

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Игнатенко Григорий Анатольевич
Должность: Ректор
Дата подписания: 04.04.2025 12:07:52
Уникальный программный ключ:
с255aa436a6dccbd528274f148f88fe589ab4264

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ДОНЕЦКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
М. ГОРЬКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра анестезиологии, реаниматологии и неонатологии

«Утверждено»
на заседании кафедры
«30» августа 2024 г.
протокол № 1
заведующий кафедрой
д.мед.н, проф. А.Н. Колесников

Фонд оценочных средств по дисциплине

**ПРАКТИКА ПО НЕОТЛОЖНЫМ МЕДИЦИНСКИМ
МАНИПУЛЯЦИЯМ**

Специальность

31.05.01 Лечебное дело

Донецк 2024

ЛИСТ АКТУАЛИЗАЦИИ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДИСЦИПЛИНЫ

№	Дата и номер протокола утверждения*	Раздел ФОС	Основание актуализации	Должность, ФИО, подпись, ответственного за актуализацию

*** протокол заседания учебно-методического совещания кафедры**

**Паспорт фонда оценочных средств по дисциплине
Практика по неотложным медицинским манипуляциям**

Код и наименование компетенции	Код контролируемого индикатора достижения компетенции	Ситуационные задания
Профессиональные компетенции (ПК)		
ПК-1. Способен распознавать и оказывать медицинскую помощь в экстренной или неотложной формах при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента, включая состояния клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека - (кровообращения и/или дыхания).	ПК-1.1.1. Знает перечень методов лабораторных и инструментальных исследований для оценки состояния пациента, основные медицинские показания к проведению исследований и интерпретации результатов;	С1 ПК-1.1.1
	ПК-1.1.2. Знает этиологию, патогенез и патоморфологию, клиническую картину, дифференциальную диагностику, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний внутренних органов;	С2 ПК-1.1.2
	ПК-1.1.3. Знает методику сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их законных представителей);	С3 ПК-1.1.3
	ПК-1.1.4. Знает методику физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация);	С4 ПК-1.1.4
	ПК-1.1.5. Знает клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и/или дыхания;	С5 ПК-1.1.5
	ПК-1.1.6. Знает правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации;	С6 ПК-1.1.6
	ПК-1.1.7. Знает принципы действия приборов для наружной электроимпульсной терапии (дефибрилляции);	С7 ПК-1.1.7
	ПК-1.1.8. Правила выполнения наружной электроимпульсной терапии (дефибрилляции) при внезапном прекращении кровообращения и/или дыхания.	С8 ПК-1.1.8
	ПК-1.2.1. Умеет выявлять клинические признаки состояний, требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме;	С9 ПК-1.2.1
	ПК-1.2.2. Умеет выполнять мероприятия по оказанию медицинской помощи в неотложной форме;	С10 ПК-1.2.2
	ПК-1.2.3. Умеет выявлять состояния, требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме, в том числе клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и дыхания;	С11 ПК-1.2.3
	ПК-1.2.4. Умеет выполнять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации в сочетании с электроимпульсной терапией (дефибрилляцией).	С12 ПК-1.2.4

ПК-1.3.1. Владеет навыком оценивания состояния пациента, требующего оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах;	C13 ПК-1.3.1
ПК-1.3.2. Владеет навыком распознавания состояний, возникающих при внезапных острых заболеваниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента и требующих оказания медицинской помощи в неотложной форме;	C14 ПК-1.3.2
ПК-1.3.3. Владение навыком оказания медицинской помощи в неотложной форме пациентам при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента;	C15 ПК-1.3.3
ПК-1.3.4. Владеет навыком распознавания состояний, представляющих угрозу жизни пациента, включая состояния клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме;	C16 ПК-1.3.4
ПК-1.3.5. Владеет навыком оказания медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания);	C17 ПК-1.3.5
ПК-1.3.6. Владеет навыком применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной или неотложной формах.	C18 ПК-1.3.6

Оценивание результатов текущей успеваемости, ИМК, экзамена и выставление оценок за дисциплину проводится в соответствии с действующим Положением об оценивании учебной деятельности студентов ФГБОУ ВО ДонГМУ Минздрава России

Образцы оценочных средств

Ситуационные задания

С1 ПК-1.1.1. Пациент 48 лет поступил в клинику с признаками желудочного кровотечения. В сознании, бледен. АД 90/40 мм.рт., ЧСС - 120 в мин, симптом «белого пятна» 3 сек.

Вопросы:

1. Какие лабораторные методы исследования показаны больному?
2. Какие инструментальные методы исследования показаны больному?
3. С какой целью необходимо провести эти исследования?

Эталоны ответов:

1. Больному необходимо определить показатели эритроцитов, гемоглобина, гематокрита, группу и резус-фактор, коагулограмму, лактат.
2. Больному необходимо провести фиброгастроскопию и определить шоковый индекс.
3. Показатели крови необходимы для определения тяжести анемии, шоковый индекс и лактат – для оценки тяжести шока, группа и резус фактор – для переливания одногруппной крови при необходимости, ФГДС – для уточнения диагноза: Желудочное кровотечение.

С2 ПК-1.1.2. У женщины 70 лет внезапно возникла одышка, кашель с кровянистой мокротой, отмечен резкий цианоз шеи и лица. ЧДД – 28 в мин, Р – 120 в мин, АД – 170/90 мм.рт.ст. ЦВД + 15 см вод.ст. Набухание шейных вен. Живот слегка вздут. Печень у края реберной дуги. Диурез адекватен. В анамнезе - тромбофлебит глубоких вен голени. В крови: протромбиновый индекс 98%, фибриноген 5,4 г/л, Нт – 58%, Нв - 158 г/л, свертываемость по Ли-Уайту 2 мин. На ЭКГ–признаки перегрузки правых отделов сердца.

Вопросы:

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Какие данные могут подтвердить этот диагноз?
3. С какими патологическими состояниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

Эталоны ответов:

1. Тромбоэмболия ветвей легочной артерии.
2. В пользу ТЭЛА говорят:
 - данные анамнеза (страдает тромбофлебитом глубоких вен голени),
 - объективные данные – внезапное ухудшение состояния, выраженная одышка до 28 дыханий в 1 минуту, умеренный цианоз лица и верхней половины туловища, акцент и расщепление II тона над легочной артерией. Набухание шейных вен.
 - лабораторные и инструментальные данные - Нт – 58%, Нв - 158 г/л, ПИ -98%, фибриноген 5,4 г/л, свертываемость по Ли-Уайту-2 мин. На ЭКГ - признаки перегрузки правых отделов сердца. АД – 170/90 мм рт. ст. ЦВД +15см водн.ст.Для подтверждения диагноза нужно провести ангиографию и измерить Д-димеры.
3. Необходимо дифференцировать с острым коронарным синдромом; с напряженным пневмотораксом; с тампонадой сердца.

С3 ПК-1.1.3. В отделение хирургии поступил пациент с диагнозом: Острый флегмонозный аппендицит, перитонит. Планируется оперативное вмешательство – Лапаротомия,

аппендектомия, дренирование брюшной полости. Анестезиолог проводит предоперационную подготовку пациента к анестезии.

Вопросы:

1. На какие жалобы пациента должен обратить особое внимание анестезиолог?
2. Какие данные анамнеза заболевания необходимо выяснить у пациента?
3. Какие данные анамнеза жизни необходимо выяснить у пациента?

Эталоны ответов:

1. Жалобы на боли в животе, тошноту, рвоту, повышение температуры до 39°C, отсутствие аппетита, сухость языка.
2. Необходимо выяснить как давно появились боли в животе, сколько времени продолжается рвота и ее периодичность, какое время продолжается лихорадка и до каких цифр, отходят ли газы, есть ли уменьшение мочевыделения. Также следует выяснить как давно пациент принимал пищу или пил.

Жалобы пациента и анамнез заболевания указывают на выраженную дегидратацию и эндотоксемию и требуют предварительной подготовки пациента к операции. Сведения о принятой пище и питье необходимы для решения вопроса о постановке зонда и профилактике аспирационного синдрома.

3. При сборе анамнеза жизни необходимо выяснить какими соматическими заболеваниями страдает пациент и что принимает, перенесенные операции и переливания крови, аллергические реакции, вредные привычки. Эти сведения необходимы для выбора метода обезболивания.

С4 ПК-1.1.4. Пациент 45 лет, обратился с жалобами на кашель с выделением мокроты, одышку при физической нагрузке и периодические боли в грудной клетке справа. Курит 20 лет по 1 пачке сигарет в день. Предполагаемый диагноз – Правосторонняя пневмония.

Вопросы:

1. Какие патологические изменения, подтверждающие диагноз, можно выявить на основании осмотра пациента?
2. Какие патологические изменения, подтверждающие диагноз, можно выявить при пальпации и перкуссии пациента?
3. Какие патологические изменения, подтверждающие диагноз, можно выявить при аускультации пациента?

Эталоны ответов:

1. При осмотре этого пациента характерным будет:
 - Участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания.
 - Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника.
 2. При пальпации отмечается:
 - Грудная клетка ригидная, болезненность при надавливании в правой подмышечной области.
 - Голосовое дрожание ослаблено справа в нижних отделах.
- Перкуторно:
- Над правым легким в нижних отделах определяется притупление перкуторного звука.
 - Над остальными отделами легких — коробочный звук.
3. При аускультации пациента:
 - Над правым легким в нижних отделах дыхание ослаблено, выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы.
 - Над остальными отделами — жесткое дыхание, рассеянные сухие хрипы.

С5 ПК-1.1.5. На автобусной остановке мужчина 40 лет потерял сознание. Окружающими уложен на скамейку, вызвана СМП. Врач при осмотре определил у него отсутствие сознания, дыхания, пульса на сонных артериях, расширенные зрачки без фотореакции, атонию, арефлексию, мраморность кожных покровов. Начато проведение сердечно-легочной реанимации.

Вопросы:

1. Какой ведущий патологический синдром у пострадавшего?
2. Какие основные клинические признаки подтверждают этот патологический синдром у пострадавшего?
3. Какие дополнительные клинические признаки подтверждают этот патологический синдром у пострадавшего?

Эталоны ответов:

1. Ведущий патологический синдром у пострадавшего: клиническая смерть.
2. Отсутствие сознания, отсутствие дыхания, отсутствие пульса на сонных артериях – основные признаки клинической смерти.
3. Дополнительные признаки клинической смерти - расширенные зрачки без фотореакции, арефлексия, мраморность кожных покровов.

С6 ПК-1.1.6. В парке мужчина 55 лет потерял сознание, бледен, не дышит, пульс не определяется. Окружающими уложен на скамейку, вызвана СМП. Начато проведение базового комплекса сердечно-легочной реанимации.

Вопросы:

1. Какие мероприятия включает базовая сердечно-легочная реанимация у взрослых?
2. В каком соотношении проводятся грудные компрессии и ИВЛ у взрослых?
3. Каковы правила проведения грудных компрессий?

Эталоны ответов:

1. Базовая сердечно-легочная реанимация включает грудные компрессии, обеспечение проходимости дыхательных путей и искусственное дыхание «рот ко рту».
2. Отношение грудных компрессий и искусственного дыхания 30:2.
3. Необходимо уложить пациента на твердую поверхность на спину. Стать на колени сбоку. Выполнить грудные компрессии – прямые руки сложить «в замок» и расположить на границе средней и нижней трети грудины. Глубина компрессий 5-6 см. Частота 100-120 в мин. Выполнить 30 надавливаний, затем 2 вдоха.

С7 ПК-1.1.7. На автобусной остановке автовокзала мужчина 62 лет почувствовал боль в области сердца, потерял сознание и упал. Окружающими отмечено отсутствие дыхания и пульса у мужчины. Был начат комплекс базовой сердечно-легочно-мозговой реанимации с применением, доставленного с автовокзала, автоматического наружного дефибриллятора (АНД).

Вопросы:

1. Каковы основные принципы работы с дефибриллятором?
2. Чем отличается дефибрилляция от кардиоверсии?
3. Какие ритмы сердца относятся к дефибриллируемым?

Эталоны ответов:

1. Дефибрилляция это несинхронизированное нанесение разряда постоянного электрического тока (120-360Дж) в любую фазу сердечного цикла. Электрический разряд вызывает прохождение электрического тока от одного электрода к другому электроду дефибриллятора, который на своем пути проходит через сердце. Это приводит к одновременному сокращению всех кардиомиоцитов и прекращает или ограничивает ненормальный электрический ритм без повреждения миокарда, что позволяет синусному узлу возобновить нормальную активность водителя ритма.
2. Дефибрилляция это нанесение разряда, несинхронизированное с сердечным циклом, кардиоверсия – нанесения разряда, синхронизированное с комплексом QRS/
3. Дефибриллируемые ритмы это – фибрилляция желудочков и желудочковая тахикардия без пульса.

С8 ПК-1.1.8. При осмотре врачом СМП пациента 40 лет в состоянии клинической смерти, на ЭКГ зафиксирована фибрилляция желудочков. Решено провести электрическую дефибрилляцию.

Вопросы:

1. Каковы правила выполнения наружной дефибрилляции?
2. Какова минимальная величина разряда при работе с бифазным дефибриллятором?
3. Какова максимальная величина разряда при работе с бифазным дефибриллятором?

Эталоны ответов:

1. Один электрод (положительный заряд) нужно расположить над верхушкой сердца (ниже левого соска по среднеподмышечной линии); другой электрод (отрицательный заряд) - расположить под правой ключицей по среднеключичной линии.
Зарядить дефибриллятор, нажав на кнопку «Зарядка», в то время как другой спасатель продолжает грудные компрессии. Как только дефибриллятор заряжен, следует сделать паузу в грудных компрессиях, проверить отсутствие контакта пациента с кем-либо из спасателей, громко и четко крикнуть: “Не касаться!”. Дать разряд.
2. Для бифазного дефибриллятора минимальная величина разряда составляет -120-200 Дж.
3. Для бифазного дефибриллятора максимальная величина разряда составляет -360 Дж.

С9 ПК-1.2.1. При выполнении хирургом инфильтрационной анестезии р-ром лидокаина пациентке 24-х лет для проведения ПХО раны предплечья, у нее появились беспокойство, спутанное сознание, шум в ушах, онемение кончика языка, затем - затруднение дыхания, мелкие фибриллярные подергивания. ЧСС-112 в мин, АД-100/50мм.рт.ст. Соматический и аллергический фон не отягощен.

Вопросы:

1. Какое осложнение, вероятнее всего, развилось у больной?
2. Какие клинические признаки говорят в пользу этого диагноза?
3. Что еще свидетельствует в пользу этого диагноза?

Эталоны ответов:

1. Токсическая передозировка местных анестетиков.
2. Это подтверждает клиническая картина - беспокойство, спутанное сознание, шум в ушах, онемение кончика языка, затем - затруднение дыхания, мелкие фибриллярные подергивания, тахикардия, гипотония.

3. В пользу передозировки также свидетельствует не отягощенный аллергический анамнез и крайне низкая частота аллергических реакций на амидную группу местных анестетиков, к которой относится лидокаин.

С10 ПК-1.2.2. После обезболивания нижней челюсти местным анестетиком у больного появился сильный кожный зуд, головокружение. Заторможен, жалуется на сердцебиение. На коже множественные мелкие высыпания, мраморный рисунок. Дыхание самостоятельное, не затруднено, ЧД 22 в минуту. Цианоза нет. АД 80/50 мм.рт.ст., ЧСС 100 уд. в минуту. Симптом капиллярного заполнения 4 секунды.

Вопросы:

1. Какое патологическое состояние развилось у пациента?
2. Введение какого препарата и почему является первоочередным?
3. Какие неотложные мероприятия, кроме введения адреналина, еще следует выполнить?

Эталоны ответов:

1. Анафилактический шок.
2. Немедленное введение (под контролем АД) 0,5 мл адреналина в 10-20 мл 0,9% раствора хлорида натрия в/в или в/м в переднюю поверхность бедра при отсутствии венозного доступа. При необходимости – повторное введение. Адреналин с одной стороны, вызывает вазоконстрикцию и усиление сократительной способности миокарда, что способствует росту АД, с другой - за счет β_2 -адреномиметического эффекта достигается увеличение просвета бронхов, угнетается дегрануляция тучных клеток и выброс из них биохимических медиаторов, что уменьшает анафилаксию.
3. Уложить больного. Пунктировать и катетеризировать периферическую вену, в/в капельное введение кристаллоидов (0,9%р-р натрия хлорида) с целью восполнения ОЦК. Введение глюкокортикоидов (гидрокортизон до 200мг) и антигистаминных препаратов (супрастин, тавегил, димедрол), оказывающих противошоковое и антиаллергическое действие (блокируют выброс иммуноглобулинов Е, гистамина и др. веществ). Оксигенотерапия. Вызов реаниматолога, перевод в отделение интенсивной терапии.

С11. ПК-1.2.3. Летом во время купания в море утонул мужчина 43 лет. Спасателями был извлечен из воды через 5 минут после исчезновения с поверхности воды. Доставлен на берег без признаков сознания и дыхания.

Вопросы:

1. Как оценить состояние витальных функций этого пациента?
2. Какое время нужно затратить на оценку витальных функций?
3. Какое критическое состояние развилось у пострадавшего?

Эталоны ответов:

1. Оценка сознания - задать простой вопрос, например - «Вы меня слышите?».
- Оценка дыхания – открыть дыхательные пути (разогнуть голову, положив одну руку на лоб, другой поднять нижнюю челюсть, вывести ее и открыть рот), затем оценить дыхание по правилу «Вижу, слышу, ощущаю» - увидеть экскурсию грудной клетки, дыхание слышать ухом и ощутить щекой. Одновременно с этим – пальпировать пульс на сонной артерии.

2.10 секунд.

3. Истинное утопление в соленой воде. Клиническая смерть (на основании следующих клинических признаков - отсутствие сознания, отсутствие дыхания, отсутствие пульса на сонных артериях).

С12 ПК-1.2.4. На автобусной остановке автовокзала мужчина 62 лет почувствовал боль в области сердца, потерял сознание и упал. Окружающими отмечено отсутствие дыхания и пульса у мужчины.

Вопросы:

1. Какие мероприятия и в каком соотношении включает базовая сердечно-легочная реанимация у взрослых?
2. Каковы правила проведения грудных компрессий и искусственного дыхания?
3. Каковы особенности работы с АНД?

Эталоны ответов:

1. Необходимо начать базовую реанимацию с применением доставленного с автовокзала автоматического наружного дефибриллятора (АНД).
Базовая сердечно-легочная реанимация включает грудные компрессии, обеспечение проходимости дыхательных путей и искусственное дыхание «рот ко рту». Отношение грудных компрессий и искусственного дыхания 30:2.
2. Необходимо уложить пациента на твердую поверхность на спину. Стать на колени сбоку. Выполнить грудные компрессии – прямые руки сложить «в замок» и расположить на границе средней и нижней трети грудины. Глубина компрессий 5-6 см. Частота 100-120 в мин. Выполнить 30 надавливаний, затем 2 вдоха, открыв дыхательные пути и плотно прижав рот ко рту пациента (используя салфетку для СЛР). Длительность вдоха и выдоха -1с, т.е. на 2 вдоха-выдоха не более 5с.
3. Как только будет доставлен АНД, необходимо немедленно наклеить электроды для регистрации сердечного ритма. Места расположения электродов отмечены на электродах (под правой ключицей и в области сердечного толчка). АНД самостоятельно анализирует ЭКГ и дает команды. Работа с АНД значительно проще, чем с ручным дефибриллятором, поскольку спасатель должен только четко выполнять голосовые команды дефибриллятора. Его могут использовать лица без медицинского образования и специальных знаний.

С13 ПК-1.3.1. Пациент 45 лет получил удар твердым предметом по затылку. Доставлен в ОИТ. Установлен диагноз закрытой ЧМТ с ушибом ствола мозга. Сознание отсутствует. ЧДД - 6 в мин, хриплое, поверхностное дыхание. Сатурация-84%. ЧСС- 42 в мин, АД- 80/50мм.рт.ст. Начато оказание неотложной помощи.

Вопросы:

1. Какая неотложная коррекция дыхания должна быть проведена пациенту?
2. Какие данные из условия задачи являются основанием для выбранного метода коррекции дыхания?
3. Каковы показания для перевода больного на ИВЛ?

Эталоны ответов:

1. Больному показана интубация трахеи и искусственная вентиляция легких кислородо-воздушной смесью.

2. Показания к интубации трахеи – отсутствие сознания, больной находится в коме, с целью недопущения западения языка и предотвращения аспирационного синдрома.
3. Показания для ИВЛ - признаки острой дыхательной недостаточности (ЧДД- 6 в мин, дыхание хриплое, поверхностное, сатурация-84%) и острой недостаточности кровообращения (ЧСС- 42 в мин, АД-80/50мм.рт.ст.).

С14 ПК-1.3.2. Пациент 70 лет в кабинете окулиста внезапно стал беспокоен, затем начал жаловаться на боль в грудной клетке с иррадиацией в левую руку и левую половину шеи. Цианоз губ. ЧД 24 в минуту. АД 90/60 мм.рт.ст., ЧСС 108 уд. в минуту. В анамнезе ишемическая болезнь сердца.

Вопросы:

1. Какое состояние, наиболее вероятно развилось у больного?
2. На основании каких данных было заподозрено это состояние?
3. Какие методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

Эталоны ответов:

1. Острый коронарный синдром (Нестабильная стенокардия? Инфаркт миокарда?) Кардиогенный шок.
2. Внезапное начало и наличие ИБС в анамнезе, а также характерные жалобы на боль в грудной клетке с иррадиацией в левую руку и левую половину шеи позволяют заподозрить ОКС. Беспокойство, цианоз губ, тахипное, тахикардия и гипотония свидетельствуют о развитии шока.
3. Необходима запись ЭКГ. При стенокардии - изменения ЭКГ могут отсутствовать, может быть преходящая депрессия/элевация ST. При инфаркте миокарда - подъем или депрессия сегмента ST, патологический зубец Q, снижение амплитуды зубца R. Также необходимо исследовать уровни сердечных тропонинов и креатинфосфокиназы. В случае инфаркта миокарда они будут повышены. Для оценки тяжести шока необходимо исследовать лактат крови.

С15 ПК-1.3.3. Пациент 40 лет найден в гараже, сидящим в автомобиле с включенным двигателем, без сознания. Вызвана БСМП. Объективно: сознание на уровне сопора. Кожные покровы и слизистые розово-цианотичной окраски. Сатурация 85%. ЧДД - 36 в мин. Аускультативно над легкими жесткое дыхание. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 140/80 мм.рт.ст., Р- 98 в минуту. Печень - у края реберной дуги. Перистальтика кишечника сохранена.

Вопросы:

1. Какое патологическое состояние развилось у пациента?
2. Какова неотложная помощь этому пациенту?
3. Что является основным методом патогенетической терапии?

Эталоны ответов:

1. Отравление угарным газом.
2. Интубация трахеи. ИВЛ (показания к ИВЛ-тахипное и сатурация 85%) мешком Амбу или респиратором. Обязательна-оксигенотерапия. Ацизол 1мл в/м. Транспортировка в ОИТ.
3. Немедленная гипербарическая оксигенация (оксигенотерапия в барокамере) или нормобарическая оксигенация. При этом повышается pO_2 в альвеолах и скорость диссоциации СО из гемоглобина.

С16 ПК-1.3.4. Мужчина 45 лет получил внутриавтомобильную травму в ДТП. Бригадой СМП диагностированы множественные переломы лицевого скелета, грудной клетки и правого бедра. Сознание отсутствует, на бедре – кровоточащие раны. ЧДД-24 в мин, дыхание хриплое. АД-90/50мм.рт.ст. ЧСС – 118 в мин.

Вопросы:

1. Какой предварительный диагноз у пациента?
2. Какие повреждения, могут представлять угрозу для жизни этого пациента?
3. Какие мероприятия экстренной помощи показаны этому пациенту?

Эталоны ответов:

1. Политравма. Гиповолемический (геморрагический травматический) шок.
2. Необходимо исключение напряженного пневмоторакса и тампонады сердца, если есть – немедленная пункция плевральной полости и перикарда.
3. Мероприятия экстренной помощи при политравме, осложненной гиповолемическим травматическим шоком, должны включать:
Обеспечение адекватного дыхания и профилактика аспирационного синдрома. Учитывая что больной в коме и есть повреждения лицевого скелета, ему показана интубация трахеи.
Адекватное обезболивание (наркотические анальгетики).
Иммобилизация перелома бедра и наложение асептических повязок на раны.
Восполнение ОЦК. Инфузионная терапия – растворы кристаллоидов и коллоидов в/в кап.

С17 ПК-1.3.5. Во время беседы в кафе, при приеме пищи, мужчина 30 лет вдруг стал задыхаться, кашлять. Кашель беззвучный, инспираторная одышка, сказать ничего не может. Возбужден, зрачки расширены, кожные покровы цианотичны.

Вопросы:

1. Какое патологическое состояние развилось у этого пациента?
2. Какую неотложную помощь нужно оказать этому пациенту?
3. Какая помощь должна проводиться при потере сознания пациентом?

Эталоны ответов:

1. Полная обструкция верхних дыхательных путей инородным телом.
2. Спросить пациента: «Вы подавились?». Наклонить его вперед. Сделать 5 похлопываний по межлопаточной области, а затем, если инородное тело не удалилось, сделать 5 сжатий пациента став сзади и обхватив его руками в верхней части живота –прием Геймлиха. Повторять процедуру до извлечения инородного тела.
3. При потере сознания пациентом – уложить на спину и перейти к грудным компрессиям.

С18 ПК-1.3.6. Женщину 30 лет ужалила оса. Через 4 минуты у нее появился выраженный кожный зуд, головокружение, слабость. Затем женщина утратила сознание, отсутствует самостоятельное дыхание и пульсация на сонных артериях. Вызвана бригада СМП.

Вопросы:

1. Какие расширенные реанимационные мероприятия нужно выполнить этой больной бригаде СМП?
2. Как нужно проводить ИВЛ мешком АМБУ?
3. Какая медикаментозная терапия показана больной?

Эталоны ответов:

1. Расширенная сердечно-легочная реанимация включает: анализ ритма и немедленную дефибрилляцию при дефибриллируемых ритмах (фибрилляции желудочков и желудочковой тахикардии без пульса) разрядом 120-200 Дж;
грудные компрессии; ИВЛ, сосудистый доступ медикаментозную поддержку.
2. Нужно обеспечить проходимость дыхательных путей, открыть рот больного. Наложить маску на лицо неведущей рукой, ведущей рукой удерживать мешок. Расположить первый палец на носовой части маски, второй – за патрубком маски, третий палец - на подбородочном конце маски, давление им не оказывать. Расположить четвертый и пятый пальцы под подбородком пациента, оказывать давление вверх, прижимая челюсть к маске. Сжимать мешок ведущей рукой с дыхательным объемом 5-6 мл/кг (≈ 500 мл) и частотой 10 в мин. При необходимости присоединить кислород к соответствующему порту мешка. Следить за экскурсиями грудной клетки
3. Введение лекарственных препаратов – максимально раннее введение адреналина 1мг в/в или в/костно каждые 3-5мин. Введение амиодарона – дважды (300мг и 150мг) если будет зафиксирован дефибриллируемый ритм. Введение глюкокортикоидов (гидрокортизон) и антигистаминных препаратов (супрастин) учитывая генез смерти (анафилаксия).