

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ИВАНОВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ ФЕДЕРАЛЬНОГО АГЕНТСТВА
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ И СОЦИАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ»**

**ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА
ПОМОЩНИК ФЕЛЬДШЕРА СКОРОЙ И
НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РАЗРАБОТКИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ
III КУРСА ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА**

Иваново 2009

Методические разработки знакомят студентов III курса лечебного факультета с целями и задачами производственной практики на станции скорой медицинской помощи, особенностями производственной практики как составной части учебного процесса, правилами оформления отчетной документации, включают в себя перечень практических умений, темы УИРС, вопросы к зачету.

Надеемся, что данное издание поможет Вам успешно пройти производственную практику и приобрести первый клинический опыт.

Составили:

Бурсиков Александр Валерьевич
Рупасова Татьяна Ивановна
Карманова Ирина Викторовна
Швагер Ольга Викторовна

Рецензент: кафедра сестринского дела ИвГМА доц. Егорова Л.А.

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ
СТАЦИОНАРЕ И НА СТАНЦИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
Методические разработки для студентов 3 курса лечебного факультета.
Издание третье, переработанное и дополненное
Редактор А.М.Панкова
Лицензия №0 0637 от 05.01.2000

Подписано в печать 18.05.09	Формат 60*84 1/16	Уч.-изд. Л. 2.0
Печать плоская	Тираж 50 экз.	Заказ

ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия МЗ РФ»
153462, г.Иваново, пр.Ф.Энгельса,8.

ВВЕДЕНИЕ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней является одной из базовых кафедр первого этапа клинического обучения студентов, а летняя производственная практика (ЛПП) студентов, закончивших третий курс, входит в обязательный учебный план этого периода обучения. Именно на этом этапе студенты медицинского вуза приобретают первые умения проведения организационных, диагностических, лечебно-тактических и профилактических мероприятий. В ходе прохождения ЛПП студенты осваивают вопросы медицинской деонтологии, профессиональной этики, закрепляют на практике умения сестринского дела, учатся решать диагностические и тактические задачи, осваивают алгоритм оказания экстренной доврачебной помощи при различной патологии внутренних органов.

ЛПП у студентов лечебного факультета после 3 курса проводится в качестве помощника фельдшера скорой и неотложной помощи (ССМП).

К прохождению ЛПП допускаются студенты, закончившие изучение курса пропедевтики внутренних болезней, успешно сдавшие курсовой экзамен.

ЦЕЛЬ производственной практики после 3 курса - изучение работы среднего медицинского персонала (фельдшера скорой помощи) и овладение умениями выполнения манипуляций и процедур среднего медицинского персонала, освоение умений диагностики и оказания доврачебной помощи при основных синдромах и заболеваниях внутренних органов. Практика на ССМП является продолжением и закреплением на новом уровне знаний, полученных на кафедрах пропедевтики внутренних болезней, общей хирургии, фармакологии, патологической физиологии, умений по уходу за больными терапевтического профиля, умений, необходимых в практической работе врача **любого** профиля.

Основные задачи производственной практики:

- 1) ознакомиться с организацией работы ССМП;
- 2) развить умения по:
 - по выполнению лечебных и диагностических манипуляций фельдшера ССМП;
 - по диагностике основных синдромов в клинике внутренних болезней;
 - по диагностике неотложных состояний и оказанию доврачебной помощи.

ОРГАНИЗАЦИЯ И ОЦЕНКА ЛПП

Общее руководство ЛПП осуществляет проректор по учебно-воспитательной работе ИвГМА. Организацию ЛПП обеспечивают: заведующий практикой ИвГМА, который несет ответственность за

заключение договоров с лечебно-профилактическими учреждениями (ЛПУ), подготовку и обеспечение делопроизводства, распределение студентов по базам практики, деканат факультета, контролирующей своевременность прохождения ЛПП, сдачу зачетов, ликвидацию задолженностей. Непосредственное проведение и учебно-методическое руководство ЛПП осуществляет кафедра пропедевтики внутренних болезней в лице заведующего кафедрой, который несет ответственность за ее качество. На кафедре назначаются **кафедральные кураторы** (ассистенты), осуществляющие контроль и учебно-методическое руководство ЛПП в базовых ЛПУ. ЛПП проводится на тех базах г. Иванова и Ивановской области, г. Владимира и Владимирской области, с которыми академией заключены договоры. Студенты, принятые в ИвГМА по целевому набору проходят ЛПП в направившем их ЛПУ. В отдельных случаях студенту может быть разрешено прохождение ЛПП в ЛПУ по месту жительства при наличии официального письменного согласия руководителя данного учреждения. При этом должны быть выполнены все требования программы практики.

В лечебном учреждении руководителем базы производственной практики является главный врач или заместитель главного врача, главная или старшая медицинская сестра, несущие ответственность за организацию ЛПП. Непосредственное проведение ЛПП осуществляет базовый руководитель - старший фельдшер, ответственные дежурные врачи смены ССМП, отвечающие за качество ЛПП. От прохождения ЛПП никто не может быть освобожден. Запрещается направление студентов за счет времени ЛПП на другие мероприятия (спортивные, оздоровительные, трудовые лагеря и пр.). При непрохождении практики студент по представлению деканата и распоряжению ректора отчисляется из академии.

Перенос срока практики может быть разрешен отдельным студентам в исключительных случаях (болезнь, беременность) по согласованию с деканатом. Пропущенные дни (по уважительной или неуважительной причине) отрабатываются без сокращения часов за счет дежурств или в выходные дни, или практика продлевается на пропущенные дни.

Студенты 3 курса, имеющие среднее медицинское образование и работающие в должности фельдшера ССМП, соответствующего профилю практики отделения, могут проходить практику на рабочем месте или оформиться на работу на срок ЛПП с последующим оформлением дневника практики и других необходимых документов, предъявлением справки из отдела кадров ЛПУ и сдачей зачета в установленном порядке. В конце каждого цикла базовым руководителем ЛПП пишется индивидуальная характеристика студента, скрепляемая печатью ЛПУ.

Кафедральный куратор ЛПП контролирует прохождение отдельных циклов, оказывая студенту консультативную помощь при личной встрече или

в Интернете. Преподаватель и базовый руководитель во время ЛПП контролируют выполнение наиболее сложных умений.

Студенты во время практики ведут единый дневник установленного образца, отражающий основные виды работы по всем клиническим направлениям ЛПП. Ежедневные записи в дневнике визируются базовым руководителем практики. После окончания практики и сдачи зачета дневник ЛПП передается на хранение в деканат лечебного факультета.

По итогам ЛПП студенты сдают зачет в сентябре-октябре по расписанию, подготовленному учебной частью совместно с деканатом. Зачет принимает комиссия преподавателей во главе с заместителем декана, ответственным за данный курс. На зачете оценивается способность (умение) студента выполнять профессиональные действия, решать типовые профессиональные задачи, вынесенные в программу ЛПП (согласно перечню).

Практические умения оцениваются путем воспроизведения алгоритма выполнения действий, способности обоснования диагноза по записям в дневнике практики, решения ситуационных задач по оказанию неотложной помощи, обоснования выбора лечения, поэтапного выполнения какого-то действия. Зачет проводится с использованием набора инструментов, данных лабораторных и инструментальных методов исследования, ситуационных задач.

Итоговая оценка по ЛПП выставляется комиссией во главе с заместителем декана, как средняя арифметическая оценок, выставленных студенту за работу в терапевтическом отделении и на ССМП. Итоговая оценка выставляется по 100 балльной системе: максимально: 20 баллов – УИРС, 40 баллов – за практику на ССМП и 40 баллов – за практику в терапевтическом стационаре.

Студент, не выполнивший программу практики в установленные сроки и (или) получивший отрицательный отзыв о работе, а также пропустивший практику по болезни или другим уважительным причинам подает в деканат объяснительную записку, в которой указывает причины задолженности. Вопрос о прохождении ЛПП в этом случае решается индивидуально на совместном совещании проректора по учебной работе, декана лечебного факультета, заведующего кафедрой пропедевтики внутренних болезней, руководителя практической подготовки студентов ИвГМА. Студент, выполнивший программу практики, но получивший отрицательную оценку на зачете, обращается в деканат за разрешением сдать зачет повторно.

При наличии задолженности по ЛПП студенту может быть по представлению деканата приказом ректора объявлено административное взыскание. Если задолженность по ЛПП не ликвидирована до конца семестра, следующего за ЛПП, студент по представлению деканата отчисляется из академии.

Студенты- задолжники направляются на практику в вечернее время или в период зимних каникул и проходят ее на базах кафедры (в терапевтических отделениях 1-й и 7-й городских клинических больниц).

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

С основными положениями ЛПП студенты знакомятся в течение учебного года в отделе производственной практики. В весеннем семестре старосты групп подают списки студентов с указанием их желания о месте прохождения ЛПП (указываются стационары, станции скорой медицинской помощи г. Иванова, Владимира или других лечебно-профилактических учреждений по месту жительства). Организационное собрание проводится отделом производственной практики с участием декана лечебного факультета и кафедральных руководителей практики перед началом летней сессии. На кафедре пропедевтики внутренних болезней в соответствии с Государственным стандартом и требованиями программы итоговой Государственной аттестации сформированы перечни практических умений с указанием уровня их освоения, а также определены требования, которые будут предъявлены студенту на зачете для получения оценки «отлично», «хорошо» или «удовлетворительно».

Приступая к прохождению ЛПП, студенты должны заранее получить в отделе производственной практики типовое направление и перечень практических умений, которыми они должны овладеть.

Утром первого дня практики (8⁰⁰ часов утра) студенты с типовыми направлениями отдела практики приходят к главному врачу ЛПУ (ССМП) или его заместителю, которые совместно с главной медицинской сестрой распределяют их по отделениям, знакомят со старшими фельдшерами, ответственными врачами смен ССМП. Старший фельдшер смены или ответственный врач смены ССМП проводят инструктаж по технике безопасности, и только после этого студент имеет право приступить к прохождению ЛПП.

Под руководством базовых руководителей студенты составляют график своей работы, предусматривающий чередование утренних и вечерних смен в терапевтических отделениях (утренняя смена работает с 8⁰⁰ до 14⁰⁰, вечерняя – с 14⁰⁰ до 20⁰⁰). В условиях ССМП студенты закрепляются за конкретными врачебными или фельдшерскими бригадами и работают, как правило, через день по 12 часов (но возможны и другие варианты). Программа ЛПП не предусматривает работу в ночные смены. Продолжительность каждого этапа ЛПП длится 12 дней. Пропущенные дни отрабатываются без сокращения времени за счет дополнительного дежурства или в выходные дни.

Во время производственной практики студент является помощником фельдшера скорой помощи. Основным способом обучения на ПП – участие в реальной деятельности трудового коллектива. Участие в работе фельдшера может быть различного уровня: от присутствия и наблюдения за работой

медицинского персонала (на первых этапах), до самостоятельного выполнения определенных фельдшерских манипуляций.

Во время ЛПП студент принимает участие в работе фельдшера, одновременно осваивая на рекомендуемом уровне практические умения, вынесенные на практику.

Работая на практике, после окончания курса пропедевтики внутренних болезней, Вы по-новому увидите особенности работы фельдшера ССМП.

Всю выполненную в течение дня работу Вы отражаете в дневнике практики. Написание дневника – не самоцель, а способ систематизировать свои мысли и знания, закрепить алгоритмы выполнения умений, вынесенных на практику.

Первая запись должна содержать индивидуальный график работы с указанием даты и рабочего времени, заверенный подписью зам. главного врача ССМП по лечебной работе, печатью лечебного учреждения и подписью базового руководителя. Далее следует описание рабочего дня. Записи должны быть краткими, четкими, отражать весь объем выполненной работы, с указанием количества выполненных манипуляций. Дневник ежедневно заверяется подписью студента и базового руководителя (фельдшера или врача линейной бригады ССМП). В конце каждой рабочей смены необходимо подсчитать количество практических умений, которые студент выполнил. При подведении итогов ЛПП общее количество лечебно-диагностических пособий суммируется и выносится в соответствующие графы перечня практических навыков.

Преподаватель и базовый руководитель во время ЛПП контролируют выполнение наиболее сложных умений. Чтобы достичь рекомендованного уровня, необходимо несколько раз повторить данное умение. В перечне, разработанном на кафедре, указано минимальное количество повторение, необходимое для достижения рекомендованного уровня. Если у вас возникнут вопросы, ответы на них можно получить у базового руководителя или куратора практики или в Интернете на сайте академии www.isma.ivanovo.ru. в разделе «Гостевая книга», где на вопрос через 2-3 дня студент получит ответ преподавателя.

Производственная практика на ССМП

Работа фельдшера (врача) ССМП – это, прежде всего, диагностика неотложных состояний и оказание экстренной помощи.

Обследование пациента в условиях СП имеет свои особенности: это - прежде всего недостаток времени для детального обследования пациента и необходимость быстрой оценки наличия ургентного (неотложного) состояния для немедленного оказания помощи. Как и в стационаре, пациент должен быть осмотрен полностью, но с использованием наиболее информативных и быстро выполняемых методов. В первую очередь оценивается состояние ведущих систем организма: ЦНС, сердечно-сосудистой, дыхательной. Если основные жалобы указывают на поражение другой системы, то проводится

также её полное обследование. При неясном диагнозе – проводится полное обследование всех систем пациента.

Обязательный минимум обследования пациента в условиях СП

Ведущие жалобы, характерные для патологии определенной системы, явившиеся поводом для обращения за экстренной медицинской помощью. Их детализация (локализация, интенсивность, характер, временные характеристики, условия возникновения, динамика во времени, условия купирования, иррадиация, специфические характеристики и связь с другими симптомами).

Неспецифические жалобы.

Анамнез заболевания

Для острого заболевания (состояния) - время начала и возможные причины возникновения, первые симптомы (жалобы), их динамика. Обследование (его результаты) и лечение на амбулаторном этапе (если он был), динамика симптомов в том числе на фоне лечения. Причина обращения на СП. Для хронического заболевания - давность болезни, обострения и ремиссии (частота, продолжительность - для оценки особенностей течения заболевания). Результаты обследований (можно использовать имеющуюся у больного медицинскую документацию: выписки и справки из лечебных учреждений, ЭКГ, протоколы инструментальных и лабораторных исследований). Амбулаторное лечение с указанием медикаментозных препаратов и их эффективность.

Анамнез жизни

Наличие хронических заболеваний, проводимое по их поводу лечение, его эффективность. Перенесенные заболевания, особо указать на перенесение социальноопасных болезней (туберкулез, венерические заболевания, ВИЧ-инфекция, вирусный гепатит). Травмы и операции. Аллергологический анамнез: в том числе, аллергические реакции на медикаменты, пищевые продукты.

Настоящее состояние

Общее состояние больного (удовлетворительно, средней тяжести, тяжелое). Сознание, положение больного, телосложение – конституциональный тип, искривление позвоночника. Температура тела.

Кожные покровы и цвет (розовый, смуглый, синюшный, желтушный, бледный, землистый), пигментация и депигментация, высыпания (розеола, пустула, везикула, эритема, пятно и т.д.), их локализация. Видимые слизистые. Состояние глаз (зрачки и конъюнктивы). Сосудистые изменения кожи. Рубцы. Трофические изменения. Видимые опухоли. Влажность кожи. Подкожно-жировая клетчатка: развитие, тип ожирения; кахексия, отеки. Лимфатические узлы. Мышцы: тонус, сила мышц. Суставы: конфигурация, припухлость, болезненность, объем движений.

Характер дыхания через нос, форма грудной клетки, тип дыхания, симметричность дыхательных движений, ЧД в минуту, сравнительная перкуссия легких. Аускультация легких.

Осмотр области сердца и периферических артерий и вен. Локализация и характеристика верхушечного толчка, границы относительной тупости сердца, Аускультация сердца, характеристика пульса, АД.

Осмотр живота, поверхностная ориентировочная (при необходимости – глубокая) пальпация. Пальпация печени и селезенки.

Определение симптома Пастернацкого, грудные железы и вторичные половые признаки. Осмотр и пальпация щитовидной железы.

ПОРЯДОК ОФОРМЛЕНИЯ ДНЕВНИКА ПРАКТИКИ НА ССМП

Подробно описывается каждый вызов: указываются паспортные данные (фамилия больного, возраст, адрес), приводится перечень жалоб, краткие сведения из анамнеза, данные объективного состояния больного. Формулировка синдромального и нозологического диагноза обсуждается с врачом бригады ССМП, описываются использованные лечебно-диагностические пособия. Приводится рецептурная пропись лекарственных препаратов, использованных во время оказания помощи больному, указывается эффект от проводимых лечебных мероприятий, дальнейшая тактика ведения больного.

Схема описания вызова в дневнике практики

Дата, время, бригада №

Адрес, ФИО, возраст, место работы

Вызов: первичный, повторный, повод к вызову.

Жалобы.

Анамнез (заболевания и жизни).

Настоящее состояние: общий осмотр и описание по выше приведенной схеме систем организма. При необходимости описание status localis.

Проведенные дополнительные обследования (ЭКГ; пикфлоуметрия и др.).

Синдромальный диагноз.

Нозологический диагноз, проявляющийся данным синдромом (если он известен или установлен).

Ургентное состояние, уровень неотложного состояния.

Сопутствующие заболевания.

Оказанная помощь (фармакопрепараты на латинском языке с указанием доз и способа введения).

Эффективность лечебных мероприятий.

Дальнейшая тактика (оставлен дома, госпитализирован и куда, рекомендации).

Подпись студента

Подпись врача (фельдшера)

Пример анализа и оформления клинической ситуации во время ЛПП на ССМП

Клиническая ситуация: Пример 1.

Дата: 8.07.06 Время: 16⁰⁰. № вызова: 4 Бригада: №14

Адрес вызова: ул. Ташкентская, дом 42. кв 54.

Ф.И.О. больного: Николаев Иван Петрович

Возраст: 27 лет

Место работы: ОАО «Автокран».

Вызов: первичный

Повод к вызову: приступ удушья.

Жалобы на одышку с затруднением выдоха, переходящую в удушье, сухой (непродуктивный) кашель. Сегодня самочувствие ухудшилось около часа назад: через 30 минут после приёма таблетки ортофена по поводу болей в пояснице развился приступ удушья, сухой кашель. Провёл одну ингаляцию беротека – чёткого улучшения нет.

Из анамнеза: в течение 3 лет страдает аллергической бронхиальной астмой. Периодически использует сироп аскорил или ингалятор (беротек). Страдает полипозом носовых ходов, других хронических заболеваний нет.

Настоящее состояние: общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Возбужден, разговаривает отдельными фразами. Выслушиваются дистанционные хрипы. Положение сидя с упором на руки. Правильного телосложения, нормостеник. Кожные покровы бледные влажные. Удовлетворительного питания. Отеки не определяются. Основные группы лимфатических узлов не пальпируются. Дыхание через нос свободное. Верхний плечевой пояс приподнят, грудная клетка в форме цилиндра, симметрична. ЧД 26 в 1 минуту. Перкуторный звук над лёгкими в симметричных точках коробочный. Нижние границы лёгких на уровне 9 ребра по средней аксиллярной линии. Над всей поверхностью лёгких выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, сухие жужжащие и свистящие хрипы. Область сердца не изменена. Вены шеи набухшие. Видимые пульсации не определяются. Верхушечный толчок пальпаторно не определяется. Тоны сердца приглушены, тахикардия. ЧСС – 100 в 1 мин. Пульс 100 ударов в 1 минуту, АД 130/80 мм рт. ст. Язык влажный. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен. Щитовидная железа не пальпируется.

Синдромальный диагноз: Бронхообструктивный синдром.

Нозологический диагноз: Аллергическая бронхиальная астма. Обострение.

Ургентное состояние: приступ аллергической бронхиальной астмы средней степени тяжести. Уровень неотложного состояния: - 2.

Оказанная помощь: В2 агонисты (Berotec) через небулайзер, Tabl. Prednisoloni 30 mg. per os. Через 20 минут самочувствие несколько улучшилось, повторно проведена ингаляция Berotec через небулайзер. Появился продуктивный кашель с густой вязкой прозрачной мокротой,

одышка уменьшилась, ЧД 20 в 1 мин. Над легкими дыхание везикулярное, единичные сухие жужжащие хрипы по передней поверхности грудной клетки. Пульс 88 в 1 мин, АД 130/80 мм.рт.ст. Вновь проведена ингаляция Berotec через небулайзер. Наблюдение в течение 20 мин.

Эффективность лечебных мероприятий: К концу наблюдения (в течение часа) приступ полностью купирован.

Дальнейшая тактика: с учетом хорошего эффекта на проводимую терапию больной оставлен дома. Рекомендован вызов врача на дом для коррекции схемы лечения.

Примерная схема анализа клинической ситуации (на основе схемы ООД).

Последовательность действий (этапы диагностического поиска)	Результат действия (мыслительной операции)	Патологоанатомическое и патофизиологическое обоснование результата действия.
1. Провести опрос. Выявить основные жалобы. Детализировать жалобы	Жалобы на одышку экспираторного характера, сухой кашель.	Одышка, кашель могут быть при заболеваниях органов дыхания и сердечно-сосудистой системы. Экспираторный характер одышки характерен для бронхиальной обструкции.
2. Собрать анамнез болезни	В течение 3 лет страдает бронхиальной астмой. Периодически использует ингалятор (беротек). Сегодня самочувствие ухудшилось около часа назад: через 30 минут после приёма ортофена по поводу болей в пояснице. Провёл одну ингаляцию беротека – чёткого улучшения нет.	Пациент страдает хроническим заболеванием – бронхиальной астмой. Ортофен относится к группе НПВС – препаратов, которые часто вызывают ухудшение бронхиальной проходимости. По-видимому, ухудшение самочувствия (кашель, одышка) связаны с ухудшением бронхиальной проходимости.
3. Провести осмотр пациента	Положение сидя с упором на руки, верхний плечевой пояс приподнят, грудная клетка в форме цилиндра. Кожные покровы влажные,	Вынужденное положение больного является компенсаторной реакцией на имеющуюся гипоксемию. Отражением гипоксемии является бледный цвет кожных покровов и наличие

	бледные. Возбуждён, разговаривает отдельными фразами. Выслушиваются дистанционные хрипы. ЧД 26 в 1 минуту. Определяется набухание шейных вен.	одышки.
4.Провести физикальное исследование органов дыхания	Перкуторный звук в симметричных точках с коробочным оттенком. Нижние границы лёгких опущены, верхние приподняты. Над всей поверхностью лёгких выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, сухие жужжащие и свистящие хрипы.	Коробочный оттенок перкуторного звука и ослабленное везикулярное дыхание отражают появление викарной (компенсаторной) эмфиземы. Сухие свистящие хрипы в лёгких – аускультативное проявление бронхиальной обструкции, обусловленной спазмом, гиперсекрецией и отёком слизистой оболочки бронхов.
5.Провести физикальное исследование сердечно-сосудистой и других систем	Пульс 100 в 1 минуту. АД 130/80, тоны сердца звучные.	Тахикардия может быть проявлением дыхательной недостаточности.
6.Поставить синдромальный диагноз	Синдром бронхиальной обструкции.	Имеются визуальные (кашель, экспираторная одышка, дистанционные хрипы) и аускультативные (сухие свистящие хрипы) проявления синдрома бронхиальной обструкции средней степени тяжести.
7. Нозологический диагноз	Аллергическая бронхиальная астма. Обострение.	Из анамнеза: страдает аллергической бронхиальной астмой, ухудшение после приёма ортофена.
8.Ургентное состояние. Уровень неотложного состояния	Приступ аллергической бронхиальной астмы средней степени тяжести. Уровень	Вынужденное положение для облегчения экспираторной одышки (сидя с упором на руки),

	неотложного состояния –2.	разговаривает отдельными фразами, возбуждён, ЧД 26 в 1 минуту, участие дополнительной мускулатуры в акте дыхания, дистанционные хрипы, пульс – 100 в 1 минуту.
9.Оказанная помощь	<p>β_2 - агонисты (Berotec) через небулайзер, Tabl. Prednizoloni 30 mg per os. Через 20 минут самочувствие несколько улучшилось, повторно проведена ингаляция Berotec через небулайзер. Появился продуктивный кашель с густой вязкой прозрачной мокротой, одышка уменьшилась, ЧД 20 в 1 минуту. Над лёгкими дыхание везикулярное, единичные сухие жужжащие хрипы по передней поверхности грудной клетки. Пульс 88 в 1 минуту, АД 130/80 мм рт. ст. Вновь проведена ингаляция Berotec через небулайзер. Наблюдение в течение 20 минут.</p>	<p>На начальном этапе терапии при приступе бронхиальной астмы средней степени тяжести – 3-4 раза β_2 агонисты в течение часа, сразу пероральные глюкокортикоиды. Наблюдение 1-3 часа. Если ответ хороший можно оставить больного дома, при отсутствии хорошего эффекта – показана госпитализация.</p>
10. Эффективность лечебных мероприятий	В течение часа от начала наблюдения приступ полностью купирован.	Эффект положительный. Больной оставлен дома. Рекомендован контроль пиковой скорости выдоха с помощью пикфлоуметра.
11.Дальнейшая тактика	У больного обострение бронхиальной астмы с развитием приступа	Несмотря на положительный эффект от оказания экстренной помощи,

	удушья средней степени тяжести.	необходима коррекция лечебной схемы участковым врачом или пульмонологом с учётом результатов исследования (ФВД, общий анализ крови, общий анализ мокроты, по показаниям рентгенологическое обследование органов грудной клетки).
--	---------------------------------	--

Пример № 2 (пример описания клинического случая в дневнике практики)

Дата 4.07.06. время - 11.00 № вызова: 3; бригада № 20.

Адрес: ул. Некрасова д. 48 кв. 5

ФИО: Степанов Иван Николаевич, 68 лет

Место работы: пенсионер.

Вызов: первичный.

Повод к вызову: боли в сердце.

Жалобы: боли за грудиной сжимающего характера с иррадиацией в левую руку, длительностью около 40 минут, не снимаются нитроглицерином.

Анамнез: страдает стенокардией около 5 лет. Перенёс инфаркт миокарда в 2002 году. Утром 7 июля 2006 года в 10.10 после подъёма на 3-й этаж появились загрудинные боли. Принял таблетку нитроглицерина (без эффекта), через 5 минут принял ещё 1 таблетки нитроглицерина. Боли не купированы.

Настоящее состояние: общее состояние тяжёлое. Положение вынужденное (усиление боли при попытке движения), адинамичен. Кожные покровы бледные, влажные. Цианоз губ, носогубного треугольника. Питание повышенное. Костно-мышечная система без видимой деформации. Периферических отёков нет.

Визуально пульсации, деформации прекардиальной области не выявлено. Верхушечный толчок не пальпируется. Границы сердца не смещены. Тоны сердца аритмичные: единичные (3-4 в 1 минуту) экстрасистолы. I тон на верхушке ослаблен, акцент II тона на легочной артерии. ЧСС 90 в 1 минуту. Пульс симметричный, аритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 110/60 мм. рт. ст.

Грудная клетка симметричная, ЧД 24 в 1 минуту. Перкуторно над лёгкими ясный лёгочный звук. При аускультации - дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезёнка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Обследования: выполнена ЭКГ. Анализ ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 90 в 1 минуту, зарегистрированы единичные желудочковые экстрасистолы. Электрическая ось сердца не отклонена. Острейшая стадия нижнего ИМ (монофазная кривая в II, III, AVF отведениях).

Синдромальный диагноз:

Синдром: Острый коронарный синдром с подъемом S-T.

Нозологический диагноз: ИБС: острый нижний Q-инфаркт миокарда от 7 июля 2006 года. Желудочковая экстрасистолия. Н II а.

Уровень неотложного состояния: 2.

Оказанная помощь:

- | | |
|---|--|
| 1. Sol. Morfini 1% - 1,0
Sol NaCl 0,9% - 20,0} в/в
стр; | 2. Sol. Heparini 5000 ед.
Sol NaCl 0,9% - 20,0} в/в
стр; |
| 3. Sol. Lidocaini 120 мг - 1,0
в/в стр.; | 4. Tab. Acidi Salicilici 0,5 ½
таб per os. |

Эффективность лечебных мероприятий: боли купированы. АД 120/80 мм рт. ст. Пульс 80 ударов в 1 минуту, ритмичный.

Дальнейшая тактика: транспортировка на носилках. Госпитализирован в к/о 3 городской больницы.

Подпись студента

Подпись врача (фельдшера)

По окончании практики вы должны оформить перечень практических умений. Если рекомендованный уровень достигнут по всем умениям – цель практики достигнута. Оформление перечня практических умений является вашей самооценкой и оценкой вашей готовности к зачету. На зачете комиссия преподавателей оценивает объективность вашей самооценки по каждому умению.

ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ, ПРЕДСТАВЛЯЕМЫХ СТУДЕНТАМИ НА ЗАЧЕТ ПО ЛПП

Зачет по ЛПП сдается комиссии преподавателей в соответствии с Положением о порядке проведения летней производственной практики

Студент должен представить комиссии следующие документы:

1. Оформленный дневник производственной практики (требования смотри выше).
2. Перечень практических умений с суммарным итогом их, заверенный подписью базового руководителя и печатью лечебного учреждения.
3. Характеристику студента с оценкой за ЛПП, заверенную подписью базового руководителя и печатью лечебного учреждения.
4. УИРС.

В установленный срок студент сдает зачет комиссии преподавателей во главе с заместителем декана, получает итоговую оценку за циклы и все перечисленные документы представляет в деканат, где выставляется

суммарная оценка за ЛПП, которая приравнивается к другим экзаменационным оценкам.

Уровни овладения практическими умениями:

1. Иметь представление, профессионально ориентироваться, знать показания.
2. Принять участие, оценить.
3. Выполнить под руководством.
4. Выполнить самостоятельно.

Перечень практических умений производственной практики в качестве помощника фельдшера скорой медицинской помощи

Умения	Рекомендуемый уровень, число повторений	Отметка о выполнении	Дата выполнения
Клиническое обследование			
1. Сбор и оценка анамнеза: социального; биологического	3/10		
2. Клиническое обследование пациента: осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация	3/10		
3. Диагностика открытых и закрытых повреждений опорно-двигательного аппарата, живота, груди, головы, головного и спинного мозга, мягких тканей и ЛОР органов	2/2		
4. Определение реакции зрачков на свет	3/ 3		
5. Оценка глубины поражения и площади ожогов	2/2		
6. Оценка и описание местного патологического статуса	2/3		
Формулировка диагноза и назначение лечения			
1. Оценка выявленных при обследовании пациента патологических изменений и определение показаний для неотложной помощи (формулировка синдромального диагноза)	3/10		
2. Обоснование тактики ведения больного, показаний для экстренной или плановой госпитализации, показаний и противопоказаний для экстренной и плановой операции, определение прогноза	2/10		
Регистрация и оценка результатов ЭКГ			
Регистрация ЭКГ	3/5		

При остром инфаркте миокарда	2/1		
При стенокардии	2/3		
При экстрасистолии	2/2		
При пароксизмальных тахикардиях	2/2		
При пароксизме мерцательной аритмии	2/2		
При трепетании предсердий	2/1		
При блокадах	2/1		
Лечебные умения			
1. Использование характеристики лекарственных препаратов, классификации, фармакодинамики и фармакокинетики показаний и противопоказаний в оказании доврачебной помощи	2/10		
2. Выполнение непрямого массажа сердца	2/1		
3. Демонстрация работы дефибриллятором	2/1		
4. Выполнение ИВЛ способом рот-в-рот, рот-в-нос	2/1		
5. Выполнение ИВЛ мешком Амбу	2/1		
6. Расчет доз и разведений лекарственных средств	2/5		
7. Выполнение инъекций			
Подкожных	4/10		
Внутримышечных	4/10		
Внутривенных	2/5		
8. Проведение внутривенных инфузий	2/2		
9. Определение показаний, вида, сроков и техники наложения швов на рану.	2/5		
8. Определение величины кровопотери по клиническим признакам	2/2		
10. Определение объема инфузионно-трансфузионной терапии при кровопотере	1/1		
11. Остановка кровотечения путем пальцевого прижатия сосуда, наложения давящей повязки, наложения жгута, форсированного сгибания конечности, тугий тампонады раны	3/3		
12. Ревизия жгута	3/1		
13. Фиксация языка при его западении	3/3		
14. Определение показаний для транспортной иммобилизации	2/3		
15. Выполнение транспортной иммобилизации при переломах верхних и нижних конечностей с использованием подручных средств и транспортных шин	2/2		
16. Транспортировка больных с повреждением позвоночника	1/1		

17. Наложение мягких повязок при ранах и повреждениях на все области тела	4/5		
18. Использование индивидуального перевязочного пакета	3/2		
19. Определение показаний для проведения общей, местной и регионарной анестезии, в том числе новокаиновых блокад	2/2		
20. Проведение промывания желудка	2/1		
Организационные умения и оформление документов			
1. Организация работы и документы ССМП	2/1		
2. Документы ССМП (карта вызова, сопроводительный талон)	2/10		
Диагностика и оказание неотложной помощи при			
1. Синдроме бронхиальной обструкции	2/3		
2. Синдроме жидкости и воздуха в плевральной полости	2/1		
3. Острой дыхательной недостаточности	2/2		
4. Остановке кровообращения	1/1		
5. Ангинозном статусе при ИБС	2/5		
6. Кардиалгии и аорталгии	2/5		
7. Повышении АД и гипертоническом кризе	2/5		
8. Обмороке	2/2		
9. Коллапсе	1/1		
10. Шоке различной этиологии (кардиогенном, травматическом, гиповолемическом, ожоговом)	1/1		
11. Нарушениях ритма	1/2		
12. Отеке легких	1/1		
13. Артериальном, венозном, капиллярном и смешанном кровотечениях	2/2		
14. Легочном, желудочно-кишечном кровотечениях	2/2		
15. Внутреннем кровотечении			
16. Почечной колике	2/2		
17. Печеночной колике	2/2		
18. Электротравме	2/1		
19. Переохлаждении	2/1		
20. Острой аллергической реакции (крапивница, отек Квинке, анафилактический шок)	2/1		
21. Судорожном синдроме	2/1		
22. Остром нарушении мозгового кровообращения	2/2		
23. Отравлениях и интоксикациях	2/1		
24. Травмах	2/3		

25. Острой задержке мочи	2/1		
26. Укусах животными и змеями	2/2		
27. Гипертермии	2/2		
28. Ожогах	2/2		

УЧЕБНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА СТУДЕНТА (УИРС)

УИРС выполняется во время работы студента в качестве помощника фельдшера ССМП и представляет собой итог практической работы студента и теоретического поиска по частному вопросу программы ЛПП. Это может быть синдром или нозологическая форма, с которой студент неоднократно встречался на вызовах, оказывал помощь, вникая в патогенез выявляемых симптомов, обосновывая те или иные пособия доврачебной и первой врачебной помощи. Параллельно проводится подробное изучение учебной, научной, методической и другой медицинской литературы (в т.ч. монографий, журнальных статей) по избранной теме. Это поможет более глубоко и всесторонне изучить интересующую проблему.

Цель УИРСа: разработка диагностического и лечебно-тактического алгоритма отдельно взятого неотложного состояния.

Задачи УИРСа:

1. Изучение литературных источников по выбранной теме.
2. Разработка диагностического алгоритма неотложного состояния.
3. Разработка алгоритма оказания доврачебной помощи.
4. Разработка алгоритма оказания первой врачебной помощи.

ТЕМЫ УИРС:

1. Виды аллергических реакций (классификация, симптомы, помощь).
2. Острые отравления (классификация, симптомы, помощь).
3. Коллапс (симптомокомплекс, помощь).
4. Обморок (симптомокомплекс, помощь).
5. Кардиогенный шок (классификация, симптомы, помощь).
6. Гипертонический криз (виды, симптомокомплекс, помощь).
7. Тромбоз легочной артерии (симптомокомплекс, помощь).
8. Отек легких (виды, симптомокомплекс, помощь).
9. Бронхообструктивный синдром (симптомокомплекс, помощь).
10. Пневмония (симптомокомплекс, помощь при лихорадочном синдроме, о. дыхательной недостаточности, инфекционно-токсическом шоке).
11. Легочное кровотечение (симптомокомплекс, помощь).
12. Желудочное кровотечение (симптомокомплекс, помощь).
13. Кишечное кровотечение (симптомокомплекс, помощь).
14. Боли в сердце (классификация, причины, дифференциальная диагностика, помощь).

15. Острый инфаркт миокарда. Клинические варианты течения первого периода (симптомокомплекс, помощь).
16. Нарушения сердечного ритма и проводимости (конкретно) (диагностика, помощь).
17. Почечная колика (симптомокомплекс, помощь).
18. Печеночная колика (симптомокомплекс, помощь).
19. Боли в животе: причины, классификация, дифференциальная диагностика, помощь.
20. Электротравма: причины, диагностика, помощь.
21. Тепловой и солнечный удар: причины, диагностика, помощь.
22. Ожоги термические и химические: классификация, причины, дифференциальная диагностика, помощь.
23. Отравление угарным газом: причины, диагностика, помощь.

Структура УИРС

1. Определение неотложного состояния и неотложная помощь по данным литературы.
2. Описание неотложного состояния (случай из практики), как мини фрагмент истории болезни.
3. Анализ клинических симптомов и данных дополнительных методов, формулировка синдромального диагноза, обоснование диагностических и лечебно- тактических мероприятий (с опорой на данные литературы).
4. Объем доврачебной и врачебной помощи с патогенетическим обоснованием выбранной тактики (госпитализация в стационар или оставлен дома и даны рекомендации).
5. Используемая литература (за последние 10 лет).

Рекомендуемая литература (для оформления УИРС)

- Верткин А.Л. Скорая медицинская помощь. ГЭОТАР-Медиа, 2007.
- Багненко С.Ф., Верткин А.Л., Мирошниченко А.Г. Руководство по скорой медицинской помощи. ГЭОТАР-Медиа, 2008.
- Руксин В.В. Неотложная кардиология. ГЭОТАР-Медиа, 2007; 503 с.
- Чучалин А.Г. Клинические рекомендации по пульмонологии. ГЭОТАР-Медиа, 2007.
- Балаболкин И.И., Намазова Л.С., Сидоренко И.В., Элькис И.С., Тополянский А.В. Оказание помощи при острых аллергических заболеваниях.// Русский медицинский журнал.-2001.т 9 № 20(139) : 874-879.
- Бокарев И.Н. Острый коронарный синдром и его лечение// Consilium-medicum.-2006.-т.- 8 № 5.
- Мазо Е.Б., Верткин А.Л., Тихоновская Е.Ю. Почечная колика на догоспитальном этапе// Consilium-medicum.-2007 .т 9 № 4.

Верткин А.Л., Полсыянец О.Б., Лукашов М.И. Гипертонический криз: тактика ведения на догоспитальном этапе. // Consilium-medicum.-2006. т 8 № 12 .
Верткин А.Л., Бараташвили В.Л., Беляева С.А. Тромбоэмболия легочной артерии. // Consilium-medicum.-2006 .т. 8 - № 12.
Верткин А.Л., Талибов О.Б. Обморок. // Consilium-medicum.-2006 т 8 № 11.
Перельман М.И. Легочное кровотечение.// Consilium-medicum.-2006 .т 8 № 3.

ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ ПО ПП

- 1.Рефлекторным или муколитическим эффектом обладает бромгексин?
- 2.Каковы условия хранения эуфиллина, промедола в стационаре?
- 3.Сколько пациентов терапевтического стационара приходится на один сестринский пост?
- 4.Каковы основные обязанности процедурной медицинской сестры терапевтического отделения?
- 5.Каковы основные обязанности постовой медицинской сестры терапевтического отделения?
- 6.Как и в каком объеме провести забор крови из вены для биохимического исследования?
- 7.Как и в каком объеме провести забор крови из вены для исследования на RVи ВИЧ?
- 8.Каким образом разводится бензилпенициллина натриевая соль при выполнении внутримышечной инъекции?
- 9.Какие неотложные состояния могут возникнуть при выполнении инъекции бензилпенициллина натриевой соли?
- 10.Какова кратность назначения бензилпенициллина натриевой соли и почему?
- 11.Как подготовить пациента к выполнению ФГДС (рентгеноскопии желудка)?
- 12.Можно ли заменить назначенный пациенту препарат но-шпа на имеющийся на посту препарат дротаверин?
- 13.Как подготовить систему для внутривенной инфузии эуфиллина?
- 14.Как собрать мочу для анализа по Зимницкому?
- 15.Какую диагностическую информацию имеет анализ мочи по Зимницкому?
- 16.Какую диагностическую информацию имеет анализ кала на копрологию?
- 17.На основании каких жалоб пациента можно предположить бронхообструктивный синдром?
- 18.Как оценить состояние сознания пациента?
- 19.Техника измерения артериального давления. Каковы нормальные значения артериального давления?

Практические умения, медицинские пособия при оказании экстренной медицинской помощи: техника, показания, противопоказания.

1. Как осуществить транспортировку больных:
 - а) с помощью подручных средств;
 - б) с помощью медицинских средств?
2. Как определить свойства пульса:
 - а) на периферических артериях;
 - б) на центральных артериях?
3. Как осуществить регистрацию ЭКГ?
4. Назовите ЭКГ-признаки гипертрофии левого желудочка.
5. Как осуществить подушечную оксигенотерапию?
6. Как измерить АД на нижних конечностях?
7. Назовите этапы выполнения внутримышечной инъекции.
8. Как выполнить промывание желудка с помощью толстого зонда?
9. Как осуществить катетеризацию мочевого пузыря мягким катетером?
10. Как провести реанимационные мероприятия (закрытый массаж сердца, искусственную вентиляцию легких)?
11. Как оказать помощь при кашле?
12. Какую помощь необходимо оказать больному на доврачебном этапе при бронхообструктивном синдроме?
13. Объем помощи на доврачебном этапе при отеке легких?
14. Какие медикаменты можно использовать при лихорадочном синдроме?
15. Лекарственные препараты каких групп используются при гипертоническом кризе?
16. Как оказать помощь при обмороке, при коллапсе?
17. Каков объем доврачебной помощи при рвоте?
18. Перечислите последовательность действий фельдшера при острых отравлениях.
19. Какие группы лекарственных препаратов используют при аллергических реакциях (крапивнице, отеке Квинке, анафилактическом шоке)?
20. Укажите механизм действия препаратов, используемых для купирования печеночной колики.
21. Перечислите признаки клинической и биологической смерти.
22. Где следует расположить зеленый электрод при регистрации ЭКГ?

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача № 1

У больного Е., 43 лет, доставленного в клинику, при осмотре выявлена следующая симптоматика: левая половина грудной клетки несколько увеличена в размерах, отмечается отстаивание ее в акте дыхания, сглаженность и небольшое выбухание межреберных промежутков (положительный симптом Литтена). Признаки какого синдрома имеются у больного?

- а) жидкость или воздух в плевральной полости;

- б) obturационный ателектаз;
- в) воспалительное уплотнение доли легкого.

Задача № 2

У больного приступообразные, интенсивные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, возникшие после приема жирной пищи, сопровождающиеся рвотой с примесью желчи, не приносящие облегчения, ослабевающие после спазмолитиков. Укажите механизм болей:

- а) спастический;
- б) дистензионный;
- в) перитонеальный;
- г) сосудистый.

Приложение

**ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ
В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ И ПРИ ОКАЗАНИИ
ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩИ**

По каждому препарату необходимо знать: групповую принадлежность, механизм действия, эффекты, применение, показания для назначения, условия (особенности) хранения, формы выпуска

1. Цинка сульфат	41. Димедрол
2. Новокаин	42. Кларитидин
3. Пилокарпина гидрохлорид	43. Мезим форте
4. Прозерин	44. Омепразол
5. Атропина сульфат	45. Фамотидин
6. Платифиллина гидротартрат	46. Настой из листьев сенны
7. Пентамин	47. Магния сульфат
8. Адреналина гидрохлорид	48. Настой травы термопсиса
9. Эфедрина гидрохлорид	49. Строфантин
10. Изадрин	50. Дигоксин
11. Сальбутамол	51. Лидокаин
12. Мезатон	52. Верапамил
13. Анаприлин	53. Нифедипин
14. Празозин	54. Дофамин
15. Спирт этиловый	55. Эналаприл
16. Диазепам	56. Лозартан
17. Дифенин	57. Гидрохлортиазид
18. Фенобарбитал	58. Фуросемид
19. Этосуксимид	59. Спиринолактон
20. Амантадин	60. Нитроглицерин
21. Кодеина фосфат	61. Изосорбид динитрат
22. Морфина гидрохлорид	62. Дротаверин
23. Промедол	63. Гепарин
24. Кислота ацетилсалициловая	64. Викасол
25. Ибупрофен	65. Кислота фолиевая
26. Мелоксикам	66. Ферроплекс
27. Аминазин	67. Раствор иода спиртовой
	68. Сульфацил-натрий

28. Настойка пустырника	69. Бисептол
29. Экстракт валерианы	70. Ципрофлоксацин
30. Этимизол	71. Бензилпенициллина натриевая соль
31. Пирацетам	72. Амоксиклав
32. Актрапид НМ	73. Азитромицин
33. Глибенкламид	74. Гентамицин
34. Мерказолил	75. Рифампицин
35. Преднизолон	76. Цефотаксим
36. Кислота аскорбиновая	77. Ацикловир
37. Кислота никотиновая	78. Хингамин
38. Эргокальциферол	79. Вермокс
39. Ретинола ацетат	80. Флукозанол
40. Эуфиллин	