Чек лист для аттестации по **лечебному делу**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Вопрос | Ответ |
| 1. | Понятие Диспансеризация | Диспансеризация — комплекс мероприятий, включающий в себя [профилактический медицинский осмотр](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9_%D0%BE%D1%81%D0%BC%D0%BE%D1%82%D1%80) и дополнительные методы обследований, проводимых в целях оценки состояния [здоровья](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%97%D0%B4%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%B2%D1%8C%D0%B5) (включая определение группы здоровья и группы диспансерного наблюдения) и осуществляемых в отношении определённых групп населения в соответствии с законодательством [Российской Федерации](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%BE%D1%81%D1%81%D0%B8%D1%8F). |
| 2 | Чем представлена первичная медико-санитарная помощь в сельском здравоохранении | ФАП, врачебной [амбулаторий](https://pandia.ru/text/category/ambulatoriya/), участковой больницей |
| 3 | Понятие профилактика | Профилактика в медицине, комплекс мероприятий, направленных на предупреждение возникновения [заболеваний](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D1%8C) и [травм](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BC%D0%B0), недопущение и устранение факторов риска их развития. |
|  | Приказ по прививкам | Приказ МЗ РФ от 21.03.2014г. N125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям» |
|  | По каким показателям оценивается общественное здоровье | |  | | --- | | физического развития населения, заболеваемости, демографическими | |  |  |  | |  |  |  | |
|  | Понятие ФАП | ФАП является структурным подразделением медицинской организации и организуется для оказания первичной доврачебной медико-санитарной помощи и паллиативной медицинской помощи населению в сельских населенных пунктах с малой численностью населения и (или) находящихся на значительном удалении от медицинских организаций, в том числе фельдшерско-акушерских пунктов, либо при наличии водных, горных и иных преград, а также в случае преимущественного (более 40%) проживания в них лиц старше трудоспособного возраста. |
|  | Основные задачи ФАП | диагностика и лечение неосложненных острых заболеваний, хронических заболеваний и их обострений, других состояний, травм, отравлений по назначению врача;  своевременное и в полном объеме выполнение назначений врача в соответствии с действующими стандартами оказания первичной медико-санитарной помощи;  направление больных с хроническими заболеваниями, в том числе состоящих под диспансерным наблюдением, к участковому врачу с целью коррекции лечения и плана диспансерного наблюдения;  организация патронажа детей и беременных женщин;  систематическое наблюдение за состоянием здоровья отдельных категорий граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг;  проведение профилактических и лечебных мероприятий;  проведение под руководством врача комплекса профилактических, противоэпидемических и санитарно-гигиенических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости, прежде всего инфекционной и паразитарной, сельскохозяйственного и бытового травматизма;  проведение мероприятий по снижению детской и материнской смертности;  наблюдение за контактными лицами в очагах инфекции;  ежеквартальное обследование детей школьных и дошкольных учреждений на педикулез;  участие в проведении периодических медицинских осмотров работников;  проведение один раз в год подворной (поквартирной) переписи населения, проживающего на обслуживаемом участке;  проведение санитарно-просветительной работы;  организация стационара на дому;  обеспечение своевременной госпитализации больных, нуждающихся в оказании стационарной медицинской помощи, в том числе женщин с патологией беременности, а также медицинскую эвакуацию рожениц и родильниц в родильное отделение;  осуществление мероприятий по медицинской реабилитации;  выявление курящих лиц и лиц, избыточно потребляющих алкоголь, с высоким риском развития болезней, связанных с курением, алкоголем и с отравлением суррогатами алкоголя;  оказание медицинской помощи курящим лицам и лицам, избыточно потребляющим алкоголь, по отказу от курения и злоупотребления алкоголя, включая направление их для консультации и лечения в отделения (кабинеты) медицинской профилактики, центры здоровья и специализированные профильные медицинские организации;  осуществление мероприятий по формированию здорового образа жизни;  направление пациентов в медицинские организации для оказания первичной (врачебной, специализированной) медико-санитарной или специализированной медицинской помощи в случаях, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи по профилям, и организация записи на прием к врачам-специалистам;  устранение угрожающих жизни состояний с последующей организацией медицинской эвакуации в медицинские организации или их подразделения, оказывающие специализированную медицинскую помощь в сопровождении медицинского работника ФАП либо бригадой скорой медицинской помощи;  выявление лиц с повышенным риском развития злокачественных новообразований, с признаками предраковых заболеваний, визуальных локализаций злокачественных новообразований и направление больных с подозрением на злокачественную опухоль и с предраковыми заболеваниями в первичный онкологический кабинет медицинской организации;  оказание паллиативной помощи больным, в том числе больным онкологическими заболеваниями, нуждающимся в наркотических и сильнодействующих лекарственных средствах в соответствии с рекомендациями врачей-специалистов;  участие в мероприятиях по организации оказания первой помощи до прибытия медицинских работников населению малочисленных и (или) расположенных на значительном удалении от медицинской организации населенных пунктов при угрожающих жизни состояниях и (или) заболеваниях;  осуществление санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий;  санитарно-гигиеническое образование населения;  осуществление мер по охране семьи, материнства, отцовства и детства;  экспертиза временной нетрудоспособности;  организации деятельности пункта наблюдаемого лечения больных туберкулезом, который организуется на функциональной основе, в том числе в составе ФАП  проведение подворных (поквартирных) обходов с целью выявления больных инфекционным заболеванием, контактных с ними лиц и подозрительных на инфекционное заболевание, в случае угрозы или возникновения эпидемии инфекционного заболевания;  извещение в установленном порядке центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора об инфекционных, паразитарных и профессиональных заболеваниях, отравлениях населения и выявленных нарушениях санитарно-гигиенических требований;  обеспечение рецептами на лекарственные средства для амбулаторного лечения граждан в рамках оказания государственной социальной помощи и граждан, имеющих право на получение лекарственных средств бесплатно и со скидкой;  реализация лекарственных средств и медицинских изделий в случае отсутствия на территории населенного пункта аптечных организаций;  осуществление взаимодействия с медицинскими организациями, территориальными органами Роспотребнадзора и Росздравнадзора по вопросам оказания доврачебной медицинской помощи;  осуществление других мероприятий, связанных с оказанием первичной доврачебной медико-санитарной помощи. |
|  | Понятие термолабильные препараты | Термолабильные лекарственные средства  – это широкий спектр медицинских препаратов, качество которых снижается в зависимости от количественных значений и длительности воздействия температур окружающей среды, а в равной степени от количества поглощенной энергии тепла и/или холода, за весь период, предшествовавший применению. |
|  | Понятие холодовая цепь | Соблюдение температурного режима от производителя до момента применения |
|  | Признаки астматического статуса | нет отхождения мокроты  нарастание острой дыхательной недостаточности  неэффективность беротека и эуфиллина |
| 1 | Симптомами начального периода рахита являются | **беспокойство, потливость, пугливость, вздрагивание во сне** |
|  | Осложнение гипертонической болезни | Гемморагический и ишемический инсульт, инфаркт миокарда |
|  | Факторы риска гипертонической болезни | стресс нервно-эмоциональный, избыточное употребление соли, гиподинамия, наследственная предрасположенность, периоды нейро-гормональной перестройки организма |
| 2 | К терминальным состояниям относятся | Предагональное состояние, агония, клиническая смерть |
| 5 | В каких случаях осуществляется санитарно-авиационная эвакуация | -тяжести состояния пациента, требующей его скорейшей доставки в медицинскую организацию, при наличии технической возможности использования авиационного транспорта и невозможности обеспечить санитарную эвакуацию в оптимальные сроки другими видами транспорта;  -наличия противопоказаний к медицинской эвакуации пострадавшего наземным транспортом;  -удаленности места происшествия от ближайшей медицинской организации на расстояние, не позволяющее доставить пациента в медицинскую организацию в возможно короткий срок;  -климатических и географических особенностей места происшествия и отсутствия транспортной доступности;  -масштабов происшествия, не позволяющих выездным бригадам скорой медицинской помощи осуществить медицинскую эвакуацию другими видами транспорта. |
| 8 | Перечислите основные таблетированные формы для неотложной помощи при гипертоническом кризе. | Каптоприл 25 мг под язык. Нифедипин 10 мг под язык. Моксонидин 200-400 мг под язык. |
| 9 | Неотложная помощь при судорожном синдроме (эпилептиформные судороги) | Р-р Реланиума 5мг\мл – 2 мл внутривенно струйно, на изотоническом растворе натрия хлорида.  - Если судороги продолжаются, через 6-10 минут после первого введения повторно ввести Реланиума в той же дозе. |
| 10 | Назовите очаговые неврологические симптомы острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) | Очаговые неврологические симптомы:  - двигательные (геми - или моно - или парапарезы)  - речевые (нарушения воспроизведения или понимания обращенной речи)  - нарушение разных видов чувствительности (тактильной, болевой, глубокой, поверхностной и т. д.), парестезии  - координаторные (координация движений, равновесие и т. д.)  - зрительные (скотомы, фотопсии, гемианопсии и пр.) |
| 11 | Основные лекарственные средства применяемые при СЛР | Адреналин  •    Адреналин показан при всех формах остановки сердца, особенно при асистолии и электромеханической  •  При фибрилляции желудочков он может быть использован в сочетании с лидокаином.  •  Дозировка [адреналина](https://pandia.ru/text/category/adrenalin/):  1 мг каждые 3-5 мин; при неэффективности увеличить дозы  •  Атропин  •   Применение атропина особенно необходимо при брадисистолической форме остановке сердечной деятельности. В этом случае атропин необходимо вводить как можно быстрее.  •  Если введение атропина в течение 1—2 минут не даёт эффекта, всегда показано введение адреналина.  •  Дозировка атропина:  1 мг в/в каждые 3-5 мин (до 0,04 мг/кг или примерно 2-3 мг)  •  Лидокаин. лекарственный препарат выбора при рефрактерной фибрилляции желудочков и желудочковой тахикардии. Используется также для профилактики фибрилляции желудочков после успешной дефибрилляции.  •  Лекарственный препарат обладает коротким действием, поэтому, если не проводится непрерывная инфузия раствора лидокаина, необходимо повторять струйные введения не реже чем каждые 10 минут.  •  Дозировка лидокаина:  1,5 мг/кг, если нет эффекта после последующей за введением дефибрилляции – повторить введение лидокаина. Общая доза 3 мг/кг.  ·  Гидрокарбонат натрия по 1 ммоль/кг( 3 мл 4-5% раствора на 1 кг массы тела), затем по 0,5 ммоль/кг каждые 5-10 мин - при длительной СЛР либо если прекращению кровообращения предшествовали гиперкалиемия, ацидоз, передозировка трициклических [антидепрессантов](https://pandia.ru/text/category/antidepressant/) (амитриптиллин, азафен, мелипрамин и др.), гипоксический лактоацидоз  ·  Препараты кальция показаны только при исходной гиперкалиемиии или передозировке [антагонистов](https://pandia.ru/text/category/antagonizm/) кальция ( верапамил, фенигидин, сензит и др.)  ·  Глюкокортикостероиды в дозировке 60-90 мг преднизолона |
| 12 | Классификация ОКС | инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST);  инфаркт миокарда без подъема сегмента ST (ИМбпST);  нестабильная стенокардия. |
| 13 | Классификация стенокардии | **Классификация стенокардии основывается** на давности заболевания и особенностях течения приступов. Согласно данным критериям выделяют стенокардию напряжения, спонтанную (атипичную) стенокардию и нестабильную стенокардию. [Стенокардия](https://gkb57.ru/illness/70/) напряжения, в свою очередь, подразделяется на впервые возникшую стенокардию напряжения, стабильную стенокардию напряжения и прогрессирующую стенокардию напряжения. |
| 14 | Показания и противопоказания к проведению ТЛТ | Показания к ТЛТ- острый инфаркт миокарда с подъемом ST  Противопоказания Абсолютные- активное кровотечение из ЖКТ, геморрагический инсульт или субарахноидальное кровотечение, крупные хирургические вмешательства, т на, роды, серьезные ЧМТ  Относительные-предпалогаемое расслоение аорты, свежая травма, геммарогический диатез, травматичная или длительная (>10 мин) сердечно-легочная  реанимация. |
| 15 | Клинические проявления инфаркта миокарда | Жалобы на интенсивную боль за грудиной и в области сердца давящего, сжимающего или жгучего характера, продолжительностью обычно более 15 минут. Возможна иррадиация боли в левую и правую руки, шею, нижнюю челюсть, под левую лопатку, в эпигастральную область. Больной возбужден, беспокоен, отмечает страх смерти. Сублингвальный прием нитратов неэффективен или устраняет боль не полностью либо на короткое время. |
| 16 | Клинические варианты инфаркта миокарда | болевой, абдоминальный, [астматический](https://pandia.ru/text/category/astma/), аритмический, цереброваскулярный, атипичный болевой, малосимптомный (бессимптомный). |
| 17 | Помощь на догоспитальном этапе при инфарке миокарда | положение больного лежа со слегка приподнятой головой  - нитраты под язык (1-2 таблетки или спрей 1-2 дозы)  - разжевать 125-250 мг ацетилсалициловой кислоты  - ингаляция увлажненного кислорода  - наркотический анальгетик в\в дробно на физ.растворе до купирования болевого синдрома  -Гепарин 60ед\кг в\в на физрастворе  - транспортировка пациента на носилках в реанимационное отделение |
| 18 | Способ остановки кровотечения на догоспитальном этапе. | Механический способ. Применяют методы пережатия сосудов выше раны и непосредственно в ране. Вне раны временно останавливают кровотечение прижатием сосуда к костной основе в типичных точках, наложением жгута. с помощью «закрутки» и пережатие сосудов методом максимального сгибания конечности в суставах с предварительно подложенной под сустав мягкой тканевой прокладкой. |
| 19 | Чем отличается базовая реанимация от расширенной | Применением автоматической наружной дефибриляции |
| 20 | **Травматический шок** , определение, фазы | остро развивающееся и угрожающее жизни состояние, которое наступает в результате воздействия на организм тяжелой механической травмы.  Травматический шок обычно проходит в своём развитии две фазы, так называемую «эректильную» фазу шока и «торпидную» фазу. |
| 20 | Степени травматического шока и тактика фельдшера на догоспитальном этапе при травматическом шоке. | Степени тяжести травматического шока:  Шок 1 степени - САД 100-90 мм рт.ст., пульс 90-100 в 1 мин., удовлетворительного наполнения.  Шок 2 степени - САД 90-70 мм рт.ст., пульс 110-130 в 1 мин., слабого наполнения.  Шок 3 степени - САД 70-60 мм рт.ст., пульс 120-160 в 1 мин., очень слабого наполнения (нитевидный).  Шок 4 степени - АД не определяется, пульс не определяется.  Оценить тяжесть состояния больного (необходимо ориентироваться на жалобы больного, уровень сознания, окраску и влажность кожных покровов, характер дыхания и пульса, уровень артериального давления).  - уложить больного с приподнятым ножным концом на 10-45%,  - сохранить или обеспечить венозный доступ - катетеризация периферической вены  - обеспечить проходимость верхних дыхательных путей и доступ кислорода (при необходимости ИВЛ).  Остановка наружного кровотечения на догоспитальном этапе осуществляется временными способами (тугая тампонада, наложение давящей повязки, пальцевое прижатие непосредственно в ране или дистальнее нее, наложение жгута и т.д.).  Обезболивание.  Транспортная иммобилизация.  Восполнение кровопотери. Транспортировка в стационар. |
| 21 | Гипогликемическая кома. Причины. Клиническая картина. Тактика фельдшера на догоспитальном этапе. | Гипогликемическая кома – это острое патологическое состояние, развивающееся при резком падении уровня содержания глюкозы (сахара) в крови.  Гипогликемическая кома может развиваться в следующих случаях: - передозировка препаратов инсулина; - нарушение режима питания у больных сахарным диабетом; - опухоль поджелудочной железы – например, инсулинома.  Гипогликемическая кома, как правило, развивается очень быстро. У человека появляется раздражительность, психомоторное возбуждение, головная боль, слабость в мышцах. Человек чувствует голод, сердцебиение учащается, кожа может покрываться потом. Повышенная влажность кожных покровов является характерным признаком гипогликемии, затем у пациента появляется потливость, гиперемия (покраснение) лица, двоение в глазах. Он возбужден, ведет себя агрессивно ,нарастает повышение артериального давления, частоты сердечных сокращений, потливость. Затем появляются судороги на фоне повышенного тонуса мышц и расширения зрачков,больной теряет сознание, зрачки расширены, пульс учащен и кома становится более глубокой  Необходимо дать больному углеводы либо перорально (через рот), либо парентерально (посредством внутривенного введения). Внутривенно вводится 40% раствор глюкозы. После оказанной терапии, если с момента развития гипогликемиии прошло меньше часа и не развились неврологические нарушения, буквально сразу пациент приходит в сознание. При неэффективности проводимых мероприятий продолжается введение 5-10% раствора глюкозы внутривенно капельно. Транспортировка в стационар. |
| 22 | Тактика фельдшера при подозрении на перфоративную язву желудка | 1. немедленно вызвать врача-хирурга 2. анальгетики не вводить 3. положить холод на живот |
| 23 | Коллапс характеризуется | **бледность, безразличный взгляд , снижение АД, холодный пот, озноб, жажда** **бледность, безразличный взгляд , снижение АД, холодный пот, озноб, жажда** |
| 24 | Понятие Обморок | Это внезапная непродолжительная потеря сознания, которая наступает из-за нарушений поступления крови, а, следовательно, и кислорода, в головной мозг. Нехватка кислорода приводит к обмороку, который длится от нескольких секунд до нескольких минут, после чего человек обычно приходит в себя. |
| 25 | Виды лихорадок | 1. субфебрильная , умеренная, высокая; гипертермическая.  2. В зависимости от клинических проявлений выделяют два вида лихорадки: «красную» («розовую», «теплую», «доброкачественную»); «белую» («бледную», «холодную», «злокачественную»). |
| 26 | Перелом бедра, тактика фельдшера при переломе бедра | **По характеру повреждения мягких тканей перелом бедра может быть:** - закрытый; - открытый. **По смещению отломков:** - без смещения; - со смещением.  **Жалобы**: на боли, нарушение опороспособности конечности, наличие ран при открытых переломах.  **Абсолютные (прямые) признаки переломов:** - деформация бедра; - костная крепитация; - патологическая подвижность; - выстояние костных отломков из раны; - укорочение конечности. **Относительные (косвенные) признаки переломов:** - боль (совпадение локализованной боли и локализованной болезненности при пальпации); - симптом осевой нагрузки – усиление локализованной боли при нагрузке конечности по оси; - наличие припухлости (гематомы); - нарушение (отсутствие) функции конечности. Наличие даже одного абсолютного признака дает основание ставить диагноз перелома.  **На догоспитальном этапе:** - при открытых переломах – остановка кровотечения (давящая повязка, прижатие сосуда, наложение жгута), наложение стерильной повязки. **Выступающие из раны костные отломки не вправлять!** - транспортная иммобилизация: используют пневматические, вакуумные шины,шины Дитерихса, Крамера. Фиксировать следует тазобедренный, коленный и голеностопный суставы. Можно также прибинтовать травмированную конечность к здоровой ноге (так называемая аутоиммобилизация), между конечностями должна быть проложена доска с мягким материалом на уровне коленных суставов и лодыжек; - холод на поврежденную область.  Ос**новные лекарственные препараты:** - обезболивание ненаркотические анальгетики – (например: кеторолак ); - при сильных болях наркотические анальгетики – (например: трамадол или  морфин ). **Дополнительные лекарственные препараты:** - при явлениях травматического шока: инфузионная терапия – кристаллоидные (например: р-р натрия хлорида , декстроза ) и коллоидные р-ры (например: декстран), преднизолон |
| 27 | Анафилактический шок | **Анафилактическим шоком (АШ)** принято называть анафилаксию, сопровождающуюся выраженными нарушениями гемодинамики: снижение систолического артериального давления ниже 90 мм. рт. ст. или на 30% от исходного уровня, приводящими к недостаточности кровообращения и гипоксии во всех жизненно важных органах  Алгоритм действий при первых признаках анафилаксии: 1. прекратить введение препарата; 2. оценить уровень сознания.  3.провести мониторинг витальных функций  4. обеспечить венозный доступ, а если нет возможности обеспечить венозный доступ, то возможно внутрикостное введение инфузионных растворов при условии соблюдения техники данного доступа и наличии специального набора для внутрикостного введения лекарственных препаратов и растворов.  **Эпинефрин (адреналин)** – препарат первой линии, инфузионная терапия, кислород  Кортикостероиды , антигистаминные препараты. |
| 28 | Какие изменения в классификации медицинских отходов по новому СанПину  СанПиН 2.1.3684-21 | Класс А  Новый СанПиН по отходам указывается, что теперь к безопасным эпидемиологически медотходам, имеющим состав, приближенный к твердым коммунальным, также относятся бывшие в использовании предметы личной гигиены, средства ухода за больными, диагноз которых не относится к инфекционным заболеваниям.  Класс Б Новый СанПиН на медицинские отходы уточняет, что отходы класса Б – это те, которые инфицированы или, возможно, потенциально инфицированы возбудителями 3-4 групп патогенности. В упраздненном документе указание групп отсутствовало. К таким отходам будут относиться загрязненные любыми видами биологических жидкостей предметы, материалы или инструменты, отходы патологоанатомической деятельности, операционные, пищевые и находившиеся в непосредственном прямом контакте с инфекционными больными.  Так же к медотходам класса Б мусор, связанный с деятельностью лечебно-диагностических отделений фтизиатрических медицинских учреждений (стационаров, диспансеров). Это все виды отходов, которые загрязнены мокротами пациентов.  Согласно новому СанПиНу по медотходам 2021, загрязненные продукты микробиологических, клинико-диагностических лабораторий, фармацевтических и иммунобиологических медицинских производств, осуществляющих работу с микроорганизмами 3-4 патогенных групп, больше не относятся к классу Б. Также в этот перечень входят отходы вивариев, вакцины живого состояния, но не пригодные к использованию. Эти отходы теперь будут входить в класс В.  Класс В. Согласно новому СанПиНу по медотходам 2021, загрязненные продукты микробиологических, клинико-диагностических лабораторий, фармацевтических и иммунобиологических медицинских производств, осуществляющих работу с микроорганизмами 3-4 патогенных групп, больше не относятся к классу Б. Также в этот перечень входят отходы вивариев, вакцины живого состояния, но не пригодные к использованию.  Классы Г и Д Информация по данным классам не подверглась изменениям или дополнениям. |
| 29 | Уровни обработки рук | Социальный  Гигиенический  Хирургический |
| 30 | Чем отличается социальный уровень обработки рук от гигиенического | Применением кожного антисептика |
| 31 | Приказ по парентеральныи инфекциям | Приказ Министерства здравоохранения РФ от 9 января 2018 г. N 1н «Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями укладки экстренной профилактики парентеральных инфекций для оказания первичной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи, специализированной медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи» |
| 32 | Состав ВИЧ аптечки в соответствии Приказа 1н от 09.01.2018 г | Йод-1  Спирт-1  Бинт марлевый -2 шт  Лейкопластырь-3 шт  Марлевые салфетки-1 уп |

Чек лист по специальности «Скорая и неотложная помощь»

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | Вопрос | Ответ |
| 1 | Вызов скорой медицинской помощи осуществляется | по телефону путем набора номеров "03", "103", "112" и (или) номеров телефонов медицинской организации, оказывающей скорую медицинскую помощь; с помощью коротких текстовых сообщений (SMS) при наличии технической возможности; при непосредственном обращении в медицинскую организацию, оказывающую скорую медицинскую помощь;)при поступлении в медицинскую организацию, оказывающую скорую медицинскую помощь, заполненной в электронном виде карточки вызова скорой медицинской помощи в экстренной форме из информационных систем экстренных оперативных служб. |
| 2 | Повода для вызова скорой помощи в экстренной форме | Поводами для вызова скорой медицинской помощи в экстренной форме являются внезапные острые заболевания, состояния, обострения хронических заболеваний, представляющие угрозу жизни пациента, в том числе: нарушения сознания; нарушения дыхания; )нарушения системы кровообращения; психические расстройства, сопровождающиеся действиями пациента, представляющими непосредственную опасность для него или других лиц; болевой синдром; травмы любой этиологии, отравления, ранения (сопровождающиеся кровотечением, представляющим угрозу жизни, или повреждением внутренних органов); термические и химические ожоги; кровотечения любой этиологии; роды, угроза прерывания беременности. |
| 3 | Основные регламентирующие приказы | Приказ Минздрава России от 20.06.2013 N 388н «Об утверждении Порядка оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи» Приказ Минздрава России от 22 января 2016 г. №36н «Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями укладок и наборов для оказания скорой медицинской помощи»Приказ Министерства здравоохранения РФ от 22 января 2016 г. № 33н «О внесении изменений в Порядок оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. № 388н» |
| 4 | Что включает в себя медицинская эвакуация | Медицинская эвакуация включает в себя:  санитарно-авиационную эвакуацию, осуществляемую воздушными судами;  санитарную эвакуацию, осуществляемую наземным, водным и другими видами транспорта. |
| 5 | В каких случаях осуществляется санитарно-авиационная эвакуация: | Санитарно-авиационная эвакуация осуществляется в случаях:  -тяжести состояния пациента, требующей его скорейшей доставки в медицинскую организацию, при наличии технической возможности использования авиационного транспорта и невозможности обеспечить санитарную эвакуацию в оптимальные сроки другими видами транспорта;  -наличия противопоказаний к медицинской эвакуации пострадавшего наземным транспортом;  -удаленности места происшествия от ближайшей медицинской организации на расстояние, не позволяющее доставить пациента в медицинскую организацию в возможно короткий срок;  -климатических и географических особенностей места происшествия и отсутствия транспортной доступности;  -масштабов происшествия, не позволяющих выездным бригадам скорой медицинской помощи осуществить медицинскую эвакуацию другими видами транспорта. |
| 6 | Основные функции станции скорой медицинской помощи, отделения скорой медицинской помощи | - организация и оказание скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи взрослому и детскому населению вне медицинской организации в круглосуточном режиме;  - медицинская эвакуация;  - обеспечение преемственности с медицинскими организациями при оказании скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;  - взаимодействие с экстренными оперативными службами  - комплектование выездных бригад скорой медицинской помощи медицинскими работниками;  - контроль и учет работы автомобилей скорой медицинской помощи;  - развитие и совершенствование форм и методов оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи населению, внедрение современных методов диагностики и лечения, передового опыта и научной организации труда;  - иные функции в соответствии с законодательством Российской Федерации. |
| 7 | Задачей службы скорой медицинской помощи является | Оказание экстренной и неотложной медицинской помощи всем больным и пострадавшим вне зависимости от места их нахождения (в том числе, в стационарах) оказание экстренной медицинской помощи больным и пострадавшим в стационарах [скорой медицинской помощи](https://pandia.ru/text/category/skoraya_meditcinskaya_pomoshmz/) проведение лечебно-эвакуационных мероприятий в очаге поражения при чрезвычайных ситуациях и массовых катастрофах оказание экстренной и неотложной медицинской помощи больным и пострадавшим вне стационарных лечебных учреждений и осуществление межбольничной транспортировки обеспечение всех видов выездной медицинской помощи населению, в т. ч. диспансерных осмотров. |
| 8 | Перечислите основные таблетированные формы для неотложной помощи при гипертоническом кризе. | Каптоприл 25 мг под язык. Нифедипин 10 мг под язык. Моксонидин 200-400 мг под язык. |
| 9 | Неотложная помощь при судорожном синдроме (эпилептиформные судороги) | Р-р Реланиума 5мг\мл – 2 мл внутривенно струйно, на изотоническом растворе натрия хлорида.  - Если судороги продолжаются, через 6-10 минут после первого введения повторно ввести Реланиума в той же дозе. |
| 10 | Назовите очаговые неврологические симптомы острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) | Очаговые неврологические симптомы:  - двигательные (геми - или моно - или парапарезы)  - речевые (нарушения воспроизведения или понимания обращенной речи)  - нарушение разных видов чувствительности (тактильной, болевой, глубокой, поверхностной и т. д.), парестезии  - координаторные (координация движений, равновесие и т. д.)  - зрительные (скотомы, фотопсии, гемианопсии и пр.) |
| 11 | Основные лекарственные средства применяемые при СЛР | Адреналин  •    Адреналин показан при всех формах остановки сердца, особенно при асистолии и электромеханической  •  При фибрилляции желудочков он может быть использован в сочетании с лидокаином.  •  Дозировка [адреналина](https://pandia.ru/text/category/adrenalin/):  1 мг каждые 3-5 мин; при неэффективности увеличить дозы  •  Атропин  •   Применение атропина особенно необходимо при брадисистолической форме остановке сердечной деятельности. В этом случае атропин необходимо вводить как можно быстрее.  •  Если введение атропина в течение 1—2 минут не даёт эффекта, всегда показано введение адреналина.  •  Дозировка атропина:  1 мг в/в каждые 3-5 мин (до 0,04 мг/кг или примерно 2-3 мг)  •  Лидокаин. лекарственный препарат выбора при рефрактерной фибрилляции желудочков и желудочковой тахикардии. Используется также для профилактики фибрилляции желудочков после успешной дефибрилляции.  •  Лекарственный препарат обладает коротким действием, поэтому, если не проводится непрерывная инфузия раствора лидокаина, необходимо повторять струйные введения не реже чем каждые 10 минут.  •  Дозировка лидокаина:  1,5 мг/кг, если нет эффекта после последующей за введением дефибрилляции – повторить введение лидокаина. Общая доза 3 мг/кг.  ·  Гидрокарбонат натрия по 1 ммоль/кг( 3 мл 4-5% раствора на 1 кг массы тела), затем по 0,5 ммоль/кг каждые 5-10 мин - при длительной СЛР либо если прекращению кровообращения предшествовали гиперкалиемия, ацидоз, передозировка трициклических [антидепрессантов](https://pandia.ru/text/category/antidepressant/) (амитриптиллин, азафен, мелипрамин и др.), гипоксический лактоацидоз  ·  Препараты кальция показаны только при исходной гиперкалиемиии или передозировке [антагонистов](https://pandia.ru/text/category/antagonizm/) кальция ( верапамил, фенигидин, сензит и др.)  ·  Глюкокортикостероиды в дозировке 60-90 мг преднизолона |
| 12 | Классификация ОКС | инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST (ИМпST);  инфаркт миокарда без подъема сегмента ST (ИМбпST);  нестабильная стенокардия. |
| 13 | Классификация стенокардии | **Классификация стенокардии основывается** на давности заболевания и особенностях течения приступов. Согласно данным критериям выделяют стенокардию напряжения, спонтанную (атипичную) стенокардию и нестабильную стенокардию. [Стенокардия](https://gkb57.ru/illness/70/) напряжения, в свою очередь, подразделяется на впервые возникшую стенокардию напряжения, стабильную стенокардию напряжения и прогрессирующую стенокардию напряжения. |
| 14 | Показания и противопоказания к проведению ТЛТ | Показания к ТЛТ- острый инфаркт миокарда с подъемом ST  Противопоказания Абсолютные- активное кровотечение из ЖКТ, геморрагический инсульт или субарахноидальное кровотечение, крупные хирургические вмешательства, т на, роды, серьезные ЧМТ  Относительные-предпалогаемое расслоение аорты, свежая травма, геммарогический диатез, травматичная или длительная (>10 мин) сердечно-легочная реанимация. |
| 15 | Клинические проявления инфаркта миокарда | Жалобы на интенсивную боль за грудиной и в области сердца давящего, сжимающего или жгучего характера, продолжительностью обычно более 15 минут. Возможна иррадиация боли в левую и правую руки, шею, нижнюю челюсть, под левую лопатку, в эпигастральную область. Больной возбужден, беспокоен, отмечает страх смерти. Сублингвальный прием нитратов неэффективен или устраняет боль не полностью либо на короткое время. |
| 16 | Клинические варианты инфаркта миокарда | болевой, абдоминальный, [астматический](https://pandia.ru/text/category/astma/), аритмический, цереброваскулярный, атипичный болевой, малосимптомный (бессимптомный). |
| 17 | Помощь на догоспитальном этапе при инфарке миокарда | положение больного лежа со слегка приподнятой головой  - нитраты под язык (1-2 таблетки или спрей 1-2 дозы)  - разжевать 125-250 мг ацетилсалициловой кислоты  - ингаляция увлажненного кислорода  - наркотический анальгетик в\в дробно на физ.растворе до купирования болевого синдрома  -Гепарин 60ед\кг в\в на физрастворе  - транспортировка пациента на носилках в реанимационное отделение |
| 18 | Способ остановки кровотечения на догоспитальном этапе. | Механический способ. Применяют методы пережатия сосудов выше раны и непосредственно в ране. Вне раны временно останавливают кровотечение прижатием сосуда к костной основе в типичных точках, наложением жгута. с помощью «закрутки» и пережатие сосудов методом максимального сгибания конечности в суставах с предварительно подложенной под сустав мягкой тканевой прокладкой. |
| 19 | Чем отличается базовая реанимация от расширенной | Применением автоматической наружной дефибриляции |
| 20 | **Травматический шок** , определение, фазы | остро развивающееся и угрожающее жизни состояние, которое наступает в результате воздействия на организм тяжелой механической травмы.  Травматический шок обычно проходит в своём развитии две фазы, так называемую «эректильную» фазу шока и «торпидную» фазу. |
| 21 | Степени травматического шока и тактика фельдшера на догоспитальном этапе при травматическом шоке. | Степени тяжести травматического шока:  Шок 1 степени - САД 100-90 мм рт.ст., пульс 90-100 в 1 мин., удовлетворительного наполнения.  Шок 2 степени - САД 90-70 мм рт.ст., пульс 110-130 в 1 мин., слабого наполнения.  Шок 3 степени - САД 70-60 мм рт.ст., пульс 120-160 в 1 мин., очень слабого наполнения (нитевидный).  Шок 4 степени - АД не определяется, пульс не определяется.  Оценить тяжесть состояния больного (необходимо ориентироваться на жалобы больного, уровень сознания, окраску и влажность кожных покровов, характер дыхания и пульса, уровень артериального давления).  - уложить больного с приподнятым ножным концом на 10-45%,  - сохранить или обеспечить венозный доступ - катетеризация периферической вены  - обеспечить проходимость верхних дыхательных путей и доступ кислорода (при необходимости ИВЛ).  Остановка наружного кровотечения на догоспитальном этапе осуществляется временными способами (тугая тампонада, наложение давящей повязки, пальцевое прижатие непосредственно в ране или дистальнее нее, наложение жгута и т.д.).  Обезболивание.  Транспортная иммобилизация.  Восполнение кровопотери. Транспортировка в стационар. |
| 22 | Гипогликемическая кома. Причины. Клиническая картина. Тактика фельдшера на догоспитальном этапе. | Гипогликемическая кома – это острое патологическое состояние, развивающееся при резком падении уровня содержания глюкозы (сахара) в крови.  Гипогликемическая кома может развиваться в следующих случаях: - передозировка препаратов инсулина; - нарушение режима питания у больных сахарным диабетом; - опухоль поджелудочной железы – например, инсулинома.  Гипогликемическая кома, как правило, развивается очень быстро. У человека появляется раздражительность, психомоторное возбуждение, головная боль, слабость в мышцах. Человек чувствует голод, сердцебиение учащается, кожа может покрываться потом. Повышенная влажность кожных покровов является характерным признаком гипогликемии, затем у пациента появляется потливость, гиперемия (покраснение) лица, двоение в глазах. Он возбужден, ведет себя агрессивно ,нарастает повышение артериального давления, частоты сердечных сокращений, потливость. Затем появляются судороги на фоне повышенного тонуса мышц и расширения зрачков,больной теряет сознание, зрачки расширены, пульс учащен и кома становится более глубокой  Необходимо дать больному углеводы либо перорально (через рот), либо парентерально (посредством внутривенного введения). Внутривенно вводится 40% раствор глюкозы. После оказанной терапии, если с момента развития гипогликемиии прошло меньше часа и не развились неврологические нарушения, буквально сразу пациент приходит в сознание. При неэффективности проводимых мероприятий продолжается введение 5-10% раствора глюкозы внутривенно капельно. Транспортировка в стационар. |
| 23 | Пневмоторакс. Причины. Виды. Симптомы. Оказание помощи. | Пневмото́ракс — скопление воздуха или газов в [плевральной полости](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BB%D0%B5%D0%B2%D1%80%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%BF%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%8C). Оно может возникнуть спонтанно у людей без хронических заболеваний лёгких («первичный»), а также у лиц с заболеваниями лёгких («вторичный»).  Воздух или газ может попадать в плевральную полость снаружи (при открытом повреждении грудной клетки и сообщении с внешней средой) или из внутренних органов (например при травматическом разрыве лёгкого при закрытой травме либо при разрыве [эмфизематозных](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D0%BC%D1%84%D0%B8%D0%B7%D0%B5%D0%BC%D0%B0) пузырей, «булл», при минимальной травме или кашле, [спонтанный пневмоторакс](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%A1%D0%BF%D0%BE%D0%BD%D1%82%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8B%D0%B9_%D0%BF%D0%BD%D0%B5%D0%B2%D0%BC%D0%BE%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%B0%D0%BA%D1%81&action=edit&redlink=1)).  Виды:  Закрытый пневмоторакс. При этом виде в плевральную полость попадает небольшое количество газа, которое не нарастает. Сообщение с внешней средой отсутствует. Считается самым лёгким видом пневмоторакса, поскольку воздух потенциально может самостоятельно постепенно рассосаться из плевральной полости, при этом лёгкое расправляется.  Открытый пневмоторакс. При открытом пневмотораксе плевральная полость сообщается с внешней средой, поэтому в ней создаётся давление, равное атмосферному. При этом лёгкое спадается. Спавшееся лёгкое выключается из дыхания, в нём не происходит газообмен, кровь не обогащается кислородом. Может сопровождаться [гемотораксом](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B5%D0%BC%D0%BE%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%B0%D0%BA%D1%81).  Клапанный пневмоторакс. Этот вид пневмоторакса возникает в случае образования клапанной структуры, пропускающей воздух в одностороннем направлении, из лёгкого или из окружающей среды в плевральную полость, и препятствующее его выходу обратно. При этом с каждым дыхательным движением давление в плевральной полости нарастает. |
| 24 | Помощь при пневмотороксе | Коррекция гипоксии - оксигенотерапия.  Купирование болевого синдрома - ненаркотические анальгетики:  - кеторолак 30 мг (1мл) внутривенно медленно или внутримышечно.  При выраженном болевом синдроме наркотические анальгетики:  - морфин 1% 1 мл развести 0,9% раствором натрия хлорида до 20 мл до устранения болевого синдрома и одышки, либо до появления побочных эффектов (артериальной гипотензии, угнетения дыхания, рвоты).  При открытом поражении дефект в стенке грудной клетки следует закрыть окклюзионной повязкой  При напряженном пневмотораксе проводят плевральную пункцию.  Контроль показателей гемодинамики и сатурации крови кислородом, поддержание витальных функций.  Госпитализация в стационар. |
| 25 | Понятие Обморок | Это внезапная непродолжительная потеря сознания, которая наступает из-за нарушений поступления крови, а, следовательно, и кислорода, в головной мозг. Нехватка кислорода приводит к обмороку, который длится от нескольких секунд до нескольких минут, после чего человек обычно приходит в себя. |
| 26 | Виды лихорадок | 1. субфебрильная , умеренная, высокая; гипертермическая.  2. В зависимости от клинических проявлений выделяют два вида лихорадки: «красную» («розовую», «теплую», «доброкачественную»); «белую» («бледную», «холодную», «злокачественную»). |
| 27 | Перелом бедра, тактика фельдшера при переломе бедра | **По характеру повреждения мягких тканей перелом бедра может быть:** - закрытый; - открытый.  **По смещению отломков:** - без смещения; - со смещением.  **Жалобы**: на боли, нарушение опороспособности конечности, наличие ран при открытых переломах.  **Абсолютные (прямые) признаки переломов:** - деформация бедра; - костная крепитация; - патологическая подвижность; - выстояние костных отломков из раны; - укорочение конечности. **Относительные (косвенные) признаки переломов:** - боль (совпадение локализованной боли и локализованной болезненности при пальпации); - симптом осевой нагрузки – усиление локализованной боли при нагрузке конечности по оси; - наличие припухлости (гематомы); - нарушение (отсутствие) функции конечности. Наличие даже одного абсолютного признака дает основание ставить диагноз перелома.  **На догоспитальном этапе:** - при открытых переломах – остановка кровотечения (давящая повязка, прижатие сосуда, наложение жгута), наложение стерильной повязки. **Выступающие из раны костные отломки не вправлять!** - транспортная иммобилизация: используют пневматические, вакуумные шины,шины Дитерихса, Крамера. Фиксировать следует тазобедренный, коленный и голеностопный суставы. Можно также прибинтовать травмированную конечность к здоровой ноге (так называемая аутоиммобилизация), между конечностями должна быть проложена доска с мягким материалом на уровне коленных суставов и лодыжек; - холод на поврежденную область.  Ос**новные лекарственные препараты:** - обезболивание ненаркотические анальгетики – (например: кеторолак ); - при сильных болях наркотические анальгетики – (например: трамадол или  морфин ).  **Дополнительные лекарственные препараты:** - при явлениях травматического шока: инфузионная терапия – кристаллоидные (например: р-р натрия хлорида , декстроза ) и коллоидные р-ры (например: декстран), преднизолон |
| 28 | Анафилактический шок | **Анафилактическим шоком (АШ)** принято называть анафилаксию, сопровождающуюся выраженными нарушениями гемодинамики: снижение систолического артериального давления ниже 90 мм. рт. ст. или на 30% от исходного уровня, приводящими к недостаточности кровообращения и гипоксии во всех жизненно важных органах  Алгоритм действий при первых признаках анафилаксии: 1. прекратить введение препарата; 2. оценить уровень сознания.  3.провести мониторинг витальных функций  4. обеспечить венозный доступ, а если нет возможности обеспечить венозный доступ, то возможно внутрикостное введение инфузионных растворов при условии соблюдения техники данного доступа и наличии специального набора для внутрикостного введения лекарственных препаратов и растворов.  **Эпинефрин (адреналин)** – препарат первой линии, инфузионная терапия, кислород  Кортикостероиды , антигистаминные препараты. |
| 29 | Какие изменения в классификации медицинских отходов по новому СанПину  СанПиН 2.1.3684-21 | Класс А  Новый СанПиН по отходам указывается, что теперь к безопасным эпидемиологически медотходам, имеющим состав, приближенный к твердым коммунальным, также относятся бывшие в использовании предметы личной гигиены, средства ухода за больными, диагноз которых не относится к инфекционным заболеваниям.  Класс Б Новый СанПиН на медицинские отходы уточняет, что отходы класса Б – это те, которые инфицированы или, возможно, потенциально инфицированы возбудителями 3-4 групп патогенности. В упраздненном документе указание групп отсутствовало. К таким отходам будут относиться загрязненные любыми видами биологических жидкостей предметы, материалы или инструменты, отходы патологоанатомической деятельности, операционные, пищевые и находившиеся в непосредственном прямом контакте с инфекционными больными.  Так же к медотходам класса Б мусор, связанный с деятельностью лечебно-диагностических отделений фтизиатрических медицинских учреждений (стационаров, диспансеров). Это все виды отходов, которые загрязнены мокротами пациентов.  Согласно новому СанПиНу по медотходам 2021, загрязненные продукты микробиологических, клинико-диагностических лабораторий, фармацевтических и иммунобиологических медицинских производств, осуществляющих работу с микроорганизмами 3-4 патогенных групп, больше не относятся к классу Б. Также в этот перечень входят отходы вивариев, вакцины живого состояния, но не пригодные к использованию. Эти отходы теперь будут входить в класс В.  Класс В. Согласно новому СанПиНу по медотходам 2021, загрязненные продукты микробиологических, клинико-диагностических лабораторий, фармацевтических и иммунобиологических медицинских производств, осуществляющих работу с микроорганизмами 3-4 патогенных групп, больше не относятся к классу Б. Также в этот перечень входят отходы вивариев, вакцины живого состояния, но не пригодные к использованию.  Классы Г и Д Информация по данным классам не подверглась изменениям или дополнениям. |
| 30 | Уровни обработки рук | Социальный  Гигиенический  Хирургический |
| 31 | Чем отличается социальный уровень обработки рук от гигиенического | Применением кожного антисептика |
| 32 | Приказ по парентеральныи инфекциям | Приказ Министерства здравоохранения РФ от 9 января 2018 г. N 1н «Об утверждении требований к комплектации лекарственными препаратами и медицинскими изделиями укладки экстренной профилактики парентеральных инфекций для оказания первичной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи, специализированной медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи» |
| 33 | Состав ВИЧ аптечки в соответствии Приказа 1н от 09.01.2018 г | Йод-1  Спирт-1  Бинт марлевый -2 шт  Лейкопластырь-3 шт  Марлевые салфетки-1 уп |