

# НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР НЕЗАВИСИМОЙ ЭКЗАМЕНАЦИИ

## Клиническая станция «Оказание неотложной помощи при остановке сердца»

№	Шаги	Алгоритм действия
<b>Оценка состояния пациента</b>		
1	Оценить ситуацию: определить сознания, вызвать помощь	похлопать по плечу и окликнуть пациента, вызвать или попросить вызвать бригаду скорой неотложной помощи
2	Оценить пульс и дыхание: определить пульсацию на сонной артерии, определить наличие дыхания	нащупать сонную артерию, определить ее пульсацию, зрительный контроль наличия движений грудной клетки
<b>Проведение сердечно-легочной реанимации</b>		
3	Подготовить пациента. Прием Геймлиха	освободить шею и грудь пострадавшего от одежды Субдиафрагмальное надавливание 6-10р Удалить инородное тело.
4*	осмотр и санация ротовой полости	Повернуть голову пациента на себя, провести санацию ротовой полости пальцем, обернутым марлей. Санация производится одним круговым движением
5	<b>Проведение тройного приема Сафара:</b> запрокинуть голову, выдвинуть нижнюю челюсть, открыть рот пациента	положить одну руку на лобно-теменную область пострадавшего и откидывают голову назад, одновременно другой рукой поднимая подбородок, выдвигают нижнюю челюсть, открыть рот пациента
6	закрыть нос (рот) пациента,  произвести выдох в дыхательные пути,  соблюдение соотношения компрессий и вдохов 30:2	не отрывая одной руки от головы пациента, второй положить на его рот марлевую салфетку и затем зажать пациенту нос, произвести выдох резко, чтоб грудная клетка поднялась, второй выдох производится после контроля видимой экскурсии грудной клетки (при нарушении техники данный шаг считается невыполненным) соотношение компрессий и вдохов 30:2 Если присутствуют признаки циркуляции – продолжить дыхательную поддержку, если циркуляции нет – начать непрямой массаж сердца.

## НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР НЕЗАВИСИМОЙ ЭКЗАМЕНАЦИИ

№	Шаги	Алгоритм действия
7	Правильно установить руки на груди пострадавшего	установить руку на нижней половине грудины; точкой опоры является ладонная поверхность одной руки
8	Проведение компрессии грудной клетки	прилагать усилие строго вертикально, рука в локтевом суставе выпрямлена; глубина компрессии – 4-5 см, не отрывая ладони от груди. частота компрессий – 100 в мин.; интервалы между сжатиями должны быть минимальными; грудная клетка должна полностью расправляться после каждого сжатия; <i>(при нарушении техники данный шаг считается невыполненным)</i>
9	проведение 1 периода сердечно-лёгочной реанимации	провести один период СЛР – 5 циклов СЛР в течение не более 2-х минут
10	определение эффективности СЛР	определить наличие пульсации на сонной артерии

**Максимальное время на станцию – 10 мин**

# НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР НЕЗАВИСИМОЙ ЭКЗАМЕНАЦИИ

## Клиническая станция «Оказание медицинской помощи при анафилактическом шоке у детей»

### Алгоритм действия

№	Шаги	Алгоритм действия
<b>Тактика ведения:</b>		
1	<p>-Прекратить поступление аллергена в организм</p> <p>-Уложить пациента в положение Тренделенбурга</p> <p>-Обеспечить доступ воздуха и/или кислорода</p>	<p>-Остановить введение лекарственного средства, удалить жало насекомого и т.д. Выше места введения медикамента или ужаления по возможности наложить жгут.</p> <p>-Уложить горизонтально.</p> <p>Приподнять ножной конец вверх.</p> <p>Повернуть голову на бок.</p> <p>Выдвинуть нижнюю челюсть.</p> <p>-Открыть окно или обеспечить подачу кислорода. Кислород поступает через маску, носовой катетер или через воздуховодную трубку, которую устанавливают при сохранении спонтанного дыхания и отсутствии сознания.</p>
2	Обеспечить внутривенный доступ	Катетеризация периферической вены
3	Мониторировать витальные функции	Мониторировать АД, пульс, частоту дыхательных движений. При отсутствии возможности подсоединить монитор измерять АД, пульс вручную каждые 2-5 минут, контролировать уровень оксигенации.
<b>Лечебные мероприятия:</b>		
4	Сосудосуживающая терапия	<p>В/в введение 0,1% эпинефрина 0,1 мл на 1 год жизни (0,01-0,02 мг/кг) ,но не более 1,0 мл, при необходимости введение эпинефрина можно повторить через 5-15 минут;</p> <p>При неэффективности:</p> <p>1) повторно вводить эпинефрин в той же дозе до уменьшения симптомов анафилаксии. Под контролем АД, ЧСС и симптомов передозировки.</p>
5	Введение прессорных аминов с целью повышения АД  (один из перечисленных)	<p>в/в капельно:</p> <p>- норэпинефрин - 2-4 мг (1-2 мл 0,2% раствора), разведя в 500 мл 5% раствора глюкозы или 0,9% раствора хлорида натрия, со скоростью инфузии 0,1-0,5 мкг/кг в мин до стабилизации АД;</p> <p>- допамин (в/в капельно) - 400 мг растворяют в 500 мл 0,9% раствора натрия хлорида или 5% раствора глюкозы со скоростью введения 8-10 мкг/кг/мин, титруя дозу, чтобы систолическое давление было более 90 мм рт.ст.</p>
6	Инфузионная терапия  (один из перечисленных)	<p>(с целью ликвидации гиповолемии) (коллоидные и кристаллоидные растворы):</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• декстран, средняя молекулярная масса 35000-45000 Дальтон 10 мл/кг.</li><li>• раствор натрия хлорида 0,9% (или другие изотонические растворы 20 мл/кг в течение 20-30 минут).</li></ul>

## НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР НЕЗАВИСИМОЙ ЭКЗАМЕНАЦИИ

7	<b>Гормональная терапия</b>  (один из перечисленных)	в начальной дозе: <ul style="list-style-type: none"> <li>• дексаметазон 0,6 мг/кг в/в капельно;</li> <li>• преднизолон 5-10 мг/кг в/в струйно;</li> <li>• гидрокортизон 8 мг/кг в/в струйно;</li> </ul>
8.	<b>Бронхолитическая терапия</b>  (один из перечисленных)	При сохраняющемся бронхообструктивном синдроме несмотря на введение эпинефрина: <ul style="list-style-type: none"> <li>• аминофиллин</li> <li>- внутривенно струйно медленно 0,5-1 мл на 1 год жизни, 2,4% раствора (но не более 10 мл) в 20 мл изотонического раствора натрия хлорида в течение 20 мин;</li> <li>- внутривенно капельно 0,2-0,9 мг/кг в час (до устранения бронхоспазма).</li> </ul> Ингаляционная терапия: <ul style="list-style-type: none"> <li>• раствор сальбутамола 2,5 мг/2,5 мл (через небулайзер);</li> <li>• увлажненный кислород (под контролем SpO<sub>2</sub>).</li> </ul>
9	<b>Ввести антигистаминный препарат</b>  (один из перечисленных)	Применение блокаторов H <sub>1</sub> -гистаминовых рецепторов возможно только на фоне полной стабилизации гемодинамики и при наличии показаний. Ввести: <ul style="list-style-type: none"> <li>- хлоропирамина гидрохлорид 0,2%, внутривенно или внутримышечно 0,1-0,15 мл на 1 год жизни;</li> <li>- дифенгидрамин 0,05 мг/кг, но не более 1 мл..</li> </ul>
<b>Определение маршрута пациента:</b>		
10	<b>Определение маршрута пациента</b>	Госпитализировать экстренно пациента в реанимационное отделение.

**Максимальное время на станцию – 10 мин**

# НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР НЕЗАВИСИМОЙ ЭКЗАМЕНАЦИИ

## СТАНЦИЯ «Оказание неотложной медицинской помощи при травме у детей»

### Алгоритм действия

	Шаги	Алгоритм действия
1	Обеспечить безопасность	Осмотреться и удостовериться в отсутствии опасности для себя и пострадавшего
2	Гигиеническая обработка рук. Принять меры по предупреждению болевого шока	Обработать руки антисептиком Надеть стерильные перчатки С целью обезболивания ввести Sol. Tramadoli 40 mg (1mg/kg массы тела ребенка) внутримышечно
3	Придал поврежденной конечности средне физиологическое положение	Перед наложением шины следует придать поврежденной конечности средне физиологическое положение, а если это невозможно – такое положение, при котором конечность меньше всего травмируется. Для этого конечность слегка согнуть в тазобедренном и коленном суставах, стопа по отношению к голени должна находиться под углом 90°.
4	Подогнал шину под размер здоровой конечности	Перед наложением шины, следует подогнать ее под размер здоровой конечности. Если сломано бедро - то шина моделируется на голеностопном, коленном и тазобедренном суставах. Подгонку шины следует проводить на здоровой конечности, чтобы не нарушать положение травмированной части тела.
5	Смоделировал короткую планку шины	Короткую планку шины следует смоделировать по внутренней стороне конечности, ее длина должна быть от паховой складки и на 10-15 см длиннее конечности.
6	Смоделировать заднюю планку шины	Заднюю планку шины смоделировать от стопы до верхней трети бедра по задней поверхности.
7	Смоделировал длинную планку шины	Длинную планку шины следует смоделировать по наружной стороне конечности и туловища, ее длина должна быть от подмышечной впадины и на 10-15 см. длиннее конечности.
8	В подмышечную впадину и в область промежности уложил ватно-марлевые валики	В подмышечную впадину и в область промежности следует уложить ватно-марлевые валики.
9	Вложил под костные выступы прокладку из ваты	Под костные выступы (лодыжки, коленный сустав, большой вертели крыло подвздошной кости) следует вложить прокладку из ваты для предупреждения сдавления и развития некроза.
10	Зафиксировал шины. Произвести закрутку шины.	Зафиксировать шины от периферии плотно бинтом таким образом, чтобы последующий слой на треть или наполовину прикрывал предыдущий. Произвести вытяжение (закрутку) шины.

**Максимальное время на станцию – 10 ми**

# НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР НЕЗАВИСИМОЙ ЭКЗАМЕНАЦИИ

## Клиническая станция «Первичная хирургическая обработка раны у детей»

### Алгоритм действия

№	Шаги	Алгоритм действия
1.	Подготовка рук к проведению процедуры	<p>1. Вымыть руки под проточной водой (не менее 2 мин)</p> <p><i>Техника мытья рук:</i></p> <ul style="list-style-type: none"><li>– Намочить руки и нанести жидкое мыло/разовый кусок мыла.</li><li>– Намылить руки с обеих сторон, между пальцами, рука об руку.</li><li>– Смыть мыло и высушить бумажной салфеткой одноразового пользования.</li></ul> <p>2. Обработать руки дезинфицирующим раствором:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- взять ватный шарик</li><li>- смочить раствором этилового спирта</li><li>- обработать руки</li></ul>
2.	Техника надевания стерильных перчаток	<p>Техника надевания стерильных перчаток</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– взять перчатки в стерильной упаковке, развернуть упаковку;</li><li>– взять перчатку для правой руки за отворот так, чтобы пальцы не касались внутренней поверхности перчатки;</li><li>– сомкнуть пальцы правой руки и ввести их в перчатку;</li><li>– надеть перчатку, не нарушая ее отворота, разомкнув пальцы правой руки;</li><li>– взять перчатку для левой руки вторым, третьим и четвертым пальцами правой руки (в перчатке) за отворот так, чтобы пальцы не касались внутренней поверхности перчатки;</li><li>– сомкнуть пальцы левой руки и ввести их в перчатку;</li><li>– расправить отвороты на левой, затем на правой перчатке</li></ul>
3.	Удаление загрязнений из раны	<ul style="list-style-type: none"><li>– хирургическим пинцетом взять салфетку и смочить её 3% раствором перекиси водорода или раствором фурацилина</li><li>– смачивая рану удалить загрязнение</li></ul>
4.	Промывание раны антисептическим раствором	обильно промыть рану раствором перекиси водорода или хлоргексидина
5.	Обработка кожи вокруг раны	<ul style="list-style-type: none"><li>– смочить стерильную салфетку раствором повидон йода</li><li>– обработать кожу вокруг раны от центра к периферии</li></ul>
6.	Наложение стерильной салфетки	наложить на обработанную рану стерильную салфетку с помощью хирургического пинцета полностью закрывая поврежденный кожный покров
7.	Фиксация салфетки путем бинтования	<ul style="list-style-type: none"><li>– бинтовать снизу вверх, при этом одной рукой разворачивать головку бинта, а другой – удерживать повязку и расправлять ходы бинта;</li><li>– бинта должен перекрывать предыдущий на половину или две трети его ширины</li></ul>

## НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР НЕЗАВИСИМОЙ ЭКЗАМЕНАЦИИ

№	Шаги	Алгоритм действия
8.	Закрепление повязки	закрепить конец бинта на здоровой стороне или зафиксировать повязку пластырем
9.	Утилизация использованного материала	Использованные материалы (ватные шарики, салфетки, перчатки) утилизировать в контейнер желтого цвета (для отходов класса Б)

**Максимальное время на станцию – 10 мин**



# НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР НЕЗАВИСИМОЙ ЭКЗАМЕНАЦИИ

## Клиническая станция «Оценка коммуникативных навыков»

### Алгоритм действия

1	Приветствие и самопрезентация Установить первоначальный контакт	В ходе интервью общается к ребенку по имени, к маме – по имени, отчеству Форма приветствия соответствует возрасту и социальному опыту пациента
2	Применение эмпатии Установить невербальный первоначальный контакт.	Невербальные компоненты эмпатии (производит соответствующие словам, выражающим эмпатию: жесты, выражение лица (мимика), поза, взгляд, дистанция, прикосновение – если применимо) Рукопожатие, наклон тела в сторону пациента, кивок головы, улыбка, зрительный контакт.
3	Выбор и соблюдение межличностной дистанции	Установить комфортную межличностную дистанцию: сесть на расстоянии не менее 45 см и не более 1,20 м
4	Скорость речи. Грамотность речи.	Речь врача внятная и четкая, без длинных неловких пауз. Речь врача грамотная, без слов-паразитов, не содержит непонятных пациенту медицинских терминологии.
<b>Навыки сбора информации</b>		
5	Начало консультации	Врач расспрашивает у мамы, что беспокоит ребенка
6	Информирование и планирование Подача основной информации	Дает маме ясную и понятную информацию в отношении впервые выставленного диагноза у ребенка, дальнейшей тактики ведения.
7	Активное слушание (резюмирование, поощрение) Руководство интервью.	Постоянно вербально и невербально (кивком головы, наклоном тела в сторону пациента, фиксацией взгляда) демонстрирует маме ребенка, что ее внимательно слушают и понимают. Врач постоянно держит нить беседы в своих руках и направлять ее по своему усмотрению, не выглядя при этом излишне авторитарным и категоричным.
8	Проверить степень понимания больным	Спрашивает маму ребенка, понятна ли ему информация, есть ли у него вопросы.
<b>Завершение беседы</b>		



## НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР НЕЗАВИСИМОЙ ЭКЗАМЕНАЦИИ

9	Суммирование и сбор обратной связи Завершение беседы	Суммирует результаты приема маленького пациента. Проверяет, насколько хорошо мама ребенка поняла рекомендации врача и план дальнейших действий – просит повторить некоторые рекомендации. Поблагодарить и
10	Анкетирование стандартизированного пациента (СП)	Экзаменатор задает в конце вопрос СП стандартизированного «Хотели бы Вы, чтобы этот врач был пациента (СП). лечащим врачом вашего ребенка?»

**Максимальное время на станцию – 10 мин**