

**БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА - ЮГРЫ  
«Сургутский государственный университет»**

СОГЛАСОВАНО:  
Заместитель руководителя  
по медицинской части  
БУ «Сургутская городская  
клиническая станция  
скорой медицинской помощи»  
\_\_\_\_\_ Ю.М. Салманов

«15» июня 2022 г.

УТВЕРЖДАЮ:  
Проректор по учебно-методической работе  
\_\_\_\_\_ Е.В. Коновалова  
«16» июня 2022 г.

Медицинский колледж

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО МОДУЛЯ**

**ПМ.03. НЕОТЛОЖНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ  
НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

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

УП.03 Учебная практика

ПП.03 Производственная практика

Специальность \_\_\_\_\_ **31.02.01 Лечебное дело** \_\_\_\_\_

Программа \_\_\_\_\_ **углубленная** \_\_\_\_\_  
подготовки \_\_\_\_\_

Форма обучения \_\_\_\_\_ **очная** \_\_\_\_\_

Сургут, 2022 г.

Фонд оценочных средств разработан на основе Федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.01 Лечебное дело, утвержденного Министерством образования и науки Российской Федерации Приказ от 12 мая 2014 г. г. № 514.

Разработчики:

Аджимавов И.Р., преподаватель

Ф.И.О., ученая степень, звание, должность

Салманов Ю.М., заместитель руководителя по медицинской части БУ «Сургутская городская клиническая станция скорой медицинской помощи»

Ф.И.О., должность, место работы

Фонд оценочных средств рассмотрен и одобрен на заседании МО «Лечебное дело» «07» апреля 2022 года, протокол № 2

Председатель МО \_\_\_\_\_ Кравченко Т.Э., преподаватель

Ф.И.О., ученая степень, звание, должность

Фонд оценочных средств рассмотрен и одобрен на заседании учебно-методического совета медицинского колледжа «12» мая 2022 года, протокол № 6

Директор Медицинского колледжа \_\_\_\_\_ Бубович Е.В., к.м.н., доцент

Ф.И.О., ученая степень, звание, должность

## **СОДЕРЖАНИЕ**

1. Паспорт фонда оценочных средств
2. Результаты освоения профессионального модуля, подлежащие проверке
3. Оценка освоения междисциплинарного(ых) курса(ов)
4. Оценка освоения профессионального модуля
5. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений и навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

## 1. Паспорт фонда оценочных средств

Результатом освоения профессионального модуля 03 «Неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе» является готовность обучающегося к выполнению вида профессиональной деятельности, владение предусмотренным ФГОС СПО по специальности 31.02.01 Лечебное дело (углубленная подготовка) практическим опытом, умениями, знаниями, которые формируют профессиональные и общие компетенции:

### 1. Иметь практический опыт:

- ПО1-проведения клинического обследования при неотложных состояниях на догоспитальном этапе;
- ПО2-определения тяжести состояния пациента и имеющегося ведущего синдрома;
- ПО3-проведения дифференциальной диагностики заболеваний;
- ПО4-работы с портативной диагностической и реанимационной аппаратурой;
- ПО5-оказания посиндромной неотложной медицинской помощи;
- ПО6-определения показаний к госпитализации и осуществления транспортировки пациента;
- ПО7-оказания экстренной медицинской помощи при различных видах повреждений;

### 2. Уметь:

- У1-проводить обследование пациента при неотложных состояниях на догоспитальном этапе;
- У2-определять тяжесть состояния пациента;
- У3-выделять ведущий синдром;
- У4-проводить дифференциальную диагностику;
- У5-работать с портативной диагностической и реанимационной аппаратурой;
- У6-оказывать посиндромную неотложную медицинскую помощь;
- У7-оценивать эффективность оказания неотложной медицинской помощи;
- У8-проводить сердечно-легочную реанимацию;
- У9-контролировать основные параметры жизнедеятельности;
- У10-осуществлять фармакотерапию на догоспитальном этапе;
- У11-определять показания к госпитализации и осуществлять транспортировку пациента;
- У12-осуществлять мониторинг на всех этапах догоспитальной помощи;
- У13-организовывать работу команды по оказанию неотложной медицинской помощи пациентам;
- У14-обучать пациентов само- и взаимопомощи;
- У15-организовывать и проводить медицинскую сортировку, первую медицинскую, доврачебную помощь в чрезвычайных ситуациях;
- У16-пользоваться коллективными и индивидуальными средствами защиты;
- У17-оказывать экстренную медицинскую помощь при различных видах повреждений;
- У18-оказывать экстренную медицинскую помощь при различных видах повреждений в чрезвычайных ситуациях;

### 3. Знать:

- З1-этиологию и патогенез неотложных состояний;
- З2-основные параметры жизнедеятельности;
- З3-особенности диагностики неотложных состояний;
- З4-алгоритм действия фельдшера при возникновении неотложных состояний на догоспитальном этапе в соответствии со стандартами оказания скорой медицинской помощи;
- З5-принципы оказания неотложной медицинской помощи при терминальных состояниях на догоспитальном этапе;
- З6-принципы фармакотерапии при неотложных состояниях на догоспитальном этапе;
- З7-правила, принципы и виды транспортировки пациентов в лечебно-профилактическое учреждение;

38-правила заполнения медицинской документации;

39-принципы организации, задачи, силы и средства службы медицины катастроф и медицинской службы гражданской обороны;

310-классификацию чрезвычайных ситуаций, основные поражающие факторы и медико-тактическую характеристику природных и техногенных катастроф;

311-основы лечебно-эвакуационного обеспечения, пораженного населения в чрезвычайных ситуациях;

312-принципы обеспечения устойчивости объектов экономики, прогнозирования развития событий и оценки последствий при техногенных чрезвычайных ситуациях и стихийных;

313-основные санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия, проводимые при оказании неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе и в чрезвычайных ситуациях

<b>Код</b>	<b>Наименование результата обучения</b>
<b>Общие компетенции</b>	
ОК 1.	Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес
ОК 2.	Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество
ОК 3.	Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и принимать ответственность за них
ОК 4.	Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для выполнения возложенных на него профессиональных задач, а также для своего профессионального и личностного развития
ОК 5.	Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.
ОК 6.	Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.
ОК 7.	Брать ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий.
ОК 8.	Самостоятельно определять результаты профессионального и личностного развития, осознанно планировать и осуществлять повышение своей квалификации.
ОК 9.	Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности.
ОК 10.	Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.
ОК 11.	Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу, человеку.
ОК 12.	Организовывать рабочее место в соответствии с требованиями охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.
ОК 13.	Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.
<b>Профессиональные компетенции</b>	
ПК 3.1.	Проводить диагностику неотложных состояний.
ПК 3.2.	Определять тактику ведения пациента.

ПК 3.3.	Выполнять лечебные вмешательства по оказанию медицинской помощи на догоспитальном этапе.
ПК 3.4.	Проводить контроль эффективности проводимых мероприятий.
ПК 3.5.	Осуществлять контроль состояния пациента.
ПК 3.6.	Определять показания к госпитализации и проводить транспортировку пациента в стационар.
ПК 3.7.	Оформлять медицинскую документацию.
ПК 3.8.	Организовывать и оказывать неотложную медицинскую помощь пострадавшим в чрезвычайных ситуациях.

**Форма аттестации по междисциплинарному курсу (МДК):** дифференцированный зачет.

**Форма аттестации по профессиональному модулю:** квалификационный экзамен.

## 2. Результаты освоения профессионального модуля, подлежащие проверке

В результате аттестации по профессиональному модулю осуществляется комплексная проверка следующих умений и знаний, а также динамика формирования общих и профессиональных компетенций, практического опыта:

Результаты обучения	Основные показатели оценки результата	Виды и формы контроля
Иметь практический опыт:		<p><b>Текущий контроль:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– устный опрос;</li> <li>– тестирование;</li> <li>– решение ситуационных задач;</li> <li>– выполнение практической работы;</li> <li>– выполнение самостоятельной работы</li> </ul> <p><b>Рубежный контроль:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– тестирование;</li> <li>– диагностическое тестирование</li> </ul> <p><b>Промежуточная аттестация:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– дифференцированный зачет по учебной практике;</li> <li>– дифференцированный зачет по производственной практике;</li> <li>– дифференцированный зачет по МДК.03.01;</li> <li>– квалификационный экзамен по профессиональному модулю</li> </ul>
ПО1. проведения клинического обследования при неотложных состояниях на догоспитальном этапе;	-в соответствии с результатами опроса и сбора анамнеза заболевания и жизни и statuspraesens формулирует предварительный диагноз и назначает дополнительные методы исследования в соответствии со стандартом по данному заболеванию -в полном объеме проводит физикальный осмотр статиста и его оценку, в соответствии общепринятой схемой	
ПО2. определения тяжести состояния пациента и имеющегося ведущего синдрома;	-определена тяжесть состояния пациента в соответствии с клиническими данными	
ПО3. проведения дифференциальной диагностики заболеваний;	-проводит дифференциальный диагноз с не менее чем с 3 заболеваниями	
ПО4. работы с портативной диагностической и реанимационной; аппаратурой;	-снимает ЭКГ, подключает кардиомонитор, кислород в соответствии	

	с алгоритмом	
ПО5. оказания посиндромной неотложной медицинской помощи;	-осуществляет назначение лекарственных препаратов в соответствии с ведущим синдромом у данного пациента в соответствии со стандартом и клиническими рекомендациями по данному заболеваниям	
ПО6. определения показаний к госпитализации и осуществления транспортировки пациента;	-определяет показания к госпитализации и виду транспортировки в соответствии со стандартом данного заболевания	
ПО7. оказания экстренной медицинской помощи при различных видах повреждений;	- в полном объеме оказывает экстренную медицинскую помощь при повреждении в соответствии со стандартом по данному повреждению	
Перечень умений, осваиваемых в рамках профессионального модуля		
У1. проводить обследование пациента при неотложных состояниях на догоспитальном этапе;	умение в полном объеме проводит физикальный осмотр пациента и его оценку, в соответствии общепринятой схемой	
У2. определять тяжесть состояния пациента;	умение определять тяжесть состояния пациента в соответствии с клиническими данными	
У3. выделять ведущий синдром;	умение выделить ведущего синдрома, в соответствии с клиническими данными	
У4.проводить дифференциальную диагностику;	умение проводит дифференциальный диагноз с не менее чем с 3 заболеваниями	
У5. работать с портативной диагностической и реанимационной аппаратурой;	умение снимать экг, подключает кардиомонитор, кислород в соответствии с алгоритмом	
У6. оказывать посиндромную неотложную медицинскую помощь;	умение осуществлять назначение лекарственных препаратов в	

	соответствии с ведущим синдромом у данного пациента в соответствии со стандартом и клиническими рекомендациями по данному заболеванию	
У7. оценивать эффективность оказания неотложной медицинской помощи;	умение оценивать эффективность оказания неотложной помощи в соответствии с клиническими данными	
У8. проводить сердечно-легочную реанимацию;	умение при наличии клинических показаний проводит сердечно-легочную реанимацию в соответствии с протоколом оказания слр	
У9. контролировать основные параметры жизнедеятельности;	умение контролировать появление пульса, самостоятельного дыхания, сознания при проведении слр	
У10. осуществлять фармакотерапию на догоспитальном этапе;	умение в соответствии с ведущим синдромом осуществляет фармакотерапию в соответствии со стандартом	
У11. определять показания к госпитализации и осуществлять транспортировку пациента;	умение определять показания к госпитализации и виду транспортировки в соответствии со стандартом данного заболевания	
У12. осуществлять мониторинг на всех этапах догоспитальной помощи;	умение осуществлять контроль витальных функций на всех этапах догоспитальной помощи	
У13. организовывать работу команды по оказанию неотложной медицинской помощи пациентам;	умение осуществлять взаимодействие членов команды при командном выполнении медицинской помощи на догоспитальном этапе	
У14. обучать пациентов само- и взаимопомощи;	умение составлять беседу по само – и взаимопомощи соответствует клиническим рекомендациям	



У15. организовывать и проводить медицинскую сортировку, первую медицинскую, доврачебную помощь в чрезвычайных ситуациях;	умение организовать сортировку по принципам сортировки при чрезвычайных ситуациях	
У16. пользоваться коллективными и индивидуальными средствами защиты;	умение утилизировать коллективные и индивидуальные средства защиты производится в соответствии с санпин	
У17. оказывать экстренную медицинскую помощь при различных видах повреждений;	умение оказание экстренной медицинской помощи при повреждениях в соответствии со стандартом	
У18. оказывать экстренную медицинскую помощь при различных видах повреждений в чрезвычайных ситуациях;	умение оказание экстренной медицинской помощи при повреждениях в соответствии с принципами оказания помощи при чрезвычайных ситуациях	
Перечень знаний, осваиваемых в рамках профессионального модуля		
31. этиологию и патогенез неотложных состояний;	знание этиологии и патогенеза неотложных состояний;	
32. основные параметры жизнедеятельности;	знание основных параметров жизнедеятельности;	
33. особенности диагностики неотложных состояний;	знание особенности диагностики неотложных состояний;	
34. алгоритм действия фельдшера при возникновении неотложных состояний на догоспитальном этапе в соответствии со стандартами оказания скорой медицинской помощи;	знание алгоритма действия фельдшера при возникновении неотложных состояний на догоспитальном этапе в соответствии со стандартами оказания скорой медицинской помощи;	
35. принципы оказания неотложной медицинской помощи при терминальных состояниях на догоспитальном этапе;	знание принципов оказания неотложной медицинской помощи при терминальных состояниях на догоспитальном этапе;	

36. принципы фармакотерапии при неотложных состояниях на догоспитальном этапе;	знание принципов фармакотерапии при неотложных состояниях на догоспитальном этапе;	
37. правила, принципы и виды транспортировки пациентов в лечебно-профилактическое учреждение;	знание правил, принципов и видов транспортировки пациентов в лечебно-профилактическое учреждение;	
38. правила заполнения медицинской документации;	знание правил заполнения медицинской документации;	
39. принципы организации, задачи, силы и средства службы медицины катастроф и медицинской службы гражданской обороны;	знание принципов организации, задачи, силы и средства службы медицины катастроф и медицинской службы гражданской обороны;	
310. классификацию чрезвычайных ситуаций, основные поражающие факторы и медико-тактическую характеристику природных и техногенных катастроф;	знание классификации чрезвычайных ситуаций, основные поражающие факторы и медико-тактическую характеристику природных и техногенных катастроф;	
311. основы лечебно-эвакуационного обеспечения, пораженного населения в чрезвычайных ситуациях;	знание основы лечебно-эвакуационного обеспечения, пораженного населения в чрезвычайных ситуациях;	
312. принципы обеспечения устойчивости объектов экономики, прогнозирования развития событий и оценки последствий при техногенных чрезвычайных ситуациях и стихийных;	знание принципов обеспечения устойчивости объектов экономики, прогнозирования развития событий и оценки последствий при техногенных чрезвычайных ситуациях и стихийных;	
313. основные санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия, проводимые при оказании неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе и в чрезвычайных ситуациях	знание основных санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, проводимые при оказании неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе и в чрезвычайных ситуациях	

Результаты (освоенные общие и профессиональные компетенции)	Основные показатели оценки результата	Формы и методы контроля и оценки
ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.	Уметь демонстрировать интерес к будущей профессии.	Экспертное наблюдение и оценка результатов: <ul style="list-style-type: none"> <li>– устного опроса;</li> <li>– тестирования;</li> <li>– решения ситуационных задач;</li> <li>– выполнения практической работы;</li> <li>– выполнения самостоятельной работы</li> </ul>
ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.	Уметь выбирать и применять методы и способы решения профессиональных задач при проведении профилактических мероприятий; уметь оценивать эффективность и качество выполнения профессиональных задач.	Экспертное наблюдение и оценка результатов: <ul style="list-style-type: none"> <li>– решения ситуационных задач;</li> <li>– выполнения практической работы;</li> <li>– выполнения самостоятельной работы</li> </ul>
ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.	Уметь решать стандартные и нестандартные профессиональные задачи при проведении профилактических мероприятий.	Экспертное наблюдение и оценка результатов: <ul style="list-style-type: none"> <li>– решения ситуационных задач;</li> <li>– выполнения практической работы;</li> <li>– выполнения самостоятельной работы</li> </ul>
ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения возложенных на него профессиональных задач, а также для своего профессионального и личностного развития.	Уметь находить и использовать информацию для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного роста. Умеет работать с источниками информации (учебная и методическая литература, периодические медицинские издания, сеть Интернет и др.)	Экспертное наблюдение и оценка результатов: <ul style="list-style-type: none"> <li>– решения ситуационных задач;</li> <li>– выполнения практической работы;</li> <li>– выполнения самостоятельной работы</li> </ul>
ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.	Уметь демонстрировать использование информационно-коммуникационных технологий в процессе обучения и в профессиональной	Экспертное наблюдение и оценка результатов: <ul style="list-style-type: none"> <li>– тестирования;</li> <li>– решения ситуационных задач;</li> <li>– выполнения</li> </ul>

	деятельности.	самостоятельной работы
ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.	Уметь применять навыки работы в коллективе и в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, пациентами и их окружение.	Экспертное наблюдение и оценка результатов: – устного опроса; – решения ситуационных задач; – выполнения практической работы; – выполнения самостоятельной работы
ОК 7. Брать ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий.	Уметь проявлять ответственности за работу подчиненных, результат выполнения заданий.	Экспертное наблюдение и оценка результатов: – устного опроса; – решения ситуационных задач; – выполнения практической работы; – выполнения самостоятельной работы
ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение своей квалификации.	Уметь демонстрировать интерес к инновациям в области профессиональной деятельности; демонстрировать стремление к профессиональному и личностному развитию, самообразованию. Владеет методами ораторского искусства.	Экспертное наблюдение и оценка результатов: – решения ситуационных задач; – выполнения практической работы; – выполнения самостоятельной работы
ОК 9. Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности.	Уметь ориентироваться в условиях смены технологий выполнения сестринских мероприятий в изменяющихся условиях профессиональной среды.	Экспертное наблюдение и оценка результатов: – решения ситуационных задач; – выполнения практической работы; – выполнения самостоятельной работы
ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.	Уметь бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважения социальных, культурных и религиозных различий при осуществлении профилактических сестринских мероприятий.	Экспертное наблюдение и оценка результатов: – устного опроса
ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по	Уметь брать на себя нравственные обязательства по	Экспертное наблюдение и оценка результатов: – выполнения практической

отношению к природе, обществу, человеку.	отношению к природе, обществу и человеку при осуществлении профилактических сестринских мероприятий.	работы
ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.	Уметь организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности при осуществлении профилактических сестринских мероприятий. Правильно, аккуратно и грамотно оформляет соответствующую документацию.	Экспертное наблюдение и оценка результатов: – решения ситуационных задач; – выполнения практической работы
ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.	Уметь демонстрировать здоровый образ жизни, участия в спортивных и физкультурных мероприятиях.	Экспертное наблюдение и оценка результатов: – устного опроса
ПК 3.1. Проводить диагностику неотложных состояний.	Уметь проводить дифференциальную диагностику с выделением ведущего синдрома.	Экспертное наблюдение и оценка результатов: – устного опроса; – тестирования; – решения ситуационных задач; – выполнения практической работы; – выполнения самостоятельной работы
ПК 3.2. Определять тактику ведения пациента.	Уметь выбирать тактики ведения пациента согласно стандартам оказания скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе.	Экспертное наблюдение и оценка результатов: – устного опроса; – тестирования; – решения ситуационных задач; – выполнения практической работы; – выполнения самостоятельной работы
ПК 3.3. Выполнять лечебные вмешательства по оказанию медицинской помощи на догоспитальном этапе.	Уметь выбирать лечебные мероприятий соответственно диагнозу и стандартам оказания скорой медицинской	Экспертное наблюдение и оценка результатов: – устного опроса; – тестирования; – решения ситуационных

	помощи на догоспитальном этапе.	задач; – выполнения практической работы; – выполнения самостоятельной работы
ПК 3.4. Проводить контроль эффективности проводимых мероприятий.	Знать обоснованное прогнозирование эффекта проводимых лечебных мероприятий.	Экспертное наблюдение и оценка результатов: – устного опроса; – тестирования; – решения ситуационных задач; – выполнения практической работы; – выполнения самостоятельной работы
ПК 3.5. Осуществлять контроль состояния пациента.	Знать полноту выбора параметров контроля состояния и их анализ.	Экспертное наблюдение и оценка результатов: – устного опроса; – тестирования; – решения ситуационных задач; – выполнения практической работы; – выполнения самостоятельной работы
ПК 3.6. Определять показания к госпитализации и проводить транспортировку пациента в стационар.	Уметь аргументированно принимать решения о необходимости госпитализации соответственно стандартам оказания скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе.	Экспертное наблюдение и оценка результатов: – устного опроса; – тестирования; – решения ситуационных задач; – выполнения практической работы; – выполнения самостоятельной работы
ПК 3.7. Оформлять медицинскую документацию.	Знать полноту, точность, грамотность оформления с использованием медицинской терминологии медицинской документации.	Экспертное наблюдение и оценка результатов: – устного опроса; – тестирования; – решения ситуационных задач; – выполнения практической работы; – выполнения самостоятельной работы
ПК 3.8. Организовывать и оказывать неотложную медицинскую помощь пострадавшим в чрезвычайных ситуациях.	Знать и уметь проводить медицинскую сортировку, выбор тактики ведения пострадавшего соответственно стандартам оказания медицинской помощи на	Экспертное наблюдение и оценка результатов: – устного опроса; – тестирования; – решения ситуационных задач;

	догоспитальном этапе.	– выполнения практической работы; – выполнения самостоятельной работы
--	-----------------------	--

### 3. Оценка освоения междисциплинарного(ых) курса(ов)

#### 3.1 Формы и методы оценивания

Предметом оценки освоения МДК являются умения и знания.

Контроль и оценка этих дидактических единиц осуществляются с использованием следующих форм и методов:

##### **Текущий контроль:**

- устный опрос;
- тестирование;
- решение ситуационных задач;
- выполнение практической работы;
- выполнение самостоятельной работы

##### **Рубежный контроль:**

- тестирование;
- диагностическое тестирование

##### **Промежуточная аттестация:**

- дифференцированный зачет по учебной практике (оценка демонстрации практических навыков);
- дифференцированный зачет по производственной практике (оценка демонстрации практических навыков и оценка правильности написания учебной истории болезни);
- дифференцированный зачет по МДК.03.01

Оценка освоения МДК предусматривает использование 5-бальной системы оценивания.

#### 4. Оценка освоения профессионального модуля

Элемент дисциплины	Формы и методы контроля					
	Текущий контроль		Рубежный контроль		Промежуточная аттестация	
	Форма контроля	Проверяемые умения, знания, ОК, ПК	Форма контроля	Проверяемые умения, знания, ОК, ПК	Форма контроля	Проверяемые умения, знания, ОК, ПК
<b>МДК.03.01.</b> <b>Дифференциальная диагностика и оказание неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе</b>					<i>Дифференцированный зачет</i>	ПО 1-7, У 1-18, З 1-13, ОК 1-12, ПК 3.1-3.8
<b>Раздел 1</b> <b>Общие вопросы реаниматологии при неотложных состояниях</b>			<i>Тестирование</i>	ПО 1-7, У 1-18, З 1-13, ОК 1-12, ПК 3.1-3.8		
<b>Тема 1.1</b> Организация неотложной помощи на догоспитальном этапе.	Устный опрос Самостоятельная работа №1	ПО 1-7, У 1-18, З 1-13, ОК 1-12, ПК 3.1-3.8				
<b>Тема 1.2</b> Принципы оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе	Устный опрос Практическая работа №1 Самостоятельная работа №2	ПО 1-7, У 1-18, З 1-13, ОК 1-12, ПК 3.1-3.8				
<b>Тема 1.3.</b> Терминальные состояния	Устный опрос Практическая работа №2 Самостоятельная работа №3	ПО 1-7, У 1-18, З 1-13, ОК 1-12, ПК 3.1-3.8				
<b>Тема 1.4.</b> Остановка кровообращения и дыхания	Устный опрос Практическая работа №3 Самостоятельная	ПО 1-7, У 1-18, З 1-13, ОК 1-12, ПК 3.1-3.8				



	работа №4					
<b>Тема 1.5</b> Оказание первичного и специализированного комплекса.	Устный опрос Практическая работа №4 Самостоятельная работа №5	ПО 1-7, У 1-18, З 1-13, ОК 1-12, ПК 3.1-3.8				
<b>Раздел 2</b> <b>Неотложные состояния при внутренних болезнях</b>			<i>Тестирование</i>	ПО 1-9, У 1-19, З 1-13, ОК 1-12, ПК 3.1-3.8		
<b>Тема 2.1.</b> Острый коронарный синдром	Устный опрос Практическая работа №1 Самостоятельная работа №1	ПО 1-7, У 1-18, З 1-13, ОК 1-12, ПК 3.1-3.8				
<b>Тема 2.2.</b> Острая сердечная недостаточность (ОСН).	Устный опрос Практическая работа №2 Самостоятельная работа №2	ПО 1-7, У 1-18, З 1-13, ОК 1-12, ПК 3.1-3.8				
<b>Тема 2.3.</b> Нарушения сердечного ритма и проводимости	Устный опрос Практическая работа №3 Самостоятельная работа №3	ПО 1-7, У 1-18, З 1-13, ОК 1-12, ПК 3.1-3.8				
<b>Тема 2.4.</b> Гипертонический криз.	Устный опрос Практическая работа №4 Самостоятельная работа №4	ПО 1-7, У 1-18, З 1-13, ОК 1-12, ПК 3.1-3.8				
<b>Тема 2.5.</b> Острая сосудистая недостаточность Обморок. Коллапс. Шоковые состояния.	Устный опрос Практическая работа №5 Тестирование Самостоятельная работа №5	ПО 1-7, У 1-18, З 1-13, ОК 1-12, ПК 3.1-3.8				

<b>Тема 2.6.</b> Острые аллергии	Устный опрос Практическая работа №6 Самостоятельная работа №6	ПО 1-7, У 1-18, З 1-13, ОК 1-12, ПК 3.1-3.8				
<b>Тема 2.7.</b> Острая дыхательная недостаточность.	Устный опрос Практическая работа №7 Самостоятельная работа №7	ПО 1-7, У 1-18, З 1-13, ОК 1-12, ПК 3.1-3.8				
<b>Тема 2.8.</b> Бронхиальная астма.	Устный опрос Практическая работа №8 Самостоятельная работа №8	ПО 1-7, У 1-18, З 1-13, ОК 1-12, ПК 3.1-3.8				
<b>Тема 2.9</b> Гипертермический синдром	Устный опрос Практическая работа №9 Самостоятельная работа №9	ПО 1-7, У 1-18, З 1-13, ОК 1-12, ПК 3.1-3.8				
<b>Тема 2.10.</b> Неотложная помощь при инфекционных заболеваниях.	Устный опрос Практическая работа №10 Самостоятельная работа №10	ПО 1-7, У 1-18, З 1-13, ОК 1-12, ПК 3.1-3.8				
<b>Раздел 3.</b> <b>Неотложные состояния в неврологии</b>			<i>Тестирование</i>	ПО 1-7, У 1-18, З 1-13, ОК 1-12, ПК 3.1-3.8		
<b>Тема 3.1.</b> Острые нарушения мозгового кровообращения.	Устный опрос Практическая работа №1 Самостоятельная работа №1	ПО 1-7, У 1-18, З 1-13, ОК 1-12, ПК 3.1-3.8				
<b>Тема 3.2.</b> Судорожный синдром. Эпилептический статус.	Устный опрос Практическая работа №2	ПО 1-7, У 1-18, З 1-13, ОК 1-12, ПК 3.1-3.8				

	Самостоятельная работа №2					
<b>Тема 3.3.</b> Комы.	Устный опрос Практическая работа №3 Самостоятельная работа №3	ПО 1-7, У 1-18, З 1-13, ОК 1-12, ПК 3.1-3.8				
<b>Раздел 4.</b> <b>Неотложные состояния в хирургии и травматологии</b>			<i>Тестирование</i>	ПО 1-7, У 1-18, З 1-13, ОК 1-12, ПК 3.1-3.8		
<b>Тема 4.1.</b> Острая абдоминальная боль	Устный опрос Практическая работа №1 Самостоятельная работа №1	ПО 1-7, У 1-18, З 1-13, ОК 1-12, ПК 3.1-3.8				
<b>Тема 4.2</b> Почечная колика. Острая задержка мочи.	Устный опрос Практическая работа №2 Самостоятельная работа №2	ПО 1-7, У 1-18, З 1-13, ОК 1-12, ПК 3.1-3.8				
<b>Тема 4.3</b> Черепно-мозговая травма. Травмы позвоночника и спинного мозга	Устный опрос Практическая работа №3 Самостоятельная работа №3	ПО 1-7, У 1-18, З 1-13, ОК 1-12, ПК 3.1-3.8				
<b>Тема 4.4.</b> Повреждения опорно-двигательного аппарата и грудной клетки	Устный опрос Практическая работа №4 Самостоятельная работа №4	ПО 1-7, У 1-18, З 1-13, ОК 1-12, ПК 3.1-3.8				
<b>Тема 4.5</b> Повреждение живота и органов брюшной полости.	Устный опрос Практическая работа №5 Самостоятельная	ПО 1-7, У 1-18, З 1-13, ОК 1-12, ПК 3.1-3.8				

	работа №5					
<b>Тема 4.6.</b> Кровотечения.	Устный опрос Практическая работа №6 Самостоятельная работа №6	ПО 1-7, У 1-18, З 1-13, ОК 1-12, ПК 3.1-3.8				
<b>Тема 4.7.</b> Повреждающее действие физических факторов (ожоги, переохлаждение, электротравма, утопление)	Устный опрос Практическая работа №7 Самостоятельная работа №7	ПО 1-7, У 1-18, З 1-13, ОК 1-12, ПК 3.1-3.8				
<b>Раздел 5.</b> <b>Оказание неотложной помощи при отравлениях</b>			<i>Тестирование</i>	ПО 1-7, У 1-18, З 1-13, ОК 1-12, ПК 3.1-3.8		
<b>Тема 5.1.</b> Диагностика острых отравлениях	Устный опрос Практическая работа №1 Самостоятельная работа №1	ПО 1-7, У 1-18, З 1-13, ОК 1-12, ПК 3.1-3.8				
<b>Тема 5.2.</b> Принципы оказания помощи при воздействии ядов и острых отравлениях.	Устный опрос Практическая работа №2 Самостоятельная работа №2	ПО 1-7, У 1-18, З 1-13, ОК 1-12, ПК 3.1-3.8				
<b>Раздел 6.</b> <b>Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии</b>			<i>Тестирование</i>	ПО 1-7, У 1-18, З 1-13, ОК 1-12, ПК 3.1-3.8		
<b>Тема 6.1.</b> Токсикозы и гестозы	Устный опрос Практическая работа №1 Самостоятельная работа №2	ПО 1-7, У 1-18, З 1-13, ОК 1-12, ПК 3.1-3.8, ОК 1-12, ПК 3.1-3.8				

<b>Тема 6.2.</b> Роды вне лечебного учреждения	Устный опрос Практическая работа №2 Самостоятельная работа №2	ПО 1-7, У 1-18, З 1-13, ОК 1-12, ПК 3.1-3.				
<b>Тема 6.3.</b> Кровотечения в акушерстве и гинекологии.	Устный опрос Практическая работа №3 Самостоятельная работа №3	ПО 1-7, У 1-18, З 1-13, ОК 1-12, ПК 3.1-3.				
<b>Раздел 7.</b> <b>Оказание неотложной помощи детям</b>			<i>Тестирование</i>	ПО 1-7, У 1-18, З 1-13, ОК 1-12, ПК 3.1-3.8		
<b>Тема 7.1.</b> Особенности оказания неотложной помощи детям	Устный опрос Практическая работа №1 Самостоятельная работа №1	ПО 1-7, У 1-18, З 1-13, ОК 1-12, ПК 3.1-3.8				
<b>Тема 7.2.</b> СЛР у детей	Устный опрос Практическая работа №2 Самостоятельная работа №2	ПО 1-7, У 1-19, З 1-13, ОК 1-12, ПК 3.1-3.8				
<b>Раздел 8.</b> <b>Оказание неотложной помощи при чрезвычайных ситуациях</b>			<i>Тестирование</i>	ПО 1-7, У 1-18, З 1-13, ОК 1-12, ПК 3.1-3.8		
<b>Тема 8.1.</b> Принципы организации, задачи, силы и средства службы медицины катастроф	Устный опрос Самостоятельная работа №1	ПО 1-7, У 1-18, З 1-13, ОК 1-12, ПК 3.1-3.8				
<b>Тема 8.2.</b> Медицинская сортировка на	Устный опрос Практическая работа №1	ПО 1-7, У 1-18, З 1-13, ОК 1-12, ПК 3.1-3.8				

различных этапах оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях	Самостоятельная работа №2					
<b>Тема 8.3.</b> Оказание экстренной медицинской помощи при различных видах поражения в ЧС.	Устный опрос Практическая работа №2 Самостоятельная работа №3	ПО 1-7, У 1-18, З 1-13, ОК 1-12, ПК 3.1-3.8				
			<i>Диагностическое тестирование</i>	ОК 1-12, ПК 3.1-3.8	<i>Квалификационный экзамен</i>	ПО 1-7, У 1-18, З 1-13 ОК 1-12, ПК 3.1-3.8

**5. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений и навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы**

**5.1. Типовые задания для оценки освоения МДК.03.01 Дифференциальная диагностика и оказание неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе**

**5.1.1. Типовые задания для текущего контроля**

**Раздел 1 Общие вопросы реаниматологии при неотложных состояниях.**

**Тема 1.1 Организация неотложной помощи на догоспитальном этапе.**

**Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:**

1. Понятие «неотложное состояние», классификация неотложных состояний.
2. Организация неотложной помощи на догоспитальном этапе.

**Самостоятельная работа №1**

Изучение нормативных документов, алгоритмов при СЛР, классификации неотложных состояний

**Тема 1.2 Принципы оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе**

**Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:**

1. Понятие «неотложное состояние», классификация неотложных состояний.
2. Нормативно-правовые акты, регулирующие деятельность медицинских работников при оказании помощи на догоспитальном этапе (приказы, функциональные обязанности, стандарты, протоколы, формы документации).
3. Основные принципы и объем оказания медицинской помощи на догоспитальном этапе.
4. Правила личной безопасности при оказании неотложной помощи на догоспитальном этапе.
5. Инфекционная безопасность.
6. Правила транспортировки пациентов и пострадавших

**Практическая работа №1**

1. Неотложные состояния. Основные принципы и объем оказания неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе. Тактика фельдшера.
2. Правила транспортировки пациентов и пострадавших. Проведение сердечно-легочной реанимации и оксигенотерапии на догоспитальном этапе.

**Самостоятельная работа №2**

Составить алгоритм оказания неотложной помощи при наружных кровотечениях

**Тема 1.3 Терминальные состояния**

**Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:**

1. Понятие «терминальное состояние»
2. Физиологические показатели жизненно важных функций организма
3. Виды и клинические проявления терминальных состояний

**Практическая работа №2**

1. Определение физиологических показателей жизненно важных функций организма
2. Диагностика терминальных состояний

**Самостоятельная работа №3**

Составление дифференциально-диагностической таблицы по теме: «Комы»

#### **Тема 1.4. Остановка кровообращения и дыхания**

##### **Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:**

1. Остановка кровообращения: причины, признаки.
2. Остановка дыхания: причины, признаки
3. Критерии оценки тяжести состояния пациента
4. Признаки клинической, биологической смерти.

##### **Практическая работа №3**

1. Проведение диагностики остановки дыхания.
2. Проведение диагностики остановки кровообращения.
3. Определение критериев тяжести состояния пациента.

##### **Самостоятельная работа №4**

Составление перечня лекарственных средств для проведения сердечно-легочной реанимации

#### **Тема 1.5 Оказание первичного и специализированного комплекса.**

##### **Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:**

1. Восстановление проходимости дыхательных путей, ИВЛ, проведение оксигенотерапии, непрямой массаж сердца, дефибрилляция, интубация трахеи.
2. Показания к прекращению реанимации.
3. Составляющие первичного и специализированного реанимационного комплекса: восстановление проходимости дыхательных путей, ИВЛ, оксигенация, непрямой массаж сердца, дефибрилляция, интубация трахеи.
4. Показания к прекращению реанимации.
5. Техника безопасности при проведении первичной СЛР.
6. Часто встречающиеся ошибки.

##### **Практическая работа №4**

Проведение первичного реанимационного комплекса. Проведение СЛР на фантоме.  
Участие в проведении специализированной сердечно-легочной реанимации: дефибрилляция и интубация трахеи.  
Определение тактики фельдшера на вызове, особенностей транспортировки

##### **Самостоятельная работа №5**

Подготовка мультимедийной презентации по оказанию первой медицинской помощи при острых отравлениях.

## **Раздел 2**

### **Неотложные состояния при внутренних болезнях**

#### **Тема 2.1.**

#### **Острый коронарный синдром.**

##### **Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:**

1. Острый коронарный синдром: причины, возможные осложнения, дифференциальная диагностика.
2. Особенности физикального и инструментального обследования на догоспитальном этапе
3. Биохимическое экспресс-исследование при остром инфаркте миокарда (тропонин, миоглобин)



4. Лекарственные препараты для оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе: способы применения, подбор доз и осложнения терапии.
5. Особенности транспортировки и мониторингования состояния пациента.
6. Часто встречающиеся ошибки.

### **Практическая работа №1**

Диагностика и дифференциальная диагностика острого коронарного синдрома. Тактика фельдшера в оказании неотложной помощи. Выбор лекарственных препаратов, пути введения и подбор доз.

### **Самостоятельная работа №1**

Выписка рецептов и расчет доз лекарственных препаратов, применяемых при оказании неотложной помощи  
Анализ последовательных ситуаций

## **Тема 2.1. Острый коронарный синдром.**

### **Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:**

1. Острый коронарный синдром: причины, возможные осложнения, дифференциальная диагностика.
2. Особенности физикального и инструментального обследования на догоспитальном этапе
3. Биохимическое экспресс-исследование при остром инфаркте миокарда (тропонин, миоглобин)
4. Лекарственные препараты для оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе: способы применения, подбор доз и осложнения терапии.
5. Особенности транспортировки и мониторингования состояния пациента.
6. Часто встречающиеся ошибки.

### **Практическая работа №1**

Диагностика и дифференциальная диагностика острого коронарного синдрома. Тактика фельдшера в оказании неотложной помощи. Выбор лекарственных препаратов, пути введения и подбор доз.

### **Самостоятельная работа №1**

Выписка рецептов и расчет доз лекарственных препаратов, применяемых при оказании неотложной помощи  
Анализ последовательных ситуаций

## **Тема 2.2. Острая сердечная недостаточность (ОСН).**

### **Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:**

1. Острая сердечная недостаточность: причины, варианты, дифференциальная диагностика.
2. Критические состояния при ОСН (кардиогенный шок, кардиогенный отек легких).
3. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА).
4. Особенности физикального и инструментального обследования на догоспитальном этапе.
5. Выбор тактики и алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе при острой сердечной недостаточности.
6. Лекарственные препараты для оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе: способы применения, подбор доз и осложнения терапии.
8. Часто встречающиеся ошибки.
9. Особенности транспортировки и мониторингования состояния пациента

### **Практическая работа №2**

- 1.Правожелудочковая ОСН. Левожелудочковая ОСН. Дифференциальная диагностика. Тактика фельдшера. Выбор лекарственных препаратов, пути введения и подбор доз.
- 2.Критические состояния при ОСН (кардиогенный шок, кардиогенный отек легких). ТЭЛА.
- 3.Неотложная помощь. Тактика фельдшера.

### **Самостоятельная работа №2**

Составить тестовые задания по теме «Острая сердечная недостаточность»

Выписка рецептов и расчет доз лекарственных препаратов, применяемых при оказании неотложной помощи.

### **Тема 2.3.**

#### **Нарушения сердечного ритма и проводимости**

##### **Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:**

- 1.Нарушения сердечного ритма и проводимости: причины, классификация, клинические проявления.
- 2.Особенности физикального и инструментального обследования на догоспитальном этапе.
- 3.Выбор тактики и алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе при возникновении у пациента нарушений сердечного ритма
- 4.Проводить оксигенотерапию либо ИВЛ по показаниям
- 5.Лекарственные препараты для оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе: способы применения, подбор доз и осложнения терапии.
- 6.Особенности транспортировки и мониторингования состояния пациента
- 7.Часто встречающиеся ошибки.

### **Практическая работа №3**

- 1.Нарушения сердечного ритма и проводимости (тахикардиты, брадикардиты, полная АВ – блокада, мерцательная аритмия, фибрилляция желудочков и др.), требующие оказания неотложной помощи. «ЭКГ» - критерии.
- 2.Медикаментозное и немедикаментозное оказание неотложной помощи. Осложнения терапии. Показания к госпитализации. Анализ наиболее часто встречающихся ошибок.

### **Самостоятельная работа №3**

Составление дифференциально-диагностической таблицы по нарушениям сердечного ритма и проводимости.

Выписка рецептов и расчет доз лекарственных препаратов, применяемых при оказании неотложной помощи.

### **Тема 2.4.**

#### **Гипертонический криз.**

##### **Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:**

- 1.Гипертонический криз: причины, формы, клинические проявления и осложнения.
- 2.Лекарственные препараты для оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе: способы применения, подбор доз и осложнения терапии.
- 3.Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе пациентам с осложненным и неосложненным гипертоническим кризом.
- 4.Показания к госпитализации.
- 5.Особенности транспортировки и мониторингования состояния пациента.
- 6.Часто встречающиеся ошибки.

#### **Практическая работа №4**

Решение ситуационных задач.

**Задача №1.** Фельдшера вызвали на дом к больному 40 лет, который жалуется на сильные боли в области сердца, давящего характера, иррадирующие в левую руку, под левую лопатку, чувство жжения за грудиной. Приступ возник 2 часа назад, прием нитроглицерина эффекта не дал. Заболевание связывает со стрессовой ситуацией на работе. При объективном обследовании: Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное, температура 36,80С. Больной мечется, беспокоен. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. Дыхание везикулярное, ЧДД – 20 в 1мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 92 в 1мин, АД – 110/70 мм рт ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задание.

1. Основные этапы диагностического поиска. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Тактика фельдшера и неотложная помощь при данном синдроме.
3. Подготовьте пациента к ЭКГ исследованию.

**Задача №2.** Фельдшер на вызове у пациентки 42 года. Предъявляет жалобы на приступы удушья с преимущественным затруднением выдоха, общую слабость, недомогание. После приступа отходит небольшое количество вязкой мокроты. Из анамнеза известно: больна в течение 3-х лет. Жалобы чаще возникают ежегодно в июне. Имеет двоих детей 7 и 13 лет у которых тоже бывают приступы удушья, у матери и бабушки также отмечались приступы удушья. У больной имеется аллергия на клубнику, пенициллин. При объективном обследовании: Общее состояние средней тяжести, больная сидит опираясь руками о край стула. Кожа чистая с цианотичным оттенком. Грудная клетка бочкообразной формы, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, втяжение межреберий, набухание шейных вен, дыхание шумное частота 26 в 1 минуту, при перкуссии с обеих сторон коробочный звук, нижняя граница легких по средней подмышечной линии на уровне 9-го ребра, экскурсия легких по этой линии 2 см. На фоне ослабленного дыхания выслушиваются сухие свистящиеся хрипы, тоны сердца ритмичные, ясные 92 в 1мин. АД – 110/70 мм рт ст. Абдоминальной патологии не выявлено

Задание.

1. Основные этапы диагностического поиска. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Тактика фельдшера и неотложная помощь при данном синдроме.
3. Продемонстрируйте технику использования карманного ингалятора.

**Задача №3.** 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. Кожа бледная, влажная. Гипертонус мышц, зрачки расширены, дыхание нормальное, пульс 100 в 1 мин, АД – 130/90 мм рт ст.

Задание.

1. Основные этапы диагностического поиска. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Тактика фельдшера и неотложная помощь при данном синдроме.
3. Обучите пациента алгоритму манипуляций введения инсулина.

**Задача №4.** Вызов к больному 50 лет, предъявляет жалобы на головную боль, высокую температуру, резкую колющую боль в правой половине грудной клетки, усиливающуюся при кашле, одышку, кашель с мокротой ржавого цвета. Заболевание началось после переохлаждения, больна 3-й день. При объективном обследовании: Температура 39,40 С. Общее состояние тяжелое, лицо гиперемировано, на губах герпетические высыпания, частота дыхательных движений 28 в 1 мин. При осмотре правая половина грудной клетки отстаёт от дыхания, при перкуссии справа

над нижней долей определяется притупление звука, при аускультации справа над нижней долей дыхание ослабленное, определяется крепитация, тоны сердца приглушены, пульс 110 в 1 мин, АД- 110/70 мм рт ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задание.

1. Основные этапы диагностического поиска. Сформулируйте предположительный диагноз.

2. Тактика фельдшера и неотложная помощь при данном синдроме.

3. Продемонстрируйте технику оксигенотерапии согласно алгоритму.

Задача №5. Больной 36 лет обратился к фельдшеру с жалобами на острую боль в животе, возникающую через 30 мин после приема пищи, рвоту на высоте болей, приносящую облегчение, иногда больной сам вызывает рвоту для уменьшения болей. Аппетит сохранен, но больной ограничивает прием пищи из-за появления болей. Болеет несколько лет. Ухудшение состояния отмечает весной и осенью, провоцируется эмоциональными перегрузками. Курит в течение 20 лет по пачке в день. При объективном обследовании: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Со стороны легких и сердечно-сосудистой системы патологии нет. Язык обложен белым налетом. При пальпации живота отмечается болезненность в эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются.

Задание.

1. Основные этапы диагностического поиска. Сформулируйте предположительный диагноз.

2. Тактика фельдшера и неотложная помощь при данном синдроме.

3. Продемонстрируйте подготовку пациента к проведению ФГДС.

Задача №6. Больная 38 лет обратилась к фельдшеру на тупые ноющие боли в правом подреберье, которые обычно возникают через 1-3 часа после приема обильной, жирной пищи, ощущение горечи во рту, отрыжку воздухом, тошноту, вздутие живота, неустойчивый стул, больна несколько лет, температура 37,20 С. При объективном обследовании: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, розового цвета, подкожно-жировая клетчатка развита. Язык обложен желтоватым налетом. Живот мягкий, умеренно болезнен при пальпации в правом подреберье. Печень и селезенка не пальпируются.

Задание.

1. Основные этапы диагностического поиска. Сформулируйте предположительный диагноз.

2. Тактика фельдшера и неотложная помощь при данном синдроме.

3. Продемонстрируйте технику проведения дуоденального зондирования.

Задача №1. Эталон ответа.

1. На основании жалоб, анемнеза, объективного исследования можно предположить у пациента ИБС: инфаркт миокарда, острый период. Для подтверждения диагноза необходимо проведение дополнительного исследования:

- общий анализ крови: (лейкоциты, увеличение СОЭ), биохимические исследования крови (повышение глобулинов, фибриногена, ферментов КФК, АСТ, АДГ);

- ЭКГ: изменение комплекса QRS, сегмента ST, зубца T.

Дифференциальный диагноз: проводится с расслаивающей аневризмой аорты. Боль при аневризме внезапна, при инфаркте усиливается постепенно. Для инфаркта нехарактерны иррадиация болей в спину и по ходу позвоночника. Подтверждают инфаркт миокарда изменения ЭКГ: патологический Q или QS с подъемом интервала ST выше изолинии.

2. Тактика фельдшера и неотложная помощь. Пациент нуждается в срочной госпитализации, транспортировка осуществляется на носилках в присутствии фельдшера.

Неотложная помощь:

- наркотические анальгетики или нейролептанальгезия (фентанил и дроперидол);

- антикоагулянты прямого действия (гепарин).

Принципы лечения:

- строгий постельный режим;

- диета №10, профилактика запоров;

- фибринолитическая терапия (стрептокиназа, урокиназа);

- дезагреганты: курантил, ацетилсалициловая кислота;

- нитраты пролонгированного действия.

3. Демонстрация подготовки пациента к ЭКГ исследованию.

Задача №2. Эталон ответа.

1. На основании жалоб, анамнеза, данных объективного исследования можно предположить, что у пациентки atopическая бронхиальная астма, приступный период, эмфизема легких. Для подтверждения диагноза необходима пикфлоуметрия. Дифференциальный диагноз необходимо проводить со следующими заболеваниями:

- например с острой пневмонией.

При пневмонии отмечается повышение температуры тела, чувство жара, озноб, при бронхиальной астме температура тела нормальная, течение приступообразное. Для пневмонии из локальной симптоматики характерно укорочение перкуторного звука, усиление голосового дрожания и бронхофонии, появление влажных мелкопузырчатых хрипов очагового характера. При приступе бронхиальной астмы отмечается коробочный перкуторный звук, ослабление голосового дрожания и бронхофонии, появление свистящих рассеянных хрипов на фоне равномерно ослабленного дыхания. При бронхиальной астме отмечается снижение пиковой скорости выдоха до 60-70% от должной, что не отмечается при пневмонии.

2. Тактика фельдшера и неотложная помощь.

- провести пикфлоуметрию и оценить ее;

- помочь больному воспользоваться карманным ингалятором симпатомиметического ряда: сальбутамол, холинолитик - атровент.

При невозможности использовать ингалятор произвести подачу комбинированного бронхоли-тика через небулайзер (беродуал) или ввести в/в раствор эуфиллина 2,4% - 10,0.

3. Демонстрация техники использования карманного ингалятора.

Задача №3. Эталон ответа.

1. На основании жалоб больного на чувство голода, дрожь, потливость, а затем потерю сознания; данные анамнеза – наличие у больного инсулинзависимого сахарного диабета, а также данные объективного обследования можно предположить, что у пациента развилась гипогликемическая кома. Для подтверждения диагноза необходимо взять кровь на содержание сахара в сыворотке крови. Снижение сахара до 3 ммоль/л и ниже указывает на развитие гипогликемического состояния, а затем и комы. Дифференциальный диагноз прежде всего необходимо проводить с гипергликемической комой. Основные отличительные признаки: кома гипергликемическая развивается более постепенно, появляются жалобы на утомляемость, жажду, полиурию, головную боль, развивается безразличие к окружающему, затем может развиваться коматозное состояние. Дыхание шумное, запах ацетона изо рта, кожа сухая, тонус мышц и глазных яблок понижен. Уровень сахара в крови выше 16,65 ммоль/л.

2. Тактика фельдшера и неотложная помощь.

- придать пациенту устойчивое боковое положение для профилактики западания языка, асфиксии и аспирации рвотных масс;

- произвести ревизию ротовой полости для извлечения остатков пищи для предотвращения асфиксии;

- ввести в/в 60-80 мл 40% раствора глюкозы (не более 100 мл). если сознание не восстановилось 3 мл 10% раствора глюкагона в/ и если нет эффекта 0,1% - 1мл раствора адреналина или 75-125 мл гидрокортизона в/м;

- ввести при отсутствии эффекта 400-600 мл 5% раствора глюкозы без инсулина в/в и 40 мг лазикса в/м для борьбы с отеком мозга.

3. Демонстрация алгоритма манипуляций введения инсулина.

Задача №4. Эталон ответа.

1. На основании жалоб, анамнеза, данных объективного обследования, можно предположить, что у больного нижнедолевая пневмония справа, средней тяжести, ДН 1 ст. Дифференциальный диагноз необходимо проводить со следующими заболеваниями:

- например с острой пневмонией.

При пневмонии отмечается повышение температуры тела, чувство жара, озноб, при бронхиальной астме температура тела нормальная, течение приступообразное. Для пневмонии из локальной симптоматики характерно укорочение перкуторного звука, усиление голосового дрожания и бронхофонии, появление влажных мелкопузырчатых

хрипов очагового характера. При приступе бронхиальной астмы отмечается коробочный перкуторный звук, ослабление голосового дрожания и бронхофонии, появление свистящих рассеянных хрипов на фоне равномерно ослабленного дыхания. При бронхиальной астме отмечается снижение пиковой скорости выдоха до 60-70% от должной, что не отмечается при пневмонии.

2. Тактика фельдшера и неотложная помощь.

- провести пиклоуметрию и оценить ее;
- осуществить симптоматическую помощь путем введения жаропонижающих препаратов;
- осуществить оксигенотерапию;
- для повышения АД ввести раствор мезатона или дофомина;
- осуществить транспортировку в пульмонологическое отделение для дальнейшей антибактериальной и симптоматической терапии.

3. Демонстрация техники оксигенотерапии согласно алгоритму.

Задача №5. Эталон ответа.

1. Предполагаемый диагноз: на основании жалоб, анамнеза, данных объективного исследования можно предположить у пациента наличие язвенной болезни желудка в стадии обострения. На догоспитальном этапе необходимы дополнительные методы экстренной диагностики:

- клинический анализ крови;
- кал на скрытую кровь;
- эндоскопическое исследование (ФГДС);
- R-контрастное исследование желудка.

Дифференциальную диагностику необходимо проводить с острым аппендицитом. При остром аппендиците боли возникают внезапно, вначале локализуются в эпигастрии, усиливаются при повороте больного в постели, сопровождаются повышением температуры, однократной рвотой не приносящей облегчения или тошнотой. При пальпации выявляются положительные симптомы раздражения брюшины. В анализе крови: повышение СОЭ, нейтрофильный лейкоцитоз.

2. Тактика фельдшера и неотложная помощь.

- Пациент нуждается в госпитализации и стационарном лечении, направляется в плановом порядке;
- Назначается постельный режим;
- Диета №1;
- Назначается медикаментозное лечение: седативные средства (валериана, пустырник); спазмолитики – папаверин;
- Блокаторы протоновых каналов: омепразол 20-40 мг 1-2 раза в день;
- Антибактериальные средства амоксициллин 0,5-3 раза в день;
- Симптоматическая терапия.

3. Демонстрация подготовки пациента к проведению ФГДС.

Задача №6. Эталон ответа.

1. На основании жалоб, анамнеза, можно предположить у пациентки хронический холецистит в стадии обострения. Для подтверждения диагноза необходимы дополнительные исследования:

- клинический анализ крови, незначительный лейкоцитоз, ускорение СОЭ;
- дуоденальное зондирование: порция Б-мутная, наличие лейкоцитов;
- УЗИ печени и ЖВП;
- R-логическое с рентгеноконтрастным веществом.

Дифференциальную диагностику необходимо проводить с острым аппендицитом. При остром аппендиците боли возникают внезапно, вначале локализуются в эпигастрии, усиливаются при повороте больного в постели, сопровождаются повышением температуры, однократной рвотой не приносящей облегчения или тошнотой. При пальпации выявляются положительные симптомы раздражения брюшины. В анализе крови: повышение СОЭ, нейтрофильный лейкоцитоз. Для холецистита характерны тупые ноющие боли в правом

подреберье, связь с приемом жирной пищи, горечь во рту, тошнота, неустойчивый стул, длительность заболевания. При объективном обследовании обложенность языка, болезненность при пальпации в правом подреберье.

2. Тактика фельдшера и неотложная помощь. Пациентка нуждается в амбулаторном лечении:

- режим полупостельный;
- диета №5;
- медикаментозное лечение: спазмолитики – но-шпа;
- антибактериальные препараты широкого спектра: ципрофлоксацин, нитрофураны, фуразолидон 0,03;
- желчегонные средства: аллохол, желчегонные сборы.

3. Демонстрация техники проведения дуоденального зондирования.

#### **Самостоятельная работа №4**

Выписка рецептов и расчет доз лекарственных препаратов, применяемых при оказании неотложной помощи

Анализ последовательных ситуаций.

#### **Тема 2.5.**

### **Острая сосудистая недостаточность Обморок. Коллапс. Шоковые состояния.**

#### **Практическая работа №5**

Алгоритм оказания помощи при обмороке, коллапсе, шоковых состояниях. Критерии контроля состояния пациента. Тактика фельдшера. Часто встречающиеся ошибки.

#### **Самостоятельная работа №5**

Составить ситуационные задачи по теме: «Острая сосудистая недостаточность»

Выписка рецептов и расчет доз лекарственных препаратов, применяемых при оказании неотложной помощи

#### **Тема 2.6.**

### **Острые аллергозы**

#### **Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:**

1. Причины острых аллергозов, наиболее частые аллергены.
2. Классификация, клинические проявления острых аллергозов.
3. Тяжелые (прогностически неблагоприятные) аллергозы.
4. Выбор тактики и алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе.
5. Противоаллергическая и симптоматическая терапия.
6. Противошоковые мероприятия.
7. Показания к проведению коникотомии
8. Показания к госпитализации
9. Особенности транспортировки и мониторинга состояния пациента
10. Тактика фельдшера в отношении негоспитализированных пациентов
11. Часто встречающиеся ошибки.

#### **Практическая работа №6**

Диагностика тяжелых аллергозов. Алгоритм оказания неотложной помощи при отеке Квинке, генерализованной крапивнице, анафилактическом шоке. Транспортировка и мониторинг состояния пациентов. Тактика фельдшера в отношении негоспитализированных пациентов

#### **Самостоятельная работа №6**

Составить кроссворд по теме: «Острые аллергозы».

Выписка рецептов и расчет доз лекарственных препаратов, применяемых при оказании неотложной помощи

### **Тема 2.7.**

#### **Острая дыхательная недостаточность.**

##### **Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:**

- 1.ОДН: причины, характерные признаки, степени тяжести, гипоксемическая кома, дифференциальная диагностика
- 2.Особенности физикального и инструментального обследования на догоспитальном этапе при ОДН. Показания к ИВЛ.
- 3.Лекарственные препараты для оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе: способы применения, подбор доз и осложнения терапии

##### **Практическая работа№7**

- 1.Проведение диагностики и дифференциальной диагностики острой дыхательной недостаточности, клиника
- 2.Диагностики ОДН на догоспитальном этапе. Устранение причин ОДН, коррекция гипоксемии. ИВЛ, интубация трахеи, коникотомия. Методы мониторинга спонтанного дыхания и при ИВЛ
- 3.Оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе

##### **Самостоятельная работа№7**

Подготовить презентацию по теме: «Острая дыхательная недостаточность».

### **Тема 2.8.**

#### **Бронхиальная астма.**

##### **Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:**

- 1.Диагностические критерии бронхиальной астмы, клиническая картина неотложных состояний у детей и взрослых
- 2.Дифференциальная диагностика состояний, сопровождающихся остро возникшей одышкой.
- 3.Особенности физикального обследования при приступе бронхиальной астмы.
- 4.Дополнительные методы обследования (пикфлоуметрия)
- 5.Критерии оценки степени тяжести, признаки угрозы для жизни приступа бронхиальной астмы. Астматический статус.
- 6.Выбор тактики и алгоритм оказания неотложной помощи при бронхиальной астме на догоспитальном этапе
- 7.Показания к госпитализации
- 8.Особенности транспортировки и мониторинга состояния пациента

##### **Практическая работа№8**

- 1.Неотложные состояния при бронхиальной астме у детей и взрослых критерии диагностики, оценка степени тяжести, особенности терапии.
- 2.Проведение диагностики и дифференциальной диагностики при бронхиальной астме.
- 3.Алгоритм оказания неотложной помощи при осложнениях бронхиальной астмы у взрослых и детей. Использование ингаляционных устройств. Ошибки в диагностике и оказании помощи. Показания к госпитализации, особенности транспортировки. Рекомендации не госпитализированным пациентам

##### **Самостоятельная работа№8**

Подготовить рекомендации для негоспитализированных пациентов

Выписка рецептов и расчет доз лекарственных препаратов, применяемых при оказании неотложной помощи



## **Тема 2.9**

### **Гипертермический синдром**

#### **Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:**

1. Причины повышения температуры тела.
2. Острые лихорадки: классификация, клиническая картина, возможные осложнения.
3. Ориентировочные причины длительной лихорадки.
4. Тепловой, солнечный удар.
5. Особенности лихорадки у детей, перегревание детей первого года жизни.
6. Дифференциальная диагностика инфекционной лихорадки и неинфекционной гипертермии (covid-19)
7. Инфекционная безопасность.
8. Физические и медикаментозные методы охлаждения. Физические и медикаментозные методы охлаждения.
9. Показания к госпитализации
10. Особенности транспортировки и мониторингования состояния пациента.

#### **Практическая работа №9**

Выбор тактики и алгоритм оказания неотложной помощи при гипертермическом синдроме на догоспитальном этапе взрослым и детям. Жаропонижающие препараты: показания к назначению, выбор дозы и пути введения. Оценка проведения эффективности терапии. Показания к экстренной госпитализации. Действия фельдшера в случае развития осложнений. Часто встречающиеся ошибки.

#### **Самостоятельная работа №9**

Составление ситуационных задач по теме: «Гипертермический синдром».

Выписка рецептов и расчет доз лекарственных препаратов, применяемых при оказании неотложной помощи

## **Тема 2.10.**

### **Неотложная помощь при инфекционных заболеваниях.**

#### **Практическая работа №10**

1. Неотложная помощь на догоспитальном этапе.
2. Проведение диагностики и дифференциальной диагностики инфекционных заболеваний. Определение тактики фельдшера при подозрении на инфекционное заболевание. Определение показаний к госпитализации, транспортировка.
3. Особенности оказания помощи больному, подозрительному на особо опасное заболевание.
4. Особенности дезинфекции на догоспитальном этапе.
5. Экстренная профилактика особо опасных инфекций

#### **Самостоятельная работа №10**

Решение ситуационных задач, тестовых заданий

## **Раздел 3**

### **Неотложные состояния в неврологии**

#### **Тема 3.1.**

#### **Острые нарушения мозгового кровообращения.**

#### **Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:**

1. Причины, клинические проявления и осложнения ОНМК
2. Оценка неврологического статуса пациента. Шкала Глазго для определения степени угнетения сознания. Дифференциальная диагностика
3. Выбор тактики и алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе
4. Особенности транспортировки и мониторингования состояния пациента с ОНМК

## Практическая работа №1

Решение ситуационных задач:

Задача № 1. Вызов фельдшера скорой помощи на дом к женщине 44 года. Сидит опустив ноги на пол, речь затруднена, лицо бледное, покрытое крупными пятнами пота, напряженное из-за страха смерти. Цианоз губ, носа, kloкочущее дыхание, кашель с выделением обильной, пенистой розовой мокроты. Над всей поверхностью легких мелкопузырчатые хрипы. Аускультация сердца затруднена, пульс-120 в 1 мин, аритмичный. В анамнезе порок сердца.  
Задание.

1. Основные этапы диагностического поиска. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Тактика фельдшера и неотложная помощь при данном синдроме.
3. Продемонстрируйте методику наложения венозных жгутов.

Задача №11. Пациенту 35 лет было назначено инъекционное лечение пенициллином на ФАПЕ по поводу обострения хронического бронхита. Ранее пациент неоднократно получал плановую инъекционную терапию пенициллином в связи с наличием у него хроническо рез несколько минут после в/м введения пенициллина пациент стал жаловаться на общую слабость, чувство жара в области лица, головную боль, нарушение зрения, тяжести за грудиной. Состояние тяжелое, бледность кожи с участками локального цианоза, обильное потоотделение, глухие тоны сердца, нитевидный пульс 120 в 1 мин, частота дыхания 28 в 1 мин, одышка экспираторного характера.  
Задание.

1. Основные этапы диагностического поиска. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Тактика фельдшера и неотложная помощь при данном синдроме.
3. Продемонстрируйте алгоритм оказания неотложной помощи при остром аллергозе.

Задача №12. На вызове у больного 32 года жалуется на сильный кожный зуд, появление волдырей по всему телу заболевание связывает с употреблением рыбы. Болен 2 –й день. Объективно: Температура 37,10С, состояние удовлетворительное, кожа гиперемированная, по всей поверхности тела определяется волдырная сыпь разного размера, возвышающаяся над поверхностью кожи. Дыхание везикулярное, тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 120/80. Абдоминантной патологии не выявлено.  
Задание.

1. Основные этапы диагностического поиска. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Тактика фельдшера и неотложная помощь при данном синдроме.
3. Продемонстрируйте технику постановки очистительной клизмы.

Задача №13. К фельдшеру обратился больной, В. 16 лет, с жалобами на частые носовые кровотечения, долго не останавливающиеся кровотечения при небольших порезах кожи, быстрое возникновение «синяков» даже при небольших порезах кожи, быстрое возникновение «синяков» даже при небольших ушибах. Подобные жалобы есть и у родного брата. При расследовании выяснилось, что дед по материнской линии умер от кровотечения после удаления зуба. Объективно: Температура 36,80С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые оболочки бледные. Видны подкожные кровоизлияния, в носовых ходах – темно-коричневые корочки. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 88 в 1 мин, АД 110/70. Абдоминальной патологии не выявлено.  
Задание.

1. Основные этапы диагностического поиска. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Тактика фельдшера и неотложная помощь при данном синдроме.
3. Продемонстрируйте технику передней тампонады носа.

Задача №14. К больному С., 25 лет, была вызвана скорая помощь на 2-й день болезни. Заболел остро, температура тела поднялась до 400С, сильная головная боль, слабость, тошнота, однократная рвота. На следующий день состояние ухудшилось, на коже заметил обильную сыпь. При осмотре: в сознании, но адинамичен, вял, бледный. На коже, в основном нижних конечностях, обильная звездчатая гемморрагическая сыпь, единичные

элементы располагаются на лице, туловище, местами сливаются, имеются некрозы. Одышка – ЧДД-36 в 1 мин. Тоны сердца глухие, пульс нитевидный, 104 уд/в мин, АД 60/0 мм рт ст. Язык сухой, обложен, живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не пальпируются, не лечился. Менингеальных симптомов нет.

Задание.

1. Основные этапы диагностического поиска. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Тактика фельдшера и неотложная помощь при данном синдроме.
3. Продемонстрируйте технику внутривенного введения лекарственного препарата.

Задача №15. Больной С., 30 лет обратился с жалобами на урчание в животе, жидкий водянистый стул и обильную рвоту водянистым содержимым, слабость, головокружение. Заболел ночью. Объективно: Состояние тяжелое, общая синюшность кожи, сухость слизистых оболочек, глазные яблоки запавшие, черты лица заострены, тургор кожи резко снижен, «рука прачки», кожная складка расправляется медленно. Конечности холодные, температура тела 35,80С, пульс нитевидный, 130 в 1 мин, АД-60/30 мм рт ст. Живот при пальпации безболезненный. Менингеальных знаков нет, больной в сознании. Осмотр стула: жидкий, водянистый в виде «рисового отвара», не мочится. Из эпидемиологического анализа – больной вернулся из Астрахани.

Задание.

1. Основные этапы диагностического поиска. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Тактика фельдшера и неотложная помощь при данном синдроме.
3. Продемонстрируйте технику внутривенного капельного введения лекарственного препарата.

Задача № 16. У больного 38 лет на 18 день болезни среднетяжелого течения внезапно появилась резкая слабость, бледность кожи и слизистых оболочек, температура критически снизилась с 39,30С до 35,90С, холодный пот, пульс участился с 96 до 130 ударов в мин. Общее состояние резко ухудшилось. В начале заболевания отмечалась головная боль, отсутствие аппетита, был обложен язык с отпечатками зубов по боковым поверхностям, с 7 дня на коже отмечалась скудная сыпь розеолезного характера.

Задание.

1. Основные этапы диагностического поиска. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Тактика фельдшера и неотложная помощь при данном синдроме.
3. Продемонстрируйте технику определения группы крови перед инфузией.

Задача № 10. Эталон ответа.

1. На основании жалоб, анамнеза, данных объективного исследования можно предположить наличие у больной острой левожелудочковой недостаточности (отека легких). Для подтверждения диагноза необходимо проведение дополнительного исследования:

- ЭКГ – признаки перегрузки левых отделов (снижение амплитуды Т и интервала ST);  
- в условиях стационара больным проводят R – логические исследования: снижение воздушности легких.

2. Тактика фельдшера и неотложная помощь.

- усадить пациента с опущенными ногами;
- обеспечить опору для спины, рук;
- наложить венозные жгуты на нижние конечности;
- аспирировать мокроту электронасосом;
- провести оксигенацию через пеногасители или инфузию спирта 33% в/в 5-10мл;
- ввести периферические вазодилататоры: нитроглицерин под язык 1-2 таблетки с интервалом 5-10 мин или в/в капельно раствор нитроглицерина 1%;
- ввести наркотические анальгетики или средства нейролептангезии: раствор морфина 1%-1,0, раствор атропина 0,1%-0,5 в 10-15 мл физиологического раствора дробными дозами 4-5 приемов; фентанил, дроперидол каждые 5-10 мин;

- в/в струйно ганглиоблокаторы: пентамин 5%-1,0 в 20 мл физиологического раствора, лазикс 2-5 мл на физ. растворе или 5% глюкозе, сердечные гликозиды: раствор дигоксина 0,025% - 1-2 мл;

- осущ. контроль АД, Ps;

- транспортировать в стационар в положении сидя для дальнейшего лечения.

3. Демонстрация методики наложения венозных жгутов.

Задача №11. Эталон ответа.

1. На основании жалоб, анамнеза, данных объективного обследования можно предположить у больного развитие анафилактического шока. Дополнительного обследования не предусмотрено. Дифференциальный диагноз с острой сосудистой недостаточностью в виде обморока. При обмороке отмечается резкая слабость, головокружение, бледность, потеря сознания на фоне нормальных цифр АД. При анафилактическом шоке дополнительными диагностическими критериями является картина сосудистого коллапса, отека мозга, гортани, бронхов.

2. Тактика фельдшера и неотложная помощь.

При аллергической реакции на пенициллин и его полусинтетические препараты ввести пенициллиназу 1 млн в/м; выполнить алгоритм помощи при анафилактическом шоке.

1) введение раствора адреналина 0,1%-0,3-0,5 в разные части тела п/к каждые 15-20 мин под контролем АД;

2) в/в введение 500-1000 мл раствора альбумина;

3) антигистаминные: раствор супрастина 2%-2,0 п/к;

4) глюкокортикоиды парэнтерально, гидрокортизон-125-250 мг в/м в/в или раствор преднизалона 90-120 мг в/в в/м каждые 4-6 часов;

5) при бронхоспазме раствор эуфиллина 2,4%- 10, 0 в/в;

6) при сохранении одышки ИВЛ при судорогах ГОМК 20%-10,0 в/в;

7) экстренная госпитализация в реанимационное отделение, после вызова реанимационной бригады.

3. Демонстрация алгоритма оказания неотложной помощи при остром аллергозе.

Задача №12. Эталон ответа.

1. На основании жалоб, анамнеза, данных объективного обследования можно предположить у больного наличие крапивницы. В условиях «скорой помощи» дополнительное обследование не предусмотрено. Дифференциальный диагноз предполагается например с ветряной оспой. При ветряной оспе удается проследить эпидемиологический анамнез, а при крапивнице - аллергологический. Элементы сыпи при ветряной оспе имеют длительные обратное развитие и ложный полиморфизм.

2. Тактика фельдшера и неотложная помощь.

а) выявить и устранить воздействие аллергена;

б) сделать очистительную клизму;

в) ввести антигистаминный препарат раствор супрастина 2%-1,0 или раствор пипольфена 2,5%-2,0;

3. Демонстрация техники постановки очистительной клизмы.

Задача №13. Эталон ответа.

1. На основании жалоб, анамнеза, данных объективного обследования можно предположить что, у пациента – гемофилия. Для подтверждения диагноза необходимо проведение дополнительного исследования; клинический анализ крови (анемия, дефицит факторов свертывания).

Дифференциальный диагноз: первичная аутоиммунная тромбоцитопения. Для данного заболевания характерны положительные пробы на ломкость капилляров (симптоменение числа тромбоцитов. При гемофилии характерен гематомный тип кровоточивости, часто гемартрозы. А при лабораторных исследованиях – удлинение времени свертывания, отрицательные результаты проб на ломкость капилляров, нарушение синтеза VIII и IX факторов свертывания.

2. Тактика фельдшера и неотложная помощь.

Фельдшер должен знать всех больных своего участка, страдающих гемофилией, и иметь представление о современных способах ее лечения (концентрат свертывающего фактора VIII – в легких случаях – 10-15 ед/кг, а более тяжелых 25-40 ед/кг на курс лечения).

Пациент нуждается в госпитализации и проведении стационарного лечения.

3. Демонстрация техники передней тампонады носа.

Задача №14. Эталон ответа.

1. На основании жалоб, анамнеза, данных объективного исследования можно предположить что, у пациента: менингококковая инфекция. Менингококцемия. Инфекционно-токсический шок 2 степени. Для подтверждения диагноза необходимо проведение дополнительного исследования: мазок из носоглотки, кровь, содержание элементов сыпи, спинно-мозговую жидкость. (Посев на питательные среды для выделения возбудителя является ведущим). Дифференциальный диагноз: менингит другой этиологии (стафилококковый, пневмококковый и др.). Лабораторная диагностика играет решающее значение для дифференциальной диагностики.

2. Тактика фельдшера и неотложная помощь.

Основной тактической задачей фельдшера СП при диагностике ИТШ является организация быстрой транспортировки больного в реанимационное отделение инфекционной больницы. На догоспитальном этапе необходимо больному парентерально ввести гидрокортизон 125-250 мг/м, адреналин 0,1%-1,0 лучше в/в в 10,0 физиологического раствора.

3. Демонстрация техники внутривенного введения лекарственного препарата.

Задача №15. Эталон ответа.

1. На основании жалоб, анамнеза, данных объективного исследования можно предположить, что у пациента – холера. Для подтверждения диагноза, оценки степени дегидратации и назначения адекватной регидратационной терапии, а также этиологии болезни необходимо провести следующее:

- а) собрать клинико-эпидемиологический анализ;
- б) взвесить больного и установить степень обезвоживания;
- в) провести забор испражнений, рвотных масс для бактериологического исследования;
- г) проводить измерение испражнений, рвотных масс, почасовой диурез.

Дифференциальный диагноз: с дизентерией, пищевыми токсикоинфекциями, отравлениями грибами и мышьяком. Бактериологический метод исследования наиболее быстрый и надежный. При отравлениях характерны боли в животе, повышение температуры тела, тенезмы. Для холеры не характерны эти симптомы.

2. Тактика фельдшера и неотложная помощь.

- а) немедленная госпитализация в инфекционное отделение;
- б) заполнить и отправить экстренное извещение;
- в) начать регидратацию;
- г) выявить контактных лиц и установить за ними наблюдение – 5 дней;
- д) дезинфекция.

3. Демонстрация техники внутривенного капельного введения лекарственного препарата.

Задача № 16. Эталон ответа.

1. На основании жалоб, анамнеза, данных объективного исследования можно предположить, что у пациента кишечное кровотечение, которое является осложнением основного заболевания. Возможно у больного брюшной тиф (у него на протяжении 18 дней высокая температура 39, 30С, с 7 дня появилась скудная розеолезная сыпь, язык утолщен, с отпечатками зубов по боковым краям). Для подтверждения диагноза необходимо провести:

- а) необходимо осмотреть стул пациента;
- б) исследовать кал на реакцию Грегерсена;
- в) бактериологическое исследование.

Дифференциальный диагноз брюшного тифа проводится с гриппом, сепсисом, аппендицитом, пневмонией сальмонеллезом и др. Окончательный диагноз можно поставить с помощью лабораторных данных (бактериологический и серологический метод)

2. Тактика фельдшера и неотложная помощь.

1) Строгий постельный режим;

2) Холод на живот, запрещают прием пищи на 10-12 часов, сокращают прием жидкости до 500 мл;

3) Провести обезболивание;

4) В/в вводим раствор NaCl, аминокaproновую кислоту, викасол 1% 1,0. Можно переливать свежеситратную одгруппную кровь по 75-100мл.

3. Демонстрация техники определения группы крови перед инфузией.

### **Внеаудиторная самостоятельная работа №1**

Подготовить презентацию по теме ОНМК

### **Тема 3.2.**

#### **Судорожный синдром. Эпилептический статус.**

#### **Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:**

1. Возможные осложнения эпилептического припадка у пациентов (эпилептический статус, асфиксия, развитие ОЧН, ЧМТ).

2. Критерии развития эпилептического статуса. Показания к госпитализации

3. Выбор тактики и алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе при развитии судорожного синдрома

4. Особенности транспортировки и мониторинга состояния пациента

#### **Практическая работа №2**

1. Проведение диагностики судорожного припадка.

2. Определение показаний к госпитализации

### **Внеаудиторная самостоятельная работа №2**

Составить дифференциально-диагностическую таблицу по теме: «Судорожный синдром»

### **Тема 3.3.**

#### **Комы.**

#### **Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:**

1. Комы: причины, классификация, критерии оценки комы

2. Основные клинические отличия различных видов ком

3. План физикального и инструментального обследования пациента на догоспитальном этапе.

4. Диагностические приборы для экспресс-оценки биохимических показателей у пациента.

5. Направления терапии.

6. Выбор тактики и алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе.

7. Показания к госпитализации.

8. Особенности транспортировки и мониторинга состояния пациента.

9. Часто встречающиеся ошибки.

#### **Практическая работа №3**

Дифференциальная диагностика различных видов ком на догоспитальном этапе. Тактика фельдшера и алгоритм оказания неотложной помощи.

### **Самостоятельная работа №3**

1. Решение ситуационных задач, тестовых заданий;

2. Составление алгоритмов оказания неотложной помощи

3. Оформление документации

**Раздел 4**  
**Неотложные состояния в хирургии и травматологии**  
**Тема 4.1.**

**Острая абдоминальная боль.**

**Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:**

1. Понятие «острый живот»: причины, клиническая картина
2. Выбор тактики и алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе
3. Показания к госпитализации
4. Особенности транспортировки и мониторингования состояния пациента

**Практическая работа №1**

1. Проведение дифференциальной диагностики острой абдоминальной боли.
2. Определение тактики фельдшера при острой абдоминальной боли

**Самостоятельная работа №1**

Составление таблиц по дифференциальной диагностике острой абдоминальной боли  
Отработка алгоритмов по оказанию неотложной помощи при острой хирургической патологии и травмах с учетом медицинской эргономики

**Тема 4.2**

**Почечная колика. Острая задержка мочи.**

**Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:**

1. Причины почечной колики.
2. Клиническая картина почечной колики
3. Диагностика почечной колики на догоспитальном этапе. Дифференциальная диагностика
4. Клиника острой задержки мочи. Дифференциальная диагностика острой задержки мочи.
5. Оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе
6. Тактика фельдшера на догоспитальном этапе

**Практическая работа №2**

1. Проведение диагностики почечной колики и острой задержки мочи.
2. Оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе

**Самостоятельная работа №2**

Отработка алгоритмов по оказанию неотложной помощи при острой хирургической патологии и травмах с учетом медицинской эргономики

**Тема 4.3**

**Черепно-мозговая травма. Травмы позвоночника и спинного мозга**

**Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:**

1. Черепно-мозговая травма (ЧМТ): классификация, возможные осложнения, клиническая картина. Диагностика ЧМТ на догоспитальном этапе. Алгоритм неотложных мероприятий при ЧМТ
2. Травма позвоночника и спинного мозга. Классификация, клиническая картина. Диагностика травмы позвоночника и спинного мозга на догоспитальном этапе
3. Алгоритм оказания неотложной помощи при травме позвоночника и спинного мозга.

**Практическая работа №3**

1. Решение ситуационных задач по теме: «Травмы позвоночника и спинного мозга»
2. Определение тактики фельдшера при черепно-мозговой травме, травмах позвоночника и спинного мозга

### **Самостоятельная работа №3**

Составление ситуационных задач по теме: «Травмы позвоночника и спинного мозга»  
Отработка алгоритмов по оказанию неотложной помощи при острой хирургической патологии и травмах с учетом медицинской эргономики

#### **Тема 4.4.**

##### **Повреждения опорно-двигательного аппарата и грудной клетки**

##### **Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:**

1. Повреждения опорно-двигательного аппарата: травматические вывихи, переломы костей.
2. Диагностика травм опорно-двигательного аппарата на догоспитальном этапе
3. Алгоритм оказания неотложной помощи при травмах опорно-двигательного аппарата
4. Алгоритм оказания неотложной помощи при повреждении грудной клетки и органов средостения
5. Особенности транспортировки и мониторингования состояния пациента при травмах.

### **Практическая работа №4**

1. Оказание неотложной помощи при ЧМТ и повреждениях позвоночника и спинного мозга.
2. Оказание неотложной помощи при повреждениях опорно-двигательного аппарата и грудной клетки.
3. Оказание неотложной помощи при сочетанных и множественных травмах

### **Самостоятельная работа №4**

Составление ситуационных задач по теме; «Повреждения опорно-двигательного аппарата и грудной клетки»  
Отработка алгоритмов по оказанию неотложной помощи при острой хирургической патологии и травмах с учетом медицинской эргономики

#### **Тема 4.5**

##### **Повреждение живота и органов брюшной полости.**

##### **Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:**

1. Повреждение живота и органов брюшной полости
2. Клиника, диагностика, алгоритм оказания неотложной помощи при повреждениях живота и органов брюшной полости
3. Особенности транспортировки и мониторингования состояния пациента.

### **Практическая работа №5**

1. Оказание неотложной помощи при повреждении живота и органов брюшной полости
2. Выбор тактики в случае развившихся осложнений.

### **Самостоятельная работа №5**

Отработка алгоритмов по оказанию неотложной помощи при острой хирургической патологии и травмах с учетом медицинской эргономики

#### **Тема 4.6.**

##### **Кровотечения.**

##### **Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:**

1. Этиология и классификация кровотечений
2. Клинические проявления, степени тяжести и осложнения кровотечений
3. Способы определения величины кровопотери и способы временной остановки наружного кровотечения
4. Неотложная помощь при наружном, артериальном и венозном кровотечении.
5. Неотложная помощь при кровотечениях из ЖКТ



6. Неотложная помощь при внутреннем кровотечении.
7. Особенности транспортировки и мониторингования состояния пациента
8. Инфекционная безопасность
9. Часто встречающиеся ошибки.

### **Практическая работа №6**

1. Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе при кровотечениях различного генеза.
2. Выбор тактики в случае развившихся осложнений

### **Самостоятельная работа №6**

Отработка алгоритмов по оказанию неотложной помощи при острой хирургической патологии и травмах с учетом медицинской эргономики

## **Тема 4.7.**

### **Повреждающее действие физических факторов (ожоги, переохлаждение, электротравма, утопление)**

#### **Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:**

1. Этиология и классификация ожогов. Определение площади и глубины термического поражения. Возможные осложнения ожогов. Оказание неотложной помощи. Показания к госпитализации
2. Лекарственные средства, применяемые на догоспитальном этапе при ожоговых ранах
3. Холодовая травма: отморожение, общее охлаждение, их классификация.
4. Неотложная помощь на догоспитальном этапе. Показания к госпитализации
5. Электротравма: воздействие электрического тока на биологические ткани. Классификация и клиническая картина электротравмы. Осмотр и физикальное обследование пациента при электротравме.
6. Алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе пациентам с электротравмой.
7. Утопление: виды, клиническая картина. Порядок оказания медицинской помощи при утоплении. Техника безопасности в оказании помощи пациентам при повреждающем воздействии физических факторов.

### **Практическая работа №7**

1. Оказание неотложной помощи при ожогах, переохлаждении, электротравме и утоплении
2. Выбор тактики в случае развившихся осложнений.

### **Самостоятельная работа №7**

Отработка алгоритмов по оказанию неотложной помощи при острой хирургической патологии и травмах с учетом медицинской эргономики

## **Раздел 5**

### **Оказание неотложной помощи при отравлениях**

#### **Тема 5.1.**

#### **Диагностика острых отравлений**

#### **Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:**

1. Классификация ядов и отравлений.
2. Синдромы токсического поражения органов и систем.
3. Диагностика острых отравлений на догоспитальном этапе
4. Особенности обследования пациентов при токсических поражениях
5. Диагностические критерии.
6. Методы экспресс-диагностики отравлений.
7. Дифференциальная диагностика на догоспитальном этапе.

### **Практическая работа №1**

- 1.Диагностика и дифференциальная диагностика при воздействии ядов на организм и острых отравлениях
- 2.Особенности диагностики острых отравлений у детей

### **Самостоятельная работа №1**

- 1.Составление таблиц по дифференциальной диагностике;
- 2.Составление схем ориентировочных действий при различных видах патологии;

## **Тема 5.2.**

### **Принципы оказания помощи при воздействии ядов и острых отравлениях.**

#### **Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:**

- 1.Принципы оказания помощи при острых отравлениях.
- 2.Методы естественной и искусственной детоксикации при воздействии токсических веществ, антидотная терапия.
- 3.Неотложная помощь на догоспитальном этапе взрослым и детям.
- 4.Показания к госпитализации.

### **Практическая работа №2**

- 1.Выбор тактики и алгоритм оказания неотложной помощи при воздействии ядов и острых отравлениях на догоспитальном этапе пациентам разных возрастных категорий.
- 2.Антидотная терапия
- 3.Особенности транспортировки и мониторингования состояния пациента

### **Внеаудиторная самостоятельная работа №2**

- 1.Решение ситуационных задач, тестовых заданий;
- 2.Отработка алгоритмов оказания неотложной помощи
- 3.Анализ последовательных ситуаций
- 4.Оформление документации

## **Раздел 6**

### **Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии**

#### **Тема 6.1.**

##### **Токсикозы и гестозы**

#### **Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:**

- 1.Токсикозы и гестозы. Классификация. Этиология и патогенез. диагностика
- 2.Лечение всех форм гестоза. Возможные осложнения

### **Практическая работа №1**

Выбор тактики и алгоритм оказания неотложной помощи при токсикозах и гестозах

### **Самостоятельная работа №1**

Составление алгоритма ведения родов вне лечебного учреждения

#### **Тема 6.2.**

##### **Роды вне лечебного учреждения**

#### **Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:**

- 1.Роды вне стационара: причины, классификация родов.
- 2.Особенности ведения родов вне стационара.
- 3.Возможные осложнения
- 4.Оценка жизнеспособности плода.
- 5.Реанимация новорожденного

- 6.Тактики и алгоритм принятия родов вне лечебного учреждения.
- 7.Особенности транспортировки и мониторингования состояния пациента.

### **Практическая работа №2**

Оказание акушерского пособия вне лечебного учреждения при срочных и преждевременных родах. Возможные осложнения. Условия и правила госпитализации матери и ребенка в стационар. Оформление документации

### **Самостоятельная работа №2**

Составление алгоритма ведения родов вне лечебного учреждения

## **Тема 6.3.**

### **Кровотечения в акушерстве и гинекологии.**

#### **Содержание учебного материала**

- 1.Классификация, причины, клиническая картина акушерских кровотечений.
- 2.Дисфункциональные маточные кровотечения.
- 3.Осложнения кровотечений. Геморрагический шок
- 4.Тактика и алгоритм оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе
- 5.Организация транспортировки в стационар и особенности мониторингования состояния пациентки.

### **Практическая работа №3**

Выбор тактики и алгоритм оказания неотложной помощи при акушерских и гинекологических кровотечениях. Алгоритм проведения противошоковых мероприятий.

### **Самостоятельная работа №3**

Составление дифференциально-диагностической таблицы по акушерским кровотечениям

## **Раздел 7**

### **Оказание неотложной помощи детям**

#### **Тема 7.1.**

#### **Особенности оказания неотложной помощи детям**

#### **Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:**

- 1.Особенности тактики при оказании неотложной помощи детям.
- 2.Диагностика неотложных состояний у детей.
- 3.Пути введения, дозы лекарственных препаратов, применяемых детям разного возраста при неотложных состояниях на догоспитальном этапе
- 4.Инфузионная терапия детей разного возраста при неотложных состояниях на догоспитальном этапе.
- 5.Критерии эффективности оказываемой помощи
- 6.Ошибки при оказании неотложной помощи детям
- 7.Неотложная помощь при основных патологических состояниях у детей

### **Практическая работа №1**

1. Особенности диагностики и дифференциальной диагностики неотложных состояний у детей различного возраста. Тактика фельдшера в отношении родителей.
2. Тактика оказания неотложной помощи при сахарном диабете у детей. Подбор путей введения, доз лекарственных препаратов Особенности транспортировки и мониторингования состояния пациента.
3. Судорожный синдром у детей. Тактика оказания неотложной помощи. Подбор путей введения, доз лекарственных препаратов Особенности транспортировки и мониторингования состояния пациента.

4. Анафилактический шок. Крапивница. Отёк Квинке. Тактика оказания неотложной помощи. Подбор путей введения, доз лекарственных препаратов Особенности транспортировки и мониторингования состояния пациента.

5. Нарушение терморегуляции. Лихорадка. Переохлаждение. Тактика оказания неотложной помощи. Подбор путей введения, доз лекарственных препаратов Особенности транспортировки и мониторингования состояния пациента.

### **Самостоятельная работа №1**

1. Работа с лекционным материалом, учебниками и другими источниками информации по теме занятия.

2. Выполнение письменных заданий из учебно- методического пособия по организации самостоятельной работы студентов «Особенности оказания неотложной помощи детям»

3. Составление таблицы по дифференциальной диагностике: «Гипергликемические комы: кетоацидотическая, гипертосмолярная, лактатацидемическая»

4. Подбор доз и выписка рецептов на лекарственные средства, применяемые для оказания неотложной помощи детям

### **Тема 7.2.**

#### **СЛР у детей**

#### **Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:**

1. Особенности проведения СЛР у детей до 1 года.

2. Особенности проведения СЛР у детей от 1 года до 7 лет.

3. Особенности проведения СЛР у детей от 7 до 14 лет.

4. Критерии эффективности реанимационных мероприятий

5. Основные опасности и осложнения.

6. Синдром внезапной смерти у детей.

### **Практическая работа №2**

Проведение СЛР детям разного возраста. Критерии эффективности, осложнения, ошибки.

### **Самостоятельная работа №2**

1. Работа с лекционным материалом, учебниками и другими источниками информации по теме занятия.

2. Выполнение письменных заданий из учебно- методического пособия по организации самостоятельной работы студентов «Сердечно – легочная реанимация у детей»

3. Составление схем ориентировочных действий при различных видах патологии;

4. Подбор доз и выписка рецептов на лекарственные средства, применяемые для оказания неотложной помощи детям

## **Раздел 8**

### **Оказание неотложной помощи при чрезвычайных ситуациях**

#### **Тема 8.1.**

#### **Принципы организации, задачи, силы и средства службы медицины катастроф**

#### **Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:**

1. Принципы организации Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций (ЧС) в России.

2. Организационная структура и задачи службы медицины катастроф.

3. Объем, силы и средства для ликвидации ЧС.

4. Классификация ЧС. Основные поражающие факторы: классификация, характеристика. Медико-тактическая характеристика различных ЧС

### **Самостоятельная работа №1**

Работа с дополнительной литературой и другими источниками информации

### **Тема 8.2.**

#### **Медицинская сортировка на различных этапах оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях**

##### **Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:**

1. Принципы медицинской сортировки и основные сортировочные группы на различных этапах оказания медицинской помощи при ЧС
2. Группировка пострадавших с учетом сортировочных признаков
3. Эвакуация пострадавших из очагов поражения

##### **Практическая работа №1**

Сортировка пострадавших в местах массового поражения различной этиологии

##### **Внеаудиторная самостоятельная работа №2**

1. Составить набор сортировочных марок на этапы эвакуации
2. Решение ситуационных задач, тестовых заданий

### **Тема 8.3.**

#### **Оказание экстренной медицинской помощи при различных видах поражения в ЧС.**

##### **Перечень вопросов для устного, фронтального опроса:**

1. Объем и средства оказания догоспитальной медицинской помощи пораженным при радиационных поражениях
2. Объем и средства оказания догоспитальной медицинской помощи пораженным при воздействии отравляющих и высокотоксичных веществ
3. Объем и средства оказания догоспитальной медицинской помощи пораженным при ликвидации очагов особо опасных инфекций
4. Объем и средства оказания догоспитальной медицинской помощи пораженным в очагах природных катастроф
5. Объем и средства оказания госпитальной медицинской помощи при механически повреждениях и синдроме длительного сдавления (СДС)
6. Объем и средства оказания догоспитальной медицинской помощи при пожарах
7. Объем и средства оказания догоспитальной медицинской помощи при дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) и иных транспортных авариях (в.ч. авиакатастрофах)
8. Объем и средства оказания догоспитальной медицинской помощи при химических авариях.
9. Объем и средства оказания догоспитальной медицинской помощи при террористических актах
9. Коллективные и индивидуальные средства защиты
10. Аатравматичное определение ведущего повреждения
11. Организация антистрессовой помощи пострадавшим и членам их семей

##### **Практическая работа №2**

1. Организация работы и оказание экстренной медицинской помощи в очаге радиационного поражения и при воздействии отравляющих и высокотоксичных веществ, в очагах особо опасных инфекций
2. Организация работы и оказание экстренной медицинской помощи в очаге природных катастроф, при механически повреждениях и синдроме длительного сдавления (СДС).

##### **Внеаудиторная самостоятельная работа №3**

1. Решение ситуационных задач, тестовых заданий;
2. Отработка алгоритмов оказания неотложной помощи
3. Анализ конкретных ситуаций

## 5.1.2. Типовые задания для рубежного контроля:

### Раздел 1.

#### Общие вопросы реаниматологии при неотложных состояниях

Тест:

**1. Служба скорой медицинской помощи предназначена для:**

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

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

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

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

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

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

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

**5. Нормой транспортной доступности для подстанции скорой помощи считается:**

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

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

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

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

- а) Может
- б) Не может**

**8. Санитарную обработку салона после перевозки инфекционного больного проводит:**

- а) Выездной фельдшер
- б) Санитар подстанции скорой помощи после возвращения бригады с вызова**

**в) Санитар приемного отделения, в которое был доставлен больной**

**9. Реанимация — это:**

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

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

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

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

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

**12. Основными признаками клинической смерти являются:**

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

**13. Противопоказаниями для проведения сердечно-легочной реанимации являются:**

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

**14. Показаниями для сердечно-легочной реанимации являются:**

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

**15. К ранним признакам биологической смерти относятся:**

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

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

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

**17. Запрокидывание головы больного при введении воздуховода требуется:**

- а) Да**
- б) Нет

**18. Выдвижение нижней челюсти при введении воздуховода требуется:**

- а) Да**
- б) Нет

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

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

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

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

## **Раздел 2.**

### **Неотложные состояния при внутренних болезнях**

**Тест:**

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

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

**2. Критериями эффективности реанимации являются;**

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

**3. Эффективная реанимация проводится:**

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

**4. Неэффективная реанимация проводится:**

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

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

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

**6. Нажатие на грудину при непрямом массаже сердца проводится:**



- а) Всей ладонной поверхностью кисти, не сгибая рук в локтях
- б) Запястьями, не сгибая рук в локтях**
- в) Запястьями, умеренно согнуть руки в локтях

**7. 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

**8. Разовая доза адреналина при проведении сердечно-легочной взрослому составляет:**

- а) До 0,5 мл 0,1 % раствора
- б) 0,5 — 1,0 мл 0,1% раствора**
- в) 1,0 — 1,5 мл 0,1% раствора

**9. 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

**10. 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**

**11. Перед проведением дефибрилляции необходимо:**

- а) Прекратить массаж на 1-2 минуты и внутрисердечно ввести адреналин
- б) Провести дефибрилляцию сердца без предварительного массажа и ИВЛ
- в) Ввести адреналин в/в, проверить ответ**

**12. Фентанил относится:**

- а) К наркотическим анальгетикам**
- б) К ненаркотическим анальгетикам
- в) К нейролептикам

**13. Дроперидол относится:**

- а) К наркотическим анальгетикам
- б) К ненаркотическим анальгетикам
- в) К нейролептикам**

**14. Продолжительность действия фентанила при в/в вливании составляет:**

- а) 10 минут
- б) 30 минут**
- в) 1 час
- г) 2 часа

**15. Продолжительность действия дроперидола при в/в вливании составляет:**

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

г) 2 часа

**16. Противопоказанием для применения дроперидола является:**

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

**17. Основным признаком коматозного состояния является:**

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

**18. Аспирационно-обтурационные нарушения дыхания могут развиваться при:**

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

**19. Угнетение дыхательного центра развивается у больных:**

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

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

- а) Да**
- б) Нет

### Раздел 3.

#### Неотложные состояния в неврологии

Тест:

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

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

**2. Зубец Р характеризует:**

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

**3. Интервал PQ характеризует:**

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

**4. Зубец QRS характеризует:**

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

**5. Для записи отведения VI активный электрод располагают:**

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

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

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

**7. Для записи отведения V3 активный электрод располагают:**

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

**8. Для записи отведения V4 активный электрод располагают:**

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

**9. Для записи отведения V5 активный электрод располагают:**

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

**10. Для записи отведения V6 активный электрод располагают:**

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

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

- а) Да
- б) **Нет**

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

- а) Да
- б) **Нет**

**13. Симптомы характерные для типичного приступа стенокардии:**

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

**14. Показание для экстренной госпитализации являются:**

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

**15. Впервые возникшая стенокардия напряжения диагностируется при длительности заболевания:**

- а) **Не более 1 недели**

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

**16. Эффект Бета-блокаторов при приступе стенокардии обусловлен:**

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

**17. Основным диагностическим критерием типичного острого инфаркта миокарда является:**

- а) Артериальная гипотония
- б) Артериальная гипертензия
- в) Нарушение ритма сердца
- г) Загрудинная боль продолжительностью более 20 минут
- д) Холодный пот

**18. Для абдоминальной формы инфаркта миокарда характерны:**

- а) Боли за грудиной, иррадиирующие в плечо и эпигастральную область
- б) Острые боли в животе, часто с тошнотой, иногда с рвотой, резкая слабость
- в) Острые боли в животе, «доскообразное» напряжение мышц живота, положительные симптомы раздражения брюшины.

**19. При остром инфаркте миокарда чаще всего развивается:**

- а) Синусовая брадикардия
- б) Мерцательная аритмия
- в) Желудочковая экстрасистолия
- г) Фибрилляция желудочков

**20. Желудочковые экстрасистолы у больного с острым инфарктом миокарда могут осложниться:**

- а) Фибрилляцией предсердий
- б) Фибрилляцией желудочков
- в) Полной атриовентрикулярной блокадой
- г) Асистолией

#### Раздел 4.

#### Неотложные состояния в хирургии и травматологии

Тест:

**1. При остром инфаркте миокарда для лечения жизнеопасных аритмий применяется:**

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

**2. При умеренном повышении АД у больного с острым инфарктом миокарда на высоте болевого синдрома показано:**

- а) Папаверин в/м
- б) Дибазол в/м
- в) Дибазол в/в
- г) Клофелин в/в
- д) Обезболивание

**3. При неосложненном остром инфаркте миокарда с подъёмом сегментаST, необходимо:**

- а) Нитроглицерин, в/в анальгин 50 % 2,0, ингаляция кислорода, вызов кардиологической бригады или транспортировка

- б) Нитроглицерин, кислород, вызов кардиологической бригады  
в) **морфин, тромболизис, аспирин, клопидогрел, гепарин, транспортировка на носилках**

**4. Основным ЭКГ -признаком некроза сердечной мышцы является**

- а) Снижение сегмента ST  
б) Подъем сегмента ST  
в) Уменьшение зубца R  
г) **Широкий и глубокий зубец Q**  
д) Отрицательный зубец T

**5. Признаком острейшей стадии инфаркта миокарда является:**

- а) T в грудных отведениях  
б) **Высокий остроконечный T**  
в) Подъем сегмента ST  
г) Q патологический

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

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

**7. Клиническим проявлением внезапно развившейся полной атривентрикулярной блокады является:**

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

**8. Первоочередным мероприятием у больного с полной атривентрикулярной блокады в разгар приступа является:**

- а) В/м введение атропина  
б) **Непрямой массаж сердца**  
в) В/в введение алулента

**9. Препаратом выбора для купирования пароксизмальной желудочковой тахикардии является:**

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

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

- а) Можно  
б) **Нельзя**

**11. Нормотопным водителем ритма является:**

- а) **Синусовый узел**  
б) Атриовентрикулярный узел  
в) Ножки пучка Гиса  
г) Предсердия

**12. Ранними экстрасистолиями называются экстрасистолы:**

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

**3. Для желудочковой экстрасистолы характерны следующие признаки:**

- а) **QRS уширен**
- б) QRS обычной формы

**14. ЭКГ-признаки предсердной экстрасистолы:**

- а) **QRS обычной формы**
- б) QRS уширен

**15. Острая левожелудочковая недостаточность может быть осложнением:**

- а) **Гипертонического криза**
- б) **Острого инфаркта миокарда**
- в) **Хронической недостаточности кровообращения**
- г) Поздних токсикозов беременных

**16. Эффект нитроглицерина при приступе стенокардии обусловлен**

- а) Расширением коронарных артерий
- б) Расширением коллатеральных ветвей коронарных артерий
- в) **Расширением периферических сосудов большого круга кровообращения**
- г) Урежением сердечного ритма

**17. Применение сердечных гликозидов в комплексе лечения острой левожелудочковой недостаточности показано:**

- а) Всегда
- б) При ОН, развившейся на фоне инфаркта миокарда
- в) При ОН, развившейся на фоне гипертонического криза
- г) **При ОН, развившейся на фоне хронической недостаточности кровообращения**
- д) Никогда

**18. Применение лазикса в комплексе лечения острой левожелудочковой недостаточности показано:**

- а) Всегда
- б) **При высоком и нормальном АД**
- в) При низком АД
- г) Никогда

**19. Применение преднизолона в комплексном лечении острой левожелудочковой недостаточности основано на:**

- а) Увеличение возврата венозной крови к сердцу и повышении сердечного выброса.
- б) **Уменьшении проницаемости сосудистой стенки и противоотечном действии**
- в) Повышение чувствительности к катехоламинам и бронхолитическом действии

**20. Противопоказанием для применения морфина у больных с отеком легких является:**

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

**Раздел 5.**  
**Оказание неотложной помощи при отравлениях**

**Тест:**

**1. Оптимальное положение для больного с отеком легких:**

- а) Лежа с приподнятым головным концом, сидя и полусидя**
- б) Лежа с приподнятым ножным концом**

**2. При тромбоэмболии легочной артерии развивается:**

- а) Острая левожелудочковая недостаточность**
- б) Острая правожелудочковая недостаточность**

**3. Критериями транспортабельности больных с отеком легких**

- 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**

**4. Для раннего периода тромбоэмболии легочной артерии характерны:**

- а) Боль в груди**
- б) Одышка**
- в) Кровохарканье**
- г) Кашель**
- д) Резкая слабость**

**5. Для клиники острой правожелудочковой недостаточности характерны:**

- а) Акцент II тона над аортой**
- б) Увеличение печени**
- в) Набухание шейных вен**
- г) Расширение границ сердца вправо**
- д) Акцент II тона над легочной артерией**

**6. Для клиники развивающегося астматического состояния характерны:**

- а) Повторные затяжные приступы удушья у больного бронхиальной астмой:**
- б) Неотхождение мокроты после приступа**
- в) Низкая эффективность привычных бронхолитиков**
- г) Снижение диуреза**
- д) Парадоксальное дыхание**

**7. При лечении астматического состояния необходимо:**

- а) Инфузионная терапия**
- б) Ингаляция кислородовоздушной смеси**
- в) Введение адреномиметиков**
- г) Введение эуфилина**
- д) Введение кортикостероидов**

**8. Для крупозной пневмонии характерны:**

- а) Острое начало с высокой температурой**
- б) Плевральные боли на стороне поражения**
- в) Ржавая мокрота в первые дни заболевания**
- г) Гнойная мокрота с первых дней заболевания**

**9. Крупозная пневмония может осложниться:**

- а) Инфекционнотоксическим шоком**
- б) Коллапсом**

- в) Отеком легкого
- г) Острой дыхательной недостаточностью
- д) Острой недостаточностью надпочечников

**10. Для клинической картины инсулинозависимого сахарного диабета характерны:**

- а) Острое начало заболевания чаще в молодом возрасте
- б) Резкое снижение массы тела в начальном периоде болезни
- в) Возможность лечения таблетированными сахароснижающими препаратами
- г) Высокая склонность к развитию кетоацидоза

**11. Для клинической картины инсулинонезависимого сахарного диабета характерны:**

- а) Начало постепенное чаще после 40 лет
- б) Масса тела в период, предшествующий началу заболевания обычно повышается
- в) Возможность лечения таблетированными сахароснижающими препаратами
- г) Высокая склонность к развитию кетоацидоза

**12. Больной с тромбозом легочной артерии транспортируется:**

- а) В полусидячем положении
- б) В строго горизонтальном положении
- в) В горизонтальном положении со слегка приподнятым головным концом
- г) В горизонтальном положении с приподнятым ножным концом

**13. Ведущим симптомом бронхиальной астмы является:**

- а) Постоянная одышка
- б) Приступообразная одышка
- в) Вынужденное положение больного во время приступа
- г) Приступы одышки с удлиненным выдохом
- д) «Бочкообразная» грудная клетка

**14. В первую очередь дифференциальный диагноз при тромбозе легочной артерии нужно проводить:**

- а) Со спонтанным пневмотораксом
- б) С крупозной пневмонией
- в) С острым инфарктом миокарда

**15. Абсолютным признаком развившегося астматического состояния является:**

- а) Одышка с удлиненным выдохом
- б) Дистанционные сухие хрипы
- в) Вынужденное положение больного
- г) Участки немого легкого при аускультации

**16. При астматическом статусе необходимо:**

- а) Повторное введение адреномиметиков, эуфилина, преднизолона, ингаляция кислорода
- б) В/в эуфиллин 2,4% 10-15 мл, преднизолон 60 мг, инфузионная терапия 5% глюкозой, ингаляция кислорода
- в) В/в эуфиллин 2,4 % 10,0 эфедрин 5 % 1,0, преднизолон 90 — 120 мг, инфузионная терапия

**17. Концентрация кислорода во вдыхаемой смеси у больного с астматическим статусом должна быть:**

- 1) 100 %
- 2) 50-75 %
- 3) 30-50 %
- 4) 20-30 %



**18. Больным с аспириновой формой бронхиальной астмы противопоказан:**

- а) Эуфиллин
- б) Теофедрин**
- в) Астмопент
- г) Сальбутамол

**19. Ведущим симптомом инфекционного шока является:**

- а) Бледность кожи на фоне высокой температуры
- б) Заторможенность и вялость больного
- в) Гипотония, не поддающаяся лечению прессорными аминами**
- г) Гипотония, поддающихся лечению прессорным аминами

**20. Для коллапса, развившегося у больного с крупозной пневмонией характерно:**

- а) Постепенное снижение АД на фоне высокой температуры и нарастающей интоксикации
- б) Внезапное падение АД, часто спровоцированное переменой положения тела**

## **Раздел 6.**

### **Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии**

**Тест:**

**1. При инфекционнотоксическом шоке у больного с крупозной пневмонией необходимо:**

- а) Ингаляция паров нашатырного спирта, п/к кофеин и кордиамин
- б) В/в капельно норадреналин 0,2% 1,0 на 250 мл физраствора, в/в преднизалон 90-120 мг**
- в) В/м сульфакамфокаин 2,0, анальгин 50 % 2,0 в/м

**2. При гипергликемической кетоацидотической коме:**

- а) Кожа гиперемированная, сухая, зрачки расширенные, глазные яблоки твердые
- б) Гиперемия лица, кожа сухая, глазные яблоки мягкие, тургор кожи снижен**
- в) Кожа цианотичная, сухая, глаза запавшие, тризм жевательной мускулатуры, повышенный мышечный тонус

**3. Дыхание при диабетической коме:**

- а) Не нарушено
- б) Поверхностное, неритмичное
- в) Частое, глубокое**
- г) Редкое, с длительным апноэ

**4. При диабетической коме необходимо:**

- а) Туалет верхних дыхательных путей, ингаляция кислорода, полиглюкин в/в капельно
- б) Туалет верхних дыхательных путей, ингаляция кислорода, физраствор в/в, гемодез, натрия бикарбонат**
- в) В/в инсулин 40 ЕД, ингаляция кислорода, в/в капельно физ. раствор гемодез
- г) В/в инсулин 20 ЕД + в/м инсулин 20 ЕД, гемодез, полиглюкин

**5. При гипогликемической коме у больного:**

- а) Кожа обычного цвета, влажная, глазные яблоки твердые, тонус мышц повышен**
- б) Кожа бледная, покрыта холодным потом, тризм жевательной мускулатуры, глазные яблоки
- в) Кожа гиперемированная, влажная, зрачки резко расширенны, тонус мышц снижен

**6. При гипогликемической коме необходимо:**

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

в) Туалет дыхательных путей, транспортировка

**7. Биологическое действие инсулина состоит:**

- а) В повышении проницаемости клеточных мембран для ионов  $K^+$ , синтезе жиров
- б) В повышении проницаемости клеточных мембран для глюкозы, синтез гликогена и жиров**
- в) В понижении проницаемости клеточных мембран для глюкозы, синтезе белков

**8. Развитие гипогликемической комы наиболее вероятно:**

- а) У больных недиагностированным инсулинозависимым типом диабета
- б) У больных с недиагностированным диабетом II типа
- в) У больных, получающих инсулин**

**9. Объем воздуха при проведении искусственной вентиляции легких новорожденному ребенку составляет:**

- а) 20-30 мл**
- б) 80-100 мл
- в) 200-500 мл

**10. Массаж сердца новорожденным детям проводится с частотой:**

- а) 120 р. в мин.**
- б) 100 р. в мин.
- в) 80 р. в мин.
- г) 60 р. в мин.

**11. 50% анальгин детям вводится из расчета:**

- а) 0,1 мл на 1 год жизни**
- б) 0,2 мл на 1 год жизни
- в) 0,01 мл на 1 кг веса
- г) 0,02 мл на 1 кг веса

**12. 1% димедрол детям вводится из расчета:**

- а) 0,1 мл на 1 год жизни**
- б) 0,2 мл на 1 год жизни
- в) 0,1 мг на 1 кг веса
- г) 0,01 мг на 1 кг веса

**13. Неотложная помощь при гипертермии включает:**

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

**14. Неотложная помощь при судорожном синдроме:**

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

**15. Количество жидкости, для промывания желудка ребенку рассчитывается:**

- а) 1 литр на 1 кг веса
- б) 1 литр на 1 год жизни, но не более 10 литров**

**16. Ведущим механизмом развития анафилактического шока является:**

- а) Снижение сократительной способности миокарда
- б) Расширение венозного отдела сосудистого русла**
- в) Уменьшение объема циркулирующей крови

г) Угнетение сосудодвигательного центра

**17. Введение эуфиллина при анафилактическом шоке показано:**

- а) Всем больным
- б) Больным с одышкой
- в) Больным с бронхоспазмом, после стабилизации АД**
- г) Больным с загрудинными болями, после стабилизации АД

**18. Введение сердечных гликозидов при анафилактическом шоке показано:**

- а) Всем больным
- б) Больным с бронхоспазмом, после стабилизации АД
- в) Больным с сохраняющейся тахикардией и респираторной одышкой, после стабилизации АД**

**19. Первоочередным мероприятием при анафилактическом шоке является:**

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

**20. Асимметрия глазных щелей, анизокория, симптом «паруса» относятся:**

- а) К симптомам очагового поражения мозга**
- б) К общемозговым неврологическим симптомам
- в) К симптомам раздражения мозговых оболочек

**Раздел 7.**

Оказание неотложной помощи детям

**Тест:**

**1. К симптомам раздражения мягкой мозговой оболочки относятся:**

- а) Симптом Керинга
- б) Симптом Брудзинского**
- в) Симптом Ортнера

**2. Для клиники геморрагического инсульта характерны:**

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

**3. Для ишемического инсульта характерны:**

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

**4. Калькулезный холецистит может осложниться:**

- а) Перфорацией желчного пузыря**
- б) Острым панкреатитом**
- в) Механической желтухой**
- г) Острой печеночной недостаточностью

**5. Симптомы характерные для острой кишечной непроходимости:**

- а) Схваткообразные боли
- б) Отсутствие стула и газов**
- в) Тенезмы
- г) Рвота
- д) Частый жидкий стул

**6. Ведущим симптомом острой кишечной непроходимости является:**

- а) Острая «кинжальная» боль в животе
- б) Ноющая боль в животе
- в) Схваткообразные боли в животе**
- г) Частый жидкий стул

**7. При острой кишечной непроходимости необходимо:**

- а) Очистительные клизмы
- б) Спазмолитики
- в) Газоотводная трубка
- г) Обезболивание
- д) Госпитализация в хирургическое отделение**

**8. Отек правой нижней конечности может развиваться на фоне острого аппендицита вследствие:**

- а) Тромбоза подвздошных вен**
- б) Распространения воспалительного процесса на бедро
- г) Вовлечения в воспалительный процесс подвздошно поясничной мышцы

**9. Тактика при впервые возникшей почечной колике:**

- а) Введение спазмолитиков и анальгетиков, активные наблюдения
- б) Госпитализация в хирургическое отделение без введения медикаментов
- в) Введение спазмолитиков и госпитализация в урологическое отделение**

**10. Ведущим симптомом почечной колики является:**

- а) Резь при мочеиспускании
- б) Ноющие боли в пояснице
- в) Частое мочеиспускание
- г) Высокая температура

**5) Приступнообразные острые боли**

**11. Симптомы характерные для острого пиелонефрита:**

- а) Лихорадка**
- б) Общая интоксикация**
- в) Острая боль в пояснице
- г) Дизурия
- д) Отеки

**12. Мероприятия, показанные больным с острыми желудочно-кишечным кровотечением:**

- а) Холод на живот**
- б) Введение гемостатических препаратов**
- в) Срочная госпитализация**
- г) Введение сосудистых тонизирующих препаратов

**13. При наличии дегтеобразного стула в сочетании с увеличением печени и селезенки нужно заподозрить:**

- а) Кровотечение из язвы желудка или 12-перстной кишки

- б) Неспецифический язвенный колит
- в) Кровотечение из вен пищевода**
- г) Геморроидальное кровотечение

**14. Лечение острой кровопотери начинают с переливания:**

- а) Эритроцитарной массы
- б) Донорской крови
- в) Кристаллоидных растворов**
- г) Коллоидных растворов

**15. Для лечения гиповолемического шока в условиях скорой медицинской помощи используют:**

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

**16. Обработка рук перед приемом родов на догоспитальном этапе заключается в:**

- а) обработке 70 градусным спиртом**
- б) Двукратном намыливании под проточной водой**
- в) Обработка 0,5 % раствором хлорамина
- г) Обработка спиртом с хлоргексидином

**17. Каким размером пререзывается головка при родах в заднем виде затылочного предлежания?**

- а) Средний косой**
- б) Малый косой
- в) Вертикальный
- г) Прямой
- д) Большой косой

**18. Сколько можно ждать самостоятельного отделения и рождения последа при удовлетворительном состоянии роженицы и отсутствии кровотечения?**

- а) 1 час
- б) 2 часа
- в) 30 минут — 1 час
- г) 30 минут**

**19. Каким размером пререзывается головка при родах в лицевом предлежании?**

- а) Малый косой
- б) Вертикальный**
- в) Прямой
- г) Большой косой

**20. Какая кровопотеря бывает при физиологических родах?**

- а) 0,5% от массы тела**
- б) 150-200 мл
- в) 300-400мл
- г) Не более 400 мл
- д) 0,3% от массы тела

## Раздел 8.

### Оказание неотложной помощи при чрезвычайных ситуациях

Тест:

**1. Каким размером прорезывается головка при родах в переднем виде затылочного предлежания?**

- а) Средний косой
- б) Большой косой
- в) Прямой размер
- г) Вертикальный
- д) **Малый косой**

**2. Какова нормальная продолжительность II периода родов у первородящих?**

- а) **1 час**
- б) 2 часа
- в) 3 часа
- г) 30 минут
- д) 1-2 часа

**3. Когда должно произойти отхождение околоплодных вод?**

- а) При раскрытии шейки матки на 4 см
- б) При раскрытии шейки матки на 5-6 см
- в) С началом потуг
- г) **При раскрытии близком к полному**

**4. Самый ранний симптом, указывающий на тяжелую (50 %) отслойку плаценты:**

- а) Боль
- б) Внутриутробная гибель плода
- в) **Нарушение гемодинамики (падение АД, частый слабый пульс, бледность)**
- г) Кровотечение из половых путей
- д) Изменение консистенции и конфигурации матки

**5. Тактика фельдшера при отделившемся последе и задержке его в полости матки:**

- а) Сокращающие в/в
- б) Ручное отделение и выделение последа
- в) **Наружные методы выделения последа**
- г) Сокращающие в толщу матки

**6. Тактика фельдшера при гипотоническом кровотечении в раннем послеродовом периоде:**

- а) Катетеризация мочевого пузыря
- б) Наружный массаж матки
- в) Сокращающие в/в
- г) Ручное обследование полости матки и массаж матки на кулаке
- д) **Все выше перечисленное**

**7. Основной клинический симптом предлежания плаценты;**

- а) Боль внизу живота
- б) **Нарушение гемодинамики**
- в) Кровотечение из половых путей
- г) Анемия
- д) Страдание плода

**8. Тактика при неотделившемся последе, когда не прошло 30 минут после рождения ребенка, а кровопотеря превысила физиологическую норму:**

- а) Сокращающие в/в
- б) Ручное отделение и выделение последа**
- в) Транспортировка

**9 При подозрении на предлежание плаценты влагалищное исследование должно быть произведено:**

- а) Немедленно
- б) С соблюдением правил асептики и антисептики
- в) Только в условиях стационара**
- г) После подключения системы для в/в вливания

**10. Тактика фельдшера в период клонических судорог у больной с эклампсией:**

- а) Введение литической смеси
- б) Профилактика ушибов и прикусывания языка**
- в) Магнезиальная терапия по Бровкину
- г) Оксигенотерапия
- д) Ингаляционный период

**11. Какие осложнения возможны при поздних токсикозах беременности?**

- а) Кровоизлияния в мозг
- б) Отслойка сетчатки**
- в) ДВС-синдром
- г) Острая почечно-печеночная недостаточность**
- д) Острая дыхательная недостаточность

**12. Тактика фельдшера в 1 периоде фибриллярных подергиваний у больной с эклампсией?**

- а) Ингаляционный наркоз**
- б) Эуфиллин 2,4% 10,0
- в) Магнезиальная терапия по Бровкину

**13. Сколько раз бывает рвота при раннем токсикозе беременности легкой степени?**

- а) 1 раз в сутки
- б) 2-3 раза в сутки**
- в) 5-6 раз в сутки
- г) более 10 раз в сутки
- д) более 20 раз в сутки

**14. Чаще всего при сальмонеллезе развивается:**

- а) Гастритическая
- б) Генерализованная (тифоподобная и септическая)
- в) Гастроэнтерическая**

**15. Какой степени тяжести соответствует следующая клиническая картина сальмонеллеза: t — 37-38 градусов, одно-двух кратная рвота, жидкий стул до 5 раз в сутки, пульс 70-90, АД 120/80.**

- а) Легкой**
- б) Средней тяжести
- в) Тяжелой

**16. Какой степени тяжести соответствует следующая клиника сальмонеллеза: t — 38-39 градусов, повторная рвота, жидкий стул 6-10 раз в сутки, пульс 80-100 в минуту, АД более 100/60.**

- а) Легкой

**б) Средней тяжести**

в) Тяжелой

**17. Какой степени тяжести соответствует следующая клиника сальмонеллеза: t — 39-40, профузная рвота, жидкий стул больше 10 раз в сутки, язык сухой, пульс 100-120 в минуту, АД 100/60.**

а) Легкой

**б) Средней тяжести**

в) Тяжелой

**18. Больным с тяжелой формой сальмонеллеза на догоспитальном этапе должны быть проведены:**

а) Промывание желудка

**б) Регидратационная терапия**

в) Антибактериальная терапия

в) Противошоковая терапия

**19. Ботулизм может развиваться при употреблении в пищу:**

а) Свежих овощей, зараженных спорами ботулинической палочки

б) Молока

**в) Консервированных овощей и грибов**

г) Мясных и рыбных консервов домашнего приготовления

**20. Для клиники ботулизма характерны:**

а) Высокая температура

**б) Расстройства глотания**

**в) Расстройства зрения**

г) Частый жидкий стул

д) Расстройства дыхания

**е) Запоры и вздутие живота**

**Критерии оценок при выполнении тестовых заданий**

Оценка решений тестовых заданий осуществляется с помощью программированного контроля. Результаты тестирования заносятся в ведомость с указанием Ф.И.О. аттестуемого, номера группы, количества баллов в 100-балльной и 5-балльной системах оценивания:

<b>Оценка в 100-балльной шкале</b>	<b>Оценка в 5-балльной шкале</b>
90-100	5 (отлично)
80-89	4 (хорошо)
70-79	3 (удовлетворительно)
0-69	2 (неудовлетворительно)

Таким образом, оценка «отлично» выставляется при условии правильного ответа студента не менее чем на 90% тестовых заданий; оценка «хорошо» выставляется при условии правильного ответа студента не менее чем на 80% тестовых заданий; оценка «удовлетворительно» – не менее чем на 70% тестовых заданий; оценка «неудовлетворительно» – если студент правильно ответил менее чем на 70% тестовых заданий.

**5.1.3. Оценка учебной и (или) производственной практики**

**5.1.3.1. Общие положения**

Целью оценки по учебной и (или) производственной практике является оценка:

1) профессиональных и общих компетенций;

2) практического опыта и умений.

Оценка по учебной и (или) производственной практике выставляется на основании данных аттестационного листа (характеристики профессиональной деятельности



обучающегося на практике) с указанием видов работ, выполненных обучающимся во время практики, их объема, качества выполнения в соответствии с технологией и (или) требованиями организации, в которой проходила практика.

### 5.1.3.2. Виды работ практики и проверяемые результаты обучения по профессиональному модулю

#### Учебная практика:

Таблица 1

Виды работ	Коды проверяемых результатов	
	Умения	Практический опыт
<ul style="list-style-type: none"> <li>-проведение санации верхних дыхательных путей;</li> <li>-применение роторасширителя, языкодержателя;</li> <li>- выполнение тройного приема Сафара;</li> <li>-проведение неаппаратной ИВЛ «рот в рот», « рот в нос»;</li> <li>-проведение непрямого массажа сердца;</li> <li>- наложение венозных жгутов на конечности;</li> <li>-проведение коникотомии.</li> </ul>	<b>У 1-19</b>	<b>ПО 1-9</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Проведение специализированного реанимационного комплекса на догоспитальном этапе.</li> <li>-Проведение контроля эффективности проводимых мероприятий:</li> <li>-введение назогастрального зонда;</li> <li>-проведение оксигенотерапии;</li> <li>-проведение сердечно-легочной реанимации одним реаниматором;</li> <li>-проведение сердечно-легочной реанимации двумя реаниматорами;</li> <li>-проведение ИВЛ с использованием мешка Амбу и дыхательной аппаратуры;</li> <li>-проведение интубации трахеи;</li> <li>оказание помощи при проведении дефибрилляции;</li> <li>-выполнение инъекций ( в/в, в/м, п/к);</li> <li>-постановка системы для в/в инфузий;</li> </ul>	<b>У 1-19</b>	<b>ПО 1-9</b>

<p>-проведение кататеризации центральных вен. определение состояния кожных покровов и слизистых; -определение зрачкового рефлекса; -определение наличия самостоятельных экскурсий грудной клетки; -определение пульса на сонных и бедренных артериях; -определение показателей гемодинамики.</p>		
<p>-Определение показаний к госпитализации и проведение транспортировки пациента в стационар выявление крайней степени тяжести и терминальных состояний; -выявление крайней степени тяжести и терминальных состояний; -выбор положения больного и метода транспортировки в зависимости от состояния; -определение гемодинамических показателей (пульс, АД, ЧСС); -определение шокового индекса; -определение типа патологического дыхания. -выявление крайней степени тяжести и терминальных состояний;</p>	<b>У 1-19</b>	<b>ПО 1-9</b>
<p>-Проведение СЛР на фантоме -Оформление медицинской документации: -заполнение карты вызова СМП (Уч. форма № 110/4); -заполнение сопроводительного листа при госпитализации; -оформление согласия на медицинское вмешательство; -оформление отказа от медицинского вмешательства.</p>	<b>У 1-19</b>	<b>ПО 1-9</b>

Виды работ	Коды проверяемых результатов	
	ПК	ОК
<p><b>Городская поликлиника (кабинет фельдшера):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Установление диагноза, дифференциального диагноза, в соответствии с современными классификациями и клиническими рекомендациями;</li> <li>– определение тактики ведения;</li> <li>– определение показаний к госпитализации пациента и организации транспортировки в лечебно-профилактическое учреждение;</li> <li>– составление плана назначения немедикаментозного и медикаментозного лечения пациентам с заболеваниями терапевтического профиля с учетом показаний, противопоказаний к применению лекарственных средств пациентам разных возрастных групп;</li> <li>– планирование лечебно-диагностических манипуляций</li> <li>– Заполнение медицинской документации</li> <li>– Регистрация, расшифровка и интерпретация ЭКГ</li> <li>– Осуществление мониторинга состояния пациента (сердечного ритма, ЧСС, пульса, АД, частоты, глубины и ритма дыхания, сатурации, капнографии, температуры, диуреза)</li> <li>– Транспортировка тяжелобольных (перекладывание больного на носилки).</li> <li>– Восстановление</li> </ul>	<b>ПК 3.1-3.8</b>	<b>ОК 1-12</b>

<p>проходимости дыхательных путей (постановка воздуховода, проведение интубации трахеи, участие в проведении коникотомии).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Снятие ЭКГ.</li> <li>– Участие в проведении дефибрилляции.</li> </ul> <p>Принятие участи в оказании медицинской помощи при неотложных состояниях: Острой сосудистой недостаточности (обморок, коллапс); Острой сердечной недостаточности (левожелудочковой, правожелудочковой); Остановке сердца (внезапная смерть); Астматическом статусе; Шоке (кардиогенном, анафилактическом, травматическом, инфекционно-токсическом); Острой дыхательной недостаточности; Гипертоническом кризе; Остром коронарном синдроме; Артериальном, венозном, капиллярном, смешанном кровотечениях; Острой алкогольной интоксикации; Синдроме «острый живот»; Острой задержке мочи; Отравлениях и интоксикациях; Механической асфиксии (утоплении, повешении) Колике (почечной, печеночной); Острой аллергической реакции; Ожогах, электротравме; Тепловом, солнечном ударах; Гипертермическом синдроме; Судорожном синдроме; Кома</p>		
<p><b>Станция скорой медицинской помощь:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Заполнение карты вызова и сопроводительного листа станции/отделения СМП</li> <li>– Проведение осмотра места происшествия и медицинской сортировки пострадавших</li> <li>– Регистрация, расшифровка и интерпретация ЭКГ</li> </ul>	<p><b>ПК 3.1-3.8</b></p>	<p><b>ОК 1-12,</b></p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Определение ведущего синдрома при неотложных состояниях</li> <li>- Постановка и обоснование предварительного диагноза</li> <li>- Осуществление мониторинга состояния пациента (сердечного ритма, ЧСС, пульса, АД, частоты, глубины и ритма дыхания, сатурации, капнографии, температуры, диуреза)</li> <li>- Придание пациенту транспортного положения</li> <li>- Постановка периферического венозного катетера</li> <li>- Проведения инфузионной терапии</li> <li>- Проведения ИВЛ и ВВЛ дыхательным мешком на пациенте и наблюдение за аппаратной ИВЛ/ВВЛ</li> <li>- Ингаляторное введение кислорода через кислородный ингалятор</li> <li>- Извлечение инородных тел из носа, глотки, гортани, уха</li> <li>- Наложение (наблюдение) окклюзионной повязки</li> <li>- Постановка воздухопроводов, дыхательных трубок</li> <li>- Проведение оксигенотерапии</li> <li>- Проведение (наблюдение) коникотомии на пациенте (по возможности)</li> <li>- Наложение шины-воротника пациенту</li> <li>- Наложение повязок пациентам</li> <li>- Определение глюкозы и ацетона в моче экспресс методом</li> <li>- Определение глюкозы в крови экспресс-методом</li> <li>- Определение маркеров некроза миокарда (троптест, кардио БСЖК)</li> <li>- Проведение временной остановки кровотечения</li> <li>- Проведение зондового</li> </ul>		
--	--	--

промывания желудка – Проведение катетеризации мочевого пузыря – Проведение транспортной иммобилизации конечностей – Проведение акушерского пособия в родах, диагностика периодов родов – Проведение первичного туалета новорожденного – Участие (наблюдение) в проведении базовой и специализированной СЛР в составе бригады СМП – Участие в констатации биологической смерти, оформление документации – Дезинфекция, текущая, заключительная, утилизация отработанного материала - Оформление документации		
---	--	--

#### 5.1.3.3. Форма аттестации по учебной практике: дифференцированный зачет

Дифференцированный зачет по учебной практике выставляется на основании:

- посещаемости учебной практики;
- оформления документации учебной практики
- демонстрации манипуляций
- промежуточных оценок по темам практики. Если по одной из тем оценка отсутствует или выставлена оценка «неудовлетворительно», то по учебной практике по ПМ 03 выставляется «незачтено». Если обучающийся получает оценки «Отлично», «Хорошо» и «Удовлетворительно», то выставляется по учебной практике ПМ 03 - «Зачтено».

#### 5.1.3.4. Форма аттестации производственной практике: дифференцированный зачет.

К аттестации допускаются обучающиеся, выполнившие в полном объеме программу производственной практики и представившие полный пакет отчетных документов.

Оценка результатов прохождения **производственной** практики по профилю специальности в форме выставления промежуточных оценок и дифференцированного зачета

Промежуточная оценка выставляется на основании:

- ведения учебной документации;
- посещаемости практики;
- текущих оценок за каждый день практики;
- характеристики по практике
- аттестационного листа по практике
- выполнения заданий по практике

Дифференцированный зачет проводится после завершения производственной практики в симуляционном кабинете (кабинете доклинической практики) Колледжа в присутствии преподавателей профессионального модуля, руководителей практики от Организаций

Оценка за зачет выставляется на основании:

- портфолио документов

– демонстрации манипуляции

#### **5.1.4. Типовые задания для промежуточной аттестации по МДК.03.01 – дифференцированный зачет.**

##### **1. Перечень теоретических вопросов**

1. Понятие о травме, травматологии. Классификация травм и травматизма. Травматический шок. Определение шокового индекса. Помощь на догоспитальном этапе.
2. Понятие и признаки клинической и биологической смерти. Методы оказания реанимационной помощи на догоспитальном этапе.
3. Медицинская сортировка при чрезвычайных ситуациях.
4. Тупая травма грудной клетки. Перелом ребра, ключицы, лопатки, грудины. Помощь на догоспитальном этапе.
5. Синдром длительного сдавления. Диагностика. Помощь на догоспитальном этапе.
6. Повреждение органов брюшной полости. Классификация. Диагностика. Помощь на догоспитальном этапе.
7. ЧМТ. Классификация. Диагностика. Помощь на догоспитальном этапе. Клинические проявления сдавления головного мозга.
8. Повреждения позвоночника и спинного мозга. Классификация. Перелом тела позвонка, дуги и отростков позвонка. Диагностика. Помощь на догоспитальном этапе.
9. Классификация переломов. Перелом лодыжки. Перелом костей голени. Диагностика. Помощь на догоспитальном этапе.
10. Перелом плечевой кости. Классификация. Диагностика. Перелом лучевой кости в типичном месте. Помощь на догоспитальном этапе.
11. Повреждение органов брюшной полости. Классификация. Клиника. Диагностика. Первая помощь.
12. Гопиксия плода и асфикция новорожденного. Причины. Аспирация меконием. Признаки новорожденного. Шкала Апгар.
13. Приёмы реанимационных мероприятий новорождённому. Используемые лекарственные препараты при реанимации новорожденному.
14. Маточное кровотечение. Подсчет кровопотери по индексу Альговера. Диагностика. Помощь на догоспитальном этапе.
15. Преэклампсия и эклампсия. Причины. Диагностика. Помощь на догоспитальном этапе.
16. Отслойка нормально расположенной плаценты. Диагностика. Помощь на догоспитальном этапе.
17. Острые аллергические реакции. Анафилактический шок. Отек Квинке. Крапивница. Синдром Лайелла. Диагностика. Помощь на догоспитальном этапе.
18. Судорожный синдром. Классификация. Эпилепсия. Диагностика. Помощь на догоспитальном этапе.
19. Менингиты. Диагностика. Помощь на догоспитальном этапе.
20. Психиатрические заболевания и наркомания. Первая помощь психиатрическим пациентам.
21. Острое отравление алкоголем и его суррогатами, психотропными и гипотензивными препаратами. Диагностика. Помощь на догоспитальном этапе.
- 22.
23. Инородное тело дыхательных путей. Клиника. Диагностика. Первая помощь.
24. Классификация переломов. Перелом лодыжки. Клиника. Диагностика. Первая помощь.
25. Перелом плеча. Классификация. Клиника. Диагностика. Первая помощь.
26. Перелом голени. Классификация. Клиника. Диагностика. Первая помощь.
27. Острое отравление хлором. Клиника. Диагностика. Первая помощь.

28. Перелом бедра. Клиника. Диагностика. Первая помощь.
29. Острое отравление угарным газом. Клиника. Диагностика. Первая помощь.
30. Острое отравление психотропными и гипотензивными препаратами. наименование препаратов (не менее 3-х). Клиника. Диагностика. Первая помощь.
31. Острое отравление уксусной кислотой. Клиника. Диагностика. Первая помощь.
32. Острое отравление бледной поганкой. Клиника. Диагностика. Первая помощь.
33. Перелом лучевой кости в типичном месте. Клиника. Диагностика. Первая помощь.

Оказание помощи в стационаре.

34. Острое отравление бензином. Клиника. Диагностика. Первая помощь.
35. Острое отравление ацетоном. Клиника. Диагностика. Первая помощь.
36. Бронхообструктивный синдром. Причины. Клиника. Диагностика. Первая помощь.
37. Острое отравление ФОВ. Причины. Клиника. Диагностика. Первая помощь.
38. Инфаркт миокарда. Клиника. Диагностика. Первая помощь.
39. ТЭЛА. Клиника. Диагностика. Первая помощь.
40. Острая сердечная недостаточность. Клиника. Диагностика. Первая помощь.
41. Артериальная гипертензия. Клиника. Диагностика. Первая помощь.
42. Маточное кровотечение. Клиника. Диагностика. Первая помощь.
43. Преэклампсия и эклампсия. Причины. Клиника. Первая помощь.
44. Отслойка нормально расположенной плаценты. Клиника. Первая помощь.
45. Острая хирургическая патология. Причины. Возможные осложнения. Клиника.

Первая помощь.

46. Понятия реанимации и реаниматологии.
47. Методы оказания реанимационной помощи на догоспитальном этапе.
48. Острое нарушение мозгового кровообращения. Причины. Клиника. Диагностика.

Первая помощь.

49. Заболевания вегетативной и периферической нервной системы. Причины. Клиника.

Диагностика. Первая помощь.

50. Судорожный синдром. Эпилепсия. Причины. Клиника. Первая помощь.
51. Менингит и менингококковая инфекция. Клиника. Первая помощь.
52. Психиатрия и наркомания. Первая помощь психиатрическим пациентам.
53. Основы чтения ЭКГ. Правила расшифровки электрокардиограммы.
54. Стенокардия. Причины. Клиника. Диф. диагностика. Первая помощь.
55. Утопление. Странгуляционная асфиксия. Клиника. Первая помощь.
56. Острые аллергические реакции. Клиника. Диагностика. Первая помощь.
57. Сахарный диабет. Осложнения при сахарном диабете. Клиника. Первая помощь при осложнениях сахарного диабета.

58. Медицинская сортировка при чрезвычайных ситуациях.

### **Критерии оценки устного ответа**

#### ***Оценка 5 «отлично» ставится, если обучающийся:***

- обстоятельно, с достаточной полнотой излагает соответствующую тему;
- дает правильные формулировки, точные определения и понятия терминов обнаруживает полное понимание материала и может обосновать свой ответ, привести необходимые примеры (не только из учебников, но и подобранные самостоятельно), правильно отвечает на дополнительные вопросы преподавателя, имеющие целью выяснить степень понимания обучающимися данного материала;
- свободно владеет речью, медицинской терминологией;
- практическая работа выполняется без каких-либо ошибок

#### ***Оценка 4 «хорошо» ставится, если обучающийся:***

- дает ответ, удовлетворяющий тем же требованиям, что и отметка «5», но допускает единичные ошибки, которые исправляет после замечания преподавателя;



- практическая работа имеет незначительное отклонение от нормы, учащийся сам может устранить допущенные ошибки

**Оценка 3 «удовлетворительно» ставится, если обучающийся:**

- знает и понимает основные положения данной темы, но допускает неточности в формулировке правил;

- допускает частичные ошибки;

- излагает материал недостаточно связно и последовательно;

- практическая работа имеет существенные недостатки, не поддающиеся исправлению

**Оценка «2» неудовлетворительно ставится, если обучающийся:**

- если обучающийся имеет разрозненные, бессистемные знания, не умеет выделять главное и второстепенное, допускает неточности в определении понятий, искажает их смысл, беспорядочно и неуверенно излагает материал;

- не может применять знания для решения профессиональных задач

### **5.1.5. Типовые задания для промежуточной аттестации по профессиональному модулю - экзамен квалификационный**

**Задача №1.** Вы на вызове у пациента 44 лет. Жалобы на интенсивную боль за грудиной, иррадиирующую влево, вдоль позвоночника. Боли носят волнообразный характер, длятся до 30-40 минут, плохо купируются приёмом нитратов. В анамнезе гипертоническая болезнь, ИБС. Ухудшение самочувствия связывает с эмоциональным и физическим напряжением. При объективном обследовании: Кожные покровы бледные, акроцианоз, АД 150/110 мм.рт.ст. Пульс на правой руке 70 ударов в 1 минуту, на левой - 84 в 1 минуту. Левая граница сердца смещена на 2 см влево от срединноключичной линии. Резкое расширение сосудистого пучка. На аорте выслушивается систолический шум. На ЭКГ: сегмент ST в -I, II, aVL, грудных отведениях приподняты, III, aVF - дискордантно изменены. Зубец T в I, II, aVL, в грудных отведениях отрицательный. Зубец R - без изменений. Во время осмотра состояние пациента резко ухудшилось: боли нарастают в своей интенсивности, расширяется зона иррадиации. Появились и нарастают симптомы коллапса.

**Задание.**

1. Основные этапы диагностического поиска. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Тактика фельдшера и неотложная помощь при данном синдроме.
3. Продемонстрируйте технику внутривенного введения лекарственного препарата.

**Задача №2.** Больной 20 лет обратился к фельдшеру с жалобами на сильные боли в животе, возникающие через 3-4 часа после еды, натошак, нередко ночью, боли проходят после приема молока. Отмечается склонность к запорам, похудание. Аппетит сохранен. Больным считает себя в течение года. Из анамнеза выяснилось, что больной много курит, злоупотребляет алкоголем. При объективном обследовании: Общее состояние удовлетворительное, кожные покровы бледные, подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Со стороны легких и сердечно-сосудистой системы патологии нет. Язык обложен бело-желтым налетом. При пальпации живота отмечается резкая болезненность справа от средней линии выше пупка. Печень и селезенка не пальпируются.

**Задание.**

1. Основные этапы диагностического поиска. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Тактика фельдшера и неотложная помощь при данном синдроме.
3. Продемонстрируйте технику пальпации брюшной стенки.

**Задача №3.** Фельдшер вызван на дом к больному 57 лет. Жалобы на головную боль в затылочной области, мелькание мушек перед глазами. Из анализа выяснилось, что эти явления развились сегодня во второй половине дня. До этого к врачу не обращался. Головная боль беспокоит периодически в течение нескольких лет, но больной не придавал им значение, к врачам не обращался. При объективном обследовании: Температура 36,4<sup>0</sup>С.

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

**Задание.**

1. Основные этапы диагностического поиска. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Тактика фельдшера и неотложная помощь при данном синдроме.
3. Продемонстрируйте алгоритм измерения АД.

**Задача №4.** Фельдшера вызвали на дом к больному 40 лет, который жалуется на сильные боли в области сердца, давящего характера, иррадирующие в левую руку, под левую лопатку, чувство жжения за грудиной. Приступ возник 2 часа назад, прием нитроглицерина эффекта не дал. Заболевание связывает со стрессовой ситуацией на работе. При объективном обследовании: Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное, температура 36,8<sup>0</sup>С. Больной мечется, беспокоен. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. Дыхание везикулярное, ЧДД – 20 в 1мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 92 в 1мин, АД – 110/70 мм рт ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

**Задание.**

1. Основные этапы диагностического поиска. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Тактика фельдшера и неотложная помощь при данном синдроме.
3. Подготовьте пациента к ЭКГ исследованию.

**Задача №5.** Фельдшер на вызове у пациентки 42 года. Предъявляет жалобы на приступы удушья с преимущественным затруднением выдоха, общую слабость, недомогание. После приступа отходит небольшое количество вязкой мокроты. Из анамнеза известно: больна в течение 3-х лет. Жалобы чаще возникают ежегодно в июне. Имеет двоих детей 7 и 13 лет у которых тоже бывают приступы удушья, у матери и бабушки также отмечались приступы удушья. У больной имеется аллергия на клубнику, пенициллин. При объективном обследовании: Общее состояние средней тяжести, больная сидит опираясь руками о край стула. Кожа чистая с цианотичным оттенком. Грудная клетка бочкообразной формы, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, втяжение межреберий, набухание шейных вен, дыхание шумное частота 26 в 1 минуту, при перкуссии с обеих сторон коробочный звук, нижняя граница легких по средней подмышечной линии на уровне 9-го ребра, экскурсия легких по этой линии 2 см. На фоне ослабленного дыхания выслушиваются сухие свистящиеся хрипы, тоны сердца ритмичные, ясные 92 в 1мин. АД – 110/70 мм рт ст. Абдоминальной патологии не выявлено

**Задание.**

1. Основные этапы диагностического поиска. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Тактика фельдшера и неотложная помощь при данном синдроме.
3. Продемонстрируйте технику использования карманного ингалятора.

**Задача №6.** 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. Кожа бледная, влажная. Гипертонус мышц, зрачки расширены, дыхание нормальное, пульс 100 в 1 мин, АД – 130/90 мм рт ст.

**Задание.**

1. Основные этапы диагностического поиска. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Тактика фельдшера и неотложная помощь при данном синдроме.
3. Обучите пациента алгоритму манипуляций введения инсулина.

**Задача №7.** Вызов к больному 50 лет, предъявляет жалобы на головную боль, высокую температуру, резкую колющую боль в правой половине грудной клетки, усиливающуюся

при кашле, одышку, кашель с мокротой ржавого цвета. Заболевание началось после переохлаждения, больна 3-й день. При объективном обследовании: Температура  $39,4^{\circ}\text{C}$ . Общее состояние тяжелое, лицо гиперемировано, на губах герпетические высыпания, частота дыхательных движений 28 в 1 мин. При осмотре правая половина грудной клетки отстает от дыхания, при перкуссии справа над нижней долей определяется притупление звука, при аускультации справа над нижней долей дыхание ослабленное, определяется крепитация, тоны сердца приглушены, пульс 110 в 1 мин, АД- 110/70 мм рт ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

**Задание.**

1. Основные этапы диагностического поиска. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Тактика фельдшера и неотложная помощь при данном синдроме.
3. Продемонстрируйте технику оксигенотерапии согласно алгоритму.

**Задача №8.** Больной 36 лет обратился к фельдшеру с жалобами на острую боль в животе, возникающую через 30 мин после приема пищи, рвоту на высоте болей, приносящую облегчение, иногда больной сам вызывает рвоту для уменьшения болей. Аппетит сохранен, но больной ограничивает прием пищи из-за появления болей. Болеет несколько лет. Ухудшение состояния отмечает весной и осенью, провоцируется эмоциональными перегрузками. Курит в течение 20 лет по пачке в день. При объективном обследовании: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно. Со стороны легких и сердечно-сосудистой системы патологии нет. Язык обложен белым налетом. При пальпации живота отмечается болезненность в эпигастральной области. Печень и селезенка не пальпируются.

**Задание.**

1. Основные этапы диагностического поиска. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Тактика фельдшера и неотложная помощь при данном синдроме.
3. Продемонстрируйте подготовку пациента к проведению ФГДС.

**Задача №9.** Больная 38 лет обратилась к фельдшеру на тупые ноющие боли в правом подреберье, которые обычно возникают через 1-3 часа после приема обильной, жирной пищи, ощущение горечи во рту, отрыжку воздухом, тошноту, вздутие живота, неустойчивый стул, больна несколько лет, температура  $37,2^{\circ}\text{C}$ . При объективном обследовании: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, розового цвета, подкожно-жировая клетчатка развита. Язык обложен желтоватым налетом. Живот мягкий, умеренно болезнен при пальпации в правом подреберье. Печень и селезенка не пальпируются.

**Задание.**

1. Основные этапы диагностического поиска. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Тактика фельдшера и неотложная помощь при данном синдроме.
3. Продемонстрируйте технику проведения дуоденального зондирования.

**Задача № 10.** Вызов фельдшера скорой помощи на дом к женщине 44 года. Сидит опустив ноги на пол, речь затруднена, лицо бледное, покрытое крупными пятнами пота, напряженное из-за страха смерти. Цианоз губ, носа, клокочущее дыхание, кашель с выделением обильной, пенистой розовой мокроты. Над всей поверхностью легких мелко-пузырчатые хрипы. Аускультация сердца затруднена, пульс-120 в 1 мин, аритмичный. В анамнезе порок сердца.

**Задание.**

1. Основные этапы диагностического поиска. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Тактика фельдшера и неотложная помощь при данном синдроме.
3. Продемонстрируйте методику наложения венозных жгутов.

**Задача №11.** Пациенту 35 лет было назначено инъекционное лечение пенициллином на ФАПЕ по поводу обострения хронического бронхита. Ранее пациент неоднократно получал плановую инъекционную терапию пенициллином в связи с наличием у него хронического

бронхита. Через несколько минут после в/м введения пенициллина пациент стал жаловаться на общую слабость, чувство жара в области лица, головную боль, нарушение зрения, тяжести за грудиной. Состояние тяжелое, бледность кожи с участками локального цианоза, обильное потоотделение, глухие тоны сердца, нитевидный пульс 120 в 1 мин, частота дыхания 28 в 1 мин, одышка экспираторного характера.

**Задание.**

1. Основные этапы диагностического поиска. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Тактика фельдшера и неотложная помощь при данном синдроме.
3. Продемонстрируйте алгоритм оказания неотложной помощи при остром аллергозе.

**Задача №12.** На вызове у больного 32 года жалуется на сильный кожный зуд, появление волдырей по всему телу заболевание связывает с употреблением рыбы. Болен 2 –й день. Объективно: Температура 37,1<sup>0</sup>С, состояние удовлетворительное, кожа гиперемированная, по всей поверхности тела определяется волдырная сыпь разного размера, возвышающаяся над поверхностью кожи. Дыхание везикулярное, тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 120/80. Абдоминальной патологии не выявлено.

**Задание.**

1. Основные этапы диагностического поиска. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Тактика фельдшера и неотложная помощь при данном синдроме.
3. Продемонстрируйте технику постановки очистительной клизмы.

**Задача №13.** К фельдшеру обратился больной, В. 16 лет, с жалобами на частые носовые кровотечения, долго не останавливающиеся кровотечения при небольших порезах кожи, быстрое возникновение «синяков» даже при небольших порезах кожи, быстрое возникновение «синяков» даже при небольших ушибах. Подобные жалобы есть и у родного брата. При расследовании выяснилось, что дед по материнской линии умер от кровотечения после удаления зуба. Объективно: Температура 36,8<sup>0</sup>С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые оболочки бледные. Видны подкожные кровоизлияния, в носовых ходах – темно-коричневые корочки. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 88 в 1 мин, АД 110/70. Абдоминальной патологии не выявлено.

**Задание.**

1. Основные этапы диагностического поиска. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Тактика фельдшера и неотложная помощь при данном синдроме.
3. Продемонстрируйте технику передней тампонады носа.

**Задача №14.** К больному С., 25 лет, была вызвана скорая помощь на 2-й день болезни. Заболел остро, температура тела поднялась до 40<sup>0</sup>С, сильная головная боль, слабость, тошнота, однократная рвота. На следующий день состояние ухудшилось, на коже заметил обильную сыпь. При осмотре: в сознании, но адинамичен, вял, бледный. На коже, в основном нижних конечностях, обильная звездчатая гемморагическая сыпь, единичные элементы располагаются на лице, туловище, местами сливаются, имеются некрозы. Одышка – ЧДД-36 в 1 мин. Тоны сердца глухие, пульс нитевидный, 104 уд/в мин, АД 60/0 мм рт ст. Язык сухой, обложен, живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не пальпируются, не лечился. Менингеальных симптомов нет.

**Задание.**

1. Основные этапы диагностического поиска. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Тактика фельдшера и неотложная помощь при данном синдроме.
3. Продемонстрируйте технику внутривенного введения лекарственного препарата.

**Задача №15.** Больной С., 30 лет обратился с жалобами на урчание в животе, жидкий водянистый стул и обильную рвоту водянистым содержимым, слабость, головокружение. Заболел ночью. Объективно: Состояние тяжелое, общая синюшность кожи, сухость

слизистых оболочек, глазные яблоки запавшие, черты лица заострены, тургор кожи резко снижен, «рука прачки», кожная складка расправляется медленно. Конечности холодные, температура тела  $35,8^{\circ}\text{C}$ , пульс нитевидный, 130 в 1 мин, АД-60/30 мм рт ст. Живот при пальпации безболезненный. Менингеальных знаков нет, больной в сознании. Осмотр стула: жидкий, водянистый в виде «рисового отвара», не мочится. Из эпидемиологического анализа – больной вернулся из Астрахани.

**Задание.**

1. Основные этапы диагностического поиска. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Тактика фельдшера и неотложная помощь при данном синдроме.
3. Продемонстрируйте технику внутривенного капельного введения лекарственного препарата.

**Задача № 16.** У больного 38 лет на 18 день болезни среднетяжелого течения внезапно появилась резкая слабость, бледность кожи и слизистых оболочек, температура критически снизилась с  $39,3^{\circ}\text{C}$  до  $35,9^{\circ}\text{C}$ , холодный пот, пульс участился с 96 до 130 ударов в мин. Общее состояние резко ухудшилось. В начале заболевания отмечалась головная боль, отсутствие аппетита, был обложен язык с отпечатками зубов по боковым поверхностям, с 7 дня на коже отмечалась скудная сыпь розеолезного характера.

**Задание.**

1. Основные этапы диагностического поиска. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Тактика фельдшера и неотложная помощь при данном синдроме.
3. Продемонстрируйте технику определения группы крови перед инфузией.

**Задача №17.** На ФАП обратился больной 37 лет, с жалобами на тошноту, рвоту, жидкий стул 1 раз, слабость, сухость во рту, головокружение, нарушение зрения. Болен 3 день. Общее состояние больного средней тяжести, температура тела  $37,1^{\circ}\text{C}$ , в легких без патологии, пульс 76 уд/мин, ритмичный, АД 110/70, язык слегка обложен, суховат, живот мягкий, умеренно вздут, болезненный в эпигастрии. Стул с задержкой 36 часов. Голос имеет гнусавый оттенок. Поперхивается при глотании, выявлено ухудшение зрения, опущение век. Эпиданамнез: за 7-8 часов до заболевания ел маринованные грибы домашнего приготовления. Головокружение и сухость во рту отмечала и жена, которая съела 1 грибок.

**Задание.**

1. Основные этапы диагностического поиска. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Тактика фельдшера и неотложная помощь при данном синдроме.
3. Продемонстрируйте технику промывания желудка.

**Задача №18.** Вас как фельдшера скорой помощи вызвали к ребенку 1г 2 месяцев по поводу приступа судорог, длящегося уже 20 минут. При осмотре ребенок беспокоен, плачет, ножки полусогнуты в тазобедренных суставах, стопы в состоянии резкого подошвенного сгибания, отмечается их отечность, мышцы кистей рук тонически напряжены, ручки напоминают «руку акушера». Отмечаются костные деформации: лобные бугры на черепе, «реберные четки» на грудной клетке, «о»-образное искривление голеней. Легкие, сердце, брюшная стенка без патологии. Из анамнеза известно, что с 2х месяцев ребенок вскармливался коровьим молоком.

**Задание.**

1. Основные этапы диагностического поиска. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Тактика фельдшера и неотложная помощь при данном синдроме.
3. Продемонстрируйте технику в/в введения глюконата кальция.

**Задача №19.** Ребенок 7 лет находится на учете у невропатолога по поводу эпилепсии. Ежедневно принимает таблетки фенобарбитала. В течение 7-8 дней не принимал планово фенобарбитал (забыл взять с собой на каникулы). После игры в футбол почувствовал слабость, неприятные ощущения в эпигастрии, Далее последовал приступ клонико-

тонических судорог. Фельдшер бригады «скорой помощи» застал ребенка без сознания, во время судорог у ребенка было непроизвольное мочеиспускание. При осмотре бледен, гипертермии нет. По органам и системам – без особенностей.

**Задание.**

1. Основные этапы диагностического поиска. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Тактика фельдшера и неотложная помощь при данном синдроме.
3. Продемонстрируйте технику проведения ИВЛ методом «рот в рот».

**Задача №20.** Вызов бригады «скорой помощи» к пациенту 13 лет. Жалобы на приступы удушья с преимущественным затруднением выдоха, общее недомогание. После приступа отходит незначительное количество вязкой мокроты. Из анамнеза: Болен в течение 2,5 лет. Обострение чаще в мае – июне во время цветения кустарников. Отец и бабушка мальчика страдают бронхиальной астмой. У ребенка в раннем детстве отмечались выраженные проявления экссудативно-катарального диатеза, признаки пищевой аллергии на клубнику и рыбу. Объективно: Состояние средней тяжести, больной сидит, опираясь руками о край кровати. Кожа чистая, с цианотичным оттенком, грудная клетка бочкообразная, отмечается участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, втяжение межреберий, набухание шейных вен. Дыхание с частотой 30 в минуту, при перкуссии с обеих сторон коробочный звук, нижняя граница легких по средней подмышечной линии на уровне IX ребра, экскурсия легких по этой линии – 2 см. На фоне ослабленного дыхания выслушиваются сухие, свистящие хрипы. Тоны сердца ясные, ритмичные, с частотой 98 в минуту, АД – 110/70 мм. рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

**Задание.**

1. Основные этапы диагностического поиска. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Тактика фельдшера и неотложная помощь при данном синдроме.
3. Продемонстрируйте технику пользования карманным ингалятором.

**Задача №21.** Вызов бригады «скорой помощи» к 9-месячному ребенку. Жалобы на наличие удушья с затруднением вдоха. Из анамнеза известно: болен 2-е сутки. Накануне повышение температуры до  $37,3^{\circ}$ , беспокойство, осиплость голоса, сухой «лающий» кашель. Объективно: ребенок беспокоен, кожа бледная, периоральный и дистальный цианоз, ЧДД до 52 в минуту, грудная клетка равномерно участвует в акте дыхания, отмечается втяжение межреберных промежутков на вдохе. В зеве неяркая разлитая гиперемия. Над легкими перкуторно легочный звук. Над всеми полями легких дыхание жесткое, единичные грубые сухие хрипы, исчезают после кашля, при смене положения. Сердечные тоны звучные, ЧСС 126 в минуту. Живот мягкий. Печень, селезенка не изменены, стул, мочеиспускание в норме.

**Задание.**

1. Основные этапы диагностического поиска. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Тактика фельдшера и неотложная помощь при данном синдроме.
3. Продемонстрируйте технику термометрии у детей раннего возраста.

**Задача №22.** На улице остановили фельдшерскую бригаду скорой помощи, случайно проезжавшую мимо. В драке мужчине нанесли ножевое ранение в левую половину шеи по внутреннему краю кивательной мышцы, приблизительно на границе средней и верхней трети. *Объективно:* Состояние пострадавшего тяжелое, бледен, заторможен, на шее имеется глубокая рана, длиной около 2 см, из которой ритмично выбрасывается кровь алого цвета. Выраженная тахикардия. Пульс слабого наполнения. Дыхание поверхностное, частое.

**Задание.**

1. Основные этапы диагностического поиска. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Тактика фельдшера и неотложная помощь при данном синдроме.
3. Продемонстрируйте технику пальцевого прижатия артерии и наложение жгута с целью остановки кровотечения, применительно к данной ситуации (на фантоме).

**Задача №23.** К фельдшеру обратилась женщина, страдавшая варикозным расширением вен нижних конечностей, во время уборки сахарной свеклы повредила тупой ногой. Жалобы на сильную боль в ране, кровотечение. *Объективно:* состояние удовлетворительное. Пульс 86 ударов в минуту, АД 115/70 мм рт. ст. На внутренней поверхности правой голени в средней трети рубленая рана с неровными осадненными краями 4,5x3 см, загрязнена землей, кровотечение непрерывной струей темного цвета.

**Задание.**

1. Основные этапы диагностического поиска. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Тактика фельдшера и неотложная помощь при данном синдроме.
3. Продемонстрируйте технику остановки кровотечения применительно к данной ситуации на фантоме.

**Задача №24.** В участковую больницу после дорожно-транспортного происшествия через 20 мин доставлена пострадавшая, 42 лет, с жалобами на резкую боль по всему животу, больше в левом подреберье, общую слабость, головокружение, сердцебиение, тошноту, рвоту, чувство жажды. *Объективно:* сознание сохранено, больная вялая, кожные покровы и слизистые бледные, акроцианоз. Дыхание частое, глубокое, со слов больной ей “не хватает воздуха”. АД – 60/40 мм рт.ст., пульс частый, слабого наполнения и напряжения, 140 уд мин. При осмотре живота: участвует в акте дыхания, умеренная болезненность в левом подреберье и напряжение мышц, симптом Щеткина-Блюмберга слабо положительный. Со слов сопровождающих, женщину задела легковая автомашина за левую половину туловища и отбросила на тротуар. Пальпация и перкуссия живота дают основание предполагать наличие свободной жидкости в брюшной полости, экспрессанализ крови показал низкий уровень Hb в крови 54 г/л. Больная была осмотрена фельдшером приемного покоя.

**Задание.**

1. Основные этапы диагностического поиска. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Тактика фельдшера и неотложная помощь при данном синдроме.
3. Составьте набор инструментов для лапароцентеза.

**Задача №25.** Во время несения службы охранник частного предприятия подвергся нападению и получил огнестрельное ранение в правое плечо. *Объективно:* на передней поверхности середины правого плеча имеется умеренно кровоточащая рана, неправильно округлой формы, на задней поверхности – аналогичная рана несколько больших размеров с неровными краями. Из анамнеза выяснилось, что в пострадавшего стреляли на расстоянии около 30 м из пистолета. В здравпункте соседнего предприятия дежурил фельдшер, к которому и обратился пострадавший.

**Задание.**

1. Основные этапы диагностического поиска. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Тактика фельдшера и неотложная помощь при данном синдроме.
3. Продемонстрируйте технику наложения давящей повязки на плечо, используя индивидуальный перевязочный пакет применительно к ситуации.

**Задача №26.** В ФАП милицией доставлен пострадавший от нападения вооруженного ножом преступника. Жалобы: на боль в правой половине грудной клетки и правой руке, слабость, головокружение. *Объективно:* состояние средней тяжести, пострадавший возбужден. Пульс 90 в минуту, АД 100/70 мм рт. ст. Кожные покровы бледные, на внутренней поверхности средней трети правого плеча — резанная рана – 2,5-3 см, сильное пульсирующее кровотечение. На передней поверхности правой половины грудной клетки – множественные резанные раны, в пределах кожи, кровотечение незначительное.

**Задание.**

1. Основные этапы диагностического поиска. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Тактика фельдшера и неотложная помощь при данном синдроме.

3.Продемонстрируйте технику временной остановки артериального кровотечения, применительно к данному случаю, 2-3 способами (на фантоме).

**Задача №27.** К фельдшеру ФАПа обратилась беременная 22 года, с указанием на тянущую боль внизу живота, появившуюся несколько часов назад, после физической нагрузки. В анамнезе: менструальная функция без особенностей, последняя менструация 4 месяца назад, данная беременность вторая, желанная. Предыдущая беременность закончилась самопроизвольным абортом в сроке 9-10 недель, год назад. Соматически здорова, гинекологически здорова. Объективно: кожа, слизистая, обычной окраски. Пульс 76 в мин., ритмичный. АД -110/70, 110/70 мм рт. ст., со стороны внутренних органов без особенностей. Матка легко возбудима, безболезненна, дно на 1 поперечный палец ниже середины расстояния между пупком и лобком. Осмотр в зеркалах: влагалище цианотично. Шейка коническая, чистая, наружный зев закрыт. Выделения слизистые. Влагалищное исследование: влагалище узкое, шейка матки сформирована, зев закрыт. Тело матки увеличено до 15-16 недель, матка в тонусе. Придатки не пальпируются.

**Задание.**

1. Основные этапы диагностического поиска. Сформулируйте предположительный диагноз.
- 2.Тактика фельдшера и неотложная помощь при данном синдроме.
- 3.Продемонстрируйте технику измерения наружных размеров таза.

**Задача №28.** Вызов в «скорую» - первобеременная А., 30 лет, беременность в сроке 36-37 недель. Жалобы на головную боль, боли в эпигастральной области, заложенность носа, шум в ушах, мелькание мушек перед глазами. 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 самостоятельно. Объективно: пульс 80 уд. в 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 ударов в минуту, ясное. Срочно определен белок в анализе мочи – реакция положительная.

**Задание.**

1. Основные этапы диагностического поиска. Сформулируйте предположительный диагноз.
- 2.Тактика фельдшера и неотложная помощь при данном синдроме.
3. Продемонстрируйте на фантоме биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания.

**Задача №29.** Поступил вызов к беременной Б. 24 лет. Срок беременности 39-40 недель. Жалобы: частые схватки, 1 час назад отошли воды. Анамнез: беременность вторая, течение беременности без особенностей. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Вес 70 кг, АД - 120/80, 120/80, живот овоидной формы, окружность живота 100 см; высота стояния дна матки 36 см. В правой боковой стороне определяются мелкие части плода. В левой боковой стороне пальпируется гладкая широкая поверхность плода. Предлежащая часть - головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение ясное, ритмичное, 140 уд./мин., слева ниже пупка.

**Задание.**

1. Основные этапы диагностического поиска. Сформулируйте предположительный диагноз.
- 2.Тактика фельдшера и неотложная помощь при данном синдроме.
- 3.Продемонстрируйте технику определения признаков Вастена на фантоме.

**Задача №30.** Фельдшер скорой помощи приехал на вызов к беременной женщине 26 лет, в сроке беременности 32 нед. Жалобы на схваткообразную боль внизу живота, слабость, головокружение, незначительные выделения кровянистого характера из половых путей.



Анамнез: беременность пятая, первая закончилась срочными родами два года назад, вторая — мед. аборт в сроке 8-9 нед. без осложнений, два выкидыша с выскабливанием полости матки в сроке 10-11 недель, осложнившиеся эндометритом. Данная беременность протекала на фоне угрозы прерывания беременности, в течение последних двух недель 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. Основные этапы диагностического поиска. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Тактика фельдшера и неотложная помощь при данном синдроме.
3. Продемонстрируйте на фантоме тактику ведения последового периода. Определите признаки отделения плаценты.

#### **Эталоны ответов.**

##### **Задача №1.** Эталон ответа.

1. На основании жалоб, анамнеза, данных объективного исследования можно предположить что, у пациента расслаивающая аневризма аорты. Для подтверждения диагноза необходимо проведение дополнительного исследования - ЭКГ. Дифференциальный диагноз - острый инфаркт миокарда. Боль при инфаркте усиливается постепенно, при аневризме - внезапный приступ сильной боли. Для инфаркта не характерна иррадиация боли в спину и по ходу позвоночника. Характерные признаки ЭКГ (патологический зубец Q или QS с подъемом интервала ST выше изолинии).
2. Тактика фельдшера и неотложная помощь. Провести обезболивание введением наркотических анальгетиков (промедол 2% раствор - 1мл, дипидолор 0,75 % раствор - 2 мл, Трамал 1-2 мл). При артериальной гипотензии в/в введение Реополиглюкина, Допамин 0,5 % раствор. Вызов реанимационной бригады, госпитализация в ЛПУ.
3. Демонстрация техники внутривенного введения лекарственного препарата.

##### **Задача №2.** Эталон ответа.

1. На основании жалоб, анамнеза, данных объективного исследования можно предположить что, у пациента язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в стадии обострения. Для подтверждения диагноза необходимо проведение дополнительного исследования:

- эндоскопическое исследование (ФГС);
- кал на скрытую кровь;
- R-исследование.

Дифференциальный диагноз – ЖКБ. Печеночная (желчная) колика. Это острейшие боли в правом подреберье. Характерна иррадиация болей, в правое плечо, руку. При язвенной болезни боли менее выражены, иррадиация болей в спину. При пальпации печень болезненна, увеличена, что не характерно при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

2. Тактика фельдшера и неотложная помощь.

Пациент нуждается в госпитализации и стационарном лечении.

По возможности - консультация хирурга.

Нежелательно применять болеутоляющие и наркотические средства.

3. Демонстрация методики пальпации брюшной стенки.

### **Задача №3.** Эталон ответа.

1. На основании жалоб, анамнеза, данных объективного исследования можно предположить, что у пациента: гипертоническая болезнь, вторая стадия. Для подтверждения диагноза необходимо проведение дополнительного обследования:

- измерение АД в положении сидя, 3-х кратное в 2-3 мин на обеих руках;
- общий анализ мочи, могут быть следы белка, единичные эритроциты;
- рентгенография органов грудной клетки;
- ультразвуковое исследование сердца, электрокардиография;
- исследование сосудов глазного дна: резкое сужение артерий сетчатки, возможны кровоизлияния.

Дифференциальный диагноз: с почечными заболеваниями; в пользу последних будет иметь указание на перенесенный острый гломерулонефрит, наличие приступов почечной колики, дизурические расстройства дают возможность считать, что АГ может быть обусловлена поражением почек. Для синдрома Иценко-Кушинга характерны лунообразное лицо, неравномерное ожирение, багровые стрии. При тиреотоксикозе наблюдается экзофтальм и редкое мигание, возможно увеличение щитовидной железы.

2. Тактика фельдшера и неотложная помощь. Пациент нуждается в госпитализации для проведения полного объема обследований и подбора препаратов для индивидуального лечения.

Принципы лечения:

- режим полупостельный;
  - диета №10, ограничении NaCl до 5-8гр в сутки;
  - антагонисты ионов Ca: верапамил, нифедитин;
  - ингибиторы АПФ: эналаприл, каптоприл;
  - β-адреноблокаторы: атенолол, пропранолол.
3. Демонстрация техники измерения АД на статисте.

### **Задача №4.** Эталон ответа.

1. На основании жалоб, анамнеза, объективного исследования можно предположить у пациента ИБС: инфаркт миокарда, острый период. Для подтверждения диагноза необходимо проведение дополнительного исследования:

- общий анализ крови: (лейкоциты, увеличение СОЭ), биохимические исследования крови (повышение глобулинов, фибриногена, ферментов КФК, АСТ, АДГ);
- ЭКГ: изменение комплекса QRS, сегмента ST, зубца T.

Дифференциальный диагноз: проводится с расслаивающей аневризмой аорты. Боль при аневризме внезапна, при инфаркте усиливается постепенно. Для инфаркта нехарактерны иррадиация болей в спину и по ходу позвоночника. Подтверждают инфаркт миокарда изменения ЭКГ: патологический Q или QS с подъемом интервала ST выше изолинии.

2. Тактика фельдшера и неотложная помощь. Пациент нуждается в срочной госпитализации, транспортировка осуществляется на носилках в присутствии фельдшера.

Неотложная помощь:

- наркотические анальгетики или нейролептанальгезия (фентанил и дроперидол);
- антикоагулянты прямого действия (гепарин).

Принципы лечения:

- строгий постельный режим;
  - диета №10, профилактика запоров;
  - фибринолитическая терапия (стрептокиназа, урокиназа);
  - дезагреганты: курантил, ацетилсалициловая кислота;
  - нитраты пролонгированного действия.
3. Демонстрация подготовки пациента к ЭКГ исследованию.

### **Задача №5.** Эталон ответа.

1. На основании жалоб, анамнеза, данных объективного исследования можно предположить, что у пациентки atopическая бронхиальная астма, приступный период, эмфизема легких. Для подтверждения диагноза необходима пикфлоуметрия. Дифференциальный диагноз необходимо проводить со следующими заболеваниями:

- например с острой пневмонией.

При пневмонии отмечается повышение температуры тела, чувство жара, озноб, при бронхиальной астме температура тела нормальная, течение приступообразное. Для пневмонии из локальной симптоматики характерно укорочение перкуторного звука, усиление голосового дрожания и бронхофонии, появление влажных мелкопузырчатых хрипов очагового характера. При приступе бронхиальной астмы отмечается коробочный перкуторный звук, ослабление голосового дрожания и бронхофонии, появление свистящих рассеянных хрипов на фоне равномерно ослабленного дыхания. При бронхиальной астме отмечается снижение пиковой скорости выдоха до 60-70% от должной, что не отмечается при пневмонии.

2. Тактика фельдшера и неотложная помощь.

- провести пикфлоуметрию и оценить ее;

- помочь больному воспользоваться карманным ингалятором симпатомиметического ряда: сальбутамол, холинолитик - атровент.

При невозможности использовать ингалятор произвести подачу комбинированного бронхолитика через небулайзер (беродуал) или ввести в/в раствор эуфиллина 2,4% - 10,0.

3. Демонстрация техники использования карманного ингалятора.

### **Задача №6.** Эталон ответа.

1. На основании жалоб больного на чувство голода, дрожь, потливость, а затем потерю сознания; данные анамнеза – наличие у больного инсулинзависимого сахарного диабета, а также данные объективного обследования можно предположить, что у пациента развилась гипогликемическая кома. Для подтверждения диагноза необходимо взять кровь на содержание сахара в сыворотке крови. Снижение сахара до 3 ммоль/л и ниже указывает на развитие гипогликемического состояния, а затем и комы. Дифференциальный диагноз прежде всего необходимо проводить с гипергликемической комой. Основные отличительные признаки: кома гипергликемическая развивается более постепенно, появляются жалобы на утомляемость, жажду, полиурию, головную боль, развивается безразличие к окружающему, затем может развиваться коматозное состояние. Дыхание шумное, запах ацетона изо рта, кожа сухая, тонус мышц и глазных яблок понижен. Уровень сахара в крови выше 16,65 ммоль/л.

2. Тактика фельдшера и неотложная помощь.

- придать пациенту устойчивое боковое положение для профилактики западания языка, асфиксии и аспирации рвотных масс;

- произвести ревизию ротовой полости для извлечения остатков пищи для предотвращения асфиксии;

- ввести в/в 60-80 мл 40% раствора глюкозы (не более 100 мл). если сознание не восстановилось 3 мл 10% раствора глюкагона в/ и если нет эффекта 0,1% - 1мл раствора адреналина или 75-125 мл гидрокортизона в/м;

- ввести при отсутствии эффекта 400-600 мл 5% раствора глюкозы без инсулина в/в и 40 мг лазикса в/м для борьбы с отеком мозга.

3. Демонстрация алгоритма манипуляций введения инсулина.

### **Задача №7.** Эталон ответа.

1. На основании жалоб, анамнеза, данных объективного обследования, можно предположить, что у больного нижнедолевая пневмония справа, средней тяжести, ДН 1 ст. Дифференциальный диагноз необходимо проводить со следующими заболеваниями:

- например с острой пневмонией.

При пневмонии отмечается повышение температуры тела, чувство жара, озноб, при бронхиальной астме температура тела нормальная, течение приступообразное. Для пневмонии из локальной симптоматики характерно укорочение перкуторного звука, усиление голосового дрожания и бронхофонии, появление влажных мелкопузырчатых хрипов очагового характера. При приступе бронхиальной астмы отмечается коробочный перкуторный звук, ослабление голосового дрожания и бронхофонии, появление свистящих рассеянных хрипов на фоне равномерно ослабленного дыхания. При бронхиальной астме отмечается снижение пиковой скорости выдоха до 60-70% от должной, что не отмечается при пневмонии.

2. Тактика фельдшера и неотложная помощь.

- провести пиклоуметрию и оценить ее;
- осуществить симптоматическую помощь путем введения жаропонижающих препаратов;
- осуществить оксигенотерапию;
- для повышения АД ввести раствор мезатона или дофомина;
- осуществить транспортировку в пульмонологическое отделение для дальнейшей антибактериальной и симптоматической терапии.

3. Демонстрация техники оксигенотерапии согласно алгоритму.

**Задача №8.** Эталон ответа.

1.Предполагаемый диагноз: на основании жалоб, анамнеза, данных объективного исследования можно предположить у пациента наличие язвенной болезни желудка в стадии обострения. На догоспитальном этапе необходимы дополнительные методы экстренной диагностики:

- клинический анализ крови;
- кал на скрытую кровь;
- эндоскопическое исследование (ФГДС);
- R-контрастное исследование желудка.

Дифференциальную диагностику необходимо проводить с острым аппендицитом. При остром аппендиците боли возникают внезапно, вначале локализуются в эпигастрии, усиливаются при повороте больного в постели, сопровождаются повышением температуры, однократной рвотой не приносящей облегчения или тошнотой. При пальпации выявляются положительные симптомы раздражения брюшины. В анализе крови: повышение СОЭ, нейтрофильный лейкоцитоз.

2. Тактика фельдшера и неотложная помощь.

- Пациент нуждается в госпитализации и стационарном лечении, направляется в плановом порядке;
- Назначается постельный режим;
- Диета №1;
- Назначается медикаментозное лечение: седативные средства (валериана, пустырник); спазмолитики – папаверин;
- Блокаторы протоновых каналов: омепразол 20-40 мг 1-2 раза в день;
- Антибактериальные средства амоксициллин 0,5-3 раза в день;
- Симптоматическая терапия.

3. Демонстрация подготовки пациента к проведению ФГДС.

**Задача №9.** Эталон ответа.

1.На основании жалоб, анамнеза, можно предположить у пациентки хронический холецистит в стадии обострения. Для подтверждения диагноза необходимы дополнительные исследования:

- клинический анализ крови, незначительный лейкоцитоз, ускорение СОЭ;
- дуоденальное зондирование: порция Б-мутная, наличие лейкоцитов;
- УЗИ печени и ЖВП;
- R-логическое с рентгеноконтрастным веществом.

Дифференциальную диагностику необходимо проводить с острым аппендицитом. При остром аппендиците боли возникают внезапно, вначале локализуются в эпигастрии, усиливаются при повороте больного в постели, сопровождаются повышением температуры, однократной рвотой не приносящей облегчения или тошнотой. При пальпации выявляются положительные симптомы раздражения брюшины. В анализе крови: повышение СОЭ, нейтрофильный лейкоцитоз. Для холецистита характерны тупые ноющие боли в правом подреберье, связь с приемом жирной пищи, горечь во рту, тошнота, неустойчивый стул, длительность заболевания. При объективном обследовании обложенность языка, болезненность при пальпации в правом подреберье.

2. Тактика фельдшера и неотложная помощь. Пациентка нуждается в амбулаторном лечении:

- режим полупостельный;
- диета №5;
- медикаментозное лечение: спазмолитики – но-шпа;
- антибактериальные препараты широкого спектра: ципрофлоксацин, нитрофураны, фуразолидон 0,03;
- желчегонные средства: аллохол, желчегонные сборы.

3. Демонстрация техники проведения дуоденального зондирования.

**Задача № 10.** Эталон ответа.

1. На основании жалоб, анамнеза, данных объективного исследования можно предположить наличие у больной острой левожелудочковой недостаточности (отека легких). Для подтверждения диагноза необходимо проведение дополнительного исследования:

- ЭКГ – признаки перегрузки левых отделов (снижение амплитуды Т и интервала ST);
- в условиях стационара больным проводят R – логические исследования: снижение воздушности легких.

2. Тактика фельдшера и неотложная помощь.

- усадить пациента с опущенными ногами;
- обеспечить опору для спины, рук;
- наложить венозные жгуты на нижние конечности;
- аспирировать мокроту электронасосом;
- провести оксигенацию через пеногасители или инфузию спирт 33% в/в 5-10мл;
- ввести периферические вазодилататоры: нитроглицерин под язык 1-2 таблетки с интервалом 5-10 мин или в/в капельно раствор нитроглицерина 1%;
- ввести наркотические анальгетики или средства нейролептангезии: раствор морфина 1%-1,0, раствор атропина 0,1%-0,5 в 10-15 мл физиологического раствора дробными дозами 4-5 приемов; фентанил, дроперидол каждые 5-10 мин;
- в/в струйно ганглиоблокаторы: пентамин 5%-1,0 в 20 мл физиологического раствора, лазикс 2-5 мл на физ. растворе или 5% глюкозе, сердечные гликозиды: раствор дигоксина 0,025% - 1-2 мл;
- осущ. контроль АД, Ps;
- транспортировать в стационар в положении сидя для дальнейшего лечения.

3. Демонстрация методики наложения венозных жгутов.

**Задача №11.** Эталон ответа.

1. На основании жалоб, анамнеза, данных объективного обследования можно предположить у больного развитие анафилактического шока. Дополнительного обследования не предусмотрено. Дифференциальный диагноз с острой сосудистой недостаточностью в виде обморока. При обмороке отмечается резкая слабость, головокружение, бледность, потеря сознания на фоне нормальных цифр АД. При анафилактическом шоке дополнительными диагностическими критериями является картина сосудистого коллапса, отека мозга, гортани, бронхов.

2. Тактика фельдшера и неотложная помощь.

При аллергической реакции на пенициллин и его полусинтетические препараты ввести пенициллиназу 1 млн в/м; выполнить алгоритм помощи при анафилактическом шоке.

- 1) введение раствора адреналина 0,1%-0,3-0,5 в разные части тела п/к каждые 15-20 мин под контролем АД;
  - 2) в/в введение 500-1000 мл раствора альбумина;
  - 3) антигистаминные: раствор супрастина 2%-2,0 п/к;
  - 4) глюкокортикоиды парэнтерально, гидрокортизон-125-250 мг в/м в/в или раствор преднизалона 90-120 мг в/в в/м каждые 4-6 часов;
  - 5) при бронхоспазме раствор эуфиллина 2,4%- 10, 0 в/в;
  - 6) при сохранении одышки ИВЛ при судорогах ГОМК 20%-10,0 в/в;
  - 7) экстренная госпитализация в реанимационное отделение, после вызова реанимационной бригады.
3. Демонстрация алгоритма оказания неотложной помощи при остром аллергозе.

#### **Задача №12.** Эталон ответа.

1. На основании жалоб, анамнеза, данных объективного обследования можно предположить у больного наличие крапивницы. В условиях «скорой помощи» дополнительное обследование не предусмотрено. Дифференциальный диагноз предполагается например с ветряной оспой. При ветряной оспе удастся проследить эпидемиологический анамнез, а при крапивнице - аллергологический. Элементы сыпи при ветряной оспе имеют длительное обратное развитие и ложный полиморфизм.

2. Тактика фельдшера и неотложная помощь.

- а) выявить и устранить воздействие аллергена;
  - б) сделать очистительную клизму;
  - в) ввести антигистаминный препарат раствор супрастина 2%-1,0 или раствор пипольфена 2,5%-2,0;
3. Демонстрация техники постановки очистительной клизмы.

#### **Задача №13.** Эталон ответа.

1. На основании жалоб, анамнеза, данных объективного обследования можно предположить что, у пациента – гемофилия. Для подтверждения диагноза необходимо проведение дополнительного исследования; клинический анализ крови (анемия, дефицит факторов свертывания).

Дифференциальный диагноз: первичная аутоиммунная тромбоцитопения. Для данного заболевания характерны положительные пробы на ломкость капилляров (симптом щипка, жгута), изменение числа тромбоцитов. При гемофилии характерен гематомный тип кровоточивости, часто гемартрозы. А при лабораторных исследованиях – удлинение времени свертывания, отрицательные результаты проб на ломкость капилляров, нарушение синтеза VIII и IX факторов свертывания.

2. Тактика фельдшера и неотложная помощь.

Фельдшер должен знать всех больных своего участка, страдающих гемофилией, и иметь представление о современных способах ее лечения (концентрат свертывающего фактора VIII – в легких случаях – 10-15 ед/кг, а более тяжелых 25-40 ед/кг на курс лечения).

Пациент нуждается в госпитализации и проведении стационарного лечения.

3. Демонстрация техники передней тампонады носа.

#### **Задача №14.** Эталон ответа.

1. На основании жалоб, анамнеза, данных объективного исследования можно предположить что, у пациента: менингококковая инфекция. Менингококцемия. Инфекционно-токсический шок 2 степени. Для подтверждения диагноза необходимо проведение дополнительного исследования: мазок из носоглотки, кровь, содержание элементов сыпи, спинно-мозговую жидкость. (Посев на питательные среды для выделения возбудителя является ведущим). Дифференциальный диагноз: менингит другой этиологии (стафилококковый,

пневмококковый и др.). Лабораторная диагностика играет решающее значение для дифференциальной диагностики.

2. Тактика фельдшера и неотложная помощь.

Основной тактической задачей фельдшера СП при диагностике ИТШ является организация быстрой транспортировки больного в реанимационное отделение инфекционной больницы. На догоспитальном этапе необходимо больному парентерально ввести гидрокортизон 125-250 мг/м, адреналин 0,1%-1,0 лучше в/в в 10,0 физиологического раствора.

3. Демонстрация техники внутривенного введения лекарственного препарата.

**Задача №15.** Эталон ответа.

1. На основании жалоб, анамнеза, данных объективного исследования можно предположить, что у пациента – холера. Для подтверждения диагноза, оценки степени дегидратации и назначения адекватной регидратационной терапии, а также этиологии болезни необходимо провести следующее:

- а) собрать клинико-эпидемический анализ;
- б) взвесить больного и установить степень обезвоживания;
- в) провести забор испражнений, рвотных масс для бактериологического исследования;
- г) проводить измерение испражнений, рвотных масс, почасовой диурез.

Дифференциальный диагноз: с дизентерией, пищевыми токсикоинфекциями, отравлениями грибами и мышьяком. Бактериологический метод исследования наиболее быстрый и надежный. При отравлениях характерны боли в животе, повышение температуры тела, тенезмы. Для холеры не характерны эти симптомы.

2. Тактика фельдшера и неотложная помощь.

- а) немедленная госпитализация в инфекционное отделение;
- б) заполнить и отправить экстренное извещение;
- в) начать регидратацию;
  - г) выявить контактных лиц и установить за ними наблюдение – 5 дней;
  - д) дезинфекция.

3. Демонстрация техники внутривенного капельного введения лекарственного препарата.

**Задача № 16.** Эталон ответа.

1. На основании жалоб, анамнеза, данных объективного исследования можно предположить, что у пациента кишечное кровотечение, которое является осложнением основного заболевания. Возможно у больного брюшной тиф (у него на протяжении 18 дней высокая температура 39, 3<sup>0</sup>С, с 7 дня появилась скудная розеолезная сыпь, язык утолщен, с отпечатками зубов по боковым краям). Для подтверждения диагноза необходимо провести:

- а) необходимо осмотреть стул пациента;
- б) исследовать кал на реакцию Грегерсена;
- в) бактериологическое исследование.

Дифференциальный диагноз брюшного тифа проводится с гриппом, сепсисом, аппендицитом, пневмонией сальмонеллезом и др. Окончательный диагноз можно поставить с помощью лабораторных данных (бактериологический и серологический метод)

2. Тактика фельдшера и неотложная помощь.

- 1) Строгий постельный режим;
- 2) Холод на живот, запрещают прием пищи на 10-12 часов, сокращают прием жидкости до 500 мл;
- 3) Провести обезбоживание;
- 4) В/в вводим раствор NaCl, аминокaproновую кислоту, викасол 1% 1,0. Можно переливать свежечитратную одгруппную кровь по 75-100мл.

3. Демонстрация техники определения группы крови перед инфузией.

**Задача №17.** Эталон ответа.

1. На основании жалоб, анамнеза, данных объективного исследования можно предположить наличие у пациента ботулизма. Диагноз основывается на проявлениях офтальмоплегического синдрома, дисфонии, поперхивания при глотании, указания на употребление консервированных грибов домашнего приготовления, появления симптомов у жены, употребившей эти же продукты. Для подтверждения диагноза необходимо провести: исследования на обнаружение эндотоксина ботулизма в рвотных массах, промывных водах желудка, испражнениях, крови и моче (на уровне стационара). Дифференциальная диагностика ботулизма проводится с пищевыми токсикоинфекциями. При ботулизме рвота и диарея кратковременные, осмотр и наблюдение за больным позволяет выявить мышечную слабость, неврологические расстройства, нарушение остроты зрения

2. Тактика фельдшера и неотложная помощь.

- 1) Строгий постельный режим;
- 2) Промыть больному желудок до чистых промывных вод;
- 3) Поставить высокую очистительную клизму;
- 4) Провести забор проб на бактериологические исследования;
- 5) Срочная госпитализация в инфекционный стационар, где будет введена противоботулиническая сыворотка;
- 6) Подать экстренное извещение в СЭС.

3. Демонстрация техники промывания желудка.

**Задача №18.** Эталон ответа:

1. Предположительный диагноз: Спазмофилия, явная форма, карпопедальные спазмы. Диагноз поставлен на основании жалоб, данных анамнеза, объективного исследования. Для подтверждения данного диагноза на догоспитальном этапе дополнительных методик не применяется. В условиях стационара можно исследовать биохимические показатели фосфора и кальция в крови. Дифференциальная диагностика прежде всего необходима с судорогами, возникшими на фоне интоксикации при инфекционных заболеваниях. Для судорог, связанных с энцефалопатическими реакциями на фоне инфекционных заболеваний характерна лихорадка, клонический или клонико-тонический характер, а также симптомы поражения других систем (кашель, высыпания на коже, очаговая неврологическая симптоматика). Судороги при спазмофилии носят тонический характер, возникают на фоне нормальной температуры, не выявляются острые изменения со стороны других органов и систем.

2. Тактика фельдшера и неотложная помощь:

- создать спокойную обстановку, обеспечить щадящее положение,
- ввести противосудорожные средства: седуксен 0,5% - 0,5мл в/м или ГОМК 20% - 1,0мл/год жизни в/м или в/в (100мг/кг),
- ввести 10%раствор глюконата Са 1,0мл в/м,
- госпитализировать ребенка в детское отделение.

3. Демонстрация техники в/в введения глюконата кальция.

**Задача №19.** Эталон ответа:

1. На основании данных осмотра и анамнеза можно думать о наличии у ребенка эпилепсии, большого судорожного приступа. На догоспитальном этапе подтвердить данный диагноз дополнительными методами невозможно. В условиях стационара для уточнения диагноза необходим осмотр глазного дна, реоэнцефалография, электроэнцефалография, КТ или МРТ головного мозга, биохимические анализы крови на уровень содержания сахара, мочевины, кальция и фосфора. Дифференциальная диагностика данного заболевания необходима с энцефалопатическими судорожными реакциями при острых интоксикациях и инфекционных заболеваниях. Судороги на фоне инфекционных или других острых интоксикаций носят клонико-тонический характер, нередко сопровождаются гипертермией и проявлениями со стороны других органов (легких, кожи). Истинные эпилептические судороги нередко начинаются с ауры (потливость, расстройства ЖКТ, галлюцинации) носят чаще



продолжительный тонический характер, могут завершаться произвольным мочеиспусканием.

2. Тактика фельдшера и неотложная помощь:

- обеспечить покой и доступ свежего воздуха,
- освободить полость рта, предупредить прикусывание языка, отсосать слизь,
- ввести 0,5% раствор седуксена в/в или в/м 0,3 - 1,0мл,
- при не купирующихся судорогах ввести ГОМК 20% - 1мл/год (100мг/ кг) в/в,
- для борьбы с отеком мозга ввести в/в или в/м лазикс 20 – 40мг,
- после впервые возникших судорог госпитализировать ребенка в детское соматическое отделение для дальнейшего обследования.

3. Демонстрация техники проведения ИВЛ методом «рот в рот» согласно алгоритму.

**Задача №20.** Эталон ответа:

1. Предполагаемый диагноз: на основании жалоб, данных анамнеза и объективного исследования можно предположить наличие у пациента приступного периода атопической бронхиальной астмы, эмфиземы легких. Для подтверждения данного диагноза на догоспитальном этапе можно использовать дополнительный метод исследования – пикфлоуметрию. В условиях стационара для дополнительной диагностики используются биохимические исследования крови, рентгенография грудной клетки, микроскопия мокроты. Дифференциальную диагностику следует провести с пневмонией. При пневмонии отмечается повышение температуры тела до высоких цифр, ощущение жара в теле или озноба, нехватки воздуха. При объективном исследовании выявляется локальное притупление перкуторного звука над очагом воспаления, усиление голосового дрожания, бронхофонии, над очагом воспаления выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Бронхиальная астма имеет приступообразное течение, температура тела держится на нормальных цифрах. При приступе над легкими определяется коробочный перкуторный звук по всем полям, ослабление голосового дрожания и бронхофонии, появление свистящих рассеянных хрипов на фоне ослабленного дыхания. При приступе бронхиальной астмы отмечается снижение пиковой скорости выдоха до 60 – 70% от должной.

2. Тактика фельдшера и неотложная помощь:

- помочь больному принять вынужденное положение,
- по возможности провести пикфлоуметрию, оценить результаты,
- помочь больному воспользоваться карманным ингалятором симпатомиметического действия (сальбутамол, беротек), холинолитического действия (атровент),
- при невозможности использовать ингалятор, произвести подачу комбинированного бронхолитика через небулайзер (беродуал) или ввести 2,4% раствор эуфиллина в/в, струйно, медленно (1мл. /год) в физиологическом растворе,
- при отсутствии эффекта ввести 30мг. преднизалона в/м.
- при невозможности купировать приступ в домашних условиях госпитализировать больного в детское пульмонологическое отделение.

3. Демонстрация техники применения карманного ингалятора.

**Задача №21.** Эталон ответа:

1. Предположительный диагноз: стенозирующий ларинготрахеит (выставлен на основании жалоб, анамнеза, данных осмотра). Дополнительного обследования в условиях «скорой помощи» не предполагается. В условиях стационара: ларингоскопия, для дифференциальной диагностики с пневмонией клинический анализ крови (отсутствие воспалительных изменений), рентгенография грудной клетки (отсутствие очаговых изменений). Для дифференциальной диагностики с дифтерийным крупом бак. посев материала со слизистой миндалин (отсутствие роста дифтерийной палочки). Дифференциальная диагностика с дифтерийным крупом, при котором постепенное нарастание афонии, глухой кашель, отечность клетчатки шеи, фибринозный налет на миндалинах, характерный эпидемиологический анамнез (отсутствие прививок, контакт с дифтерийным больным). При

вирусном ларинготрахеите осиплость голоса не постоянна, афонии нет, кашель грубый лающий, характерна внезапность начала, хороший эффект от лечения.

2. Тактика фельдшера и неотложная помощь:

- успокоить ребенка,
- ввести в/м растворы антигистаминных препаратов: димедрол 1% - 0,2мл.; спазмолитиков: раствор папаверина 2% - 0,3мл-0,4мл,
- дать теплое питье с минеральной водой или гидрокарбонатом натрия,
- при отсутствии эффекта произвести ингаляцию беродуал через небулайзер (0,1мл/кг),
- госпитализация ребенка бригадой «скорой помощи» в реанимационное отделение или лор-отделение.

3. Демонстрация техники термометрии у детей раннего возраста.

**Задача №22.** Эталон ответа

1. Предположительный диагноз: Ножевое ранение левой сонной артерии. Артериальное кровотечение. Ставится на основании:

- а) анамнеза: со слов, окружающих, получена информация о факте ножевого ранения;
- б) объективного исследования: в проекции сонной артерии имеется глубокая рана, из которой ритмично выбрасывается кровь алого цвета, состояние пострадавшего тяжелое.

2. Тактика фельдшера. Должен выполняться четко, высоко профессионально, т.к. ранение сонной артерии – одно из самых опасных для жизни.

а) Быстро остановить кровотечение пальцевым прижатием артерии к поперечному отростку шестого шейного позвонка, ниже раны. Проекционно эта точка находится у внутреннего края грудино-ключично-сосцевидной мышцы, на середине ее длины. Если до ближайшего неотложного травматологического или хирургического отделения более 10-15 минут пути, наложить кровоостанавливающий жгут, через шину или плечо, согнутой в локтевом суставе правой руки (во избежание сдавливания трахеи), т.к. метод пальцевого прижатия прост, скор, но не продолжителен. Категорически запрещается закрывать жгут повязкой или одеждой. Жгут должен бросаться в глаза!

б) Пострадавшего уложить на носилки на спину в положение с приподнятыми нижними конечностями (улучшение кровоснабжения головного мозга).

в) Срочно транспортировать пациента в отделение неотложной травматологии или хирургии (со звуковой и световой сигнализацией).

г) Оценить состояние пострадавшего в машине скорой помощи с целью диагностики травматического шока.

д) Начать кислородотерапию, при необходимости ВВЛ, ИВЛ с целью повышения оксигенации крови.

е) Приложить холод к голове с целью снижения чувствительности нейронов к гипоксии.

ж) Начать восполнение ОЦК протившоковыми кровезаменителями.

з) При необходимости проводить стабилизацию АД (глюкокортикоидными гормонами, дофаминэргическими препаратами).

3. Демонстрация техники пальцевого прижатия артерии и наложение жгута с целью остановки кровотечения, применительно к данной ситуации (на фантоме).

**Задача №23.** Эталон ответа

1. Предположительный диагноз: Рубленая рана средней трети внутренней поверхности правой голени, венозное кровотечение. Диагноз поставлен на основании:

- а) данных анамнеза и жалоб: удар тяжелым режущим предметом, боль;
- б) данных объективного исследования: наличия раны с истечением крови темного цвета.

2. Тактика фельдшера:

- а) произвести временную остановку кровотечения путем наложения давящей повязки с предварительным проведением туалета раны с целью профилактики инфекции;
- б) ввести 1-2 мл 50% р-ра анальгина для купирования боли;

- в) произвести транспортную иммобилизацию поврежденной конечности с помощью шин Крамера;
- г) вызвать бригаду скорой медицинской помощи для доставки пострадавшей в травмпункт или хирургическое отделение ЦРБ для проведения ПХО раны и профилактики столбняка;
- д) транспортировать в положении лежа на носилках, на спине с приподнятой поврежденной конечностью.

3. Демонстрация техники наложения давящей повязки согласно алгоритму выполнения (на фантоме).

**Задача №24. Эталон ответа**

1. На основании анамнеза и данных объективного исследования у пострадавшей предположительный диагноз: травматический разрыв селезенки с развитием профузного внутреннего кровотечения, осложненного геморрагическим шоком III степени. Данные гемодинамических показателей (АД – 60/40 мм рт ст., частота пульса – 140 уд мин), уровень Hb 54 г/л указывают на объем кровопотери от 1500 до 2000 мл.

2. Тактика фельдшера:

Больная нуждается в неотложной хирургической помощи, нетранспортабельна, необходимо вызвать на себя хирургическую бригаду. До прибытия бригады необходимо обеспечить:

- а) полный покой;
- б) холод на живот;
- в) вливание кровезаменителей (полиглюкин, желатиноль, гидроксипроцеллоза, альбумин);
- г) сосудотонизирующие средства (норадреналин, мезатон, допамин) в/в капельно;
- д) определить группу крови, Rh-фактор и срочно заказать донорскую кровь.

3. Составление набора инструментов для лапароцентеза согласно алгоритму.

**Задача №25. Эталон ответа**

1. Предположительный диагноз: у пострадавшего сквозное огнестрельное (пулевое) ранение правого плеча.

Заключение основано на данных анамнеза (пострадавший подвергся нападению) и объективного исследования правого плеча (наличие сквозной раны с входным и выходным отверстиями, характерными для огнестрельного ранения; кровотечение из раны).

2. Тактика фельдшера:

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

3. Демонстрация техники наложения давящей повязки на плечо, используя индивидуальный перевязочный пакет согласно алгоритму.

**Задача №26. Эталон ответа.**

1. Предположительный диагноз: Резанная рана правого плеча, с повреждением плечевой артерии. Геморрагический шок I степени. Диагноз поставлен на основании:

- а) данных анамнеза и жалоб на боль, слабость, головокружение;
- б) данных объективного исследования: бледность, нарушение целостности кожных покровов правого плеча с сильным, пульсирующим кровотечением.

2. Тактика фельдшера:

- а) для остановки кровотечения необходимо вначале произвести пальцевое прижатие плечевой артерии у внутреннего края двухглавой мышцы к плечевой кости, затем наложить выше раны жгут, с указанием времени его наложения (под жгут подложить прокладку);

- б) для купирования боли ввести 1-2 мл 50% р-ра анальгина в/м;
- в) наложить асептическую повязку на рану плеча для профилактики инфекции;
- г) произвести иммобилизацию конечности с помощью косынки с целью уменьшения боли;
- д) произвести туалет раны передней поверхности грудной клетки для профилактики инфекции;
- е) вызвать бригаду скорой медицинской помощи для госпитализации в хирургическое отделение ЦРБ, для проведения окончательной остановки артериального кровотечения, ПХО раны, профилактики столбняка;
- ж) транспортировать пациента на носилках, в положении лежа на спине.

3. Демонстрация техники пальцевого прижатия артерии к кости, наложения кровоостанавливающего зажима на сосуд в ране, жгута, согласно алгоритму выполнения.

### **Задача №27. Эталон ответа**

1. Предположительный диагноз: беременность 15-16 недель. Отягощенный акушерский анамнез. Угрожающий самопроизвольный выкидыш. Из условий задачи следует, что у женщины 2-ая беременность, что подтверждается сроком задержки менструации и данными наружного и влагалищного исследования. Боли внизу живота, в области крестца, повышенная возбудимость миометрия, отсутствие структурных изменений шейки матки и слизистые выделения из половых путей подтверждают диагноз угрожающего выкидыша.

2. Тактика фельдшера: Учитывая наличие признаков угрожающего выкидыша необходимо:

- успокоить женщину, постараться убедить ее в благополучном исходе беременности;
- госпитализировать в ЦРБ; напомнить ей, что в целях сохранения беременности она должна исключить любую чрезмерную нагрузку.
- ввести в/м раствор но-шпы 2,0, валерьяна в растворе, спазмолитическая свеча для ректального применения, сернокислая магнезия 25% 5,0 в/м с раствором новокаина 0,25% 3,0 в/м, 40% раствор глюкозы 10,0 с витамином С 3,0.
- транспортировка осуществляется на носилках.

3. Демонстрация техники измерения наружных размеров таза. Фельдшер встает справа от женщины, которая лежит на спине. Измеряют обязательные размеры:

- дистанция спинарум - расстояние между передневерхними осями подвздошных костей (25 - 26 см) Пуговицы тазомера прижимают к наружным краям передневерхних остей.
- дистанция кристарум - расстояние между наиболее отдаленными точками гребней подвздошных костей (28 - 29 см) Пуговицы передвигают по наружному краю гребней подвздошных костей до тех пор, пока не определяют наибольшее расстояние.
- дистанция трохантерика - расстояние между большими вертелами бедренных костей (31 - 32 см.) Отыскивают наиболее выдающиеся точки больших вертелов бедренных костей и прижимают к ним пуговицы.
- наружная конъюгата - прямой размер таза - это расстояние от надкрестцовой ямки до верхнего края симфиза. Женщину укладывают на бок, нижележащую ногу сгибают в тазобедренном и коленном суставах, вышележащую вытягивают. Пуговицу одной ветви устанавливают на верхненаружном крае симфиза, пуговицу другой прижимают к надкрестцовой ямке (20 см.)
- истинная конъюгата (акушерская) - это расстояние от крестцового мыса до наиболее выдающейся точки на внутренней поверхности симфиза, определяется путем вычитания от наружной конъюгаты 9 см. (20- 9 = 11).
- диагональная конъюгата - это расстояние от мыса крестца до нижнего края симфиза. Определяется при влагалищном исследовании (13 см).

### **Задача №28. Эталон ответа:**

1. Предположительный диагноз: беременность 36 - 37 недель. Головное предлежание, первородящая, 30 лет, преэклампсия, что подтверждается типичной триадой симптомов: выраженной головной болью, болью в эпигастрии, однократной рвотой, АД – 170/110,

170/110 мм рт. ст. Состояние беременной – тяжелое. В ЖК поздно диагностирован гестоз, не проведена госпитализация и лечение.

2. Тактика фельдшера: учитывая, что преэклампсия предшествует судорожному припадку – эклампсии, необходимо оказать помощь – предотвратить приступ судорог: в/в промедол 2% - 1,0; седуксен 10 мг, дроперидол 0,25% - 4,0, 1,0 – 1% димедрола, магнезии сульфат 25% - 20,0, введение в/в раствора эуфиллина 2,4%-10,0 медленно. Для профилактики гипоксии плода ввести в/в 5,0 парацетама, 40% раствор глюкозы 10,0 с витамином С 3,0. Немедленно на носилках госпитализировать в акушерский стационар.

3. Демонстрация техники биомеханизма родов при переднем виде затылочного предлежания - это сумма движений плода, которые он совершает при прохождении через родовые пути, с целью приспособления к размерам малого таза. Различают четыре момента биомеханизма родов.

*1 момент.* Сгибание головки - головка во входе в малый таз делает сгибание, в результате чего первой опускается в полость малого таза затылочная кость, проводная точка – малый родничок, стреловидный шов расположен в поперечном или слегка косом размере.

*2 момент.* Внутренний поворот головки: начинается во входе и заканчивается в выходе из малого таза. Одновременно головка совершает поступательное движение. Личико плода и большой родничок поворачиваются кзади, затылок и малый родничок - кпереди. Стреловидный шов из поперечного размера во входе в малый таз постепенно переходит в прямой размер выхода из малого таза, в полости малого таза он находится в одном из косых размеров.

*3 момент.* Разгибание головки. При этом подзатылочная ямка прижимается к нижнему краю симфиза и вокруг нее головка разгибается: постепенно рождаются затылок, теменные бугры, лобик и в последнюю очередь личико и подбородок.

*4 момент.* В полость малого таза опускается плечевой пояс плода. Плечики опускаются до тазового дна межплечевой линией в поперечном размере, но родиться через поперечный размер выхода в таком положении они не могут. Поэтому с целью приспособления к прямому размеру выхода (он увеличивается в родах до 11,5 -12 см.) плечики совершают внутренний поворот и межплечевая линия устанавливается в прямом размере выхода. Головка делает наружный поворот затылком в сторону позиции, т.к. спинка возвращается обязательно в прежнюю сторону. Далее под нижний край симфиза подходит переднее плечико и фиксируется, рождается заднее плечико, затем переднее плечико и окончательно все туловище. Головка рождается малым косым размером – 9,5 см.

**Задача №29.** Эталон ответа:

1. Предположительный диагноз: беременность 39-40 нед., I период срочных родов, головное предлежание, I позиция. При наружном акушерском исследовании определяются:

- продольное положение плода, так как с одной стороны матки гладкая, широкая поверхность, с другой стороны пальпируются мелкие подвижные части;
- I позиция, так как в левой боковой стороне пальпируется одна гладкая широкая поверхность - спинка, и сердцебиение выслушивается лучше слева;
- предлежащая часть - головка, так как пальпируется в виде крупной плотной части.

Допустимая кровопотеря составляет 0,5 % от массы тела роженицы - 350 мл. Предполагаемая масса плода: окружность живота (100 см) x высота стояния дна матки (36 см) = 3600 г.

2. Тактика фельдшера: акушерское пособие при переднем виде затылочного предлежания. Фельдшер встает справа от роженицы и начинает оказывать пособие с момента прорезывания головки.

I момент: кисть левой руки располагают на лобке, а кончиками пальцев правой руки растягивают дополнительно ткани вульварного кольца. При этом головка дополнительно сгибается: сдерживается чрезмерно быстрое продвижение головки и предупреждается преждевременное разгибание ее. Головка медленно продвигается вниз и прорезывается.

II момент: когда затылок родился и область подзатылочной ямки упирается в нижний край симфиза, роженице запрещается тужиться с этого момента и до выведения всей головки. Фельдшер захватывает всей левой рукой головку и постепенно, осторожно ее разгибает, в этот момент правой рукой сводит с головки ткани промежности, над промежностью рождается лоб, личико и подбородок.

III момент: с очередной потугой головка поворачивается лицом к левому или правому бедру матери, согласно позиции плода. Одной рукой придерживают головку плода, а указательный палец другой руки, со стороны спинки плода, вводят в подмышечную впадину переднего плечика и делают тракцию кзади до тех пор, пока переднее плечико не пройдет под лобковую дугу. После этого освобождается заднее плечико. Для этого одной рукой головку приподнимают кпереди, указательный палец другой руки вводят в подмышечную впадину заднего плечика и делают тракцию вперед, освобождается заднее плечико. Затем обеими руками обхватывают грудную клетку плода и направляют туловище кпереди, рождение нижней части туловища проходит без затруднений. Ребенка укладывают на заранее подготовленное место. Очищают верхние дыхательные пути от слизи, чтобы он мог сделать первых вдох.

3. Демонстрация техники определения признаков Вастена на фантоме.

Признак Вастена учитывается в конце I периода родов, при полном открытии шейки матки и отошедших околоплодных водах. Роженица лежит на спине. Мочевой пузырь освобожден. Ладонь руки укладывается на лонное сочленение и учитывается отношение головки плода к симфизу:

Признак Вастена положительный - головка выступает над лонным сочленением - это значит, что имеется значительное несоответствие между размерами головки и таза; роды через естественные родовые пути невозможны.

Признак Вастена вровень - головка и лонное сочленение находятся на одной плоскости - это значит, что несоответствие между головкой плода и малым тазом очень незначительное. Поэтому, если во II периоде родов родовая деятельность будет энергичной головка будет хорошо конфигурироваться, роды заканчиваются самопроизвольно; при отсутствии этих условий роды не возможны.

Признак Вастена отрицательный - головка находится ниже уровня лонного сочленения - это значит, что имеется полное соответствие между размерами головки и малого таза и роды через естественные родовые пути возможны.

### Задача №30. Эталон ответа

1. Предположительный диагноз: беременность 32 недели. Отягощенный акушерский анамнез:

- гестоз средней степени тяжести;
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

Срок беременности устанавливается из данных обменной карты, при обследовании окружность живота 90 см, высота стояния дна матки 30 см, что соответствует 32 нед. сроку беременности. Предположительная масса плода:  $\text{окружность живота} \times \text{высота стояния дна матки} = 2700 \text{ г}$ . Беременность осложнилась гестозом, на фоне гестоза развилось осложнение – преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, что привело к массивной кровопотере, гибели плода. Состояние беременной тяжелое.

2. Тактика фельдшера: учитывая тяжелое состояние беременной необходимо срочно предпринять следующие меры:

- госпитализировать на носилках в ближайший акушерский стационар, с сиреной;
- сообщить по радию о доставке тяжело больной;
- измерить параметры гемодинамики;
- наладить в/в введение реополиглюкина или раствора 5% глюкозы с витамином С;
- симптоматическая терапия (токолитики – сернокислая магнезия 25% - 10,0 в/в, спазмолитики - эуфиллин 2,4% - 10,0, но-шпа 2,0 в/м, гемостатики - дицинон 2,0 в/м; пираретам 5,0).

3. Демонстрация тактики ведения последового периода. Определение признаков отделения плаценты. Ведение последового периода требует внимательного и постоянного наблюдения за роженицей. Последовый период ведется строго выжидательно. Для правильного ведения последового периода необходимо знать признаки отделения плаценты от стенки матки:

- признак Шредера - отклонение дна матки вправо, выше пупка.
- признак Альфельда - удлинение наружного отрезка пуповины, зажим наложенный у половой щели опускается.
- признак Кюстера - Чукалова, если надавить ребром кисти на надлобковую область, то пуповина при отделившейся плаценте не втягивается во влагалище, при не отделившейся - втягивается.
- появление выпячивания над симфизом - отделившаяся плацента опускается в нижний сегмент, и передняя стенка нижнего сегмента матки и брюшная стенка образуют выпячивание.

### Система оценивания и критерии оценки

Экзаменатор, слушая ответ студента, а так же наблюдая за работой во время выполнения практического задания, сопоставляет сказанное (выполненное) студентом с эталоном. Если ответ (действие) студента соответствует эталону, то в графе «Балл» экзаменатор ставит соответствующую отметку.

Результаты освоения профессионального модуля определяются экзаменатором с помощью «Листа экспертной оценки результатов освоения профессионального модуля»

Экзаменатор в графе «шкала для оценки» делает отметки в соответствующий столбец: 2 – если действие выполнено в полном объеме, 1 – если действие выполнено частично, 0 – если действие полностью отсутствует. Подсчитывается полученная сумма баллов, затем определяется средний балл.

Выставляется оценка двух видов: количественная и дескриптивная

Количественная оценка выставляется в зависимости от значения среднего балла:

при значениях среднего балла от 1,8 до 2,0 - «профессиональный модуль освоен»

при значениях среднего балла ниже 1,79 - «профессиональный модуль не освоен»

### 5.2. Тестовые задания для диагностического тестирования по ПМ 03. Неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе.

Проверяемая компетенция	Задание	Варианты ответов	Тип сложности вопроса	Кол-во баллов за правильный ответ
ПК 3.1-3.8 ОК 1-4	Служба скорой медицинской помощи предназначена для:	а) Оказания экстренной и неотложной медицинской помощи всем больным и пострадавшим б) Оказания экстренной медицинской помощи больным и пострадавшим вне лечебных учреждений в) Оказания экстренной и неотложной медицинской помощи больным и пострадавшим вне лечебных учреждений г) Оказания плановой медицинской помощи всем больным и пострадавшим	низкий	<b>1,0</b>
ПК 3.1-3.8	Выезд на экстренный	а) Двух минут после	низкий	<b>1,0</b>

ОК 1-4	вызов считается своевременным, если он осуществлен не позднее:	<p>поступления вызова</p> <p><b>б) Четырех минут после поступления вызова</b></p> <p>в) Десяти минут после поступления вызова</p> <p>г) Двадцати минут после поступления вызова</p>		
ПК 3.1-3.8 ОК 1-4	Больные и пострадавшие, доставленные бригадой скорой медицинской помощи должны быть осмотрены в приемном отделении ЛПУ не позднее:	<p>а) Пяти минут после доставки</p> <p><b>б) Десяти минут после доставки</b></p> <p>в) Двадцати минут после доставки</p> <p>г) Тридцати минут после доставки</p>	низкий	<b>1,0</b>
ПК 3.1-3.8 ОК 1-4	При определении границ зоны обслуживания подстанциями скорой медицинской помощи в первую очередь учитывается:	<p>а) Численность населения</p> <p>б) Плотность населения</p> <p>в) Количество предприятий и объектов социально-культурного назначения</p> <p><b>г) Протяженность и состояние дорог ведущих к объектам, расположенным на границе зоны обслуживания</b></p>	низкий	<b>1,0</b>
ПК 3.1-3.8 ОК 1-4	Нормой транспортной доступности для подстанции скорой помощи считается:	<p>а) 5 минут</p> <p>б) 10 минут</p> <p><b>в) 15 минут</b></p> <p>г) 20 минут</p>	низкий	<b>1,0</b>
ПК 3.1-3.8 ОК 1-4	Находящаяся в пути следования бригада скорой помощи, встретившись на улице с несчастным случаем, обязана остановиться:	<p>а) Только если она следует на вызов</p> <p>б) Только если она следует с вызова без больного</p> <p><b>в) Всегда</b></p> <p>г) Никогда</p>	низкий	<b>1,0</b>
ПК 3.1-3.8 ОК 1-4	Санитарную обработку салона после перевозки инфекционного больного проводит:	<p>а) Выездной фельдшер</p> <p>б) Санитар подстанции скорой помощи после возвращения бригады с вызова</p> <p><b>в) Санитар приемного отделения, в которое был доставлен больной</b></p> <p>г) Второй фельдшер</p>	низкий	<b>1,0</b>
ПК 3.1-3.8 ОК 1-4	Реанимация — это:	<p>а) Наука, изучающая методы восстановления жизни</p> <p><b>б) Практические действия, направленные на</b></p>	низкий	<b>1,0</b>



		<b>восстановления дыхания и кровообращения у больных в терминальных состояниях</b> в) Специальная бригада скорой помощи г) Действия, направленные на лечение основных заболеваний		
ПК 3.1-3.8 ОК 1-4	Максимальная продолжительность клинической смерти при обычных условиях внешней среды составляет:	а) 2-3 минуты б) 4-5 минут <b>в) 5-6 минут</b> г) 6-8 минут	низкий	<b>1,0</b>
ПК 3.1-3.8 ОК 1-4	Показаниями для сердечно-легочной реанимации являются:	<b>а) Только клиническая смерть</b> б) Агония и предагональное состояние в) Все внезапно развившиеся терминальные состояния г) Клиническая смерть и биологическая смерть	низкий	<b>1,0</b>
ПК 3.1-3.8 ОК 1-4	Объем вдыхаемого воздуха при проведении ИВЛ взрослому человеку должен быть:	а) 400 — 500 мл б) 600 — 800 мл <b>в) 800 — 1000 мл</b> г) 1000 — 1500 мл	средний	<b>2,0</b>
ПК 3.1-3.8 ОК 1-4	Соотношение между компрессиями грудной клетки и вдуваниями воздуха при СЛР, проводимой 1 реаниматором должно быть:	<b>а) 2 вдоха: 30 компрессий</b> б) 1-2 вдоха: 6-8 компрессий в) 2 вдоха: 10 компрессий г) 2 вдоха: 12-15 компрессий	средний	<b>2,0</b>
ПК 3.1-3.8 ОК 1-4	Разовая доза адреналина при проведении сердечно-легочной реанимации взрослому человеку составляет:	а) До 0,5 мл 0,1 % раствора <b>б) 0,5 — 1,0 мл 0,1% раствора</b> в) 1,0 — 1,5 мл 0,1% раствора г) 5 мл 0,1% раствора	средний	<b>2,0</b>
ПК 3.1-3.8 ОК 1-4	Противопоказанием для применения дроперидола является:	а) Высокое внутричерепное давление б) Глаукома <b>в) Низкое АД</b> г) Все перечисленное верно	средний	<b>2,0</b>
ПК 3.1-3.8 ОК 1-4	Основным диагностическим	а) Артериальная гипотония	средний	<b>2,0</b>

	критерием типичного острого инфаркта миокарда является:	б) Артериальная гипертензия в) Нарушение ритма сердца <b>г) Загрудинная боль продолжительностью более 20 минут</b> д) Холодный пот		
ПК 3.1-3.8 ОК 1-4	При остром инфаркте миокарда чаще всего развивается:	а) Синусовая брадикардия б) Мерцательная аритмия <b>в) Желудочковая экстрасистолия</b> г) Фибрилляция желудочков	средний	<b>2,0</b>
ПК 2.1-2.7 ОК 1-4	Желудочковые экстрасистолы у больного с острым инфарктом миокарда могут осложниться:	а) Фибрилляцией предсердий <b>б) Фибрилляцией желудочков</b> в) Полной атриовентрикулярной блокадой г) Асистолией	средний	<b>2,0</b>
ПК 3.1-3.8 ОК 1-4	Препаратом выбора для купирования пароксизмальной желудочковой тахикардии является:	а) Изоптин б) Строфантин <b>в) Лидокаин</b> г) Панангин	средний	<b>2,0</b>
ПК 3.1-3.8 ОК 1-4	Нормотопным водителем ритма является:	<b>а) Синусовый узел</b> б) Атриовентрикулярный узел в) Ножки пучка Гиса г) Предсердия	средний	<b>2,0</b>
ПК 3.1-3.8 ОК 1-4	При диабетической коме необходимо:	а) Туалет верхних дыхательных путей, ингаляция кислорода, полиглюкин в/в капельно <b>б) Туалет верхних дыхательных путей, ингаляция кислорода, физраствор в/в, гемодез, натрия бикарбонат</b> в) В/в инсулин 40 ЕД, ингаляция кислорода, в/в капельно физ. раствор гемодез г) В/в инсулин 20 ЕД + в/м инсулин 20 ЕД, гемодез, полиглюкин	средний	<b>2,0</b>
ПК 3.1-3.8 ОК 1-4	Массаж сердца новорожденным детям проводится с частотой:	<b>а) 120 р. в мин.</b> б) 100 р. в мин. в) 80 р. в мин. г) 60 р. в мин.	средний	<b>2,0</b>
ПК 3.1-3.8 ОК 1-4	50% аналгин детям	<b>а) 0,1 мл на 1 год жизни</b> б) 0,2 мл на 1 год жизни	средний	<b>2,0</b>

	вводится из расчета:	в) 0,01 мл на 1 кг веса г) 0,02 мл на 1 кг веса		
ПК 3.1-3.8 ОК 1-4	При острой кишечной непроходимости необходимо:	а) Очистительные клизмы б) Спазмолитики в) Газоотводная трубка г) Обезболивание <b>д) Госпитализация в хирургическое отделение</b>	средний	<b>2,0</b>
ПК 3.1-3.8 ОК 1-4	При наличии дегтеобразного стула в сочетании с увеличением печени и селезенки нужно заподозрить:	а) Кровотечение из язвы желудка или 12-перстной кишки б) Неспецифический язвенный колит <b>в) Кровотечение из вен пищевода</b> г) Геморроидальное кровотечение	средний	<b>2,0</b>
ПК 3.1-3.8 ОК 1-4	Лечение острой кровопотери начинают с переливания:	а) Эритроцитарной массы б) Донорской крови <b>в) Кристаллоидных растворов</b> г) Коллоидных растворов	средний	<b>2,0</b>
ПК 3.1-3.8 ОК 1-4	Самый ранний симптом, указывающий на тяжелую (50 %) отслойку плаценты:	а) Боль б) Внутриутробная гибель плода <b>в) Нарушение гемодинамики (падение АД, частый слабый пульс, бледность)</b> г) Кровотечение из половых путей	средний	<b>2,0</b>
ПК 3.1-3.8 ОК 1-4	Тактика фельдшера при отделившемся последе и задержке его в полости матки:	а) Сокращающие в/в б) Ручное отделение и выделение последа <b>в) Наружные методы выделения последа</b> г) Сокращающие в толщу матки	средний	<b>2,0</b>
ПК 3.1-3.8 ОК 1-4	Тактика фельдшера в период клонических судорог у больной с эклампсией:	а) Введение литической смеси <b>б) Профилактика ушибов и прикусывания языка</b> в) Магнезиальная терапия по Бровкину г) Оксигенотерапия д) Ингаляционный период	средний	<b>2,0</b>
ПК 3.1-3.8 ОК 1-4	Для лечения гиповолемического шока в условиях скорой медицинской помощи используют:	а) Кардиотонические средства б) Вазопрессоры <b>в) Плазмозаменители</b> г) Донорскую кровь	средний	<b>2,0</b>
ПК 3.1-3.8	Какая кровопотеря	<b>а) 0,5% от массы тела</b>	средний	<b>2,0</b>

ОК 1-4	бывает при физиологических родах?	б) 150-200 мл в) 300-400мл г) Не более 400 мл		
ПК 3.1-3.8 ОК 1-4	Для клинической картины инсулинозависимого сахарного диабета характерны:	<b>а) Острое начало заболевания чаще в молодом возрасте</b> <b>б) Резкое снижение массы тела в начальном периоде болезни</b> <b>в) Возможность лечения таблетированными сахароснижающими препаратами</b> г) Высокая склонность к развитию кетоацидоза	высокий	<b>5,0</b>
ПК 3.1-3.8 ОК 1-4	При лечении астматического состояния необходимо:	<b>а) Инфузионная терапия</b> <b>б) Ингаляция кислородовоздушной смеси</b> в) Введение адреномиметиков <b>г) Ведение эуфилина</b> <b>д) Введение кортикостероидов</b>	высокий	<b>5,0</b>
ПК 3.1-3.8 ОК 1-4	Для раннего периода тромбоэмболии легочной артерии характерны:	<b>а) Боль в груди</b> <b>б) Одышка</b> в) Кровохарканье г) Кашель <b>д) Резкая слабость</b>	высокий	<b>5,0</b>
ПК 3.1-3.8 ОК 1-4	Признаком острой стадии инфаркта миокарда является:	а) Т в грудных отведениях <b>б) Высокий остроконечный Т</b> <b>в) Подъем сегмента ST</b> г) Q патологический	высокий	<b>5,0</b>
ПК 3.1-3.8 ОК 1-4	Симптомы характерные для типичного приступа стенокардии:	<b>а) Загрудинная локализация боли</b> <b>б) Иррадиация боли</b> <b>в) Сжимающий или жгучий характер боли</b> г) Продолжительность боли в течение 3-4 секунды <b>д) Эффект от приема нитроглицерина</b>	высокий	<b>5,0</b>
ПК 3.1-3.8 ОК 1-4	Адреналин во время реанимации:	<b>а) Повышает возбудимость миокарда</b> <b>б) Может вызвать злокачественную тахикардию</b> в) В дозе 0,1 мг рекомендуется для облегчения дефибрилляции <b>г) При необходимости вводится повторно</b>	высокий	<b>5,0</b>

		<b>через 5 минут</b>		
ПК 3.1-3.8 ОК 1-4	Критериями эффективности реанимации являются:	а) Пульс на сонной артерии во время массажа б) Экскурсии грудной клетки <b>в) Уменьшение бледности и цианоза</b> <b>г) Сужение зрачков</b>	высокий	<b>5,0</b>
ПК 3.1-3.8 ОК 1-4	К ранним признакам биологической смерти относятся:	а) Расширенные зрачки, не реагирующие на свет зрачки б) Трупные пятна в) Ооченение мышц <b>г) Помутнение роговицы</b> <b>д) Деформация зрачка</b>	высокий	<b>5,0</b>
ПК 3.1-3.8 ОК 1-4	Противопоказаниями для проведения сердечно-легочной реанимации являются:	а) Старческий возраст <b>б) Травмы не совместимые с жизнью</b> <b>в) Заведомо неизлечимые заболевания, в последней стадии развития</b> г) Алкоголизм, психические заболевания	высокий	<b>5,0</b>
ПК 3.1-3.8 ОК 1-4	Основными признакам клинической смерти являются:	а) Нитевидный пульс на сонной артерии <b>б) Расширение зрачков</b> <b>в) Отсутствие пульса на сонной артерии</b> г) Отсутствие пульса на лучевой артерии	высокий	<b>5,0</b>