

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

УТВЕРЖДАЮ
Директор Института медицинского
образования
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова»
Минздрава России
Е.В. Пармон
«30» мая 2023 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По практике	ОБУЧАЮЩИЙ СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС (наименование практики)
Уровень профессионального образования	Высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации
Специальность	31.08.58 Оториноларингология (код специальности и наименование)
Направленность	Оториноларингология (название направленности)
Факультет	Лечебный факультет (наименование факультета)
Кафедра	Кафедра стоматологии и челюстно-лицевой хирургии (наименование кафедры)

Форма обучения	очная
Курс	1,2
Занятия семинарского типа	108 час.
Всего аудиторной работы	108 час.
Форма промежуточной аттестации	зачет/зачет/зачет
Общая трудоемкость практики	108/3(час. /зач. ед.)

Санкт-Петербург
2023

Рабочая программа практик «Обучающий симуляционный курс» разработана в соответствии с:

- Приказом Министерства и высшего образования Российской Федерации № 99 от 02.02.2022г. «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.58 Оториноларингология;
- Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 612н от 4 августа 2017г. «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-оториноларинголог»;
- учебным планом по специальности 31.08.58 Оториноларингология;
- локальными нормативными актами Центра Алмазова.

Составители рабочей программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Никитина Ирина Леоровна	д.м.н., проф.	заведующая кафедрой детских болезней с клиникой,	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Рипп Евгений Германович	к.м.н., доцент	Зав. Акредитационно-симуляционным центром	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
3	Коненкова Нина Валерьевна	–	Специалист по учебно-методической работе Акредитационно-симуляционного центра	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
4	Вторникова Наталья Игоревна	–	Ассистент кафедры детских болезней с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Рабочая программа практики «Обучающий симуляционный курс» рассмотрена и обсуждена на заседании Акредитационно-симуляционного центра и на заседании кафедры стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «21» февраля 2023 г., протокол № 03/2023.

Пояснительная записка к рабочей программе практики

Рабочая программа практики «Обучающий симуляционный курс» разработана в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.58 Оториноларингология, с учётом профессионального стандарта и трудовыми функциями, сферами и видами будущей профессиональной деятельности врача-оториноларинголога (профессиональный стандарт "Врач-оториноларинголог", утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 04 августа 2017 г. n № 612н).

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИЗУЧЕНИЯ ПРАКТИКИ

Цель изучения практики:

Целью изучения практики «Обучающий симуляционный курс» является подготовка высококвалифицированного врача-оториноларинголога, обладающего системой универсальных, профессиональных компетенций, способного к организации оказания медицинской помощи в условиях первичной медико-санитарной, неотложной, а также специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Задачи изучения практики:

- сформировать готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях и управление командой в критической ситуации (CRM);
- сформировать умение оказывать медицинскую помощь пациентам в экстренной и неотложной формах;
- освоить и применять алгоритм осмотра пациента в критическом состоянии (ABCDE);
- сформировать умение проводить базовую сердечно-легочную реанимацию при внезапной остановке кровообращения;
- освоить и применять алгоритм расширенных реанимационных мероприятий в зависимости от регистрируемого сердечного ритма;
- освоить и применять методы восстановления и поддержания проходимости дыхательных путей и искусственной вентиляции легких;
- освоить и применять алгоритмы диагностики и лечения шоков. Умение оценить и интерпретировать данные физикальных, лабораторных и инструментальных исследований;
- освоить и применять алгоритмы диагностики, экстренной и неотложной медицинской помощи при острой дыхательной недостаточности;
- сформировать умения проведения диагностики заболеваний сердечно-сосудистой системы, мониторинга и терапии острого коронарного синдрома, кардиогенного шока, отека легких и жизнеугрожающих нарушений сердечного ритма;
- приобрести знания и навыки по оказанию первой врачебной помощи при возникновении неотложных состояний в оториноларингологии;
- приобрести знания и навыки по оценке тяжести течения патологического процесса и определению показаний для госпитализации пациентов с заболеваниями полости носа и околоносовых пазух, глотки, гортани, уха, а также слухового и вестибулярного анализаторов

2. МЕСТО ПРАКТИКИ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Практика «Обучающий симуляционный курс» относится к обязательной части Блока 2. «Практики» учебного плана по специальности 31.08.58 Оториноларингология

Для изучения данной практики необходимы знания, умения и навыки, формируемые предшествующими дисциплинами: фундаментальными — «Анатомия человека», «Нормальная физиология», «Патологическая анатомия»; клиническими — «Терапия», «Хирургия», «Лучевая диагностика и лучевая терапия» (дисциплинами основной профессиональной образовательной программы высшего образования по специальности 31.05.01 Лечебное дело).

3. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ПРАКТИКИ

Изучение данной практики направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК), общепрофессиональных (ОПК):

Универсальные компетенции УК-1.

Наименование категории (группы) компетенции	Код и наименование универсальной компетенции	Индикаторы достижения универсальной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	УК-1.1. Анализирует и критически оценивает достижения в области медицины и фармации, используя системный подход.	Знает: - методы системного анализа и синтеза	Для текущего контроля: АУ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, АУ
			Умеет: - находить и обрабатывать и передавать информацию, анализировать и прогнозировать причинно-следственные связи предметов и процессов	Для текущего контроля: АУ, КВ, ПН Для промежуточной аттестации: ТЗ

*Оценочные средства: ТЗ-тестовые задания, АУ- алгоритмы умений, КВ – контрольные вопросы, ПН- практические навыки

Общепрофессиональные компетенции – ОПК-10.

Наименование категории (группы) компетенции	Код и наименование общепрофессиональных компетенций	Индикаторы достижения общепрофессиональной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Медицинская деятельность	ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	ОПК-10.1. Проводит оценку состояния пациента и выявляет состояния, представляющие угрозу жизни пациенту, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека: кровообращения и (или) дыхания), требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме	Знает: - алгоритм диагностики критических состояний пациента, требующих проведения реанимационных мероприятий	Для текущего контроля: АУ, ТЗ, КВ, ПН Для промежуточной аттестации: АУ, ТЗ, КВ, ПН
			Умеет: - грамотно собрать анамнестические данные, назначить необходимые экстренные диагностические манипуляции, включая мониторинг витальных	Для текущего контроля: АУ Для промежуточной

			функций; - диагностировать критические состояния неэффективного дыхания и кровообращения у пациента, требующие проведения реанимационных мероприятий	аттестации: АУ
		ОПК-10.2. Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)	Знает: - алгоритм проведения реанимационных мероприятий пациента в критическом состоянии	Для текущего контроля: АУ Для промежуточной аттестации: АУ
			Умеет: - обеспечить начальные шаги стабилизации пациента; - провести вентиляцию через лицевую маску; - оценить эффективность проводимой искусственной вентиляции через лицевую маску; - провести интубацию трахеи; - провести непрямой массаж сердца; - оценивать динамику состояния пациента	Для текущего контроля: АУ Для промежуточной аттестации: АУ

**Оценочные средства: ТЗ-тестовые задания, АУ- алгоритмы умений, КВ – контрольные вопросы, ПН- практические навыки*

Профессиональные компетенции– ПК-4

Область Сфера профессиональной деятельности	Тип задач профессиональной деятельности	Код и наименование профессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценки и оценочное средство
Здравоохранение в сфере детской эндокринологии	Медицинская деятельность	ПК-4. Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа и установления диагноза	ПК-4.5. Определяет медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа	Умения: - осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания - интерпретировать и анализировать полученную информацию - оценивать анатомо-функциональное состояние органов уха, горла, нос -Знания: - методика осмотра и обследования пациентов заболеваниями и (или) состояниями органов: уха, горла носа - неотложные методы лабораторных исследований и инструментальных обследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации	Для текущего контроля: ТЗ, КВ, ПН Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ, ПН
			ПК-4.6. Выявляет симптомы и	Умения:	Для текущего контроля:

			<p>синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа</p>	<p>- обосновывать и планировать объем инструментального и лабораторного обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Знания:</p> <p>- методы лабораторных исследований и инструментальных обследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа</p> <p>- симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в результате лабораторных исследований и инструментальных обследований у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа</p>	<p>ТЗ, КВ, ПН</p> <p>Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ, ПН</p>
--	--	--	--	---	---

Оценочные средства: ТЗ-тестовые задания, АУ- алгоритмы умений, КВ – контрольные вопросы, ПН- практические навыки

4. СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИКИ, СТРУКТУРИРОВАННОЕ ПО ТЕМАМ (РАЗДЕЛАМ) С УКАЗАНИЕМ ОТВЕДЕННОГО НА НИХ КОЛИЧЕСТВА АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСОВ И ВИДОВ ЗАНЯТИЙ

4.1. Объем практики в академических часах, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную внеаудиторную работу обучающихся

Вид учебной работы	Трудоемкость в академических часах	
	ВСЕГО	Курс 1, 2
Контактная работа обучающихся с преподавателем (всего)	108	8
Из них:		
Занятия семинарского типа	108	108
Самостоятельная внеаудиторная работа (всего)		
Промежуточная аттестация – зачет/зачет/зачет	-	-
Общая трудоемкость практики	часы	108
	зач. ед.	3
Из них на практическую подготовку	108	84

**Практическая подготовка (ПП) - форма организации образовательной деятельности при освоении образовательной программы в условиях выполнения обучающимися определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью и направленных на формирование, закрепление, развитие практических навыков и компетенций по профилю соответствующей образовательной программы*

4.2. Содержание практики, структурированное по разделам с указанием отведенного на них количества академических часов и видов занятий

Наименование разделов практики	Контактная работа, академ. час.	Из них на практическую подготовку в % либо в час. *
	Занятия семинарского типа	
Курс 1. Промежуточная аттестация №1		
Раздел 1. Неотложная помощь (общеврачебные навыки)	36	80%
Курс 2. Промежуточная аттестация №4		
Раздел 2. Экстренная и неотложная медицинская помощь	36	80%
Курс 2. Промежуточная аттестация №4		
Раздел 3. Специальные профессиональные умения и навыки	36	80%
ИТОГО	108	84

5. Тематический план занятий семинарского типа – практические занятия

№ темы	Форма проведения занятия семинарского типа*	Наименование темы занятия	Часы	из них на ПП ** (% или час.)	Краткое содержание занятия	Перечень индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства для текущего контроля ***
Курс 1 Промежуточная аттестация № 1							
Общеврачебные навыки 72 час.							
Раздел 1. Неотложная помощь (общеврачебные навыки)							
Тема 1.	Практическое занятие	Общеврачебные диагностические и лечебные манипуляции	6	80%	Общеврачебные навыки: методы восстановления проходимости дыхательных путей; кислородотерапия; инъекции, инфузии, катетеризации, зондирование и дренирование у пациентов разных возрастных групп. Подготовка к работе и использование медицинского оборудования (перфузоров, аспираторов и т.д.) Отработка практических навыков на фантомах, манекенах и симуляторах с использованием реального медицинского оборудования под контролем преподавателя Виды симуляторов: тренажеры, манекены, симуляторы для восстановления проходимости дыхательных путей; инъекции, инфузии, катетеризации, зондирования и дренирования у пациентов разных возрастных групп. Медицинские приборы и оборудование.	ОПК-10.1. ОПК-10.2.	АУ
Тема 2.	Практическое занятие	Алгоритм осмотра пациента в критическом состоянии (ABCDE). Организация медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях и управление командой в критической ситуации (CRM). Структурированная коммуникационная модель (SBAR).	6	80%	Применение алгоритма осмотра пациента ABCDE. Выявление и коррекция жизнеугрожающих состояний. Мониторинг витальных функций, лечебная тактика. Управление командой в критической ситуации (CRM). Структурированная коммуникационная модель (SBAR). Отработка практических навыков на фантомах, манекенах и симуляторах с использованием реального медицинского оборудования под контролем преподавателя Виды симуляторов: многофункциональные, мобильные, дистанционные манекены и роботы-симуляторы пациента с искусственным интеллектом, возможностью использования реального медицинского оборудования, для имитации клинических ситуаций, отработки навыков диагностики,	ОПК-10.1. УК-1.1.	АУ

					принятия клинических решений и лечения, в том числе, навыков работы в команде.		
Тема 3.	Практическое занятие	Экстренная медицинская помощь при внезапной смерти – расширенная СЛР (ALS)	6	80%	Обеспечение безопасности, оценка уровня сознания, дыхания, кровообращения. Алгоритм принятия решения. Базовая СЛР (BLS) у пациентов разных возрастных групп. Комплекс расширенных реанимационных мероприятий (ALS). Отработка практических навыков на фантомах, манекенах и симуляторах с использованием реального медицинского оборудования под контролем преподавателя Виды симуляторов: многофункциональные, мобильные, дистанционные манекены и роботы-симуляторы пациента с искусственным интеллектом, возможностью использования реального медицинского оборудования, для имитации клинических ситуаций, отработки навыков диагностики, принятия клинических решений и лечения, в том числе, навыков работы в команде.	ОПК-10.1. ОПК-10.2.	АУ
Тема 4.	Практическое занятие	Диагностика и экстренная медицинская помощь при шоке	6	80%	Алгоритмы диагностики и лечения шоков. Работа с мониторами витальных функций. Оценка и интерпретация данных физикальных, лабораторных и инструментальных исследований. Отработка практических навыков на фантомах, манекенах и симуляторах с использованием реального медицинского оборудования под контролем преподавателя Виды симуляторов: многофункциональные, мобильные, дистанционные манекены и роботы-симуляторы пациента с искусственным интеллектом, возможностью использования реального медицинского оборудования, для имитации клинических ситуаций, отработки навыков диагностики, принятия клинических решений и лечения, в том числе, навыков работы в команде.	ОПК-10.1. ОПК-10.2.	АУ
Тема 5.	Практическое занятие	Диагностика заболеваний сердечно-сосудистой системы	6	80%	Диагностика, мониторинг и терапия заболеваний сердечно-сосудистой системы. Оценка и интерпретация данных физикальных и инструментальных исследований. Отработка практических навыков на фантомах, манекенах и симуляторах с использованием реального медицинского оборудования под контролем преподавателя Виды симуляторов: многофункциональные, мобильные, дистанционные манекены и роботы-симуляторы пациента с искусственным интеллектом, возможностью использования реального медицинского оборудования, для имитации	ОПК-10.1. ОПК-10.2.	АУ

					клинических ситуаций, отработки навыков диагностики, принятия клинических решений и лечения, в том числе, навыков работы в команде.		
Тема 6.	Практическое занятие	Итоговая аттестация	6	80%	Демонстрация приобретенных практических навыков: восстановление проходимости дыхательных путей; применение алгоритма осмотра пациента ABCDE; базовая СЛР (BLS) у пациентов разных возрастных групп; комплекс расширенных реанимационных мероприятий (ALS); алгоритмы диагностики и лечения шоков. Виды симуляторов: многофункциональные, мобильные, дистанционные манекены и роботы-симуляторы пациента с искусственным интеллектом, возможностью использования реального медицинского оборудования, для имитации клинических ситуаций, отработки навыков диагностики, принятия клинических решений и лечения, в том числе, навыков работы в команде.	ОПК-10.1. ОПК-10.2. УК-1.1.	Зачет ТЗ, АУ
Всего за раздел 1			36	24			
Курс 2 Промежуточная аттестация № 4							
Раздел 2. Экстренная и неотложная медицинская помощь							
Тема 1.	Практическое занятие	Жизнеугрожающие нарушения сердечного ритма. Расширенные реанимационные мероприятия в особых условиях.	6	80%	Алгоритм принятия решения. Алгоритмы оказания экстренной и неотложной помощи в зависимости от регистрируемого сердечного ритма. Расширенные реанимационные мероприятия в особых условиях – после кардиохирургических вмешательств, гипотермии, во время беременности. Многофункциональные, мобильные, дистанционные манекены и роботы-симуляторы пациента с искусственным интеллектом, возможностью использования реального медицинского оборудования, для имитации клинических ситуаций, отработки навыков диагностики, принятия клинических решений и лечения, в том числе, навыков работы в команде.	ОПК-10.1. ОПК-10.2.	АУ
Тема 2.	Практическое занятие	Диагностика и лечение неотложных состояний при заболеваниях дыхательной системы	6	80%	Диагностика острых нарушений, восстановление и поддержание проходимости верхних дыхательных путей. ИВЛ простейшими методами и портативными аппаратами. Оксигенотерапия. Мониторинг. Экстренная медицинская помощь при пневмонии, острой бронхиальной обструкции, некардиогенном отеке легких. Многофункциональные, мобильные, дистанционные манекены и роботы-симуляторы пациента с искусственным интеллектом, возможностью использования реального	ОПК-10.1. ОПК-10.2.	АУ

					медицинского оборудования, для имитации клинических ситуаций, отработки навыков диагностики, принятия клинических решений и лечения, в том числе, навыков работы в команде		
Тема 3.	Практическое занятие	Диагностика и лечение шока	6	80%	Алгоритмы диагностики и лечения шоков. Анафилактический, гиповолемический, обструктивный (ТЭЛА, напряженный пневмоторакс) и септический шок. Работа с мониторами витальных функций. Оценка и интерпретация данных физикальных, лабораторных и инструментальных исследований. Многофункциональные, мобильные, дистанционные манекены и роботы-симуляторы пациента с искусственным интеллектом, возможностью использования реального медицинского оборудования, для имитации клинических ситуаций, отработки навыков диагностики, принятия клинических решений и лечения, в том числе, навыков работы в команде	ОПК-10.1. ОПК-10.2.	АУ
Тема 4.	Практическое занятие	Диагностика и лечение неотложных состояний при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.	6	80%	Диагностика, мониторинг и терапия острого коронарного синдрома, кардиогенного шока, отека легких, жизнеугрожающих нарушений сердечного ритма. Многофункциональные, мобильные, дистанционные манекены и роботы-симуляторы пациента с искусственным интеллектом, возможностью использования реального медицинского оборудования, для имитации клинических ситуаций, отработки навыков диагностики, принятия клинических решений и лечения, в том числе, навыков работы в команде	ОПК-10.1. ОПК-10.2.	АУ
Тема 5.	Практическое занятие	ОСКЭ	6	80%	Отработка практико-ориентированного этапа, оценка практических навыков в смоделированных условиях в соответствии со станциями ОСКЭ. Многофункциональные, мобильные, дистанционные манекены и роботы-симуляторы пациента с искусственным интеллектом, возможностью использования реального медицинского оборудования, для имитации клинических ситуаций, отработки навыков диагностики, принятия клинических решений и лечения, в том числе, навыков работы в команде	УК-1.1. ОПК-10.1. ОПК-10.2.	Зачет ТЗ, АУ
Всего за раздел 3			36	24			
Раздел 3. Специальные профессиональные умения и навыки							
Тема 1.	Практическое занятие	Общий осмотр пациентов заболеваниями и (или)	6	80%	Проведение стандартного оториноларингологического обследования	УК-1, ОПК-10.1, ПК-4.5, ПК-4.6	ТЗ, КВ, ПН

		состояниями уха, горла, носа			Осмотр уха с помощью воронки Зигле Осмотр носовой полости с применением жесткого эндоскопа Осмотр носовой полости, носоглотки и гортани с применением риноларингофиброскопа		
Тема 2.	Практическое занятие	Дифференциальная диагностика стенозов гортани и трахеи.	6	80%	Клиника стеноза гортани и трахеи. Дифференциальная диагностика. Трахеостомия, инструменты, методика проведения.	ПК-4.5, ПК-4.6	ТЗ, КВ, ПН
Тема 3.	Практическое занятие	Лечебные и диагностические манипуляции с ухом	6	80%	Продувание слуховых труб по Политцеру Катетеризация слуховой трубы с помощью ушного катетера (канюля Гартмана)	ПК-4.5, ПК-4.6	ТЗ, КВ, ПН
Тема 4.	Практическое занятие	Травмы носа и носовые кровотечения. ПХО ран. Методы остановки носовых кровотечений.	6	80%	Виды травм носа и носовых кровотечений. Первичная хирургическая обработка, принципы. Методы остановки носовых кровотечений.	ПК-4.5, ПК-4.6	ТЗ, КВ, ПН
Тема 5.	Практическое занятие	Пункция верхнечелюстной пазухи и парацентез барабанной перепонки	6	80%	Изучение методики проведения пункции верхнечелюстной пазухи и парацентеза барабанной перепонки.	ПК-4.5, ПК-4.6	ТЗ, КВ, ПН
Тема 6.	Практическое занятие	Инородные тела верхних дыхательных путей и уха.	6	80%	Классификация инородных тел. Удаление инородного тела уха Удаление инородного тела носа Инструментальное удаление инородного тела гортани	ПК-4.5, ПК-4.6	ТЗ, КВ, ПН
Всего за раздел 3			36	24			
ИТОГО			108	84			

**Оценочные средства: АУ-алгоритмы умений, ТЗ - тестовые задания, КВ-контрольные вопросы, ПН – практические навыки*

Образовательные технологии, используемые при изучении практики:

1. Технологии модульного обучения
2. Технологии активного обучения (инновационные)

6. ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

6.1. Распределение количества оценочных средств по разделам для текущего контроля:

Формы контроля	Название раздела практики	Общее количество оценочных средств			
		ТЗ	АУ (Чек-листы)	ПН	КВ
Текущий контроль	Раздел 1. Общеврачебные навыки и экстренная медицинская помощь	122	13	-	-
	Раздел 2. Экстренная и неотложная медицинская помощь	210	11	-	-
	Раздел 3. Специальные профессиональные умения и навыки	-	6	10	10
ИТОГО		332	30	10	10

ТЗ – тестовые задания, АУ - алгоритмы умений, КВ- контрольные вопросы, ПН- практические навыки

5.2 Оценка проверки формирования компетенций по практике при промежуточной аттестации:

Код и наименование компетенции или индикатора достижения компетенции	Наименование оценочных средств* для проверки формирования компетенции или индикатора достижения компетенции
УК-1.1	АУ, КВ, ТЗ
ОПК-10.1	АУ, КВ, ТЗ
ОПК-10.2	АУ
ПК-4.5	КВ, ТЗ, ПН
ПК-4.6	КВ, ТЗ, ПН

ТЗ – тестовые задания, АУ-алгоритмы умений

6.2. Организация промежуточной аттестации

Форма промежуточной аттестации по практике – зачет

Выполнение тестовых заданий:

- менее 70% правильных ответов – «не зачтено»
- 71-100% правильных ответов – «зачтено»

Выполнение практических навыков:

- выполнено менее 70% пунктов из чек-листа – «не зачтено»
- выполнено 71-100% пунктов из чек-листа – «зачтено»

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые индикаторы компетенций
Промежуточная аттестация № 1. Раздел 1.	Тестовые задания	ТЗ	УК-1.1
	Демонстрация практических навыков	АУ	ОПК-10.1, ОПК-10.2
Промежуточная аттестация № 4. Раздел 2.	Тестовые задания	ТЗ	УК-1.1
	Демонстрация практических навыков	АУ	ОПК-10.1, ОПК-10.2
Промежуточная аттестация № 4. Раздел 3.	Тестовые задания	ТЗ, КВ, ПН	УК-1.1, ОПК-10.1, ПК-4.5, ПК-4.6

– **Критерии оценки сформированности компетенции на текущем этапе обучения**

– Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компонентов индикатора компетенции
Компетенция (часть) не сформирована	Не имеет необходимых представлений о проверяемом материале
Компетенция (часть) сформирована	«Знает», «умеет» на системном уровне. Знает изученный элемент содержания системно, произвольно и доказательно воспроизводит свои знания устно, письменно или в демонстрируемых действиях, учитывая и указывая связи и зависимости между этим элементом и другими элементами содержания учебной дисциплины, его значимость в содержании учебной дисциплины

6.3. Типовые оценочные средства для проверки формирования компетенций:

Оценочное средство*	Типовое задание с эталоном ответа	Проверяемые компетенции / индикаторы достижения компетенции
ТЗ	1. Метод графической регистрации биоэлектрической активности сердца а) Электрокардиография б) Эхокардиография в) Фонокардиография	УК-1.1
ТЗ	2. Правильная последовательность записи отведений а) Стандартные, усиленные от конечностей, грудные б) Стандартные, грудные, усиленные от конечностей в) Усиленные от конечностей, стандартные, грудные	УК-1.1
ТЗ	3. Объем дыхательного мешка Амбу для новорожденных а) 289 мл б) 600 мл в) 100 мл	УК-1.1
ТЗ	4. С целью улучшения реологических свойств крови пациентов с ожоговым шоком целесообразно применение А) нефракционированного гепарина Б) варфарина В) клопидогрела Г) аспирина	УК-1.1
ТЗ	5. Введение салбутамола при анафилактическом шоке показано а) больным с бронхоспазмом, после стабилизации АД б) больным с одышкой в) всем больным г) больным с загрудинными болями, после стабилизации АД	УК-1.1
АУ	ЧЕК-лист №1 Физикальное обследование пациента (все сценарии) 1 Поздоровался с ребенком 2 Представился, обозначил свою роль 3 Обработал руки гигиеническим способом 4 Обработал мембраны стетофонендоскопа спиртовой салфеткой 5 Оценил пропорциональность телосложения 6 Измерил рост по правилам измерения роста у детей 7 Измерил массу тела по правилам измерения массы тела у детей 8 Оценил влажность кожных покровов 9 Оценил цвет кожных покровов 10 Оценил наличие сыпи, невусов, пятен, стрий 11 Оценил наличие акантоза, очагов гиперпигментации 12 Оценил состояние придатков кожи: ногти, волосы, наличие очагов алопеции 13 Оценил наличие роста остистых волос в андрогензависимых зонах	ОПК-10.1, ОПК-10.2

	<p>14 Оценил степень развития подкожно-жировой клетчатки</p> <p>15 Оценил распределение подкожно-жировой клетчатки</p> <p>16 Оценил наличие объемных образований в подкожно-жировой клетчатке</p> <p>17 Оценил наличие периферических отеков</p> <p>18 Оценил состояние лица и определил наличие стигм дисэмбриогенеза</p> <p>лицевой области черепа и ушных раковин</p> <p>19 Определил наличие стигм дисэмбриогенеза туловища и конечностей</p> <p>20 Измерил артериальное давление</p> <p>21 Измерил частоту сердечных сокращений</p> <p>22 Оценил тоны сердца, ритм сокращений</p> <p>23 Оценил наличие и характеристику шума в сердце</p> <p>24 Оценил состояние шен</p> <p>25 Пропальпировал щитовидную железу, оценил ее структуру</p> <p>26 Пропальпировал щитовидную железу, оценил ее объем</p> <p>27 Оценил степень развития молочных желез</p> <p>28 Верно интерпретировал степень развития молочных желез</p> <p>29 Оценил степень полового оволосения</p> <p>30 Оценил соответствие наружных половых органов полу и наличие аномалий строения</p> <p>31 Внес данные роста и массы тела в программу AnthroPlus</p> <p>32 Озвучил значение SDS роста</p> <p>33 Верно интерпретировал SDS роста</p> <p>34 Озвучил значение SDS индекса массы тела (ИМТ)</p> <p>35 Верно интерпретировал SDS ИМТ</p> <p>36 Вынес верное предварительное заключение</p>	
ТЗ	<p>1. Укажите, в каком квадранте барабанной перепонки производится парацентез:</p> <p><u>1. задненижнем;</u></p> <p>2. передненижнем;</p> <p>3. передневерхнем;</p> <p>4. задневерхнем.</p> <p>2. Укажите симптомы, характерные для II стадии острого стеноза гортани:</p> <p><u>1. затруднение дыхания в покое;</u></p> <p>2. затруднение дыхания при физической нагрузке;</p> <p>3. ринорея;</p> <p>4. дисфагия;</p> <p><u>5. стридорозное дыхание.</u></p> <p>3. Носовое кровотечение чаще бывает из слизистой:</p> <p>1. нижней носовой раковины;</p> <p>2. средней носовой раковины;</p> <p>3. верхней носовой раковины;</p> <p><u>4. перегородки носа;</u></p> <p>5. дна полости носа.</p> <p>4. Признак инородного тела в наружном слуховом проходе:</p> <p><u>1. ослабление слуха;</u></p> <p>2. мигрень;</p> <p>3. повышение температуры;</p> <p>4. сильная боль.</p> <p>5. Метод продувания слуховых труб, позволяющий ввести лекарство в барабанную полость:</p> <p>1. метод Вальсальвы;</p> <p>2. метод Политцера;</p> <p><u>3. катетеризация;</u></p> <p>4. метод Тойнби.</p>	ОПК-10.1, ПК-4.5, ПК-4.6
ПН	<p>- осмотр уха с помощью воронки Зигля,</p> <p>- осмотр носовой полости с применением жесткого эндоскопа,</p>	ОПК-10.1, ПК-4.5, ПК-4.6

	<ul style="list-style-type: none"> - осмотр носовой полости, носоглотки и гортани с применением риноларингофиброскопа, - продувание слуховых труб по Политцеру, - катетеризация слуховой трубы с помощью ушного катетера (канюля Гартмана) 	
--	---	--

**Оценочные средства: ТЗ-тестовые задания, АУ-алгоритмы умений (чек-листы). ПН – практические навыки*

Оценочные средства для проведения промежуточной аттестации обучающихся по практике представлены в *Приложение 1* к рабочей программе.

6.4. ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ

В ИМО создана и функционирует электронная информационно-образовательная среда (далее - ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы. ЭИОС обеспечивает освоение обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся. Электронные библиотеки обеспечивают доступ к профессиональным базам данных, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам.

Программное обеспечение, профессиональные базы данных, информационные справочные системы, ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения практики

1. Программное обеспечение, используемое при осуществлении образовательного процесса по практике:

Операционная система семейства Windows

Пакет OpenOffice

Пакет LibreOffice

Microsoft Office Standard 2016

NETOP Vision Classroom Management Software

Образовательный портал ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России

<http://moodle.almazovcentre.ru/>.

САБ «Ирбис 64» - система автоматизации библиотек. Электронный каталог АРМ «Читатель» и Web-Ирбис

2. Профессиональные базы данных, используемые при осуществлении образовательного процесса по практике:

Электронная библиотечная система «Медицинская библиотека «MEDLIB.RU» (www.medlib.ru)

Электронная медицинская библиотека «Консультант врача» (www.rosmedlib.ru)

ЭБС «Букап» (<https://www.books-up.ru/>)

ЭБС «Юрайт» (<https://urait.ru/>)

Электронная библиотека «Профи-Либ СпецЛит» (<https://speclit.profy-lib.ru/>)

Всемирная база данных статей в медицинских журналах PubMed

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

Научная электронная библиотеке <http://elibrary.ru/>

3. Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения практики:

Поисковые системы Google, Rambler, Yandex

(<http://www.google.ru>; <http://www.rambler.ru>; <http://www.yandex.ru/>)

Мультимедийный словарь перевода слов онлайн Мультитран (<http://www.multitrans.ru/>)
Университетская информационная система РОССИЯ (<https://uisrussia.msu.ru/>)
Публикации ВОЗ на русском языке (<https://www.who.int/ru/publications/i>)
Международные руководства по медицине (<https://www.guidelines.gov/>)
Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) (<http://www.femb.ru>)
Боль и ее лечение (www.painstudy.ru)
US National Library of Medicine National Institutes of Health (www.pubmed.com)
Русский медицинский журнал (www.rmj.ru)
Министерство здравоохранения Российской Федерации (www.rosminzdrav.ru/ministry/inter)
КиберЛенинка — это научная электронная библиотека (<https://cyberleninka.ru>)
Российская государственная библиотека (www.rsl.ru)

6.5. Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения практики:

Основная литература:

- А) Скорая медицинская помощь: национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970462393.html>
- Б) Первая помощь и медицинские знания: практическое руководство по действиям в неотложных ситуациях / под ред. Дежурного Л. И., Миннуллина И. П. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454268.html>
- В) Скорая и неотложная помощь. Общие вопросы реаниматологии: учебное пособие / А. Д. Геккиева. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970460078.html>
- Г) Сердечно-легочная реанимация: Клинические рекомендации: Учеб. пос. для студентов. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2020. - Текст: электронный // URL: <https://www.medlib.ru/library/library/books/498>
- Д) Детская эндокринология. Атлас / под ред. И. И. Дедова, В. А. Петерковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970459362.html>
- Е) Оториноларингология: национальное руководство / под ред. В. Т. Пальчуна. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970471968.html>
- Ж) Справочник оториноларинголога / А. С. Лопатин, А. В. Варвянская, Г. Р. Каспранская. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970459270.html>
- З) Трудные дыхательные пути. Как не испугаться и не ошибиться / Зайцев А. Ю., Светлов В. А., Дубровин К. В. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453681.html>
- И) Справочник врача-оториноларинголога. / В. В. Вишняков. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970461242.html>
- К) Острые тонзиллиты (ангины) в практике скорой и неотложной медицинской помощи: руководство для врачей и фельдшеров / Н. Ф. Плавунов, В. А. Кадышев, Л. Н. Проскурина. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970468753.html>
- Л) Профессиональные заболевания ЛОР-органов / В. Б. Панкова, И. Н. Федина; под общ. ред. И. В. Бухтиярова, Н. А. Дайхеса. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970460696.html>

- М) Интенсивная терапия: национальное руководство. Т. 1.: в 2 т. / под ред. И. Б. Заболотских, Д. Н. Проценко. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970471906.html>
- Н) Интенсивная терапия: национальное руководство. Т. 2: в 2 т. / под ред. И. Б. Заболотских, Д. Н. Проценко. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970471913.html>

Дополнительная литература:

1. Первая помощь / С. В. Демичев — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441664.html>
2. Медицина чрезвычайных ситуаций: учебник / Гаркави А. В., Кавалерский Г. М. [и др.]. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970447192.html>
3. Медицина чрезвычайных ситуаций. Хирургия катастроф: Учебник / Г.М. Кавалерский, А.В. Гаркави. - М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2015. - Текст: электронный // URL: <https://www.medlib.ru/library/library/books/2771>
4. Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации / под ред. С. Ф. Багненко — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434475.html>
5. Организация оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации: метод. рек. / С. Ф. Багненко и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434215.html>
6. Кашель у детей. Клиническое руководство / Г. А. Самсыгина. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455326.html>
7. Острые респираторные заболевания у детей / Самсыгина Г. А. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451052.html>
8. Наружный отит: этиология, патогенез, клиника, лечение: учебное пособие / Г.Н. Никифорова, В.М. Свистушкин, А.Н. Савский и др. - Москва: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2019. - Текст : электронный // URL : <https://www.medlib.ru/library/library/books/36346>
9. Носовое кровотечение: этиология, патогенез, клиника, лечение: учебное пособие / А.Н. Славский, В.М. Свистушкин, С.В. Старостина и др. - Москва: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2019. - Текст : электронный // URL : <https://www.medlib.ru/library/library/books/36348>
10. Травмы носа: этиология, патогенез, клиника, лечение: учебное пособие / Ю.Ю. Русецкий, В.М. Свистушкин и др. - Москва: ООО «Издательство «Медицинское

7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРАКТИКИ

7.1. Учебно-методические материалы для обучающихся:

- <https://moodle.almazovcentre.ru/course/view.php?id=423>

7.2. Учебно-методические материалы для преподавателей:

- Методические материалы по производственной практике «Обучающий симуляционный курс» для специальности 31.08.58 Оториноларингология / Санкт-Петербург, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова», 2023

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРАКТИКИ

Для осуществления образовательного процесса по практике «Обучающий симуляционный курс» программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.58 Оториноларингология Центр Алмазова располагает материально-технической базой, соответствующей действующим противопожарным правилам и нормам и обеспечивающей проведение всех видов дисциплинарной и междисциплинарной подготовки, практической и научно-исследовательской работ обучающихся, предусмотренных практикой.

Для проведения занятий по практике «Обучающий симуляционный курс» специальные помещения имеют материально-техническое и учебно-методическое обеспечение:

Учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа (практические занятия) - укомплектованы специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации. Практические занятия проводятся в соответствии с расписанием занятий на базе ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России.

Учебная аудитория для групповых и индивидуальных консультаций - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации.

Учебная аудитория для текущего контроля и промежуточной аттестации - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации.

Помещение для самостоятельной работы – укомплектовано специализированной (учебной) мебелью, оснащено компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечено доступом к электронной информационно-образовательной среде организации.

Помещения, оборудованные фантомной и симуляционной техникой, имитирующей медицинские манипуляции и вмешательства, в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально.

Помещения, оборудованные мультимедийными и иными средствами обучения, позволяющими использовать симуляционные технологии, с типовыми наборами профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально.

Помещение для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования

Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы отражена в Справке о материально-техническом обеспечении основной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры.

9. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРАКТИКИ

Состав научно-педагогических работников, обеспечивающих осуществление образовательного процесса по практике «Обучающий симуляционный курс» соответствует требованиям ФГОС ВО - программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.58 Оториноларингология отражен в Справке о кадровом обеспечении основной образовательной программы высшего образования.

10. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОСВОЕНИЯ ПРАКТИКИ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Освоение практики инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья при необходимости осуществляется кафедрой с использованием специальных методов обучения и дидактических материалов, составленных с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся (обучающегося).

В целях освоения рабочей программы практики «Обучающий симуляционный курс» инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья кафедра обеспечивает возможность беспрепятственного доступа обучающихся в учебные помещения, туалетные комнаты и другие помещения кафедры, а также пребывание в указанных помещениях. Образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных группах или в отдельных организациях

При освоении рабочей программы практики обучающимся с ограниченными возможностями здоровья предоставляются бесплатно специальные учебники и учебные пособия, иная учебная литература и специальные технические средств обучения коллективного и индивидуального пользования.

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
к рабочей программе по практике
«ОБУЧАЮЩИЙ СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС»

Специальность ординатуры:	31.08.58 Оториноларингология
Направленность	Оториноларингология
Квалификация (степень) выпускника:	«Врач-отоларинголог»
Форма обучения:	очная
Срок освоения ОПОП:	2 года

**ПАСПОРТ
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по практике «ОБУЧАЮЩИЙ СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС»**

1. В результате изучения программы практики у обучающегося формируются следующие индикаторы достижения компетенций: **УК-1.1, ОПК-10.1, ОПК-10.2, ПК-4.**

2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций и их индикаторов в результате изучения практики

Универсальная компетенция – УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

Индикаторы достижения универсальных компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
УК-1.1. Анализирует и критически оценивает достижения в области медицины и фармации, используя системный подход.	Знает: - методы системного анализа и синтеза	Демонстрация знаний области методов системного анализа	Для текущего контроля: АУ (Раздел 1: №5) Для промежуточной аттестации: АУ (Раздел 1: № 5) ТЗ (Раздел 1: № 1) (Раздел 2: № 2) ТЗ, КВ (Раздел 3)
	Умеет: - находить и обрабатывать и передавать информацию, анализировать и прогнозировать причинно-следственные связи предметов и процессов	Способность эффективно отбирать и систематизировать необходимую информацию и анализировать причинно-следственные связи предметов и процессов	Для текущего контроля: АУ (Раздел 1: №5) Для промежуточной аттестации: АУ (Раздел 1: № 5) ТЗ (Раздел 1: № 1) (Раздел 2: № 2) ТЗ, КВ, ПН (Раздел 3)

Общепрофессиональные компетенции – ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Индикаторы достижения универсальных компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
ОПК-10.1. Проводит оценку состояния пациента и выявляет состояния, представляющие угрозу жизни пациенту, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека: кровообращения и (или) дыхания), требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме	Знает: - алгоритм диагностики критических состояний пациента, требующих проведения реанимационных мероприятий	Демонстрация знаний алгоритма диагностики критических состояний пациента, требующих проведения реанимационных мероприятий	Для текущего контроля: АУ (Раздел 1: №1-13) (Раздел 2: №14-24) Для промежуточной аттестации: АУ Раздел 1: №1-13) (Раздел 2: №14-24) ТЗ, КВ, ПН (Раздел 3)
	Умеет: - грамотно собрать анамнестические данные, назначить необходимые экстренные диагностические	Способность эффективно собрать анамнестические данные, назначить необходимые экстренные диагностические манипуляции	Для текущего контроля: АУ (Раздел 1: №1-13) (Раздел 2: №14-24) Для промежуточной аттестации: АУ Раздел 1: №1-13)

	манипуляции, включая мониторинг витальных функций; - диагностировать критические состояния неэффективного дыхания и кровообращения у пациента, требующие проведения реанимационных мероприятий		(Раздел 2: №14-24)
ОПК-10.2. Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)	Знает: - алгоритм проведения реанимационных мероприятий пациента в критическом состоянии	Демонстрация знаний алгоритма проведения реанимационных мероприятий пациента в критическом состоянии	Для текущего контроля: АУ (Раздел 1: №1-4,6-13) (Раздел 2: №1-4,6-13) Для промежуточной аттестации: АУ (Раздел 1: №1-4,6-13) (Раздел 2: №1-4,6-13)
	Умеет: - обеспечить начальные шаги стабилизации пациента; - провести вентиляцию через лицевую маску; - оценить эффективность проводимой искусственной вентиляции через лицевую маску; - провести интубацию трахеи; - провести непрямой массаж сердца; - оценивать динамику состояния пациента	Способность эффективно провести необходимые экстренные диагностические манипуляции для стабилизации пациента	Для текущего контроля: АУ (Раздел 1: №1-4,6-13) (Раздел 2: №1-4,6-13) Для промежуточной аттестации: АУ (Раздел 1: №1-4,6-13) (Раздел 2: №1-4,6-13)

Профессиональные компетенции – ПК-4. Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа и установления диагноза.

Индикаторы достижения профессиональных компетенции	Показатель оценивания	Оценочное средство
ПК-4.5. Определяет медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа	Умения: - осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания - интерпретировать и анализировать полученную информацию - оценивать анатомо-функциональное состояние органов уха, горла, нос -Знания: - методика осмотра и обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями органов: уха, горла, носа - неотложные методы лабораторных исследований и инструментальных обследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации	Для текущего контроля: КВ, ПН (Раздел 3) Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, ПН (Раздел 3)
ПК-4.6. Выявляет симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и	Умения: - обосновывать и планировать объем инструментального и лабораторного обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, ПН (Раздел 3) Для промежуточной

непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа	лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Знания: - методы лабораторных исследований и инструментальных обследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов у пациентов заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа - симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в результате лабораторных исследований и инструментальных обследований у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа	аттестации: КВ, ТЗ, ПН (Раздел 3)
--	---	--------------------------------------

3. Критерии оценивания показателей при текущем контроле:

Критерии оценивания при демонстрации практических навыков:

«Не зачтено» - грубое нарушение алгоритма или нарушение техники выполнения манипуляции.

«Зачтено» - демонстрация способности выполнять манипуляцию на высоком профессиональном уровне в соответствии с алгоритмом или отмечаются небольшие затруднения, увеличивающие время проведения манипуляции

4. Форма промежуточной аттестаций по практике: **зачет**.

5. Этапы проведения промежуточных аттестаций:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции
Промежуточная аттестация 1. Раздел 1.	Тестовые задания	ТЗ	УК-1.1
	Демонстрация практических навыков	АУ	ОПК-10.1, ОПК-10.2
Промежуточная аттестация 4. Раздел 2.	Тестовые задания	ТЗ	УК-1.1
	Демонстрация практических навыков	АУ	ОПК-10.1, ОПК-10.2
Промежуточная аттестация 4. Раздел 3	Тестовые задания	ТЗ, КВ, ПН	УК-1.1, ОПК-1.1, ПК-4.5, ПК-4.6

Критерии оценивания заданий промежуточной аттестации:

Выполнение тестовых заданий:

- менее 70% правильных ответов – «не зачтено»
- 71-100% правильных ответов – «зачтено»

Выполнение практических навыков:

- выполнено менее 70% пунктов из чек-листа – «не зачтено»
- выполнено 71-100% пунктов из чек-листа – «зачтено»

Критерии оценки сформированности компетенции на текущем этапе обучения

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компонентов индикатора компетенции
Компетенция (часть) не сформирована	Не имеет необходимых представлений о проверяемом материале
Компетенция (часть) сформирована	«Знает», «умеет» на системном уровне. Знает изученный элемент содержания системно, произвольно и доказательно воспроизводит свои знания устно, письменно или в демонстрируемых действиях, учитывая и указывая связи и зависимости между этим элементом и другими элементами содержания практики, его значимость в содержании практики

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

*Сокращения оценочных средств:

КВ – контрольные вопросы

ТЗ – тестовые задания

АУ-алгоритмы умений

ПН- практические навыки

Раздел 1. Экстренная помощь (Общеврачебные навыки)

№	Практические навыки	Проверяемые индикаторы компетенции
1	Общеврачебные диагностические и лечебные манипуляции	УК-1.1, ОПК-10.2.
2	Алгоритм осмотра пациента в критическом состоянии (ABCDE). Организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях и управление командой в критической ситуации (CRM). Структурированная коммуникационная модель (SBAR).	ОПК-10.1
3	Экстренная медицинская помощь при внезапной смерти – расширенная СЛР (ALS)	ОПК-10.1, ОПК-10.2.
4	Диагностика и экстренная медицинская помощь при шоке	ОПК-10.1, ОПК-10.2.
5	Диагностика заболеваний сердечно-сосудистой системы	ОПК-10.1, ОПК-10.2.

Раздел 2. Экстренная и неотложная медицинская помощь

№	Практические навыки	Проверяемые индикаторы компетенции
1	Жизнеугрожающие нарушения сердечного ритма. Расширенные реанимационные мероприятия в особых условиях.	ОПК-10.1, ОПК-10.2.
2	Диагностика и лечение неотложных состояний при заболеваниях дыхательной системы	ОПК-10.1, ОПК-10.2.
3	Диагностика и лечение шока	ОПК-10.1, ОПК-10.2.
4	Диагностика и лечение неотложных состояний при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.	ОПК-10.1, ОПК-10.2.
5	ОСКЭ	ОПК-10.1, ОПК-10.2, УК-1.1.

Раздел 3. Специальные профессиональные умения и навыки

№	Практические навыки	Проверяемые индикаторы компетенции
1	Общий осмотр пациентов заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа	УК-1, ПК-4.5, ПК-4.6
2	Дифференциальная диагностика стенозов гортани и трахеи.	ПК-4.5, ПК-4.6
3	Лечебные и диагностические манипуляции с ухом	ПК-4.5, ПК-4.6
4	Травмы носа и носовые кровотечения. ПХО ран. Методы остановки носовых кровотечений.	ОПК-10, ПК-4.5, ПК-4.6
5	Пункция верхнечелюстной пазухи и парацентез барабанной перепонки	ПК-4.5, ПК-4.6
6	Инородные тела верхних дыхательных путей и уха.	ПК-4.5, ПК-4.6

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

АЛГОРИТМЫ УМЕНИЙ

(компетенции: ОПК-10.1, ОПК-10.2, УК-1.1)

Раздел 1. Общеврачебные навыки и экстренная медицинская помощь

ЧЕК-лист № 1 Установка воздуховода

1	Придать пациенту положение лежа
2	Осмотреть полость рта, при необходимости санировать
3	Провести предварительную оксигенацию
4	Обработать руки на гигиеническом уровне
5	Выбрать размер воздуховода
6	Проверить целостность воздуховода
7	Увлажнить воздуховод стерильным гелем
8	Запрокинуть голову и/или открыть рот
9	Ввести воздуховод в рот
10	Повернуть воздуховод на 180°
11	Провести вентиляцию мешком Амбу
12	Провести аускультацию легких
13	Утилизировать использованные материалы, продезинфицировать оборудование
14	Обработать руки

ЧЕК-лист № 2. Установка надгортанного воздуховода

1	Положение пациента
2	Осмотреть полость рта
3	Провести предварительную оксигенацию
4	Обработать руки
5	Выбрать нужный размер
6	Проверить целостность упаковки
7	Открыть упаковку, извлечь I-gel в стерильном одноразовом лотке
8	Оценить целостность I-gel и проходимость воздуховода
9	Увлажнить поверхность I-gel стерильным гелем
10	Взять I-gel в области защитного усиления
11	Ввести воздуховод в рот, направляя его вниз твердого неба до ощущения значительного сопротивления и при этом резцы пациента, должны быть на уровне защитного усиления
12	Начать вентиляцию
13	Оценить адекватность вентиляции
14	Утилизировать использованные материалы, дезинфекция оборудования

ЧЕК-лист № 3. Установка Combitube

1	Положение пациента
2	Обработка рук
3	Осмотреть полость рта, при необходимости санировать
4	Проверить герметичность манжет Combitube
5	Увлажнить Combitube стерильным гелем
6	Ввести Combitube через ротовую полость на необходимую глубину
7	Раздуть малую пищеводную манжету воздухом
8	Раздуть большую глоточную манжету воздухом
9	Подключить мешок Амбу к синему порту и начать вентиляцию легких
9.1	Провести аускультацию легких
10.	При отсутствии дыхательных движений переключить мешок Амбу на прозрачный порт и начать вентиляцию легких

ЧЕК-лист № 4. Пульсоксиметрия

1	Вымыть руки гигиеническим способом
2	Надеть перчатки
3	Включить пульсоксиметр
4	Убедиться, что прибор прошел калибровку и самотестирование
5	Выбрать датчик в зависимости от возраста пациента и предполагаемого размещения
5.1	При использовании датчика на пальце кисти убедиться, что кожа чистая
5.2	Удалить лак с ногтей
5.3	Надеть пульсоксиметр на палец пациенту
5.4	Не использовать для размещения датчика руку с расположенной на ней манжетой для мониторинга артериального давления
6	Включить пульсоксиметр
7	Убедиться, что на экране появился устойчивый индикатор пульса пациента
8	При не устойчивом сигнале пульса или его отсутствии - выявить и устранить причину
9	Проверить включение и настройки уровней тревоги
10	Настроить уровень громкости сигнала
11	Оценить данные

ЧЕК-лист № 5. Алгоритм ABCDE

1.	Сбор информации (жалобы, амбулаторная карта, история болезни, персонал, другое)
2.	Осмотр ABCDE
3.	11. оценка проходимости дыхательных путей
4.	12. пульсоксиметрия
5.	13. аускультация легких
6.	14. перкуссия
7.	15. ЧДД
8.	16. периферический пульс
9.	17. АД

10.	18. аускультация сердца
11.	19. ЭКГ
12.	20. симптом белого пятна
13.	21. цвет кожных покровов
14.	22. интерпретация ЭКГ
15.	23. оценить неврологический статус
16.	24. оценить показатели общего состояния
17.	Вызвать на помощь специалистов
18.	Кислородотерапия (SpO ₂ менее 94%)
19.	Придание пациенту положения Тренделенбурга
20.	Придание горизонтального положения с приподнятым головным концом
21.	Катетеризация периферических вен
22.	Нитроспрей сублингвально
23.	Аспирин 250 мг разжевать
24.	Клопидогрел 300 мг per os
25.	Гепарин 5000 ЕД в/в болюсно
26.	Инфузия гепарина 12-18 Ед/кг/час
27.	Морфин 2-4 мг в/в болюсно, как антиангинальная терапия и/или при отеке легких
28.	Инфузия нитроглицерина 10 мкг/мин с повышением скорости на 5мкг/мин до купирования боли
29.	Инфузия 0,9 % физиологического раствора
30.	Заказать определение маркеров повреждения миокарда (КФК, МВ-КФК и тропониновый тест)
31.	Заказать анализ свертывающей системы (АЧТВ), биохимический анализ (АЛТ, АСТ, креатинин, К ⁺ , Na ⁺ , глюкоза), ОАК (лейкоцитоз)
32.	Заказать обзорную рентгенографию ОГК
33.	Заказать ЭхоКГ
34.	Определение прогноза ОКС по шкале Грейс

ЧЕК-лист № 6. ИВЛ мешком Амбу

1.	Обработать руки
2.	Надеть перчатки
3.	Выбрать подходящий размер лицевой маски
4.	Проверить целостность раздувающейся манжеты
5.	Придать правильное положение пациенту - лежа на спине
6.	Осмотреть полость рта, при необходимости санировать
7.	Запрокинуть голову пациента
8.	Взять мешок Амбу двумя руками: основание маски между I и II пальцами левой руки, а саморасправляющийся мешок в правой руке
9.	Расположить маску, так чтобы она закрывала нос и рот пациента
10.	Создать герметичность дыхательного контура немного надавив на купол маски
11.	Начать вентиляцию легких мешком Амбу с частотой - 12-16 раз в минуту, вдох должен быть короткий, а выдох – длинный (соотношение 1:2)
12.	Провести аускультацию легких
13.	Продезинфицировать оборудование
14.	Обработать руки

ЧЕК-лист № 7. Запрокидывание головы

1	Надеть перчатки
2	Положение спасателя сбоку от пострадавшего
3	Положить ладонь на лоб пациента
4	Расположить пальцы другой руки на подбородке пострадавшего
5	Выполнить одновременно два действия: умеренно надавить на лоб и разогнуть голову назад, приподняв подбородок кончиками пальцев второй руки
6	Голову зафиксировать в разогнутом положении

ЧЕК-лист № 8. Тройной прием Сафара

1	Уложить пострадавшего в положение лежа на спине
2	Надеть перчатки
3	Встать позади головы пострадавшего
4	Расположить основания кистей рук спасателя сбоку на скуловых костях пострадавшего
5	II-V пальцами обеих рук захватить нижнюю челюсть ближе к ушной раковине
6	Запрокинуть голову, слегка надавливая на скуловые кости
7	Выдвинуть нижнюю челюсть II-V пальцами обеих рук
8	Открыть рот пострадавшего, нажав на нижнюю челюсть большими пальцами

ЧЕК-лист № 9. Прием Геймлиха

1	Предупредить пациента о том, что для удаления инородного тела будете выполнять достаточно сильные толчки в живот
2	Встать за спиной пациента.
3	Плотно обхватить пациента своими руками на уровне живота.
4	Расположить сжатую в кулак руку на середине расстояния между пупком и грудиной, вторую руку положить на кулак.
5	Выполнить резкие толчкообразные движения руками, направляя их снизу вверх в сторону диафрагмы
6	Выполнить до 5 таких быстро повторяющихся движений.

ЧЕК-лист № 10. Оксигенотерапия

1	Обработать руки на гигиеническом уровне.
2	Надеть перчатки.
3	Проверить проходимость дыхательных путей, при необходимости очистить их.
4	Подсоединить источник кислорода к трубке, идущей к увлажнителю.
5	Включить регулятор подачи кислорода и повернуть его до появления пузырьков воздуха в увлажнителе.
6	Отрегулировать поток кислорода по назначению (литров/мин)
7	Надеть кислородную маску поверх носа, рта и подбородка, отрегулировать металлическую полоску на переносице, добившись ее плотного прилегания, затянуть эластичный ремешок вокруг головы.
8	При использовании носовых канюль ввести вилкообразные канюли в носовые ходы пациента. Завести отведения катетера за уши пациента, затянуть под подбородком при помощи петлевого фиксатора.

ЧЕК-лист № 11. Регистрация ЭКГ

1.	Установил контакт с пациентом (<i>поздоровался, представился, обозначил свою роль</i>)
2.	Идентифицировал пациента (<i>попросил пациента представиться, назвать возраст, сверил с медицинской документацией</i>)
3.	Осведомился о самочувствии пациента, обратившись по имени и отчеству
4.	Убедился, что информированное добровольное согласие на проведение манипуляции получено
5.	Убедился заранее, что есть все необходимое
6.	Обработал руки и при необходимости надел перчатки
7.	Проверил целостность и срок годности упаковки электродного геля и спиртовой салфетки
8.	Убедился, что одноразовая медицинская пеленка расстелена на кушетке
9.	Попросил пациента освободить от одежды места наложения электродов
10.	Предложил пациенту лечь на спину, положить руки вдоль туловища, ноги не скрещивать
11.	Убедился, что кабель электродов подсоединен к электрокардиографу
12.	Убедился, что электроды соединены с проводами в соответствии с цветовой маркировкой
13.	Нанес электродный гель на предполагаемые места установки электродов
14.	Наложил красный плоский электрод на внутреннюю поверхность правого предплечья
15.	Наложил желтый плоский электрод на внутреннюю поверхность левого предплечья симметрично красному
16.	Наложил зеленый плоский электрод на внутреннюю поверхность левой голени на 4-5 см выше лодыжки
17.	Наложил черный плоский электрод на внутреннюю поверхность правой голени симметрично зеленому
18.	Наложил электрод V1 в IV межреберье по правому краю грудины
19.	Наложил электрод V2 в IV межреберье по левому краю грудины
20.	Наложил электрод V4 в V межреберье по срединно-ключичной линии
21.	Наложил электрод V3 между V2 и V4
22.	Наложил электрод V5 в V межреберье по передней подмышечной линии
23.	Наложил электрод V6 в V межреберье по средней подмышечной линии
24.	Включил электрокардиограф
25.	Убедился в правильности настройки регистрации ЭКГ
26.	Осуществил запись ЭКГ, в том числе на вдохе
27.	Снял электроды с пациента после отключения электрокардиографа
28.	Предложил пациенту бумажную салфетку
29.	Обработал электроды и убрал на место их и электродный гель
30.	Обработал руки
31.	Верно заполнил форму заключения (соответственно номеру задания)

ЧЕК-лист № 12. Базовая СЛР

1	Оценить безопасность
2	Проверить реакцию (аккуратно встряхнуть и громко спросить: «С Вами все в порядке?»)
3	Позвать на помощь
4	Открыть дыхательные пути

5	Оценить дыхание в течение 10 с
6	Вызвать бригаду скорой помощи или реанимационную бригаду
7	Компрессия грудной клетки
	– <i>положение рук – в центре грудной клетки</i>
	– <i>частота - не менее 100/мин (не более 120/мин)</i>
	– <i>глубина - не менее 5 см (не более 6)</i>
	– <i>полная декомпрессия грудной клетки</i>
8	Минимизировать перерывы между компрессиями (не более 5 с)
9	Счет вслух до 30
10	Выполнить 2 искусственных вдоха достаточных для подъема грудной клетки
11	Выполнять СЛР в соотношении 30:2
12	Правильная последовательность действий

ЧЕК-лист № 13. Расширенная СЛР

1	Громко обратился к пациенту: «Вы меня слышите?»
2	Определил наличие дыхания (по методике «слышу, вижу, ощущаю»)
3	Дал команду или самостоятельно начал компрессии грудной клетки
4	Обеспечил подключение источника кислорода к дыхательному мешку
5	Начал искусственную вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом в соотношении компрессии: вентиляция 30:2 или дал команду
6	Убедился, что электроды монитора подключены, при этом не прерывая компрессий
7	Прервал компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком для оценки ритма
8	Потратил на оценку ритма не более 5 секунд
9	Правильно интерпретировал ритм
10	Безопасно осуществил показанную дефибрилляцию
11	Незамедлительно провел показанную дефибрилляцию
12	Не проводил оценку показателей жизнедеятельности сразу после дефибрилляции
13	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом в соотношении компрессии: вентиляция 30:2
14	Правильно использовал орофарингеальный воздуховод
15	Дал команду или самостоятельно использовал устройство контроля качества проведения непрямого массажа сердца
16	Обеспечил подготовку шприца с эпинефрином (1 мл 0,1% раствора)
17	Обеспечил подготовку шприца с 20 мл кристаллоидного раствора
18	Через две минуты приготовился оценивать ритм
19	Дал команду «стоп компрессии» (спустя 2 минуты)
20	Правильно интерпретировал ритм
21	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом в соотношении компрессии: вентиляция 30:2
22	Обеспечил введение набранного эпинефрина
23	Обеспечил промывание вены 20 мл кристаллоидного раствора
24	Использовал дефибриллятор только при развитии фибрилляции желудочков или желудочковой тахикардии без пульса
25	Вводил эпинефрин только по показаниям (развитие асистолии)
26	Вводил амидазон при отсутствии показаний

Раздел 2. Экстренная и неотложная медицинская помощь**ЧЕК-лист № 14. ОКС**

1.	Сбор информации (жалобы, амбулаторная карта, история болезни, персонал, другое)
2.	Осмотр ABCDE
3.	– оценка проходимости дыхательных путей
4.	– пульсоксиметрия
5.	– аускультация легких
6.	– перкуссия
7.	– ЧДД
8.	– периферический пульс
9.	– АД
10.	– аускультация сердца
11.	– ЭКГ
12.	– симптом белого пятна
13.	– цвет кожных покровов
14.	– интерпретация ЭКГ
15.	– оценить неврологический статус
16.	– оценить показатели общего состояния
17.	Вызвать на помощь специалистов
18.	Кислородотерапия (SpO ₂ менее 94%)
19.	Придание пациенту положения Тренделенбурга
20.	Придание горизонтального положения с приподнятым головным концом
21.	Катетеризация периферических вен
22.	Нитроспрей сублингвально
23.	Аспирин 250 мг разжевать
24.	Клопидогрел 300 мг per os
25.	Гепарин 5000 ЕД в/в болюсно
26.	Инфузия гепарина 12-18 Ед/кг/час
27.	Морфин 2-4 мг в/в болюсно, как антиангинальная терапия и/или при отеке легких
28.	Инфузия нитроглицерина 10 мкг/мин с повышением скорости на 5мкг/мин до купирования боли
29.	Инфузия 0,9 % физиологического раствора
30.	Заказать определение маркеров повреждения миокарда (КФК, МВ-КФК и тропониновый тест)
31.	Заказать анализ свертывающей системы (АЧТВ), биохимический анализ (АЛТ, АСТ, креатинин, К ⁺ , Na ⁺ , глюкоза), ОАК (лейкоцитоз)
32.	Заказать обзорную рентгенографию ОГК
33.	Заказать ЭхоКГ
34.	Определение прогноза ОКС по шкале Грейс

ЧЕК-лист № 15. Анализ ЭКГ

1.	Оценить качество записи ЭКГ
2.	Определить источник ритма
3.	Подсчитать ЧСС
4.	Оценить регулярность ритма (правильный или нет)
5.	Определить положение электрической оси сердца.
6.	Оценить ЭКГ для выявления признаков
7.	1. нарушений ритма
8.	2. нарушений проводимости
9.	3. гипертрофии /или перегрузки желудочков и предсердий
10.	4. повреждения миокарда (ишемия, острое повреждение, некрозы, рубцы)
11.	Оформить заключение

ЧЕК-лист № 16. Шок

1.	Убедился в отсутствии опасности для себя и пострадавшего (осмотрелся, жест безопасности)
2.	Оценил сознание
3.	Обеспечил наличие укладки, а также позвал помощника(ов)
4.	Надел перчатки и предложил помощнику их надеть
5.	А - Правильно оценил проходимость дыхательных путей
6.	В - Правильно и полно оценил деятельность дыхательной системы (пульсоксиметрия, аускультация, перкуссия, подсчет ЧДД, обследование трахей и вен шеи)
7.	Обеспечил кислородотерапию по показаниям
8.	С - Правильно и полно оценил деятельность сердечно-сосудистой системы (оценка периферического пульса, измерение АД, аускультация сердца, снятие ЭКГ, забор крови, проверка симптома белого пятна, оценка цвета кожных покровов)
9.	Обеспечил внутривенный доступ
10.	Верно наложил электроды
11.	Правильно интерпретировал ЭКГ
12.	Д - Правильно и полно оценил неврологический статус (реакция зрачков, оценка уровня глюкозы капиллярной крови с использованием глюкометра, правильная интерпретация результата, оценка тонуса мышц)
13.	Е - Правильно и полно оценил показатели общего состояния (пальпация живота, пальпация пульса на бедренных артериях, осмотр спины, голеней и стоп, измерение температуры тела, ректальное исследование по показаниям)
14.	Правильно вызвал СМП
15.	Правильно установил диагноз и сообщил о нем при вызове СМП
16.	Применил двойную антиагрегантную терапию
17.	Использовал верные дозировки антиагрегантов
18.	Использовал оптимальный способ введения антиагрегантов
19.	Использовал дополнительные препараты
20.	Соблюдал приоритетность введения ЛС
21.	Соблюдал последовательность ABCDE-осмотра
22.	Предпринял попытку повторного ABCDE-осмотра
23.	Использовал только показанные лекарственные препараты (не применял нашатырный спирт и др.)
24.	Комментировал свои действия вслух (применял навык, обеспечивающий работу в команде)
	При остановке кровообращения
25.	Громко обратился к пациенту: «Вы меня слышите?»
26.	Определил наличие дыхания (по методике «слышу, вижу, ощущаю»)
27.	Дал команду или самостоятельно начал компрессии грудной клетки
28.	Обеспечил подключение источника кислорода к дыхательному мешку
29.	Начал искусственную вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом в соотношении компрессии: вентиляция 30:2 или дал команду
30.	Убедился, что электроды монитора подключены, при этом не прерывая компрессий
31.	Прервал компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком для оценки ритма
32.	Потратил на оценку ритма не более 5 сек
33.	Правильно интерпретировал ритм

34.	Безопасно осуществил показанную дефибрилляцию
35.	Незамедлительно провел показанную дефибрилляцию
36.	Не проводил оценку показателей жизнедеятельности сразу после дефибрилляции
37.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом, в соотношении компрессии: вентиляция 30:2
38.	Правильно использовал орофарингеальный воздуховод
39.	Дал команду или самостоятельно использовал устройство контроля качества проведения непрямого массажа сердца
40.	Обеспечил подготовку шприца с эпинефрином (1 мл 0,1% раствора)
41.	Обеспечил подготовку шприца с 20 мл кристаллоидного раствора
42.	Через две минуты приготовился оценивать ритм
43.	Дал команду «Стоп компрессии» (спустя 2 минуты)
44.	Правильно интерпретировал ритм
45.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом, в соотношении компрессии: вентиляция 30:2
46.	Обеспечил введение набранного эпинефрина
47.	Обеспечил промывание вены 20 мл кристаллоидного раствора
48.	Использовал дефибриллятор только при развитии фибрилляции желудочков или желудочковой тахикардии без пульса
49.	Вводил эпинефрин только по показаниям (развитие асистолии)
50.	Вводил амиодарон при отсутствии показаний
51.	Благоприятное заключение эксперта

ЧЕК-лист № 17. Отек легких

1.	Убедился в отсутствии опасности для себя и пострадавшего (осмотрелся, жест безопасности)
2.	Оценил сознание
3.	Обеспечил наличие укладки, а также позвал помощника(ов)
4.	Надел перчатки и предложил помощнику их надеть
5.	А - Правильно оценил проходимость дыхательных путей
6.	В - Правильно и полно оценил деятельность дыхательной системы (пульсоксиметрия, аускультация, перкуссия, подсчет ЧДД, обследование трахеи и вен шеи)
7.	Обеспечил кислородотерапию по показаниям
8.	С - Правильно и полно оценил деятельность сердечно-сосудистой системы (оценка периферического пульса, измерение АД, аускультация сердца, снятие ЭКГ, забор крови, проверка симптома белого пятна, оценка цвета кожных покровов)
9.	Обеспечил внутривенный доступ
10.	Верно наложил электроды
11.	Правильно интерпретировал ЭКГ
12.	Д - Правильно и полно оценил неврологический статус (реакция зрачков, оценка уровня глюкозы капиллярной крови с использованием глюкометра, правильная интерпретация результата, оценка тонуса мышц)
13.	Е - Правильно и полно оценил показатели общего состояния (пальпация живота, пальпация пульса на бедренных артериях, осмотр спины, голеней и стоп, измерение температуры тела, ректальное исследование по показаниям)
14.	Правильно вызвал СМП

15.	Правильно установил диагноз и сообщил о нем при вызове СМП
16.	Применил двойную антиагрегантную терапию
17.	Использовал верные дозировки антиагрегантов
18.	Использовал оптимальный способ введения антиагрегантов
19.	Использовал дополнительные препараты
20.	Соблюдал приоритетность введения ЛС
21.	Придал возвышенное положение головному концу кровати
22.	Соблюдал последовательность ABCDE-осмотра
23.	Предпринял попытку повторного ABCDE-осмотра
24.	Использовал только показанные лекарственные препараты (не применял нашатырный спирт и др.)
25.	Комментировал свои действия вслух (применял навык, обеспечивающий работу в команде)
	При остановке кровообращения
26.	Громко обратился к пациенту: «Вы меня слышите?»
27.	Определил наличие дыхания (по методике «слышу, вижу, ощущаю»)
28.	Дал команду или самостоятельно начал компрессии грудной клетки
29.	Обеспечил подключение источника кислорода к дыхательному мешку
30.	Начал искусственную вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом в соотношении компрессии: вентиляция 30:2 или дал команду
31.	Убедился, что электроды монитора подключены, при этом не прерывая компрессий
32.	Прервал компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком для оценки ритма
33.	Потратил на оценку ритма не более 5 сек
34.	Правильно интерпретировал ритм
35.	Безопасно осуществил показанную дефибрилляцию
36.	Незамедлительно провел показанную дефибрилляцию
37.	Не проводил оценку показателей жизнедеятельности сразу после дефибрилляции
38.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом, в соотношении компрессии: вентиляция 30:2
39.	Правильно использовал орофарингеальный воздуховод
40.	Дал команду или самостоятельно использовал устройство контроля качества проведения непрямого массажа сердца
41.	Обеспечил подготовку шприца с эпинефрином (1 мл 0,1% раствора)
42.	Обеспечил подготовку шприца с 20 мл кристаллоидного раствора
43.	Через две минуты приготовился оценивать ритм
44.	Дал команду «Стоп компрессии» (спустя 2 минуты)
45.	Правильно интерпретировал ритм
46.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом, в соотношении компрессии: вентиляция 30:2
47.	Обеспечил введение набранного эпинефрина
48.	Обеспечил промывание вены 20 мл кристаллоидного раствора
49.	Использовал дефибриллятор только при развитии фибрилляции желудочков или желудочковой тахикардии без пульса
50.	Вводил эпинефрин только по показаниям (развитие асистолии)
51.	Вводил амиодарон при отсутствии показаний
52.	Благоприятное заключение эксперта

ЧЕК-лист № 18. Анафилактический шок

1.	Убедился в отсутствии опасности для себя и пострадавшего (осмотрелся, жест безопасности)
2.	Оценил сознание
3.	Обеспечил наличие укладки, а также позвал помощника(ов)
4.	Надел перчатки и предложил помощнику их надеть
5.	А - Правильно оценил проходимость дыхательных путей
6.	В - Правильно и полно оценил деятельность дыхательной системы (пульсоксиметрия, аускультация, перкуссия, подсчет ЧДД, обследование трахеи и вен шеи)
7.	Обеспечил кислородотерапию по показаниям
8.	С - Правильно и полно оценил деятельность сердечно-сосудистой системы (оценка периферического пульса, измерение АД, аускультация сердца, снятие ЭКГ, забор крови, проверка симптома белого пятна, оценка цвета кожных покровов)
9.	Обеспечил внутривенный доступ
10.	Верно наложил электроды
11.	Правильно интерпретировал ЭКГ
12.	Д - Правильно и полно оценил неврологический статус (реакция зрачков, оценка уровня глюкозы капиллярной крови с использованием глюкометра, правильная интерпретация результата, оценка тонуса мышц)
13.	Е - Правильно и полно оценил показатели общего состояния (пальпация живота, пальпация пульса на бедренных артериях, осмотр спины, голени и стоп, измерение температуры тела, ректальное исследование по показаниям)
14.	Правильно вызвал СМП
15.	Правильно установил диагноз и сообщил о нем при вызове СМП
16.	Применил адреналин
17.	Использовал верные дозировки адреналина
18.	Использовал оптимальный способ введения адреналина
19.	Использовал дополнительные препараты
20.	Соблюдал приоритетность введения ЛС
21.	Соблюдал последовательность ABCDE-осмотра
22.	Предпринял попытку повторного ABCDE-осмотра
23.	Использовал только показанные лекарственные препараты (не применял нашатырный спирт и др.)
24.	Комментировал свои действия вслух (применял навык, обеспечивающий работу в команде)
При остановке кровообращения	
25.	Громко обратился к пациенту: «Вы меня слышите?»
26.	Определил наличие дыхания (по методике «слышу, вижу, ощущаю»)
27.	Дал команду или самостоятельно начал компрессии грудной клетки
28.	Обеспечил подключение источника кислорода к дыхательному мешку
29.	Начал искусственную вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом в соотношении компрессии: вентиляция 30:2 или дал команду
30.	Убедился, что электроды монитора подключены, при этом не прерывая компрессий
31.	Прервал компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком для оценки ритма
32.	Потратил на оценку ритма не более 5 сек
33.	Правильно интерпретировал ритм

34.	Безопасно осуществил показанную дефибрилляцию
35.	Незамедлительно провел показанную дефибрилляцию
36.	Не проводил оценку показателей жизнедеятельности сразу после дефибрилляции
37.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом, в соотношении компрессии: вентиляция 30:2
38.	Правильно использовал орофарингеальный воздуховод
39.	Дал команду или самостоятельно использовал устройство контроля качества проведения непрямого массажа сердца
40.	Обеспечил подготовку шприца с эпинефрином (1 мл 0,1% раствора)
41.	Обеспечил подготовку шприца с 20 мл кристаллоидного раствора
42.	Через две минуты приготовился оценивать ритм
43.	Дал команду «Стоп компрессии» (спустя 2 минуты)
44.	Правильно интерпретировал ритм
45.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом, в соотношении компрессии: вентиляция 30:2
46.	Обеспечил введение набранного эпинефрина
47.	Обеспечил промывание вены 20 мл кристаллоидного раствора
48.	Использовал дефибриллятор только при развитии фибрилляции желудочков или желудочковой тахикардии без пульса
49.	Вводил эпинефрин только по показаниям (развитие асистолии)
50.	Вводил амиодарон при отсутствии показаний
51.	Благоприятное заключение эксперта

ЧЕК-лист № 19. ЖКК

1.	Убедился в отсутствии опасности для себя и пострадавшего (осмотрелся, жест безопасности)
2.	Оценил сознание
3.	Обеспечил наличие укладки, а также позвал помощника(ов)
4.	Надел перчатки и предложил помощнику их надеть
5.	А - Правильно оценил проходимость дыхательных путей
6.	В - Правильно и полно оценил деятельность дыхательной системы (пульсоксиметрия, аускультация, перкуссия, подсчет ЧДД, обследование трахеи и вен шеи)
7.	Обеспечил кислородотерапию по показаниям
8.	С - Правильно и полно оценил деятельность сердечно-сосудистой системы (оценка периферического пульса, измерение АД, аускультация сердца, снятие ЭКГ, забор крови, проверка симптома белого пятна, оценка цвета кожных покровов)
9.	Обеспечил внутривенный доступ
10.	Верно наложил электроды
11.	Правильно интерпретировал ЭКГ
12.	Д - Правильно и полно оценил неврологический статус (реакция зрачков, оценка уровня глюкозы капиллярной крови с использованием глюкометра, правильная интерпретация результата, оценка тонуса мышц)
13.	Е - Правильно и полно оценил показатели общего состояния (пальпация живота, пальпация пульса на бедренных артериях, осмотр спины, голени и стоп, измерение температуры тела, ректальное исследование по показаниям)

14.	Правильно вызвал СМП
15.	Правильно установил диагноз и сообщил о нем при вызове СМП
16.	Применил инфузионную терапию
17.	Использовал верный объем и скорость введения
18.	Использовал дополнительные препараты
19.	Соблюдал приоритетность введения ЛС
20.	Соблюдал последовательность ABCDE-осмотра
21.	Предпринял попытку повторного ABCDE-осмотра
22.	Использовал только показанные лекарственные препараты (не применял нашатырный спирт и др.)
23.	Комментировал свои действия вслух (применял навык, обеспечивающий работу в команде)
	При остановке кровообращения
24.	Громко обратился к пациенту: «Вы меня слышите?»
25.	Определил наличие дыхания (по методике «слышу, вижу, ощущаю»)
26.	Дал команду или самостоятельно начал компрессии грудной клетки
27.	Обеспечил подключение источника кислорода к дыхательному мешку
28.	Начал искусственную вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом в соотношении компрессии: вентиляция 30:2 или дал команду
29.	Убедился, что электроды монитора подключены, при этом не прерывая компрессий
30.	Прервал компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком для оценки ритма
31.	Потратил на оценку ритма не более 5 сек
32.	Правильно интерпретировал ритм
33.	Безопасно осуществил показанную дефибрилляцию
34.	Незамедлительно провел показанную дефибрилляцию
35.	Не проводил оценку показателей жизнедеятельности сразу после дефибрилляции
36.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом, в соотношении компрессии: вентиляция 30:2
37.	Правильно использовал орофарингеальный воздуховод
38.	Дал команду или самостоятельно использовал устройство контроля качества проведения непрямого массажа сердца
39.	Обеспечил подготовку шприца с эпинефрином (1 мл 0,1% раствора)
40.	Обеспечил подготовку шприца с 20 мл кристаллоидного раствора
41.	Через две минуты приготовился оценивать ритм
42.	Дал команду «Стоп компрессии» (спустя 2 минуты)
43.	Правильно интерпретировал ритм
44.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом, в соотношении компрессии: вентиляция 30:2
45.	Обеспечил введение набранного эпинефрина
46.	Обеспечил промывание вены 20 мл кристаллоидного раствора
47.	Использовал дефибриллятор только при развитии фибрилляции желудочков или желудочковой тахикардии без пульса
48.	Вводил эпинефрин только по показаниям (развитие асистолии)
49.	Вводил амиодарон при отсутствии показаний
50.	Благоприятное заключение эксперта

ЧЕК-лист № 20. БОС

1.	Убедился в отсутствии опасности для себя и пострадавшего (осмотрелся, жест безопасности)
2.	Оценил сознание
3.	Обеспечил наличие укладки, а также позвал помощника(ов)
4.	Надел перчатки и предложил помощнику их надеть
5.	А - Правильно оценил проходимость дыхательных путей
6.	В - Правильно и полно оценил деятельность дыхательной системы (пульсоксиметрия, аускультация, перкуссия, подсчет ЧДД, обследование трахеи и вен шеи)
7.	Обеспечил кислородотерапию по показаниям
8.	С - Правильно и полно оценил деятельность сердечно-сосудистой системы (оценка периферического пульса, измерение АД, аускультация сердца, снятие ЭКГ, забор крови, проверка симптома белого пятна, оценка цвета кожных покровов)
9.	Обеспечил внутривенный доступ
10.	Верно наложил электроды
11.	Правильно интерпретировал ЭКГ
12.	Д - Правильно и полно оценил неврологический статус (реакция зрачков, оценка уровня глюкозы капиллярной крови с использованием глюкометра, правильная интерпретация результата, оценка тонуса мышц)
13.	Е - Правильно и полно оценил показатели общего состояния (пальпация живота, пальпация пульса на бедренных артериях, осмотр спины, голени и стоп, измерение температуры тела, ректальное исследование по показаниям)
14.	Правильно вызвал СМП
15.	Правильно установил диагноз и сообщил о нем при вызове СМП
16.	Применил сальбутамол
17.	Использовал верную дозировку сальбутамола
18.	Использовал оптимальный способ подачи сальбутамола
19.	Использовал дополнительные препараты
20.	Соблюдал приоритетность введения ЛС
21.	Соблюдал последовательность ABCDE-осмотра
22.	Предпринял попытку повторного ABCDE-осмотра
23.	Использовал только показанные лекарственные препараты (не применял нашатырный спирт и др.)
24.	Комментировал свои действия вслух (применял навык, обеспечивающий работу в команде)
	При остановке кровообращения
25.	Громко обратился к пациенту: «Вы меня слышите?»
26.	Определил наличие дыхания (по методике «слышу, вижу, ощущаю»)
27.	Дал команду или самостоятельно начал компрессии грудной клетки
28.	Обеспечил подключение источника кислорода к дыхательному мешку
29.	Начал искусственную вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом в соотношении компрессии: вентиляция 30:2 или дал команду
30.	Убедился, что электроды монитора подключены, при этом не прерывая компрессий
31.	Прервал компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком для оценки ритма
32.	Потратил на оценку ритма не более 5 сек
33.	Правильно интерпретировал ритм

34.	Безопасно осуществил показанную дефибрилляцию
35.	Незамедлительно провел показанную дефибрилляцию
36.	Не проводил оценку показателей жизнедеятельности сразу после дефибрилляции
37.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом, в соотношении компрессии: вентиляция 30:2
38.	Правильно использовал орофарингеальный воздуховод
39.	Дал команду или самостоятельно использовал устройство контроля качества проведения непрямого массажа сердца
40.	Обеспечил подготовку шприца с эпинефрином (1 мл 0,1% раствора)
41.	Обеспечил подготовку шприца с 20 мл кристаллоидного раствора
42.	Через две минуты приготовился оценивать ритм
43.	Дал команду «Стоп компрессии» (спустя 2 минуты)
44.	Правильно интерпретировал ритм
45.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом, в соотношении компрессии: вентиляция 30:2
46.	Обеспечил введение набранного эпинефрина
47.	Обеспечил промывание вены 20 мл кристаллоидного раствора
48.	Использовал дефибриллятор только при развитии фибрилляции желудочков или желудочковой тахикардии без пульса
49.	Вводил эпинефрин только по показаниям (развитие асистолии)
50.	Вводил амиодарон при отсутствии показаний
51.	Благоприятное заключение эксперта

ЧЕК-лист № 21. ТЭЛА

1.	Убедился в отсутствии опасности для себя и пострадавшего (осмотрелся, жест безопасности)
2.	Оценил сознание
3.	Обеспечил наличие укладки, а также позвал помощника(ов)
4.	Надел перчатки и предложил помощнику их надеть
5.	А - Правильно оценил проходимость дыхательных путей
6.	В - Правильно и полно оценил деятельность дыхательной системы (пульсосимметрия, аускультация, перкуссия, подсчет ЧДД, обследование трахеи и вен шеи)
7.	Обеспечил кислородотерапию по показаниям
8.	С - Правильно и полно оценил деятельность сердечно-сосудистой системы (оценка периферического пульса, измерение АД, аускультация сердца, снятие ЭКГ, забор крови, проверка симптома белого пятна, оценка цвета кожных покровов)
9.	Обеспечил внутривенный доступ
10.	Верно наложил электроды
11.	Правильно интерпретировал ЭКГ
12.	Д - Правильно и полно оценил неврологический статус (реакция зрачков, оценка уровня глюкозы капиллярной крови с использованием глюкометра, правильная интерпретация результата, оценка тонуса мышц)
13.	Е - Правильно и полно оценил показатели общего состояния (пальпация живота, пальпация пульса на бедренных артериях, осмотр спины, голеней и стоп, измерение температуры тела, ректальное исследование по показаниям)
14.	Правильно вызвал СМП

15.	Правильно установил диагноз и сообщил о нем при вызове СМП
16.	Применил гепарин
17.	Использовал верную дозировку гепарина
18.	Использовал оптимальный способ введения гепарина
19.	Использовал дополнительные препараты
20.	Соблюдал приоритетность введения ЛС
21.	Соблюдал последовательность ABCDE-осмотра
22.	Предпринял попытку повторного ABCDE-осмотра
23.	Использовал только показанные лекарственные препараты (не применял нашатырный спирт и др.)
24.	Комментировал свои действия вслух (применял навык, обеспечивающий работу в команде)
	При остановке кровообращения
25.	Громко обратился к пациенту: «Вы меня слышите?»
26.	Определил наличие дыхания (по методике «слышу, вижу, ощущаю»)
27.	Дал команду или самостоятельно начал компрессии грудной клетки
28.	Обеспечил подключение источника кислорода к дыхательному мешку
29.	Начал искусственную вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом в соотношении компрессии: вентиляция 30:2 или дал команду
30.	Убедился, что электроды монитора подключены, при этом не прерывая компрессий
31.	Прервал компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком для оценки ритма
32.	Потратил на оценку ритма не более 5 сек
33.	Правильно интерпретировал ритм
34.	Безопасно осуществил показанную дефибрилляцию
35.	Незамедлительно провел показанную дефибрилляцию
36.	Не проводил оценку показателей жизнедеятельности сразу после дефибрилляции
37.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом, в соотношении компрессии: вентиляция 30:2
38.	Правильно использовал орофарингеальный воздуховод
39.	Дал команду или самостоятельно использовал устройство контроля качества проведения непрямого массажа сердца
40.	Обеспечил подготовку шприца с эпинефрином (1 мл 0,1% раствора)
41.	Обеспечил подготовку шприца с 20 мл кристаллоидного раствора
42.	Через две минуты приготовился оценивать ритм
43.	Дал команду «Стоп компрессии» (спустя 2 минуты)
44.	Правильно интерпретировал ритм
45.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом, в соотношении компрессии: вентиляция 30:2
46.	Обеспечил введение набранного эпинефрина
47.	Обеспечил промывание вены 20 мл кристаллоидного раствора
48.	Использовал дефибриллятор только при развитии фибрилляции желудочков или желудочковой тахикардии без пульса
49.	Вводил эпинефрин только по показаниям (развитие асистолии)
50.	Вводил амиодарон при отсутствии показаний
51.	Благоприятное заключение эксперта

ЧЕК-лист № 22. Пневмоторакс

1.	Убедился в отсутствии опасности для себя и пострадавшего (осмотрелся, жест безопасности)
2.	Оценил сознание
3.	Обеспечил наличие укладки, а также позвал помощника(ов)
4.	Надел перчатки и предложил помощнику их надеть
5.	А - Правильно оценил проходимость дыхательных путей
6.	В - Правильно и полно оценил деятельность дыхательной системы (пульсоксиметрия, аускультация, перкуссия, подсчет ЧДД, обследование трахей и вен шеи)
7.	Обеспечил кислородотерапию по показаниям
8.	С - Правильно и полно оценил деятельность сердечно-сосудистой системы (оценка периферического пульса, измерение АД, аускультация сердца, снятие ЭКГ, забор крови, проверка симптома белого пятна, оценка цвета кожных покровов)
9.	Обеспечил внутривенный доступ
10.	Верно наложил электроды
11.	Правильно интерпретировал ЭКГ
12.	Д - Правильно и полно оценил неврологический статус (реакция зрачков, оценка уровня глюкозы капиллярной крови с использованием глюкометра, правильная интерпретация результата, оценка тонуса мышц)
13.	Е - Правильно и полно оценил показатели общего состояния (пальпация живота, пальпация пульса на бедренных артериях, осмотр спины, голени и стоп, измерение температуры тела, ректальное исследование по показаниям)
14.	Правильно вызвал СМП
15.	Правильно установил диагноз и сообщил о нем при вызове СМП
16.	Верно выполнил пункцию плевральной полости
17.	Соблюдал последовательность ABCDE-осмотра
18.	Предпринял попытку повторного ABCDE-осмотра
19.	Использовал только показанные лекарственные препараты (не применял нашатырный спирт и др.)
20.	Комментировал свои действия вслух (применял навык, обеспечивающий работу в команде)
	При остановке кровообращения
21.	Громко обратился к пациенту: «Вы меня слышите?»
22.	Определил наличие дыхания (по методике «слышу, вижу, ощущаю»)
23.	Дал команду или самостоятельно начал компрессии грудной клетки
24.	Обеспечил подключение источника кислорода к дыхательному мешку
25.	Начал искусственную вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом в соотношении компрессии: вентиляция 30:2 или дал команду
26.	Убедился, что электроды монитора подключены, при этом не прерывая компрессий
27.	Прервал компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком для оценки ритма
28.	Потратил на оценку ритма не более 5 сек
29.	Правильно интерпретировал ритм
30.	Безопасно осуществил показанную дефибрилляцию
31.	Незамедлительно провел показанную дефибрилляцию
32.	Не проводил оценку показателей жизнедеятельности сразу после дефибрилляции
33.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным

	кислородом, в соотношении компрессии: вентиляция 30:2
34.	Правильно использовал орофарингеальный воздуховод
35.	Дал команду или самостоятельно использовал устройство контроля качества проведения непрямого массажа сердца
36.	Обеспечил подготовку шприца с эпинефрином (1 мл 0,1% раствора)
37.	Обеспечил подготовку шприца с 20 мл кристаллоидного раствора
38.	Через две минуты приготовился оценивать ритм
39.	Дал команду «Стоп компрессии» (спустя 2 минуты)
40.	Правильно интерпретировал ритм
41.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом, в соотношении компрессии: вентиляция 30:2
42.	Обеспечил введение набранного эпинефрина
43.	Обеспечил промывание вены 20 мл кристаллоидного раствора
44.	Использовал дефибриллятор только при развитии фибрилляции желудочков или желудочковой тахикардии без пульса
45.	Вводил эпинефрин только по показаниям (развитие асистолии)
46.	Вводил амиодарон при отсутствии показаний
47.	Благоприятное заключение эксперта

ЧЕК-лист № 23. Гипогликемия

1.	Убедился в отсутствии опасности для себя и пострадавшего (осмотрелся, жест безопасности)
2.	Оценил сознание
3.	Обеспечил наличие укладки, а также позвал помощника(ов)
4.	Надел перчатки и предложил помощнику их надеть
5.	А - Правильно оценил проходимость дыхательных путей
6.	В - Правильно и полно оценил деятельность дыхательной системы (пульсоксиметрия, аускультация, перкуссия, подсчет ЧДД, обследование трахей и вен шеи)
7.	Обеспечил кислородотерапию по показаниям
8.	С - Правильно и полно оценил деятельность сердечно-сосудистой системы (оценка периферического пульса, измерение АД, аускультация сердца, снятие ЭКГ, забор крови, проверка симптома белого пятна, оценка цвета кожных покровов)
9.	Обеспечил внутривенный доступ
10.	Верно наложил электроды
11.	Правильно интерпретировал ЭКГ
12.	Д - Правильно и полно оценил неврологический статус (реакция зрачков, оценка уровня глюкозы капиллярной крови с использованием глюкометра, правильная интерпретация результата, оценка тонуса мышц)
13.	Е - Правильно и полно оценил показатели общего состояния (пальпация живота, пальпация пульса на бедренных артериях, осмотр спины, голени и стоп, измерение температуры тела, ректальное исследование по показаниям)
14.	Правильно вызвал СМП
15.	Правильно установил диагноз и сообщил о нем при вызове СМП
16.	Применил инфузионную терапию
17.	Использовал верный объем и скорость введения
18.	Соблюдал последовательность ABCDE-осмотра
19.	Предпринял попытку повторного ABCDE-осмотра
20.	Использовал только показанные лекарственные препараты (не применял нашатырный спирт и др.)
21.	Комментировал свои действия вслух (применял навык,

	обеспечивающий работу в команде)
	При остановке кровообращения
22.	Громко обратился к пациенту: «Вы меня слышите?»
23.	Определил наличие дыхания (по методике «слышу, вижу, ощущаю»)
24.	Дал команду или самостоятельно начал компрессии грудной клетки
25.	Обеспечил подключение источника кислорода к дыхательному мешку
26.	Начал искусственную вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом в соотношении компрессии: вентиляция 30:2 или дал команду
27.	Убедился, что электроды монитора подключены, при этом не прерывая компрессий
28.	Прервал компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком для оценки ритма
29.	Потратил на оценку ритма не более 5 сек
30.	Правильно интерпретировал ритм
31.	Безопасно осуществил показанную дефибрилляцию
32.	Незамедлительно провел показанную дефибрилляцию
33.	Не проводил оценку показателей жизнедеятельности сразу после дефибрилляции
34.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом, в соотношении компрессии: вентиляция 30:2
35.	Правильно использовал орофарингеальный воздуховод
36.	Дал команду или самостоятельно использовал устройство контроля качества проведения непрямого массажа сердца
37.	Обеспечил подготовку шприца с эпинефрином (1 мл 0,1% раствора)
38.	Обеспечил подготовку шприца с 20 мл кристаллоидного раствора
39.	Через две минуты приготовился оценивать ритм
40.	Дал команду «Стоп компрессии» (спустя 2 минуты)
41.	Правильно интерпретировал ритм
42.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом, в соотношении компрессии: вентиляция 30:2
43.	Обеспечил введение набранного эпинефрина
44.	Обеспечил промывание вены 20 мл кристаллоидного раствора
45.	Использовал дефибриллятор только при развитии фибрилляции желудочков или желудочковой тахикардии без пульса
46.	Вводил эпинефрин только по показаниям (развитие асистолии)
47.	Вводил амиодарон при отсутствии показаний
48.	Благоприятное заключение эксперта

ЧЕК-лист № 24. ОНМК

1.	Убедился в отсутствии опасности для себя и пострадавшего (осмотрелся, жест безопасности)
2.	Оценил сознание
3.	Обеспечил наличие укладки, а также позвал помощника(ов)
4.	Надел перчатки и предложил помощнику их надеть
5.	А - Правильно оценил проходимость дыхательных путей
6.	В - Правильно и полно оценил деятельность дыхательной системы (пульсоксиметрия, аускультация, перкуссия, подсчет ЧДД, обследование трахей и вен шеи)

7.	Обеспечил кислородотерапию по показаниям
8.	С - Правильно и полно оценил деятельность сердечно-сосудистой системы (оценка периферического пульса, измерение АД, аускультация сердца, снятие ЭКГ, забор крови, проверка симптома белого пятна, оценка цвета кожных покровов)
9.	Обеспечил внутривенный доступ
10.	Верно наложил электроды
11.	Правильно интерпретировал ЭКГ
12.	D - Правильно и полно оценил неврологический статус (реакция зрачков, оценка уровня глюкозы капиллярной крови с использованием глюкометра, правильная интерпретация результата, оценка тонуса мышц)
13.	E - Правильно и полно оценил показатели общего состояния (пальпация живота, пальпация пульса на бедренных артериях, осмотр спины, голени и стоп, измерение температуры тела, ректальное исследование по показаниям)
14.	Правильно вызвал СМП
15.	Правильно установил диагноз и сообщил о нем при вызове СМП
16.	Использовал верную дозировку и оптимальный способ введения ЛС
17.	Придал возвышенное положение головному концу кровати
18.	Соблюдал последовательность ABCDE-осмотра
19.	Предпринял попытку повторного ABCDE-осмотра
20.	Использовал только показанные лекарственные препараты (не применял нашатырный спирт и др.)
21.	Комментировал свои действия вслух (применял навык, обеспечивающий работу в команде)
	При остановке кровообращения
22.	Громко обратился к пациенту: «Вы меня слышите?»
23.	Определил наличие дыхания (по методике «слышу, вижу, ощущаю»)
24.	Дал команду или самостоятельно начал компрессии грудной клетки
25.	Обеспечил подключение источника кислорода к дыхательному мешку
26.	Начал искусственную вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом в соотношении компрессии: вентиляция 30:2 или дал команду
27.	Убедился, что электроды монитора подключены, при этом не прерывая компрессий
28.	Прервал компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком для оценки ритма
29.	Потратил на оценку ритма не более 5 сек
30.	Правильно интерпретировал ритм
31.	Безопасно осуществил показанную дефибрилляцию
32.	Незамедлительно провел показанную дефибрилляцию
33.	Не проводил оценку показателей жизнедеятельности сразу после дефибрилляции
34.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом, в соотношении компрессии: вентиляция 30:2
35.	Правильно использовал орофарингеальный воздуховод
36.	Дал команду или самостоятельно использовал устройство контроля качества проведения непрямого массажа сердца
37.	Обеспечил подготовку шприца с эпинефрином (1 мл 0,1% раствора)
38.	Обеспечил подготовку шприца с 20 мл кристаллоидного раствора
39.	Через две минуты приготовился оценивать ритм
40.	Дал команду «Стоп компрессии» (спустя 2 минуты)

41.	Правильно интерпретировал ритм
42.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом, в соотношении компрессии: вентиляция 30:2
43.	Обеспечил введение набранного эпинефрина
44.	Обеспечил промывание вены 20 мл кристаллоидного раствора
45.	Использовал дефибриллятор только при развитии фибрилляции желудочков или желудочковой тахикардии без пульса
46.	Вводил эпинефрин только по показаниям (развитие асистолии)
47.	Вводил амиодарон при отсутствии показаний
48.	Благоприятное заключение эксперта

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Раздел 1. Общеврачебные навыки и экстренная медицинская помощь

Тестовое задание № 1

№	Формулировка вопроса	Варианты ответа
1	Метод графической регистрации биоэлектрической активности сердца	Электрокардиография
		Эхокардиография
		Фонокардиография
2	Электродные контактные среды используют для	увеличения электропроводности
		прочного прикрепления электродов к коже
		дезинфекции электродов
3	Грудные электроды V1-V2 располагаются в	4-м межреберье
		3-м межреберье
		2-м межреберье
4	Грудной электрод V4 располагается по левой срединно-ключичной линии в	5-м межреберье
		4-м межреберье
		6-м межреберье
5	Стандартная амплитуда милливольты составляет	10мм
		15мм
		5 мм
6	В каждом отведении необходимо записать сердечных циклов не менее	5
		2
		10.дек
7	Правильная последовательность записи отведений	Стандартные, усиленные от конечностей, грудные
		Стандартные, грудные, усиленные от конечностей
		Усиленные от конечностей, стандартные, грудные
8	Информированное согласие включает	Информацию о процедуре, согласие пациента
		Согласие пациента, разрешение на процедуру
9	На ЭКГ систолу предсердий отражает	зубец P
		интервал от конца зубца T до начала зубца P
		комплекс Q RST
10	На ЭКГ атриовентрикулярное проведение отражает	интервал P-Q(R)
		комплекс Q RST
		интервал от конца зубца T до начала зубца P

11	На ЭКГ Систолу желудочков отражает	комплекс Q RST
		интервал P-Q(R)
		интервал от конца зубца T до начала зубца P
12	На ЭКГ Диастолу отражает	интервал от конца зубца T до начала зубца P
		комплекс Q RST
		интервал P-Q(R)
13	Продолжительность зубца P в норме составляет	не более 0.1с
		не более 0.02с
		более 0.1 с
14	Зубец P в норме всегда положителен в отведениях	I, II, aVF
		AVR
		III, aVL, V1,V2
15	Продолжительность интервала PQ у взрослых	0.12-0.22 с
		0.20-0.22с
		0.012-0.022с
16	Продолжительность зубца Q менее	0,04с
		0,4с
17	В норме зубец Q не регистрируется в отведениях	V1, V2
		AVR
		AVF
18	В отведениях от конечностей в норме возможна депрессия сегмента ST	менее 0,5мм
		2мм
		3мм
19	В отведениях V1 – V3 в норме допустима элевация сегмента ST с косовосходящим направлением	не более 2мм
		не более 1мм
		не более 0.5 мм
20	Запрокидывание головы устраняет	западение языка
		ларингоспазм
		отек гортани
		попадание инородного тела
21	Запрокидывание головы нельзя выполнять при подозрении на наличие	перелома шейного отдела
		инородных тел в дыхательных путях
		комы
		инсульта
22	Выполняется запрокидывание головы	одним спасателем
		двумя спасателями
23	Для выполнения запрокидывания головы спасатель должен находиться	сбоку от пострадавшего
		позади головы пострадавшего
		не имеет значения
24	Тройной прием Сафара устраняет	западение языка
		ларингоспазм
		отек гортани
		попадание инородного тела
25	Тройной прием Сафара нельзя выполнять при подозрении на наличие	перелома шейного отдела
		инородных тел в дыхательных путях
		комы
		инсульта
26	Выполняется прием Сафара	одним спасателем
		двумя спасателями

27		позади головы пострадавшего
	Для выполнения приема Сафара спасатель должен находиться	сбоку от пострадавшего
		не имеет значения
28	Носоглоточный воздуховод можно устанавливать пациентам	в сознании
		только без сознания
		только в глубокой коме
29	Пациентам с переломом основания черепа носоглоточного воздуховод нельзя устанавливать из-за опасности	введения воздуховода в полость черепа
		инфицирования ЦНС
		разгибания головы в шейном отделе позвоночника
30	Беременным введение носоглоточного воздуховода нежелательно из-за опасности	кровотечения
		прерывания беременности
		инфицирования полости носа
		ларингоспазма
31	Для выбора размера носоглоточного воздуховода необходимо учесть	диаметр и длину
		диаметр
		длину
		подбор не нужен
32	Диаметр носоглоточного воздуховода по отношению к размеру носового хода должен быть	чуть меньше
		значительно меньше
		чуть больше
33	Длина носоглоточного воздуховода равна расстоянию	от мочки уха до кончика носа
		от угла нижней челюсти до резцов
		от крыла носа до подбородка
34	Введение носоглоточного воздуховода относительно плоскости лица проводится под углом	90°
		30°, направляя воздуховод в сторону верхнего носового хода
		не имеет значения
35	Ротоглоточный воздуховод предотвращает	западение языка
		аспирацию желудочного содержимого
		развитие бронхоспазма
		попадание воздуха в желудок
36	Ротоглоточный воздуховод Гведела можно использовать у пациентов	без сознания с утратой глоточных рефлексов
		без сознания с сохранными глоточными рефлексами
		независимо от сохранности глоточных рефлексов
37	Выбор воздуховода Гведела сделан правильно, если его длина равна	расстоянию от угла нижней челюсти до резцов
		ширине ладони пострадавшего
		расстоянию от мочки уха до надключичной ямки
38	Воздуховод Гведела вводится в ротовую полость обратив выпуклую сторону	к языку

		к небу
		к щеке
		не имеет значения
39	После введения воздуховода Гведела в ротовую полость необходимо развернуть его на	180°
		90°
		30°
		Можно не разворачивать
40	Воздуховод Гведела является	одноразовым
		многократным
41	Combitube предназначен для восстановления проходимости дыхательных путей:	без использования ларингоскопии
		под контролем ларингоскопии
42	Combitube с маркировкой на контрольных воздушных камерах 15мл и 100мл предназначен для пациентов ростом:	выше 175 см
		125-175 см
		меньше 122 см
43	Combitube с маркировкой на контрольных воздушных камерах 12мл и 85мл предназначен для пациентов ростом:	125-175 см
		выше 175 см
		меньше 122 см
44	Combitube не предназначен для пациентов ростом:	менее 122см
		выше 190см
		менее 130см
45	При восстановлении проходимости дыхательных путей с помощью Combitube разобщение дыхательных путей и пищеварительного тракта:	достигается
		не достигается
46	Вентиляция легких при попадании Combitube в трахею:	возможна
		невозможна
47	При восстановлении проходимости дыхательных путей с помощью Combitube аспирация желудочного содержимого без прерывания вентиляции:	возможна
		невозможна
48	Голубой порт Combitube предназначен для:	вентиляции
		аспирации желудочного содержимого
49	Прозрачный порт Combitube предназначен для:	аспирации желудочного содержимого
		вентиляции
50	Герметичность манжет перед установкой Combitube проверять:	обязательно
		желательно, но не обязательно
		не нужно
51	При правильной установке Combitube резцы пациента находятся:	между черными метками
		выше черных меток
		ниже черных меток

52	При установке Combitube в пищевод вентиляцию проводят через:	голубой порт
		прозрачный порт
53	При установке Combitube в трахею вентиляцию проводят через:	прозрачный порт
		голубой порт
54	При извлечении Combitube удалять воздух из манжет необходимо начиная с:	большой (глоточной)
		малой (пищеводной)
55	К надгортанным воздуховодам относятся:	I-gel и Combitube
		I-gel
		воздуховод Гведела
56	I-gel предназначен для восстановления проходимости дыхательных путей:	без использования ларингоскопии
		под контролем ларингоскопии
57	При восстановлении проходимости дыхательных путей с помощью I-gel разобщение дыхательных путей и пищеварительного тракта:	не достигается
		достигается
58	При правильной установке I-gel резцы пациента находятся:	на уровне черной горизонтальной метки
		на любом уровне, если продвижение воздуховода глубже невозможно
59	Выбор размера I-gel осуществляется в зависимости от:	веса пациента
		роста пациента
		возраста пациента
60	Перед установкой I-gel необходимо убедиться в:	целостности и проходимости воздуховода
		эластичности воздуховода
61	В дыхательные пути воздуховод вводится вдоль твердого неба:	по средней линии
		смещается в сторону для удобства фиксации
62	Гель наносится только на:	заднюю и боковую поверхности манжеты
		на все поверхности манжеты
63	Появление сопротивления при введении I-gel, когда резцы находятся на уровне защитного сопротивления, но не достигли горизонтальной метки означает, что необходимо:	начать вентиляцию, так как воздуховод установлен правильно
		провести воздуховод глубже
64	Восстановление проходимости дыхательных путей I-gel можно у пациентов:	без сознания с угнетенными глоточными рефлексам
		в сознании
		с затрудненным открыванием рта
65	Пульсоксиметрия — это	неинвазивный мониторинг сатурации
		анализ газов артериальной крови
		анализ газов венозной крови
		инвазивный мониторинг сатурации

		исследование пульса на периферических артериях
66	Нормальные значения насыщения гемоглобина артериальной крови кислородом	95-98 %
		100%
		92%
		90%
		85%
67	Показанием для экстренной кислородотерапии является уровень сатурации ниже	90%
		95%
		92%
		88%
		85%
68	Показанием для длительной кислородотерапии у взрослых является сатурация гемоглобина ниже	88%
		95%
		90%
		85%
		80%
69	Противопоказание для проведения пульсоксиметрии	нет
		заболевания сердечно-сосудистой системы
		заболевания дыхательной системы
		нарушения свертывающей системы крови
		нарушения микроциркуляции, шок
70	При содержании гемоглобина 150 г/л в 1 литре крови содержится кислорода	200 мл
		250 мл
		150 мл
		100 мл
		50 мл
71	В норме, в стандартных условиях, потребление кислорода организмом взрослого человека составляет	250 мл/мин
		500 мл/мин
		300 мл/мин
		150 мл/мин
		100 мл/мин
72	Пациентам с массивной кровопотерей и острой анемией необходима ингаляция кислорода	100%
		90%
		75%
		50%
		25%

73	Цианоз становится заметен при концентрации деоксигенированного гемоглобина выше	50 г/л
		150 г/л
		100 г/л
		25 г/л
		15 г/л
74	Частота пульса рассчитывается программой пульсоксиметра в среднем за	5-20 с
		2 с
		1 мин
75	Сигнал тревоги пульсоксиметра «низкая сатурация» (по умолчанию) звучит при уровне сатурации ниже	90%
		95%
		88%
		80%
		75%
76	Сигнал тревоги пульсоксиметра о частоте пульса (по умолчанию) звучит при частоте пульса у взрослых ниже	50 уд/мин
		100 уд/мин
		70 уд/мин
		40 уд/мин
		30 уд/мин
77	Сигнал тревоги пульсоксиметра о частоте пульса (по умолчанию) звучит при частоте пульса у взрослых выше	100 уд/мин
		100 уд/мин
		90 уд/мин
		110 уд/мин
		150 уд/мин
78	Наиболее распространенной причиной слабого сигнала пульсоксиметра является	гиповолемия
		гипотермия
		гипертермия
		гиперволемия
79	Пульсоксиметр измеряет	процент гемоглобина, насыщенного кислородом, чсс
		уровень гемоглобина в крови
		количество кислорода, содержащегося в крови
		сердечный выброс
80	К недостоверным показаниям пульсоксиметра может привести	отравление угарным газом
		оксигенотерапия
		тахикардия
		брадикардия
81	Снизить шансы удачного измерения сатурации может	аритмия
		лихорадка
		гипертензия
		серповидно-клеточная анемия

82	Алгоритм ABCDE применяется для оценки состояния пациента	в ургентной ситуации
		при любом первичном осмотре
		при осмотре пациента в любой клинической ситуации
83	Алгоритм ABCDE включает методы	физикального, инструментального и лабораторного обследования
		инструментальные и лабораторные
		только инструментальные
		только физикального обследования
84	При выявлении состояний, требующих немедленной коррекции необходимо	оказать помощь, затем продолжить обследование
		закончить обследование, затем оказать помощь
85	Последовательность этапов обследования пациента определяется	вероятной скоростью развития критического состояния и смерти пациента
		по принципу «с головы до нижних конечностей»
		врачом в произвольном порядке
86	Этап А это	оценка проходимости дыхательных путей
		оценка дыхания
		оценка кровообращения и контроль кровотечения
		оценка уровня сознания и неврологического статуса
		внешний осмотр пациента
87	Этап В это	оценка дыхания
		оценка проходимости дыхательных путей
		оценка кровообращения и контроль кровотечения
		оценка уровня сознания и неврологического статуса
		внешний осмотр пациента
88	Этап С это	оценка кровообращения и контроль кровотечения
		оценка проходимости дыхательных путей
		оценка дыхания
		оценка уровня сознания и неврологического статуса
		внешний осмотр пациента
89	Этап D это	оценка уровня сознания и неврологического статуса
		оценка проходимости дыхательных путей
		оценка дыхания
		оценка кровообращения и контроль кровотечения
		внешний осмотр пациента
90	Этап E это	внешний осмотр пациента
		оценка проходимости дыхательных путей
		оценка дыхания

		оценка кровообращения и контроль кровотечения
		оценка уровня сознания и неврологического статуса
91	Оценка состояния кожных покровов относится к этапу	С
		Е
		В
		А
		Д
92	Выявление наличия гипотермии относится к этапу	Е
		С
		В
		А
		Д
93	Оценка сознания по шкале Глазго относится к этапу	Д
		А
		Е
		В
		С
94	Оценка симптома «белого пятна» относится к этапу	С
		А
		В
		Д
		Е
95	Смерть при остановке кровообращения можно предотвратить, если начать сердечно-легочную реанимацию	немедленно
		после уточнения причины, вызвавшей приступ
		после прибытия специалиста
96	При обнаружении пострадавшего прежде всего необходимо оценить место происшествия с точки зрения	безопасности для оказывающего помощь
		наличия медицинского оборудования и медикаментов
		удобства для проведения сердечно-легочной реанимации
97	В бессознательном состоянии пострадавший в ответ на прикосновение и громкое обращение	не реагирует
		отвечает невнятно
		двигает руками
98	При обнаружении пострадавшего без сознания необходимо позвать на помощь для	вызова скорой помощи
		психологической поддержки
		обеспечения наличия свидетеля ваших действий

99	У пациента без сознания западение языка происходит вследствие	снижения тонуса мышц рта и глотки
		спазма мышц глотки
		увеличения его объема
100	Сочетание двух действий: разгибание головы назад и поднимание подбородка позволяет	открыть дыхательные пути
		уложить пострадавшего в удобное положение
		зафиксировать шею
		предупредить рвоту
101	При обнаружении пострадавшего без сознания необходимо	проверить наличие дыхания
		проверить пульс
		дать таблетку нитроглицерина
		уложить пострадавшего в боковое стабильное положение
102	Сердечно-легочную реанимацию следует проводить пострадавшему без сознания и	при отсутствии самостоятельного дыхания
		независимо от наличия дыхания
		при невозможности определить пульс
		с изменением цвета кожи (цианоз)
103	Одновременно с началом сердечно-легочной реанимации попросить помощника	вызвать скорую помощь и принести автоматический наружный дефибрилятор
		растереть виски пострадавшего нашатырным спиртом и принести валидол
		нанести резкий короткий удар по грудной клетке
		положить под язык пострадавшего таблетку нитроглицерина
104	Телефоны вызова скорой медицинской помощи на территории России	«103», «112»
		«911»
		«033», «003»
		«01», «101»
105	Диспетчеру скорой помощи необходимо передать следующую информацию о случившемся	«у пострадавшего остановка кровообращения», адрес происшествия
		возраст пострадавшего, обстоятельства происшествия
		адрес, пол, примерный возраст пострадавшего
		свои ФИО, телефон, адрес места происшествия
106	Проведение сердечно-легочной реанимации у взрослых начинается с	компрессий грудной клетки
		искусственных вдохов

		удара по грудной клетке
		встряхивания пациента
107	Для проведения компрессий грудной клетки руки располагаются	по центру грудной клетки
		в области сердечного толчка
		слева от грудины
		одна рука на груди, другая поддерживает разгибание головы
108	При сердечно-легочной реанимации соотношение компрессий грудной клетки и искусственных вдохов у взрослых составляет	30:02:00
		5:01
		5:02
		15:02
109	Компрессии грудной клетки при проведении сердечно легочной реанимации взрослому человеку проводится с частотой	100 – 120 в мин
		60 – 80 в мин
		70 – 90 в мин
		не имеет значения
110	Глубина прогиба грудной клетки при компрессиях у взрослых должна составлять	5 – 6 см
		4 – 5 см
		7 – 8 см
		1/3 передне-заднего размера
111	Если Ваши первые вдохи не подняли грудную клетку, то прежде чем провести следующую попытку необходимо	проверить наличие инородных тел во рту, адекватность разгибания головы и подъема подбородка
		перевернуть пациента лицом вниз и постучать по спине
		расстегнуть поясной ремень
		провести следующий вдох в двойном объеме и с большей скоростью
112	Если во время проведения сердечно-легочной реанимации пострадавший начинает дышать нормально, но сознание не восстановилось, то необходимо	перевести пострадавшего в устойчивое боковое положение
		оставить лежать на спине
		перевернуть на живот
		продолжать компрессии грудной клетки
113	Для верификации травмы позвоночника при невозможности выполнить КТ выполняют	спондилографию
		флюорографию
		миелографию
114	В качестве наиболее эффективной иммобилизации пострадавших с травмой позвоночника рекомендуется использование комбинацию жесткого щита под спиной и	жесткого головодержателя
		воротника Шанца
		шейной шины из подручных материалов
115	В случае выявления грубых неврологических нарушений в течение первых 8 часов с момента травмы	30 мг/кг
		3 мг/кг
		3000 МЕ

	рекомендуется болюсное введение метилпреднизолона в дозировке	15 мг/кг
116	Отсутствие функции спинного мозга ниже уровня травмы в течение 3-30 дней в результате его отека, ушиба и запредельного защитного торможения деятельности нервных клеток носит название	спинальный шок
		ушиб спинного мозга
		сотрясение спинного мозга
117	В задачи хирургического лечения больных с позвоночно-спинномозговой травмой не входит	восстановление оси позвоночника только во фронтальной плоскости
		полноценная декомпрессия спинного мозга
		фиксация и стабилизация позвоночного столба с целью ранней активизации больного
118	При повреждении позвоночной артерии и явлениях вертебробазилярной недостаточности рекомендуется применение	антикоагулянтов
		вазодилататоров
		стероидных гормонов
119	Неполное повреждение спинного мозга, характеризующееся нарушением двигательных функций и проприоцептивной чувствительности на стороне повреждения и потерей болевой и температурной чувствительности на противоположной стороне носит название	синдром Броун-Секара
		контрактура Вернике-Манна
		синдром Гийена-Барре
		синдром Горнера
120	В течение первых 7 суток после острой травмы рекомендуется поддержание среднего артериального давления на уровне	85-90 мм. рт. ст.
		90-100 мм. рт. ст.
		70-80 мм. рт. ст.
121	Антибактериальная терапия широкого спектра с первых минут госпитализации показана при	колото-резанных огнестрельных и минно-взрывных ранениях позвоночника
		повреждении позвоночной артерии при непроникающей шейной травме
		множественных и многоуровневых повреждениях позвоночника с неврологическим дефицитом
122	Клиническая картина спинального шока представлена в виде триады	артериальная гипотензия, брадикардия, гипотермия
		артериальная гипертензия, брадикардия, гипертермия
		артериальная гипотензия, тахикардия, тетраплегия
		артериальная гипотензия, брадипноэ, односторонний гемипарез

Раздел 2. Экстренная и неотложная медицинская помощь

Тестовое задание №2

№	Формулировка вопроса	Варианты ответа
1	Мешок Амбу это устройство для	ручной ИВЛ
		аппаратной ИВЛ
		экспираторной ИВЛ

2	Движение воздуха в клапанах мешка Амбу	Однонаправленное
		двунаправленное
3	Объем дыхательного мешка Амбу для новорожденных	280мл
		600мл
		100мл
4	Объем дыхательного мешка Амбу для детей	600мл
		800мл
		1000мл
5	Объем дыхательного мешка Амбу для взрослых	1600мл
		1200мл
		1000мл
6	При проведении вентиляции мешком Амбу широкая часть лицевой маски лежит на нижней челюсти, узкая часть на	переносице
		выше бровных дуг
		нижней трети носа
7	Правильное положение пациента для проведения вентиляции легких мешком Амбу	Лежа на спине
		Лежа на боку
		сидя
8	Осмотр полости рта на предмет наличия инородных тел перед вентиляцией мешком Амбу	Обязателен
		Необязателен
		Не нужен
9	Герметичность дыхательного контура создается	Легким надавливанием на купол лицевой маски
		Запрокидыванием головы
		Введением ротоглоточного воздуховода
10	Необходимо заподозрить наличие инородного тела в верхних дыхательных путях, если у пострадавшего	катастрофически быстро развиваются нарушения дыхания
		внезапно появляется чувство «першения» в горле
		дистанционно слышны свистящие хрипы на выдохе
11	У пациента обструкция дыхательных путей инородным телом легкой степени, если пациент	может кашлять говорить
		не может кашлять, говорить,
		Дышит, но дыхание значительно затруднено и кашель ослаблен
12	У пациента обструкция дыхательных путей инородным телом тяжелой степени, если пациент	не может кашлять, говорить или кашель ослаблен
		может кашлять говорить
		дышит, но дыхание затруднено, слышны свистящие хрипы на выдохе
13	Приемы «поколачивания» или Геймлиха выполняются пациентам с обструкцией дыхательных путей инородным телом	тяжелой степени
		легкой степени
		при любой степени обструкции

14	Пациенту с легкой обструкцией верхних дыхательных путей необходимо	оказать психологическую поддержку, попросить продолжать кашлять выполнить прием Геймлиха выполнить 5 «ударов по спине» ничего не предпринимать
15	Пациентам с тяжелой обструкцией дыхательных путей инородным телом, находящимся в сознании. необходимо выполнить	«удары по спине» или прием Геймлиха сердечно-легочную реанимацию коникотомию
16	Пациентам без сознания с тяжелой обструкцией дыхательных путей инородным телом необходимо	начать сердечно-легочную реанимацию выполнить прием Геймлиха ничего не предпринимать до прибытия реаниматолога уложить в восстановительное положение
17	Возможным осложнением пальцевого исследования ротовой полости пострадавшего может быть	травма слизистой верхних дыхательных путей травма дистальных дыхательных путей кровотечение из пищевода
18	Возможным осложнением пальцевого исследования ротовой полости пострадавшего может быть	продвижение инородного тела в дистальные отделы дыхательных путей извлечение инородного тела фрагментация инородного тела
19	Перед проведением осмотра ротовой полости при подозрении на наличие инородного тела у пациента без сознания необходимо оценить	наличие дыхания частоту дыхания наличие цианоза кожи
20	Мягкий валик на молярах пострадавшего необходим при удалении инородных тел из ротовой полости у пациентов	в сознании без сознания
21	Прием «удары по спине» выполняют у пострадавших с тяжелой обструкцией инородным телом верхних дыхательных путей, находящихся	в сознании без сознания
22	При выполнении приема «поколачивания» удары наносятся	между лопаток в область грудины в область поясницы над лопатками
23	При выполнении приема «ударь» удары должны быть	отрывистыми плавными
24	При выполнении приема Геймлиха руки спасателя располагаются	на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком в области пупка пострадавшего в любой точке живота пострадавшего
25	При выполнении приема Геймлиха руки направление толчка	снизу вверх вглубь вниз направление не важно
26	При выполнении приема Геймлиха руки необходимо выполнить последовательно	не более 5 толчков любое количество до извлечения инородного тела А) только 1 толчок

27	После выполнения приемов Геймлиха и «поколачивания» пациента необходимо обследовать на предмет наличия	травмы внутренних органов с развитием внутреннего кровотечения
		дыхательной недостаточности
28	При выполнении приема Геймлиха беременной женщине руки спасателя располагаются	по центру грудины
		на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком
		в области пупка
29	Если ребенок подавился, у него сильный кашель, то необходимо	успокоить ребенка, попросить покашлять
		потрясти за плечи, похлопать по спине
		дать выпить горячего чая
30	Пострадавший нуждается в проведении механических приемов удаления инородного тела при	неспособности к разговорной речи, кашлю, дыханию
		сильном кашле
		боли в горле
31	При инородном теле гортани голос у ребенка чаще всего	охрипший
		звонкий
		не изменен
32	Для извлечения инородного тела из дыхательных путей у ребенка старше 1 года при полной обструкции верхних дыхательных путей (отсутствует кашель) необходимо	нанести 5 ударов ладонью по спине пострадавшего, при неэффективности - прием Геймлиха
		уложить пострадавшего на свое колено лицом вниз и ударить ладонью по спине несколько раз
		вызвать рвоту, надавив на корень языка
33	При выполнении приема Геймлиха необходимо выполнить до 5 резких толчков на живот в области	между пупком и мечевидным отростком
		мечевидного отростка
		пупка
		ниже пупка
34	У детей удалять инородное тело из ротовой полости пальцами можно	только при наличии видимого объекта
		всегда
		только при легкой обструкции
35	Наиболее эффективным механизмом удаления инородного тела дыхательных путей из перечисленного является	кашель
		прием Геймлиха
		удары по спине

36	Для извлечения инородного тела из дыхательных путей у ребенка до 1 года необходимо	положить его лицом вниз на предплечье своей руки и нанести 5 ударов между лопатками
		перевернуть вверх ногами и потрясти
		перевернуть вверх ногами и ударить между лопаток
37	У ребенка до 1 года имеется инородное тело в верхних дыхательных путях, сознание сохранено, выполнены 5 ударов по спине. Инородное тело не удалено. Необходимо выполнить	5 толчков в грудную клетку
		Выполнить прием Геймлиха
		Выполнить интубацию трахеи
		Выполнить трахеотомию
38	После удаления инородного тела из верхних дыхательных путей необходимо	Оценить эффективность дыхания
		Дать ребенку воды
		Продолжить СЛР
		Ничего не предпринимать до приезда скорой медицинской помощи
39	Острый коронарный синдром	это группа признаков или симптомов, позволяющих подозревать острый инфаркт миокарда (ИМ) или нестабильную стенокардию
		это группа признаков или симптомов, позволяющих подозревать острый инфаркт миокарда (ИМ)
		это группа признаков или симптомов, позволяющих подозревать нестабильную стенокардию
40	Инфаркт миокарда со стойкими подъемами сегмента ST (ИМпST) отражает	Трансмуральную ишемию в следствие полной острой окклюзии магистральной артерии
		Субэпикардальную ишемию вследствие неполной окклюзии коронарной артерии пристеночным тромбозом
		Субэндокардальную ишемию на фоне спазма коронарной артерии без острого тромбоза
41	Стойкий подъем ST это подъем, сохраняющийся на ЭКГ более	20 минут
		10 минут
		5 минут

42	ИМпST диагностируется у пациентов с ангинозным приступом и	стойким подъемом сегмента в 2-х и более отведениях ЭКГ или остро возникшей блокадой левой ножки пучка Гиса
		любым подъемом ST и блокадой левой ножки пучка Гиса
		подъемом ST, сохраняющимся не менее двух часов
43	Основным методом лечения ИМпST является	Устранение острой окклюзии и реперфузия
		Гепаринотерапия
		Антиагрегантная терапия
		Антикоагулянтная терапия
44	У пациентов после остановки кровообращения, вызванной ИМпST, уровень сознания для выполнения реперфузии	не имеет значения
		имеет значение-противопоказана
45	Реперфузионная терапия рекомендуется всем пациентам с ИМпST	и длительностью симптомов <12 часов
		и длительностью симптомов <24 часов
		и длительностью симптомов <18 часов
46	Выраженный лейкоцитоз при ИМпST считается прогностическим признаком	неблагоприятным
		благоприятным
47	Для ИМпST характерно возникновение подъема ST как минимум в	двух последовательных отведениях
		двух любых отведениях
		трех последовательных отведениях
		четырёх последовательных отведениях
48	Постинфарктная стенокардия — стенокардия, возникшая в	первые 2 недели после инфаркта миокарда
		Только в первые часы от инфаркта миокарда
		Только в первые сутки инфаркта миокарда
49	Для ИМпST характерно появление подъема ST от уровня точки J у мужчин в отведении V2-V3 более	0.2мВ (2мм)
		0.4мВ (4мм)
		0.5мВ (5мм)
50	Для ИМпST характерно появление подъема ST от уровня точки J у женщин в отведении V2-V3 более	0.15мВ (1.5мм)
		0.4мВ (4мм)
		0.5мВ (5мм)
51	Для ИМпST характерно появление подъема ST от уровня точки J, у всех пациентов в отведениях кроме V2-V3 более	0.1 мВ (1мм)

		0.2мВ (2мм)
		0.05мВ (0.5мм)
52	На догоспитальном этапе при подозрении на ОКС запись 12-канальной ЭКГ должна быть осуществлена	как можно раньше
		через 20 минут после возникновения ангинозного приступа
		через 1 час после возникновения ангинозного приступа
53	Для своевременного выявления значимых изменений ЭКГ в первые сутки после возникновения ОКС регистрировать ЭКГ не реже чем через	6-8 часов
		2 часа
		12 часов
54	У пациентов с ИМпST для подтверждения диагноза предпочтительно исследование	уровня тропонина I или T
		миоглобин
		МВ-КФК
55	Решение о проведении реперфузии миокарда	Не должны откладываться до получения информации об уровне тропонина
		Должны откладываться до получения информации об уровне тропонина
56	При не информативности ЭКГ при подозрении на ОКС запись 12-канальной ЭКГ должна повторяться	с интервалами в 15–30 мин или мониторинг ЭКГ
		с интервалами в 1,5 часа
		с интервалами в 1 час
57	Доза нитроглицерина (таблетки) для купирования ангинозного приступа	0.5мг
		0.05мг
		0.005мг
58	Доза нитроглицерина (спрей) для купирования ангинозного приступа	0.4мг
		0.04мг
		0.004мг
59	Повторную дозу нитроглицерина для купирования ангинозного приступа следует принять через	5 минут
		1 минуту
		10 минут
60	Наркотические анальгетики для купирования ангинозного приступа вводятся	внутривенно
		внутримышечно
		подкожно
61	Первоначальная доза морфина для обезболивания ангинозного приступа составляет	2-4 мг
		5-6 мг
		8-10мг

62	При необходимости для купирования ангинозного приступа дозу морфина титруют каждые 5-15 минут по	2-4 мг
		1мг
		5-6мг
63	Осложнениями введения морфина является	Гипотония, брадикардия, брадишное
		Гипертонический криз, тахикардия
		Гиповолемия, тахипное
64	Горизонтальное положение с поднятием ног и/или введение кристаллоидов, реже адрено- и допамин-стимуляторов – эти методы используют для устранения этого осложнения после введения морфина	гипотония
		гипертония
		брадикардии
65	Для устранения выраженной брадикардии в сочетании с гипотонией развившихся в результате купирования ангинозного приступа морфином применяют	Атропин 0.5-1.0 мг внутривенно
		Эуфиллин 5мл 2.4%
		Адреналин 300мкг в/м
66	Для устранения выраженного брадишное развившегося в результате купирования ангинозного приступа морфином применяют	Налоксон 0.1-0.2 мг внутривенно
		Кордиамин 1 мл подкожно
		Кислородотерапия
67	Начальная скорость инфузии нитроглицерина составляет	10мкг/мин
		1мкг/мин
		100мкг/мин
68	При неэффективности начальной дозы нитроглицерина 10мкг/мин скорость инфузии увеличивают каждые 5-10мин на	10-15мкг/мин
		1-5мкг/мин
69	Согласно МКБ-10 выделяют следующие степени термических и химических ожогов наружных поверхностей тела:	первая, вторая, третья
		первая, вторая, третья, четвертая
70	Ожоговый шок, как правило, развивается при ожогах общей площадью более	15% поверхности тела
		10% поверхности тела
		20% поверхности тела
71	Для ожогового шока не характерны	повышение рО ₂ артериальной крови, метаболический алкалоз
		легочные нарушения (одышка, ОРДС)

		гипопротеинемия, гипоальбуминемия, диспротеинемия
		гемодинамические нарушения (Снижение УО, МОК, ОЦК, тахикардия)
72	Клинико-лабораторным критерием ожогового шока не является	гипертермия
		олигоанурия
		гемоконцентрация
		нарушения гемодинамики
73	Критерием нарушения периферического кровообращения является симптом «белого пятна»	более 3 сек.
		более 2 сек.
		более 5 сек.
74	Для борьбы с болевым синдромом рекомендовано применение морфина 0,1 мг/кг	каждые 4-6 часов в/в
		каждые 2 часа в/в
		однократно в/в
		каждые 12 часов внутрь
75	В качестве инфузионной терапии ожогового шока рекомендовано применение в первую очередь	физиологического р-ра или Рингер-лактата
		полиглюкина или реополиглюкина
		р-ров глюкозы
76	В качестве трансфузионной терапии ожогового шока наибольший эффект обеспечивает	нативная плазма
		р-р альбумина
		эритроцитарная масса
77	Критерием адекватности инфузионной терапии у взрослых является темп диуреза	0,5-1 мл/кг/ч
		< 0,5 мл/кг/ч
		> 1 мл/кг/ч
78	Рекомендуемый объем плазмотрансфузии составляет не менее	800 мл
		1000 мл
		600 мл
79	С целью улучшения реологических свойств крови пациентов с ожоговым шоком целесообразно применение	нефракционированного гепарина
		варфарина
		клопидогрела
		аспирина
80	Показанием к применению респираторной поддержки у пациентов с ожоговой	ожоги кожи III степени >40%

	болезнью не является	
		дыхательная недостаточность III степени
		угнетение
		сознания (сопор и глубже)
81	Жажда, тахикардия, уменьшение диуреза, вялость и заторможенность, снижение тургора кожи являются симптомами	дегидратации
		гипергидратации
		гиповолемического шока
82	Основой лечения больных кишечными инфекциями с признаками эксикоза на догоспитальном этапе являются	регидратация и дезинтоксикация
		энтеросорбция антимикробная терапия
		коррекция питания и питьевого режима
83	Обезвоживание IV степени характеризуется потерей массы тела	10% и более
		7-9%
		4-6%
84	Обезвоживание II степени характеризуется потерей массы тела	4-6%
		менее 3%
		7-9%
85	Множественная неукротимая рвота, неутолимая жажда и анурия характерны для дегидратации	IV степени
		II степени
		V степени
86	Для пероральной регидратации рекомендовано использовать	глюкозо-солевые растворы
		неполионные растворы
		коллоидные растворы
		дистиллированную воду
87	Тяжелые формы дегидратации сопровождаются расстройством терморегуляции и повышением чувствительности больного к	понижению температуры
		повышению температуры
88	При эффективной регидратационной терапии состояние больного улучшается, частота пульса становится менее 100 уд/мин, САД превышает	100 мм рт.ст.
		80 мм рт.ст.
		120 мм рт.ст.
89	Для парентеральной регидратации рекомендовано использовать	полионные (солевые) растворы

		неполионные растворы
		полиглюкин
		воду для инъекций
90	При III степени обезвоживания показано струйное введение жидкости из расчета	70–95 мл/кг
		40–60 мл/мин
		100–120 мл/кг
91	При диарее инфекционного генеза не следует применять	противодиарейные препараты
		спазмолитики
		солевые растворы
		антибактериальные препараты
92	Общее количество жидкости для регидратации в условиях стационара можно рассчитать по формуле	Филлипса или Козна
		Кокрофта-Голта
		Альговера
93	Возникновение дегидратационного шока вследствие профузной диареи характерно для	холеры, сальмонеллёза, эшерихиоза, вирусных диарей
		ботулизма
		пищевого отравления
94	Для первичной регидратации при обезвоживании I, II и частично III степени при отсутствии рвоты назначают глюкозо-солевые растворы внутрь, дробно, из расчёта	750 мл в час
		850 мл в час
		650 мл в час
95	После первичной регидратации в условиях стационара по показаниям проводят	корректирующую регидратацию
		промывание желудка до отхождения чистых вод
		тромболитическую терапию
96	Инфузионную регидратационную терапию следует проводить с постоянным контролем параметров гемодинамики каждые	30 мин
		15 мин
		45 мин
97	При кровотечении из верхних отделов ЖКТ источник кровотечения располагается	в пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке
		тощей и подвздошной, толстой кишках
98	Кровопотеря средней степени тяжести характеризуется	ЧСС 100—110 в минуту,
		САД 100—120 мм рт.ст.; диурез <2 л/сут
		ЧСС 80—100 в минуту,

		САД >100 мм рт.ст.; диурез >2 л/сут
		ЧСС >120 в минуту;
		САД <90 мм рт.ст; олигурия
99	Причиной рвоты по типу «кофейной гущи» чаще всего является	кровотечения из язвы желудка или двенадцатиперстной кишки
		кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода или желудка
		рак пищевода или кардии желудка
100	Медицинская эвакуация пациента с желудочно-кишечным кровотечением осуществляется	в положении лёжа с приподнятым головным концом
		в положении сидя или полусидя
		в положении лежа на правом боку
101	При наличии у пациента с кровотечением признаков геморрагического шока необходимо незамедлительно начать проведение	инфузий в/в капельно (р-р натрия хлорида 0,9%, р-р гидроксиэтилкрахмала)
		инфузий в/в струйно (р-р натрия хлорида 0,9%, р-р гидроксиэтилкрахмала)
		сердечно-легочной реанимации
102	Для выяснения причины желудочно-кишечного кровотечения из верхних отделов ЖКТ целесообразно проведение	ФГДС
		рентгеноконтрастного исследования пищевода и желудка
		УЗИ брюшной полости
		зондирования желудка
103	Проведение гемотрансфузии показано при уровне гемоглобина менее	90 г/л
		80 г/л
		100 г/л
		70 г/л
104	Терапия вазопрессорами показана	при недостаточной эффективности инфузионно-трансфузионной терапии
		вне зависимости от эффективности инфузионно-трансфузионной терапии

105	Оперативное лечение желудочно-кишечного кровотечения показано	при неэффективности (невозможности) медикаментозного и эндоскопического гемостаза
106		вне зависимости от эффективности медикаментозного и эндоскопического гемостаза
		если позволяет оснащение стационара
107	Критерии адекватности восстановления ОЦК при массивной кровопотере	САД – 80-100 мм рт.ст., ЦВД – не более 12 см вод. ст., диурез – не менее 40 мл/час, гемоглобин – не менее 90 г/л,
		САД – 70-90 мм рт.ст., ЦВД – не более 12 см вод. ст., диурез – не менее 30 мл/час, гемоглобин – не менее 80 г/л,
		САД – 100-120 мм рт.ст., ЦВД – не более 12 см вод. ст., диурез – не менее 20 мл/час, гемоглобин – не менее 100 г/л
108	Рвота алой кровью (синдром Мэллори—Вейсс) характерна для	рака пищевода или кардии
		желудка
		кровотечения из язвы желудка или двенадцатиперстной кишки
		кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода или желудка
109	Клинически массивная кровопотеря проявляется	снижением САД менее 90 мм рт. ст. и повышением ЧСС
		более 110 уд/мин
		снижением САД менее 110 мм рт. ст. и повышением ЧСС более 90 уд/мин
		снижением САД менее 120 мм рт. ст. и повышением ЧСС более 130 уд/мин
110	Острая кровопотеря III класса характеризуется потерей	30 – 40% ОЦК
		> 40% ОЦК
		15 – 30% ОЦК
111	Индекс Альговера позволяет определить объем кровопотери	в процентах от нормального объема ОЦК
		в миллилитрах
		в литрах
112	Основой лечения гиповолемического шока является	восполнение ОЦК
		дезинтоксикация
		витамиотерапия
113	Признаком нарушения периферической перфузии является увеличение длительности «симптома белого пятна»	более 3 секунд
		более 15 секунд

		более 2 секунды
114	При массивном кровотечении на фоне активации фибринолиза возможно применение	транексамовой кислоты
		аминокапроновой кислоты
		ацетилсалициловой кислоты
115	На догоспитальном этапе неэффективность инфузий р-ра натрия хлорида 0,9% и гидроксиэтилкрахмала при геморрагическом шоке является показанием к назначению	глюкокортикоидных гормонов
		вазопрессоров
		эритроцитарной массы
116	При кровотечении из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка в/в болюсно вводится терлипрессин в дозе	2 мг
		3 мг
		10 мг
117	Недостаточность кровообращения при анафилактическом шоке проявляется снижением уровня САД	ниже 90 мм рт.ст или на 30% от рабочего уровня
		ниже 60 мм рт.ст или на 50% от рабочего уровня
		ниже 100 мм рт.ст или на 15% от рабочего уровня
118	После введения аллергена немедленная форма анафилактического шока развивается в течение	от 30 мин. до 2 часов
		10 мин
		от 10 до 30–40 мин
119	Признаками третьей степени тяжести анафилактического шока являются	АД 60-40/0 мм рт.ст., потеря сознания, судороги, холодный липкий пот, цианоз губ, расширение зрачков, неправильный сердечный ритм, нитевидный пульс
		АД не определяется. Тоны сердца и дыхание не прослушиваются
		АД 100/40 мм рт.ст., потеря сознания, бледность или цианоз кожи, тахипное, тахикардия
120	Максимальное время после введения препарата, в течение которого может развиваться анафилактический шок составляет	6 часов
		1 минута
		30 минут
		1 час
		10 минут
121	Ведущим звеном патогенеза анафилактического шока является	вазодилатация венозного отдела сосудистого русла

		снижение сократительной способности миокарда
		угнетение сосудодвигательного центра
122	Введение салбутамола при анафилактическом шоке показано	больным с бронхоспазмом, после стабилизации АД
		больным с одышкой
		всем больным
		больным с загрудинными болями, после стабилизации АД
123	Главным и первоочередным мероприятием при анафилактическом шоке является	в/м введение адреналина
		в/в введение преднизолона
		введение антигистаминных препаратов
124	Всем пациентам с отягощенным аллергологическим анамнезом перед оперативным вмешательством или рентгеноконтрастным исследованием рекомендуется проводить премедикацию	дексаметазоном или преднизолоном
		дроперидолом или галоперидолом
		димедролом или супрастином
125	При лечении анафилактического шока используются все препараты, кроме	мочегонные
		вазопрессоры
		глюкокортикостероиды
		антигистаминные
126	Типичный вариант анафилаксии характеризуется сочетанием гемодинамических нарушений и	поражения кожи и слизистых
		острой дыхательной недостаточности
		поражения ЦНС
		поражения органов брюшной полости
127	Максимальная разовая доза адреналина для взрослого пациента составляет	0,5 мг
		0,05 мг
		1 мг
		5 мг
128	Начальный объем инфузий кристаллоидов для профилактики гиповолемии при анафилактическом шоке составляет	500-1000 мл
		250-500 мл
		не более 250 мл
129	К наиболее частому этиологическому фактору развития анафилактического шока относятся	лекарственные средства
		пищевые продукты
		яд перепончатокрылых насекомых
130	К препаратам первой линии при лечении анафилактического шока относятся	адреналин и р-р натрия хлорида 0.9%

		глюкокортикоиды и антигистаминные препараты
131	К наиболее распространенному фактору развития сепсиса в акушерстве относится	внебольничный аборт
		анемия
		эклампсия
132	Стадия устойчивого обратимого инфекционно-токсического шока характеризуется	развитием ДВС-синдрома
		повышением САД до 160 мм рт. ст.
		агональным дыханием Чейна-Стокса
		психомоторным возбуждением
133	Целью инфузионной терапии инфекционно-токсического шока не является	ЧСС ≥ 90 уд/мин
		ЦВД 8-12 мм рт. ст.
		диурез $\geq 0,5$ мл/кг/ч
		АД ≥ 65 мм рт. ст.
134	После постановки диагноза эффективные антибактериальные препараты должны быть назначены в течение	1 часа
		30 минут
		1 суток
135	Вероятность наличия септического шока значительно повышается при определении уровня лактата в крови выше	2 ммоль/л
		1 ммоль/л
		1,5 ммоль/л
136	Уровень систолического АД при септическом шоке	Менее 90 мм рт.ст.
		Менее 110 мм рт.ст.
		Менее 100 мм рт.ст.
137	Наиболее чувствительным и специфичным маркером бактериальной инфекции является	прокальцитонин-тест
		сывороточная триптаза
		D-димер
138	Средствами выбора для эмпирической антибактериальной терапии тяжелого сепсиса (септического шока) являются	карбапенемы
		бета-лактамы
		цефалоспорины
139	Препаратами первого ряда при начальной инфузионной терапии септического шока являются	кристаллоидные растворы
		коллоидные растворы
		плазмозаменители
140	Гидрокортизон назначают больным септическим шоком в случае	неэффективности инфузионной и вазопрессорной терапии
		необходимости респираторной поддержки

		развития жизнеугрожающей гипертензии
141	Больные, которым проводится ИВЛ, должны находиться в положении	полусидя, с поднятием головного конца кровати на
		30–45 градусов
		лежа на спине, с согнутыми в коленях ногами
		лежа на правом боку
142	При гемотрансфузии пациентам с септическим шоком целевой уровень гемоглобина составляет	70–90 г/л
		60–70 г/л
		90–100 г/л
143	Оценка эффективности антибактериальной терапии сепсиса проводится через	48 часов терапии
		24 часа терапии
		12 часов терапии
144	Для верификации травмы позвоночника при невозможности выполнить КТ выполняют	спондилографию
		флюорографию
		миелографию
145	В качестве наиболее эффективной иммобилизации пострадавших с травмой позвоночника рекомендуется использование комбинацию жесткого щита под спиной и	жесткого головодержателя
		воротника Шанца
		шейной шины из подручных материалов
146	В случае выявления грубых неврологических нарушений в течение первых 8 часов с момента травмы рекомендуется болюсное введение метилпреднизолона в дозировке	30 мг/кг
		3 мг/кг
		3000 МЕ
		15 мг/кг
147	Отсутствие функции спинного мозга ниже уровня травмы в течение 3-30 дней в результате его отека, ушиба и запредельного защитного торможения деятельности нервных клеток носит название	спинальный шок
		ушиб спинного мозга
		сотрясение спинного мозга
148	В задачи хирургического лечения больных с позвоночно-спинномозговой травмой не входит	восстановление оси позвоночника только во фронтальной плоскости
		полноценная декомпрессия спинного мозга
		фиксация и стабилизация позвоночного столба с целью ранней активизации больного

149	При повреждении позвоночной артерии и явлениях вертебробазилярной недостаточности рекомендуется применение	антикоагулянтов
		вазодилататоров
		стероидных гормонов
150	Неполное повреждение спинного мозга, характеризующееся нарушением двигательных функций и проприоцептивной чувствительности на стороне повреждения и потерей болевой и температурной чувствительности на противоположной стороне носит название	синдром Броун-Секара
		контрактура Вернике-Манна
		синдром Гийена-Барре
		синдром Горнера
151	В течение первых 7 суток после острой травмы рекомендуется поддержание среднего артериального давления на уровне	85-90 мм. рт. ст.
		90-100 мм. рт. ст.
		70-80 мм. рт. ст.
152	Антибактериальная терапия широкого спектра с первых минут госпитализации показана при	колото-резанных огнестрельных и минно-взрывных ранениях позвоночника
		повреждении позвоночной артерии при непроникающей шейной травме
		множественных и многоуровневых повреждениях позвоночника с неврологическим дефицитом
153	Клиническая картина спинального шока представлена в виде триады	артериальная гипотензия, брадикардия, гипотермия
		артериальная гипертензия, брадикардия, гипертермия
		артериальная гипотензия, тахикардия, тетраплегия
		артериальная гипотензия, брадипноэ, односторонний гемипарез
154	Тромбоэмболия легочных артерий – это попадание в артерии малого круга кровообращения тромбов и эмболов, которые мигрировали из	вен большого круга кровообращения
		левых отделов сердца
		артерий большого круга кровообращения
155	Признаком острой правожелудочковой недостаточности не является	акцент I тона над легочной артерией
		расширение границ сердца вправо

		систолический шум у мечевидного отростка
		набухание и пульсация шейных вен
156	Абсолютными показаниями для проведения тромболитической терапии является	массивная
		ТЭЛА с выраженными нарушениями гемодинамики
		субмассивная
		ТЭЛА с нарушениями гемодинамики
		немассивная
		ТЭЛА с незначительными нарушениями гемодинамики
157	Для оценки вероятности ТЭЛА по клиническим данным используют шкалы	WELLS, GENEVA
		GLASGOW
		GRASE
158	Для проведения тромболитической терапии может быть использована стрептокиназа по укороченной схеме	1,5 млн МЕ на протяжении 2 ч.
		2,5 млн МЕ на протяжении 6 ч.
		250 тыс. МЕ на протяжении 2 ч.
159	Наиболее информативным методом верификации ТЭЛА является	КТ легких с контрастированием сосудов грудной клетки
		ангиопульмонографическое исследование
		УЗИ вен нижних конечностей
		Эхокардиография
160	При терапии варфарином целевой уровень МНО составляет	2,0-3,0
		1,0-2,0
		3,0-4,0
161	Выделение высокого и низкого промежуточного риска ранней смерти пациентов с острой ТЭЛА необходимо для определения возможности проведения	тромболитической терапии
		анитикоагулянтной терапии
		двойной антиагрегантной терапии
		хирургического лечения
162	Индекс тяжести ТЭЛА (PESI) используется для определения	риска смерти от ТЭЛА в течение 30 дней
		показаний для тромболитической терапии

		тяжести дыхательной недостаточности при ТЭЛА
163	ЭКГ-признаком ТЭЛА не является	Подъем сегмента ST как минимум в двух последовательных отведениях
		полная или неполная блокада правой ножки пучка
		Гиса
		признаки перегрузки правого предсердия: P-pulmonale
		в отведениях II, III, aVF
		отрицательные зубцы T в отведениях I, aVL, V5-6;
164	Наиболее специфичным показателем при лабораторной диагностике ТЭЛА является уровень	D-димера
		МВ-КФК
		тропонина I и тропонин T
165	Тромболитическая терапия при отсутствии противопоказаний и проводится	при высоком риске смерти от ТЭЛА
		всем пациентам с ТЭЛА
		при высоком и промежуточном риске смерти от ТЭЛА
166	Для устранения гипотензии у пациентов с ТЭЛА применяют	вазопрессоры
		внутривенную инфузию с высокой скоростью введения кристаллоидов
		положение Тределенбурга
167	При острой правожелудочковой недостаточности на фоне ТЭЛА проведение инфузионной терапии возможно со скоростью не более	20 мл в минуту
		100 мл в минуту
		50 мл в минуту
168	У пациентов с ТЭЛА и гипотонией (менее 90 мм рт ст), не имеющих риска кровотечений, предпочтительно проведение	тромболитической терапии
		хирургического вмешательства
169	Для лечения ТЭЛА максимальная доза альтеплазы при применении ускоренной схемы (введение препарата за 2 часа)	100 мг
		50 мг
		150 мг
		10мкг/кг
170	Тромболитическая терапия при ТЭЛА наиболее эффективна в первые	72 часа
		96 часов
		120 часов

171	Пневмоторакс - синдром, характеризующийся скоплением в плевральной полости	воздуха
		транссудата
		крови
172	Признаком пневмоторакса при объективном осмотре не является	изменение границ относительной сердечной тупости
		отставание в дыхании половины грудной клетки
		тимпанический тон при перкуссии
		ослабление голосового дрожания на стороне пневмоторакса
173	Для определения оптимальной точки дренирования плевральной полости необходимо выполнить	рентгенографию в 2-х проекциях
		КТ грудной клетки
		пневмомедиастинографию
174	Консервативно-динамическое наблюдение показано при	малом первичном пневмотораксе, протекающим без дыхательной недостаточности
		среднем первичном пневмотораксе, протекающим с выраженной дыхательной недостаточностью
		невозможности дренирования плевральной полости
175	При дренировании плевральной полости дренаж вводится на глубину	2-3 см
		3-4 см
		1-2 см
176	После дренирования, аспирацию содержимого плевральной полости следует проводить	до полного расправления легкого
		в течение 12 часов
		в течение 1 месяца
		до прекращения поступления воздуха из плевральной полости
177	Показанием к химическому плевродезу тальком является	невозможность по каким-либо причинам выполнить радикальную операцию
		старческий возраст, тяжелые сопутствующие заболевания
		неэффективность дренирования плевральной полости
178	Показанием к экстренной операции по поводу спонтанного пневмоторакса не является	продолжающийся сброс воздуха более 24 часов при расправленном легком

		напряженный пневмоторакс при неэффективности дренирования
		гемопневмоторакс
		продолжающийся сброс воздуха при невозможности расправить легкое
179	Активная аспирация воздуха из плевральной полости проводится с разряжением	20-40 см. вод. ст.
		20-30 см. вод. ст.
		40-50 см. вод. ст.
180	При напряженном пневмотораксе органы средостения смещаются	на здоровую сторону
		на сторону поражения
		в зависимости от локализации пневмоторакса
		краниально
181	Кардиогенный шок характеризуется тяжелой гипотонией. Уровень систолического АД ниже	80 мм рт.ст.
		90 мм рт.ст.
		100 мм рт.ст.
182	Кардиогенный шок характеризуется тяжелой гипотонией продолжающейся более	30 минут
		10 минут
		20 минут
183	Кардиогенный шок характеризуется выраженным снижением сердечного индекса менее	1.8 мин/м ²
		3.8 мин/м ²
		4.8 мин/м ²
184	Кардиогенный шок характеризуется повышением давления заклинивания легочной артерии (ДЗЛА) более	18 мм рт.ст.
		8 мм рт.ст.
		12 мм рт.ст.
185	Основная причина кардиогенного шока-острый инфаркт миокарда с поражением сердечной мышцы в объеме	40%
		20%
		30%
186	Частота развития кардиогенного шока при инфаркте миокарда составляет	5-8%
		10-15%
		1-2%
187	Фактором риска развития кардиогенного шока является локализация инфаркта по	Передней стенки ЛЖ
		Задней стенке ЛЖ
188	Фактором риска развития кардиогенного шока является возраст пациента	пожилой возраст
		молодой возраст

189	Объективное обследование пациента с кардиогенным шоком включает обязательное измерение АД	на двух руках
		на одной руке не менее 2-3 раз с интервалом 1-2 минуты
		на руках и ногах
190	Оксигенотерапия у пациентов с кардиогенным шоком проводится при уровне сатурации кислорода менее	90%
		92%
		94%
191	Оксигенотерапия у пациентов с кардиогенным шоком проводится кислородо-воздушной смесью, в которой содержание кислорода составляет	40-50%
		90-100%
		20-30%
192	Начальная скорость подачи кислородовоздушной смеси при кардиогенном шоке составляет	4-8л/мин
		2-3л/мин
		9-10л/мин
193	Пациенту с кардиогенным шоком при отсутствии признаков застоя в легких показана быстрая инфузия раствора натрия хлорида 200мл за	10 минут
		20 минут
		30 минут
194	Пациенту с кардиогенным шоком при отсутствии признаков застоя в легких возможна повторная инфузия раствора натрия до достижения суммарного объема	400 мл
		500мл
		1000мл
195	Начальная скорость инфузии допамина при кардиогенном шоке составляет	2-10 мкг/кг/мин
		10-20 мкг/кг/мин
		20-30 мкг/кг/мин
196	При отсутствии эффекта от введения допамина скорость инфузии увеличивается каждые	5 минут
		2 минуты
		30 минут
197	Максимальная скорость введения допамина составляет	50 мкг/кг/мин
		100 мкг/кг/мин
		20 мкг/кг/мин
198	Эффект допамина после прекращения инфузии сохраняется в течение	10 минут
		2 минут
		20 минут
199	Дозы дапамина 1-5 мкг/кг/мин увеличивают	почечный кровоток
		коронарный кровоток
		мозговой кровоток

200	Дозы дапамина 5-10 мкг/кг/мин обеспечивают	позитивный инотропный эффект
		отрицательный инотропный эффект
		отрицательный батмотропный эффект
201	Дозы дапамина более 10 мкг/кг/мин вызывают	вазоконстрикцию
		вазодилатацию
202	Побочные эффекты допамина	нарушение сердечного ритма
		гипотония
		брадикардия
203	Начальная скорость инфузии добутамина при кардиогенном шоке составляет	2,5-10 мкг/кг/мин
		1,5-2 мкг/кг/мин
		8-10 мкг/кг/мин
204	Максимальная скорость инфузии добутамина составляет	20 мкг/кг/мин
		40 мкг/кг/мин
		50 мкг/кг/мин
205	Эффект добутамина при внутривенной инфузии развивается через	1-2 минуты
		10 минут
		15 минут
206	Влияние добутамина на периферическое сопротивление	малозначимо
		выраженная вазоконстрикция
		выраженная вазодилатация
207	Эффект добумина после прекращения инфузии сохраняется в течение	5 минут
		10 минут
		15 минут
208	При прогрессирующей гипотонии и отсутствии эффекта от допамина/добутамина показано введение	адреналина или норадреналина
		мезатона и преднизолона
		допамин в больших дозах (более 50 мкг/кг/мин)
209	При прогрессирующей гипотонии и отсутствии эффекта от допамина/добутамина показана инфузия адреналина в дозе	2-4 мкг/мин
		10-20 мкг/мин
		40-50 мкг/мин
210	При прогрессирующей гипотонии и отсутствии эффекта от допамина/добутамина показана инфузия норадреналина в дозе	0,2-1 мкг/мин
		2-4 мкг/мин
		α) мкг/мин

Раздел 3. Специальные профессиональные умения и навыки

(компетенции: УК-1.1, ОПК-1.1, ПК-4.5, ПК-4.6)

Практические навыки

1. Осмотр уха с помощью воронки Зигля,
2. Осмотр носовой полости с применением жесткого эндоскопа,
3. Осмотр носовой полости, носоглотки и гортани с применением риноларингофиброскопа,
4. Продувание слуховых труб по Политцеру,
5. Катетеризация слуховой трубы с помощью ушного катетера (канюля Гартмана),
6. Удаление инородного тела уха, удаление инородного тела носа,
7. Инструментальное удаление инородного тела гортани,
8. Пункция верхнечелюстной пазухи
9. Парацентез барабанной перепонки
10. Микроскопия уха, горла, носа.

Контрольные вопросы

1. Методы остановки носового кровотечения.

Пробное лечение пациентов с интенсивным кровотечением заключается в остановке кровотечения из передних отделов полости носа. Необходимость заместительного переливания крови определяют по уровню гемоглобина, наличию симптомов анемии и уровню основных физиологических показателей. Проводят лечение кровотечения, если оно выявлено.

А) Кровотечение из передних отделов полости носа

Обычно для остановки кровотечения достаточно зажать крылья носа на 10 минут; пациент при этом должен сидеть прямо (если возможно). В случае, если после этого кровотечение не прекращается, вводят ватный тампон, пропитанный сосудосуживающим средством (например, фенилэфрином 0,25%) и местным анестетиком (например, лидокаином 2%) и нос зажимают еще на 10 минут. Затем при визуализации места, откуда началось кровотечение, можно провести прижигание данного участка нитратом серебра, нанесенным на аппликатор, или с помощью электрокаустики. Наиболее эффективно прижигание в 4 квадрантах в непосредственной близости от кровоточащего сосуда. Данную манипуляцию необходимо проводить с осторожностью во избежание прожигания слизистой; в связи с этим нитрат серебра является методом выбора.

В качестве альтернативы может быть введен носовой тампон из поролон. Покрытие тампона местной мазью, такой как бацитрацин или мупирицин, может быть полезным как в качестве смазки, так и в качестве профилактики инфекций. Если эти методы неэффективны, могут быть использованы различные имеющиеся в продаже назальные баллоны для сжатия кровоточащих участков.

В качестве другой альтернативы может быть выполнена передняя тампонада носа с помощью пропитанного вазелином марлевого тампона шириной 1 см; может понадобиться тампон длиной до 175 см. Эта процедура болезненна, и, как правило, необходимы анальгетики; ее следует использовать только тогда, когда другие методы неэффективны или не доступны.

Б) Кровотечение из задних отделов полости носа

Остановка носового кровотечения из задних отделов полости носа может вызвать трудности. Специальные назальные баллоны удобны и быстродейственны; тампонирующее заднего отдела носовой полости также эффективно, но гораздо сложнее. Оба очень неудобны, могут потребоваться внутривенно седация и анальгезия, и требуется госпитализация.

Инструкция по применению баллона, как правило, прилагается.

Для задней тампонады используют туго свернутый и перевязанный 2 плотными шелковыми хирургическими нитями тампон из 10-ти сантиметровых марлевых салфеток, пропитанный антибактериальной мазью. Нити привязывают к катетеру, проведенному через нос в ротовую полость. Затем катетер удаляют через нос, и по мере его удаления тампон устанавливается в носоглотке. Вторую нить, остающуюся длинной, оставляют свисать вдоль задней стенки глотки и фиксируют ниже уровня мягкого неба так, чтобы в последующем с ее помощью можно было удалить тампон. Переднюю часть носовой полости плотно тампонируют с помощью 1 см марли, пропитанной вазелином, и над свертком марли на переднюю часть ноздрей накладывают 1-й шов,

чтобы закрепить задний тампон. Марлевый тампон оставляют в носовой полости на 4-5 дней. Для профилактики синусита и отита назначают антибиотик (например, амоксициллин/клавулановая кислота по 875 мг перорально 2 раза/сут на 7-10 дней). Задняя тампонада снижает уровень PO₂ в крови, вследствие чего пациентам показана O₂-терапия, пока тампон находится в носовой полости. Эта процедура вызывает дискомфорт, и ее при возможности следует избегать.

В некоторых случаях внутренняя верхнечелюстная артерия и ее ветви должны быть лигированы для контроля кровотечения. Артерии можно перевязать клипсами под эндоскопическим или микроскопическим контролем и хирургическим путем используя доступ через верхнечелюстную пазуху (внутренний верхнечелюстной) или трансназальный эндоскопический (основно-небный). Альтернативой является ангиографическая эмболизация сосудов под контролем опытного рентгенолога. Эти процедуры, если сделаны своевременно, могут сократить срок пребывания в стационаре.

Нарушения гемостаза

При синдроме Ренбю – Олсер – Вебера дерматопластика носовой перегородки позволяет уменьшить количество кровотечений и снизить степень анемии. Во время операции возможно одновременное проведение лазерного прижигания сосудов. Селективная эмболизация весьма эффективна, особенно при безуспешном хирургическом лечении или при противопоказаниях к общему наркозу. Новые эндоскопические устройства позволяют проводить трансназальную операцию более эффективно.

Больным с тяжелыми заболеваниями печени необходимо делать очистительные клизмы и назначать слабительное во избежание гепатической энцефалопатии вследствие заглаживания большого количества крови. Необходима стерилизация желудочно-кишечного тракта путем приема непоглощаемых антибиотиков (например, неомицин 1 г перорально 4 раза в день) для предотвращения разложения крови и впитывания аммиака.

2. Стенозы гортани.

Стеноз гортани, сужение дыхательной щели, это не отдельная нозологическая единица, а симптомокомплекс, характеризующийся определенными клиническими проявлениями.

Причинами острого стеноза гортани могут быть инородные тела, травмы, аллергические реакции, различные инфекционные, неврологические и др. заболевания. В клинической картине, помимо симптомов, характерных для каждой конкретной нозологической формы, явившейся причиной острого стеноза гортани, у больных присутствует общий грозный синдром удушья. Тяжесть его проявления, опасность для жизни пациента диктуют

необходимость рассмотрения острых стенозов гортани отдельно, тем более что на выбор тактики лечения больного оказывает влияние зачастую не столько причина стеноза, сколько его стадия.

Малейшее промедление при оказании помощи пациенту с острым стенозом гортани может привести к его гибели.

Острый стеноз гортани может быть обусловлен следующими причинами:

1. Изменением стенки гортани (инфекционно-воспалительный инфильтрат, аллергический отек, посттравматический отек, гематома и т.д.).
2. Попаданием инородных тел экзогенных (фрагменты пищи, зубные протезы, игрушки и т.д.) или эндогенных (зубы, лимфоидная ткань миндалин после тонзиллотомии и аденотомии, корки, густая мокрота).
3. Неподвижностью структур гортани вследствие двустороннего паралича возвратного нерва (n. recurrens) или двустороннего анкилоза перстне-черпаловидных суставов.
4. Сдавлением гортани извне (в результате травмы хрящей гортани, гематомы шеи, инфильтративно-воспалительные процессы на шее).

А) Клиника острых стенозов гортани

Роль стеноза гортани и трахеи с клинической точки зрения определяется главным образом тем, в какой мере стеноз может угрожать жизни больного. Стеноз верхних дыхательных путей при декомпенсации может привести к гибели больного, а при его компенсации несет в себе опасность нарушения деятельности различных органов и систем организма, что становится главным фактором его патогенного действия на организм.

По течению стенозы гортани можно разделить на:

1. Молниеносные (инородные тела гортани, некоторые варианты травм)
2. Острые (гортанная ангина, аллергический отек, ожоги гортани термические и химические и пр.).
3. Подострые (дифтерия гортани, перихондрит гортани).

4. Хронические (опухолы, рубцовые изменения, специфические гранулематозы и пр.). Клиническое течение острых, подострых и хронических стенозов гортани существенно отличается. Дыхательные нарушения при хроническом стенозе гортани нарастают медленно, постепенно подключаются все возможные компенсаторные механизмы организма. Благодаря этому, больные с хроническими стенозами гортани иногда длительно пребывают в стадии компенсации с таким просветом дыхательной щели, острое формирование которой неизбежно привело бы к быстрой декомпенсации. С другой стороны, переход стадии компенсации в стадию декомпенсации и асфиксии происходит молниеносно из-за отсутствия резерва компенсаторных возможностей. Эту особенность клинического течения хронических стенозов гортани необходимо учитывать при выборе лечебной тактики, кажущаяся стабильность состояния больного нередко успокаивает врача, выжидательная тактика может привести к гибели пациента. С другой стороны, при острых стенозах гортани не успевают в полной мере подключиться механизмы компенсации, нет необходимой адаптации, резко проявляется гипоксия, наступает удушье. Тяжесть состояния больного и лечебная тактика зависят от стадии стеноза гортани. Деление на стадии носит во многом условный характер, но имеет большое практическое значение, так как клиническая оценка стадии стеноза определяет алгоритм действия врача любого профиля.

Различают четыре стадии течения стенозов гортани:

1. Компенсация;
2. Субкомпенсация;
3. Декомпенсация;
4. Асфиксия.
 - Стадия компенсации стеноза. Появляется чувство затруднения дыхания при физической нагрузке. В процессе развития стеноза характерно в разной степени выраженное замедление и углубление дыхания, укорочение паузы между вдохом и выдохом. В покое, как правило, ничем себя не проявляет, при физической или психоэмоциональной нагрузке возникает заметное углубление дыхательных движений, снижается частота дыхания. Может быть тахикардия, повышается минутный объем сердца, артериальное давление.
 - Стадия субкомпенсации. Инспираторная одышка в покое, дыхание стридорозное (шумное). В дыхательном акте характерно участие вспомогательной мускулатуры: «раздувание» крыльев носа, втяжение над- и подключичных ямок, межреберных промежутков, связанное с увеличением отрицательного давления в грудной полости вследствие затрудненного поступления воздуха в нижние отделы дыхательной системы. Разрежение воздуха в нижних дыхательных путях и легких ведет к нарушению кровотока в малом круге. Нарастает тахикардия, развивается акроцианоз. Появляется психо-эмоциональное возбуждение, пациент занимает вынужденное положение, как правило, сидя, откинув голову, опираясь руками о постель.
 - Стадия декомпенсации. Психо-эмоциональное возбуждение усиливается, появляется чувство страха, периодически спутано сознание. Характерно выраженное стридорозное дыхание, слышное на расстоянии, максимальное участие в дыхании вспомогательной мускулатуры, усиление экскурсий гортани (вниз при вдохе, вверх при выдохе). Холодный пот, руки, губы, нос становятся холодными (спазм периферических сосудов, централизация кровотока), нарастает распространенный цианоз. Дыхание частое и поверхностное. Нарастает тахикардия, артериальное давление падает, пульс слабого наполнения и напряжения, усугубляется ацидоз.
 - Стадия терминальная (асфиксия). Проявляется нарушением сознания, Возбуждение сменяется апатией, сонливостью. Дыхательные движения частые и очень поверхностные, исчезают втяжения податливых мест грудной клетки на вдохе, исчезает стридор, возникает периодическое дыхание, при котором периоды дыхания чередуются с периодами апноэ. Дыхание Чейна-Стокса характеризуется нарастанием амплитуды дыхания до выраженного гиперпноэ, а затем уменьшением ее до апноэ, после которого опять наступает цикл дыхательных движений, заканчивающихся также апноэ. Гаспинг-дыхание (от англ. gasp – ловить воздух, задыхаться) – это единичные, редкие, убывающие по силе «вздохи», которые наблюдаются при агонии, например, в заключительной стадии асфиксии. Такое дыхание называется также терминальным или агональным. Обычно «вздохи» возникают после временной остановки дыхания (претерминальной паузы). Артериальное давление падает, пульс нитевидный, сердечные тоны глухие, аритмичные. Далее наблюдается

расширение зрачков, расслабление сфинктеров. Наступает клиническая смерть. Правильная оценка степени стеноза гортани важна для определения алгоритма действия врача, в том числе вопрос о возможности транспортировки больного зависит во многом от стадии процесса. В четвертой стадии острого стеноза гортани (асфиксия) трахеостомия или интубация трахеи должны быть выполнены мгновенно в любых условиях, промедление неизбежно приведет к гибели больного. Стеноз гортани 3 степени (декомпенсация) требует срочной трахеостомии (интубации трахеи) на месте, транспортировка больного без предварительного восстановления дыхательной функции опасна. Во второй стадии, как правило, транспортировка возможна, в зависимости от причины стеноза гортани может быть наложена трахеостома (интубация трахеи) или проводиться соответствующее медикаментозное лечение. В первой стадии, как правило, проводится медикаментозное лечение.

Необходимо провести дифференциальный диагноз с удушьем легочного и сердечного происхождения. В дифференциальной диагностике этих состояний помогает оценка характера одышки (экспираторная при бронхоспазме, инспираторная при стенозе), положения больного (при бронхоспазме больной сидит, опираясь на плечевой пояс), стридорозное дыхание не встречается при одышке сердечного или легочного происхождения. Существенное значение имеет соответствующая симптоматика заболеваний легких и сердца: данные аускультации, ЭКГ, наличие периферических отеков, т. д.

Важно уметь клинически дифференцировать стеноз гортани и трахеи, так как от этого нередко зависит и необходимость трахеостомии, и выбор уровня ее наложения. Дисфония является характерным признаком гортанной патологии, только паралитические стенозы гортани не сопровождаются дисфонией, при стенозах трахеи голос не изменен. При ларингеальном стенозе гортань совершает движения вверх и вниз при дыхании, при трахеальном стенозе она остается неподвижной. Стридор выслушивается в проекции стеноза, что также может указать на его уровень.

Б) Лечебная тактика

Важно установить причину стеноза гортани, так как она определяет не только этиотропное лечение заболевания, но и нередко подсказывает характер течения, что влияет на выбор лечебной тактики. Например, аллергический отек гортани быстро может быть купирован внутривенным введением кортикостероидов, а стеноз гортани, обусловленный травмой или инородным телом не может быть быстро ликвидирован на фоне медикаментозного лечения и требует своевременного хирургического пособия.

Лечебные мероприятия при стенозе гортани должны включать:

1. Восстановление при возможности просвета гортани (удаление инородных тел, эвакуация корок, мокроты, вскрытие абсцесса гортани и т. д.)
2. Уменьшение отека слизистой гортани:
 - а) внутривенная инфузия дегидратирующих и противовоспалительных средств: осмотические диуретики, кортикостероиды, хлористый кальций, сернокислая магнезия, антигистаминные препараты, антибиотики по показаниям и т.д.),
 - б) топическое применение дегидратирующих и противовоспалительных препаратов в гортань в виде ингаляций или инстилляций (симпатомиметики, кортикостероиды, изотонический раствор соды, по показаниям муколитики, ферменты и т.д.),
3. Купирование ларингоспазма: вызвать более сильный рефлекс, например, глоточный, введение нейролептиков (дроперидол), оксibuтират натрия (помимо центрального миорелаксантного и седативного эффекта, препарат оказывает антигипоксическое действие, снижает потребность мозговой ткани в кислороде), эуфиллин и пр.
4. Ингаляции кислорода для ослабления симптомов гипоксии
5. Депонирование тканевой жидкости в нижних конечностях (ножные ванны, горячие аппликации к икроножным мышцам, полусидячее положение больного),
6. Кардиотропные препараты, улучшающие гемодинамику
7. Седативная терапия препаратами без угнетающего действия на дыхательный центр (опасно введение транквилизаторов, барбитуратов). Успокоить больного словом, а главное, собственным невозмутимым, уверенным в своих действиях видом, очень важно.
8. При неэффективности указанных мероприятий или при 3 и 4 стадиях стеноза гортани показано безотлагательное наложение трахеостомы или интубация трахеи.

3. Трахеотомия

Трахеотомия как метод лечения стенозов гортани известна с глубокой древности. В 124 году до н.э. римский врач Асклепиад из Вифинии сообщил о проведенной трахеотомии: он вскрыл "дыхательную артерию" по поводу удушья. Гален (131-201 гг. н.э.) описывает операцию, называя ее ларинготомией. Антил (IV в.) подробно изложил показания к трахеотомии. Называя операцию "фаринготомией". Фабриций из Аквапейти (XV в.) использовал трахеотомию для удаления инородных тел и предложил для поддержания просвета трахеи после ее поперечного вскрытия использовать прямую трубку. Кассерий в 1626 году изменил форму трахеостомической трубки, с тех пор трахеотомия и ларинготомия похожи на современные операции. В XVIII в. была изобретена двойная трахеостомическая трубка (Жюри Мартен 1730). В XIX в. трахеотомию в России проводили В.В. Пеликан, Н.Н. Пирогов, В.А. Басов, Л.С. Севрук и др. по поводу дифтерийного крупа, рубцовых стенозов гортани, сифилиса гортани и т.д. С развитием медицины менялись показания к проведению трахеотомии, совершенствовалась ее техника. В современных условиях, при высоком уровне развития анестезиологии и реаниматологии, совершенствовании технических средств интубации и искусственной вентиляции легких трахеотомия не потеряла своего значения. Каждый врач осваивает технику наложения трахеостомы еще в студенческие годы, плановая трахеотомия, проводимая в условиях интубации трахеи и наркоза при соблюдении всех правил, не является технически сложной операцией. Экстренная трахеотомия, проводимая без искусственной вентиляции легких и наркоза, нередко вне операционной, является сложным хирургическим вмешательством, от своевременности и правильности проведения которого зависит жизнь больного. Не останавливаясь непосредственно на технике трахеотомии, остановимся на некоторых особенностях проведения операции в экстренном порядке.

1. Важным условием для проведения трахеотомии является правильное положение больного: строго сагитальное расположение головы, тела. Линия плеч должна быть строго перпендикулярна средней линии шеи. Валик укладывается под плечи больного, при этом гортань и трахея максимально контурируются под кожей, увеличивается расстояние между кольцами трахеи, крупные сосуды шеи относительно трахеи смещаются кзади. К сожалению, нередко больного со стенозом гортани перевести в горизонтальное положение не удастся из-за нарастающей дыхательной недостаточности. В этом случае приходится накладывать трахеостому в положении больного сидя: ассистент запрокидывает голову больного назад, строго соблюдая ее срединное положение.

2. Идеальным видом анестезии при наложении трахеотомии является наркоз с интубацией трахеи и искусственной вентиляцией легких, однако в экстренных условиях, особенно, если показанием для операции является стеноз гортани, рассчитывать на возможность интубации трахеи не приходится, более того, повторные неудачные попытки ее осуществления могут усугубить ситуацию. Если позволяют условия и состояние пациента, может быть осуществлена местная инфильтрационная анестезия новокаином или лидокаином из четырех точек, образующих ромб (яремная вырезка, середина перстневидного хряща, передние края жевательных мышц), однако массивная инфильтрация тканей анестетиком может осложнить ориентировку в тканях. Разрез должен быть намечен до начала анестезии. В экстренной ситуации не следует тратить время на тщательное обкалывание анестетиком, необходимо быстро обнажить трахею, ввести новокаин в претрахеальное пространство, а после восстановления дыхания через трахеостому можно дополнить анестезию. В критических случаях допустима трахеотомия без анестезии.

3. Разрез кожи в экстренных случаях должен проводиться продольный. Более эстетичный горизонтальный разрез по кожной складке хорош для плановой хирургии. Продольный разрез достаточной длины позволит легче ориентироваться в ране, не потребует излишнего растягивания краев разреза ассистентом, что снизит риск потерять белую линию шеи. В случае отсутствия помощника, зажимы, симметрично фиксированные на средней части кожного разреза, будут достаточно эффективно раскрывать рану.

4. Выбор уровня рассечения трахеи (выше, ниже перешейка щитовидной железы или с ее пересечением) в экстренной ситуации зависит во многом от анатомических особенностей больного и предполагаемого уровня стеноза. При подозрении на стеноз трахеи или на распространение патологического процесса гортани в трахею, имеет смысл накладывать трахеостому максимально низко. Однако в нижних отделах шеи над претрахеальной фасцией имеются богатые венозные сплетения, ранение которых чревато массивным кровотечением. Кроме

того, низко расположенный раневой канал более длинный, что повышает риск формирования ложного хода при смене трубки в послеоперационном периоде, вероятность развития подкожной эмфиземы. У стариков нередко имеется физиологическое опущение гортани, нижний край щитовидного хряща проецируется ниже верхнего края яремной вырезки грудины. Верхняя трахеотомия – единственно возможный вариант в этом случае, может быть осуществлена только после вытягивания гортани кверху однозубым крючком за перстневидный хрящ. В экстренных случаях следует избегать пересечения перешейка щитовидной железы. В большинстве случаев, даже при больших размерах его, после пересечения перстне-щитовидной связки, удается мобилизовать и эффективно сместить перешеек книзу. При больших опухолях щитовидной железы приходится перешеек пересекать и при неустановленном морфологическом диагнозе после восстановления дыхания должен быть взят материал из ткани щитовидной железы для гистологического исследования. Верхняя трахеотомия технически часто представляется более простой, однако может не решить проблему восстановления дыхания при стенозах трахеи, кроме того, близкое расположение трахеостомического канала к перстневидному хрящу часто приводит к развитию хондроперихондрита гортани с последующим формированием хронического стеноза гортани, деканюлировать такого больного будет очень сложно.

5. Ориентировка в ране является залогом успешной безопасной трахеотомии. Хирург должен строго следовать белой линии шеи, послойно раздвигая мягкие ткани. Ассистент, удерживая крючки, должен оказывать симметричные усилия, избегая перетягивания тканей в сторону от средней линии. Полезно, при сложной ориентации, периодически извлекать крючки и пальпировать пальцем трахею (прощупывается «гофрированный» контур). У подростков, молодых женщин хрящи трахеи очень податливые, мягкие, трахея может попасть под крючок ассистента. В этом случае помочь сориентироваться может пальпация щитовидного и перстневидного хрящей и определения таким образом положения трахеи. При больших опухолях щитовидной железы, даже доброкачественных, трахея сплющивается от сдавления опухолью, но не теряет «гофрированность», пальпаторно может быть определена. В случае неуверенности или «потери» трахеи в ране, прежде чем отчаянно пытаться вскрыть трахею, возможно пропунктировать трахею иглой с шприцем – получение воздуха подтвердит, что вы на правильном пути.

6. Гемостаз должен осуществляться до вскрытия трахеи для профилактики аспирации крови в нижние дыхательные пути, однако в экстренной ситуации достаточно ограничиться наложением зажимов без лигирования сосудов или даже простым тампонированием раны. После восстановления дыхания проводится тщательное лигирование кровоточащих сосудов, так как в послеоперационном периоде сохраняется риск аспирации крови, может быть усиление кровотечения на фоне стабилизации гемодинамики больного.

7. Рассечение трахеи при совершении гортанью движений вверх и вниз (что характерно для стенозов гортани) без предварительной фиксации гортани однозубым крючком, опасно ранением стенки пищевода. Разрез передней стенки трахеи предпочтительно проводить в горизонтальном направлении строго между кольцами трахеи. При правильном положении больного межхрящевые промежутки увеличены, при рассечении трахеи появляется зияние, пузыри воздуха, что облегчает введение зеркала Киллиана. Необходимо избегать широких разрезов на трахее из-за риска пересечения возвратных нервов в трахеопищеводной борозде, кроме того, широкий разрез создает предпосылки для развития подкожной эмфиземы в послеоперационном периоде.

8. Введение трубки в просвет трахеи – очень ответственный момент. Если плохо рассечена слизистая оболочка трахеи, то форсированное введение трубки приведет к отслойке слизистой, дыхание не будет восстановлено, а попытка проведения искусственной вентиляции только усугубит ситуацию. При введении трубки нередко происходит перелом хрящей трахеи с пролабированием фрагментов в ее просвет. Это осложнение можно избежать, используя следующий прием: удерживая канюлю в боковом положении, ввести ее верхний край в просвет трахеи, слегка «наступая» стенкой трубки на верхний хрящ, при этом расширяется просвет трахеи и далее вводится нижний край канюли, она продвигается книзу с одновременным разворотом в продольное положение.

9. Не следует тщательно ушивать кожную рану, так как неизбежно возникающий кашель в послеоперационном периоде может спровоцировать попадание воздуха под давлением в мягкие ткани шеи, развитие подкожной эмфиземы. Кроме того, нередко трахеотомия накладывается уже при низком артериальном давлении у больного, травма щитовидной железы или другой источник кровотечения может остаться незамеченным во время операции, а после стабилизации гемодинамики начинается кровотечение, которое при плотно ушитой ране может привести к

аспирации крови в нижние дыхательные пути. В этом случае все равно придется раскрывать кожную рану для проведения ревизии и гемостаза. Оставленная кожная рана создает оптимальные условия для смены трубки в послеоперационном периоде. Риск инфицирования зияющей кожной раны не более чем ушитой при соблюдении обычных правил асептики, более того всегда инфицированный раневой канал вокруг канюли при плотно ушитой коже может способствовать формированию глубоких гнойников, тогда как при неушитой ране сохраняется хороший дренаж по ходу раневого канала, что предотвращает формирование абсцессов. Рекомендуется наложить швы на углы кожной раны, а после деканюляции могут быть наложены вторично отсроченные швы.

10. С целью профилактики образования кожной эмфиземы в первые сутки после трахеотомии предпочтительнее использовать трахеостомическую канюлю с манжетой. Правильно подобранная трахеостомическая канюля с манжетой препятствует повышению давления воздуха в трахеостомическом канале при кашле и препятствует возможной аспирации сукровичного отделяемого в просвет трахеи. Формирование сукровичных корок в просвете трахеи в первые сутки после операции может быть причиной асфиксии и гибели больного. Коникотомия, рассечение конической связки для восстановления дыхания может применяться только в отчаянных ситуациях, когда невозможно наложить трахеостому. Риск кровотечения и аспирации связан с расположением в области конической связки а. laryngea media из бассейна верхней щитовидной артерии. Нельзя оставлять канюлю в конической связке длительно из-за высокого риска развития перихондрита гортани и стойкого стеноза её. Сразу после стабилизации состояния больного и транспортировки его в стационар должна быть наложена классическая трахеостомия, а дефект конической связки ушит наглухо, необходимо провести адекватную противовоспалительную терапию для профилактики развития хондроперихондрита гортани. В ряде случаев может быть использована пункция трахеи - трахеопункция толстой иглой как вспомогательная мера, позволяющая выиграть время, иногда даже транспортировать больного. Для проведения пункции трахеи необходимо придать такое же положение больному как при трахеотомии. Пункция проводится в экстренных условиях без анестезии, левой рукой фиксируется гортань, трахея, прощупывается межхрящевой промежуток. Можно провести пункцию конической связки - коникопункцию, технически эта процедура проще, меньше риск травматизации задней стенки трахеи. Однако надо помнить о том, что при стенозе гортани происходит смещение гортани вверх и вниз, что затрудняет процедуру и увеличивает риск выпадения иглы при транспортировке больного. Кроме того, имеет смысл осуществлять пункцию заведомо ниже уровня стеноза. Через трахеопункцию или коникопункцию может быть по проводнику установлен катетер, который более удобен при необходимости транспортировки и менее опасен для задней стенки трахеи. Через катетер в просвете трахеи можно ингалировать кислород для борьбы с гипоксией.

4. Продувание ушей по Политцеру.

Продувание ушей по Политцеру – лечебно-диагностическая манипуляция, заключающаяся во введении в полость среднего уха воздуха через евстахиеву трубу. Процедура осуществляется при помощи одноименного баллона и отоскопа.

Подготовка к процедуре.

Непосредственно перед продуванием ушей проводят подготовку носовой полости – очищают ее от слизи, производят орошение сосудосуживающими препаратами для уменьшения отека.

Как проводится продувание ушей по Политцеру.

Процедуру должен проводить только ЛОР-врач, обладающий соответствующими навыками.

В подготовленную ноздрю вводят наконечник политцеровского баллона и прижимают его крылом носа для создания герметичности. Специальным отоскопом соединяют наружный ушной проход пациент с ушным проходом врача. После этого пациент просят произносить по слогам слово «паро-ход» и считать до трех. В момент произнесения гласного звук сжимают баллон, направляя тем самым поток воздуха в евстахиеву трубу. В этот момент врач и пациент слышат одинаковый звук: шипение при нормальной проходимости трубы или щелчок при наличии препятствия току воздуха. При наличии в полости среднего уха жидкости (серозного или гнойного характера) отмечается резкое ослабление дующего шума, выслушиваются звуки лопающихся пузырьков.

Процедура проводится аналогично для другого уха.

При восстановлении проходимости слуховой трубы выполняется 5-10 процедур с интервалом в 1-2 дня на протяжении 1-2 недель. При неэффективности курс продуваний рассматривают другие

варианты восстановления проходимости слуховых труб.

Интерпретация результатов.

При оценке проходимости слуховой трубы продувание по Политцеру должно дополняться другими пробами: пробой с пустым глотком, пробами Тойнби и Вальсальвы, катетеризацией ушной трубы.

Если все пробы положительны, то отмечается I степень проходимости трубы. Если же положительный результат отмечается только при катетеризации, то проходимость трубы оценивают V степенью.

Показания.

Процедура показана в следующих случаях:

- d) определение последствий перенесенного тубоотита;
- e) восстановление проходимости евстахиевой трубы после евстахиита;
- f) оценка дренажной и вентиляционной функций слуховой трубы.

Следующие жалобы могут являться основанием для назначения процедуры:

- снижение слуха;
- боль в ухе;
- заложенность в ушах;
- аутофония – усиленное восприятие собственного голоса.

Противопоказания.

Острые воспалительные заболевания носа, носо- и ротоглотки, ввиду большой вероятности занесения инфекции в полость среднего уха, что может привести к гнойному среднему отиту.

Осложнения.

Как и любая инвазивная процедура, продувание ушей по Политцеру может осложняться.

Самыми распространенными осложнениями являются:

- баротравма – контузия барабанной перепонки и среднего уха повышенным давлением;
- разрыв барабанной перепонки;
- гнойный отит при пренебрежении противопоказаниями;
- кровотечение;
- эмфизема подкожной или окологлоточной клетчатки.

Помимо осложнений во время процедуры могут отмечаться побочные эффекты: шум в ушах, головокружение. Появление этих явления не является поводом для отказа от процедуры.

Недостатком этой процедуры является относительно низкая эффективность при восстановлении проходимости слуховых труб – положительный эффект отмечается только у 20-30% пациентов, перенесших тубоотит. К тому же процедура достаточно неприятная. Проведение ее крайне затруднено у маленьких детей. Проведение катетеризации слуховой трубы более эффективная методика, так как в результате этой процедуры имеется возможность введения в полость среднего уха лекарственных препаратов, что повышает терапевтическую эффективность метода.

Альтернативой политцеризации как диагностической манипуляции является динамическая тимпанометрия, позволяющая количественно определить давление в барабанной полости и вычислить его градиент при проведении той или иной пробы.

5. Катетеризация слуховой трубы.

Катетеризация слуховой трубы – лечебно-диагностическая манипуляция, при которой в слуховую (евстахиеву) трубу, соединяющую полость среднего уха с ротоглоткой, вводится катетер. Ушной катетер (канюля Гартмана) представляет собой изогнутую особым образом металлическую трубку с воронкообразным расширением.

Подготовка к процедуре.

Непосредственно перед продуванием ушей проводят подготовку носовой полости – очищают ее от слизи, производят орошение сосудосуживающими препаратами для уменьшения отека.

Как проводится катетеризация слуховой трубы.

Под контролем передней риноскопии по нижнему носовому ходу в носовую полость вводится металлический катетер. Изогнутый «клювик» направлен вниз. Введение осуществляется до задней стенки ротоглотки. После это катетер поворачивается клювом к середине и подтягивается на себя до момента, когда он упрется в сошник (средняя носовая перегородка). Далее производится вращение клюва на 120-150 градусов в латеральную сторону. При попадании его в устье слуховой трубы возникает ощущение провала.

Контроль положения катетера осуществляется путем осторожно вдувания в катетер воздуха –

пациент ощущает шум в ухе.

Интерпретация результатов.

В том случае, если катетеризировать слуховую трубу не удалось, выставляется V степень проходимости трубы.

Для оценки проходимости евстахиевой трубы после ее катетеризации используют пробу с сахаринном или красителем (метиленовым синим). Эти пробы можно провести только при наличии в барабанные перепонки перфорационного отверстия. При этих пробах в барабанную полость вводится соответствующий раствор. В норме через 8-10 минут введенное вещество оказывается в носоглотке, что ощущается пациентом как появление сладкого привкуса (при пробе с сахаринном) или отмечается появление синьки в ротоглотке (при пробе с красителем). Удовлетворительной пробой считается появление указанных признаков через 10-25 минут, неудовлетворительной – более чем через 25 минут.

Показания.

Катетеризация проводится для оценки вентиляционной и дренажной функций слуховой трубы. В ходе катетеризации, а также других проб (Вальсальвы, Тойнби), при продувании ушей по Политцеру оценивается вентиляционная способность евстахиевой трубы.

Катетеризация показана также при лечении последствий перенесенного тубоотита. Через катетер можно вводить лекарственные препараты.

Катетеризация выполняется при безуспешности политцеризации, анатомических особенностях мягкого неба, при которых невозможно выполнить продувание.

Противопоказания.

Острые воспалительные заболевания носа, носо- и ротоглотки, ввиду большой вероятности занесения инфекции в полость среднего уха, что может привести к гнойному среднему отиту.

Неврологические и психические заболевания, при которых интенсивное воздействие на орган слуха может спровоцировать потерю сознания или судороги. К таким заболеваниям относят эпилепсию, болезнь Паркинсона.

Осложнения.

Самые распространенные осложнения:

- кровотечение;
- травма слизистой оболочки носоглотки;
- эмфизема окологлоточной клетчатки.

Успешность катетеризации зависит от нескольких факторов. В первую очередь, это опытность проводящего процедуру врача. В наименьшей степени на результат влияют аномалии носовой перегородки – ее искривление, появление на ней рубцов. Затрудняют процедуру узкие носовые ходы, полипоз носа.

Дополнительные сведения о катетеризации.

К недостаткам катетеризации следует отнести инвазивность метода. Процедура эта достаточно неприятная и у впечатлительных людей ее проведение может привести к обмороку. В последнее время катетеризация используется достаточно редко, в основном в стационарах. Для диагностики заболеваний органа слуха на передний план выходят объективные методы исследования: отоскопия посредством видеоотоскопа, эндоскопия внутреннего отверстия слуховой трубы.

Дополняет катетеризацию динамическая тимпанометрия, позволяющая количественно определить давление в барабанной полости и вычислить его градиент при различных пробах.

6. Пункция верхнечелюстной пазухи.

Пункция верхнечелюстной пазухи, именуемой гайморовой, впервые произведена более сотни лет назад, после чего и стала самым распространённым и эффективным методом лечения гнойно-воспалительных заболеваний околоносового синуса. Хотя за рубежом последнее время стараются не проводить такое хирургическое лечение и назначают для разрешения гнойного процесса длительные (около месяца) курсы антибиотикотерапии.

Отечественная же отоларингология придерживается классических методов. Их преимущество, по меньшей мере, в том, что столь продолжительная антимикробная терапия приводит к ослаблению иммунитета, развитию кандидоза (молочницы) на фоне нарушения баланса естественной микрофлоры человека.

Более того при остром процессе выздоровление наступает, можно сказать, практически сразу после выхода гноя из полости носа и, соответственно, пропадает необходимость ожидать результата столь длительное время. Однако в последнем случае речь идет исключительно про

острый первичный гайморит.

Хронические формы болезни требуют несколько иного лечения и длительных курсов антибиотиков.

Значение.

Прежде всего, задача пункции освободить носовую полость от патологического содержимого (гноя). Кроме того пункция позволяет определить характер патологического процесса (гнойное или негнойное, содержит кровь или нет, присутствуют ли опухолевые клетки или нет) в сложных диагностических случаях, когда другими методами этого достичь не удастся.

Показания к процедуре.

Основными показаниями для выполнения пункции околоносовой пазухи при гайморите являются:

- Отсутствие клинического эффекта от консервативной (без хирургического вмешательства) терапии. Как при остром, так и при хроническом гайморите;
- Тяжелое общее состояние человека, которое сопровождается сильными головными болями и болями в области пазух;
- Скопление крови в пазухе носа;
- Определение уровня жидкости на рентгенографическом исследовании;
- Полное нарушение естественного оттока жидкости из пазухи;
- Необходимость проведения контрастного рентгенографического исследования.

Противопоказания.

Прокол противопоказан:

- Маленьким детям;
- Лицам с острыми инфекционными заболеваниями;
- Лицам с тяжелыми формами заболеваний (сахарный диабет, артериальная гипертензия);
- При анатомических дефектах гайморовой пазухи.

Техника выполнения.

Если пункция проводится по поводу такого заболевания, как гайморит, то манипуляция состоит из следующих этапов.

Сначала проводят обезболивание (анестезию). Для этого раствор Лидокаина или Дикаина в сочетании с адреналином (для сужения сосудов слизистой с целью лучшего обзора) наносят при помощи марлевого тампона на поверхность слизистой оболочки в нижний носовой ход.

Пункция проводится при помощи специальной иглы Куликовского. Врач вводит ее под нижнюю носовую раковину примерно на 2 см, так именно в этом месте ее стенка наиболее податлива. После определенного усилия происходит так называемый «провал» в гайморову полость. Затем следует аспирировать (удалить) шприцом содержимое, хотя в подавляющем большинстве случаев оно само начинает выделяться в полость носа. Пазуху после процедуры промывают раствором антисептиков. При необходимости можно установить дренаж и провести повторную пункцию.

Осложнения.

Последствия после прокола могут быть следующие:

- Кровотечение;
- Прокалывание верхней стенки пазухи (глазничная пункция);
- Прокалывание передней стенки пазухи (щечная пункция);
- Воздушная эмболия.

Лечение после прокола.

Дальнейшее лечение предполагает назначение антибиотиков, противовоспалительных средств (НПВС), противоаллергических (антигистаминных).

Кроме того, следует уделить особое внимание восстановлению иммунитета, правильному сбалансированному питанию и витаминотерапии.

Отверстие в кости «зарастает» через несколько недель и не приводит к необходимости повторных пункций, как бытует мнение.

7. Парацентез барабанной перепонки.

Парацентезом барабанной перепонки называется медицинская манипуляция, в ходе которой ЛОР-врач производит прокол или разрез барабанной перепонки. Парацентез производится при среднем отите, когда воспалительный экссудат заполняет полость среднего уха и приводит к значительному повышению давления в нем. В такой ситуации парацентез является единственным способом лечения среднего отита и избавления от признаков раздражения внутреннего уха (головной боли, тошноты, головокружения).

Хотя парацентез является достаточно инвазивной процедурой, отказ от него чреват серьезными осложнениями. Острый средний отит может привести к следующим осложнениям: отогенный паралич лицевого нерва, тугоухость, лабиринтит, мастоидит, менингит и др.

Показания.

Показания к парацентезу следующие:

1. Острый гнойный средний отит.
2. Долго не разрешающийся вялотекущий средний отит.
3. Скарлатинозный отит.

Клиническими признаками, при которых проведение парацентеза не стоит откладывать, являются:

- болевой синдром в ухе;
- гипертермия (высокая температура);
- наличие вышеуказанных осложнений;
- взбухание барабанной перепонки.

Техника выполнения.

Предварительно наружный слуховой проход очищают механически – удаляют серу, салные выделения, производят дезинфекцию кожи наружного слухового прохода спиртом или другим антисептиком.

Парацентез можно проводить без анестезии, но эмоциональным людям, детям и по желанию пациента возможно проведение процедуры под местной анестезией. Для этого под зрительным контролем в слуховой проход вплотную к барабанной перепонке вводят ватку, пропитанную местным анестетиком, и оставляют ее на 5-7 минут, после чего удаляют.

Положение пациента во время процедуры – сидя или лежа. Голову фиксирует помощник врача во избежание случайных движений. В слуховой проход вводится ушная воронка большого размера. Освещение производится налобным рефлектором. Под визуальным контролем в воронку вводится парацентезная игла. Не касаясь иглой стенок ушного прохода. Ее доводят до барабанной перепонки, выполняют вкол и вертикальный разрез в заднем отделе перепонки.

При правильно выполненном парацентезе через разрез начинает отходить гнойное содержимое барабанной полости. После процедуры в наружный слуховой проход вводят стерильную марлевую турунду.

Рекомендации после проведения парацентеза.

Обязательно продолжение антибактериальной терапии отита. Турунду в ухе меняют каждые 3-4 часа или по мере пропитывания ее гнойным отделяемым. При уменьшении количества отделяемого обязательно проводят контрольную отоскопию. При слипании краев разреза барабанной перепонки парацентез выполняют повторно.

Осложнения парацентеза барабанной перепонки.

К осложнениям следует отнести:

- травма стенки слухового прохода парацентезной иглой;
- травма медиальной стенки барабанной полости, возникающая при чрезмерно глубоком введении иглы.

При выполнении парацентеза неопытным специалистом возможно неполноценное выполнение процедуры – выполняется неполноценный прокол перепонки, а только царапанье. В этом случае процедуру приходится повторять.

Дополнительная информация.

Довольно распространено мнение о том, что парацентез опасен для слуховой функции уха и может привести к тугоухости и глухоте. Однако данное утверждение является ошибочным. Многочисленные исследования доказали, что своевременное проведение парацентеза значительно снижает риск развития осложнений гнойного отита. К тому же, при лечении гнойного среднего отита консервативными методами, происходит организация гнойного экссудата, что сопровождается риском появления в барабанной полости рубцов и сращений. А рубцы и сращения в 100% случаев приводят к нарушениям слуха.

Наличие отверстия в барабанной перепонке после парацентеза никак не влияет на функцию слуха, к тому же отверстие самостоятельно зарастает через несколько дней.

8. Классификация инородных тел верхних дыхательных путей и ушей.

Инородные тела уха.

Различают два вида инородных тел уха — живые и неживые. Живые — это различные насекомые (клопы, тараканы, мошки, мухи и др.), неживые — мелкие

предметы (пуговицы, бусины, горох, косточки от ягод, семечки, куски ваты и др.), которые попадают в наружный слуховой проход.

Наиболее часто инородные тела, как правило, не вызывают никаких болевых ощущений и нахождение их в ухе не ведет к каким-либо серьезным последствиям. Поэтому первой помощи в таких случаях не требуется. Необходимо подчеркнуть, что всякие попытки окружающих или самого пострадавшего удалить инородное тело могут лишь способствовать дальнейшему проталкиванию этих тел в глубь слухового прохода. Извлечение таких инородных тел неспециалистом категорически запрещается, так как это может привести к тяжелым осложнениям: перфорации барабанной перепонки, инфицированию среднего уха, и т. д.

Живые инородные тела могут вызвать неприятные субъективные ощущения — чувство сверления, жжения и боли.

Инородные тела носа.

Все инородные тела носа разделяются на такие категории:

- органические (косточки плодов, кусочки пищи, овощей, фруктов, спички, куски бумаги, семена);
- неорганические (камни, мелкие пуговицы, бусины, фрагменты пластмассовых игрушек, губки, вата, куски поролона);
- металлические (шурупы, значки, кнопки, булавки, пуговицы, гвозди, иголки, монеты, осколки боевых снарядов);
- живые (личинки, гельминты, пиявки, насекомые).

Инородные тела глотки.

Классификация зависит от их локализации:

- верхняя (инородное тело в носоглотке);
- средняя (в ротоглотке);
- нижняя (в гортаноглотке).

Самыми распространенными являются инородные тела ротоглотки и гортаноглотки. Носоглоточная локализация инородных тел — достаточно редкая патология, поскольку попаданию инородных тел в эту часть предшествует паралич мягкого неба, такие явления обусловлены влиянием заболеваний ствола головного мозга (опухоли, ишемический и геморрагический инсульт, нейросифилис, сирингомиелия и пр.).

Характер инородных тел глотки подразумевает наличие живых, бытовых, пищевых и ятрогенных инородных тел. В основном, диагностируются инородные тела глотки, которые представляют собой рыбные и мясные кости, куски плохо пережеванного мяса и подобное. Среди бытовых инородных тел глотки часто бывают гвозди, шурупы, пуговицы, булавки, швейные иглы, кусочки дерева и стекла, зубные протезы, фрагменты мелких игрушек и монеты. К числу ятрогенных инородных тел относятся обломки медицинских инструментов (используемых в оториноларингологии, стоматологии и хирургии), тампоны, зубные сверла и прочее.

Происхождение инородных тел может иметь экзогенный и эндогенный характер. Эндогенные тела попадают в глотку путем восхождения по пищеводу или образуются уже непосредственно в ней. Они могут представлять собой петрификаты, образование которых происходит в криптах небных миндалин или мигрирующие в глотку аскариды из кишечника через желудок и пищевод. Инородные тела экзогенного характера попадают в глотку снаружи, через нос и рот.

Классификация глубины проникновения инородных тел подразумевает наличие поверхностных и глубоко проникающих инородных тел.

9. Отоскопия.

Отоскопия. Под этим понимают искусственное освещение глубоких частей слухового прохода и барабанной перепонки, а при нарушениях целостности этой последней или при полном ее отсутствии также и барабанной полости.

Отоскопию производят с помощью искусственного источника света, рефлектора и ушной воронки. В качестве источника света можно пользоваться электрической лампой, керосиновой, а при нужде и всякого рода светом (свечи и пр.).

Рефлектор представляет собой отрезок сферического зеркала с фокусным расстоянием от 10 до 20 см (лучше всего в 15 см) с центральным отверстием круглой или овальной формы. Его укрепляют на лбу с помощью лобной повязки из какой-нибудь ленты или обруча из твердого каучука. Его называют поэтому также лобным зеркалом.

Применение рефлектора основано на следующем: лучи, идущие от источника света, попадают на

рефлектор и от него отражаются в ухо больного. Оттуда лучи возвращаются тем же путем обратно к источнику света. Однако часть лучей проходит через отверстие рефлектора и попадает в находящийся позади последнего глаз наблюдателя.

Аномалии рефракции у наблюдателя корригируются соответственными очками.

Ушные воронки представляют собой небольшие конические трубочки разного внешнего вида. Они вводятся в слуховой проход больного для того, чтобы выпрямить кривизну прохода, так как световые лучи имеют прямолинейное направление и в извилистом слуховом проходе не могут попасть на барабанную перепонку. Лишь в исключительных случаях слуховой проход бывает настолько широк и мало извилист, что становится возможным осмотр без ушной воронки.

Техника отоскопии такова: больного усаживают на стул, маленьких детей держит на руках мать или кто-либо из помогающего персонала. Источник света ставится справа от больного на высоте его уха. Врач также садится перед больным, направляет при помощи рефлектора свет на область уха больного, оттягивает его ушную раковину назад, вверх и наружу (у маленьких детей назад, наружу и вниз) и этим выпрямляет кривизну слухового прохода. Затем вводит ушную воронку в ухо больного и потом слегка поправляет рефлектор, регулируя освещение. Глубже перепончато-хрящевой части слухового прохода вводить воронку не следует, так как кожа костной части слухового прохода очень чувствительна к прикосновению и давлению.

Для получения увеличенных образов можно пользоваться увеличительными стеклами, проще всего лупами в 9—10 диоптрий.

Существуют также особые лобные электрические лампы, делающие излишним применение рефлектора, так как лампа, находящаяся на лбу, освещает ухо.

Нормальная отоскопическая картина несколько отличается от вида барабанной перепонки на анатомическом препарате. Получается некоторое перспективное искажение барабанной перепонки, так как исследователь производит осмотр на большой глубине и к тому же рассматривает ее одним глазом.

Нормальная барабанная перепонка имеет жемчужносерый цвет, на ней видна рукоятка молоточка с коротким отростком и обе складки — передняя и задняя. Спереди и снизу виден блестящий световой рефлекс треугольной формы, зависящий от того, что от этого места световые лучи отражаются под прямым углом в глаз наблюдателя. Так как нормальная барабанная перепонка полупрозрачна, то сквозь нее могут просвечивать, длинный отросток

Для удобства описания патологических изменений на барабанной перепонке ее мысленно делят двумя взаимно перпендикулярными линиями на четыре участка, или квадранта: одна линия проводится по рукоятке молоточка и далее мысленно вниз до *annulus tympanicus*, другая — перпендикулярно к первой через нижний конец, рукоятки молоточка. Квадранты носят название передне-верхнего и задне-верхнего, передне-нижнего и задне-нижнего.

10. Риноскопия.

Риноскопия носа — это метод осмотра полости носа. Различают переднюю, среднюю и заднюю риноскопию.

Проведение риноскопии

Передняя риноскопия. Врач фиксирует голову больного правой рукой, положив ее на его затылок, а левой вводит в преддверие полости носа, закрытые бранши носового зеркала (носорасширителя), раскрывая их там. Осматривают слизистую оболочку носовой полости, передний и часть среднего отдела носовой перегородки, передние отделы нижней и средней носовых раковин, дно полости носа.

При средней риноскопии носовое зеркало с удлиненными браншами вводится под среднюю носовую раковину для осмотра среднего носового хода или же в обонятельную щель, между средней раковиной и перегородкой.

Для задней риноскопии применяют маленькое носоглоточное зеркало, которое вводят правой рукой между задней стенкой глотки и маленьким язычком, подогретой зеркальной стороной обращенное к носоглотке.левой рукой шпателем отдавливается язык. Больной должен спокойно дышать носом при открытом рте, тогда расслабляется мягкое небо. Видны задние концы всех трех носовых раковин, перегородка носа (сошник), а также носоглотка.

Риноскопия (осмотр носовой полости) производится при помощи лобного рефлектора посредством носовых расширителей (зеркал), позволяющих раздвигать и приподнимать ноздри и таким образом делать носовую полость доступной для освещения и осмотра.

Передняя риноскопия производится при нормальном положении головы. Раздвигая ноздри носовым зеркалом, осматривают нижние этажи носовой полости — нижний носовой ход. При

этом видны передний конец нижней раковины и передние отделы носовой перегородки. Если несколько запрокинуть голову назад, то удастся осмотреть средние и верхние отделы носовой полости. При этом виден передний конец средней раковины, а иногда при достаточной ширине носовых ходов удается также осмотреть задние отделы раковины и носовой перегородки и заднюю стенку носоглотки.

Задняя риноскопия (осмотр задних отделов носа и носоглотки) производится через рот; пользуются при этом малыми зеркальцами диаметром 8—10 мм. Угол между зеркальцем и стержнем (ручкой) должен быть равен 115° (а не 125° , как у зеркал для ларингоскопии).

Методика риноскопии

Вначале слегка подогревают зеркало над спиртовкой. Язык больного слегка отдавливается книзу шпателем, зеркало вводится стеклом кверху и устанавливается в глубине глотки под язычком и по возможности сзади от него и мягкого нёба. Больному предлагается расслабить мягкое нёбо, чему способствует максимальное одновременное вдыхание воздуха через нос. Задняя риноскопия позволяет осмотреть носоглоточное пространство.

Тестовые задания

1. Брахириния — это
 - 1) западение спинки носа вниз;
 - 2) значительное посттравматическое расширение носа;
 - 3) посттравматическое сплющивание;
 - 4) формирование горба после травмирования.
2. В какой период в полости носа создаются благоприятные условия для развития бактериальной инфекции?
 - 1) 1-10 сутки;
 - 2) 2-10 сутки;
 - 3) 2-3 сутки;
 - 4) 2-5 сутки.
3. В остром периоде травмы носа происходят
 - 1) несущественные функциональные нарушения в слизистой оболочке полости носа;
 - 2) существенные нефункциональные нарушения в слизистой оболочке полости носа;
 - 3) существенные функциональные нарушения в слизистой оболочке полости носа;
 - 4) существенные функциональные нарушения в хрящевой ткани носа.
4. Восстановление респираторной, обонятельной функций и мукоцилиарного клиренса приходится на
 - 1) 10-14 сутки;
 - 2) 2-3 сутки;
 - 3) 5-7 сутки;
 - 4) 7-10 сутки.
5. Вред здоровью средней степени тяжести встречается при переломе носа
 - 1) без смещения;
 - 2) с деформацией лица;
 - 3) с нарушением мимики и деформацией лица;
 - 4) со смещением.
6. Для устранения деформации наружного носа используют следующие способы
 - 1) наружный;
 - 2) смешанный;
 - 3) экстраназальный;
 - 4) эндоназальный.
7. Закрытые повреждения носа — это травмы
 - 1) не приводящие к повреждению кожных покровов носа;
 - 2) приводящие к повреждению кожных покровов носа;
 - 3) приводящие к повреждению кожных покровов носа и отсутствием в ране оголенной кости и ее отломков;
 - 4) приводящие к повреждению кожных покровов носа и присутствием в ране оголенной кости и ее отломков.
8. К симптомам, указывающим на перелом костей носа, относится

- 1) девиация перегородки носа;
 - 2) изменение формы носа;
 - 3) носовое кровотечение;
 - 4) образование гематомы.
9. КТ травм околоносовых пазух предпочтительно изучать в следующих плоскостях
- 1) аксиальной;
 - 2) горизонтальной транспилорической;
 - 3) корональной;
 - 4) саггитальной.
10. Консервативное лечение при переломе костей носа заключается в назначении
- 1) анальгетиков;
 - 2) антибиотиков;
 - 3) препаратов кальция;
 - 4) противоотечных и гемостатических препаратов;
 - 5) сосудосуживающих и антисептических капель в нос.
11. Легкий вред здоровью встречается при переломе носа
- 1) без смещения;
 - 2) с деформацией лица;
 - 3) с нарушением мимики и деформацией лица;
 - 4) со смещением.
12. Лепториния — это
- 1) значительное посттравматическое расширение носа;
 - 2) посттравматическое сплющивание;
 - 3) приплюснутость носа;
 - 4) формирование горба после травмирования.
13. Моллериния — это
- 1) значительное посттравматическое расширение носа;
 - 2) посттравматическое сплющивание;
 - 3) приплюснутость носа;
 - 4) размягчение костной опоры носа.
14. Наиболее распространенная травма среди повреждений костей черепа — это перелом
- 1) височной кости;
 - 2) костей носа;
 - 3) пазух носа;
 - 4) теменной кости.
15. Наиболее редко встречается перелом следующей околоносовой пазухи
- 1) верхнечелюстной;
 - 2) клиновидной;
 - 3) лобной;
 - 4) решетчатой.
16. Наиболее часто травма носа наблюдается у
- 1) детей;
 - 2) женщин;
 - 3) мужчин;
 - 4) пожилых.
17. Нарушение мукоцилиарного клиренса достигает максимума на
- 1) 1 сутки;
 - 2) 2-3 сутки;
 - 3) 5-7 сутки;
 - 4) 7-10 сутки.
18. Нарушение обонятельной функции носа достигает максимума на
- 1) 1 сутки;
 - 2) 2-3 сутки;
 - 3) 5-7 сутки;
 - 4) 7-10 сутки.
19. Нарушение респираторной функции носа достигает максимума на

- 1) 1 сутки;
 - 2) 2-3 сутки;
 - 3) 5-7 сутки;
 - 4) 7-10 сутки.
20. Носовое кровотечение при травме носа может быть
- 1) легким;
 - 2) незначительным;
 - 3) обильным;
 - 4) отсутствовать.
21. Околоносовые пазухи располагаются в непосредственной близости от критических структур, включая
- 1) зрительный нерв;
 - 2) орбиту/глаз;
 - 3) основание черепа;
 - 4) преддверно-улитковый нерв;
 - 5) сонную артерию.
22. Основными клиническими симптомами переломов костей носа является
- 1) болезненность;
 - 2) затруднение носового дыхания;
 - 3) кровотечение;
 - 4) ночной кашель;
 - 5) отечность.
23. Открытые повреждения носа — это травмы
- 1) не приводящие к повреждению кожных покровов носа;
 - 2) приводящие к повреждению кожных покровов носа;
 - 3) приводящие к повреждению кожных покровов носа и отсутствием в ране оголенной кости и ее отломков;
 - 4) приводящие к повреждению кожных покровов носа и присутствием в ране оголенной кости и ее отломков.
24. Отсроченное хирургическое лечение переломов костей носа определяется на
- 1) 10-15-е сутки;
 - 2) 4-15-е сутки;
 - 3) 5-15-е сутки;
 - 4) 8-15-е сутки.
25. Перелом костей носа включает в себя повреждения следующих анатомических структур
- 1) лобные отростки верхней челюсти;
 - 2) носовые кости;
 - 3) перегородку носа;
 - 4) скуловые кости.
26. Перелом костей носа — это
- 1) комбинированная травма, нарушение анатомического строения костей носа;
 - 2) механическая травма, нарушение анатомического строения костей носа;
 - 3) механическая травма, нарушение анатомического строения костей носа и близлежащих костных структур;
 - 4) термическая травма, нарушение анатомического строения костей носа.
27. Плановое хирургическое лечение переломов костей носа определяется на
- 1) от 3 месяцев после травмы;
 - 2) от 5 месяцев после травмы;
 - 3) от 6 месяцев после травмы;
 - 4) от месяца после травмы.
28. Платириния — это
- 1) значительное посттравматическое расширение носа;
 - 2) посттравматическое сплющивание;
 - 3) приплюснутость носа;
 - 4) формирование горба после травмирования.
29. По срокам хирургического лечения переломов костей носа подразделяется на

- 1) отложенное (10-15-е сутки);
 - 2) отложенное (8-15-е сутки);
 - 3) плановое (от 6 месяцев после травмы);
 - 4) раннее (1-10-е сутки);
 - 5) раннее (1-7-е сутки).
30. Преимуществом ультразвуковой диагностики при травме носа является
- 1) безвредность;
 - 2) возможность выявления сопутствующих травматических повреждений орбит, околоносовых пазух и основания черепа;
 - 3) возможность многократного повторения для контроля за эффективностью репозиции и консолидацией отломков;
 - 4) неинвазивность.
31. При переломе костей носа функция обоняния может нарушаться вследствие
- 1) результата кровоизлияния в обонятельную область;
 - 2) сдавления ветвей обонятельных нервов отеком нижних носовых раковин;
 - 3) сдавления ветвей обонятельных нервов смещенными костными отломками;
 - 4) сопутствующей черепно-мозговой травмы.
32. При сборе анамнестических данных при переломе костей носа необходимо учесть
- 1) возраст пациента;
 - 2) механизмы травмы;
 - 3) обстоятельства травмы;
 - 4) сроки.
33. Раннее хирургическое лечение переломов костей носа определяется на
- 1) 1-10-е сутки;
 - 2) 1-3-е сутки;
 - 3) 1-5-е сутки;
 - 4) 1-7-е сутки.
34. Рентгенодиагностика при переломе костей носа помогает определить
- 1) направление смещения костных отломков;
 - 2) способ хирургического вмешательства;
 - 3) характер и локализацию перелома костей носа;
 - 4) эффективность иммобилизации и сращения костных отломков после репозиции.
35. Ринокифоз — это
- 1) западение спинки носа вниз;
 - 2) отклонение носа от срединной линии вправо или влево;
 - 3) посттравматическое сплющивание;
 - 4) формирование горба после травмирования.
36. Ринологордоз — это
- 1) западение спинки носа вниз;
 - 2) отклонение носа от срединной линии вправо или влево;
 - 3) посттравматическое сплющивание;
 - 4) формирование горба после травмирования.
37. Риносколиоз — это
- 1) западение спинки носа вниз;
 - 2) отклонение носа от срединной линии вправо или влево;
 - 3) посттравматическое сплющивание;
 - 4) формирование горба после травмирования.
38. С момента травмы носа наступают нарушения
- 1) мукоцилиарного клиренса;
 - 2) обонятельной функции;
 - 3) резонаторной функции;
 - 4) респираторной функции.
39. Самым тяжелым считается перелом носа в результате
- 1) бокового удара по нему;
 - 2) прямого удара по нему;
 - 3) удара сверху по нему;
 - 4) удара снизу по нему.

40. Тяжесть повреждения перелома носа определяется
- 1) резкостью удара;
 - 2) силой удара;
 - 3) скоростью удара;
 - 4) траекторией удара;
 - 5) углом удара.
41. Тяжкий вред здоровью встречается при переломе носа
- 1) без смещения;
 - 2) с деформацией лица;
 - 3) с нарушением мимики и деформацией лица;
 - 4) со смещением.
42. Ультрасонография при переломе костей носа проводится в следующих проекциях
- 1) боковой левой;
 - 2) боковой правой;
 - 3) задней продольной;
 - 4) передней поперечной;
 - 5) передней продольной.
43. Целью хирургического лечения при переломе костей носа является
- 1) проведение мероприятий, направленных на стимуляцию процессов репарации в травмированных тканях;
 - 2) репозиция смещенных отломков;
 - 3) удаление патологического содержимого в околоносовых пазухах;
 - 4) устранение нарушения формы и функции носа.
44. Эндоскопическое исследование при травме носа позволяет
- 1) определить источник кровотечения и ликвореи;
 - 2) оценить степень повреждения внутриносовых структур, перегородки носа;
 - 3) оценить степень повреждения внутриносовых структур, перегородки носа и близлежащих анатомических структур;
 - 4) проводить их цифровую фото- и видеодокументацию.
45. Эффективность хирургического лечения при травме носа проводят по следующим критериям
- 1) восстановление формы;
 - 2) защитной функции носа;
 - 3) обонятельной функции носа;
 - 4) респираторной функции носа.
46. Методы остановки носового кровотечения
- 1) передняя тампонада в сочетании с медикаментозной терапией
 - 2) задняя тампонада
 - 3) перевязка наружной сонной артерии
 - 4) перевязка передней решетчатой артерии
 - 5) перевязка задней решетчатой артерии
 - 6) перевязка общей сонной артерии
47. Носовое кровотечение бывает следствием гипертонической болезни
- 1) ОРВИ
 - 2) опухоли носа травмы носа
 - 3) ишемической болезни сердца
48. При передней риноскопии мы видим
- 1) преддверие носа, нижнюю носовую раковину, передние отделы перегородки носа, нижний носовой ход, передний отдел средней носовой раковины и среднего носового хода и общий носовой ход
 - 2) соустье верхнечелюстной пазухи
 - 3) соустье лобной пазухи
 - 4) ямки Розенмюллера
 - 5)
49. Тяжелые носовые кровотечения – это
- 1) более 200 мл

- 2) 100-200 мл
- 3) несколько капель
до 1 литра

50. Мероприятия при оказании помощи больному с открытым переломом костей носа
обезболивание

- 1) остановка кровотечения
- 2) первичная хирургическая обработка раны
- 3) репозиция отломков
- 4) тампонада носа
- 5) повязка
- 6) введение ПСС
- 7) вскрытие мозговых оболочек
- 8) пункция верхнечелюстных пазух с двух сторон

51. Характерные симптомы открытого перелома костей носа

- 1) нарушение целостности кожи или слизистой оболочки полости носа
- 2) деформация носа
- 3) кровотечение
- 4) нарушение носового дыхания
- 5) боль
- 6) шум в ушах

гематома

52. Характерные симптомы закрытого перелома костей носа

- 1) деформация носа
- 2) отек наружного носа
- 3) боль
- 4) нарушение носового дыхания
- 5) нарушение целостности кожных покровов

53. Возможные осложнения при длительной передней и задней тампонаде носа

- 1) воспаление слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух
- 2) острое воспаление среднего уха
- 3) возобновление кровотечения
- 4) искривление носовой перегородки

54. В образовании зоны Киссельбаха не принимают участие

- 1) верхняя губная артерия,
- 2) менингеальные артерии,
- 3) нисходящая небная артерия,
- 4) решетчатые артерии,
- 5) язычная артерия.

55. В строении латеральной стенки полости носа не принимает участие

- 1) горизонтальная пластинка небной кости;
- 2) крыловидный отросток клиновидной кости;
- 3) лобный отросток верхней челюсти;
- 4) перпендикулярная пластинка небной кости;
- 5) слезная кость.

56. В строении латеральной стенки полости носа не принимают участие

- 1) большое крыло клиновидной кости;
- 2) горизонтальная пластинка небной кости;
- 3) крыловидный отросток клиновидной кости;
- 4) перпендикулярная пластинка небной кости;
- 5) слезная кость.

57. Для легкой степени носового кровотечения не является характерным

- 1) бледность кожных покровов и видимых слизистых;
- 2) головокружение;
- 3) отсутствие метаболических сдвигов в организме;

- 4) слабость;
 - 5) тахикардия.
58. Для легкой степени носового кровотечения характерным является
- 1) нарастание кровопотери до 15-20% объема циркулирующей крови;
 - 2) объем кровопотери свыше 20% объема циркулирующей крови;
 - 3) объем кровопотери составляет 1000 – 1400 мл;
 - 4) объем кровопотери составляет 500-700 мл;
 - 5) объем кровопотери составляет от нескольких капель до нескольких десятков мл.
59. Для легкой степени носового кровотечения характерным является
- 1) бледность кожных покровов и видимых слизистых;
 - 2) нарушение сознания;
 - 3) нитевидный пульс;
 - 4) отсутствие метаболических сдвигов в организме;
 - 5) тахикардия.
60. Для легкой степени носового кровотечения является характерным
- 1) бледность кожных покровов и видимых слизистых;
 - 2) нарушение сознания;
 - 3) отсутствие метаболических сдвигов в организме;
 - 4) слабость;
 - 5) тахикардия.
61. Для незначительной степени носового кровотечения характерным является
- 1) головокружение;
 - 2) отсутствие метаболических сдвигов в организме;
 - 3) слабость;
 - 4) снижение артериального давления;
 - 5) тахикардия.
62. Для незначительной степени носового кровотечения характерным является
- 1) нарастание кровопотери до 15-20% объема циркулирующей крови;
 - 2) объем кровопотери составляет 10-12% объема циркулирующей крови;
 - 3) объем кровопотери составляет 1000 – 1400 мл;
 - 4) объем кровопотери составляет 500-700 мл;
 - 5) объем кровопотери составляет от нескольких капель до нескольких десятков мл.
63. Для остановки носовых кровотечений используют
- 1) аминокaproновую кислоту;
 - 2) ацетилсалициловую кислоту;
 - 3) препараты с провитамином К;
 - 4) хлористый кальций;
 - 5) этамзилат натрия.
64. Для остановки носовых кровотечений не используют
- 1) аминокaproновую кислоту;
 - 2) ацетилсалициловую кислоту;
 - 3) борную кислоту;
 - 4) этамзилат натрия.
65. Для остановки носовых кровотечений применяют
- 1) гемостатические препараты;
 - 2) метаболические препараты;
 - 3) нижнюю щадящую конхотомию;
 - 4) эмболизацию ветвей верхнечелюстной артерии;
 - 5) этамзилат натрия.
66. Для проведения простейшего метода остановки носового кровотечения необходимо подготовить
- 1) ватный или марлевый шарик;
 - 2) носорасширитель;
 - 3) пинцет;
 - 4) резиновый катетер;
 - 5) шпатель.

67. Для среднетяжелой степени носового кровотечения характерным является
- 1) объем кровопотери свыше 20% объема циркулирующей крови;
 - 2) объем кровопотери составляет 1000-1400 мл;
 - 3) объем кровопотери составляет 500-700 мл;
 - 4) объем кровопотери составляет от нескольких капель до нескольких десятков мл;
 - 5) объем кровопотери составляет свыше 1000-1400 мл.
68. Для среднетяжелой степени носового кровотечения характерным является
- 1) нарушение сознания;
 - 2) нитевидный пульс;
 - 3) отсутствие метаболических сдвигов в организме;
 - 4) резкое падение артериального давления;
 - 5) снижение артериального давления.
69. Для среднетяжелой степени носового кровотечения является характерным
- 1) нарушение сознания;
 - 2) отсутствие метаболических сдвигов в организме;
 - 3) резкое падение артериального давления;
 - 4) снижение артериального давления;
 - 5) тахикардия.
70. Для тяжелой степени носового кровотечения характерным является
- 1) головная боль;
 - 2) отсутствие метаболических сдвигов в организме;
 - 3) развитие геморрагического шока;
 - 4) снижение артериального давления;
 - 5) учащенное сердцебиение.
71. Зона Киссельбаха — это
- 1) большое количество анастомозов в задних отделах полости носа;
 - 2) большое количество анастомозов в области средней носовой раковины;
 - 3) большое количество анастомозов на передней части перегородки носа;
 - 4) крупные кровеносные сосуды;
 - 5) мелкие кровеносные сосуды.
72. К хирургическим методам остановки носового кровотечения относится
- 1) задняя тампонада;
 - 2) перевязка наружной или общей сонной артерии;
 - 3) передняя тампонада;
 - 4) простейший метод остановки носового кровотечения;
 - 5) этmoidотомия.
73. К хирургическому методу остановки носового кровотечения относится
- 1) задняя тампонада;
 - 2) наложение гемостатической губки;
 - 3) передняя тампонада;
 - 4) простейший метод остановки носового кровотечения;
 - 5) этmoidотомия.
74. К хирургическому методу остановки носового кровотечения относится
- 1) задняя тампонада;
 - 2) наложение гемостатической губки;
 - 3) перевязка наружной или общей сонной артерии;
 - 4) передняя тампонада;
 - 5) простейший метод остановки носового кровотечения.
75. Клиновидная пазуха граничит с
- 1) верхнечелюстной пазухой;
 - 2) внутренней сонной артерией;
 - 3) кавернозным синусом;
 - 4) нижней носовой раковиной;
 - 5) сошником.
76. Кровоснабжение клиновидной пазухи осуществляется
- 1) клиновидно-небной артерией;
 - 2) менингеальными артериями;

- 3) поверхностной височной артерией;
 - 4) решетчатыми артериями;
 - 5) язычной артерией.
77. Кровоснабжение полости носа осуществляется
- 1) верхней щитовидной артерией;
 - 2) клиновидно-небной артерией;
 - 3) передней и задней решетчатыми артериями;
 - 4) поверхностной височной артерией;
 - 5) язычной артерией.
78. Кровоснабжение полости носа осуществляется
- 1) верхней щитовидной артерией;
 - 2) задней околоушной артерией;
 - 3) передней и задней решетчатыми артериями;
 - 4) поверхностной височной артерией;
 - 5) язычной артерией.
79. Кровоснабжение полости носа осуществляется
- 1) верхней щитовидной артерией;
 - 2) задней околоушной артерией;
 - 3) клиновидно-небной артерией;
 - 4) поверхностной височной артерией;
 - 5) язычной артерией.
80. Кровоснабжение решетчатого лабиринта осуществляется
- 1) верхней щитовидной артерией;
 - 2) клиновидно-небной артерией;
 - 3) решетчатыми артериями;
 - 4) слезной артерией;
 - 5) язычной артерией.
81. Методом диагностики носовых кровотечений является
- 1) непрямая ларингоскопия;
 - 2) ольфактометрия;
 - 3) отоскопия;
 - 4) передняя риноскопия;
 - 5) рентгенография.
82. Наиболее часто носовые кровотечения возникают
- 1) из верхнечелюстной пазухи;
 - 2) из задних отделов носа;
 - 3) из клеток решетчатого лабиринта;
 - 4) из клиновидной пазухи;
 - 5) из передних отделов носа.
83. Не являются хирургическими методами остановки носового кровотечения
- 1) нижняя щадящая конхотомия;
 - 2) перевязка наружной сонной артерии;
 - 3) радикальная операция на лобной пазухе;
 - 4) эмболизация ветвей верхнечелюстной артерии;
 - 5) этмоидотомия.
84. Некорректным высказыванием по теме носовое кровотечение является
- 1) для лечения носовых кровотечений используют гемостатические препараты;
 - 2) для остановки носовых кровотечений используют метаболические препараты;
 - 3) носовые кровотечения требуют оказания неотложной помощи;
 - 4) остановка кровотечения является общеврачебной манипуляцией;
 - 5) причиной носового кровотечения могут быть сердечно-сосудистые заболевания.
85. Некорректным высказыванием по теме носовое кровотечение является
- 1) перевязка наружной сонной артерии является хирургическим методом остановки носового кровотечения;
 - 2) радикальная операция на лобной пазухе является хирургическим методом остановки носового кровотечения;
 - 3) хирургические методы остановки носовых кровотечений применяют при

- неэффективности задней тампонады;
- 4) эмболизация ветвей верхнечелюстной артерии является хирургическим методом остановки носового кровотечения;
- 5) этмоидотомия является хирургическим методом остановки носового кровотечения.
86. Некорректным высказыванием по теме носовое кровотечение является
- 1) для остановки носовых кровотечений используют метаболические препараты;
 - 2) заднюю тампонаду проводят при неэффективности передней тампонады;
 - 3) переднюю тампонаду проводят при неэффективности простейших методов остановки носового кровотечения;
 - 4) при рецидивирующих носовых кровотечениях используют облитерацию капиллярного русла;
 - 5) причиной носового кровотечения может быть травма носа.
87. Некорректным высказыванием по теме носовое кровотечение является
- 1) для лечения носовых кровотечений используют гемостатические препараты;
 - 2) перевязка наружной сонной артерии является хирургическим методом остановки носового кровотечения;
 - 3) причиной носового кровотечения может быть гипертермия;
 - 4) причиной носового кровотечения может быть полнокровие слизистой оболочки полости носа;
 - 5) радикальная операция на лобной пазухи является хирургическим методом остановки носового кровотечения.
88. Некорректным высказыванием по теме носовое кровотечение является
- 1) для остановки носовых кровотечений используют метаболические препараты;
 - 2) заднюю тампонаду проводят при неэффективности передней тампонады;
 - 3) переднюю тампонаду проводят при неэффективности простейших методов остановки носового кровотечения;
 - 4) при рецидивирующих носовых кровотечениях используют облитерацию капиллярного русла;
 - 5) при рецидивирующих носовых кровотечениях используют прижигание слизистой.
89. Некорректным высказыванием по теме носовое кровотечение является
- 1) для остановки носовых кровотечений используют ацетилсалициловую кислоту;
 - 2) для остановки носовых кровотечений используют этамзилат натрия;
 - 3) при рецидивирующих носовых кровотечениях используют прижигание слизистой;
 - 4) причиной носового кровотечения могут быть сердечно-сосудистые заболевания;
 - 5) эмболизация ветвей верхнечелюстной артерии является хирургическим методом остановки носового кровотечения.
90. Некорректными высказываниями по теме носовое кровотечение являются
- 1) заднюю тампонаду проводят при неэффективности передней тампонады;
 - 2) переднюю тампонаду проводят при неэффективности задней тампонады;
 - 3) переднюю тампонаду проводят при неэффективности простейших методов остановки носового кровотечения;
 - 4) при рецидивирующих носовых кровотечениях используют прижигание слизистой;
 - 5) простейшие методы остановки носового кровотечения проводят при неэффективности передней тампонады.
91. Некорректными высказываниями по теме носовое кровотечение являются
- 1) для остановки носовых кровотечений используют метаболические препараты;
 - 2) заднюю тампонаду проводят при неэффективности передней тампонады;
 - 3) остановка кровотечения является общеврачебной манипуляцией;
 - 4) причиной носового кровотечения могут быть сердечно-сосудистые заболевания;
 - 5) причиной носового кровотечения может быть прием гемостатических препаратов.
92. При проведении задней тампонады не используют
- 1) гортанное зеркало;
 - 2) катетер;
 - 3) носорасширитель;
 - 4) пинцет;
 - 5) стерильный бинт длиной 70-80 см.

93. При проведении передней тампонады не используют
- 1) катетер;
 - 2) марлевые турунды длиной 50-60 см;
 - 3) носорасширитель;
 - 4) пинцет;
 - 5) стерильный бинт длиной 70-80 см.
94. Причиной носовых кровотечений не является
- 1) дистрофические изменения слизистой полости носа;
 - 2) новообразования полости носа;
 - 3) прием гемостатических препаратов;
 - 4) сердечно-сосудистые заболевания;
 - 5) травма носа.
95. Причиной носовых кровотечений не является
- 1) гипертермия;
 - 2) гормональные дисбалансы;
 - 3) новообразования полости носа;
 - 4) полнокровие слизистой оболочки полости носа;
 - 5) прием гемостатических препаратов.
96. Решетчатый лабиринт граничит с
- 1) верхнечелюстной пазухой;
 - 2) клиновидной костью;
 - 3) латеральной стенкой глазницы;
 - 4) лобной костью;
 - 5) медиальной стенкой глазницы.
97. Удаление заднего тампона из полости носа проводят
- 1) на 2-3 сутки;
 - 2) на 7-9 сутки;
 - 3) через 14 дней;
 - 4) через 21 день;
 - 5) через 3 часа.
98. Удаление переднего тампона из полости носа проводят
- 1) на 2-3 сутки;
 - 2) на 5-6 сутки;
 - 3) на 7 сутки;
 - 4) через 15 мин;
 - 5) через 3 часа.