Принципы лечения:

Режим постельный

Диета № 1, которая должна быть механически, химически и термически щадящей. Вначале назначают молоко, сливки, сливочное масло, яйца, молочные или слизистые супы из круп. Затем добавляют белые сухари, мясные и рыбные блюда (паровые котлеты) Далее разрешают черствый белый хлеб, свежую сметану, вареное мясо и рыбу, нежирные супы, картофельное пюре, каши. Исключаются продукты, повышающие секреторную функцию желудка (пряности, соусы, соленые блюда, черный хлеб, квашеная капуста, кислые фрукты)

Седативные средства: настойка валерианы, пустырника

Холинолитики: гастроцепин

H₂-гистаминоблокаторы: фамотидин, ранитидин

Антациды: альмагель, смесь Бурже

Спазмолитики: галидор, но-шпа

Антибактериальные препараты, обладающие активностью против хеликобактериальной инфекции: амоксициллин, тетрациклин, трихопол

Физиотерапия при отсутствии осложнений (парафиновые аппликации)

Санаторно-курортное лечение

Прогноз для жизни благоприятный. При эффективном лечении, устранении провоцирующих факторов и отсутствии осложнений можно добиться стойкой ремиссии.

Профилактика:

первичная:

соблюдение режима питания;

исключение курения и злоупотребления алкоголем;

психическая саморегуляция;

правильное назначение лекарственных препаратов, обладающих раздражающим действием на желудочно-кишечный тракт;

диспансерное наблюдение за пациентами с хроническим гастритом;

вторичная:

диспансерное наблюдение за пациентами с язвенной болезнью;

строгое соблюдение диетических рекомендаций;

проведение курсов противорецидивного лечения в санаториях – профилакториях.

5. Техника фракционного желудочного зондирования - согласно алгоритму действия.

2. Задача

В ФАП обратился лесничий, 57 лет, с жалобами на повышение температуры, озноб, головную боль, нарушение сна, сильную боль в области раны правой голени и паху, усиливающуюся при ходьбе. Три дня назад ударился ногой о выступающий корень дерева, промыл рану водой, лечился народными средствами.

Объективно: t-38°. В нижней трети внутренней поверхности правой голени рана 4х3,5 см, окружающие ткани отечные, гиперемия без четких границ, отделяемое гнойное, скудное. В правой паховой области несколько округлых, подвижных, плотных болезненных, не спаянных с кожей образований, размером с фасоль.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте и аргументируйте алгоритм оказания неотложной помощи.
3. Составьте набор хирургических инструментов для ПХО раны.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз: инфицированная рваная рана нижней трети внутренней поверхности правой голени, лимфаденит.

Диагноз поставлен на основании:

- а) анамнеза и жалоб на боль в ране и паховой области, усиливающуюся при ходьбе;
- б) данных объективного исследования: общее повышение температуры тела, наличие раны в области голени с выраженными симптомами воспаления, увеличение лимфатических узлов.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- а) ввести 2 мл 50% р-ра анальгина для купирования боли;
- б) произвести туалет раны;
- в) вызвать бригаду скорой медицинской помощи для перевозки в ЦРБ с целью консультации о дальнейшей лечебной тактике;
- г) транспортировать на носилках в положении лежа.

Все манипуляции выполняются в перчатках.

3. Составление набора хирургических инструментов для ПХО раны.

Эталон ответа к билету №17

1. Задача

Больной Г., 42 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на общую слабость, недомогание, быструю утомляемость, снижение аппетита, чувство тяжести в правом подреберье, тошноту. 10 лет назад перенес острый вирусный гепатит. Ухудшение началось 2 недели назад.

Объективно: температура 37,3⁰С. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Склеры, мягкое небо чистые, с желтушным оттенком. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 82 в минуту, АД 120/80 мм рт.ст. Язык обложен желтоватым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии на 3 см, умеренно болезненная, эластичная. Селезенка не пальпируется.

ЗАДАНИЯ

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Хронический гепатит в стадии обострения.

Обоснование:

- 1) данные анамнеза:

общая слабость, недомогание, быстрая утомляемость, снижение аппетита, чувство тяжести в правом подреберье, тошнота;

перенесенный 10 лет назад острый вирусный гепатит;

- 2) объективные данные :

при осмотре: субфебрильная температура, склеры и мягкое небо с желтушным оттенком;

при пальпации: умеренная болезненность в правом подреберье, увеличение печени.

2. Общий анализ крови: может быть лейкоцитоз, увеличение СОЭ, биохимическое исследование крови: изменение содержания билирубина, белка и его фракций, ферментов, радиоизотопное исследование печени и селезенки, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, пункционная биопсия печени.

3. Цирроз печени, печеночная недостаточность.

4. Пациент нуждается в госпитализации и стационарном лечении.

Принципы лечения:

Режим постельный

Диета № 5, достаточное количество витаминов и белка, ограничение жиров, исключение острых и жареных блюд. Запрещается употребление алкоголя. Питание должно быть дробным, не реже 4 раз в сутки

Витаминотерапия: группа В

Полиненасыщенные жирные кислоты: липоевая кислота, липамид

Эссенциале для улучшения обменных процессов в печени

При наличии активного воспаления - преднизолон или делагил (плаквенил)

При сопутствующем воспалении желчевыводящих путей - антибиотики широкого спектра действия

Прогноз в отношении выздоровления неблагоприятный, однако возможно получить длительную ремиссию при устранении воздействия неблагоприятных факторов.

Профилактика:

первичная:

рациональное питание с достаточным количеством белков и витаминов;

устранение злоупотребления алкоголем;

соблюдение техники безопасности на производстве при профессиональном контакте с гепатотоксическими веществами (соли тяжелых металлов);

соблюдение личной гигиены для предупреждения заболевания острым вирусным гепатитом;

строгое соблюдение требований по обработке инструментов медицинского назначения (согласно приказа № 770);

соблюдение мер личной безопасности при профессиональном контакте с биологическими жидкостями для предупреждения заболевания острым вирусным гепатитом В;

вакцинация против вирусного гепатита В;

своевременное и эффективное лечение острых гепатитов, холецистохолангитов

вторичная:

диспансерное наблюдение за больными с хроническим гепатитом;

соблюдение диетических рекомендаций
запрещение употребления алкоголя;
5. Техника в/в инъекций - согласно алгоритму действия

2. Задача

В здравпункт школы обратился юноша, который во время соревнований по бегу споткнулся, упал и по инерции проскользнул правой ладонью по асфальту около 1 метра. Почувствовал резкую боль, появилось интенсивное кровотечение, а часть кожи в виде лоскута висит свободно на тонкой полоске.

Объективно: кожа ладони, размером 3х4 см, в области подушечки большого пальца отслоилась, рана загрязнена пылью, мелкими инородными телами, обильно кровоточит.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте алгоритм оказания неотложной помощи.
3. Продемонстрируйте технику наложения на кисть повязки-“варежка”.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз: скальпированная инфицированная рана правой ладони.

Диагноз подтверждается наличием травмы в анамнезе, ее механизмом, а также данными объективного осмотра (наличие кровоточащей раны ладони с отрывом кожи, которая в виде лоскута висит на тонкой полоске, обильного кровотечения).

2. Алгоритм неотложной помощи:

- а) введение анальгетика (раствор анальгина 50% – 2мл в/м);
- б) осуществление туалета раны (обработка краев спиртом и раствором йода 2%, промывание перекисью водорода 3% и раствором фурациллина 0,02%);
- в) наложение давящей асептической повязки;
- г) направление пострадавшего в травматологический пункт — вызов бригады скорой медицинской помощи.

3. Выполнение манипуляции согласно алгоритму.

Эталон ответа к билету №18

1. Задача

Больной Н., 18 лет, обратился к фельдшеру с жалобами на отеки на лице, нижних конечностях, головную боль, ноющие боли в пояснице, общую слабость, появление мутной розовой мочи. Больным считает себя в течение 3-х дней. Перенесенные заболевания: грипп, 2 недели назад была ангина.

Объективно: температура 37,7⁰С. Общее состояние средней тяжести. Лицо отечное, отеки на стопах и голенях. Кожа бледная. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент 2-го тона на аорте. Пульс 84 в мин., ритмичный, напряженный. АД 165/100 мм рт.ст. Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого слабоположительный с обеих сторон.

ЗАДАНИЯ

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Острый гломерулонефрит.

Обоснование:

1) данные анамнеза:

- общая слабость, головная боль, отеки, макрогематурия, ноющие боли в пояснице;
- связь с предыдущей инфекцией (ангина 2 недели назад);
- 2) объективные данные :
 - субфебрильная температура;

- при осмотре: бледность кожи, отеки на лице и нижних конечностях;
 - при пальпации: напряженный пульс, положительный симптом Пастернацкого с обеих сторон;
 - при аускультации: приглушение сердечных тонов, артериальная гипертензия.
2. Общий анализ крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ, общий анализ мочи: гематурия, протеинурия, цилиндрурия.
 3. Острая сердечная недостаточность, острая почечная недостаточность, энцефалопатия (эклампсия), переход в хроническую форму.
 4. Пациент нуждается в обязательной госпитализации и стационарном лечении.

Принципы лечения:

Строгий постельный режим.

Диета № 7, ограничение жидкости и поваренной соли. В первые 2 дня - голод, ограничение жидкости до количества, равного диурезу. На 3-й день - диета № 7а (богатая калием - картофель, рисовая каша, изюм, курага), употребление жидкости в количестве на 300-500 мл превышающем диурез за предыдущие сутки. Через 3-4 дня - диета № 7б, содержащая пониженное количество белка (до 60 г в сутки), рекомендуют творог, поваренную соль - 3-5 г в сутки. Диету соблюдать до исчезновения внепочечных симптомов и улучшения анализов мочи.

Антибиотики пенициллинового ряда.

Диуретики: салуретики.

Гипотензивные препараты: допегит, клофелин.

При затянувшемся течении - глюкокортикостероиды.

При значительном снижении диуреза - гепарин.

Физиотерапия: диатермия на область почек.

Прогноз для жизни благоприятный при своевременном и эффективном лечении и отсутствии осложнений.

Профилактика:

первичная:

эффективное лечение острых инфекционных заболеваний;

санация очагов хронической инфекции;

устранение фактора переохлаждения;

закаливание;

исследование мочи после перенесенных острых респираторных заболеваний, вакцинаций;

вторичная:

диспансерное наблюдение за пациентами, перенесшими острый гломерулонефрит в течение 2-х лет; рациональное трудоустройство (противопоказан тяжелый физический труд, работа в холодных и сырых помещениях, в ночную смену, длительные командировки);

женщинам не рекомендуется беременеть в течение 3-х лет после перенесенного заболевания;

противопоказаны лекарственные препараты, обладающие нефротоксическим действием (аминогликозиды, сульфаниламиды);

санаторно-курортное лечение в условиях теплого сухого климата (Байрам-Али).

5. Техника в/м инъекций - согласно алгоритму действия.

2. Задача

Больная обратилась в фельдшерско-акушерский пункт с жалобой на резкую боль в поясничной области справа. Из анамнеза выяснилось, что она около часа назад дома поскользнулась и упала, ударившись поясницей о край стола. При мочеиспускании обратила внимание на розовую окраску мочи, одновременно интенсивность болей в правой поясничной области нарастала, появилась слабость.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела в норме, кожные покровы чистые, бледноватые, пульс 94 уд./мин, АД 105/60 мм.рт.ст., больная беспокойна, симптом Пастернацкого резко положительный справа. Собранная на анализ моча розового цвета.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

3. Составьте набор инструментов для диагностической пункции паранефрального пространства и катетеризации подключичной вены.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз: закрытая травма правой почки, внутреннее кровотечение.

Данный диагноз подтверждается острым началом заболевания, и оно связано с травмой поясничной области; наличием характерных жалоб (резкая боль в пояснице справа и ее нарастание). Данные объективного исследования также говорят о травматическом повреждении почки: резко положительный симптом Пастернацкого справа, собранная на анализ моча содержит свежую кровь (гематурия); учащение пульса и тенденция к снижению АД, появление слабости и бледность – можно расценить как следствие внутреннего кровотечения.

2. Алгоритм неотложной помощи:

- а) создать покой пациенту;
- б) наложить холод (пузырь со льдом) на правую поясничную область;
- в) ввести гемостатические средства (10% р-р -10 мл хлорида кальция, 5% раствор 50-100 мл у-аминокапроновой кислоты в/в, раствор протамина-сульфата 1%-1 мл в/в);
- г) при снижении АД, ослаблении и учащении пульса — приступить к инфузионной терапии (полиглюкин 400 мл в/в);
- д) немедленно вызвать бригаду скорой медицинской помощи для госпитализации в отделение неотложной хирургии (урологии).

3. Набор составляется согласно алгоритма.

Эталон ответа к билету №19

1. Задача

Больная Н., 32-х лет, обратилась к фельдшеру с жалобами на потрясающий озноб, повышение температуры, ноющие боли в пояснице справа, частое болезненное мочеиспускание. Свое заболевание связывает с переохлаждением. В анамнезе - частые циститы.

Объективно: температура 38°C. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, ЧСС 92 в мин., АД 120/80 мм рт.ст. Язык чистый. Живот мягкий, отмечается болезненность по наружному краю прямой мышцы живота справа на уровне реберной дуги, пупка и паховой складки. Симптом Пастернацкого положительный справа.

ЗАДАНИЯ

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Острый пиелонефрит.

Обоснование:

1) данные анамнеза:

синдром интоксикации, ноющая боль в пояснице справа, дизурические явления;

связь заболевания с переохлаждением;

частые циститы как предрасполагающий фактор заболевания;

2) объективные данные :

при осмотре: гипертермия;

при пальпации: болезненность по наружному краю прямой мышцы живота справа на уровне реберной дуги, пупка и паховой складки, положительный симптом Пастернацкого справа.

2. Общий анализ крови: лейкоцитоз, увеличение СОЭ, общий анализ мочи: лейкоцитурия, бактериурия, анализ мочи по Нечипоренко: увеличение количества лейкоцитов, бактериологическое исследование мочи: выявление возбудителя и определение чувствительности его к антибиотикам, ультразвуковое исследование почек.

3. Переход в хроническую форму, бактериемический шок.

4. Пациентка нуждается в госпитализации и проведении стационарного лечения.

Принципы лечения:

Режим постельный.

Диета преимущественно молочно-растительная. Показано обильное питье для естественного промывания мочевыводящих путей: отвар медвежьих ушек, молоко, минеральные воды.

Антибактериальная терапия (уроантисептики):

антибиотики: полусинтетические пенициллины - ампициллин, оксациллин, метициллин, цефалоспорины,
пролонгированные сульфаниламиды: бактрим, бисептол .
нитрофураны: фурадонин, фурагин.
производные налидиксовой кислоты: неграм, невивирамон, нитроксалин.
Спазмолитики и анальгетики - при болях.
Физиотерапия (диатермия на область почек).

Прогноз в отношении выздоровления благоприятный при своевременном и эффективном лечении заболевания.

Профилактика:

первичная:

закаливание, устранение фактора переохлаждения.

ликвидация факторов, способствующих застою мочи (регулярное опорожнение мочевого пузыря, устранение запоров, хирургическая коррекция аномалий развития почек и мочеточников);

санация очагов хронической инфекции;

тщательное соблюдение правил личной гигиены;

своевременное лечение воспалительных заболеваний мочевыводящих путей;

своевременное оперативное вмешательство с целью удаления камней;

вторичная:

диспансерное наблюдение за пациентами, перенесшими острый пиелонефрит;

обязательный амбулаторный этап лечения после выписки из стационара в течение 5-6 месяцев (ежемесячные 10-дневные курсы антибактериальной терапии, в перерывах - фитотерапия - медвежий ушник, брусника, земляничный лист, василек, укроп, петрушка, кукурузные рыльца и др.);

устранение застоя мочи (опорожнение мочевого пузыря каждые 2 часа);

санаторно-курортное лечение (Трускавец, Боржом, Саирме, Железноводск, Ессентуки).

5. Техника в/м инъекций - согласно алгоритму действия.

2. Задача

К фельдшеру ФАП обратился больной, 52-х лет, с жалобами на интенсивные приступообразные боли в поясничной области, иррадирующие в паховую область слева, низ живота, сопровождающиеся частыми, болезненными позывами к мочеиспусканию, сухостью во рту, тошнотой, была однократная рвота. Подобные приступы болей у больного наблюдались дважды в течение последних трех лет.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела 37,4⁰. Пульс 68 уд./мин. АД 140/90 мм рт.ст. Язык суховат, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого положительный слева.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Составьте и обоснуйте алгоритм оказания неотложной помощи.

3. Продемонстрируйте технику определения симптома Пастернацкого.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. *Диагноз: левосторонняя почечная колика.*

Такое предположение основано на данных анамнеза (характерные для почечной колики боли, частые и болезненные позывы к мочеиспусканию, тошнота, рвота), объективных данных (сухость во рту, положительный симптом Пастернацкого слева).

2. *Алгоритм оказания неотложной помощи:*

а) введение спазмолитических препаратов (но-шпа, раствор платифиллина, папаверина);

б) введение анальгетиков (трамал, баралгин);

в) назначение "литокинетиков" (цистенал, уролесан, пенабин, фитолизин);

г) применение теплой грелки на область поясницы или общей теплой ванны с температурой воды +38-39⁰;

д) госпитализация в отделение неотложной хирургии (или урологии).

3. *Техника определения симптома Пастернацкого проводится согласно алгоритму.*

Эталон ответа к билету №20

1. Задача

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

Объективно: температура 37,2⁰С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая, влажная. Отмечается тремор пальцев, нерезкое пучеглазие, редкое мигание, усиленный блеск глаз, положительные симптомы Грефе и Мебиуса. Имеется диффузное увеличение щитовидной железы (симптом “толстой шеи”). Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца чистые, ритмичные. ЧСС 100 ударов в мин. АД 140/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

ЗАДАНИЯ

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Диффузный токсический зоб.

Обоснование:

- 1) данные анамнеза:

жалобы на повышенную нервную возбудимость, потливость, дрожь в теле, ощущение жара, сердцебиение, похудание;

связь заболевания со стрессовой ситуацией;

- 2) объективные данные :

субфебрильная температура;

при осмотре: кожа влажная, тремор, экзофтальм, положительные глазные симптомы, симптом “толстой шеи”;

при пальпации: диффузное увеличение щитовидной железы;

при аускультации: тахикардия.

2. Общий анализ крови: возможны анемия, лейкопения, биохимический анализ крови: снижение холестерина и альбуминов, определение уровня гормонов ТЗ, Т4, ТТГ в крови, радиоизотопное и ультразвуковое исследование щитовидной железы.

3. Тиреотоксический криз, мерцательная аритмия, миокардиодистрофия, сердечная недостаточность, сдавление трахеи

4. Пациентка нуждается в госпитализации и проведении стационарного лечения.

Принципы лечения:

Режим полупостельный

Диета с достаточным содержанием витаминов

Тиреостатики: мерказолил, перхлорат калия

В-адреноблокаторы: анаприлин

Седативные препараты: валериана, пустырник

Лечение радиоактивным йодом

Хирургическое лечение

Прогноз благоприятный при своевременном лечении и отсутствии осложнений.

Профилактика:

психическая саморегуляция;

диспансерное наблюдение;

регулярный прием назначенных препаратов.

5. Техника проведения термометрии - согласно алгоритму действия.

2. Задача

В фельдшерский пункт обратился больной, который, поскользнувшись, упал на вытянутую руку и ударился правым плечом об асфальт. Жалобы на боли в правой надключичной области, движения в правом плечевом суставе резко болезненны.

Объективно: правое надплечье несколько опущено, в средней трети ключицы определяются деформация, кровоизлияние, при осторожной пальпации определяется патологическая

подвижность в проекции деформации. Затруднено и болезненно отведение руки, движения в плечевом суставе ограничены, больной поддерживает руку и приподнимает ее за предплечье, прижимая локоть к груди. Верхняя конечность ротирована кнутри.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте и обоснуйте алгоритм оказания неотложной помощи.
3. Продемонстрируйте технику наложения повязки Дезо.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

1. Диагноз: Закрытый перелом правой ключицы.

Заключение основано на данных анамнеза (наличие травмы и ее обстоятельства, характерные боли в правой надключичной области и плечевом суставе), объективного исследования (правое плечо опущено, в средней трети ключицы имеются деформация и кровоизлияние, патологическая подвижность, неестественное положение конечности).

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

а) введение анальгетика (50% раствор анальгина 2 мл в/м) или новокаиновая блокада места перелома

(1-2% раствором новокаина 20-10 мл);

б) фиксация верхней конечности кольцами Дельбе либо повязкой Дезо, либо 8-образной повязкой;

в) подвешивание предплечья на косынке.

3. Наложение повязки Дезо согласно алгоритму

Эталон ответа к билету №21

1. Задача

Пациентка Е. Н. 22 лет, обратилась на ФАП к фельдшеру 3 июля.

Жалобы на отсутствие менструации, тошноту по утрам, отвращение к запахам.

Анамнез: Последняя менструация была 8 мая. Менструации с 12 лет регулярные, через 27 - 28 дней, по 3 - 4 дня, умеренные, безболезненные.

Объективно: общее состояние удовлетворительное АД -110\ 80 мм рт. ст.. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. При осмотре влагалищными зеркалами: слизистая оболочка влагалища и шейки матки синюшная. Бимануальное исследование: наружные половые органы развиты правильно, влагалище узкое, матка в антефлексию-версию, увеличена до размеров гусиного яйца, мягковатой консистенции, но во время исследования становится плотной, придатки без изменений, выделения светлые.

ЗАДАНИЯ

1. Выявите проблемы женщины.
2. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
3. Перечислите дополнительные методы диагностики беременности.
4. Определите срок беременности и предполагаемый срок родов.
5. Продемонстрируйте на фантоме технику осмотра половых органов в зеркалах и технику бимануального исследования.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Приоритетные проблемы.

- отвращение к запахам,
- отсутствие менструации,
- тошнота.

Потенциальные проблемы: сохранение и донашивание беременности.

2. Диагноз: беременность 8 недель. Устанавливается на основании сомнительных и вероятных признаков беременности: отвращение к запахам, тошнота, отсутствие менструации, синюшность слизистой оболочки влагалища и шейки матки, увеличение тела матки.

Срок беременности устанавливается на основании бимануального обследования и даты последней менструации: матка увеличена до размеров гусиного яйца, последняя менструация 8 недель назад.

3. Дополнительные методы диагностики беременности:

- определение ХГЧ гормона (хорионического гонадотропина) в сыворотке крови и моче;
- ультразвуковое исследование матки.

4. Определение срока беременности осуществляют:

- по дате последней менструации (к первому дню последней менструации прибавляют 2 недели) = 8 недель.
- по величине тела матки - 8 недель (небеременная матка имеет размер - с крупную сливу, при 8 неделях беременности размер с гусиное яйцо, при 12 неделях с головку новорожденного).
Предполагаемый срок родов определяется по дате последней менструации - 15 февраля (от первого дня последней менструации отнимают три месяца и прибавляют 7 дней. Или к первому дню последней менструации прибавляют 280 дней, 39 - 40 недель).

5. Техника осмотра шейки матки в зеркалах:

- укладывают женщину на гинекологическое кресло,
- одевают перчатки, готовят створчатое зеркало,
- левой рукой раздвигают малые половые губы, а в правой руке держат зеркало Куско, которое вводят во влагалище створками продольно. При введении одновременно поворачивают зеркало замком вверх, далее выводят шейку матки и фиксируют створки.

Бимануальное (двуручное) исследование проводят после осмотра в зеркалах.левой рукой раздвигают наружные половые органы. Два пальца (указательный и средний) правой руки вводят во влагалище, оценивая состояние влагалища, затем оценивают состояние шейки матки и сводов влагалища. Пальцы правой руки переводят в передний свод, левую руку кладут на переднюю стенку живота и придвигают матку к правой руке. Сближая обе руки, находят тело матки и определяют ее величину, форму и консистенцию. Закончив пальпацию матки, приступают к исследованию придатков матки. Для этого пальцы внутренней и наружной руки постепенно перемещают от углов матки к боковым стенкам таза. В норме придатки не пальпируются, выделения в норме слизистые, бесцветные.

2. Задача

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;

обеспечить ингаляцию увлажненным кислородом для уменьшения гипоксии;

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):

эуфиллин 2,4% раствор 10 мл в 10-20 мл изотонического раствора натрия хлорида в/в (медленно);

дипрофиллин 10 % раствор 5 мл в/м;

ввести один из антигистаминных препаратов с десенсибилизирующей целью:

тавегил 1-2 мл в/м;

супрастин 2% раствор 1 мл в/м;

пипольфен 2,5 % раствор 1-2 мл в/м;

димедрол 1% раствор 1 мл в/м;

ввести один из сердечных гликозидов при явлениях сердечно-сосудистой недостаточности для урежения ритма и усиления сократительной способности миокарда:

строфантин 0,05% раствор 0,3-0,5 мл в 10-20 мл изотонического раствора натрия хлорида в/в

(медленно);

коргликон 0,06% раствор 0,5-1 мл в 10-20 мл изотонического раствора натрия хлорида в/в (медленно);

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 в терапевтическое отделение ЛПУ при невозможности купировать приступ.

3. Студент демонстрирует технику применения карманного ингалятора.

Эталон ответа к билету №22

1. Задача

Беременная И.А, 24 лет обратилась на ФАП к фельдшеру 11 декабря.

Анамнез: последняя менструация 3 апреля, первое шевеление плода 21 августа.

Объективно: живот овоидной формы, дно матки на уровне мечевидного отростка. Окружность живота 100 см, высота стояния дна матки 35 см. При пальпации живота в области дна матки пальпируется крупная, мягкая, малоподвижная часть плода. В левой боковой стороне матки прощупывается гладкая, широкая поверхность плода, в правой мелкие подвижные бугорки. Предлежащая часть пальпируется в виде крупной, плотной, баллотирующей части. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 уд./мин., слева ниже пупка.

ЗАДАНИЯ

1. Выявите проблемы женщины.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Перечислите сроки беременности по высоте стояния дна матки.
4. Определите положение, позицию и предлежащую часть плода.
5. Продемонстрируйте технику наружного акушерского исследования (приемы Леопольда).

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Приоритетные проблемы:

- встать на учет по поводу беременности,
- определить срок беременности,
- определить предполагаемый срок родов.

Потенциальные проблемы.

- провести полное обследование,
- выявить группу риска,
- доносить беременность

2. Диагноз: беременность 36 недель, положение плода продольное, первая позиция, головное предлежание.

3. Высота стояния дна матки в различные сроки беременности:

16 недель - дно матки находится на середине между пупком и верхним краем симфиза.

20 недель - дно матки находится на два поперечных пальца ниже пупка

24 недели - дно матки находится на уровне пупка.

28 недель - дно матки находится на два поперечных пальца выше пупка.

32 недели - дно матки находится на середине между мечевидным отростком и пупком.

36 недель - дно матки находится на уровне мечевидного отростка

40 недель - дно матки находится на середине между мечевидным отростком и пупком.

4. При наружном акушерском исследовании определяется - продольное положение, первая позиция плода. Предлежащей частью является головка плода.

5. Наружное акушерское исследование (приемы Леопольда). При пальпации живота у беременной применяют последовательно 4 приема наружного акушерского исследования.

Первый прием позволяет определить высоту стояния дна матки и ту часть плода, которая находится у дна матки. С этой целью ладони обеих рук располагают на дне матки, пальцы рук сближают и определяют уровень стояния дна матки и часть плода, расположенную у дна матки.

Второй прием служит для определения положения плода, позиции и ее вида. Обе руки располагают на боковых поверхностях матки и пальпацию частей плода проводят поочередно то одной, то другой

рукой. При продольном положении плода с одной стороны прощупывается спинка, а с противоположной мелкие части его - ручки и ножки.

Третий прием применяется для определения подлежащей части плода. Для этого правой рукой, расположенной над симфизом, охватывают подлежащую часть. Головка определяется в виде плотной круглой части. Отчетливо ощущается ее "баллотирование", если она подвижна над входом в малый Таз. При тазовом предлежании над симфизом прощупывается объемистая мягковатая часть, не имеющая округлой формы и четких контуров.

Четвертый прием дополняет третий и уточняет уровень стояния подлежащей части. Исследующий становится лицом к ногам беременной и, углубляя пальцы над симфизом, устанавливает отношение подлежащей части к входу в малый таз.

2. Задача

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. Острый инфаркт миокарда осложнился кардиогенным шоком.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
уложить пациента горизонтально, приподнять (под углом 15-20°) нижние конечности для увеличения притока крови к головному мозгу. Показан 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 для купирования болевого синдрома следующие препараты:
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;
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);
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);
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:
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.);
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.

Эталон ответа к билету №23

1. Задача

Фельдшер скорой помощи приехал на вызов к беременной Е.Н. 26 лет.

Жалобы на схватки, начавшиеся 4 часа тому назад, и усиление шевеления плода.

Анамнез: беременность доношенная, но протекала с осложнениями (по УЗИ выявлены кальцинаты на плаценте).

Объективно: общее состояние удовлетворительное, АД 120/80 мм. рт. ст. Пульс - 74 уд в мин. Живот овоидной формы, положение плода продольное, предлежит головка. Схватки по 25-30 секунд через 6-7 минут. При аускультации - сердцебиение плода приглушено, частота 100 уд./мин.

ЗАДАНИЯ

1. Выявите проблемы женщины
2. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
3. Определите тактику фельдшера в данной ситуации
4. Перечислите признаки оценки состояния новорожденного по шкале Апгар.
5. Продемонстрируйте первичный туалет новорожденного (обработка пуповины).

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Приоритетные проблемы:

- схваткообразные боли в животе,
- усиление шевеления плода.

Потенциальные проблемы.

- риск осложненного течения родов,
- гипоксия, асфиксия и травмы плода,
- гибель плода.

2. Диагноз: срочные роды, первый период родов. Внутриутробная гипоксия плода.

Внутриутробная гипоксия плода диагностируется на основании:

- жалоб на усиленное шевеление плода.
- аускультации - сердцебиение приглушено с частотой 100 уд/мин.

Тактика фельдшера:

- срочная госпитализация в родильное отделение
- дача кислорода
- внутривенно ввести 40% раствор глюкозы 20мл, 5% раствор аскорбиновой кислоты 5 мл, 1% раствор сибгетина 1мл.

4. Определение состояния новорожденного производится по шкале Апгар.

Учитываются следующие клинические признаки по баллам (от 0 до 2):

- сердцебиение плода: отсутствует 0, меньше- 100 (1) больше- 100 (2)
- дыхание: отсутствует - 0, отдельные вдохи(1) регулярные (2)
- цвет кожи: бледность или цианоз (0), акроцианоз (1) розовый (2)
- мышечный тонус: отсутствует (0), полусогнутые конечности (1), поза флексии (2)
- рефлекторная возбудимость: реакция на отсасывание слизи, отсутствует (0), гримаса (1), крик, кашель (2)

5. Первичный туалет новорожденного в родильном зале включает:

- отсасывание слизи изо рта и из носа,
- двухмоментную обработку пуповины,
- профилактику гонобленореи,
- антропометрию,
- пеленание,
- регистрацию
- повторную профилактику гонобленореи.

Первый момент:

- на расстоянии 10 см от пупочного кольца накладывается зажим Кохера через 1-1,5 минуты после прекращения пульсации пуповины;
- отрезается пуповина ножницами от зажима Кохера на 0,5 см в материнскую сторону;
- срез пуповины обрабатывается 70% спиртом с добавками (хлоргексидин);
- материнский конец опускается в почкообразный тазик для сбора плацентарной крови;

Второй момент:

- повторная обработка рук, одеваются стерильные перчатки;
- акушерка держит пуповину зажимом Кохера и на расстоянии 23 см вверх от пупочного кольца обрабатывает ее 70° спиртом с добавками;
- от пупочного кольца на расстоянии 0,1-1 см накладывается скобка Роговина;
- от скобки вверх на расстоянии 0,5 см стерильными ножницами пуповина отрезается;
- срез пуповины обрабатывается 70° спиртом с добавками; культя остается открытой.

При закрытом способе на срез накладывается стерильная салфетка, затем сверху салфетки накладывается повязка, концы которой завязываются со стороны угла косынки.

Профилактика гонобленорей:

- с наружного угла к внутреннему каждый глаз новорожденного протирается отдельным шариком;
- держа пипетку горизонтально над глазом, стягивая нижнее веко, на слизистую конъюнктив на расстоянии 2 см от глаза закапывают 1-2 капли 30% раствор сульфацила натрия. Если родилась девочка, то 3 - 4 капли закапывается в половую щель.

2. Задача

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 нестойк 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:

клофелин 0,15 мг внутрь или под язык;

коринфар 10 мг под язык;

лабеталол 100 мг внутрь;

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.

Эталон ответа к билету №24

1. Задача

На ФАП к фельдшеру обратилась женщина 25 лет.

Жалобы: на потерю аппетита и неоднократную рвоту, не связанную с приемом пищи.

Анамнез: менструация с 13 лет без особенностей, последняя менструация 3 месяца тому назад.

Замужем, от беременности не предохранялась.

Объективно: рост 160 см, вес 65 кг. Кожные покровы бледные, сухие, язык обложен белым налетом.

Пульс 90 ударов в минуту. АД 100/70 мм. рт. ст., молочные железы увеличены, напряжены. Рвота 10 раз в сутки.

Бимануальное исследование: наружные половые органы развиты правильно, слизистая влагалища и шейки матки синюшны, своды свободные. Матка в нормальном положении, размягчена, увеличена до размеров головки новорожденного, придатки не увеличены.

ЗАДАНИЯ

1. Выявите проблемы женщины.
2. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
3. Оцените состояние женщины.
4. Определите тактику фельдшера в данной ситуации.
5. Продемонстрируйте технику измерения наружных размеров таза.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

Приоритетные проблемы:

- потеря аппетита,
- рвота
- задержка менструации,
- беспокойство за исход беременности.

Потенциальные проблемы:

- снижение массы тела,
- ухудшение состояния,
- обезвоживание организма,
- нарушение внутриутробного развития плода.

2. Диагноз: Беременность 12 недель. Ранний гестоз, умеренная рвота.

Беременность подтверждается тем, что у женщины имеется задержка менструации в течение 12 недель, молочные железы напряжены, слизистые влагалища, и шейки матки синюшны, матка увеличена, размягчена - все эти признаки относятся к вероятным признакам беременности. Потеря аппетита и неоднократная рвота подтверждает диагноз ранний гестоз, а рвота 10 раз в сутки - умеренную рвоту.

3. Состояние женщины средней тяжести.

4. Тактика фельдшера заключается в следующем.

- взятие на диспансерный учет по беременности,
- госпитализировать беременную женщину в ОПБ акушерского стационара для уточнения диагноза, обследования и лечения
- раннего гестоза.

5. Измерение таза проводят тазомером. Фельдшер встает справа от женщины, которая лежит на спине. Измеряют обязательные размеры:

- дистанция спинарум - расстояние между передневерхними осями подвздошных костей (25 - 26 см) Пуговицы тазомера прижимают к наружным краям передневерхних остей.
- дистанция кристарум - расстояние между наиболее отдаленными точками гребней подвздошных костей (28 - 29 см) Пуговицы передвигают по наружному краю гребней подвздошных костей до тех пор, пока не определяют наибольшее расстояние.
- дистанция трохантерика - расстояние между большими вертелами бедренных костей (31 - 32 см.) Отыскивают наиболее выдающиеся точки больших вертелов бедренных костей и прижимают к ним пуговицы.
- наружная конъюгата - прямой размер таза - это расстояние от надкрестцовой ямки до верхнего края симфиза. Женщину укладывают на бок, нижележащую ногу сгибают в тазобедренном и коленном суставах, вышележащую вытягивают. Пуговицу одной ветви устанавливают на верхненаружном крае симфиза, пуговицу другой прижимают к надкрестцовой ямке (20 см.)
- истинная конъюгата (акушерская) - это расстояние от крестцового мыса до наиболее выдающейся

точки на внутренней поверхности симфиза, определяется путем вычитания от наружной конъюгаты 9 см. ($20 - 9 = 11$).

- диагональная конъюгата - это расстояние от мыса крестца до нижнего края симфиза. Определяется при влагалищном исследовании (13 см).

2. Задача

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

Эталон ответа к билету №25

1. Задача

Поступил вызов к беременной женщине 30 лет, срок беременности 36 недель.

Жалобы: на головную боль, ухудшение зрения, боли в эпигастриальной области, однократную рвоту.

Анамнез: Менструальная функция без особенностей. Брак первый. Беременность первая, в начале протекала без осложнений. В последнее посещение женской консультации неделю назад было выявлено: повышение АД до 140/85, 135/80, незначительные отеки, белок в моче. От госпитализации в ОПБ акушерского стационара беременная отказалась.

Объективно: кожные покровы чистые, отмечается побледнение лица, расширение зрачков, синюшность кончика носа и верхней губы. АД 170/100, 180/110, пульс 85 ударов минуту. Положение плода продольное, позиция первая, предлежащая часть - головка, сердцебиение плода 140 ударов минуту.

ЗАДАНИЯ

1. Выявите проблемы женщины.
2. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
3. Оцените состояние беременной женщины.
4. Определите тактику фельдшера.
5. Продемонстрируйте технику измерения окружности живота и высоты стояния дна матки.

ЭТАЛОН ОТВЕТА:

1. Приоритетные проблемы:

- головная боль;

- ухудшение зрения;
- боль в эпигастральной области, рвота;
- беспокойство за свое здоровье.

Потенциальные проблемы:

- переход в более тяжелую форму гестоза;
- преждевременная отслойка плаценты;
- кровотечение в послеродовом и раннем послеродовом периоде;
- ДВС синдром, коагулопатия;
- гипотрофия и гипоксия плода.

2. Диагноз: беременность 36 недель. Возрастная первородящая. ОПГ - гестоз - преэклампсия.

Обоснование диагноза:

- срок беременности 36 недель подтверждается данными обменной карты;
- тяжелую форму ОПГ-гестоза, преэклампсию подтверждают:
 - жалобы на головную боль, нарушение зрения, боли в эпигастральной области;
 - АД 170/100 – 180/110, расширение зрачков, цианоз кончика носа и верхней губы.

3. Состояние беременной женщины - тяжелое.

4. Учитывая, что преэклампсия предшествует судорожному припадку - эклампсии, необходимо:

- предотвратить приступ судорог;
- дать наркоз с закистью азота;
- внутривенно ввести 0,25% р-р дроперидола 4-6 мл и 2,5% р-р седуксена 2мл;
- ганглиоблокаторы (пентамин, гиргоний);
- немедленно на носилках госпитализировать в акушерский стационар.

5. Для измерения окружности живота и высоты стояния дна матки фельдшер встает справа и располагает ленту вокруг живота таким образом, что она находится на уровне пупка. Для измерения высоты дна матки, левой рукой конец ленты прикладывает к верхнему краю симфиза, а правой рукой второй конец ленты укладывает на дно матки, удерживая ребром ладони.

2. Задача

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, осложнившаяся почечной коликой.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;

положить на поясничную область справа грелку или сделать больному общую теплую ванну с целью снять спазм гладкой мускулатуры мочевыводящих путей;

ввести для купирования болевого синдрома в/м или в/в баралгин 5 мл, анальгин 50% раствор 2 мл или атропин 0,1% раствор 0,5-1 мл п/к;

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;

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);

контроль АД, PS для оценки состояния пациента.

госпитализировать пациента в хирургическое отделение ЛПУ.

3. Студент рассказывает технику сбора мочи по Нечипоренко.

Эталон ответа к билету №26

1. Задача

Мальчику 8 месяцев. Жалобы на вялость ребенка, снижение аппетита, неустойчивый стул. Ребенок от 5 беременности, протекавшей благоприятно, срочных 2 родов (масса – 3700 г, длина-50 см). Период новорожденности без особенностей. Вскармливание грудью до 2 мес., с 3 мес. введена манная каша без совета врача, использовались неадаптированные смеси. Ребенок витамин Д не принимал, соки получал редко. Прогулки были не ежедневно. Прибавка в массе была неравномерной. Перенес 2 раза ОРЗ. Материально-бытовые условия удовлетворительные.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, но ребенок вялый, бледный, потлив. Сидит с опорой на руки, спина круглая. Мышечный тонус диффузно снижен. Голова имеет квадратную форму, с выступающими лобными и затылочными буграми. Большой родничок 2,5х3,0 см, края податливые. Затылок уплощен, облысевший. Зубов нет. Грудная клетка сдавлена с боков, нижние края развернуты, на ребрах небольшие "четки", на руках выраженные "браслетки". Имеется кифоз в поясничном отделе позвоночника, который исчезает при положении ребенка на животе. Пальпация, перкуссия и аускультация изменений со стороны органов дыхания и сердца не выявили. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Стул неустойчивый, мочеиспускание не нарушено.

Анализ крови: Нв 102 г/л, Eг-3,98х10¹²/л, Л-4х10⁹/л, СОЭ 5 мм /час. Анализ мочи без особенностей. Биохимические данные: фосфор в сыворотке 0,034 г/л, кальций 0,09 г/л.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза, расскажите о методике их выявления.
3. Расскажите об объеме доврачебной помощи и правилах транспортировки по назначению.
4. Составьте план диагностических исследований в стационаре, расскажите о подготовке к ним пациента и принципах лечения.
5. Продемонстрируйте технику измерения роста детей различного возраста.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. У ребенка рахит II степени, стадия разгара. Анемия железодефицитная, легкая степень. Заключение основано на данных анамнеза: грудное вскармливание только до 2-х месяцев, раннее введение прикорма, отсутствие в питании овощей и фруктовых соков, не получал с профилактической целью витамин Д.

Объективное обследование: потливость, бледность кожных покровов, снижение мышечного тонуса, выраженная деформация со стороны костей черепа, грудной клетки, позвоночника, конечностей.

Лабораторные исследования: в крови небольшое снижение гемоглобина, снижение фосфора и кальция в сыворотке крови.

2. Дополнительным симптомом данной формы заболевания является краниотабес размягчение отдельных участков затылочной кости, которое определяется пальпаторно. На уровне прикрепления диафрагмы возникает западение, "гаррисонова борозда", нарушены сроки и порядок прорезывания зубов.

3. В данном случае ребенок не нуждается в срочной госпитализации в стационар, и при удовлетворительных материально-бытовых условиях можно провести лечение на дому.

4. В условиях стационара для подтверждения диагноза необходимо провести рентгенографию дистальных отделов костей предплечья и определить уровень фермента щелочной фосфатазы в сыворотке крови, играющей важную роль в процессах обызвествления костей. В первую очередь необходимо назначить правильное питание с ежедневным включением в рацион овощного пюре, коровьего молока, кефира, тертого яблока, желтка, творога, нежирных мясных бульонов, фрикаделек, печени. В течение 30-45 дней ребенок должен получать специфическое лечение рахита витамином Д в виде кальциферола 1600 МЕ в сутки. Учитывая наличие у ребенка анемии, следует назначить препараты железа (сироп алоэ с железом), аскорбиновую кислоту, витамин В₁. Необходимы массаж, ежедневная лечебная гимнастика, хвойные ванны, прогулки на свежем воздухе.

5. Техника измерения роста детям различного возраста согласно алгоритму выполнения манипуляций.

2. Задача

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. Продемонстрируйте внутривенное капельное введение жидкости.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Носовое кровотечение у больного гемофилией.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
усадить пациента, успокоить;
затампировать носовую полость носа или оросить ее 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;
направить срочно пациента в гематологическое отделение, если кровотечение остановить не удалось.
3. Студент демонстрирует внутривенное капельное введение жидкости.

Эталон ответа к билету №27

1. Задача

Во время очередного патронажного посещения ребенка 1 года фельдшер обратила внимание на резкую бледность кожи и слизистых оболочек. Мать сообщила, что ребенок быстро утомляется, раздражителен, не активен, отметила потерю аппетита. При расспросе матери удалось установить, что питание ребенка однообразное, молочная каша дважды в день. Фрукты и овощи предпочитает не давать, боясь нарушения пищеварения. На таком питании ребенок прибавляет в весе, что радовало мать. Живут в общежитии, гуляют редко.

При осмотре: состояние у малыша удовлетворительное. Выраженная бледность кожи и выделение слизистых, периферические лимфатические узлы не увеличены. Со стороны сердца: выслушивается систолический шум. Живот мягкий, печень выступает на 2 см из подреберья. Из анамнеза выяснено, что ребенок родился доношенным, на смешанном вскармливании с 1 мес, часто болел ОРВИ.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза, расскажите о методике их выявления.
3. Расскажите о принципах лечения заболевания.
4. Как приготовить овощное пюре.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. У ребенка можно предположить железодефицитную анемию. Основными симптомами заболевания являются: бледность кожи, утомляемость, раздражительность, потеря аппетита, вялость. В сердце ребенка выслушивается систолический шум, печень увеличена. Причины: одностороннее молочное питание, частые заболевания, плохой уход и плохие бытовые условия.
2. Для уточнения диагноза надо провести общий анализ крови, где можно обнаружить уменьшение количества E_r менее $3,5 \times 10^{12}$ л, гемоглобин ниже 100 г/л, цветной показатель ниже 0,8. В мазках E_r бледной окраски, уменьшаются в размерах, отмечаются умеренный лейкоцитоз, ретикулоцитоз. У больных возможны дополнительные симптомы заболевания: заеды в углах рта, восковой цвет ушных раковин, сухость кожи, тусклые ломкие волосы, мышечная гипотония.

3. Лечение ребенка должно быть комплексным, со средней и тяжелой формой анемии заболевания детей госпитализируют, с легкой степенью лечат дома. Надо организовать правильный режим питания. Давать продукты, содержащие железо и другие микроэлементы: мясные продукты, печень, творог, желток, фрукты, овощи. Больше надо быть на свежем воздухе.

Ребенку первого года назначают сироп алоэ с железом, феррокаль по 0,3 гх3 раза в день после еды, феррамид, фероспан, витамин С, витамины группы В. Надо установить правильный режим дня для ребенка. Ребенок должен гулять на свежем воздухе, ему необходимы массаж и гимнастика, ежедневные купания.

При закаливании дети реже болеют простудными заболеваниями и анемией.

4. Для приготовления овощного пюре берут сочетание 2-3 овощей, моют, режут и затем их отваривают 20 минут, потом остужают и протирают через сито, добавляют отвар овощей и раствор соли, сливочное масло, все смешивают.

2. Задача

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

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;

альбумин 200 мл 20% раствора в/в капельно;

гемодез 200-400 мл в/в капельно;

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 опытными специалистами по проведению гемосорбции, плазмафереза, гемодиализа, замещения крови.

3. Студент рассказывает технику постановки очистительной клизмы.

Эталон ответа к билету №28

1. Задача

На прием в детскую поликлинику обратилась мама с 5-летней девочкой. У ребенка слабость, боли в животе, понижение аппетита, по вечерам температура повышается до 37,9° С. Мать заметила, что девочка часто мочится, моча мутная. Язык сухой, обложен белым налетом. В легких дыхание

везикулярное, тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза и методы исследования данного заболевания.
3. Расскажите о принципах лечения заболевания.
4. Продемонстрируйте технику сбора анализа мочи по Зимницкому.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Острый пиелонефрит.

Диагноз обоснован данными анамнеза и жалобами: у ребенка слабость, боли в животе, повышение температуры по вечерам, частое мочеиспускание, мутная моча.

2. Дополнительными симптомами заболевания являются симптомы интоксикации: утомляемость, снижение аппетита, бледность кожных покровов, боли в поясничной области, наличие отеков.

3. Лечение пиелонефрита комплексное. Ребенку назначают соответствующие его состоянию режим и диету, антибактериальные и стимулирующие препараты. Строгий постельный режим в острый период заболевания до улучшения состояния и самочувствия, нормализации температуры тела, анализов мочи и крови.

Больной ребенок должен часто мочиться. Для этого следует строго соблюдать режим приема пищи и питья.

Назначают антибиотики. Проводят фитотерапию. В качестве иммунокорригирующих средств применяют лизоцим, продигозан, метилурацил, пентоксил, нуклеинат натрия.

При повышении артериального давления назначают гипотензивные препараты.

Лечебное питание строится по принципам молочно-растительной диеты с умеренным количеством белка и соли. Не разрешаются жареные блюда, мясные бульоны. По мере стихания проявлений пиелонефрита ребенка переводят на стол № 5. При наличии обменных нарушений ограничивают применение рыбы и мяса до 2 раз в неделю, преимущественно в отварном, тушеном виде с использованием картофельно-капустной диеты. Показано обильное питье.

4. Сбор анализа мочи по Зимницкому проводить согласно алгоритму выполнения манипуляций.

2. Задача

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:

прекратить 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 0,3-0,5-1 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 метилпреднизолон в дозе 1-50 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 (дипразин, тавегил, супрастин в дозе 1-2 мг/кг в/в или в/м, циметидин 2 мл 10% раствора в/м) для уменьшения связывания гистамина с незанятыми гистаминовыми рецепторами. Использовать димедрол нежелательно, так как он сам освобождает гистамин;
использовать 20-60 мл 30% раствора тиосульфата натрия с антитоксической, 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.
3. Студент демонстрирует технику измерения АД.

Эталон ответа к билету №29

1. Задача

К фельдшеру обратились за помощью с годовалым ребенком. Болен третий день, жалобы на кашель, сильный насморк, плохой сон, сниженный аппетит, вялость.

Объективно: состояние ребенка средней тяжести, $t - 38,9^{\circ} \text{C}$, беспокойный, выражены катаральные явления, обильные серозные выделения из носа, конъюнктивит, кровоизлияние в склеры, в зеве разлитая гиперемия, зернистость задней стенки глотки, увеличение подчелюстных лимфатических узлов. Кожные покровы чистые. В легких дыхание пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца звучные, тахикардия. Стул в норме.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Перечислите методы диагностики заболевания.
3. Расскажите о принципах лечения.
4. Продемонстрируйте технику сбора мочи по Нечипоренко.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Клинический диагноз: "Аденовирусная инфекция" ставится на основании:

анамнеза: жалобы на кашель, сильный насморк, плохой сон, сниженный аппетит, вялость;

объективного осмотра: состояние средней тяжести, температура $38,9^{\circ} \text{C}$, выражены катаральные явления: обильные серозные выделения из носа, конъюнктивит, кровоизлияния в склеру, в зеве разлитая гиперемия, зернистость задней стенки глотки, увеличение подчелюстных лимфатических узлов.

2. Лабораторная диагностика:

а) серологическое исследование на вирусы парных сывороток крови проводится с интервалом в 7-14 дней;

б) посев слизи из носоглотки на вирусы 2-кратно;

в) иммунофлюоресцентный экспресс-метод обнаружения респираторных вирусов в цилиндрическом эпителии носовых ходов. Ответ может быть получен через 3-4 часа после взятия слизи из носа.

Постановке правильного диагноза помогает уточнение эпидемиологической ситуации.

3. Детей, больных ОРВИ, можно лечить в домашних условиях, но ребенка необходимо изолировать, с соблюдением постельного режима во время лихорадочного периода. Необходимо калорийное питание с ограничением жиров, мясных продуктов, с преобладанием кисломолочных и фруктово-овощных блюд. Необходимы обильное питье и симптоматическое лечение.

Назначают десенсибилизирующие препараты (димедрол, супрастин, тавегил), жаропонижающие (парацетамол, панадол), поливитамины, щелочные ингаляции, полоскание зева (отварами: ромашки, шалфея, эвкалипта, календулы), горчичники. Слизистую носа смазывают оксалиновой мазью (0,25%).

При лечении конъюнктивита закапывают 6-8 раз в день противовирусные препараты – интерферон, 1-2 раза в день в нос закладывают 0,25% оксолиновую или флореналевую мази.

Часто промывают конъюнктивальный мешок растворами фурацилина (1:5000), риванола (1:5000). При тяжелых формах применяют плацентарный иммуноглобулин. При бактериальных осложнениях назначают антибиотики.

При обильных выделениях из носа отсасывают слизь при помощи резиновой груши. Нос очищают с помощью турунды, применяют сосудосуживающие капли (галазолин, санорин, нафтизин).

Специфическая профилактика: противогриппозные вакцины, но они малоэффективны.

4. Техника сбора мочи по Нечипоренко согласно алгоритму выполнения манипуляций.

2. Задача

К фельдшеру здравпункта обратилась пациентка 55 лет с жалобами на внезапное появление резких, острых болей в правом подреберье после нарушения диеты (ела жаренные пирожки). Боли иррадиируют в правую половину грудной клетки. Больная возбуждена, стонет, пытается найти удобное положение. Кожа бледная, покрыта потом. Пульс 70 уд./мин. АД 130/80 мм рт.ст. При пальпации болезненность в правом подреберье. Желчный пузырь не пальпируется. Выявляется френкикус-симптом. В анамнезе желчно-каменная болезнь.

ЗАДАНИЯ

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациентки.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.
3. Проведите инструктаж пациента к УЗИ печени и желчного пузыря.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Печеночная колика.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
запретить прием пищи ввиду возможного оперативного лечения, применить холод (местно) для уменьшения воспалительных изменений;
ввести спазмолитики (0,5-1 мл 1% раствора атропина, 1-2 мл 2% раствора папаверина подкожно) для восстановления проходимости и моторно-эвакуаторной функции желчевыводящих путей;
организовать наблюдение в течение 20 мин. для контроля за состоянием пациента;
госпитализировать в хирургический стационар для исключения синдрома острого живота, если приступ не купировался в течение 20 мин.
3. Студент проводит инструктаж пациента согласно алгоритма.

Эталон ответа к билету №30

1. Задача

В медицинский кабинет детского сада обратились с ребенком 5 лет. Сегодня мама обнаружила на всем теле ребенка высыпания при нормальной температуре. В группе переболели почти все дети, карантин не объявляли.

Объективно: состояние девочки удовлетворительное, играет. На коже лица, туловища и конечностей мелкопапулезная сыпь розового цвета на нормальном фоне кожи. Зев гиперемирован. Пальпируются затылочные лимфоузлы до размеров боба, эластичные, безболезненные. Сердце и легкие без особенностей, живот мягкий, стул и мочеиспускание в норме.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза, расскажите о методике их выявления.
3. Расскажите о принципах лечения.
4. Продемонстрируйте технику сбора мочи на общий анализ у грудных детей.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Краснуха. Диагноз ставится на основании анамнеза, жалоб и эпид. обстановки: на всем теле ребенка мелкопапулезные высыпания при нормальной температуре, в детском саду переболели все дети, карантин не объявляли.

Данные объективного обследования: состояние девочки удовлетворительное. Пальпируются затылочные лимфоузлы до размеров боба, эластичные, безболезненные. Зев гиперемирован. На

коже лица, туловища и на конечностях мелкопапулезная сыпь розового цвета на нормальном фоне кожи.

2. Дополнительные методы обследования. Диагноз краснухи подтверждается серологическими исследованиями (обнаружением специфических, вирусных антител), выявлением увеличенных заднешейных лимфоузлов. В крови характерны лейкопения, лимфоцитоз, появление плазматических клеток.

3. Специфического лечения при краснухе нет. При необходимости назначают симптоматические средства. В случае развития тяжелых неврологических осложнений показана срочная госпитализация. Больных краснухой изолируют от коллектива на 5 дней. Разобщение контактных детей не проводится.

4. Технику сбора мочи на общий анализ у грудных детей проводят согласно алгоритму выполнения манипуляций.

2. Задача

На фельдшерский пункт с улицы доставлен пациент. Он одет неопрятно, на одежде следы рвотных масс, запах алкоголя и мочи. Т-36°. В контакт не вступает, реагирует на болевые раздражители движениями. Лицо пастозное, гиперемировано, симметричное. Видимых повреждений нет. Зрачки симметричные, слегка сужены, реакция их на свет снижена. Мышечный тонус снижен, сухожильные рефлексы сохранены. ЧДД 26 уд./мин. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 90 уд./мин. АД 105/60 мм рт.ст.

ЗАДАНИЯ

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

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Алкогольная кома.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;

провести промывание желудка (кома является относительным противопоказанием для промывания желудка и необходимо убедиться, что зонд не находится в дыхательных путях), ввести солевое слабительное, активированный уголь через зонд для освобождения ЖКТ от отравляющего вещества;

начать инфузионную терапию (реополиглюкин и полиглюкин, 0,9% раствор хлорида натрия, 5% раствор глюкозы, 4% раствор соды в/в) для выведения всосавшегося алкоголя из органов и тканей; ввести унитиола 5% - 10 мл, тиосульфата натрия 30% - 30-40 мл в/в для нейтрализации отравляющего вещества;

ввести в/в манитол 15% (разовая доза 1-1,5 г/кг), лазикс 2-4 мл, оксибутират натрия 10-20 мл, преднизолон 120-150 мг для борьбы с отеком мозга;

провести оксигенотерапию для борьбы с гипоксией мозга;

госпитализировать больного в токсикологическое отделение. Во время транспортировки проводить профилактику устранения острых дыхательных нарушений (аспирации рвотных масс, западения языка).

3. Студент демонстрирует технику промывания желудка.

Эталон ответа к билету №31

1. Задача

Вы – фельдшер, на вызове у ребенка 6 лет, посещающего детский комбинат. Заболел ночью, повысилась температура до 39,0°C, появилась головная боль, боль в горле при глотании, утром на всем теле обнаружили красную сыпь.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура 38,8°C, на коже всего тела на гиперемированном фоне красная мелкоточечная сыпь со сгущениями в складках кожи и на щеках, носогубный треугольник бледный. В зеве, на фоне яркой гиперемии, на левой миндалине гнойный налет в лакунах. Язык обложен серым налетом, пульс 120 ударов в 1 мин.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Где следует лечить такого больного?
3. Наметьте план противоэпидемических мероприятий в ДДУ.

4. Продемонстрируйте технику взятия мазка из зева на микрофлору на фантоме.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Скарлатина.

Дифференцировать следует с корью, краснухой. В пользу скарлатины говорит отсутствие катаральных явлений со стороны дыхательных путей и глаз, характерная для скарлатины триада симптомов: интоксикация, лакунарная ангина и мелкоточечная сыпь на теле с типичными для этого заболевания местами сгущения сыпи и отсутствием сыпи в области носогубного треугольника.

2. Лечить в инфекционном стационаре, легкие формы – дома.

3. Подать экстренное извещение в ЦГСЭН. Наложить карантин на 7 дней, во время карантина наблюдать за контактными (измерение температуры тела, осмотр кожи и зева), не принимать в группу не болевших, не переводить контактных в другие детские учреждения, проводить влажную уборку, кварцевание и проветривание в помещении. Сан.просвет. работа с персоналом ДДУ и родителями.

4. Техника взятия мазка из зева на микрофлору согласно алгоритму выполнения манипуляции.

2. Задача

Вызов фельдшера скорой помощи к беременной женщине 19 лет, беременность на сроке 34 недели. Жалобы : на головную боль, мелькание мушек перед глазами, боль в эпигастриальной области, была однократная рвота.

Анамнез: беременность первая, состоит на учете в женской консультации. Две недели назад было обнаружено повышение АД до 140 \ 90, 145\95 мм. рт. ст., от госпитализации в ОПБ беременная отказалась.

Объективно: кожные покровы бледные, лицо одутловато. АД –160/100, 170/110 мм. рт. ст., на ногах отеки.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.

2. Составьте алгоритм действий оказания доврачебной помощи.

3. Продемонстрируйте технику измерения АД у беременных.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

Диагноз: беременность 34 недели преэклампсия. Беременность устанавливается на основании анамнеза, женщина состоит на диспансерном учете в женской консультации.

Преэклампсия подтверждается клиническими симптомами:

- повышением АД;
 - отеками на ногах;
 - головной болью, нарушением зрения, болью в эпигастрии.
2. Учитывая, что преэклампсия, как правило, является предшествующей стадией эклампсии, последовательность оказания доврачебной помощи должна быть следующей:
- дать наркоз с закистью азота;
 - внутривенно ввести 0,25% р-ра дроперидола 2-4 мл, 2,5% р-р седуксена 2,0 мл, 25% р-ра магния сульфата 10 мл;
 - измерить АД – повторно;
 - бережно на носилках госпитализировать в акушерский стационар;
 - передать сообщение по рации.

3. Измерение АД у беременных производится на обеих руках.

Последовательность действий:

- наложите манжетку на обнаженное плечо на 2 -3 см выше локтевого сгиба. Одежда не должна сдавливать плечо выше манжетки;
- закрепите манжетку так плотно, чтобы между ней и плечом проходил только один палец;
- руку беременной положите в разогнутом положении ладонью вверх, мышцы расслаблены;
- соедините манометр с манжеткой;
- нащупайте пульс на плечевой артерии в области локтевого сгиба и поставьте на это место фонендоскоп.
- закрепите вентиль на груше и накачайте в манжетку воздух. Воздух нагнетайте до тех пор, пока давление в манжетке по показаниям манометра не превысит примерно на 30 мм рт. ст. тот уровень, при котором перестает определяться пульсация лучевой артерии. Откройте вентиль и медленно, со

скоростью не более 20 мм рт. ст. в секунду, выпускайте воздух из манжетки. Одновременно фонендоскопом выслушивайте тоны на плечевой артерии и следите за показателями шкалы манометра.

- при появлении первых звуков (тоны Короткова) на плечевой артерии отметьте уровень систолического давления.
- величина диастолического давления соответствует моментам резкого ослабления или полного исчезновения тонов на плечевой артерии.

Эталон ответа к билету №32

1. Задача

Вы фельдшер детского комбината. В младшей группе у ребенка 3-х лет повысилась температура до 37,8°C, небольшой насморк; на коже лица, груди, спины, на конечностях появилась сыпь в виде мелких пузырьков с прозрачным содержанием, несколько пузырьков расположены на волосистой части головы. В зеве – умеренная гиперемия.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте предположительный диагноз. Обоснуйте ответ.
2. Где лечить больного? Срок изоляции.
3. Назовите принципы лечения данного заболевания.
4. Наметьте план противоэпидемических мероприятий в ДДУ.
5. Заполните экстренное извещение в ЦГСЭН.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

1. Ветряная оспа.

На основании небольшой интоксикации и появления везикулезной сыпи с типичной локализацией и незначительных катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей.

2. Запретить посещение детского комбината, лечить на дому. Изоляция — 9 дней.
3. Туалет кожи, прижигание элементов сыпи 1% спиртовым раствором бриллиантовой зелени. Симптоматическое лечение: жаропонижающие и гипосенсибилизирующие средства, витамины. Обильное питье.
4. Подать экстренное извещение в ЦГСЭН. Наблюдать за контактными на весь период карантина (21 день). Осматривать кожу, слизистые, измерять температуру. Не принимать в детский комбинат не болевших и не переводить детей в другие детские коллективы. Мед.отвод от всех проф.прививок до конца карантина. Проводить влажную уборку в помещении и проветривать. Сан.просвет.работа с персоналом ДДУ и родителями.

2. Задача

Поступил вызов к беременной женщине 22 лет, срок беременности 38 недель.

Жалобы на головную боль, ухудшение зрения. При обследовании у беременной появились мелкие фибриллярные подергивания мышц лица и рук, затем присоединились тонические и клонические судороги, дыхание остановилось, появился цианоз лица, изо рта появилась пена, окрашенная кровью. АД 170/110, 175/110 мм рт. ст., приступ продолжался 1,5 минут.

ЗАДАНИЯ

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
2. Составьте алгоритм действий по оказанию доврачебной помощи.
3. Продемонстрируйте на фантоме технику выслушивания сердцебиения плода.

ЭТАЛОН ОТВЕТА

Диагноз: беременность первая, 38 недель. Эклампсия.

Эклампсия подтверждается наличием судорожного припадка, которому предшествовали симптомы преэклампсии: головная боль, нарушение зрения. Приступ судорог длился в несколько этапов:

- фибриллярные сокращения мышц лица,
 - тонические судороги,
 - клонико-тонические судороги,
 - кома.
2. Алгоритм действия доврачебной помощи:
 - во время приступа беременную удерживают, чтобы она не травмировала себя;
 - в рот вводят резиновый воздуховод, чтобы предотвратить западение языка;

- при восстановлении дыхания дают кислород, при длительном апноэ начинают вспомогательную вентиляцию с помощью дыхательного аппарата;
- если возможно, аспираируют слизь из верхних дыхательных путей и полости рта;
- при остановке сердечной деятельности проводят закрытый массаж сердца и все приемы сердечной реанимации;
- для прекращения судорог вводят 0,25% р-р дроперидола 2 - 4 мл, 2,5%р-р седуксена- 2мл. , 25%р-р сернокислой магнезии - 10 мл;
- бережная госпитализация на носилках в акушерский стационар;
- передать сообщение по радию в род дом.

3. Техника аускультации плода у беременных и рожениц.

Аускультация проводится акушерским стетоскопом, широкая воронка которой прикладывается к оголенному животу женщины.

Сердечные тоны плода лучше прослушиваются со стороны позиции, на уровне грудной клетки плода. Во время беременности при головном предлежании и первой позиции стетоскоп устанавливается слева ниже пупка, при второй позиции - справа ниже пупка. При тазовом предлежании стетоскоп устанавливается справа или слева, в зависимости от позиции выше пупка.