Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение
«Саткинский медицинский колледж»

Согласовано
Главный врач ГБУЗ «Областная больница г. Сатка» _____ Крохина И.А.
«16» июня 2023 г

Утверждаю
Приказ № 167
Директор ГБПОУ «Саткинский медицинский колледж» _____ Галямова О.С.
«16» июня 2023 г

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

ПМ 05 ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЭКСТРЕННОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ ФОРМАХ, В ТОМ ЧИСЛЕ ВНЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

по специальности:

31.02.01 Лечебное дело

2023-2026

Фонд оценочных средств дисциплины «ПМ. 01 Осуществление профессионального ухода за пациентом» составлен в соответствии с ФГОС СПО по специальности 31.02.01 Лечебное дело

Организация-разработчик ГБПОУ «Саткинский медицинский колледж»

Разработчик:

Рассмотрена на заседании цикловой комиссии Лечебное дело

Протокол № 10 от «16» 06 2023 г.

Председатель _____ М. П. Чудинова

Утверждена:

Зам.директора по УР _____ А. Н. Гильмиярова

СОДЕРЖАНИЕ

1	Пояснительная записка	4
2	Паспорт фонда оценочных средств	4
3	Формы контроля и оценивания элементов профессионального модуля	5
4	Контрольно-оценочные средства для дифференцированного зачета по учебной практике	7
5	Контрольно-оценочные средства для дифференцированного зачета по производственной практике	32
6	Контрольно-оценочные средства для квалификационного экзамена	50
7	Критерии оценки	67
8	Приложения	70
9	Список использованных источников	72

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Цель фонда оценочных средств. Оценочные средства предназначены для контроля и оценки образовательных достижений обучающихся, освоивших программу «ПМ 05 Оказание скорой медицинской помощи в экстренной и неотложной формах, в том числе вне медицинской организации». Перечень видов оценочных средств соответствует Рабочей программе профессионального модуля.

Фонд оценочных средств включает контрольные материалы для проведения текущего контроля в форме тестовых заданий и промежуточной аттестации в форме вопросов и ситуационных задач.

Структура и содержание заданий – задания разработаны в соответствии с рабочей программой «ПМ 05 Оказание скорой медицинской помощи в экстренной и неотложной формах, в том числе вне медицинской организации».

1. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Результатом освоения ПМ 05 Оказание скорой медицинской помощи в экстренной и неотложной формах, в том числе вне медицинской организацииявляются предусмотренные ФГОС по специальности умения и знания, направленные на формирование общих и профессиональных компетенций.

Код	Наименование общих компетенций
ОК 01	Выбирать способы решения задач профессиональной деятельности

	применительно к различным контекстам
ОК 02	Использовать современные средства поиска, анализа и интерпретации информации, и информационные технологии для выполнения задач профессиональной деятельности
ОК 04	Эффективно взаимодействовать и работать в коллективе и команде
ОК 05	Осуществлять устную и письменную коммуникацию на государственном языке Российской Федерации с учетом особенностей социального и культурного контекста
ОК 06	Проявлять гражданско-патриотическую позицию, демонстрировать осознанное поведение на основе традиционных общечеловеческих ценностей, в том числе с учетом гармонизации межнациональных и межрелигиозных отношений, применять стандарты антикоррупционного поведения
ОК 07	Содействовать сохранению окружающей среды, ресурсосбережению, применять знания об изменении климата, принципы бережливого производства, эффективно действовать в чрезвычайных ситуациях
ОК 09	Пользоваться профессиональной документацией на государственном и иностранном языках

Код	**Наименование видов деятельности и профессиональных компетенций**
ВД 5	Оказание скорой медицинской помощи в экстренной и неотложной формах, в том числе вне медицинской организации
ПК 5. 1	Проводить обследование пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний, требующих оказания скорой медицинской помощи в экстренной и неотложной формах, в том числе вне медицинской организации;
ПК 5.2	Назначать и проводить лечение пациентов с заболеваниями и (или) состояниями, требующими оказания скорой медицинской помощи в экстренной и неотложной формах, в том числе вне медицинской организации;
ПК 5.3	Осуществлять контроль эффективности и безопасности проводимого лечения при оказании скорой медицинской помощи в экстренной и неотложной формах, в том числе вне медицинской организации.

2. ФОРМЫ КОНТРОЛЯ И ОЦЕНИВАНИЯ ЭЛЕМЕНТОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО МОДУЛЯ

В результате текущей аттестации по профессиональному модулю осуществляется комплексная проверка следующих умений и знаний.

Раздел / тема учебной дисциплины	Проверяемые ОК, ПК	Форма текущего контроля и оценивания
Тема 1.1. Организация оказания скорой медицинской помощи в экстренной и неотложной формах	ОК 01, 02, 04, 05, 06, 07, 09 ВД 5 ПК 5.1, 5.2, 5.3	КИМы в форме тестовых заданий. Комплект практических заданий.
Тема 1.2. Организация оказания первой помощи	ОК 01, 02, 04, 05, 06, 07, 09 ВД 5 ПК 5.1, 5.2, 5.3	КИМы в форме тестовых заданий; Комплект практических заданий.

Тема 1.3. Терминальные состояния. Базовая сердечно-легочная реанимация	ОК 01, 02, 04, 05, 06, 07, 09 ВД 5 ПК 5.1, 5.2, 5.3	КИМы в форме тестовых заданий; Комплект практических заданий.
Тема 1.4. Острая сосудистая недостаточность	ОК 01, 02, 04, 05, 06, 07, 09 ВД 5 ПК 5.1, 5.2, 5.3	КИМы в форме тестовых заданий; Комплект практических заданий.
Тема 1.5. Острая сердечная недостаточность	ОК 01, 02, 04, 05, 06, 07, 09 ВД 5 ПК 5.1, 5.2, 5.3	КИМы в форме тестовых заданий; Комплект практических заданий.
Тема 1.6. Острый коронарный синдром	ОК 01, 02, 04, 05, 06, 07, 09 ВД 5 ПК 5.1, 5.2, 5.3	КИМы в форме тестовых заданий; Комплект практических заданий.
Тема 1.7. Нарушения сердечного ритма и проводимости. Гипертонический криз	ОК 01, 02, 04, 05, 06, 07, 09 ВД 5 ПК 5.1, 5.2, 5.3	КИМы в форме тестовых заданий; Комплект практических заданий.
Тема 1.8. Острые аллергические реакции. Анафилаксия	ОК 01, 02, 04, 05, 06, 07, 09 ВД 5 ПК 5.1, 5.2, 5.3	КИМы в форме тестовых заданий; Комплект практических заданий.
Тема 1.9. Острая дыхательная недостаточность. Обострения бронхиальной астмы	ОК 01, 02, 04, 05, 06, 07, 09 ВД 5 ПК 5.1, 5.2, 5.3	КИМы в форме тестовых заданий; Комплект практических заданий.
Тема 1.10. Острые нарушения мозгового кровообращения. Судорожный синдром	ОК 01, 02, 04, 05, 06, 07, 09 ВД 5 ПК 5.1, 5.2, 5.3	КИМы в форме тестовых заданий; Комплект практических заданий.
Тема 1.11. Комы	ОК 01, 02, 04, 05, 06, 07, 09 ВД 5 ПК 5.1, 5.2, 5.3	КИМы в форме тестовых заданий; Комплект практических заданий.
Тема 1.12. Экстренные и неотложные состояния при инфекционных заболеваниях. Гипертермический синдром	ОК 01, 02, 04, 05, 06, 07, 09 ВД 5 ПК 5.1, 5.2, 5.3	КИМы в форме тестовых заданий; Комплект практических заданий.
Тема 1.13. Острая боль в животе. Почечная колика	ОК 01, 02, 04, 05, 06, 07, 09 ВД 5 ПК 5.1, 5.2, 5.3	КИМы в форме тестовых заданий; Комплект практических заданий.
Тема 1.14. Экстренные и неотложные состояния, вызванные воздействием внешних причин	ОК 01, 02, 04, 05, 06, 07, 09 ВД 5 ПК 5.1, 5.2, 5.3	КИМы в форме тестовых заданий; Комплект практических заданий.
Тема 1.15. Кровотечения	ОК 01, 02, 04, 05, 06, 07, 09	КИМы в форме тестовых

	ВД 5 ПК 5.1, 5.2, 5.3	заданий; Комплект практических заданий.
Тема 1.16. Экстренные и неотложные состояния в акушерстве и гинекологии	ОК 01, 02, 04, 05, 06, 07, 09 ВД 5 ПК 5.1, 5.2, 5.3	КИМы в форме тестовых заданий; Комплект практических заданий.
Тема 1.17. Экстренные и неотложные состояния в педиатрии	ОК 01, 02, 04, 05, 06, 07, 09 ВД 5 ПК 5.1, 5.2, 5.3	КИМы в форме тестовых заданий; Комплект практических заданий.
Тема 1.18. Оказание медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях	ОК 01, 02, 04, 05, 06, 07, 09 ВД 5 ПК 5.1, 5.2, 5.3	КИМы в форме тестовых заданий; Комплект практических заданий.

3. КОНТРОЛЬНО-ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ЗАЧЕТА ПО УЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

Служба скорой медицинской помощи предназначена для:
а) Оказание экстренной и неотложной медицинской помощи всем больным и пострадавшим
б) Оказание экстренной медицинской помощи больным и пострадавшим вне лечебных учреждений
в) Оказание экстренной и неотложной медицинской помощи больным и пострадавшим вне лечебных учреждений

Выезд на экстренный вызов считается своевременным, если он осуществлен не позднее:
а) Двух минут после поступления вызова
б) Четырех минут после поступления вызова
в) Десяти минут после поступления вызова
г) Двадцати минут после поступления вызова

Больные и пострадавшие, доставленные бригадой скорой медицинской помощи должны быть осмотрены в приемном отделении ЛПУ не позднее:
а) Пяти минут после доставки
б) Десяти минут после доставки
в) Двадцати минут после доставки
г) Тридцати минут после доставки
д) Сорока пяти минут после доставки

При определении границ зоны облуживания подстанциями скорой медицинской помощи в первую очередь учитывается:
а) Численность населения
б) Плотность населения
в) Количество предприятий и объектов социально-культурного назначения
г) Протяженность и расстояние дорог, ведущих к объектам, расположенным на границе зоны обслуживания

Нормой транспортной доступности для подстанции скорой медицинской помощи считается:
а) 5 минут
б) 10 минут
в) 15 минут
г) 20 минут
д) 25 минут

Находящаяся в пути следования бригада скорой помощи, встретившись на улице с несчастным случаем, обязана остановиться:
а) Только если она следует на вызов
б) Только если она следует с вызова без больного
в) Всегда

Выездная бригада после выполнения вызова возвращается на подстанцию без разрешения диспетчера:
а) Может
б) Не может

Санитарную обработку салона после перевозки инфекционного больного проводит:
а) Выездная бригада
б) Санитар подстанции скорой помощи после возвращения бригады с вызова
в) Санитар приемного отделения, в которое был доставлен больной

Реанимация – это
а) Наука, изучающая методы восстановления жизни
б) Практические действия, направленные на восстановление дыхания и кровообращения у больных в терминальных состояниях
в) Специальная бригада скорой помощи

Максимальная продолжительность клинической смерти при обычных условиях внешней среды составляет:
а) 2-3 минуты
б) 4-5 минут
в) 5-6 минут
г) 6-8 минут

Самым частым ЭКГ-признаком при внезапной смерти является:
а) Асистолия
б) Фибрилляция желудочков
в) Полная атриовентрикулярная блокада
г) Экстремальная синусовая брадикардия

Выберите несколько правильных ответов:
Основными признаками клинической смерти являются:
а) Нитевидный пульс на сонной артерии
б) Расширение зрачков
в) отсутствие пульса на сонной артерии
г) Отсутствие пульса на лучевой артерии

Противопоказаниями для проведения сердечно-легочной реанимации являются:
а) Старческий возраст

б) Травмы не совместимые с жизнью
в) Заведомо неизлечимые заболевания, в последней стадии развития
г) Алкоголизм, психические заболевания

Выберите один правильный ответ:
Показанием для проведения сердечно-легочной реанимации является:
а) Только клиническая смерть
б) Агония и предагональное состояние
в) Все внезапно развившиеся терминальные состояния
г) Клиническая смерть и биологическая смерть

К ранним признакам биологической смерти относится:
а) Расширение зрачков, отсутствие реакции их на свет
б) Трупные пятна
в) Трупное окоченение
г) Помутнение роговицы, деформация зрачка

Тройной прием Сафара на дыхательных путях включает в себя:
а) Запрокидывание головы, выведение нижней челюсти и введение воздуховода
б) Выведение нижней челюсти, открытие рта и туалет полости рта
г) Запрокидывание головы, выведение нижней челюсти и открытие рта

Запрокидывание головы больного при введении воздуховода требуется:
а) Да
б) Нет

Выведение нижней челюсти при введении воздуховода требуется:
а) Да
б) Нет

Объем вдыхаемого воздуха при проведении ИВЛ взрослому человеку должен составлять:
а) 400-500 мл
б) 600-800 мл
в) 800-1000 мл
г) 1000-1500 мл

Соотношение между компрессиями грудной клетки и вдуваниями воздуха при сердечно-легочной реанимации, проводимой 1 реаниматором должно быть:
а) 30:2
б) 8:2
в) 10:2
г) 15:2

Соотношение между компрессиями грудной клетки и вдуваниями воздуха при реанимации, проводимой 2 реаниматорами должно быть:
а) 30:2
б) 4:1
в) 8:2
г) 15:2

Критериями эффективности реанимационных мероприятий являются:
а) Пульс на сонной артерии во время массажа
б) Экскурсии грудной клетки
в) Уменьшение бледности и цианоза, сужение зрачков

Эффективная реанимация проводится:
а) 5 минут
б) 10 минут
в) 10 минут
г) До восстановления самостоятельной сердечной деятельности

Неэффективная реанимация проводится:
а) 5 минут
б) 10 минут
в) 30 минут
г) До восстановления самостоятельной сердечно деятельности

Местом приложения усилий при непрямом массаже сердца взрослому человеку является:
а) верхняя треть грудины
б) средняя треть грудины
в) граница средней и нижней трети грудины
г) нижняя треть грудины

Нажатие на грудину при непрямом массаже сердца проводится:
а) всей ладонной поверхностью кисти, не сгибая рук в локтях
б) запястьями, не сгибая рук в локтях
в) запястьями, умеренно согнув руки в локтях

Смещаемость грудины к позвоночнику при непрямом массаже сердца у взрослого человека должна быть:
а) 1,5-2 см
б) 3-4 см
в) 4-5 см
г) 7-8 см

Разовая доза Адреналина при проведении сердечно-легочной реанимации взрослому человеку составляет:
а) До 0,5 мл 1% раствора
б) 0,5-1,0 мл 0,1% раствора
в) 1,0-1,5 мл 0,1% раствора

Суммарная доза Адреналина при проведении сердечно-легочной реанимации взрослому человеку составляет:
а) 2-3 мл 0,1% раствора
б) 3-4 мл 0,1% раствора
в) 5-6 мл 0,1% раствора
г) 6-8 мл 0,1% раствора

Выберите несколько правильных ответов:
Адреналин во время реанимации:
а) повышает возбудимость миокарда

б) может вызвать злокачественную тахикардию
в) в дозе 0,1 мг рекомендуется для облегчения дефибрилляции
г) при необходимости вводится повторно через 5 минут

Выберите один правильный ответ:
Основным диагностическим критерием типичного ОИМ является:
а) артериальная гипотензия
б) артериальная гипертензия
в) нарушение ритма сердца
г) загрудинная боль длительностью более 20 минут
д) холодный пот

Для абдоминальной формы ОИМ характерны:
а) боли за грудиной с иррадиацией в плечо и эпигастральную область
б) острая боль в животе, часто с тошнотой, иногда рвотой, резкая слабость
в) острые боли в животе, «доскообразное» напряжение мышц живота, положительные симптомы раздражения брюшины
При ОИМ чаще всего развивается:
а) синусовая брадикардия
б) мерцательная аритмия
в) желудочковая экстрасистолия
г) фибрилляция желудочков

Желудочковые экстрасистолы у больного с ОИМ могут осложниться:
а) фибрилляцией предсердий
б) фибрилляцией желудочков
в) полной ав-блокадой
г) асистолией

При ОИМ для лечения фибрилляции желудочков применяется:
а) новокаинамид 10%-2,0 в/м
б) изоптин 40 мг в/м
в) лидокаин 2%-4,0 в/в

Основным ЭКГ- признаком некроза сердечной мышцы является:
а) депрессия сегмента st
б) подъём сегмента st
в) уменьшение зубца r
г) широкий и глубокий зубец q
д) отрицательный зубец t

Выберите несколько правильных ответов:
Признаком острой стадии ОИМ является:
а) отрицательный т в грудных отведениях
б) глубокий симметричный зубец Т
в) подъём сегмента ST
г) патологический Q

Выберите один правильный ответ:
К типичной причине инфаркта миокарда относят:
а) тромбоз коронарной артерии вследствие надрыва атеросклеротической бляшки
б) увеличение потребности миокарда в кислороде

в) нарушение коронарной гемодинамики вследствие падения артериального давления
г) врожденные особенности строения коронарных артерий

Для купирования болевого синдрома при инфаркте миокарда необходимо использовать:
а) наркотические анальгетики
б) ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа
в) анальгетики-антипиретики
г) селективные ингибиторы циклооксигеназы 2 типа

Для подтверждения ишемии миокарда на ЭКГ диагностически значимыми являются изменения:
а) сегмента ST
б) зубца P
в) комплекса QRS
г) интервала PQ

Применение сердечных гликозидов в комплексной терапии острой левожелудочковой недостаточности показано:
а) Всегда
б) При ОСН, развившейся на фоне ОИМ
в) При ОСН, развившейся на фоне гипертонического криза
г) При ОСН, развившейся на фоне хронической недостаточности кровообращения
д) Никогда

Применение Лазикса в комплексной терапии острой левожелудочковой недостаточности показано:
а) Всегда
б) При высоком и нормальном АД
в) При низком АД
г) Никогда

Применение Преднизолона в комплексной терапии острой левожелудочковой недостаточности основано на:
а) Увеличении возврата венозной крови к сердцу и увеличении сердечного выброса
б) Уменьшении проницаемости сосудистой стенки и противоотёчном действии
в) Повышении чувствительности к катехоламинам и бронхолитическом действии

Противопоказание для применения Морфина у больных с отёком лёгких:
а) Отёк лёгких на фоне ОИМ
б) Отёк лёгких на фоне гипертонического криза
в) Отёк лёгких на фоне порока сердца
г) Отёк лёгких у пациентов старческого возраста

Оптимальное положение для больного с отёком лёгких:
а) Лёжа с приподнятым головным концом, сидя или полусидя
б) Лёжа с приподнятым ножным концом

При ТЭЛА развивается:
а) Острая левожелудочковая недостаточность
б) Острая правожелудочковая недостаточность

Приступ удушья и обильная пенистая розовая мокрота у больного на фоне гипертонического криза являются характерными признаками:
а) отека легких
б) легочного кровотечения
в) тромбоэмболии легочной артерии
г) острой пневмонии

Больной с отеком легких транспортируется в стационар на носилках в положении:
а) на боку
б) горизонтально на спине
в) на спине с приподнятым головным концом
г) на спине с приподнятым ножным концом

Выберите несколько правильных ответов:
Критериями транспортабельности больных с отёком лёгких являются:
а) уменьшение акроцианоза и одышки
б) исчезновение влажных хрипов по передней поверхности грудной клетки и возможность принять горизонтальное положение
в) полное исчезновение влажных хрипов и одышки

Для раннего периода ТЭЛА характерны:
а) боль в груди
б) одышка
в) кашель
г) кровохарканье
д) резкая слабость

Самым частым ЭКГ-признаком при внезапной смерти является:
а) асистолия
б) фибрилляция желудочков
в) полная атриовентрикулярная блокада
г) экстремальная синусовая брадикардия

При записи ЭКГ со скоростью 50 мм в секунду 1 мм на бумажной ленте соответствует времени:
а) 0,2 секунды
б) 0,1 секунды
в) 0,02 секунды
г) 0,05 секунды

При ОИМ чаще всего развивается:
а) синусовая брадикардия
б) мерцательная аритмия
в) желудочковая экстрасистолия
г) фибрилляция желудочков

Желудочковые экстрасистолы у больного с ОИМ могут осложниться:
а) фибрилляцией предсердий

б) фибрилляцией желудочков
в) полной ав-блокадой
г) асистолией

При ОИМ для лечения фибрилляции желудочков применяется:
а) новокаинамид 10%-2,0 в/м
б) изоптин 40 мг в/м
в) лидокаин 2%-4,0 в/в

Препаратом выбора для купирования приступа неджелудочковой тахикардии с ЧСС более 180 в минуту является:
а) верапамил
б) атф
в) лидокаин
г) анаприлин

Клинический признак внезапно развившейся полной АВ-блокады:
а) внезапная смерть
б) коллапс
в) приступ Морганьи-Адамса-Стокса
г) синдром Вольф-Паркинсон-Уайта

Первоочередное мероприятие у больного с полной АВ-блокадой в разгар приступа:
а) в/м введение атропина
б) непрямой массаж сердца
в) в\в введение алупента

Препаратом выбора для купирования параксизмальной желудочковой тахикардии является:
а) изоптин
б) строфантин
в) лидокаин
г) панангин

Естественным водителем ритма является:
а) синусовый узел
б) АВ-узел
в) пучок Гиса
г) предсердия

К препаратам выбора у пациента 55 лет с артериальной гипертонией III стадии, перенесшего недавно инфаркт миокарда, относят
а) антагонисты кальция
б) тиазидные диуретики
в) β-адреноблокаторы
г) Моксонидин

Максимально быстрое снижение артериального давления показано, если гипертонический криз осложняется
а) расслаивающей аневризмой аорты
б) ишемическим инсультом

в) острым коронарным синдромом
г) нарушением ритма сердца

При бронхиальной астме противопоказаны
а) неселективные β-адреноблокаторы
б) антибиотики
в) метилксантины
г) симпатомиметики

Наиболее значимым фактором риска ИБС является
а) этническая принадлежность
б) употребление алкоголя
в) артериальная гипертензия
г) характер трудовой деятельности

Гипертонический криз с выраженной потливостью, тахикардией и гипергликемией наблюдается у больных
а) синдромом Конна
б) феохромоцитомой
в) гипертонической болезнью
г) острым гломерулонефритом

Из перечисленного к осложнениям гипертонического криза не относится:
а) острая левожелудочковая недостаточность
б) геморрагический инсульт
в) острая коронарная недостаточность
г) кровоизлияние в сетчатку
д) легочное кровотечение

Какой препарат наиболее удобен для перорального приема при лечении гипертонического криза
а) эналаприл
б) анаприлин
в) максонидин
г) допегит
д) изобарин

Признаками гипертонического криза являются:
а) головная боль
б) мелькание «мушек» перед глазами
в) тошнота, иногда рвота
г) повышение артериального давления
д) все перечисленное верно

При гипертоническом кризе АД снижают до:
а) нормальных цифр
б) не снижают
в) снижают на 20-25% от исходного уровня
г) снижают на 50% от исходного уровня

Осложнения гипертонической болезни:

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

Коллапс – это проявление острой недостаточности
а) коронарной
б) левожелудочковой
в) правожелудочковой
г) сосудистой

Клинические симптомы кардиогенного шока
а) лихорадка, лимфаденопатия
б) лихорадка, кашель со «ржавой» мокротой
в) резкое снижение АД, частый нитевидный пульс
г) резкое повышение АД, напряженный пульс
Неотложная помощь при коллапсе
а) атропин, пенициллин
б) баралгин. гемодез
в) мезатон, полиглюкин
г) преднизолон, лазикс

Основным симптомом острой сосудистой недостаточности является:
а) набухание вен шеи
б) акроцианоз
в) внезапное падение артериального давления
г) артериальная гипертензия

В основе постгеморрагического шока лежит:
а) спазм периферических сосудов
б) уменьшение объема циркулирующей крови
в) угнетение сосудодвигательного центра
г) увеличение объема циркулирующей крови

Клинические симптомы крапивницы:
а)инспираторная одышка, осиплость голоса
б)непроизвольное мочеиспускание и дефекация
в)падение АД, нитевидный пульс
г) сыпь, кожный зуд

Локализация сыпи при крапивнице:
а)лицо
б)конечности
в)туловище
г) любые участки тела

Клинические симптомы отека Квинке:
а) отеки на лице, затруднение дыхания
б)повышение АД, рвота
в)кожный зуд, падение АД
г)потеря сознания, повышение АД

При лечении отека гортани применяют:
а) преднизолон, лоратадин
б)пенициллин, бутадион
в)валидол, нитроглицерин
г)клофелин, пентамин

Тяжелое проявление аллергической реакции немедленного типа:
а) анафилактический шок
б)аллергический дерматит
в)аллергический васкулит
г)крапивница

Механизм действия антигистаминных препаратов состоит в:
а) связывании свободного гистамина
б) торможении образования гистамина
в) усиленном выведении гистамина
При поллинозах нередко развивается сопутствующая пищевая аллергия к:
а) молоку и молочным продуктам
б) мясу птицы
в) рыбе
г) меду
д) шоколаду

В патогенезе острой аллергической крапивницы и отека Квинке необходимо участие:
а) неиммунных механизмов
б) Ig A
в) сенсибилизированных лимфоцитов
г) Ig E
д) Ig D

Угнетение дыхательного центра, связанное с торможением импульсов, возникает при:
а) нарушении нервно-мышечной проводимости
б) кровоизлиянии в стволовую часть головного мозга
в) отеке мозга
г) передозировке миорелаксантов
д) попадании воды и инородных тел в верхние дыхательные пути

Угнетение внешнего дыхания центрального генеза возникает при:
а) применении наркотических средств
б) кровоизлиянии в стволовую часть головного мозга
в) отеке мозга
г) передозировке миорелаксантов
д) попадании воды и инородных тел в верхние дыхательные пути

При травмах шейного отдела спинного мозга возникает:
а) полная остановка дыхания
б) остановка только диафрагмального дыхания
в) сохранение только диафрагмального дыхания

Выберите несколько правильных ответов:

Угнетение внешнего дыхания, связанное с нарушением нервно-мышечной передачи, возникает при:
а) миастении
б) передозировке миорелаксантов
в) передозировке м-холиноблокаторов
г) экссудативном плеврите
д) переломах ребер

Обструктивный тип нарушения внешнего дыхания возникает при:
а) пневмонии
б) бронхиальной астме
в) пневмосклерозе
г) аспирации инородных тел
д) дефиците альвеолярного сурфактанта у новорожденных

Экспираторная одышка возникает при:
а) форсированном выдохе
б) эмфиземе
в) затруднении вдоха
г) затруднении выдоха
д) бронхиальной астме

Ателектаз участков легких возникает при:
а) гидротораксе
б) пневмотораксе
в) эмфиземе
г) опухоли бронха
д) дефиците альвеолярного сурфактанта

Характерными проявлениями бронхиальной астмы являются:
а) увеличение остаточного объема легких
б) увеличение форсированной жизненной емкости легких
в) снижение форсированной жизненной емкости легких

Выберите один правильный ответ:
Перечислите клинические признаки апноэ:
а) потеря сознания, резкое падение АД, отсутствие пульса, изменение цвета кожи
б) потеря сознания, отсутствие экскурсий грудной клетки, синюшность кожи
в) ассиметрия грудной клетки, ослабление дыхания

Перечислите приемы восстановления проходимости дыхательных путей:
а) ИВЛ
б) интубация трахеи
в) разгибание головы в шейном отделе позвоночника. Выведение нижней челюсти, удаление инородного тела
г) наложение трахеостомы
д) введение воздуховода

Парадоксальное дыхание наиболее часто наблюдается при:
а) пневмотораксе
б) ателектазе легких

в) ларингоспазме
г) пневмонии

Основная жалоба пациента при бронхиальной астме
а) боль в грудной клетке
б) кашель с гнойной мокротой
в) приступ удушья
г) кровохарканье

Экспираторный характер одышки отмечается при
а) абсцессе легкого
б) бронхиальной астме
в) крупозной пневмонии
г) отеке легких

При экспираторной одышке затруднен
а) вдох
б) выдох
в) вдох и выдох

Вынужденное положение пациента при приступе бронхиальной астмы
а) горизонтальное
б) горизонтальное с приподнятыми ногами
в) лежа на боку
г) сидя, опираясь о колени

Аускультативные данные при приступе бронхиальной астмы
а) крепитация
б) сухие свистящие хрипы
в) влажные хрипы
г) шум трения плевры

Купируя гипертермический синдром у детей, применяют холодные обертывания пеленками, смоченными водой с температурой (ºС)
а) 4-5
б) 8-10
в) 12-14
г) 16-18

Основной жаропонижающий препарат в педиатрии, применяющийся для борьбы с гипертермическим синдромом
а) спазмалгон
б) панадол
в) супрастин
г) парацетамол

При гипертермическом синдроме температуру тела у ребенка контролируют каждые (минуты)
а) 15-30
б) 30-60
в) 60-90

г) 90-120

Для купирования судорожного синдрома у детей применяют
а) анальгин в/м
б) пипольфен в/м
в) атропин п/к
г) седуксен в/м или в/в

При «бледной» гипертермии у детей отмечаются:
а) боли в животе
б) холодные конечности
в) нарушения со стороны ЦНС
г) нарушение сердечной деятельности

Менингиальный симптом – это
а) симптом Бабинского
б) ригидность мышц затылка
в) симптом «свисающей головы»
г) симптом Чураева

Сознание больного при геморрагическом инсульте
а) сохранено
б) утрачено на короткое время
в) утрачено на длительное время (кома I)
г) изменено по типу сумеречного

При транспортировке больного с геморрагией в мозг необходимо
а) придать голове возвышенное положение
б) приподнять ноги
в) часто менять положение головы и туловища
г) избегать изменений положения головы

Симптом «заячий глаз», сглаженность лобных и носогубной складок на пораженной стороне, перекос рта в здоровую сторону характерны для
а) опухоли головного мозга
б) энцефалита
в) неврита лицевого нерва
г) острого нарушения мозгового кровообращения

Для спастического паралича характерно
а) снижение сухожильных рефлексов
б) атрофия мышц
в) наличие патологических рефлексов
г) снижение мышечного тонуса

Для периферического (вялого) паралича характерно
а) повышение сухожильных рефлексов
б) наличие патологических рефлексов
в) атрофия мышц
г) повышение мышечного тонуса

Спастический гемипарез – это нарушение двигательной функции в
а) обеих ногах
б) одной руке
в) одной ноге
г) руке и ноге с одной стороны

При геморрагическом инсульте необходимо
а) придать больному положение с опущенным головным концом
б) приложить на голову пузырь со льдом
в) повернуть больного на бок
г) придать больному полусидячее положение

Нарастающие, упорные головные боли распирающего характера и явления застоя на глазном дне характерны для
а) энцефалита
б) менингита
в) опухоли головного мозга
г) рассеянного склероза

Атрофия мышц – это основной симптом
а) спастического паралича
б) вялого паралича
в) миастении
г) болезни Паркинсона
Выберите несколько правильных ответов:
Какие симптомы характерны для наркотической комы:
а) сужение зрачков
б) расширение зрачков
в) редкое, поверхностное дыхание
г) цианоз кожных покровов
д) положительный эффект от введения 40% р-ра глюкозы

Для глубокой алкогольной комы характерными признаками являются
а) теплая сухая кожа
б) лихорадка
в) тахикардия
г) гипотония
д) снижение корнеальных рефлексов

Выберите один правильный ответ:
Этиологический фактор кетоацидотической комы
а) передозировка инсулина
б) прекращение введения или уменьшение дозы вводимого инсулина
в) физическая работа
г) заболевание желудочно-кишечного тракта, сопровождающееся рвотой, поносом
д) недостаточное питание

Наиболее вероятные причины развития диабетической комы
а) передозировка сахароснижающих таблеток

б) несвоевременная диагностика сахарного диабета
в) передозировка инсулина
г) физическая нагрузка
д) прием алкоголя

Клиническое проявление диабетической комы
а) судорожный синдром
б) дегидратация
в) быстрое развитие комы
г) нормальный или повышенный тонус глазных яблок
д) ровное дыхание

Понятие экспозиция при острых отравлениях – это время от:
а) 1 приема яда до выздоровления
б) приема яда до поступления в стационар
в) приема яда до начала лечебных мероприятий
г) начала лечебных мероприятий до поступления в стационар

При остром отравлении неизвестным ядом на догоспитальном этапе:
а) внутримышечно вводится унитиол
б) внутривенно вводится атропин
в) внутривенно вводится налоксон
г) универсальный антидот не существует

Зондовое промывание желудка при острых энтеральных отравлениях на догоспитальном этапе:
а) показано в любых клинических ситуациях
б) противопоказано в коме при невозможности интубации трахеи
в) противопоказано при химическом ожоге пищевода
г) не показано при неустановленном пути поступления яда

Для промывания желудка через зонд при остром отравлении у взрослого одномоментно вводится вода в объеме:
а) 200 мл
б) 400 мл
в) 800 мл
г) 1600 мл

При отравлении барбитуратами наблюдается все кроме:
а) возбуждение
б) депрессия дыхания
в) снижение рефлексов
г) артериальная гипотензия

К бензодиазепинам относится все кроме:
а) тазепам
б) аминазин
в) седуксен
г) феназепам

К характерным признакам отравления бензодиазепинами относится все кроме:
а) возбуждение
б) депрессия дыхания
в) снижение мышечного тонуса
г) артериальная гипотензия

При отравлении бензодиазепинами в качестве антидота применяется:
а) налоксон
б) анексат
в) атропин
г) прозерин

Характерным признаком отравления опиатами является все кроме:
а) угнетение сознания
б) миоз
в) одышка
г) брадикардия

При отравлении опиатами в качестве антидота на догоспитальном этапе применяется:
а) атропин
б) кордиамин
в) налоксон
г) прозерин

Возбудителями СПИДа являются вирусы семьи:
а) ортомиксовирусов
б) ретровирусов
в) флавивирусов

Источником инфекции СПИДа являются:
а) ВИЧ-инфицированный на стадии генерализованной лимфаденопатии
б) больной в стадии пре – СПИД
в) больной СПИДом в терминальной стадии

Методы лабораторного подтверждения диагноза ВИЧ / СПИДа:
а) биологическая проба
б) серологический
в) бактериологический

Источником возбудителя при ВИЧ-инфекции являются:
а) ВИЧ-инфицированный в стадии бессимптомного носительства
б) ВИЧ-инфицированный в стадии персистирующей генерализованной лимфаденопатии
в) оба варианта правильны

Выберите несколько правильных ответов:
В каких биологических жидкостях ВИЧ больше всего:

а) в крови
б) в сперме
в) в потовых выделениях

Способ временной остановки наружного артериального кровотечения
а) наложение давящей повязки
б) местное применение холода
в) пальцевое прижатие сосуда к кости
г) приподнятое положение конечности

Биологическое средство местного применения для остановки кровотечения
а) викасол
б) гемостатическая губка
в) нативная плазма
г) хлористый кальций

Физический метод окончательной остановки кровотечения
а) переливание плазмы
б) протезирование сосуда
в) электрокоагуляция
г) наложения шва на сосуд

Для окончательной остановки кровотечения механическим способом применяют
а) наложение жгута
б) пузырь со льдом
в) сосудистый зажим
г) лигирование сосуда

Кровоизлияние – это
а) диффузное пропитывание тканей кровью
б) ограниченное скопление крови в тканях
в) скопление крови в плевральной полости
г) скопление крови в брюшной полости

Сонная артерия при кровотечении из нее прижимается к
а) височной кости
б) углу нижней челюсти
в) поперечному отростку VI шейного позвонка
г) теменной кости

Подключичная артерия при кровотечении из нее прижимается к
а) углу нижней челюсти
б) ключице
в) VI шейному позвонку
г) I ребру

Артериальное кровотечение из раны в верхней трети предплечья можно остановить путем сгибания руки
а) в плечевом суставе
б) в плечевом и локтевом суставах
в) в локтевом суставе
г) в лучезапястном суставе

Для окончательной остановки кровотечения химическим методом применяют внутривенно хлористый кальций в следующей дозировке
а) 1%-30,0
б) 2%-20,0
в) 5%-15,0
г) 10%-10,0

При правильно наложенном артериальном жгуте отмечают
а) прекращение кровотечения
б) синюшность кожных покровов
в) отсутствие всех видов чувствительности ниже жгута
г) повышение температуры тканей ниже жгута

Для перфорации желудка характерно
а) вздутие живота
б) схваткообразные боли
в) исчезновение печеночной тупости
г) задержка стула и газов

Опоясывающая боль наблюдается при
а) панкреатите
б) холецистите
в) травме селезенки
г) перфоративной язве желудка

Достоверный признак перитонита
а) болезненность живота при пальпации
б) неотхождение газов и кала
в) рвота
г) симптомы раздражения брюшины

Эвентрация – это
а) воспаление брюшины
б) ущемление кишечника в спайках
в) выхождение кишечных петель на переднюю брюшную стенку
г) выделение кишечного содержимого из раны

Синдром, характерный для повреждения паренхиматозных органов брюшной полости
а) острого перитонита
б) нарушения функции желудочно-кишечного тракта
в) внутреннего кровотечения
г) острой дыхательной недостаточности

Характер и локализация болей при остром холецистите
а) постоянные, сильные в правой подвздошной области
б) постоянные, резкие боли в правом подреберье
в) опоясывающие, тупого характера

г) "кинжальные" в эпигастрии

Симптом острого холецистита
а) подающей капли
б) Пастернацкого
в) Ситковского
г) Ортнера

Метод лечения не осложненного острого холецистита
а) хирургический
б) консервативный
в) физиотерапевтический
г) санаторно-курортный

Транспортировка больного с перитонитом осуществляется
а) городским транспортом
б) сидя
в) лежа на носилках
г) лежа на щите

"Доскообразный" живот наблюдается при
а) повреждении печени
б) перфоративной язве желудка
в) желудочном кровотечении
г) остром аппендиците

Приступ сильной боли в пояснице с иррадиацией по ходу мочеточника в паховую область наблюдается при
а) гломерулонефрите
б) пиелонефрите
в) цистите
г) мочекаменной болезни

При почечной колике в моче наблюдается
а) макрогематурия
б) кетонурия
в) глюкозурия
г) бактериурия

При почечной колике боль иррадиирует
а) под правую лопатку
б) под левую лопатку
в) в правое плечо
г) в паховую область

Неотложная помощь при почечной колике
а) атропин, баралгин
б) анальгин, дротаверин
в) кордиамин, кофеин

г) инсулин, глюкоза

Признак полного разрыва уретры
а) отсутствие мочи
б) гематурия
в) моча цвета пива
г) моча цвета мясных помоев

Сотрясение головного мозга от ушиба мозга отличается:
а) наличием "светлого промежутка"
б) отсутствием очаговой симптоматики
в) наличием повышенного АД
г) нарушением сна

Характерный признак сдавления головного мозга
а) однократная рвота
б) менингиальные симптомы
в) "светлый промежуток"
г) кратковременная потеря сознания сразу после травмы

Типичное проявление перелома основания черепа
а) кровотечение и ликворрея из носа и ушей
б) отек век
в) подкожная эмфизема
г) двоение в глазах

Неотложная помощь при черепно-мозговой травме заключается в применении
а) наркотиков
б) противорвотных препаратов
в) пузыря со льдом на голову
г) кордиамина

При ушибе головного мозга сознание чаще всего
а) утрачивается после "светлого промежутка"
б) утрачивается на несколько секунд или минут
в) ясное
г) утрачивается на длительное время

Основной симптом ушиба головного мозга
а) головная боль
б) головокружение
в) повышение температуры
г) появление очаговой симптоматики

Боль при переломе позвоночника в поясничном отделе возникает при (найдите ошибочный ответ):
а) сдавливании крыльев таза
б) движении позвоночника вокруг оси
в) давлении на остистый отросток поврежденного позвонка

г) давлении на позвоночник по оси

При подозрении на перелом позвоночника в поясничном отделе транспортировка пострадавших:
а) невозможна
б) производится в положении лежа на спине на жестких носилках или щите
в) производится в положении лежа на животе на жестких носилках или щите
г) производится в положении сидя

Первоочередным мероприятием у пострадавшего без сознания после падения с высоты или ныряния в воду является:
а) выполнение тройного приема Сафара
б) интубация трахеи
в) фиксация шейного отдела позвоночника с помощью шины-воротника
г) внутривенное введение глюкокортикоидных препаратов

При подозрении на перелом позвоночника в шейном отделе пострадавшие транспортируются лежа на:
а) спине с запрокинутой головой
б) спине с головой, приведенной к груди
в) спине с наложенной шиной-воротником
г) боку

При перкуссии на стороне пневмоторакса отмечается:
а) тимпанит
б) резкое притупление
в) ясный легочный звук
г) коробочный звук

При спонтанном пневмотораксе отмечается все, кроме:
а) одышка и боль на пораженной стороне
б) жесткое дыхание и множество разнокалиберных влажных хрипов при аускультации на пораженной стороне
в) ослабление или отсутствие дыхания при аускультации на пораженной стороне
г) тимпанический звук при перкуссии на пораженной стороне

Открытый пневмоторакс проявляется следующим симптомокомплексом:
а) наличие раны, аускультативно – дыхание везикулярное с обеих сторон, одышка
б) наличие раны, на пораженной стороне притупление перкуторного звука и ослабленное дыхание при аускультации, одышка
в) наличие раны, свистящее дыхание с выделением пузырьков воздуха, смешанного с кровью, на пораженной стороне тимпанический перкуторный звук и ослабленное дыхание при аускультации, одышка
г) отсутствие раны, на пораженной стороне тимпанический перкуторный звук и ослабленное дыхание при аускультации, крепитация ребер при дыхании и пальпации, одышка, подкожная эмфизема

Напряженный клапанный пневмоторакс проявляется всем, кроме:
а) одышкой
б) набухшими шейными венами
в) притуплением на стороне повреждения и смещением сердечного толчка в здоровую сторону при перкуссии

г) отсутствием дыхания на стороне повреждения при аускультации

К ранним лечебным мероприятиям при открытом пневмотораксе на догоспитальном этапе относится:
а) плевральная пункция на стороне повреждения во II межреберье по срединно-ключичной линии
б) начало искусственной вентиляции легких
в) окклюзионная повязка на рану грудной клетки
г) срочная госпитализация в стационар без дополнительных лечебных мероприятий

Разовый объем жидкости для промывания желудка через зонд у ребенка старше 1 месяца составляет:
а) 10 мл/кг веса
б) 20 мл/кг веса
в) 40 мл/кг веса
г) 50 мл/кг веса

Характерным признаком инфекционного заболевания у новорожденного является найдите ошибочный ответ:
а) беспокойство
б) тахикардия
в) повышение температуры тела
г) чувство голода

Рациональная тактика фельдшера скорой медицинской помощи при возникновении судорог у ребенка включает найдите ошибочный ответ:
а) незамедлительную госпитализацию без дополнительных лечебных мероприятий
б) введение противосудорожных препаратов, при купировании судорог – актив в поликлинику
в) введение противосудорожных препаратов, обеспечение респираторной поддержки, вызов на себя специализированной бригады скорой медицинской помощи
г) введение противосудорожных препаратов, обеспечение респираторной поддержки, госпитализацию в стационар

При судорожном синдроме у детей со спазмофилии показано введение:
а)прозерина
б) кальция глюконата
в)лидокаина
г) анальгина

Бледная лихорадка у детей проявляется найдите ошибочный ответ:
а) теплыми и влажными кожными покровами
б) мраморной окраской кожи
в) ознобом
г) спутанным сознанием, бредом

Жаропонижающие препараты у детей с лихорадкой свыше 38°с показаны на догоспитальном этапе найдите ошибочный ответ:
а) всегда
б) при признаках бледной лихорадки
в) при наличии в анамнезе судорог на повышение температуры тела
г) при сопутствующих заболеваниях сердца

При лихорадке свыше 39°су детей противопоказано применение:
а) анальгина
б) ацетилсалициловой кислоты
в) ибупрофена
г) парацетамола

Физические методы охлаждения при лихорадке у детей на догоспитальном этапе противопоказаны:
а) всегда
б) при наличии в анамнезе судорог на повышение температуры тела
в) при признаках бледной лихорадки
г) при сопутствующих заболеваниях сердца

Госпитализация детей при лихорадке свыше 39°с показана найдите ошибочный ответ:
а) всегда
б) в возрасте до 1 месяца
в) при отсутствии эффекта от жаропонижающей терапии
г) при сопутствующей соматической патологии

Внезапное появление ночью у ребенка 2-х лет лающего кашля, охриплости голоса и стридорозного дыхания характерно для развития:
а) острого бронхита
б) приступа бронхиальной астмы
в) острого стенозирующего ларинготрахеита
г) острого тонзиллита

ЧС подразделяются на:
а) локальные, местные, территориальные, региональные
б) локальные, местные, территориальные, региональные, федеральные и трансграничные
в) локальные, местные, федеральные и трансграничные

Количество сортировочных групп, выделяемых при медицинской сортировке пострадавших, равно:
а) 2
б) 3
в) 4
г) 5

К третьей сортировочной группе относят пострадавших с:
а) крайне тяжелыми, несовместимыми с жизнью повреждениями
б) тяжелыми повреждениями, характеризующимися нарастанием расстройств жизненно-важных функций
в) повреждениями средней тяжести, сопровождающимися выраженными функциональными расстройствами без непосредственной угрозы для жизни
г) легкими повреждениями, требующими амбулаторно-поликлинического лечения наблюдения

Объемом и очередностью оказания медицинской помощи во второй сортировочной группе является:

а) симптоматическое лечение для облегчения страданий
б) устранение причин нарастающих нарушений витальных функций в первую очередь
в) наблюдение, медицинская помощь во вторую очередь или отсрочена
г) оказание медицинской помощи при необходимости на последующих этапах эвакуации

Эвакуация пострадавших второй сортировочной группы:
а) не проводится
б) проводится в первую очередь, на санитарном транспорте с контролем и поддержанием витальных функций
в) осуществляется во вторую очередь или отсрочено, на санитарном транспорте с возможностью одновременной транспортировки несколько пострадавших
г) осуществляется во вторую очередь, транспортом общего назначения

К пятой сортировочной группе относят пострадавших с:
а) множественными ссадинами бедра при беременности 22 недели
б) термическим ожогом стопы I степени у ребенка 8 лет
в) ушибом мягких тканей бедра
г) закрытым переломом VI-VIII ребер слева

В клинической картине острой лучевой болезни различают периоды:
а) первичной реакции, разгара, выздоровления
б) скрытый, восстановительный
в) первичной реакции, скрытый, восстановительный
г) первичной реакции, латентный, разгара, восстановительный

В ранней фазе общей радиационной аварии облучение человека происходит за счёт:
а) внешнего облучения, ингаляции РВ, попадания радионуклидов в организм с консервированными продуктами питания
б) внешнего облучения от радиоактивного облака; радионуклидов, осевших на различные поверхности; ингаляции РВ
в) ингаляции РВ, попадания радионуклидов с консервированными продуктами питания, внутреннего облучения от сформировавшегося радиоактивного следа
г) внешнего облучения, попадания радионуклидов с консервированными продуктами питания, внешнего облучения от сформировавшегося радиоактивного облака

Назовите клинические формы острой лучевой болезни в зависимости от поглощённой дозы радиоактивного облучения:
а) костномозговая, кишечная, сосудисто-токсемическая, церебральная
б) церебральная, костномозговая, сосудисто-токсемическая, кишечная
в) костномозговая, церебральная, сосудисто-токсемическая, кишечная
г) церебральная, сосудисто-токсемическая, кишечная, костномозговая

Профилактика раневой инфекции на этапах медицинской эвакуации включает
а) первичную хирургическую обработку ран, наложение асептической повязки, эвакуацию в больничную базу
б) антибиотикотерапию, обезболивание, инфузионную терапию
в) транспортную иммобилизацию, асептические повязки на раны, обезболивание, первичную хирургическую обработку ран
г) наложение асептической повязки на место поражения, надежная транспортная иммобилизация, ранняя антибиотикотерапия, новокаиновые блокады, активная

иммунизация, исчерпывающая первичная хирургическая обработка ран, восполнение кровопотери

Четвертая степень СДР наступает при сдавлении
а) двух конечностей более 7 часов
б) сегмента конечности до 4-х часов
в) одной нижней конечности до 6 часов
г) двух конечностей менее 5 часов

Пострадавшему после освобождения сдавленной конечности и угрозе развития синдрома длительного сдавления наложение жгута
а) не применяется
б) применяется обязательно
в) применяется в зависимости от степени ишемии конечности

4. КОНТРОЛЬНО-ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ЗАЧЕТА ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ

4.1. Перечень манипуляций и алгоритм их выполнения для подготовки к дифференцированному зачету по производственной практике

1. Техника наложения давящей повязки.

Оснащение: Индивидуальный перевязочный пакет или валик из ваты обёрнутой марлей, или свернутая ткань, бинт, стерильные салфетки, кожный антисептик, пинцет.

Техника выполнения:

Уложить или усадить пострадавшего в удобное положение.

Поднять конечность.

- Обработать кожу вокруг раны кожным антисепиком.
- Наложить стерильную салфетку и зафиксировать её 2 – 3 турами бинта.
- Наложить валик.
- Зафиксировать тем же бинтом тугой циркулярной повязкой, перекрещивая бинт над валиком.
- Иммобилизировать конечность.
- Успокоить пострадавшего.
- Транспортировать в горизонтальном положении.

4. Техника базовой сердечно-легочной реанимации.

- Положите пациента на твердую поверхность.
- Проводить непрямой массаж сердца. Реаниматор располагается сбоку от пациента и выпрямленными в локтях руками осуществляет компрессию в точке компрессии, касаясь пострадавшего только запястьем ладони, находящейся снизу. Интенсивность компрессии подтверждается смещением грудины на 4-5 см, частота компрессии составляет 100-120 в 1 мин. Длительность компрессии и паузы примерно равны между собой. Соотношение компрессий и вдохов 30:2. Реаниматор, выполняющий компрессии, должен громко считать «1, 2, 3, 4, 5…», а реаниматор, выполняющий вентиляцию, должен считать количество завершенных циклов.
- Продолжительность неэффективных реанимационных мероприятий – 30 минут.
- Эффективность реанимационных мероприятий оценивается каждые 5 минут.

5. Техника ингаляции адреномиметиков через небулайзер.

Подготовка к процедуре:

- Вымыть и осушить руки, надеть перчатки
- Открыть небулайзер
- Перелить жидкость из небулы (специального контейнера с лекарственным препаратом) или накапать раствор из флакона (разовую дозу препарата)
- Добавить физиологический раствор до нужного объема 2-3 мл (по инструкции к небулайзеру)
- Собрать небулайзер, проверить его работу
- Присоединить мундштук или лицевую маску
- Объяснитьпациенту ход и суть выполнения манипуляции, получить согласие

Выполнение процедуры:

- Усадить пациента в удобном положении перед аппаратом или уложить
- Соединить небулайзер и компрессор, включить компрессор
- Выполнить ингаляцию до полного расходования раствора (20-30 мнут, при необходимости с перерывом в 5-10 минут)

Завершение процедуры:

- Прополоскать пациенту полость рта теплой кипяченой водой, обеспечить покой, рекомендовать воздержаться от кашля и не разговаривать 20-30 минут
- Разобрать и обработать небулайзер
- Вымыть и осушить руки

4. Заполните карту вызова скорой помощи с диагнозом бронхиальная астма.

5. Техника выполнения приема Хаймлиха.

- Встаньте позади пострадавшего и обхватите его руками за талию;
- Сожмите кисть одной руки в кулак, прижмите ее большим пальцем к животу пострадавшего на средней линии чуть выше пупочной ямки и значительно ниже конца мечевидного отростка;
- Обхватите сжатую в кулак руку кистью другой руки и быстрым толчкообразным движением, направленным кверху, нажмите на живот пострадавшего;
- Толчки следует выполнять раздельно и отчетливо до тех пор, пока инородное тело не будет удалено, или пока пострадавший не сможет дышать и говорить, или пока пострадавший не потеряет сознание и не упадет.

6. Техника выполнения коникотомии.

Подготовка к процедуре:

- Положить пациента на спину с запрокинутой головой и подложенным под лопатки валиком.
- Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика).
- Надеть перчатки.
- Дважды обработать поверхность шеи иодонатом.
- Обложить переднюю поверхность шеи пеленками, закрепить их цапками.
- Произвести местную инфильтративную анестезию кожи передней поверхности шеи 0,25% раствором новокаина по месту предполагаемого разреза (между щитовидным и перстневидным хрящом).

Оснащение:

Скальпель, широкая полая игла (лучше с катетером), если выполняется коникопункция, пинцет, ножницы, шприц с инъекционной иглой, коникотом, резиновые перчатки, бинты (средние, широкие), вата медицинская, стерильный перевязочный материал, лейкопластырь.

Техника манипуляции:

- Указательным пальцем нащупать промежуток между щитовидным и перстневидным хрящами.
- Зафиксировать щитовидный хрящ 1 и 2 пальцы пальцами левой руки (для левшей – наоборот).
- Пальцами правой руки захватить режущий инструмент на два сантиметра от острия.
- Правой рукой сделать поперечный разрез до 2 см длиной, одномоментно рассекая кожу и коническую связку.
- Расширитель трахеи ввести в направлении киля трахеи
- В просвет гортани через разрез ввести трубку и удалить расширитель.
- Раздуть манжету, подключить кислород.
- Зафиксировать трубку.

7. Техника выполнения СЛР у ребенка.

- Уложить больного на спину на твердую поверхность (стол, пол, асфальт).

– Очистить механически ротовую полость и глотку от слизи и рвотных масс.
– Слегка запрокинуть голову, выпрямляя дыхательные пути (противопоказано при подозрении на травму шейного отдела)

Возраст ребенка	*Техника проведения*	*Положение рук врача на груди ребенка*	*Глубина вдавления грудной клетки (см)*	*Частота в 1 мин*
До 1 года	Концами двух пальцев	На ширину 1 пальца ниже сосковой линии	1 – 2	100-120
1 - 7 лет	Ладонь	Нижняя треть грудины	2 – 3	100-120
Старше 10 лет	Кисти обеих рук	То же	4 – 5	100-120

8. Заполните карту вызова скорой помощи с диагнозом ИБС Стенокардия напряжения.

9. Рассчитать степень шока по Альговеру и предполагаемую кровопотерю.

Определение объема кровопотери, основанное на отношении частоты пульса к уровню систолического артериального давления.

Соотношение индекса Альговера и объема кровопотери

Индекс Альговера	*Объем кровопотери, % ОЦК*
0,6 - 0,8	10
0,9 - 1,2	20
1,3 - 1,4	30
1,5 и более	40 и более

10. Ведение первого периода родов.

– Проанализировать данные общего объективного исследования.
– Оценить период родов: начало схваток, их регулярность, продолжительность, интенсивность, болезненность. Провести 4 приема наружного исследования и определить высоту стояния дна матки, положение и позицию плода, характер предлежащей части и ее отношение к плоскости входа в малый таз (подвижна над входом в таз, фиксирована малым сегментом, большим сегментом во входе в таз, в полости малого таза, на тазовом дне). Произвести аускультацию плода.
– Оценить характер выделений: наличие кровянистых выделений, подтекание околоплодных вод, наличие в них мекония.
– При необходимости произвести влагалищное исследование.
– При наличии условий и возможностей транспортировки – госпитализация в акушерский стационар.
– При отсутствии возможности транспортировки роженицы в родильный дом следует приступить к ведению родов. Женщине ставится очистительная клизма, сбриваются волосы на лобке, наружные половые органы обмываются кипяченой водой с мылом, производится смена постельного белья, под которое подкладывается клеенка, готовится самодельный польстер – маленькая подушка, обернутая в несколько слоев простыней (желательно стерильной). Польстер в родах подкладывается под таз роженицы: благодаря возвышенному положению открывается свободный доступ к промежности.

11. Ведение второго периода родов.

С момента полного или почти полного раскрытия шейки матки начинается поступательное движение плода по родовому каналу (биомеханизм родов).

В этом периоде родов ведется наблюдение за состоянием роженицы, за характером родовой деятельности, сердцебиением плода. Сердцебиение необходимо выслушивать после каждой потуги; следует обращать внимание на ритм и звучность тонов сердца плода. Необходимо следить за продвижением предлежащей части – при физиологическом течении родов головка не должна стоять в одной плоскости малого таза более 2 ч, а также за характером выделений из половых путей (в период раскрытия и изгнания кровянистых выделений из половых путей не должно быть).

Как только головка начинает врезываться, то есть в тот момент, когда при появлении потуги она появляется в половой щели, а с окончанием потуги уходит во влагалище, надо быть готовым к приему родов. Роженицу помещают поперек кровати, ее голову — на прикроватный стул, под таз подкладывают самодельный польстер. Под голову и плечи роженицы кладут еще одну подушку: в полусидячем положении легче тужиться.

Наружные половые органы повторно обмывают теплой водой с мылом, обрабатывают 5%-ным раствором йода. Задний проход закрывают стерильной ватой или пеленкой.

Принимающий роды тщательно моет с мылом руки и обрабатывает их дезинфицирующим раствором; целесообразно использовать стерильный одноразовый акушерский комплект.

Прием родов заключается в оказании акушерского пособия.

- Как только головка врежется в половую щель и будет сохранять такое положение и вне схватки, начинается прорезывание головки. С этого момента принимающий роды, стоящий справа от роженицы, боком к ее голове, ладонью правой руки с широко отведенным большим пальцем обхватывает промежность, покрытую стерильной салфеткой, через которую старается при схватке задержать преждевременное разгибание головки, способствуя этим выхождению затылка из-под симфиза.
- Как только подзатылочная ямка подойдет под лонную дугу (принимающий роды ощущает затылок в ладони), а с боков прощупываются теменные бугры, приступают к выведению головки. Роженицу просят не тужиться; ладонью левой руки обхватывают вышедшую часть головки, а ладонью правой руки с отведенным большим пальцем обхватывают промежность и медленно, как бы снимая ее с головки (с лица), одновременно другой рукой бережно приподнимают головку кверху – при этом над промежностью сначала показывается лоб, затем нос, рот и, наконец, подбородок. Непременно нужно выводить головку до тех пор, пока промежность «не сойдет» с подбородка, т. е. пока подбородок не выйдет наружу. Все это проделывается обязательно вне схватки, так как при схватке медленно вывести головку очень трудно, а при быстром выведении рвется промежность.
- В этот момент из ротика плода следует отсосать вытекающую слизь, так как ребенок может сделать первый вдох, вследствие чего слизь может попасть в дыхательные пути и вызвать асфиксию.
- После рождения головки пальцем проводят по шее плода до плеча: проверяют, не обвилась ли пуповина вокруг шеи. Если имеется обвитие пуповины, петлю последней осторожно снимают через головку. Если показаний к немедленному окончанию родов не имеется (внутриутробная асфиксия плода, кровотечение), не следует торопиться: надо дождаться самостоятельного наружного поворота головки – в таких случаях женщину просят потужиться, при этом головка поворачивается затылком в сторону бедра матери и переднее плечико подходит под лоно.

- Если переднее плечико не подошло под лоно, оказывают помощь: повернувшуюся головку захватывают между обеими ладонями – с одной стороны за подбородок, а с другой – за затылок или кладут ладони на височно-шейные поверхности и осторожно, легко вращают головку затылком в сторону позиции, одновременно бережно оттягивая ее книзу, подводя переднее плечико под лонное сочленение.
- Далее обхватывают головку левой рукой так, что ладонь ее ложится на нижнюю щечку и приподнимают головку, а правой рукой, подобно тому, как это делали при выведении головки, осторожно сдвигают промежность с заднего плечика.
- Когда оба плечика вышли, осторожно обхватывают младенца за туловище в области подмышечных впадин и, приподнимая кверху, извлекают полностью из родовых путей.
- Родившегося младенца кладут между ног матери на стерильные пеленки, накрывают сверху еще одной, чтобы не допустить переохлаждения. Производится осмотр и оценка ребенка по шкале Апгар сразу при рождении и через 5 мин.

12. Ведение третьего периода родов.

Последовый период продолжается в норме от 5 до 20 мин и сопровождается кровотечением из матки.

Дно матки находится выше пупка, а сама матка вследствие тяжести отклоняется вправо или влево; одновременно отмечается удлинение видимой части пуповины, что заметно по перемещению зажима, наложенного на пуповину около наружных половых органов.

Ведение последового периода родов консервативное.

Во избежание осложнений не допускается производить наружный массаж матки, потягивать за пуповину, что может привести к нарушениям физиологического процесса отделения плаценты и возникновению сильного кровотечения.

Родившийся послед, родильницу и новорожденного необходимо доставить в акушерский стационар.

13. Описать проведение профилактики кровопотери в родах.

При гемодинамической нестабильности:

- Установка в/в катетера + в/в инфузия NaCL 0,9% - 500,0 струйно (болюсно в течение 10-15 мин) на все время транспортировки (+ГЭК 6-10%-500,0 (по показаниям)
- При послеродовом кровотечении – бимануальная компрессия матки + компрессия брюшного отдела аорты + (в/в инфузия NaCL 0,9% - 500,0 стуйно + 5 ЕД окситоцина в течении 10-15 мин) на все время транспортировки + установка внутриматочного гемостатического баллонного катетера (+ГЭК 6-10%-500,0 (по показаниям)
- Транспортировка с приподнятым ножным концом
- Оксигенотерапия

14. Составьте алгоритм неотложной помощи при эклампсии.

- Катетеризация периферической вены, мочевого пузыря.
- Устранение судорожного синдрома: 20 мл 25% раствора сульфата магния внутривенно медленно в течение 10-15 мин., затем 1,2-2 г/ч внутривенно капельно под контролем АД, частоты пульса и дыхания, сухожильных рефлексов при помощи инфузомата.

- Ликвидация периферического вазоспазма (при недостаточном гипотензивном эффекте сульфата магния): миогенные вазодилятаторы – гидралазин 10-25 мг или нитропруссид натрия 8-400 мкг/мин в/в капельно или блокатор кальциевых каналов адалат 5 мг – 4-6 мл/ч.
- Инфузионная терапия (скорость инфузии не более 100 мл/ч, общий объем до 800 мл: кристаллоиды (10-20% раствор глюкозы, р-р Рингера-лактата или ацесоль, дисоль), коллоиды (6-10% гидроксиэтилированного крахмала – HAES, инфукол или стабизол, альбумин при выраженной гипопротеинемии, свежезамороженная плазма).
- Экстренная госпитализация в родильное отделение.

15.Опишите технику придания пациенту устойчивого бокового положения.

- Убедитесь, что ноги больного выпрямлены, лежат вместе и находятся на одной линии с телом.
- Встаньте на колени рядом с пострадавшим.
- Ближайшую к вам руку поместите под прямым углом к телу и согните ее в локте у головы, ладонью вверх.
- Возьмите вторую руку, переместите на вашу сторону и приложите к уху тыльной стороной ладони. Удерживайте ее в данном положении — это поможет сократить движение шейных позвонков во время поворота пострадавшего, что снизит риск усугубления возможной травмы шеи.
- Другой рукой возьмитесь за противоположную ногу пострадавшего позади колена. Приподнимите ее, не отрывая ступни от земли — это позволяет использовать ногу в качестве «рычага» для облегчения поворота.
- Не меняя положение рук и ног, отодвиньтесь от больного и приготовьтесь к повороту больного на бок.
- Потяните за приподнятую ногу в вашу сторону и уложите пострадавшего на бок.
- Вытащите руку из-под головы больного, придерживая локоть пострадавшего, чтобы исключить любые движения головой.

16. Техника фиксации (иммобилизации) пациента в состоянии психомоторного возбуждения.

- можно использовать только мягкие материалы (матерчатые ремни, полотенца, простыни и т.п.);
- важно надежно иммобилизовать отдельно каждую верхнюю конечность (при необходимости и нижние) и плечевой пояс, так как в противном случае больной может легко освободиться от средств фиксации;
- ни в коем случае не допускать выраженного сдавления сосудов и нервных стволов, что может привести к опасным осложнениям;
- не оставлять фиксированного больного без присмотра.

17. Техника подачи кислорода с пеногасителем.

- Вымойте руки, наденьте перчатки.
- Заполните аппарат Боброва пеногасителем, длинную трубку погрузите в жидкость и присоедините к источнику кислорода, проверьте проходимость устройства.
- Придайте пациенту положение с приподнятым изголовьем.
- Убедитесь в проходимости дыхательных путей, при нарушении проходимости очистите носовые ходы.
- Возьмите стерильный одноразовый катетер или маску (проверьте герметичность упаковки и срок годности, вскройте упаковку).

- Пинцетом возьмите стерильную салфетку и положите на пальцы левой руки, извлеките пинцетом катетер из упаковки, вводимый конец катетера положите на салфетку.
- Переложите катетер с марлевой салфеткой в правую руку и возьмите как писчее перо на расстоянии 3-5 см от вводимого конца.
- Увлажните катетер.
- Введите катетер по нижнему носовому ходу до метки, держа катетер перпендикулярно поверхности лица.
- Проконтролируйте положение катетера с помощью шпателя (кончик катетера виден в зеве на 1 см ниже малого язычка).
- Закрепите наружную часть катетера лейкопластырем.
- Подсоедините катетер к короткой трубке аппарата Боброва.
- Отрегулируйте скорость подачи кислорода.
- После завершения оксигенотерапии отключите подачу кислорода.
- Извлеките катетер.
- Проведите дезинфекцию катетера и перчаток.

18. Неотложная помощь при артериальном кровотечении.

3 основных методики:

- Сильное разгибание или сгибание в определенных суставах с последующей фиксацией – это позволяет прижать артерию в области сустава и обеспечить прекращение кровотечения.
- Накладывание циркулярного жгута выше места повреждения или травмы.
- Накладывание специального зажима непосредственно на артериальный сосуд – манипуляция должна выполняться подготовленным человеком, фельдшером или врачом.

19. Техника внутривенного введения морфина.

- Набрать из ампулы 1 мл (или назначенное количество) 0,1% раствора морфина в шприц ёмкостью 20 мл.
- В этот же шприц набрать 10 мл физ. раствора.
- Надеть иглу для внутривенных инъекций на подъигольный конус.
- Информировать пациента об особенностях воздействия препарата на организм (чувство опьянения, тошнота, головокружение).
- Вводить препарат медленно, дробно, при этом разговаривать с пациентом и спрашивать его ощущения (нет ли жжения в месте инъекции, нет ли затруднения дыхания)!

20. Техника внутривенно-капельного введения раствора нитроглицерина.

В 1 мл 20 капель.

Начальная скорость введения раствора 0,5-1 мг/ч, максимальная скорость составляет 8-10 мг/ч. Длительность лечения определяется клиническими показаниями и может составлять от нескольких часов до 2-3 сут.

Раствор вводят через автоматический дозатор или через инфузомат, позволяющие вводить раствор с точным дозированием скорости введения и общей дозы. Автоматический дозатор позволяет вводить даже неразведенный 0,1 % раствор с точным дозированием ритма введения и общей дозы.

Введение через обычную систему для переливания жидкостей обеспечивает выбор точной дозы путем подсчета числа капель переливаемой жидкости, для этого раствор нитроглицерина предварительно разводят 0,9 % раствором натрия хлорида или 5 % раствором декстрозы (глюкозы) – не следует использовать другие растворители – до концентрации 0,01 % нитроглицерина. Подбор дозы и скорости введения осуществляется индивидуально с учетом артериального давления (АД), частоты сердечных сокращений (ЧСС), центрального венозного давления, ЭКГ и других показателей.

21. Техника наложения артериального жгута.

- Осмотреть зону повреждения и убедиться в наличии артериального кровотечения (из раны, пульсирующей струей, бьет алая кровь).
- Прижать артерию пальцем к кости выше места повреждения (профилактика дальнейшей кровопотери).
- Выбрать правильно место для наложения жгута (верхняя и нижняя треть плеча, средняя треть бедра, средняя и верхняя треть предплечья, голени), проксимальнее раны.
- Убедиться в отсутствии воспалительного процесса в выбранном Вами месте наложения жгута (выявление противопоказаний для наложения жгута).
- Придать конечности гемостатическое положение, приподняв ее на 20 – 30 см выше уровня сердца (обеспечение оттока венозной крови из конечности с целью сохранения ОЦК).
- На конечность выше и ближе к ране накладывается мягкая салфетка без складок или ткань (одежда).
- Жгут растягивают в средней трети двумя руками, подводят его под конечность и накладывают в растянутом состоянии один виток, затем еще 2-3 витка так, чтобы они перекрыли предыдущий на 2/3 до прекращения кровотечения. Накладывают туры жгута так, чтобы они располагались рядом друг с другом, не перекрещивались и не ущемляли кожу.
- Конец жгута закрепляется цепочкой или кнопочным замком.
- Под одним из туров жгута помещают записку с указанием даты и времени наложения жгута (час и минуты).
- Наложить асептическую повязку на рану, не бинтуя жгут (он должен быть хорошо виден).

22. Техника аускультации сердцебиения плода стетоскопом.

- Объясните беременной о необходимости данного исследования.
- Предложите беременной раздеться.
- Обработайте кушетку и стетоскоп ветошью, смоченной 0,5% раствором гипохлорита кальция.
- Постелите чистую пеленку.
- Уложите беременную на кушетку, на спину с выпрямленными ногами.
- Проведите наружное акушерское исследование, определите положение, позицию, вид и предлежание головки плода.
- Установите широкую часть стетоскопа на переднюю брюшную стенку со стороны спинки, ближе к головному концу.
- Передвигая стетоскоп, найдите место наилучшего выслушивания сердцебиения плода.
- Посчитайте частоту сердечных сокращений плода за 1 минуту.
- Оцените частоту, ритм и ясность сердцебиения плода (в норме 140-160 уд/мин).
- Зафиксируйте результат в первичной документации.

23. Техника проведения глюкометрии.

- Подготовить набор для тестирования.
- Тщательно вымыть и высушить руки.
- Поместить тест-полоску в глюкометр.
- Проколоть ланцетом подушечку пальца сбоку, где расположено меньше нервных окончаний, нежели посередине подушечки пальца.
- Вероятно, придется сжать палец для того, чтобы появилась кровь. Если кровь не появляется, необходимо проткнуть палец еще раз.
- После появления крови необходимо поместить каплю на тест-полоску, подождать несколько секунд. Обычно результат появляется уже через 5–10 секунд.

24. Техника промывания желудка.

- Собрать систему для промывания желудка: зонд, стеклянная трубка, резиновая трубка (воронку подсоединить после введения зонда в желудок)
- Надеть на себя и на больного фартук, усадить его, завести его руки за спинку стула и зафиксировать их в таком положении полотенцем или простыней
- Встать сзади или сбоку от больного
- II палец левой руки с надетым напальчником или роторасширитель ввести между коренными зубами больного, слегка отвести его голову назад
- Правой рукой положить на корень языка больного смазанный вазелином или смоченный водой слепой конец зонда и предложить больному сделать глотательное движения, глубоко дыша через нос
- Как только больной сделает глотательное движение, медленно провести зонд в пищевод.
- NB! Если больной стал кашлять, задыхаться, лицо становиться синюшным - немедленно извлечь зонд из гортани
- Доведя зонд до нужной метки, прекратить его дальнейшее введение, подсоединить воронку и опустить ее до уровня колен больного. Если из нее начнет выделяться желудочное содержимое - зонд введен правильно. Если нет - изменить положение зонда, подвинув его вперед или назад.
- Держа воронку слегка наклонно на уровне колен, налить в нее около 1 л воды
- Медленно поднять воронку вверх. Как только вода достигнет устья воронки, опустить ее ниже исходного положения, при этом количество вышедшей воды должно приближаться к количеству введенной
- Вылить содержимое воронки в таз
- Повторять манипуляцию до чистых промывных вод
- По окончанию промывания отсоединить зонд и вывести его из желудка. Тщательно промыть его и воронку с наружной и внутренней стороны

25. Провести оценку состояния пациента по шкале Глазго.

Открывание глаз	***Оценка (баллы)***
Произвольное	4
На обращенную речь	3
На болевой раздражитель	2
Отсутствует	1
Речевая реакция	
Полная ориентированность	5
Спутанная речь	4
Непонятные слова	3
Нечленораздельные звуки	2
Речь отсутствует	1
Двигательная реакция	
Выполняет команды	6
Целенаправленная на болевой раздражитель	5
Нецеленаправленная на болевой раздражитель	4
Тоническое сгибание на боль	3
Тоническое разгибание на боль	2
Отсутствует	1
Всего	***3-15***

15 баллов – сознание ясное
13-14 баллов – оглушение
9-12 баллов – сопор
3-8 баллов – кома

26. Способы определения площади ожога.

1. Правило ладони(метод И.И. Глумова) применяется для оценки небольших ожогов: площадь ладони человека = 1% площади его тела.
2. Правило «девяток» (метод Уоллеса) применяется при обширных ожогах:

– голова и шея = 9% площади тела,
– рука = 9%, бедро = 9%,
– голень со стопой = 9%;
– спина = 18%,
– грудь с животом = 18%.

27. Иммобилизация и транспортировка больного при переломе костей таза.

Транспортная иммобилизация заключается в укладывании раненого на носилки с деревянным или фанерным щитом в положении на спине.

Щит накрывают одеялом и подкладывают ватно-марлевые прокладки под заднюю поверхность таза для предупреждения образования пролежней. На область таза накладывают тугую повязку широкими бинтами, полотенцем или простыней. Ноги полусогнуты в тазобедренных и коленных суставах и разведены. Под колени подкладывают скатку, вещевой мешок, подушки, одеяла и т.д., создавая так называемое положение лягушки. Больного фиксируют к носилкам простыней, широкой полосой ткани, простынями, матерчатыми ремнями.

28. Транспортировка пострадавшего при травме позвоночника.

Для иммобилизации при переломах грудного и поясничного отделов позвоночника для транспортировки с места травмы в стационар пользуются жесткими носилками и различного рода щитами, на которые больного укладывают на спину или на живот.

Во избежание смещения отломков позвонков и дополнительного повреждения спинного мозга не следует транспортировать больного в положении на боку. Очень важным моментом при оказании помощи больному с травмой позвоночника и спинного мозга является бережная укладка его на носилки.

Поднимать больного и перекладывать на носилки необходимо сразу, в один прием, при помощи трех-пяти человек, обязательно поддерживая голову (особенно при травме в шейном отделе). Идеалом в практической деятельности скорой помощи должно быть правило: больной с травмой позвоночника и спинного мозга должен быть уложен на носилки лишь один раз. При травме позвоночника и спинного мозга в поясничном и грудном отделах при наличии щита лучше транспортировать больного в положении на спине, а при отсутствии щита – в положении на животе.

Транспортировка больного с травмой в шейном отделе позвоночника должна осуществляться в положении на спине независимо от наличия щита.

Хорошей иммобилизующей способностью при травме позвоночника и спинного мозга обладает специальный матрас-носилки, изготовленный из плотной прорезиненной ткани и заполненный мелкими гранулами из пенополистирола. Тело пострадавшего погружается в матрац, и при создании вакуума в матраце последний приобретает деревянистую плотность, повторяя рельеф тела. Наибольшие трудности встречаются при необходимости иммобилизации шейного отдела позвоночника.

При повреждении шейного отдела позвоночника наиболее эффективна иммобилизация при помощи так называемой транспортной шины Бабиченко.

29. Техника снятия ЭКГ

Уложить пациента. При значительной волосистости кожи смочить места наложения электродов мыльным раствором.

Закрепить пластинчатые электроды на смоченную кожу в следующем порядке:

красный - правое предплечье,

желтый - левое предплечье,

зеленый - левая голень,

черный - правая голень,

На грудь установить два или шесть (при многоканальной записи) грудных электродов, используя резиновую грушу-присоску (или электроды фиксировать резиновой лентой) в следующем порядке:

V1 - четвертое межреберье справа от грудины,

V2- четвертое межреберье слева от грудины,

V3 - междуV2 иV4,

V4 - пятое межреберье на 1,5 см кнутри от левой средней ключичной линии,

V5 - пятое межреберье по левой передней подмышечной линии,

V6 - пятое межреберье по левой средней подмышечной линии,

Попросить пациента расслабиться, спокойно дышать и не двигаться.

Включить аппарат.

Записать вольтаж.

Установить скорость движения ленты – 50 мм/сек (при длительной записи 25 мм/сек).

Провести последовательно запись ЭКГ во всех стандартных и грудных отведениях (записать третье отведение на вдохе).

Выключить аппарат.

Отсоединить от пациента электроды.

30. Техника выполнения коникотомии.

Подготовка к процедуре:

- Положить пациента на спину с запрокинутой головой и подложенным под лопатки валиком.
- Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика).
- Надеть перчатки.
- Дважды обработать поверхность шеи иодонатом.
- Обложить переднюю поверхность шеи пеленками, закрепить их цапками.
- Произвести местную инфильтративную анестезию кожи передней поверхности шеи 0,25% раствором новокаина по месту предполагаемого разреза (между щитовидным и перстневидным хрящом).

Оснащение:

Скальпель, широкая полая игла (лучше с катетером), если выполняется коникопункция, пинцет, ножницы, шприц с инъекционной иглой, коникотом, резиновые перчатки, бинты (средние, широкие), вата медицинская, стерильный перевязочный материал, лейкопластырь.

Техника манипуляции:

- Указательным пальцем нащупать промежуток между щитовидным и перстневидным хрящами.
- Зафиксировать щитовидный хрящ 1 и 2 пальцы пальцами левой руки (для левшей – наоборот).
- Пальцами правой руки захватить режущий инструмент на два сантиметра от острия.
- Правой рукой сделать поперечный разрез до 2 см длиной, одномоментно рассекая кожу и коническую связку.

- Расширитель трахеи ввести в направлении киля трахеи
- В просвет гортани через разрез ввести трубку и удалить расширитель.
- Раздуть манжету, подключить кислород.
  Зафиксировать трубку.

31. Техника фиксации (иммобилизации) пациента в состоянии психомоторного возбуждения.

- можно использовать только мягкие материалы (матерчатые ремни, полотенца, простыни и т.п.);
- важно надежно иммобилизовать отдельно каждую верхнюю конечность (при необходимости и нижние) и плечевой пояс, так как в противном случае больной может легко освободиться от средств фиксации;
- ни в коем случае не допускать выраженного сдавления сосудов и нервных стволов, что может привести к опасным осложнениям;
- не оставлять фиксированного больного без присмотра.

32. Техника обеспечения внутрикостного доступа.

- Определить точку пункции и провести антисептическую обработку кожи.
- Извлечь устройство из стерильной упаковки и отрегулировать глубину введения иглы.
- После плотного прижатия устройства к кости удалить защитную скобу и нажать на дистальный подвижный конец устройства.
- После проведенной перфорации кости аккуратно убрать пластиковый кожух, оставив в кости иглу с мандреном, затем удалить мандрен, удерживая иглу за павильон, и закрепить иглу пластырем, используя защитную скобу.
- Присоединив шприц к игле, потянуть поршень на себя. Появление кровянистого содержимого свидетельствует о нахождении в губчатом веществе кости, но отсутствие пунктата в шприце не является показателем неправильного положения иглы.
- Набрав в шприц 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида, быстро ввести его в иглу. Отсутствие инфильтрации подкожных тканей в месте пункции свидетельствует о правильном положении иглы в губчатом веществе кости.
- Начать болюсное введение требуемых лекарственных препаратов, а при необходимости проведения инфузионной терапии использовать инфузионную манжету для создания давления в системе до 300 мм рт. ст.
- Контролировать положение иглы и отсутствие инфильтрации мягких тканей в области пункции. При признаках инфильтрации мягких тканей в области пункции удалить внутрикостную иглу, используя защитную скобу, и наложить асептическую наклейку. Данная кость не может использоваться для внутрикостного доступа минимум в течение 24 часов.

33. Техника интубации трахеи.

- Обработайте руки одним из растворов кожных антисептиков, наденьте перчатки, (все повреждения кожи на руках должны быть закрыты лейкопластырем);
- Наденьте маску с защитным щитком для глаз или маску и очки. Защита слизистой глаз при выполнении интубации трахеи - обязательна!
- Ларингоскоп всегда держат в левой руке, клинок ларингоскопа вводится из правого угла рта, постепенно оттесняя клинком язык влево, подводя клинок к корню языка.
- При использовании прямого клинка - им поднимают надгортанник.

- При использовании кривого клинка, конец его подводят в грушевидную ямку, между корнем языка и надгортанником - приподнимая корень языка вверх, одновременно приподнимается и надгортанник.
- Нельзя использовать зубы верхней челюсти для упора «пятки» ларингоскопа.
- Когда голосовая щель становится видимой, правой рукой от правого угла рта, под контролем зрения, вводят интубационную трубку до исчезновения за голосовыми связками надувной манжеты.
- Взрослым пациентам наиболее подходят интубационные трубки размером 7- 8,5
- Прослушайте фонендоскопом легочные поля справа и слева, дыхательные шумы должны быть одинаково слышны с двух сторон.
- Раздуйте манжетку шприцом, зафиксируйте интубационную трубку.
- Обработайте ларингоскоп. (См. алгоритм обработки ларингоскопа).
- Использованный клинок поместите в отдельный контейнер для обработанного материала.
- Снимите перчатки, сбросьте их в контейнер для отработанного материала.
- Проведите гигиеническую обработку рук одним из кожных антисептиков.

34. Алгоритм катетеризации периферической вены.

- выбрать место для постановки катетера;
- наложить жгут выше места постановки катетера;
- надеть стерильные перчатки, обработав руки антисептиком;
- обработать место катетеризации, дать высохнуть антисептику;
- взять катетер и снять защитный чехол, срез иглы направить вверх;
- зафиксировать вену, прижав ее пальцами ниже места введения катетера;
- проколоть кожу под острым углом и ввести катетер, при появлении крови в камере уменьшить угол наклона, приблизив катетер к коже;
- продвинуть катетер по вене и мягко потянуть иглу-проводник назад, появление крови подтвердит правильное положение катетера в вене;
- полностью продвинуть канюлю в вену;
- снять жгут;
- пережать пальцем вену и окончательно удалить проводник;
- присоединить инфузионную систему;
- зафиксировать катетер;
- если не предполагается немедленное начало внутривенной терапии, то промыть катетер гепаринизированным раствором натрия хлорида 0,9%;
- оценить состояние пациента;
- утилизировать используемый материал с учетом правил безопасности.

35. Техника внутривенного введения морфина.

- Набрать из ампулы 1 мл (или назначенное количество) 0,1% раствора морфина в шприц ёмкостью 20 мл.
- В этот же шприц набрать 10 мл физ. раствора.
- Надеть иглу для внутривенных инъекций на подъигольный конус.
- Информировать пациента об особенностях воздействия препарата на организм (чувство опьянения, тошнота, головокружение).
- Вводить препарат медленно, дробно, при этом разговаривать с пациентом и спрашивать его ощущения (нет ли жжения в месте инъекции, нет ли затруднения дыхания)!

36. Техника подачи кислорода с пеногасителем.

- Вымойте руки, наденьте перчатки.
- Заполните аппарат Боброва пеногасителем, длинную трубку погрузите в жидкость и присоедините к источнику кислорода, проверьте проходимость устройства.
- Придайте пациенту положение с приподнятым изголовьем.
- Убедитесь в проходимости дыхательных путей, при нарушении проходимости очистите носовые ходы.
- Возьмите стерильный одноразовый катетер или маску (проверьте герметичность упаковки и срок годности, вскройте упаковку).
- Пинцетом возьмите стерильную салфетку и положите на пальцы левой руки, извлеките пинцетом катетер из упаковки, вводимый конец катетера положите на салфетку.
- Переложите катетер с марлевой салфеткой в правую руку и возьмите как писчее перо на расстоянии 3-5 см от вводимого конца.
- Увлажните катетер.
- Введите катетер по нижнему носовому ходу до метки, держа катетер перпендикулярно поверхности лица.
- Проконтролируйте положение катетера с помощью шпателя (кончик катетера виден в зеве на 1 см ниже малого язычка).
- Закрепите наружную часть катетера лейкопластырем.
- Подсоедините катетер к короткой трубке аппарата Боброва.
- Отрегулируйте скорость подачи кислорода.
- После завершения оксигенотерапии отключите подачу кислорода.
- Извлеките катетер.
- Проведите дезинфекцию катетера и перчаток.

37. Правила хранения наркотических препаратов.

К местам временного хранения наркотических средств и психотропных веществ относятся укладки, наборы, комплекты для оказания первичной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, скорой и паллиативной медицинской помощи, в состав которых входят наркотические средства и психотропные вещества.

Решение о необходимости организации мест временного хранения, предназначенных для хранения наркотических средств и психотропных веществ в количестве, не превышающем суточного запаса, к которым могут быть отнесены посты среднего медицинского персонала медицинских организаций, рабочие места фармацевтических работников рецептурного отдела аптечных организаций, рабочие места специалистов ветеринарных организаций, рабочие места специалистов организаций, использующих наркотические средства, психотропные вещества и прекурсоры в научных, учебных целях и в экспертной деятельности, принимает руководитель юридического лица или уполномоченное им должностное лицо.

В местах временного хранения наркотические средства и психотропные вещества хранятся в запирающихся сейфах не ниже 1-го класса устойчивости к взлому или металлических либо изготовленных из других высокопрочных материалов контейнерах.

Наркотические средства и психотропные вещества, находящиеся на хранении в помещениях всех категорий и в местах временного хранения, а также прекурсоры, находящиеся на хранении в помещениях 1-й и 3-й категорий, подлежат учету в порядке, предусмотренном постановлением Правительства Российской Федерации от 28 октября 2021 г.

38. Алгоритм зондового промывания желудка.

- Пациента просят сесть на стул или лечь на кушетку набок.
- Грудь пациента покрывается защитной пленкой.
- Измеряется необходимая длина зонда.
- Конец зонда, который будет вводиться в желудок, смазывается вазелином или глицерином.
- Обработанный конец зонда помещается на корень языка.
- Пациент должен сделать несколько глотательных движений, чтобы зонд попал в нужное место.
- К зонду подсоединяется воронка, которая должна быть расположена выше уровня желудка. Воронка наполняется раствором. Воронку осторожно поднимают, чтобы раствор достиг устья.
- Желудочная жидкость начинает поступать в воронку.
- Первый образец жидкости желательно отправить в лабораторию для дальнейшего анализа.
- Процедура повторяется до тех пор, пока из желудка не начнет выходить чистая вода.
- В конце зонд осторожно удаляется.

39. Правила транспортной иммобилизации при переломе бедра.

Применяют следующий алгоритм транспортной иммобилизации при переломах бедра 3-мя лестничными шинами Крамера. Вначале они готовятся по неповреждённой нижней конечности. Задняя идёт от поясницы до стопы с загибом на ней под углом 90 градусов. Наружная – от подмышечной области до стопы. Внутренняя – от паха до стопы с загибом на неё под углом 90 градусов. Наложить сначала шину сзади, потом внутри и снаружи. Прибинтовать к корпусу и к ноге.

40. Алгоритм проведения приема Геймлиха.

Если человек в сознании:

1) обхватите пострадавшего сзади;
2) одну руку сожмите в кулак и прижмите ее к животу пострадавшего чуть выше пупка;
3) второй ладонью обхватите сжатую в кулак руку;
4) нажмите на живот пострадавшего резким толчкообразным движением, по направлению вверх, словно хотите приподнять человека;
5) не сдавливайте грудь пострадавшего;
6) выполняйте толчки до удаления инородного тела из трахеи и восстановления дыхания.

Если человек без сознания:

1) уложите пострадавшего на пол и поверните его на спину;
2) сами сядьте ему на бедра, упритесь коленями в пол;
3) надавите обеими руками на живот чуть выше пупка;
4) откройте дыхательные пути и сделайте вентиляцию легких;
5) если дыхание не восстанавливается, продолжайте чередовать толчки с вентиляцией легких до прибытия скорой помощи.

41. Алгоритм постановки орофарингиального воздуховода.

- С целью соблюдения инфекционной безопасности надеть перчатки.
- Запрокинуть голову назад для обеспечения проходимости дыхательных путей и эффективности ИВЛ.
- Открыть пациенту рот скрещенными пальцами или поднятием языка и нижней челюсти, или приемом «палец за зубами».
- Ввести воздуховод в рот вогнутостью к нёбу и развернуть его на 180 градусов вогнутостью к языку, или с помощью шпателя отжать корень языка и ввести воздуховод под контролем зрения вогнутостью к языку.
- Нос больного зажать двумя первыми пальцами, а вторыми пальцами придавить резиновый щиток воздуховода ко рту. Остальными пальцами обеих рук за углы нижней челюсти подтянуть подбородок вперед.
- Проверить положение воздуховода (при правильном введении его вдох и выдох осуществляется беспрепятственно).

42. Алгоритм действий при аварийной ситуации с кровью.

- Немедленно обработать перчатки, снять их.
- Промыть руки с мылом, обработать 70% раствором этилового спирта.
- Смазать рану йодом (раствор 5%).
- Проклеить порез бактерицидным пластырем или наложить повязку.
- Первые действия медработника при попадании крови на кожу:
- Обработать участок этиловым спиртом (70% раствор).
- Промыть с мылом.
- Повторно обработать спиртом.
- Первые действия медицинского работника при попадании крови на слизистую рта:
- Рот промыть водой, прополоскать 70% этиловым спиртом.
- Нос и глаза не растирать, промыть водой.
- Перенос зараженного материала недопустим и на одежде медработника. Необходимо предпринять следующие действия медработника при загрязнении халата кровью:
- Снять и погрузить в дезинфицирующий раствор или автоклав.
- Обувь обработать дезинфицирующим раствором по инструкции.
- В соответствии с п. 676 Постановления № 4, при аварийной ситуации с биологическими жидкостями медицинский работник должен пройти обследование на ВИЧ и вирусные гепатиты В и С.
- После аварии необходимо составить акт о происшествии и довести информацию до руководства. Написание акта входит в обязательные мероприятия при аварийной ситуации, связанной с проколом или порезом инструментами загрязненными, даже если повреждение незначительное или мало ощутимое.

43. Алгоритм наложения окклюзионной повязки.

- Обезболить.
- Обработать кожу вокруг раны раствором антисептика (широко, узко).
- Смазать кожу вокруг раны стерильным вазелином (обеспечить герметизацию).
- Наложить на рану стерильные салфетки или подушечки индивидуального перевязочного пакета (на выдохе).
- Поверх салфеток наложить воздухонепроницаемую ткань (клеенка, целлофан) размером, превышающим размер салфетки на 4-5 см.
- Положить в проекцию раны ватно-марлевый валик.

- Зафиксировать лейкопластырной, клеоловой или спиральной повязкой.
- Убедиться в эффективности повязки: повязка сухая, не промокает, хорошо держится, доступа воздуха в плевральную полость нет.

5. КОНТРОЛЬНО-ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ КВАЛИФИКАЦИОННОГО ЭКЗАМЕНА

5.1. Задачи и ответы для квалификационного экзамена

Задача 1

Беременная В., 28 лет, обратилась к фельдшеру ФАП с жалобами на кровянистые мажущие выделения из половых путей в течение часа. Срок беременности 34 недели. Беременность III: I беременность закончилась нормальными родами 4 года назад, II беременность закончилась медицинским абортом в сроке беременности 9-10 недель. Данная беременность протекала с явлениями угрозы в I половине. Неделю назад были мажущие кровянистые выделения после физической нагрузки. Соматически здорова. Менструальная функция без особенностей. Брак первый. Гинекологические заболевания: эндометрит после аборта.

Объективно: рост 165 см, вес 75 кг. Со стороны внутренних органов патологии нет. АД 110/70, 110/75 мм рт. ст., PS 80 уд/мин, ритмичный. Кожные покровы бледные. Видимых отеков нет. ОЖ 90 см, ВДМ 36 см. Тонус матки обычный. Положение плода продольное, предлежит головка, высоко над входом в малый таз, сердцебиение плода ясное, 140 уд/мин, ритмичное. Из половых путей незначительные кровянистые выделения.

Задание:

1. Сформулировать диагноз и обосновать его.
2. Составить план неотложной помощи в данной ситуации.

<u>Эталон ответа:</u>

1.Диагноз: беременность 34 недели. Предлежание плаценты. Отягощенный акушерский анамнез.

Обоснование диагноза: наличие беременности подтверждается достоверными признаками беременности, срок ее указан в условии задачи. Акушерский анамнез отягощен перенесенным абортом, осложненным эндометритом. О предлежании плаценты можно думать, исходя из анамнеза заболевания: повторяющиеся кровянистые выделения из половых путей; анамнеза жизни: перенесла эндометрит после медицинского аборта, а также данных объективного исследования: бледные кожные покровы, понижение АД, высокое расположение предлежащей головки, кровянистые выделения из половых путей.

2.Учитывая то, что кровянистые выделения могут усилиться, необходимо госпитализировать беременную в родильное отделение под контролем состояния.При усилении выделений, обеспечить венозный доступ, проводить инфузию (нартия хлорид) и ввести гемостатики (транексамовая кислота), токолитики (метацин).Предупредить стационар о направлении женщины с предлежанием плаценты.

Задача 2

Фельдшер ФАП вызван на домашние роды к повторно беременной Г., 28 лет. Роды 4-е, на сроке гестации 37 недель. Через 10 минут родился ребенок мужского полаживой, без признаков асфиксии.

Объективно: в момент осмотра жалоб не предъявляет. Кожные покровы обычной окраски. АД 120/80, 120/80 мм рт. ст., пульс 84 уд/мин, ритмичный. Со стороны внутренних органов без патологии. Матка плотная, шаровидной формы, дно матки на уровне пупка. Из половых путей свисает пупочный остаток, на который наложен зажим Кохера. Выделений из половых путей нет.

Задание:

1. Сформулировать диагноз и обосновать его.
2. Составить план неотложной помощи в данной ситуации.

Эталон ответа:

1.Диагноз: Беременность 37 недель. Преждевременные стремительные домашние роды. III период.

Из условий задачи следует, что женщина повторнобеременная, что у нее произошли 4-ые роды на сроке 37 недель беременности. Состояние матки (плотная, шаровидной формы, дно ее на уровне пупка, из влагалища свисает пуповинный остаток) подтверждает III период родов.

2.Тактика состоит в своевременном определении признаков отделения последа, выведении последа и предупреждении развития осложнений (кровопотери, задержки последа или его частей в полости матки).

Для этого необходимо:

- вывести мочу катетером;
- обеспечить венозный доступ;
- следить за состоянием женщины (цвет кожных покровов, наличие жалоб, АД, пульс);
- контролировать появление признаков отделения последа;
- положить холод, груз на живот после рождения,
- ввести 1,0 мл окситоцина;
- произвести осмотр и оценку последа;
- оценить кровопотерю;
- провести первичный туалет и антропометрию плода;
- подготовить женщину и новорожденного к транспортировке в стационар.

Задача 3

Вызов скорой помощи – впервые беременная А., 30 лет, беременность 36-37 недель. Жалобы на головную боль, боли в эпигастральной области.

Анамнез: из соматических заболеваний хронический пиелонефрит. Менструальная функция без особенностей. Гинекологически здорова. С 30 недель у беременной отмечается патологическая прибавка веса, за это время прибавила 6 кг. 2 недели назад появились отеки нижних конечностей и повышение АД до 130/90 мм рт. ст. Принимала таблетки валерьяны и папазола.

Объективно: пульс 80 уд/мин., ритмичный. АД 170/100, 170/110 мм рт. ст., выраженные отеки нижних конечностей, передней брюшной стенки, кистей рук. Положение плода продольное, предлежание головное. Сердцебиение плода 136 уд/мин, ясное.

Задание:

1. Сформулировать диагноз и обосновать его.
2. Составить алгоритм неотложной помощи в данной ситуации.

Эталон ответа:

1.Диагноз: Беременность 36-37 недель. Нефропатия III степени, что подтверждается типичной триадой симптомов выраженной степени.

2. Контроль за АД, пульсом, частотой дыхания, диурезом, болезненностью матки, сердцебиением плода, выявлением характерных для преэклампсии жалоб. Обеспечение лечебно-охранительного режима. Возможно назначить: магния сульфат в/в капельно, терапия для нормализации микроциркуляции, улучшения почечного обмена, седативные, противосудорожные средства (диазепам). Подготовка к родам, профилактике гипоксии плода.

Задача 4

Фельдшер скорой помощи приехал на вызов к беременной женщине 26 лет, на сроке беременности 32 недели. Жалобы на схваткообразную боль внизу живота, слабость, головокружение, незначительные выделения кровянистого характера из половых путей.

Анамнез: беременность третья, первая закончилась срочными родами два года назад, вторая – мед. абортом на сроке 8-9 недель без осложнений. Данная беременность протекала без особенностей за исключением последних двух недель, в течение которых появились отеки нижних конечностей, патологическая прибавка веса, отмечалось повышение АД до 140/80, 140/85 при исходном 110/70, 110/70. От госпитализации отказалась, лечение не проводилось.

Объективно: кожа и слизистые бледные, АД 140/80, 140/80 мм рт. ст., пульс 100 уд/мин. Окружность живота 90 см, высота стояния дна матки 30 см. Матка асимметричной формы, плотная, болезненная, в тонусе, части плода пропальпировать не удается. Сердцебиение не выслушивается. Из влагалища выделяется темная кровь со сгустками.

Задание:

1. Сформулировать диагноз и обосновать его.
2. Составить алгоритм неотложной помощи в данной ситуации.

Эталон ответа:

1. Диагноз: Беременность 32 недели. Поздний гестоз. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Внутриутробная гибель плода?

Срок беременности устанавливается из данных обменной карты, при обследовании окружность живота 90 см, высота стояния дна матки 30 см, что соответствует 32 недельному сроку беременности.

Беременность осложнилась гестозом, на фоне гестоза развилось осложнение – преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, что привело к массивной кровопотере, гибели плода. Состояние беременной тяжелое.

2. Учитывая тяжелое состояние беременной необходимо срочно:

- госпитализировать на носилках в ближайший акушерский стационар;
- сообщить по рации о доставке тяжело больной;
- измерить параметры гемодинамики;
- венозный доступ;
- инфузия кристаллоидов;
- симптоматическая терапия (токолитики, спазмолитики, гемостатики).

Задача 5

К фельдшеру ФАП обратилась пациентка 23 лет с жалобами на обильные кровянистые выделения со сгустками, начавшиеся 1 час назад. Замужем. Задержка менструации на 1,5 месяца, считает себя беременной, беспокоит по утрам тошнота. Кровотечению предшествовали схваткообразные боли внизу живота. Вмешательство с целью прерывания беременности отрицает. В анамнезе одни роды (без осложнений), медицинский аборт 5 месяцев назад.

Объективно: кожный покров бледный, влагалищное исследование: во влагалище сгустки крови, зев пропускает свободно 1 палец. Матка кпереди, мягковатой консистенции, болезненная, увеличена до 6-7 недель беременности. Придатки без особенностей.

Задание:

1. Сформулировать диагноз и обосновать его.
2. Составить алгоритм неотложной помощи в данной ситуации.

Эталон ответа:

1.Диагноз: Беременность 6-7 недель. Неполный аборт.

Обоснование диагноза: обильные кровянистые выделения со сгустками. Схваткообразные боли внизу живота, при влагалищном исследовании обнаружены сгустки крови, зев пропускает 1 конец, матка болезненная, увеличенная до 6-7 недель.

2. Тактика фельдшера:

- учитывая обильные кровянистые выделения со сгустками, пациентку необходимо срочно транспортировать до ближайшей больницы для оказания квалифицированной помощи.

- успокоить пациентку.

Задача 6

К фельдшеру обратилась соседка, у которой пять часов назад появились боли в области желудка. Больная связывает эти боли с погрешностью в диете, но в данный момент боли в желудке прошли, а беспокоят постоянные боли в правой половине живота. Общее состояние удовлетворительное, Т –37^{0}С, язык обложен белым налетом, влажный. Живот увеличен за счет беременной матки. Пальпации живота слева и в верхнем отделе живота безболезненная, справа пальпация болезненная, неотчетливые положительный симптом Щеткина-Блюмберга и напряжение мышц брюшного пресса. В положении на правом боку боли усиливаются. Больная обеспокоена своим состоянием, так как у нее беременность 30 недель, и предыдущая беременность закончилась выкидышем.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи с обоснованием каждого этапа.

Эталон ответа:

1. Диагноз: Беременность 30 недель. Острый аппендицит.

Основанием для такого предположения являются, во-первых, данные осмотра – болезненность при пальпации и некоторое напряжение мышц в правой подвздошной области, наличие симптома раздражения брюшины (симптом Щеткина - Блюмберга) в этой же области. И, что тоже очень важно, - анамнез, характерный для острого аппендицита (сначала появились боли в эпигастрии, а затем они переместились в правую подвздошную область). Постоянные боли без иррадиации тоже характерны для острого аппендицита. Усиление болей в положении на правом боку обычно больные с острым аппендицитом не отмечают, здесь же это имеет место и связано, видимо, с тем, что увеличенная беременная матка давит на область воспаления.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- вызов машины скорой медицинской помощи для срочной транспортировки в отделение неотложной хирургии.

- на область живота справа можно приложить холод.

Больная с диагнозом "острый аппендицит" подлежит срочной госпитализации в отделение неотложной хирургии, так как это заболевание может дать одно из грозных осложнений – перитонит. Холод несколько уменьшит боли и прогрессирование воспалительного процесса.

Задача 7

В присутствии фельдшера мужчина, вынимая оконную раму, разбил стекло. Большой осколок вонзился в ткани нижней трети левого плеча. Мужчина испугался, выдернул стекло, сразу же началось сильное кровотечение. Объективно: в области передневнутренней поверхности нижней трети левого плеча рана 5см х 0,5см с ровными краями. Из раны пульсирующей струей выбрасывается алая кровь.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи с обоснованием каждого этапа.

Эталон ответа:

1.Диагноз: Резаная рана нижней трети левого плеча, осложненная артериальным кровотечением.

Диагноз поставлен на основаниианамнеза – вонзился осколок стекла;объективных данных – в области передневнутренней поверхности нижней трети левого плеча рана с ровными краями, пульсирующей струей выбрасывается алая кровь.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- вымыть руки, вытереть полотенцем, надеть перчатки;
- остановить кровотечение жгутом Эсмарха;
- обезболить введением анальгетиков (например, раствора анальгина – 50% -2 мл в/м);
- провести туалет раны перекисью водорода;
- наложить асептическую повязку на рану;
- иммобилизировать конечность косыночной повязкой;
- экстренно транспортировать пострадавшего в хирургическое отделение машиной скорой помощи.

Задача 8

Вызов СМП к больной Н. с жалобами на резкую боль в поясничной области справа. Из анамнеза выяснилось. Что она около часа назад у себя 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 общая слабость.

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

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи с обоснованием каждого этапа.

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 повреждение 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:

- обеспечить покой;
- наложить холод (пузырь со льдом) на правую поясничную область;
- обеспечить венозный доступ;
- ввести гемостатики (10% р-р -10 мл хлорида кальция, транексамовую кислоту);

- при снижении АД, ослаблении и учащении пульса – приступить к инфузионной терапии (полиглюкин 400 мл);

- немедленно госпитализировать на носилках в отделение хирургии (урологии).

Задача 9

К фельдшеру здравпункта строительной компании привели рабочего, который случайно получил удар доской по низу живота. При этом он почувствовал резкую боль над лобком, частые и болезненные позывы к мочеиспусканию, но моча выделяется каплями и окрашена кровью.

Объективно: состояние средней тяжести, кожа бледная, больной стонет, дыхание учащено, пульс 92 уд/мин, АД 110/70 мм рт ст. При пальпации резкая болезненность над лобком, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Задание:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи с обоснованием каждого этапа.

Эталон ответа:

I. Диагноз: Тупая травма живота. Внебрюшинный разрыв мочевого пузыря.

Такое предположение основано на данных анамнеза, а именно: наличие тупой травмы низа живота, после которой внезапно появилась резкая боль над лобком, частые и болезненные позывы к мочеиспусканию, выделение мочи каплями и наличие крови в моче (гематурия).

При внебрюшинном разрыве мочевого пузыря моча через рану в стенке мочевого пузыря поступает в околопузырную клетчатку, поэтому при пальпации живота имеется резкая болезненность над лобком, но симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- создать полный покой пострадавшему в положении лежа с несколько опущенным тазом, для уменьшения просачивания мочи в брюшную полость в случае внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря;

- венозный доступ;

- ввести гемостатики (раствора хлорида кальция 10%- 10 мл в/в, раствора глюконата кальция 10% - 10 мл в/в или в/м и т.д.);

- применить холод (пузырь со льдом) на низ живота;

- вызвать бригаду скорой медицинской помощи и госпитализировать в отделение хирургии (урологии);

Категорически запрещается проводить катетеризацию мочевого пузыря при подозрении разрыва мочевого пузыря, пока больной не доставлен в специализированный стационар.

Задача 10

Молодой человек 24 лет, вызвал СМП через сутки после начала заболевания с жалобами на общую слабость, рвоту цвета кофейной гущи. Больным себя считает с армии, когда стал отмечать периодически возникающие весной и осенью «голодные» боли в эпигастрии. Лечился самостоятельно. Ухудшение последние две недели, когда появились боли в эпигастрии, которые уменьшились после приема альмагеля. Два дня назад заметил дегтеобразный стул. Объективно общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые бледно-розового цвета, пульс 96 в минуту, ритмичный, АД 110/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, при пальпации незначительно болезнен в эпигастрии и справа. Перистальтика хорошая, стул темного цвета.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.

2. Алгоритмы Ваших действий.

Эталоны ответа:

1. Диагноз: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная желудочным кровотечением.

2. Тактика фельдшера:

- уложить больного с приподнятыми ногами:
- обеспечить венозный доступ;
- холод на живот;
- инфузионная терапия (натрия хлорид);
- гемостатики;
- госпитализация в хирургию (транспортировка на носилках, в пути контроль показателей гемодинамики).

Задача 11

Больной К., 60 лет. Заболел внезапно 10-12 часов назад, когда появились боли в левой половине живота, которые усиливались и приняли схваткообразный характер, трижды рвота застойным содержимым, не отходят газы. Ранее подобных болей не было, но в течение последнего года имеется склонность к запорам. Применял слабительные средства. Амбулаторно не обследовался.

Объективно: Кожные покровы обычной окраски, язык обложен белым налетом, влажный. Пульс 98 в минуту, ритмичный. В легких дыхание свободное, хрипов нет. Живот равномерно вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, разлитая болезненность с преимущественной локализацией в нижних отделах. Перкуторно тимпанит по ходу толстого кишечника, перистальтика выслушивается, ослабленная, определяется «шум плеска». Слабо положительные перитонеальные симптомы в левой подвздошной области и над лоном. При пальцевом ректальном исследовании ампула пуста, следы кала обычного цвета.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Тактика фельдшера.

Эталоны ответа:

1. Диагноз: Острая толстокишечная непроходимость.

4.Тактика:

- горизонтальное положение больного;
- спазмолитики (дротаверин в/м);
- экстренная госпитализация (транспортировка на носилках, в пути контроль за состоянием).

Задача 12

Вызов фельдшера скорой помощи на дом к мужчине 60 лет, находящемуся без сознания. Со слов жены за несколько часов до потери сознания жаловался на сильную головную боль, головокружение, тошноту, рвоту. Накануне было застолье с употреблением алкоголя. В анамнезе – гипертоническая болезнь, систематически не лечился.

Объективно: неконтактен, речь отсутствует. Гиперемия лица, зрачки расширены с обоих сторон, равны, реакция на свет отсутствует, психомоторное возбуждение. АД 280/120 мм рт. ст., пульс 120 ударов в минуту, дыхание шумное, глубокое с периодами апноэ до 5-10 сек.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз, обоснуйте его.
2. Определите тактику фельдшера.

Эталон ответа:

1. Диагноз: Острое нарушение мозгового кровообращения (геморрагический инсульт).

Обоснование: Диагноз поставлен на данных анамнеза: гипертоническая болезнь, употребление алкоголя, внезапное начало, степень неврологических нарушений.

2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- коррекция деятельности сердечно-сосудистой системы в первую очередь направлена на контроль артериального давления. АД снижается на 15-20% от исходного АД. Следует избегать редкого снижения АД во избежание развития синдрома обкрадывания. Гипотензивная терапия включает в себя применение бета адреноблокаторов (анаприлин, атенолол), или блокаторов кальциевых каналов (как краткосрочного действия – нифедипин, так и пролонгированных – амлодипин), диуретиков (фуросемид), при необходимости – ингибиторов АПФ (каптоприл, эналаприл). При невозможности или неэффективности перорального приема препараты вводят внутривенно капельно под контролем артериального давления.
- контроль за функцией органов дыхания включает обеспечение проходимости дыхательных путей туалет полости рта и носа, удаление секрета и рвотных масс из верхних дыхательных путей при помощи отсоса. Возможны интубация и перевод пациента на искусственную вентиляцию легких.
- ввести реланиум с целью купирования психомоторного возбуждения;
- госпитализировать на носилках в неврологический стационар.

Задача 13

Вызов фельдшера скорой помощи к мужчине 40 лет, находящемуся в бессознательном состоянии. Из анамнеза известно (со слов жены), что пациент 2 дня назад упал и ударился головой, была кратковременная потеря сознания. В течение этих 2-ух дней, кроме головных болей, его ничего не беспокоило. После подъема тяжести у пациента появилась рвота и он потерял сознание.

Объективно: пациент без сознания, АД 120/70 мм рт.ст, брадикардия, расширение зрачка справа, парез конвергенции, нистагм. Слева гемипарез и патологические рефлексы: Бабинского и Оппенгейма. Отмечается ригидность затылочных мышц.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз, обоснуйте его.
2. Определите тактику фельдшера.

Эталон ответа:

1. Диагноз: Закрытая черепно-мозговая травма. Сдавление головного мозга.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- воротник Шанца;
- санация ротоглотки, воздуховод;
- оксигенотерапия;
- стабильное боковое положение (профилактика аспирации рвотными массами);
- сердечно-легочная реанимация по показаниям;
- экстренная доставка в многопрофильный стационар (в реанимационное отделение), на носилках.

Задача 14

Фельдшер школы вызван в класс к пациенту 18 лет, страдающему инсулинзависимым сахарным диабетом. Со слов одноклассников несколько минут назад он пожаловался на чувство голода, дрожь, потливость, затем потерял сознание. Объективно: пациент без сознания, открывает глаза в ответ на болевые раздражители.

Кожа бледная, влажная. Гипертонус мышц. Зрачки расширенные. Дыхание нормальное. Пульс 100 уд/мин. АД 130/90 мм рт.ст.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз, обоснуйте его.
2. Определите тактику фельдшера.

Эталоны ответов:

1. Диагноз: СД1, декомпенсация. Гипогликемическая кома.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- оценить состояние пациента для определения дальнейшей тактики;
- придать пациенту устойчивое боковое положение для профилактики западения языка, асфиксии и аспирации масс;
- произвести ревизию ротовой полости для извлечения остатков пищи, предотвращения асфиксии;
- ввести в/в 60-80 мл 40% раствора глюкозы (не более 100 мл) для повышения уровня сахара в крови.
- ввести при отсутствии эффекта 400-600 мл 5% глюкозы без инсулина в/в и 40 мг лазикса в/м для борьбы с отеком мозга;
- установить причину гипогликемии;
- госпитализация.

Задача 15

Вы работаете фельдшером скорой помощи. Прохожий останавливает вашу машину, едущую с вызова. На обочине дороги лежит мужчина средних лет, без сознания.

Объективно: неконтактен, речь отсутствует, болевая реакция сохранена. На лице множественные ушибленные рваные раны, в лобной части подкожная гематома. На волосистой части головы, в затылочной области, подкожная гематома без повреждения кожных покровов. Левый зрачок немного шире, чем правый. АД 80/60 мм рт. ст., пульс 64 уд/мин., дыхание поверхностное, учащенное, ЧДД 26 в минуту.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз, обоснуйте его.
2. Определите тактику фельдшера.

Эталоны ответов:

1.Диагноз: Открытая черепно-мозговая травма (ушиб головного мозга).

2.Основание: данные объективного смотра: нарушение сознания, ранение головы, нарушение сердечной и дыхательной деятельности (гипотония и одышка).

*3.*Алгоритм оказания неотложной помощи:

- ввести гормоны (преднизолон, дексаметазон) в/в для стимуляции сердечной и дыхательной деятельности, и снижения внутричерепного давления; при отсутствии гормонов ввести аналептики (кордиамин и кофеин);
- наложение асептической повязки на область ран с предварительной обработкой 3% раствором перекиси водорода;
- убедиться в проходимости верхних дыхательных путей, при необходимости очистить ротовую полость от слизи и зубных протезов и установить воздуховод;
- транспортировать на носилках в травматологию (нейрохирургический стационар при его наличии).

Задача 16

Вызов фельдшера скорой помощи на дом к мужчине 35 лет в связи с повторяющимися приступами судорог. Выяснено, что с 18 лет страдает эпизодически возникающими приступами с потерей сознания и тонико-клоническими судорогами в

конечностях, продолжающимися в течение нескольких минут. Рекомендованные врачами лекарственные средства принимает нерегулярно. После бессонной ночи развились потеря сознания и клонические судороги в конечностях. По окончании приступа полного восстановления сознания не произошло, а возникла целая серия подобных припадков. При обследовании вне приступа сознание нарушено, контакт с больным отсутствует, симптомов раздражения мозговых оболочек нет, зрачки симметричные, их реакция на свет и корнеальные рефлексы сохранены, тонус мышц конечностей низкий, сухожильные рефлексы низкие, патологических рефлексов нет.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз, обоснуйте его.
2. Определите тактику фельдшера.

Эталон ответа:

1. Диагноз: Эпилептический статус.
2. Алгоритм неотложной помощи:

- в/в медленно диазепам (сибазон,реланиум,седуксен) – 0,5% - 2,0
- кислород
- в/в барбитураты (тиопентал натрия или гексенал).

Задача 17

На фельдшерский пункт с улицы доставлен пациент без сознания. Неопрятен, на одежде следы рвотных масс, запах алкоголя и мочи. В контакт не вступает, на болевые раздражители реагирует хаотичными движениями. Лицо пастозное, симметричное. Видимых повреждений головы и шеи не выявлено. Кожные покровы бледные. Тоны сердца ритмичные. ЧСС 90 уд/мин. АД 90/60 мм рт.ст. ЧДД 26 уд/мин. Температура тела- 36º. Зрачки симметричные, слегка сужены, реакция на свет снижена. Мышечный тонус равномерно снижен, сухожильные рефлексы сохранены, низкие.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз, обоснуйте его.
2. Определите тактику фельдшера.

Эталоны ответов:

1. Диагноз: Алкогольная кома.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

- оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;
- венозный доступ;
- начать инфузионную терапию (реополиглюкин и полиглюкин, 0,9% раствор хлорида натрия, 5% раствор глюкозы, 4% раствор соды, гемодез, витамины В1, В6 в/в капельно) для выведения всосавшегося алкоголя из органов и тканей;
- ввести в/в струйно лазикс 4-6 мл;
- преднизолон 120-150 мг для борьбы с отеком мозга;
- провести оксигенотерапию для борьбы с гипоксией мозга;
- госпитализировать больного в токсикологическое или реанимационное отделение. Во время транспортировки проводить профилактику асфиксии (аспирации рвотных масс, западения языка).

Задача 18

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

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

Задание:

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

Эталоны ответа:

1. Диагноз: ГБ. Гипертонический криз, осложненный отеком легких.
2. Алгоритм неотложной помощи:

- обеспечить положение сидя с опущенными ногами для уменьшения притока венозной крови к сердцу, создать абсолютный покой, освободить от стесняющей одежды для улучшения условий дыхания;
- очистить ротовую полость от пены и слизи, с целью удаления механических препятствий прохождению воздуха;
- обеспечить ингаляцию увлажненного кислорода через пары этилового спирта с целью улучшения условий оксигенации и профилактики пенообразования;
- наложение венозных жгутов на конечности с целью депонирования крови;
- обеспечить контроль за состоянием пациента (АД, пульс, ЧДД);
- в/в морфин, нитроглицерин, фуросемид.

Задача 19

К пациенту, находящемуся на ночном дежурстве на заводе, ночью была вызвана бригада скорой помощи. Пациента беспокоили боли в области сердца сжимающего характера и отдающие в левую руку, чувство стеснения в груди.

Задание:

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

Эталон ответа:

1. Диагноз: ИБС. Стенокардия напряжения.
2. Алгоритм неотложной помощи:

- усадить, успокоить пациента, с целью снятия нервного напряжения для создания комфорта;
- расстегнуть стесняющую одежду;
- зафиксировать ЭКГ;
- дать таблетку нитроглицерина под язык с целью уменьшения потребности миокарда в кислороде за счет периферической вазодилятации под контролем АД;
- дать таблетку аспирина 0,5 с целью уменьшения агрегации тромбоцитов;
- обеспечить доступ свежего воздуха для улучшения оксигенации;
- обеспечить контроль за состоянием пациента (АД, пульс, ЧДД);
- госпитализировать в терапевтическое отделение, так как пациент находится на рабочем месте.

Задача 20

В приемное отделение больницы скорой помощи поступил пациент 55 лет. После физической нагрузки возникли сильные сжимающие боли за грудиной с иррадиацией по всей грудной клетке, которые делятся 1,5 часа. Принимал валидол, корвалол без эффекта.

Объективно: состояние тяжелое, пациент мечется от боли, возбужден, кожные покровы бледные, покрытые каплями пота, пульс 100 в 1 мин., аритмичный, удовлетворительного наполнения, АД 110/70 мм рт. ст.

Задание:

1. Сформулируйте предварительный диагноз и обоснуйте его.
2. Составьте алгоритм действий фельдшера.

Эталон ответа:

1.Диагноз: ИБС. Острый инфаркт миокарда.

Обоснование:характерный приступ болей за грудиной;поведение пациента; изменение кожных покровов и пульса.

3. Алгоритм неотложной помощи:

- придать пациенту удобное положение лежа на кушетке с целью уменьшения боли;
- обеспечить доступ свежего воздуха или оксигенотерапию с целью уменьшения гипоксии;
- обеспечить прием нитроглицерина под язык трижды через 5-10 мин с целью расширения коронарных сосудов (под контролем АД), прием аспирина 250 мг с целью уменьшения агрегации тромбоцито, клопидогрель 300 мг разжевать, обзидан (анаприлин) 40 мг;
- морфин 1%-1,0 в/в медленно, дробно для адекватного обезболивания, гепарин с целью профилактики повторных тромбов и улучшения микроциркуляции;
- снять ЭКГ;
- обеспечить транспортировку пациента в положении лёжа в реанимационное отделение.

Задача 21

У мальчика 9 лет в школе внезапно развился приступ, сопровождавшийся сухим мучительным кашлем, одышкой, шумным дыханием с преимущественным затруднением выдоха. В анамнезе частые ОРВИ, гайморит, аденоидит.

Объективно: ребенок напуган, лицо одутловатое,склеры инъецированы, акроцианоз, перкуторно над легкими звук с коробочным оттенком, дыхание легких ослаблено, масса сухих свистящих хрипов.

Задание:

1. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его.
2. Составьте алгоритм неотложной помощи на догоспитальном этапе.

Эталон ответа:

1. Диагноз: Острый обструктивный бронхит.
2. Алгоритм неотложной помощи:

- пациента усадить;
- ингаляция беродуала через небулайзер;
- при неэффективности – преднизолон или дексаметазон 1-2 мг/кг в/в или в/м;
- оксигенотерапия;
- транспортировка в детское отделение.

Задача 22

Вызов скорой помощи в 4 часа утра к мальчику 4 лет. Жалобы: повышение температуры до 38,5С, насморк, «лающий» кашель, осиплость голоса, затрудненное, шумное дыхание. Из анамнеза известно, что ребенок заболел остро, накануне. Заболевание началось с лихорадки, сухого кашля, насморка, ухудшения самочувствия. До настоящего времени ребенок рос и развивался соответственно возрасту. Острыми заболеваниями болел не более 2-3 раз в год. В 1,5 года перенес обструктивный бронхит. На первом году жизни страдал пищевой аллергией в виде атопического дерматита. На диспансерном учете не состоит. Организованный коллектив не посещает.

При осмотре: ребенок возбужден. Кожа чистая, на лице румянец. Слизистые чистые, зев гиперемирован. Периодически появляется цианоз носогубного треугольника. Небные миндалины II степени. Из носовых ходов серозное отделяемое. Дыхание затруднено, шумное, вдох слышен на расстоянии, отмечается «лающий» кашель, осиплость голоса. Выраженноеучастие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, западение уступчивых мест грудной клетки. Тоны сердца громкие, ритмичные, шумов нет. ЧД 35 в минуту. ЧСС 126 уд/мин. АД 85/45 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненности нет. Печень +1см из-под края реберной дуги.

Задание:

1. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его.
2. Составьте алгоритм неотложной помощи на догоспитальном этапе.

Эталон ответа:

1. Диагноз: ОРВИ. Стенозирующий ларинготрахеит. Стеноз II ст.
2. Терапия:

- адреналин 0,1% через небулайзер 100мг/кг;
- дексаметазон 0,2-04 мг/кг в/в или в/м;
- госпитализация экстренная в специализированное инфекционное отделение, а при сохранении тяжести крупа – в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Задача 23

Вызов скорой помощи. Девочка 5 лет заболела внезапно. После укуса осы в кисть правой руки появилось резкое беспокойство, отек правой руки. Состояние ребенка крайне тяжелое, сознание затемнено. Кожные покровы бледные, акроцианоз. В месте укуса отмечается волдырь. Дыхание поверхностное, выражена одышка. Пульс слабый 140 ударов в минуту.

Задание:

1. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его.
2. Составьте алгоритм неотложной помощи на догоспитальном этапе.

Эталон ответа:

1.Диагноз: Анафилактический шок на укус осы.

2.Алгоритм неотложной помощи:

- доступ к вене.
- уложить ребенка горизонтально, приподнять ноги, зафиксировать язык, голову повернуть набок.
- 0,1% р-р адреналина гидрохлорида 0,1 мл/год жизни в/в струйно каждые 5 минут (следить за АД, пульсом) или в/м в корень языка;
- восполнение ОЦК: глюкозо-солевые р-ры (10% р-р глюкозы, Рингер, Диссоль и др.) в/в струйно до стабилизации АД, затем капельно 10 мл/кг.
- при падении АД (шок 1 степени) – в/в капельно со скоростью 5-15 мг/кг/мин добутамина гидрохлорида; при шоке 2 степени – в/в капельно со скоростью 5-15 мг/кг/мин добутамина гидрохлорида и р-р адреналина гидрохлорида 0,1% 0,1 мг/кг/час (0,05 мл на год жизни - разовая доза).
- предпочтительнее 0,4% р-р дексаметазона (в 1 мл - 4 мг) в расчете по преднизолону (1:4) либо 3% р-р преднизолона 5-10 мг/кг (в 1 мл - 30 мг) в/в.
- при бронхоспазме ингаляции ГКС и β2 адреномиметиков (беротек, беродуал) 1-2 дозы или 2,4% р-р эуфиллина 4 мг/кг в/в.
- кислородотерапия, ИВЛ, СЛР про необходимости.

Задача 24

Вызов бригады скорой помощи в детский сад. У девочки 4 лет во время обеда внезапно появился сухой, навязчивый кашель и одышка.

Выявлено, что ребенок никакими бронхолегочными заболеваниями не страдает.

В момент осмотра ребенок в сознании, беспокойный, вдох резко затруднен. Над легкими перкуторный звук не изменен, дыхание поверхностное, равномерно проводится с обеих сторон. Тоны сердца ритмичные, звучные. Частота пульса 100 в 1 минуту, артериальное давление 95/55 мм рт. ст.

Во время осмотра состояние девочки резко ухудшилось, вдох стал прерывистым, быстро нарастал цианоз. Инородного тело в ротоглотке не видно.

Задание:

1. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его.
2. Составьте алгоритм неотложной помощи на догоспитальном этапе.

Эталон ответа:

1. Диагноз: инородное тело верхних дыхательных путей.
2. Алгоритм неотложной помощи:

- попытка удаление инородного тела (прием Геймлиха, поскольку инородное тело не было видно при первичном осмотре): ребенка посадить на колени или уложить на бок, затем положить свою левую ладонь на область эпигастрия, а правым кулаком нанести несколько (5-7) резких толчков, направленных через диафрагму вверх в грудную полость. Если инородное тела не было удалено при кашле, повторно осмотреть ротоглотку. В случае обнаружения, при этом, инородного тела попытаться его удалить.
- при неэфффективности попытки удаления инородного тела – кислород 100% через маску. Если ребёнок потерял сознание – СЛР, проведение эндотрахеальной интубации (трубка 4,5-5,5 мм).
- катетеризация вены.
- преднизолон 30-60 мг(2-3 мг/кг) в/в.
- экстренная госпитализация в ЛОР-отделение с продолжением кислородотерапии.
- если ребёнок в сознании транспортировка в положении сидя. Предусмотреть возможность проведения ИВЛ. Если без сознания – ИВЛ.

Задача 25

Вызов скорой помощи к 9 месячному ребенку. Жалобы мамы на повышение температуры до 39,8°С, выраженную бледность кожных покровов, похолодание конечностей, вялость. Масса тела при рождении была 3400г.

Задание:

1. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его.
2. Составьте алгоритм неотложной помощи на догоспитальном этапе.

Эталон ответа:

1.Диагноз: «Бледная» лихорадка.

2.Алгоритм неотложной помощи:

- согреть ребенка (грелки к рукам и ногам)
- внутрь обильное горячее питье (100 мл температурой 38°С).
- в/м сосудорасширяющий препарат: но-шпа 0,1 мл/год жизни, папаверин 2% 0,1 мл/год жизни.
- анальгин в/м 0,1 на год жизни.
- внутрь сироп парацетамола или свечи с парацетамолом, если кожные покровы порозовели и стали теплыми – физические методы охлаждения.
- при отсутствии эффекта от терапии в течение часа, госпитализация ребенка в детское отделение.

Задача 26

Фельдшер проводит женщине 30 лет промывание желудка. В момент введения зонда пациентка резко побледнела и потеряла сознание.

Объективно: сознания нет. Пульса на сонной артерии нет. Зрачки широкие, на свет не реагируют. Дыхания нет. Кожные покровы бледные.

Задания:

1. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его.
2. Составьте план оказания неотложной помощи в данной ситуации.

Эталон ответа:

1.Диагноз: рефлекторная остановка сердца. Клиническая смерть.

2.Алгоритм неотложной помощи:

- удалить зонд
- пациентку уложить на твердую поверхность
- под плечи поместить валик для предотвращения западения языка, возникшего из-за отсутствия мышечного тонуса
- начать проводить СЛР (30:2) по стандарту.

Задача 27

Женщина, придя домой вечером с работы, обнаружила на диване мужа без сознания и вызвала бригаду «Скорой помощи». Прибывший фельдшер отметил: дыхание шумное, с хрипами, слышимыми на расстоянии, пульс редкий, слабый, миоз, гипергидроз, гиперсаливация. Окна в комнате закрыты, имеется непиятный запах, на подоконнике флакон с аэрозолем хлорофоса.

Задания:

1. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его.
2. Составьте план оказания неотложной помощи в данной ситуации.

Эталон ответа:

1. Диагноз: отравление фосфорорганическим веществом (хлорофос).
2. Алгоритм неотложной помощи:

- при попадании яда через рот – промывание желудка с последующим введением энтеросорбента (активированного угля по 20-40 г и др.- в виде водной взвеси через рот или зонд).
- после промывания желудка: раствор атропина 0,1% внутривенно – по 3-5 мл повторно до прекращения бронхореи и появления сухости во рту.
- при судорогах: раствор сибазона (седуксена) 0,5% - 2-4 мл в/м.
- при параличе дыхания – искусственная вентиляция легких, при коллапсе.
- экстренная госпитализация.

Задача 28

Вызов бригады «Скорой помощи» в гараж, в котором обнаружен автомобиль с работающим двигателем, на заднем сиденье которого находится мужчина. Объективно: на коже лица алые пятна, сознание отсутствует, дыхание 5 в 1 минуту, пульс нитевидный, АД 75/30 мм рт.ст., Т 37,8º С.

Задания:

1. Сформулируйте предположительный диагноз и обоснуйте его.
2. Составьте план оказания неотложной помощи в данной ситуации.

Эталон ответа:

1. Диагноз: отравление окисью углерода.
2. Алгоритм неотложной помощи:

- эвакуация пострадавшего из зоны загрязненного газом воздуха.

- первые три часа пострадавшему необходимы высокие концентрации кислорода (75-80 %, 6-10 л/мин) с последующим снижением до 40-50 %.

- при острых явлениях бронхоспазма – ингаляция (бета2 -агонистов (сальбутамол, вентолин) 2-3 мг через ингалятор в течение 5-10 мин или комбинированных бронхолитиков (беродуал 1-2 мл).

- в качестве антидотной терапии при отравлении окисью углерода рекомендуется препарат ацизол внутримышечно в дозе 60 мг (1 мл 6% раствора), повторное введение 60 мг допускается не ранее чем через один час.

- в первый час интоксикации при наличии цианоза внутривенно вводят 20-30 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты с 20-50 мл 40% раствора глюкозы.

Задача 29

Фельдшер СМП вызван к мужчине 60 лет с жалобами на схваткообразные боли в животе, неоднократную рвоту кишечным содержимым через каждые 15 минут (рвота сопровождается икотой и мучительной отрыжкой), неотхождение стула и газов. Заболел 3 часа назад.

Объективно: пульс 60 уд/мин, АД 100/70 мм рт.ст. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот вздут неравномерно, увеличена больше левая половина, на глаз видна перестальтика кишечника. При пальпации живота определяется разлитая болезненность.

Из анамнеза: в течение последних 2 лет больного беспокоили запоры, тенезмы, кал имел лентовидную форму, в кале обнаруживалась периодически алая кровь.

Задания:

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

<u>Эталон ответа:</u>

1. Диагноз: Острая кишечная непроходимость. Рак прямой кишки?

   Алгоритм неотложной помощи:

   - оценить состояние пациента для определения лечебной тактики;

   - холод на живот;

   - экстренная госпитализация в хирургическое отделение, транспортировка на носилках под контролем состояния.

Задача 30

Вызов СМП к женщине, которая жалуется на боли в правой подвздошной области. Рвоты не было, но беспокоит чувство тошноты. Боли постоянного характера без иррадиации. Температура $37,5^0$ С. Беспокоит в течение нескольких часов.

Объективно: язык слегка обложен, суховат, живот в правой подвздошной области болезненный, брюшная стенка в этой области напряжена, положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Ситковского и Образцова.

Задания:

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

<u>Эталон ответа:</u>

1. Диагноз: Острый аппендицит.

   Алгоритм неотложной помощи:

   - вызвать СМП;

- уложить пациента, приложить холод на область живота;
- машиной СМП осуществить экстренную транспортировку пациентки в хирургическое отделение.

6. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ЗАЧЕТА

6.1. Критерии оценки по производственной практике к дифференцированному зачету

При определении оценки необходимо исходить из следующих критериев:

- сумма знаний, которыми обладает студент (теоретический компонент – системность знаний, их полнота, достаточность, действенность знаний, прочность, глубина и др. критерии оценки);
- понимание сущности педагогических явлений и процессов и их взаимозависимостей;
- умение видеть основные проблемы (теоретические, практические), причины их возникновения;
- умение теоретически обосновывать возможные пути решения существующих проблем (теории и практики).

Комплект документов полный, все документы подписаны и 8-10 (отлично) 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. На задачу ответил в полном объёме.	Отлично
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 уверено 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. На задачу ответил в полном объёме, но немного был не уверенным.	Хорошо
Комплект документов полный, но некоторые документы не подписаны или заверены недолжным образом. Цель практики выполнена частично: недостаточно отработаны и применены на практике три и менее профессиональные компетенции (кратко представлены некоторые примеры и результаты деятельности без комментариев представителей организации, которые оцениваются экспертным образом). Высказаны критические замечания от представителей организации, а работа студента оценена на «удовлетворительно». Студент отвечал неполно, неуверенно прокомментировал отчет по практике. Отчет по практике представлен в срок, однако имеются существенные дефекты в соответствии отчета стандарту подготовки, что свидетельствует о недостаточной сформированности у	удовлетворительно

студента надлежащих компетенций. На задачу ответил частично.	
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 на экзамене. Отчет по практике представлен в срок, однако является неполным и не соответствует стандарту подготовки, что свидетельствует о несформированности у студента надлежащих компетенций. В задаче ошибки.	
Студент практику не прошел по неуважительной причине. Студент не представил отчётных документов.	Не удовлетвори-тельно
Результаты объявляются в день проведения зачета	

6.2. Критерии оценки квалификационного экзамена

№ п/п	Общие компетенции	Максимум баллов
1	Диагностика состояния проведена правильно, диагноз правильно сформулирован	15 баллов
2	Тактика оказания помощи выбрана правильно, соответствует поставленному диагнозу	15баллов
3	Лечебные вмешательства выбраны точно в соответствии с алгоритмом	15баллов
Подготовка к выполнению лечебного вмешательства в соответствии с требованиями	Соблюдение инфекционной безопасности при подготовке к манипуляции в соответствии с нормативными документами: - правильность и своевременность обработки рук - своевременность и обоснованность применения индивидуальных средств защиты	5 баллов
	Подготовка рабочего места в соответствии с требованиями стандарта: - рациональность организации рабочего места в соответствии с требованиями охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности - правильность и обоснованность выбора лекарственных средств, медицинского оборудования и изделий медицинского назначения с учетом технологии сестринской манипуляции	5 баллов
	Подготовка пациента к манипуляции в соответствии с требованиями: - оптимальность выбора форм общения с пациентом на основе принципов профессиональной этики и деонтологии; - доступность представленной пациенту информации по подготовке к манипуляции; - получение информированного добровольного согласия пациента на проведение манипуляции; - правильность придания пациенту необходимого положения для проведения манипуляции;	5 баллов
Выполнение манипуляции в соответствии с требованиями	Соблюдение инфекционной безопасности при выполнении манипуляции в соответствии с нормативными документами.	10 баллов
	Соблюдение технологии выполнения манипуляции в соответствии со стандартом	15 баллов
Завершение выполнения манипуляции в соответствии с требованиями	Осуществление контроля за состоянием пациента в соответствии с требованиями:	5 баллов
	Проверена эффективность результатов	5 баллов
	Правильно избран вид транспортировки, заполнена медицинская документация в соответствии с требованиями.	5 баллов
Результаты объявляются в день проведения экзамена		

Профессиональный модуль освоен – 70 баллов.

Профессиональный модуль не освоен – 69 баллов и менее.

Приложение 1

ШАБЛОН БИЛЕТА ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО ЗАЧЕТА

Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение
«Саткинский медицинский колледж»

ДИФФЕРЕНЦИРВОАННЫЙ ЗАЧЕТ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКЕ ДИСЦИПЛИНЫ
ПМ. 05 ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЭКСТРЕННОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ ФОРМАХ, В ТОМ ЧИСЛЕ ВНЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Специальность: 31.02.01 «Лечебное дело»

Билет № 1

Оцениваемые компетенции: ОК 01, 02, 04, 05, 06, 07, 09. ВД 5. ПК 5.1, 5.2, 5.3
Условия выполнения: внимательно прочитайте задание, оно выполняется в кабинете доклинической практики на муляже или фантоме. Можете использовать учебные таблицы.
Время выполнения задания – 20 минут.

1. Фельдшер заводского здравпункта осматривает рабочего, который попал в зону действия робототехнических устройств с пространственно движущимися выносными элементами и получил ранение живота.
   Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные. АД 80/50 мм рт.ст., Пульс 120 уд/мин слабого наполнения. На передней брюшной стенке в левой подвздошно-паховой области имеется рана длиной 8 см, из которой выступает петля тонкой кишки, струйкой поступает кровь.
   Задания:
   1) Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
   2) Составьте алгоритм неотложной помощи о обоснуйте каждый этап.

2. Расскажите тактику при возникновении аварийной ситуации (укол иглой, порез и т.п.).

Подпись преподавателя _____

Приложение 2

ШАБЛОН БИЛЕТА ДЛЯ КВАЛИФИКАЦИОННОГО ЭКЗАМЕНА

Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение
«Саткинский медицинский колледж»

ВКАЛИФИКАЦТОННЫЙ ЭКЗАМЕН
ДИСЦИПЛИНЫ
ПМ. 05 ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЭКСТРЕННОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ ФОРМАХ, В ТОМ ЧИСЛЕ ВНЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Специальность: 31.02.01 «Лечебное дело»

Билет № 1

Оцениваемые компетенции: ОК 01, 02, 04, 05, 06, 07, 09. ВД 5. ПК 5.1, 5.2, 5.3
Условия выполнения: внимательно прочитайте задание, оно выполняется в кабинете доклинической практики на муляже или фантоме. Можете использовать учебные таблицы.
Время выполнения задания – 20 минут.

1. Фельдшер СМП был вызван на дом к мужчине 25 лет, который жалуется на резкую боль в правой половине грудной клетке, одышку в состоянии покоя, сердцебиение, сухой кашель, это состояние развилось резко после подъема тяжести. До этого в течение 2-х месяцев больной отмечал плохой аппетит, резкое похудание, выраженную слабость, быструю утомляемость, потливость (особенно по ночам), кашель с выделением небольшого количества слизистой мокроты, по вечерам повышение температуры до 37,2-37,4^0 С. Пациент состоял на учете в туберкулезном диспансере.
   Объективно: кожные покровы бледные. Пациент пониженного питания.
   Отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания. При аускультации справа дыхание резко ослаблено. ЧДД 32 в минуту. Пульс 100 уд/мин. АД 90/60 мм рт.ст.
   Задание:

1) Определите неотложное состояние, резвившееся у пациента.
2) Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.

2. Мезатон (показания, противопоказания, дозировка).

Подпись преподавателя _____

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

Основные источники:

1. Вёрткин, А. Л., Алексанян Л. А., М. В. Балабанова и др.; под ред. А. Л. Вёрткина. Неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе («лечебное дело» по ПМ03, МДК03.01 «дифференциальная диагностикаи оказание неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе»: учебник / - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019.
2. Неотложная доврачебная медицинская помощь [Электронный ресурс]: учеб. пособие / Красильникова И. М., Моисеева Е. Г. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970433379.html
3. Оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи при неотложных и экстремальных состояниях: учебник / И. П. Левчук, С. Л. Соков, А. В. Курочка, А. П. Назаров. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 288 с.
4. Основы реаниматологии [Электронный ресурс]: учебник / Сумин С.А., Окунская Т.В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970433645.htm
5. Отвагина, Т. В. Неотложная медицинская помощь : учебное пособие / Отвагина Т. В. - Ростов н/Д : Феникс, 2020. - 252 с.
6. Сборник ситуационных клинических задач для фельдшеров : учебное пособие. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 88 с.

Дополнительные источники:

7. Красильникова И. М., Моисеева Е. Неотложная доврачебная медицинская помощь [Электронный ресурс]: учеб. пособие / Г. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970433379.htm
8. Левчук И.П., Соков С.Л., Курочка А.В., Назаров А.П., Оказание первичной доврачебной медико-санитарной помощи при неотложных и экстремальных состояниях [Электронный ресурс]: учеб. для мед. колледжей и училищ / - М.: ГЭОТАР-Медиа,2017. - http://www.medcollegelib.ru/book/ISBN9785970435854.html

Интернет-ресурсы:

1. http://fgou-vunmc.ru ГОУ «ВУНМЦ РОСЗДРАВА» — Всероссийский учебно-научно-методический центр по непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию.
2. http://mon.gov.ru Министерство образования и науки Российской Федерации
3. http://rospotrebnadzor.ru Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.
4. http://www.74.rospotrebnadzor.ru Управление Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Челябинской области.
5. http://www.consultant.ru Система «Консультант» - законодательство РФ: кодексы, законы, указы, постановления Правительства Российской Федерации, нормативные акты.
6. http://www.mednet.ru Федеральное государственное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации» (ФГУ «ЦНИИОИЗ Минздравсоцразвития РФ»).
7. http://www.minobr74.ru Министерство образования и науки Челябинской области.
8. http://www.minzdravsoc.ru Министерство здравоохранения и социального развития РФ.
9. http://www.zdrav74.ru Министерство здравоохранения Челябинской области.