федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение

высшего образования

«Оренбургский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ТЕКУЩЕГО**

**КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**

**ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**ПЕДИАТРИЯ**

по специальности

**31.08.37 КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ**

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по специальности 31.08.37 «КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ», утвержденной ученым советом ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России

протокол №11 от 22 июня 2018 г.

Оренбург

**1.Паспорт фонда оценочных средств**

Фонд оценочных средств по дисциплине содержит типовые контрольно-оценочные материалы для текущего контроля успеваемости обучающихся, в том числе контроля самостоятельной работы обучающихся, а также для контроля сформированных в процессе изучения дисциплины результатов обучения на промежуточной аттестации в форме зачета.

Контрольно-оценочные материалы текущего контроля успеваемости распределены по темам дисциплины и сопровождаются указанием используемых форм контроля и критериев оценивания. Контрольно – оценочные материалы для промежуточной аттестации соответствуют форме промежуточной аттестации по дисциплине, определенной в учебной плане ОПОП и направлены на проверку сформированности знаний, умений и навыков по каждой компетенции, установленной в рабочей программе дисциплины.

В результате изучения дисциплины у обучающегося формируются **следующие компетенции:**

**ПК-1** - готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения стоматологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания .

**ПК-5** - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.

**ПК-6** - готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании педиатрической медицинской помощи.

**2. Оценочные материалы текущего контроля успеваемости обучающихся.**

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Тема №1**Антиаритмические препараты в педиатрии

**Формы текущего контроля** **успеваемости***:* устный опрос; тестирование; проверка практических навыков

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Вопросы для устного опроса***

1. Основные элементы проводящей системы сердца
2. Механизмы нарушения ритма сердца и проводимости
3. Функциональные методы диагностики в аритмологии
4. Показания к лечению
5. Клиника пароксизмальной тахикардии и приступов МАС.
6. Неотложная помощь в аритмологии, общие принципы.
7. Принципы медикаментозной и хирургической терапии
8. Определить показания для назначения антиаритмических препаратов
9. Показания для хирургического лечения
10. Контроль за антиаритмической терапией
11. Оказать неотложную помощь при наджелудочковой ПТ
12. Оказать неотложную помощь при желудочковой ПТ
13. Оказать неотложную помощь при приступах МАС
14. Взаимодействие антиаритмических средств основных классов с антибиотиками
15. Взаимодействие антиаритмических средств основных классов с препаратами, применяемыми для лечения болезней ЖКТ
16. Взаимодействие антиаритмических средств основных классов с препаратами, применяемыми для лечения болезней органов дыхания
17. Взаимодействие антиаритмических средств основных классов с препаратами, применяемыми для лечения болезней сердечно-сосудистой системы
18. Взаимодействие антиаритмических средств основных классов с препаратами, применяемыми для лечения болезней мочевыводящей системы.
19. Ограничения в применении антиаритмических средств у пациентов с различными функциональными отклонениями.

***Тестовые задания***

1. У РЕБЕНКА, ПОЛУЧАЮЩЕГО АНТИАРИТМИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ ЗАПРЕЩЕНО НАЗНАЧАТЬ ПРЕПАРАТЫ:

* **Удлиняющие интервал QT**
* Укорачивающие интервал QT
* Удлиняющие интервал PQ
* Ограничения отсутствуют

2. К ОСНОВНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ ОТНОСИТСЯ

* **длительная стойкая тахикардия**
* глухость сердечных тонов
* нерегулярный сердечный ритм
* дующий систолический шум в сердце

3. ПРИ СИНДРОМЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ ИНТЕРВАЛ PQ

* **укорочен**
* не изменен
* незначительно увеличен
* изменяется во времени

4. ВЫСОКИЙ РИСК РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНОГО РИТМА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ

* **корригированной транспозиции магистральных сосудов**
* дефекте межжелудочковой перегородки
* стенозе легочной артерии
* клапанном стенозе аорты

5. ПРИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ФОРМЕ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ НА ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЕ РЕГИСТРИРУЕТСЯ

* **ЧСС 160 в минуту, регулярный ритм, резко деформированный комплекс QRS**
* ЧСС 130 в минуту, регулярный ритм, узкий комплекс QRS
* ЧСС 140 в минуту, уширенный комплекс QRS
* ЧСС 150 в минуту, нерегулярный ритм, узкий комплекс QRS

6. ИНТЕРВАЛ PQ ПРИ СИНДРОМЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ (СИНДРОМЕ ВОЛЬФА-ПАРКИНСОНА-УАЙТА) СОСТАВЛЯЕТ \_\_\_\_\_ С

* **0,10**
* 0,14
* 0,18
* 0,22

7. ПРИ АВ-БЛОКАДЕ I СТЕПЕНИ ПРИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ РЕГИСТРИРУЕТСЯ

* **удлинение интервала PQ (все интервалы одинаковой продолжительности)**
* прогрессирующее удлинение интервала PQ от цикла к циклу
* выпадение комплекса QRS
* атриовентрикулярная диссоциация

8. ПРИ АВ-БЛОКАДЕ II СТЕПЕНИ ТИПА МОБИТЦ I ПРИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ РЕГИСТРИРУЕТСЯ

* **прогрессирующее удлинение интервала PQ от цикла к циклу**
* удлинение интервала PQ (все интервалы одинаковой продолжительности)
* выпадение комплекса QRS
* атриовентрикулярная диссоциация

9. ДЛЯ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ПРЕДСЕРДНОЙ ТАХИКАРДИИ ХАРАКТЕРНО

* **выявление ЧСС более 200 в минуту у детей раннего возраста и более 180 – у детей школьного возраста**
* отсутствие зубца Р перед каждым комплексом QRS
* наличие АВ-диссоциации
* выявление деформации и расширения QRS

10. ДИАГНОСТИРОВАТЬ ФИБРИЛЛЯЦИЮ ЖЕЛУДОЧКОВ СЕРДЦА МОЖНО

* **на ЭКГ**
* при пальпации верхушечного толчка
* при аускультации
* по пульсу на крупных артериях

11. НА ПРИЕМ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА-ПЕДИАТРА ОБРАТИЛСЯ МАЛЬЧИК 7 ЛЕТ С ЖАЛОБАМИ НА ТАХИКАРДИЮ. ПРИ ОСМОТРЕ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫЙ СОКРАЩЕНИЙ 180 В МИНУТУ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НЕОБХОДИМО ПРОВЕСТИ

* **ЭКГ**
* ЭХО КГ
* СМАД
* рентгенографию органов грудной клетки

12. НАЧИНАТЬ КУПИРОВАНИЕ ПРИСТУПА СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ У РЕБЕНКА 7 ЛЕТ ПРИ АД 90/60 ММ РТ.СТ. ЦЕЛЕСООБРАЗНО С ПОМОЩЬЮ

* **вагальных проб**
* нагрузочных проб
* пробы Мак-Клюра-Олдрича
* добутаминовой пробы

13. НАИБОЛЕЕ БЕЗОПАСНЫМ ПРЕПАРАТОМ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ НАДЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

* **аденозин**
* амиодарон
* лидокаин
* верапамил

14. ДЕТИ С СИНДРОМОМ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ НА ЭКГ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ ГРУППУ РИСКА ПО ВОЗНИКНОВЕНИЮ

* **пароксизмальной тахикардии**
* ревматизма
* гипертрофической кардиомиопатии
* перикардита

15. МЕТОДОМ ВЫБОРА В ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМОЙ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

* **Радиочастотная аблация очага ЖТ**
* Медикаментозная терапия
* Санаторно-курортное лечение
* Постановка кардиовертера-дифибрилятора

16. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СУПРАВЕНТИРКУЛЯРНОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

* **АТФ (аденозин)**
* Кордарон
* Дигоксин
* Новокаинамид

17. НАЧИНАТЬ КУПИРОВАНИЕ СУПРАВЕНТИРКУЛЯРНОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ У ДЕТЕЙ СЛЕДУЕТ С:

* **Вагусных проб**
* Введения АТФ
* Введения кордарона
* Введения дигоксина

18. ДОЗИРОВКА АТФ ПРИ КУПИРОВАНИИ СУПРАВЕНТИРКУЛЯРНОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 ГОДА НА ОДНО ВВЕДЕНИЕ

* **0,1 мг/кг**
* 0,3 мг/кг
* 0,2 мг/кг
* 0,15 мг/кг

19. НАГРУЗОЧНАЯ ДОЗА АМИОДАРОНА ПРИ КУПИРОВАНИИ СУПРАВЕНТИРКУЛЯРНОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ У ДЕТЕЙ:

* **5-10 мг/кг в течение 30-60 минут**
* 10-15 мг/кг в течение 30-60 минут
* 15 мг/кг в течение 30 минут
* 10 мг/кг внутривенно медленно

20. ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

* **Лидокаин**
* Кордарон
* АТФ
* Новокаинамид

21. МЕТОДОМ ВЫБОРА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

* **Синхронизированная кардиоверсия**
* Медикаментозная терапия
* Вагусные пробы
* Сердечно-легочная реанимация

22. ДОЗИРОВКА ЛИДОКАИНА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ У ДЕТЕЙ НА ПЕРВОЕ ВВЕДЕНИЕ

* **1 мг/кг**
* 2 мг/кг
* 3 мг/кг
* 5 мг/кг

23. ОБЩАЯ ДОЗИРОВКА ЛИДОКАИНА ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ У ДЕТЕЙ

* **Не более 3 мг/кг**
* Не более 5 мг/кг
* Не более 10 мг/кг
* Не более 15 мг/кг

24. НАГРУЗОЧНАЯ ДОЗА АМИОДАРОНА ПРИ КУПИРОВАНИИ ЖЕЛУДОЧКОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ У ДЕТЕЙ:

* **5-10 мг/кг в течение 30-60 минут**
* 10-15 мг/кг в течение 30-60 минут
* 15 мг/кг в течение 30 минут
* 10 мг/кг внутривенно медленно

25. ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ДОЗА АМИОДАРОНА ПРИ КУПИРОВАНИИ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ У ДЕТЕЙ:

* **5-15 мкг/кг/мин в течение нескольких часов**
* 15-20 мкг/кг/мин в течение нескольких часов
* 50-150 мкг/кг/мин в течение нескольких часов
* 15-35 мкг/кг/мин в течение нескольких суток

26. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ У РЕБЕНКА СТАРШЕ 1 ГОДА ЯВЛЯЕТСЯ ЧСС БОЛЕЕ:

* **200 в минуту**
* 250 в минуту
* 300 в минуту
* 120 в минуту

27. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ У РЕБЕНКА ПРИСТУПОВ МОРГАНИ-АДАМСА-СТОКСА РЕБЕНОК ДОЛЖЕН БЫТЬ НАПРАВЛЕН:

* **На имплантацию кардиостимулятора**
* В кардиологическое отделение по месту жительства
* На санаторно-курортное лечение
* В лечении не нуждается

28. ПРЕПАРАТЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В НЕОТЛОЖНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ СЛАБОСТИ СИНУСОВОГО УЗЛА

* **Все перечисленные**
* Атропин
* Изопреналин
* Адреналин

29. НАЧИНАТЬ КУПИРОВАНИЕ ПРИСТУПА СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ У РЕБЕНКА 7 ЛЕТ ПРИ АД 90/60 ММ РТ.СТ. ЦЕЛЕСООБРАЗНО С ПОМОЩЬЮ

* **вагальных проб**
* нагрузочных проб
* пробы Мак-Клюра-Олдрича
* добутаминовой пробы

30. НЕОТЛОЖНУЮ ТЕРАПИЮ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ТАХИКАРДИИ С УЗКИМ QRS КОМПЛЕКСОМ НАЧИНАЮТ С ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ

* **Аденозина**
* Изоптина
* Лидокаина
* Атропина

31. ВОЗМОЖНОЕ КОЛИЧЕСТВО РАЗРЯДОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ДЕФИБРИЛЛЯЦИИ

* **не ограничено при сохранении фибрилляции желудочков**
* 3-4
* 5
* 2-3

***Практические задания для демонстрации практических навыков***

1. Проведение вагальных проб при нарушениях ритма у детей различного возраста.
2. Техника использования автоматического наружного дефибрилятора.

**Тема №3**Неотложные состояния в педиатрии. Оказание помощи на догоспитальном этапе

**Формы текущего контроля** **успеваемости***:* решение проблемно–ситуационных задач; устный опрос; тестирование; проверка практических навыков

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Вопросы для устного опроса***

1. Классификация нарушений сознания. Оценка глубины комы у детей.
2. Особенности клинической картины коматозных состояний в зависимости от этиологии. Этиология коматозных состояний у детей, отличия от взрослых.
3. Комы при сахарном диабете, этиология, патогенез, особенности клиники.
4. Судорожный синдром, особенности у детей, неотложная помощь.
5. Неотложная помощь при гипогликемической коме.
6. Неотложная помощь при кетоацидотической коме.
7. Неотложная помощь при гиперосмолярной коме.
8. Неотложная помощь при коме неустановленной этиологии.
9. Острые экзогенные отравления, особенности в детском и подростков возрасте.
10. Острые эндогенные интоксикации, этиология, патогенез, клиническая картина.
11. Укусы ядовитых змей: клиника, диагностика, неотложная помощь, дальнейшая тактика ведения.
12. Укусы пчел и ос: клиника, диагностика, неотложная помощь, дальнейшая тактика ведения.
13. Острые аллергические реакции: крапивница, отек Квинке, анафилактический шок, этиология, патогенез, критерии диагностики.
14. Неотложная помощь при остром экзогенном отравлении, общие мероприятия.
15. Техника промывания желудка, показания и противопоказания.
16. Неотложная помощь при инфекционно-токсическом шоке.
17. Неотложная помощь при токсикозе с эксикозом.
18. Неотложная помощь при нейротокскикозе.
19. Неотложная помощь при отеке Квинке.
20. Неотложная помощь при генерализованной крапивнице.
21. Неотложная помощь при анафилактическом шоке.
22. Терминальные состояния, диагностика, причины, клиника.
23. Сердечно-легочная реанимация, особенности у детей и взрослых.
24. Остановка дыхания как причина терминального состояния, особенности у детей и взрослых.
25. Острая дыхательная недостаточность как причина смерти.
26. Остановка сердца, причины, особенности у детей и взрослых.
27. Острая сердечно-сосудистая недостаточность как причина смерти.
28. Травматические повреждения, классификация, особенности у детей.
29. Черепно-мозговая травма, классификация, неотложная помощь.
30. Ушибы, классификация, неотложная помощь.
31. Раны, классификация, неотложная помощь.
32. Вывихи, растяжения, разрывы связок, переломы, классификация, неотложная помощь.
33. Кровотечение: классификация, особенности гемодинамики у детей, неотложная помощь.
34. Ожоги, классификация, неотложная помощь.
35. Ожоговый шок, классификация, неотложная помощь.
36. Отморожения, классификация, неотложная помощь.
37. Электротравмы, классификация, неотложная помощь.
38. Утопление, классификация, неотложная помощь.
39. Укусы собак и кошек, неотложная помощь, дальнейшая тактика ведения. Профилактика бешенства.

**Задача №1.**

Вызов реанимационной бригады службы скорой помощи на дорожно-траспортное происшествие. Мальчик 9 лет сбит автомашиной при переходе улицы.

При осмотре: общее состояние крайне тяжелое. Заторможен. Оценка по шкале Глазго 12 баллов. Обильное носовое кровотечение. Обширная ссадина в области левой скуловой кости, гематома в области левой височной кости. Выраженная деформация 6-7-8 ребер слева и гематома в этой области. Деформация и обширная гематома в средней трети бедра справа. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Дыхание поверхностное с частотой 44 в 1 минуту. При выслушивании легких дыхание слева не проводится. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Перкуторные границы абсолютной сердечной тупости смещены вправо. Пульс 140 в 1 минуту, слабого наполнения. Артериальное давление 70/20 мм рт.ст. Живот несколько напряжен, имеется выраженная болезненность в области печени и в правой подвздошной области. Моча окрашена кровью.

**Вопросы**:

1. Диагноз?
2. Неотложные мероприятия.
3. Какую диагностическую процедуру необходимо провести незамедлительно?
4. Дальнейшая тактика
5. Условия транспортировки.
6. Виды и критерии клинической оценки степени тяжести шока.
7. Ведущие патогенетические механизмы шока у данного пациента и отличия в экстренной терапии в зависимости от тяжести шока.
8. Противопоказания для применения наркотических анальгетиков при данном виде шока у детей?
9. Ведущий патологический синдром, определяющий тяжесть состояния у данного пациента.
10. Сколько капель в 1,0 мл? Каким образом Вы будете определять необходимую скорость вливания противошоковых растворов.
11. Ваша тактика при остановке машины во время транспортировки данного пациента для оказания помощи другому больному?
12. Прогноз для жизни и здоровья ребенка?

**Задача №2.**

Бригада "Скорой помощи" вызвана на дом к мальчику 1,5 лет. Ребенок находился на кухне без присмотра и опрокинул на себя кастрюлю с кипятком. При осмотре: ребенок в сознании, выраженное психомоторное возбуждение, крик. На передне-боковой поверхности грудной клетки и туловища слева обширные участки гиперемии и пузыри, наполненные светлым содержимым. На коже предплечья, кисти левой руки и левого бедра эрозированные участки. АД - 90/40 мм рт.ст., ЧД - 40 в 1 мин, ЧСС - 128 ударов в 1 минуту. Дыхание при выслушивании легких везикулярное, тоны сердца звучные, ритмичные. Живот при пальпации мягкий. Т° тела 36,9°С.

**Вопросы**:

1. Диагноз?
2. Первая врачебная помощь.
3. Дальнейшая тактика лечения
4. Показана ли госпитализация? Если да, то каковы условия транспортировки?
5. Вероятные осложнения и их профилактика у данного пациента
6. "Правило девятки" - определение, для чего используется?
7. Особенности течения данного вида повреждения кожи у детей.
8. При какой площади поражения кожи в зависимости от возраста ребенка развивается ожоговый шок?
9. Особенности обезболивания в зависимости тяжести ожога и ожогового шока.
10. Ведущий патологический синдром, определяющий тяжесть состояния у ребенка
11. При какой степени тяжести ожогового шока на догоспитальном этапе начинают трансфузионную терапию?
12. Рекомендации для родителей по оказанию первой помощи при термических ожогах у детей до прибытия медработников.

**Задача №3.**

Ребенок 7 лет попал под машину. При первичном осмотре больной без сознания, анизокория больше слева, левосторонний паралич верхней и нижней конечностей, скальпированная рана лица. Кожные покровы бледные, отчетливый акроцианоз. Дыхание Чейн-Стокса. АД-60/20 мм рт.ст., пульс 168 уд. в 1 мин, нитевидный, периодически возникают односторонние судороги. Через левый наружный слуховой проход и через носовой ход ликворея в виде истечения спинномозговой жидкости, окрашенной кровью. Обширная гематома на спине, перелом правого бедра. Во время транспортировки у больного произошла остановка дыхания.

**Вопросы**:

1. Диагноз?
2. Первая врачебная помощь и тактика

**Задача №4.**

Вызов бригады 03 к мальчику 13 лет. Ребенок выпал из окна 3 этажа. В сознании, но резко заторможен. Выраженная бледность кожных покровов, Гематома в области затылка. Кости черепа при пальпации не повреждены. Деформация 5-6 ребра справа по задней подмышечной линии. Деформация и припухлость правого предплечья. Дыхание поверхностное до 42 \мин, частота пульса 130 в 1 минуту. Дыхание над легкими проводится с обеих сторон. Тоны сердца приглушены. Артериальное давление 70/20 мм рт. ст. Болезненность при пальпации живота, особенно в правом подреберье. Моча светлая

**Вопросы**:

1. Поставьте диагноз
2. Окажите неотложную помощь
3. Определите дальнейшую тактику в отношении пациента

**Задача №5.**

Мальчик 8 лет в школе получил удар ногой в живот. Бригада скорой помощи прибыла через 20 минут от момента травмы. Общее состояние ребенка тяжелое. В сознании, но заторможен. Кожные покровы бледные. Дыхание учащено до 44 в 1\мин. Пульс 140 в 1\мин. АД - 70\20 мм рт.ст. Аускультативная симптоматика без особенностей. Живот при пальпации несколько напряжен, выраженная болезненность в правом подреберье. Моча светлая.

**Вопросы:**

1. Поставьте диагноз
2. Окажите неотложную помощь.
3. Определите дальнейшую тактику в отношении пациента

**Задача №6.**

Вызов врача неотложной помощи в школу. Мальчик 14 лет после окончания матча по баскетболу почувствовал неприятные ощущения в области сердца, сердцебиение, резкую слабость, головокружение. В момент осмотра: кожные покровы бледные, влажные, цианоз носогубного треугольника. Мраморность кожных покровов, симптом «белого пятня» 7 секунд. При аускультации легких дыхание везикулярное, равномерное, границы сердца в пределах нормы, тоны акцентированы, шумов нет. ЧД 34 в 1 минуту. Пульс слабого наполнения и напряжения более 200 ударов в 1 минуту. Артериальное давление 65/20 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Машина неотложной помощи прибыла через 20 минут после вызова. По прибытии службы СМП: ЧД 36 в 1 минуту, ЧСС более 200 в 1 минуту, АД 60/20 мм рт.ст., ЭКГ - комплекс QRS узкий , P не виден, ST ниже изолинии.

**Вопросы:**

1. Диагноз и неотложная помощь?
2. Терапевтические мероприятия бригады скорой помощи.

**Задача №7.**

Вызов бригады 03 к мальчику 12 месяцев по поводу судорог. Болен 1 день. Прямой контакт со старшим братом, больным ОРВИ. Заболевание началось с повышения Т° тела до 38,5°С. В течение 6 часов общее состояние существенно ухудшилось. Ребенок стал вялым, отказывается от еды. Повторно, после приема парацетамола, повысилась Т° тела до 40°С. Отмечались клонические судороги.

При осмотре: общее состояние крайне тяжелое, резко заторможен. Кожные покровы бледные, "мраморные", ногтевые пластины цианотичные, симптом "белого пятна" положительный. Зев и задняя стенка глотки гиперемированы, сухие. Из носовых ходов -слизистого отделяемого нет. Менингеальных знаков нет: с-мы Кернига, Брудзинского отрицательные. Кратковременные тонико-клонические судороги. Дыхание учащено до 70 в 1 минуту. При аускультации легких - дыхание жесткое, равномерно проводится над обеими половинами грудной клетки, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, учащены до 190 в 1 мин, АД 50/0. Перкуторные границы сердца в пределах возрастной нормы. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени и селезенки не увеличены. Стул был, без патологических примесей. Последнее мочеиспускание 6 часов назад. Т тела в подмышечной впадине 39,0°С, ректально - 40,5° С.

**Вопросы:**

1. Поставьте диагноз
2. Окажите неотложную помощь
3. Дальнейшая тактика .

**Задача №8.**

Мальчик 3 лет, предположительно за 60 минут до прибытия машины скорой помощи съел неизвестное количество таблеток из домашней аптечки бабушки. Родители, обратив внимание на заторможенность и неадекватное поведение ребенка, вызвали "Скорую помощь". Бабушка ребенка страдает гипертонической болезнью, применяет для лечение нифедипин и резерпин.

В момент осмотра: общее состояние тяжелое, сомнолентность (оценка по шкале Глазго 10 баллов). Периодически возникают судороги, с преобладанием клонического компонента. Зрачки сужены. Кожные покровы лица и склеры глаз гиперемированы, носовое дыхание затруднено. Периферический цианоз, мраморность кожи на конечностях, симптом «белого пятна» более 7 секунд. Одышка до 50 в 1 минуту. Дыхание над легкими везикулярное, небольшое количество хрипов проводного характера. Тоны сердца резко ослаблены, пульс 50 в 1 минуту, слабого наполнения и напряжения. Артериальное давление 50/10 мм рт. столба.

Живот мягкий, безболезненный, печень + 1 см из под края реберной дуги. Не мочился. Вопросы:

**Вопросы**:

1. Диагноз?
2. Неотложная помощь
3. Дальнейшая тактика
4. Условия транспортировки.
5. К каким фармакологическим группам относятся резерпин и нифедепин? Их действие.
6. Что такое шкала Глазго? Для чего она применяется?
7. В связи с чем у пациента наблюдается затруднение носового дыхания
8. Прием какого количества таблеток данных препаратов потенциально смертельно в этом возрасте?
9. Через какое время возможно развитие острой почечной недостаточности у данного пациента? Механизм.
10. Определите характер состояния гемодинамики
11. Возможные последствия для жизни и здоровья ребенка.
12. Рекомендации родителям.

**Задача №9.**

Вследствие взрыва бытового газа обрушение конструкций жилого дома. Из под завала спасена девочка 12 лет. Установлено, что в течение 3-х часов нижние конечности ребенка были придавлены бетонной плитой. После поднятия плиты ребенок терял сознание, отмечалось непроизвольное мочеиспускание. При осмотре врачом скорой помощи определено крайне тяжелое состояние. Дыхание самостоятельное, учащенное до 42 в 1 минуту. Тоны сердца ритмичные, пульс резко учащен до 140 в мин. Артериальное давление 70/20. Глоточный и корнеальный рефлексы сохранены. Кожные покровы обеих нижних конечностей синюшного цвета, холодные на ощупь. Пульс в области голеностопных суставов не определяется. Болевая чувствительность резко снижена. Переломов нет.

Аускультативно над легкими дыхание везикулярное, равномерно проводится над обеими сторонами грудной клетки. Перкуторные границы сердца в пределах возрастной нормы. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Моча с розовым оттенком. Сознание спонтанно восстановилось.

**Вопросы**:

1. Поставьте диагноз
2. Окажите неотложную помощь.
3. Что было необходимо сделать до полного освобождения ребенка из под завала?
4. Определите дальнейшую тактику в отношении пациента

**Задача №10.**

Бригада "Скорой помощи" вызвана на дом к девочке 3-х лет. Мать ребенка оставила сковородку с растительным маслом разогреваться на плите, а сама вышла из комнаты. Девочка оставалась на кухне без присмотра. Через 2 минуты мама услышала крик ребенка. Увидев пузыри на коже, вызвала "Скорую помощь", которая прибыла через 10 минут.

При осмотре: ребенок в сознании, несколько заторможена, слабый крик. На коже лица, шеи, передней поверхности грудной клетки и правой руки участки гиперемии. Местами отмечается гибель эпидермиса с образованием пузырей. АД - 70/50 мм рт.ст., частота дыхания - 40 в 1 мин, пульс - 160 уд. 1 мин.

**Вопросы**:

1. Диагноз?
2. Первая врачебная помощь.
3. Дальнейшая тактика лечения
4. Показана ли госпитализация? Если да, то каковы условия транспортировки?
5. Вероятные осложнения и их профилактика у данной пациентки
6. "Правило девятки" - определение, для чего используется?
7. Особенности течения данного вида повреждения кожи у детей.
8. При какой площади поражения кожи в зависимости от возраста ребенка развивается ожоговый шок?
9. Особенности обезболивания в зависимости тяжести ожога и ожогового шока.
10. Ведущий патологический синдром, определяющий тяжесть состояния у данной пациентки.
11. При какой степени тяжести ожогового шока на догоспитальном этапе начинают трансфузионную терапию?
12. Рекомендации для родителей по оказанию первой помощи при термических ожогах у детей до прибытия медработников.

**Задача №11.**

К мальчику 3-х лет на дом вызвана бригада "Скорой помощи". Около 20 минут назад появились жалобы на беспокойство, резкую головную боль, затруднение дыхания, полиморфную сыпь по всему телу с зудом. Установлено, что за 30 минут до прибытия бригады скорой помощи больному по поводу двусторонней мелкоочаговой пневмонии была сделана первая иньекция 0,5 ампициллина внутримышечно. В возрасте 2-х лет при лечении оспеном по поводу острого гнойного отита была реакция в виде кратковременной аллергической сыпи.

На момент осмотра ребенок заторможен. На коже лица, туловища, конечностей уртикарная сыпь на бледном фоне. Холодный, липкий пот. Затруднен выдох. Частота дыхания - 56 в 1 мин. Аускультативно дыхание проводится равномерно с обеих сторон, рассеянные мелкопузырчатые и субкрепитирующие хрипы. Перкуторно - звук с коробочным оттенком. Границы сердца не расширены, тоны приглушены. АД- 60/20 мм рт.ст., пульс - 160 уд/мин, нитевидный. Живот доступен пальпации, имеется умеренная болезненность без определенной локализации. Печень + 1 см из под края реберной дуги. В течение последнего часа мочеиспусканий не было.

**Вопросы**:

1. Диагноз?
2. Первая врачебная помощь.
3. Дальнейшая тактика лечения.
4. Условия транспортировки.
5. Какие типы гиперчувствительности организма Вы знаете? Приведите примеры.
6. Ведущий патологический синдром, определяющий особенности данного случая?
7. Определите клинический вариант течения данного вида острой анафилаксии.
8. Какие виды трансфузионных растворов не следуетя применять в данном случае?
9. Как Вы будете дозировать скорость введения противошоковых растворов в данном случае? Сколько капель в 1,0 мл?
10. Какие мероприятия необходимо провести на месте развития данного осложнения медикаментозной терапии до прибытия врача
11. Какие мероприятия необходимо провести при попадании аллергена не путем инъекций и развитии анафилактического шока? Вероятные пути поступления аллергена?
12. Какие рекомендации следует дать родителям ребенка?

**Задача №12.**

Ребенок 1,5 месяцев. Жалобы на вялость. Больной крайне заторможен, адинамичен, большой родничок западает, гипокинетически-гипотонический синдром. Кожные покровы бледные, холодные на ощупь, мраморность, эластичность снижена. Слизистые сухие, язык покрыт белым налетом, тургор тканей снижен, живот вздут. АД-60/20 мм рт.ст., пульс 160 ударов в 1 мин, частота дыхания - 60 в 1 мин. Границы сердца расширены, тоны приглушены, дыхание проводится с обеих сторон, ритмичное, глубокое, шумное.

Из анамнеза известно, что у ребенка второй день многократная рвота, расстройство в виде частого, жидкого стула.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Тактика лечения
3. Первая врачебная помощь

**Задача №13.**

Вызов реанимационной бригады службы скорой помощи к девочке в возрасте 12 месяцев с повышением Т° тела до 39,5°С и судорогами. Из анамнеза: заболела сегодня утром, когда повысилась Т° до 39°С и появились легкие катаральные явления со стороны носоглотки. От госпитализации родители отказались. Через 6 часов после начала заболевания состояние ребенка стало быстро ухудшаться: по всему телу появилась звездчатая сыпь, выраженное беспокойство сменилось заторможенностью, вновь повысилась Т° тела до 39,5°С и развились тонико-клонические судороги. В момент осмотра: общее состояние крайне тяжелое, без сознания. Оценка по шкале Глазго 6 баллов. Корнеальные, глоточный рефлексы угнетены. Реакция на болевое раздражение резко снижена. Зрачки средней ширины, реакция на свет слабая. Периодически отмечаются тонико-клонические судороги. Менингеальных знаков нет. Кожные покровы с цианотическим оттенком, выявляется выраженная бледность носогубного треугольника. По все поверхности тела геморрагическая звездчатая сыпь, без явлений некроза. Конечности холодные. Дыхание учащено до 50 в 1 минуту. Пульс нитевидный 200 в 1 минуту. При выслушивании в легких дыхание несколько жесткое, хрипов нет, тоны сердца ослаблены. Расширения границ сердца нет. Живот мягкий, увеличения печени и селезенки нет. Последние 6 часов ребенок не мочился.

**Вопросы**:

1. Диагноз;
2. Неотложные мероприятия;
3. Условия транспортировки.

**Задача №14.**

Вызов бригады скорой помощи в школу к мальчику 8 лет. Ребенка ужалила пчела. Через несколько минут после этого состояние резко ухудшилось. В медпункте школы п\к введен адреналин, в\м димедрол. К моменту прибытия бригады 03 состояние вновь ухудшилось. Появилось учащенное дыхание с нарушением выдоха, был жидкий стул. Периодически судороги. Пульс более 150 в 1 минуту, почти не прощупывается, тоны сердца ослаблены. Артериальное давление 60/0. Резко заторможен.

**Вопросы**:

1. Поставьте диагноз
2. Окажите неотложную помощь
3. Определите дальнейшую тактику.

**Задача №15.**

Больная Татьяна С., 2 лет. Найдена бабушкой ребёнка дома без сознания. Анамнез: В детской комнате накануне была установлена шведская стенка и гимнастические кольца. Момент падения не был фиксирован. Через 3 минуты сознание восстановилось. Была однократная рвота. Повторная потеря сознания через 15 минут.

Объективно: АД 65/20, ЧСС: 140/мин., ЧД: 38/мин. Температура тела 36,7°С. Лежит на спине, руки, ноги и голова несколько разогнуты. Тонус мускулатуры повышен. Кожные покровы бледные. На затылке выявляется гематома 3х4 см. При пальпации свода черепа нарушений целостности его костей нет. Катаральных явлений со стороны ротоглотки не выявляется. При выслушивании лёгких равномерно проводится с обеих сторон, везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены. Перкуторные границы абсолютной сердечной тупости в пределах возрастной нормы.

Отсутствует коньюктивальный рефлекс, рвотный рефлекс сохранён. Имеется расширение зрачка справа, со снижением реакции на свет. Окулоцефальный рефлекс положительный. Рефлексы Брудзинского, Кернига отрицательные. Рефлекс Бабинского положительный слева. Имеются кратковременные клонические судороги. При офтальмоскопии дна глазного яблока определяется нечёткость краёв диска, расширение и потеря пульсации вен с обеих сторон.

Моторная функция: глаза открывает на боль, отмечаются непонятные звуки, движения конечностей в ответ на боль в виде сгибания. Глубокие сухожильные рефлексы: слева не определяются.

**Вопросы**:

1. Диагноз.
2. Ваши действия?

**Задача №16.**

Вызов бригады СМП к новорожденному ребёнку 25 дней жизни.

Мальчик от 2-й беременности, 2-х преждевременных родов в сроке 34 недели. У матери ожирение II степени, рецидивирующий вагиноз. Беременность протекала с угрозой прерывания в 10 недель. Состояние при рождении было средней тяжести, масса тела 1900 г, оценка по шкале Апгар 6/7 баллов. В периоде ранней адаптации наблюдался СДР умеренной степени, обусловленный ателектазами легких, неврологические симптомы общего угнетения, нарастающая желтуха, прогрессивная потеря массы. К 7-м суткам жизни масса тела 1700 г. Выписан по настоянию родителей на 23 сутки жизни с массой тела 1900 г. *Лабораторное исследование.* Общий анализ крови при рождении: НЬ - 180 г/л; Эр - 5,3-1012/л; лейк. - 12-109/л; п - 8 %, с - 52 %; л - 28 %; м - 12 %; ИС=0,13. СР-Б в пуповинной крови (+), средние молекулы — 0,4 у.е.

На 7-е сутки жизни общий анализ крови: Эр— 3,8-1012/л; НЬ - 130 г/л; лейк. - 4,6-109/л; ю - 1%; п -17 %, с – 29%; л - 53 %; м - 1 %; ИС = 0,62; СОЭ -25 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок 49 г/л; билирубин — 198,6 мкмоль/л; мочевина — 9,1 ммоль/л; К — 3,9 ммоль/л; Na — 128 ммоль/л; сахар крови — 3,5 ммоль/л; СРБ (++); СМ - 0,8 у.е.

Иммуноглобулины в сыворотке крови: М — 0,6 г/л; А - 0,15 г/л; G - 5,6 г/л.

При осмотре врача СМП: Резко заторможен. Кожа серовато-желтушного цвета, отек и гиперемия кожи вокруг пупка, пупочная ранка покрыта кровянистой корочкой, выбухает. Выше пупка пальпируется плотный тяж. Дыхание аритмичное по частоте и глубине, ЧД — 60 в 1 мин, при аускультации — ослабленное, мелкопузырчатые влажные хрипы непостоянной локализации. Тоны сердца глухие, ЧСС — 150 в 1 мин. Общая мышечная гипотония, гипорефлексия. Живот вздут, при пальпации напряжен, печень +2 см, селезенка + 0,5 см. Стул жидкий, с примесью белых комочков и зелени. Температура тела 35,1°С.

**Вопросы**:

1. Диагноз?
2. Необходимые мероприятия неотложной медицинской помощи?
3. Госпитализация?

**Задача№17.**

Вызов бригады СМП к новорожденному 2 дней жизни врачом-неонатологом.

Роды на дому проводила акушерская бригада. Новорожденный мальчик от 1 -й беременности, протекавшей с нефропатией II степени, 1-х родов в сроке 38 недель. Масса тела при рождении 2800 г, длина 51 см, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. К груди приложен через 6 ч, сосал вяло.

К концу вторых суток жизни у ребенка замечены обильный жидкий стул темно-вишневого цвета, обильные срыгивания кровью со сгустками. Общее состояние резко ухудшилось.

Осмотр врача СМП: общее состояние тяжелое, заторможен, отмечается бледность и сухость кожных покровов, снижение тургора тканей, тремор конечностей. ЧД — 60 в 1 мин, ЧСС — 160—170 в 1 мин, живот мягкий, печень +1,5 см. Температура тела 36,0°С.

Вопросы:

1. Диагноз?
2. Необходимые мероприятия неотложной медицинской помощи?

**Задача №18.**

Анжела В., 15 лет. Повторный вызов бригады СМП в связи с повышением температуры тела и изменениями на коже.

Анамнез: обратилась к хирургу в поликлинику по месту жительства с жалобами на выраженные длительные боли в области правого бедра после того как её поцарапала кошка. Повторно обратилась через 2 дня в связи с нарастанием боли, повышением температуры тела и развитие диареи. При осмотре врачом бригады СМП в месте повреждения кожи отмечено образование везикул, отёк кожи и эритема. В связи с развитием диареи предложена госпитализация в инфекционную больницу, от которой больная отказалась.

Повторный осмотр врача бригады СМП через сутки. Выявляются изменения кожи в области повреждения в виде некротических участков, появление кровянисто-серозной жидкости в буллах. Рана после обработки приобрела некротический вид. Далее состояние больной стало стремительно ухудшаться. Отмечено падение артериального давление и нарушение сознания.

**Вопросы:**

1. Диагноз?
2. Мероприятия неотложной медицинской помощи?

**Задача №19.**

Падение подростка 14 лет спиной на железную ограду. Потери сознания, со слов друзей, не было. При осмотре несколько заторможен. Отвечает, но речь смазанная. Лежит на спине. Кожа бледная. Дыхание 20 в 1 минуту. Пульс 52 в 1 минуту. АД 65/0. Болезненность при пальпации остистого отростка Th6. Живот мягкий, безболезненный. Тетраплегия. Черепно-мозговые нервы в норме. Симптом Брудзинского не вызывается.

**Вопросы**:

1. Диагноз?
2. Терапия?

**Задача №20.**

Вызов бригады 03 к мальчику в возрасте 1 года. Жалобы на появление резкой одышки и беспокойство. Болен 2 день. Участковым педиатром поставлен диагноз пневмонии, но от госпитализации родители отказались. Температура тела 38,5'С. Ребенок беспокойный, дыхание резко затруднено. Цианоз кожных покровов. Над легкими перкуторный звук с тимпаническим оттенком. Дыхание поверхностное, над правой половиной грудной клетки дыхательные шумы не прослушиваются. Определяется расширение и некоторое выбухание межреберных промежутков справа. Эта сторона грудной клетки отстает в акте дыхания. Перкуторно границы абсолютной сердечной тупости смещены влево. Пульс слабый, частота 160 в 1 минуту, тоны сердца ритмичные, ослаблены. После осмотра состояние прогрессирующе ухудшается, наросла одышка, пульс стал нитевидным.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз с привлечением дополнительных диагностических методов
2. Окажите неотложную помощь
3. Определите дальнейшую тактику в отношении пациента

**ОТВЕТЫ К ЗАДАЧАМ**

**Ответ к задаче № 1.**

1. DS. ДТП, политравма (закрытая черепно-мозговая травма, гематома в левой височной области, перелом костей носа, перелом 6,7,8 ребер слева, перелом правой бедренной кости, травма печени? травма почек). Закрытый левосторонний пневмоторакс. Носовое кровотечение. Внутрибрюшное кровотечение. Травматический шок II ст.

2. Неотложная помощь:

Увлажненный кислород и закись азота (1:1) через маску Доступ к вене

0,9% р-р хлорида натрия и 10% р-р глюкозы в/в от 20,0 мл/кг/час и более под контролем АД и с введением допамина 5-8 мкг/кг/мин

Преднизолон 60 мг в/в

Передняя тампонада носовых ходов

Футлярная блокада перелома правой бедренной кости и иммобилизация конечности

При нарастании явлений ОДН и симптоматики воздушной тампонады сердца -плевральная пункция во 2 межреберье слева по передней подмышечной линии для ликвидации напряженного пневмоторакса

Холод на живот

3. Экстренная госпитализация в травматологическое отделение с продолжением при транспортировке противошоковых мероприятий

**Ответ к задаче №2.**

1. DS. Термический ожог (кипятком) передне-боковой поверхности грудной клетки, туловища, левого бедра, предплечья и кисти левой руки, I-II степени, S 14-16%. Ожоговый шок I степени.

2. Терапия: в/м 1% р-р промедола 0,2 мл и 0,6 мл седуксена (3 мг). На ожоговую поверхность - влажная асептическая повязка с 0,5-2% р-ром новокаина. Экстренная госпитализация.

**Ответ к задаче №3.**

1. DS. Закрытая черепно-мозговая травма, перелом основания черепа, внутримозговое кровоизлияние, перелом костей таза, перелом позвоночника(?), перелом бедра справа. Травматический шок П.

2. Терапия

Очистка верхних дыхательных путей

100% кислород через маску аппарата КИ-3 в течение 1 -2 минут

Седуксен 1,0 и 0,1% р-р атропина 0,7 в/в или в мышцы полости рта Интубация трахеи возрастной трубкой

ИВЛ с ингаляцией закиси азота с кислородом (2:1)

Доступ к вене

Инфузия кристаллоидов со скоростью 20-40 мл /кг в час и выше, с поддержанием АДсис на 10-15 мм рт.ст. выше достаточной для транспортировки (не менее 95 мм рт.ст.)

Преднизолон 3 мг/кг, кокарбоксилаза 20 мг/кг, р-р трисамина 5,0 мл/кг, Кеталар 1 -2 мг/кг в/в

Иммобилизация правой конечности и футлярная блокада области перелома бедра

3. Риск транспортировки IY ст, транспортировка на щите

**Ответ к задаче №4.**

1. DS. Падение с высоты, политравма (закрытая черепно-мозговая травма, гематома в области затылка, перелом 5-6 ребра справа, перелом костей правого предплечья, травма печени?), с-м внутреннего кровотечения. Травматический шок П.

2. Терапия

Фиксация головы. Обращение с пострадавшим, как имеющим травму позвоночника. Закись азота с кислородом.

Доступ к вене: введение 0,9% р-ра NaCl 400,0 мл, 5% р-ра глюкозы 400,0, реополиглюкин 200-400,0 мл в течение часа (со скоростью 20,0 мл\мин и выше под контролем АД) и подключением, при необходимости микроструйного введения допамина до 10 мкг\кг\мин. Преднизолон 90 мг

Футлярная блокада места перелома и иммобилизация правого предплечья

Холод на живот Зонд в желудок

3. Экстренная госпитализация в отделение реанимации и анестезиологии

**Ответ к задаче №5.**

1. DS. Тупая травма живота (травма печени?), с-м внутреннего кровотечения. Геморрагический шок I - П.

2. Терапия: доступ к вене: 0,9% р-р NaCl 400,0 мл, 5% р-р глюкозы 400,0 мл (20 мл\кг\час и выше) ( 10 мл\мин) Дицинон 12,5% -1,0 мл. Холод на живот. Оксигенотерапия

3. Экстренная госпитализация в операционную травматологического отделения, минуя приемный покой больницы

**Ответ к задаче №6.**

1.DS. Пароксизмальная предсердная тахикардия. Кардиогенный шок.

2. Врач отделения неотложной помощи может назначить валокордин 20-30 капель per os. Клиническая ситуация, частота сердцебиений более 150/минуту, уровень систолического артериального давления позволяют исключить синусовую тахикардию.

Мероприятия неотложной медицинской помощи: в связи с первым эпизодом пароксизма нарушений ритма попытка его рефлекторного купирования путем стимуляции блуждающего нерва (надавливанием на живот для повышения внутрибрюшного давления, или проведением одностороннего попеременного массажа области каротидного синуса, или надавливанием на глазные яблоки, или вызыванием рвоты). При неэффективности данных мероприятий: Обеспечение доступа к вене

После ЭКГ в/в медленно струйно аденозин 0,05 мг/кг (трифосаденин, АТФ) или изоптин 0,25%-2,0 (0,1 мг/кг)

Если нарушения ритма не купированы - ЭИТ (синхронизированная кардиоверсия) 50 Дж

В\В капельно 0,9% р-р хлорида натрия 10 мл/кг в час Оксинотеапия 50% О2.

3. Госпитализация в отделение реанимации и интенсивной терапии. Транспортировка в положении лежа.

**Ответ к задаче №7.**

1. DS. ОРВИ (грипп?), Инфекционно-токсический шок.

2. Доступ к вене:

гидрокортизон 100 мг

анальгин 25%-0,2 мл

седуксен 0,4 мл (0,2 мг\кг).

медленно дроперидол 0,25%-0,2 мл (0,05 мг\кг) в 5,0 мл 10% р-ра глюкозы;

инфузионная терапия со скоростью от 20-30 мл/кг/час и более , с подключением мироструйногоо введения допамина 6-10 мкг/кг/мин или норадреналина 0,5 мкг/кг/мин (только в центральные вены)

физические методы охлаждения. оксигенотерапия 50% О2

контроль параметров жизнедеятельности

3. Экстренная госпитализация в отделение реанимации и интенсивной терапии инфекционной больницы.

**Ответ к задаче №8.**

1. DS. Отравление таблетками (резерпина и нифедепина?). Острая сердечно-сосудистая недостаточность. Судорожный синдром.

2. Терапия

Увлажненный кислород 100%

Седуксен 1,0 в\м и 0,1% р-р атропина 0,2-0,3 мл

Промывание желудка через зонд по 200-250 мл НЕ МЕНЕЕ 3-х РАЗ Введение в желудок активированного угля 1,5 г

Введение в желудок минерального масла 20,0-30,0 мл или 10% р-ра натрия сульфата Доступ к вене и введение 10% р-ра глюконата кальция 3,0 мл

В\в капельно 5% р-р глюкозы и 0,9% р-р натрия хлорида от 20-30 мл/кг/час с р-ром допамина 6-10 мкг/кг/час (поддержание уровня систолического артериального давления выше 70 мм рт.ст.); преднизолон 60 мг

Контроль жизненно важных функций

Возможное применение эуфиллина при отсутствии положительной динамики для повышения частоты сердечных сокращений (с повышением скорости введения инфузионных растворов)

3. Госпитализация в токсикологический центр или отделение реанимации и интенсивной терапии с продолжением инфузионной терапии. Предусмотреть возможность эндотрахеальной интубации (после введения седуксена 1,0 и 0,1% р-ра атропина 0,15-0,3 мл (10 мкг/кг)) и проведения ИВЛ

**Ответ к задаче №9.**

1. DS. С-м длительного сдавливания (обеих нижних конечностей). Травматический шок.

2. Терапия

В\м, п\к 1%-0,5-1,0 мл промедола или омнопона жгут и тугое бинтование нижних конечностей

Доступ к вене: трансфузия реополиглюкина 400,0 мл (со скоростью 20 мл\минуту в зависимости от АД), 5% р-ра глюкозы с допамином 6-10 мкг\кг\мин при отсутствии положительной динамики артериального давления

До освобождения ребенка из под завала необходимо было сделать турникет обеих нижних конечностей с помощью кровоостанавливающего резинового жгута выше места сдавления и далее (после поднятия плиты ) - туго их перебинтовать в дистально-проксимальном направлении.

После бинтования нижних конечностей можно осторожно (постепеннно распуская) снять жгут.

3. Экстренная госпитализация в отделение анестезиологии и реанимации

**Ответ к задаче №10.**

1. DS. Термический ожог лица, шеи, грудной клетки правой руки, 2 степени (S д10-12%). Ожоговый щок II.

2. Терапия

Доступ к вене

1% р-р промедола 0,3 мл в/в

Инфузионная терапия - раствор хлорида натрия 10 мкг/час и выше под контролем АД

На ожоговые поверхности - влажная асептическая повязка с 0,5-1% р-ром новокаина Госпитализация в ожоговый центр или отделение реанимации и интенсивной терапии

**Ответ к задаче №11.**

1. DS. Лекарственный анафилактический шок (на ампициллин).

2. Терапия

Адреналин 10 мкг/кг 1,5 мл 0,01% р-ра (разведение 1:10!) в/в, в/м

Придать больному горизонтальное положение с несколько приподнятыми ногами. Полость рта и дыхательные пути очистить от слизи, повернуть голову ребенка набок для предупреждения аспирации. Измерение АД каждые 2-3 минуты. Предупредить потери тепла

Доступ к вене и в/в струйно преднизолон 3 мг/кг 100% оксигенотерапия

При сохранении явлений бронхоспазма - ингаляция сальбутамола 1,25 мг или беродуала с помощью небулайзера

Если на этом фоне сохраняется артериальная гипотензия, то в/в капельно допамин 5-10 мкг/кг/минуту или адреналин в 50,0 мл изотонического раствора NaCL 0,1-1,0 мкг/кг/мин, кристаллоиды в/в со скоростью не менее 10 мл/кг/час и выше под контролем уровня АД

При появлении уртикарных элементов на коже возможно дополнительное введение Н1-блокаторов (супрастин). В случае длительного сохранения коллапса - подключение, после введения Н1-блокаторов, Н2-блокаторов в условиях отделения реанимации

Госпитализация в отделение реанимации

**Ответ к задаче №12.**

1.DS.Кишечная инфекция неясной этиологии, острый гастроэнтерит. Гиповолемический (ангидремический) шок.

2. Терапия

Доступ к вене

Коррекция метаболического ацидоза и осмолярности плазмы струйным введением трисамина 5 мл/кг со скоростью до 1 мл\кг\минуту до момента улучшения параметров гемодинамики

Реополиглюкин или желатиноль в/в 10 мл/кг, вначале со скоростью 3-4,0 мл в минуту, а после повышения систолического АД до 80 мм рт.ст. переход на капельное введение по 1,0 -1,5 мл/минуту

Преднизолон 3 мг/кг, ККБ 20 мг / кг, вит. "С" 150 мг

3. Госпитализация в реанимационное отделение (степень риска транспортировки IY). Во время транспортировки продолжение в/в инфузий, увлажненный кислород

**Ответ к задаче №13.**

1. DS. Менигококковая инфекция, менигококкцемия. Инфекционно-токсический шок. Кома II ст. Судорожный синдром.

2. Терапия

Доступ к вене

Седуксен в/в 1,0 мл (0,3-0,5 мг/кг)

Дексаметазон 0,6-2 мг/кг или преднизолон 10 мг/кг, или гидрокортизон 30 мг/кг каждые 3 минуты первые 10 минут с последующим введением преднизолона 10 мг/кг через 15-20 минут, или Гидрокортизон 100 мг в/в, с повторением каждые 20 минут

В\в капельно в течение часа - глюкоза 10%-200,0, натрия хлорид 0,9%-200,0 40 мл/кг/час и выше под контролем АД и введением допамина 5-8 мкг/кг/мин

Увлажненный кислород (100%)

Зонд в желудок

Антибиотики - цефтриаксон в/в 100 мг/кг или левомицетин 250 мг (25 мг/кг). До улучшения параметров гемодинамики на догоспитальном этапе при декомпенсации состояния в связи с инфекционно-токсическим шоком антибиотики в/в лучше не вводить.

3. Госпитализация в отделение реанимации и интенсивной терапии инфекционной больницы. Предусмотреть возможность интубации трахеи и проведение ИВЛ во время транспортировки.

**Ответ к задаче №14.**

1. DS. Анафилактический шок (на укус пчелы).

2. Терапия

Доступ к вене.

В\в струйно адреналин 0,1% -0,4 в 5,0 мл 0,9% р-ра NaCl (в разведении 1:10)

Преднизолон 90 мг ( 3 ампулы) в связи с явлениями бронхоспазма

0,9% р-р NaCl 150,0 мл и 5% р-р глюкозы 150,0 мл - введение со скоростью не менее 10,0 мл\минуту под контролем АД (с подключением при необходимости микроструйного введения допамина 8-10 мкг\кг\мин)

100% Увлажненный кислород.

При сохранении явлений бронхоспазма ингаляция сальбутамола 1,25 мг или беродуала (200 капель) с помощью небулайзера или, при невозможности проведения ингаляционной терапии, в\в капельно 2,4% р-р эуфиллина 8,0 мл (7 мг/кг)

При рецидиве судорог - седуксен по 0,6 мл в\в повторно через 10 минут (не более 3 раз)

3. Экстренная госпитализация в отделение реанимации и интенсивной терапии.

**Ответ к задаче №15.**

1. Диагноз: Закрытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга. Внутричерепная гематома справа. Гематома мягких тканей затылочной области. Кома. Судорожный синдром. Развитие отёка головного мозга. Травматический шок I.

2. Неотложные медицинские мероприятия:

Санация ротоглотки

Интубация трахеи

Зонд в желудок

Оксигенация 50% О2

Постоянный доступ к вене

Седуксен в/в 0,1 мг/кг (0,3 мл )

Дексаметазон в/в 0,6 мг/кг (8 мг)

Инфузионная терапия с поддержанием АД сис около 90 мм рт.ст. (20 мл/кг/час)

Предусмотреть введение - Маннитол 15% р-р 100,0 мл в\в капельно быстро, далее лазикс 15 мг

Приподнятое положение головы

Экстренная госпитализация в нейрохирургический стационар для проведения оперативного лечения.

**Ответ к ситуационной задаче №16.**

1. Диагноз: Сепсис новорожденного (септицемия, гнойный омфалит, флебит пупочной вены). Септический шок. Недоношенность 34 недели.

2. Терапия:

Доступ к вене

Инфузия физиологического раствора и 5% р-ра глюкозы 10-20 мл/кг/час с подключением микроструйного введения допамина 6-10 мкг/кг/мин при отсутствии улучшения параметров гемодинамики Гидрокортизон 25 мг Оксигенотерапия 50% О2

Мониторинг параметров гемодинамики и дыхания Необходима экстренная госпитализация в отделение реанимации и интенсивной терапии. Транспортировка в кювезе.

В стационаре.

1. Новорожденные, больные сепсисом, выхаживаются в кувезе, с проведением оксигенотерапии, адекватной степени дыхательной недостаточности. При тяжелом течении сепсиса проводится парентеральное или парентерально-энтеральное питание с увеличением суточного калоража. Необходимо тщательное соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов.

2. Стартовая антибактериальная терапия при неизвестном возбудителе — сочетание полусинтетических пенициллинов с цефалоспоринами II—III поколений или аминогликозидами (гентамицин, нетромицин и др.) или цефалоспоринов с аминогликозидами. После уточнения возбудителя — назначение антибиотиков с учетом чувствительности выделенного штамма микроорганизма. При госпитальной инфекции используют «защищенные» пенициллины (амоксиклав, уназин и др.) в сочетании с цефалоспоринами III—IV поколений (роцефин, лонгацеф, оритаксим и др.) или аминогликозидами II—III поколений (амикацин, нетромицин, нетилмицин). При тяжелом течении сепсиса и высокой резистентности к антибиотикам применяют антибиотики резерва: ванкомицин, кларитромицин, рифампицин, карбопенемы (имепенем, тиенам). Фторхинолоновые антибиотики (ципрофлоксацил) применяют лишь по жизненным показаниям. При анаэробной флоре применяют метронидазол, при генерализованном кандидомикозе — амфотерицин В, флюцитозин, дифлюкан.

Для лечения сепсиса всегда используют сочетание 2 антибиотиков (при молниеносном течении — 3) в дозах, превышающих обычные в 1,5—2 раза, которые вводят внутривенно, курсами по 7—10 дней (до 14), непрерывно, до улучшения состояния. Для профилактики дисбактериоза используют пробиотики (лактобактерин, биофлор и др.)

3. Для усиления иммунной защиты организма в остром периоде сепсиса используют иммуноглобулины и плазму направленного действия (антистафилококковый иммуноглобулин и плазма, антиэшерихинозная, антисинегнойная плазма), иммуноглобулин для внутривенного введения (сандоглобулин, пентаглобин и др.). Применяют также бактериофаги (стафилококковый, протейный), лизоцим, УФО и лазерное облучение крови. В тяжелых случаях используют экстракорпоральную иммунокоррекцию: плазмаферез, гемосорбцию, ЗПК.

В восстановительном периоде при затяжном течении сепсиса после проведения иммунологического исследования назначают:

— при недостаточности клеток макрофагально-моноцитарной системы: ликопид, полиоксидоний, дибазол, нуклеинат натрия, бактериальные и дрожжевые полисахариды (продигиозан, бронховаксом), растительные адаптогены (эхинацея, элеутеракокк, алоэ и др.);

— при дефекте клеточного звена иммунитета: гормоны тимуса (тимоген, тактивин, тималин), полиоксидоний, имунофан, димефосфон.

4. С целью детоксикации и коррекции метаболизма проводится инфузионная терапия (10% раствор глюкозы, физиологический раствор), введение растворов электролитов, при парентеральном питании — аминокислотных смесей (вамин и др.)

5. При декомпенсированном ДВС-синдроме назначают ангиопротекторы, ингибиторы протеолиза (овамин, контрикал), свежезамороженную плазму. Для улучшения кардиодинамики используют адреномиметики (дофамин, добутамин), титрование эуфиллина. Проводят также лечение отечного, энцефалитического и других синдромов.

6. Санация местных гнойных очагов

**Ответ к ситуационной задаче №17.**

1. Диагноз: Геморрагическая болезнь новорожденного (мелена, желудочное кровотечение). Геморрагический шок. Врожденная гипотрофия.

2. Терапия

Доступ к вене

Инфузионная терапия 5% р-р глюкозы, 0,9% р-р натрия хлорида 60 мл/час и выше

исходя из уровня параметров гемодинамики

Викасол 1% р-р 0,25 мл в/в или в/м. В желудок 5% р-р Е- аминокапроновой кислоты 5 мл Экстренная госпитализация в отделение реанимации и интенсивной терапии.

В стационаре:

1. К основным лечебно-профилактическим мероприятиям у новорожденных с геморрагическими проявлениями до установления их причины относятся:

* организация щадящего режима выхаживания;
* раннее начало грудного вскармливания (кроме случаев изоиммунной тромбоцитопении);
* однократное введение викасола;
* ограничение при лечении детей препаратов, способствующих дефициту витамина К (фенобарбитал, большие дозы цефалоспоринов, антикоагулянты и др.) и ухудшающих адгезивно-агрегационные функции тромбоцитов (фуросемид, эуфиллин, карбенициллин, аминогликозиды и др.).

2. Лечение ГрБН заключается прежде всего в назначении витамина К (викасол, филлохинон, конакион и др.) в течение 3—5 дней, который в начале лечения предпочтительно вводить внутривенно.

При обильном кровотечении проводят инфузионную терапию для востановления ОЦК, коррекции анемии и факторов свертывания (10% раствор глюкозы, эритроцитарная масса или отмытые эритроциты, свежезамороженная плазма, ангиопротекторы).

Местная гемостатическая терапия: при кровотечении из пупочной ранки — тампонирование тугой повязкой с раствором адреналина, гемостатической губкой, тромбином; при кровавой рвоте и мелене — промывание желудка 0,5% раствором гидрокарбоната натрия, гемостатическая смесь (АКК + тромбин + раствор адроксона, внутрь), кормление свежесцеженным и охлажденным до комнатной тепературы грудным молоком (7—10 раз в сутки, по 5—10 мл, содержит тканевой тромбопластин).

3. Лечение транзиторной тромбоцитопении включает назначение ангиопротекторов (дицинон, адроксон, троксевазин), пантотената кальция, £ — АКК. При кровотечениях дополнительно назначают глюкокортикоиды. При тяжелом течении изоиммунной формы — переливание тромбомассы от матери, иногда при сочетании с гемолитической анемией —ЗПК. Вскармливание материнским донорским молоком в течение 2—3 недель.

4. При развитии у новорожденного с тяжелой патологией ДВС-синдрома программа лечения предусматривает:

* активное лечение основного заболевания;
* в I фазе ДВС в состав инфузионной терапии основной патологии включают свежезамороженную плазму, дезагреганты и антиагреганты (эуфиллин, куран-тил);
* во II и III фазах используют гепаринизированную криоплазму, ингибиторы протеолиза (овамин, контрикал и др.), заместительную терапию компонентами крови (Ег-масса, тромбомасса), ангиопротекторы (троксевазин, дицинон).

При упорном кровотечении, представляющем угрозу для жизни, показано использование препаратов активированного протромбинового комплекса (FAIBA и др.)

Применение новорожденным с этой целью концентратов факторов свертывания (криопреципитат, PPSB) и фиб**р**иногена нежелательно

**Ответ к задаче №18.**

1. Диагноз: Некротизирующий фасциит. Стрептококковый токсический шок синдром.

2. Мероприятия неотложной медицинской помощи:

доступ к вене

инфузионная терапия из расчёта не менее 20 мл/кг/час 1000,0 мл (0,9% р-р хлорида натрия с 5% р-ром глюкозы) с повышением скорости введения по необходимости под контролем АД

При низкой эффективности купирования артериальной гипотензии введение допамина 5-8 мкг/кг/минуту

Целесообразно введение преднизолона 120 мг в/в

Оксигенотерапия

Асептическая повязка на повреждённые участки кожи

Экстренная госпитализация в хирургическое отделение для проведения некрэтомий

В стационаре - Иммуноглобулины в/в (пентаглобин)

Активированный рекомбинантный протеин С (Зигрис)

Клиндамицин 900 мг/сутки

**Ответ к задаче №19.**

1. Травма грудного отдела позвоночника. Нейрогенный шок.

2. Терапия:

Доступ к вене

Инфузионная терапия 0,9% р-р натрия хлорида, 5% р-р глюкозы 10-20 мл/кг/час с подключением микроструйного введения норадреналина 0,5 мкг/кг/мин при отрицательной динамике параметров гемодинамики

Экстренная госпитализация в отделение анестезиологии и реанимации травматологического стационар.

**Ответ к задаче №20.**

1. DS. Острая (правосторонняя?) деструктивная пневмония. Напряженный (?) пневмоторакс справа. ОДН III. Обструктивный шок.

2. Терапия

Пункция открытой иглой в 3 межреберье справа по передней подмышечной линии или, предпочтительнее, дренаж по Бюлау (пункция с использование шприца и иглы, соединенной с резиновой трубкой; движение поршня шприца при проникновении иглы в плевральную полость подтверждает клапанный механизм пневмоторакса)

Увлажненный 100% кислород через маску

Доступ к вене

В/в 0,9% р-р натрия хлорида 20 мл/кг/час, при отсутствии положителной динамики состоянии повышение скорости введения после контроля АД

Гидрокортизон 100 мг в\в

Метамизол натрия (анальгин) 25%-0,2 и димедрол 1%-0,1 в\м

3. Экстренная госпитализация, по возможности, в отделение анестезиологии и реанимации многопрофильной больницы (необходимость консультации торакального хирурга для уточнения характера терапии)

**Задача №21**

В отделение интенсивной терапии поступил мальчик 5 лет.

Ребёнок от второй беременности, протекавшей с нефропатией, вторых срочных родов, родился с массой 4000 г, ростом 52 см.

Из анамнеза известно, что ребёнок часто болеет острыми респираторными заболеваниями. После перенесённого стресса в течение последних 1,5 месяцев отмечалась слабость, вялость. Ребёнок похудел, начал много пить и часто мочиться. На фоне заболевания гриппом состояние ребёнка резко ухудшилось, появилась тошнота, переходящая в повторную рвоту, боли в животе, фруктовый запах изо рта, сонливость.

Мальчик поступил в отделение интенсивной терапии в тяжёлом состоянии, без сознания. Дыхание шумное (типа Куссмауля). Кожные и ахилловы рефлексы снижены. Кожные покровы сухие, тургор тканей и тонус глазных яблок снижен, черты лица заострены, выраженная гиперемия кожных покровов в области щёк и скуловых дуг. Пульс учащен до 140 ударов в минуту, АД – 75/40 мм рт. ст. Язык обложен белым налётом. Запах ацетона в выдыхаемом воздухе. Живот при пальпации напряжён. Мочеиспускание обильное.

Общий анализ крови: Нb – 135 г/л, эритроциты – 4,1×1012/л, лейкоциты – 8,5×109/л; нейтрофилы: палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 50%; эозинофилы – 1%, лимфоциты – 35%, моноциты – 10%, СОЭ – 10 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – жёлтый, прозрачность – слабо мутная; удельный вес – 1035, реакция – кислая; белок – нет, сахар – 10%, ацетон +++.

Биохимический анализ крови: глюкоза – 28,0 ммоль/л, натрий – 132,0 ммоль/л, калий – 5,0 ммоль/л, общий белок – 70,0 г/л, холестерин – 5,0 ммоль/л.

КОС: рН – 7,1; рО2 – 92 мм рт. ст.; рСО2 – 33,9 мм рт. ст.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Обоснуйте необходимую терапию данному больному.

5. Нуждается ли больной в дальнейшем в гормональной терапии?

***Эталон ответа***

1. Сахарный диабет 1 типа, впервые выявленный, стадия декомпенсации. Диабетическая кетоацидотическая кома.

2. Дебют заболевания после стресса; декомпенсация на фоне гриппа, типичные клинические симптомы диабета (полиурия, полидипсия, похудание, вялость, слабость), симптомы кетоацидоза (тошнота, рвота, боли в животе, фруктовый запах изо рта, сонливость). Клиническая картина при поступлении: отсутствие сознания, сниженные кожные и ахилловы рефлексы, шумное дыхание (типа Куссмауля), запах ацетона в выдыхаемом воздухе, сухая кожа, «диабетический рубеоз» на щеках, сниженный тургор тканей и глазных яблок, заострѐнные черты лица, обложенный налѐтом язык, тахикардия (ЧСС до 140 ударов в минуту), гипотония (АД 75/40 мм рт.ст.); напряжение мышц живота; обильное мочеиспускание.

3. В начале неотложной терапии регистрируются масса и рост (площадь поверхности тела), оцениваются пульс, частота дыхания, артериальное давление, неврологический статус, ЭКГ, определяются гликемия, рН крови, РСО2, К, Na, мочевина, креатинин, АЛТ, АСТ, кетонемия, глюкозурия, кетонурия, гемоглобин, гематокрит. Проводится учѐт диуреза. На фоне терапии ежечасно контролируется пульс, ЧД, АД, гликемия, рН крови, РСО2, неврологический статус, ЭКГ. Каждые 3-6 часов определяется К, Na, кетонемия, глюкозурия, кетонурия, гемоглобин, гематокрит.

Консультации врача-детского хирурга, врача-офтальмолога, врача-невролога, врача-детского кардиолога по показаниям.

4. Ввести назогастральный зонд, установить катетер в мочевой пузырь, перевести ребѐнка на ВВЛ.

Регидратацию начинают 0,9% раствором Натрия хлорида (стартовый раствор). В последующем при снижении гликемии до 12-15 ммоль/л назначается 5-10% растворы глюкозы под контролем уровня и скорости снижения гликемии. Для расчѐта объѐма вводимой жидкости учитывают дефицит жидкости, мл = % дегидратации × масса тела (в кг), + физиологическая потребность на кг с учѐтом возраста. Данному пациенту необходимо ввести: (5×20) + (70×20) = 1500 мл инфузионных растворов. В первые 8 часов от начала инфузионной терапии необходимо ввести 50% рассчитанного суточного объѐма, в последующие 16 часов - оставшиеся 50%.

Назначаются инсулины короткого действия в виде внутривенных инфузий. Начальная доза инсулина составляет 0,1 ед/кг в час. При нормализации кислотно-основного состояния больной будет переведѐн на подкожное введение инсулина каждые 2-3 часа. При отсутствии кетоза на 2-3 сутки ребѐнок переводится на 5-6 разовое введение инсулина короткого действия, а затем на обычную базисно-болюсную инсулинотерапию.

5. В дальнейшем больной нуждается в пожизненной заместительной инсулинотерапии в базисно-болюсном режиме с постоянной коррекцией дозы инсулина, с соблюдением диетотерапии, проведением самоконтроля, регулированием физической активности, плановыми госпитализациями 1-2 раза в год.

**Задача №22**

На амбулаторном приёме девочка 6 месяцев. Родители жалуются на приступ судорог, сопровождающийся остановкой дыхания и цианозом, у ребёнка

Из анамнеза известно, что семья месяц назад переехала из Мурманской области. Беременность протекала гладко, на учёт в женской консультации мать встала при сроке беременности 30 недель. Роды в 34 недели. Витамин Д ребёнку стали давать 2 недели назад (по 5 капель), по рекомендации врача мать с ребёнком гуляют на свежем воздухе около 2 часов. На искусственном вскармливании с рождения, получает адаптированную молочную смесь, из продуктов прикорма – безмолочные манная и рисовая каши. Накануне вечером после купания девочка была беспокойна, внезапно ребёнок посинел, произошла остановка дыхания, потеря сознания, появились судороги, продолжавшиеся около 3 минут.

При осмотре врачом-педиатром участковым девочка в сознании, активно сопротивляется, кричит. Температура тела – 36,6°С, кожа и видимые слизистые бледные, чистые. Выраженная влажность головки. Большой родничок – 2,5×3,5 см, не выбухает, края податливые, выраженные лобные бугры. Увеличение передне-заднего размера грудной клетки, выражена гаррисонова борозда. Мышечный тонус снижен. Кисти рук и стопы холодные, влажные. Симптомы Хвостека, Труссо положительные. ЧД – 36 в минуту. Над лёгкими аускультативно дыхание пуэрильное. Тоны сердца громкие, ритмичные. ЧСС – 110 в минуту. Живот мягкий, увеличен в размере, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень на 2,0 см ниже рёберного края. Селезёнка не пальпируется. Менингеальных, общемозговых и очаговых симптомов не выявляется. Стул и мочеиспускание не нарушены.

При осмотре внезапно наступила остановка дыхания, появился диффузный цианоз, потеря сознания. Затем возникли судороги тонического характера с распространением их сверху вниз: лицевой мускулатуры, затем рук и ног. Тонические судороги сменились клоническими, дыхание стало храпящим. Через 2 минуты судороги спонтанно прекратились, ребёнок пришёл в сознание и уснул.

В общем анализе крови: гемоглобин – 119 г/л, эритроциты – 3,9×1012/л, Ц. п. – 0,91, лейкоциты – 7,1×109/л, палочкоядерные – 3%, сегментоядерные – 22%, эозинофилы – 4%, лимфоциты – 63%, моноциты – 8%, СОЭ – 15 мм/час.

В общем анализе мочи: цвет – светло-желтый, удельный вес – 1010, белок – нет, глюкоза – нет, эпителий плоский – немного, лейкоциты – 0-1 в п/з, эритроциты – нет, цилиндры – нет, слизь – немного.

В биохимическом анализе крови: общий белок – 64 г/л, мочевина – 4,2 ммоль/л, холестерин – 3,5 ммоль/л, калий – 4,1 ммоль/л, натрий – 136 ммоль/л, кальций ионизированный – 0,6 ммоль/л, кальций общий – 1,7 ммоль/л, фосфор – 0,6 ммоль/л, ЩФ – 620 Ед/л, АлТ – 25 Ед/л, АсТ – 29 Ед/л, серомукоид – 0,180.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какие неотложные мероприятия необходимо провести этому ребёнку при судорогах?

***Эталон ответа***

1. Явная спазмофилия. Эклампсия. Рахит, период разгара, острое течение, средней (II) тяжести.

2. Диагноз «спазмофилия (эклампсия)» выставлен на основании жалоб родителей на приступ судорог, сопровождающийся остановкой дыхания и цианозом, данных анамнеза (последние 2 недели ребѐнок стал получать 2000 МЕд витамина Д, активно гулять на свежем воздухе (фактор инсоляции), получает неполноценное вскармливание), данных объективного осмотра (клинические признаки активного рахита, судороги тонического характера с распространением их сверху вниз, сменяющиеся клоническими судорогами, спонтанное прекращение судорожного синдрома через несколько минут, положительные симптомы Хвостека, Труссо), лабораторных данных (снижение ионизированного кальция).

Диагноз «рахит» выставлен на основании данных анамнеза (беременность матери и первые 5 месяцев жизни ребѐнка протекали в условиях сниженной инсоляции (проживание в Северном регионе), профилактика рахита во время беременности не проводилась (мама ребѐнка поздно встала на диспансерный учѐт), профилактически витамин Д ребѐнок не получал, ранний перевод на искусственное вскармливание, позднее введение прикорма, использование крупяного прикорма), данных объективного осмотра (размягчение краѐв родничка, выраженные лобные бугры, «килевидная» грудная клетка, гаррисонова борозда, мышечная гипотония, гипергидроз), данных лабораторного исследования (гипокальциемия, гипофосфатемия, повышение щелочной фосфотазы).

3. На фоне судорожного синдрома: в/м Седуксен 0,5% р-р – 0,1 мл/кг; ингаляции увлажнѐнного кислорода.

После окончания приступа судорог: в/в Кальция глюконат 10% – 1-1,5 мл/кг, развести в 50 мл 0,9% раствора Натрия хлорида или 5% раствора Глюкозы; Магния сульфат 25% – 0,4 мл/кг.

Госпитализация.

**Задача №23**

Больная Татьяна С., 2 лет. Найдена бабушкой ребёнка дома без сознания. Анамнез: В детской комнате накануне была установлена шведская стенка и гимнастические кольца. Момент падения не был фиксирован. Через 3 минуты сознание восстановилось. Была однократная рвота. Повторная потеря сознания через 15 минут.

Объективно: АД 65/20, ЧСС: 140/мин., ЧД: 38/мин. Температура тела 36,7°С. Лежит на спине, руки, ноги и голова несколько разогнуты. Тонус мускулатуры повышен. Кожные покровы бледные. На затылке выявляется гематома 3х4 см. При пальпации свода черепа нарушений целостности его костей нет. Катаральных явлений со стороны ротоглотки не выявляется. При выслушивании лёгких равномерно проводится с обеих сторон, везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены. Перкуторные границы абсолютной сердечной тупости в пределах возрастной нормы.

Отсутствует коньюктивальный рефлекс, рвотный рефлекс сохранён. Имеется расширение зрачка справа, со снижением реакции на свет. Окулоцефальный рефлекс положительный. Рефлексы Брудзинского, Кернига отрицательные. Рефлекс Бабинского положительный слева. Имеются кратковременные клонические судороги. При офтальмоскопии дна глазного яблока определяется нечёткость краёв диска, расширение и потеря пульсации вен с обеих сторон.

Моторная функция: глаза открывает на боль, отмечаются непонятные звуки, движения конечностей в ответ на боль в виде сгибания. Глубокие сухожильные рефлексы: слева не определяются.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Ваши действия?

***Эталон ответа***

1. Диагноз: Закрытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга. Внутричерепная гематома справа. Гематома мягких тканей затылочной области. Кома. Судорожный синдром. Развитие отёка головного мозга. Травматический шок I.

2. Неотложные медицинские мероприятия:

Санация ротоглотки

Интубация трахеи

Зонд в желудок

Оксигенация 50% О2

Постоянный доступ к вене

Седуксен в/в 0,1 мг/кг (0,3 мл )

Дексаметазон в/в 0,6 мг/кг (8 мг)

Инфузионная терапия с поддержанием АД сис около 90 мм рт.ст. (20 мл/кг/час)

Предусмотреть введение - Маннитол 15% р-р 100,0 мл в\в капельно быстро, далее лазикс 15 мг

Приподнятое положение головы

Экстренная госпитализация в нейрохирургический стационар для проведения оперативного лечения.

***Тестовые задания***

1. ДЛЯ КАКОГО ОСЛОЖНЕНИЯ ЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ ХАРАКТЕРНО СМЕЩЕНИЕ СРЕДОСТЕНИЯ В СТОРОНУ ПОРАЖЕНИЯ?

* ателектаз легкого
* лобарная эмфизема
* гидропневмоторакс
* метапневмонический плеврит

2. ВЫРАЖЕННЫЙ ГИПЕРТОНУС МЫШЦ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ОТСУТСТВИИ СОЗНАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

* травмы головного мозга
* незрелости структур головного мозга
* повреждения мозговых структур свободным билирубином
* дегенерации передних рогов спинного мозга

3. К НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМАМ ПЕРЕЛОМА КОСТЕЙ У ДЕТЕЙ ОТНОСЯТ

* деформацию конечности
* боль при пальпации
* повышение температуры тела
* ссадины на конечностях

4. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ

* напряжение мышц брюшной стенки и локальная болезненность
* локальная боль и рвота
* напряжение мышц брюшной стенки и рвота
* симптом Щеткина-Блюмберга и рвота

5. СОТРЯСЕНИЕ МОЗГА ХАРАКТЕРИЗУЮТ

* кратковременная потеря сознания, рвота в первые часы после травмы, ретроградная амнезия
* потеря сознания через 2-3 часа после травмы, анизокория, очаговая симптоматика
* пролонгированный общемозговой синдром, повышение температуры тела, рвота
* неукротимая рвота, потеря сознания до 4-6 часов, антероградная амнезия

6. ДОСТОВЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ ПЕРЕЛОМА ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

* ото-рино-ликворея
* потеря сознания
* очаговая неврологическая симптоматика
* многократная рвота

7. ПРИЧИНОЙ ЗАТРУДНЕННОГО ДЫХАНИЯ, ПЕРИОДИЧЕСКИ С ПРИСТУПАМИ УДУШЬЯ, У ПАЦИЕНТОВ С ОХРИПЛЫМ ГОЛОСОМ И ПЕРИОДИЧЕСКОЙ АФОНИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

* фиксированное инородное тело гортани
* инородное тело главного бронха
* инородное тело сегментарного бронха
* фиксированное инородное тело трахеи

8. ЗНАЧЕНИЕ МЫШЕЧНОГО ОКОЧЕНЕНИЯ ПРИ ОКАЗАНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ СОСТОИТ В ТОМ, ЧТО ОНО

* является достоверным признаком смерти
* является показание для проведения СЛР
* является показанием для проведения непрямого массажа сердца
* препятствует формированию посмертных повреждений

9. ПРИ УТОПЛЕНИИ В ПРЕСНОЙ ВОДЕ РАЗВИВАЮТСЯ

* гиперволемия, гипонатриемия, гемолиз эритроцитов, почечная недостаточность
* гиповолемия, ацидоз, дыхательная недостаточность
* гиперволемия по малому кругу, гиперкалиемия, сердечно-сосудистая недостаточность
* гиповолемия, гипернатриемия, метаболический ацидоз

10. ПРИ АСТМАТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ В СТАДИИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ ВЫСЛУШИВАЮТ

* «немое легкое»
* ослабленное дыхание
* жесткое дыхание
* везикулярное дыхание

11. ОСТРАЯ СОСУДИСТАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

* падением артериального давления
* свистящими хрипами
* влажными хрипами в легких
* сухими хрипами в легких

12. СООТНОШЕНИЕ НАЖАТИЙ НА ГРУДНУЮ КЛЕТКУ И ИСКУССТВЕННЫХ ВДОХОВ ПРИ БАЗОВОЙ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ У ДЕТЕЙ СОСТАВЛЯЕТ:

* 15:2
* 3:1
* 10:1
* 5:1

13. ПРЕПАРАТАМИ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

* Адреналин и атропин
* Адреналин, атропин и гидрокарбонат натрия
* Адреналин, атропин и кордарон
* Кордарон и адреналин

14. ОСНОВНОЙ ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ У ДЕТЕЙ

* Внутривенный
* Внутрикостный
* Эндотрахеальный
* Внутрисердечный

15. НАИБОЛЕЕ СЕРЬЕЗНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

* Отек легких
* Асцит
* Анасарка
* Цирроз печени

16. ДОЗИРОВКА АДРЕНАЛИНА ПРИ ВНУТРИВЕННОМ И ВНУТРИКОСТНОМ ВВЕДЕНИИ ПРИ СЛР СОСТАВЛЯЕТ:

* 0,01 мг/кг (0,01 мл/кг 1:10000)
* 0,1 мг/кг (0,1 мл/кг 1:10000)
* 1 мг/кг (1 мл/кг 1:10000)
* 10 мг/кг (1 мл/кг 1:1000)

17. ДОЗИРОВКА АТРОПИНА ПРИ ВНУТРИВЕННОМ И ВНУТРИКОСТНОМ ВВЕДЕНИИ ПРИ СЛР СОСТАВЛЯЕТ:

* 0,02 мг/кг
* 0,05 мг/кг
* 0,1 мг/кг
* 0,2 мг/кг

18. ПРИ ЭНДОТРАХЕЛЬНОМ ВВЕДЕНИИ АДРЕНАЛИНА ВО ВРЕМЯ СЛР ДОЗИРОВКА СОСТАВЛЯЕТ:

* 0,1 мг/кг (0,1 мл/кг 1:1000)
* 1 мг/кг (1 мл/кг 1:1000)
* 0,2 мг/кг (0,2 мл/кг 1:1000)
* 0,5 мг/кг (0,5 мл/кг 1:1000)

19. ПРИ ЭНДОТРАХЕЛЬНОМ ВВЕДЕНИИ АДРЕНАЛИНА ВО ВРЕМЯ СЛР ОБЯЗАТЕЛЬНО:

* вводить в разведенном виде в 5 мл 0,9% раствора хлорида натрия с последующим проведением ИВЛ (не менее 5 вдохов).
* вводить в разведенном виде в 5 мл 5% раствора глюкозы с последующим проведением ИВЛ (не менее 5 вдохов).
* вводить в неразведенном виде с последующим проведением ИВЛ (не менее 5 вдохов).
* вводить в разведенном виде в 5 мл 0,9% раствора хлорида натрия

20. ПОКАЗАНИЯ К ДОСТАВКЕ В СТАЦИОНАР РЕБЕНКА С ОЖОГАМИ:

* Все перечисленное
* химические, электроожоги
* ожоги III— IV степени
* ожоги лица, крупных суставов, кистей и стоп, промежности

21. РЕБЕНОК С ДИАГНОЗОМ «ПОДОЗРЕНИЕ НА ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ» ДОЛЖЕН НАБЛЮДАТЬСЯ

* в детском хирургическом стационаре
* в педиатрическом стационаре
* на дому
* в поликлинике по месту жительства

22. ИММОБИЛИЗАЦИЯ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ В НИЖНЕЙ ТРЕТИ ПРОИЗВОДИТСЯ

* гипсовой лонгетой от пястно-фаланговых суставов до средней трети плеча
* гипсовой повязкой от лучезапястного сустава до средней трети плеча
* циркулярной гипсовой повязкой от лучезапястного до локтевого суставов
* гипсовой повязкой от лучезапястного до локтевого суставов

23. ПРИ ТРАНСПОРТИРОВКЕ БОЛЬНОГО С ПЕРЕЛОМОМ ПОЗВОНОЧНИКА ОПТИМАЛЬНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

* на щите, на спине с соблюдением «оси безопасности»
* на щите, на животе
* на носилках в положении «лягушки»
* на боку на носилках

24. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОГО НЕПРЯМОГО МАССАЖА СЕРДЦА ЛАДОНИ СЛЕДУЕТ РАСПОЛОЖИТЬ

* на границе средней и нижней трети грудины
* с обеих сторон грудной клетки
* в пятом межреберном промежутке слева
* на верхней части грудины

25. ТРАНСПОРТИРОВКА РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ ВНУТРИГРУДНОГО НАПРЯЖЕНИЯ ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ В ПОЛОЖЕНИИ

* возвышенном на больном боку
* горизонтальном
* лежа на здоровом боку
* сидя

26. ПАЦИЕНТА С ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ В СТАБИЛЬНОМ СОСТОЯНИИ НЕОБХОДИМО ТРАНСПОРТИРОВАТЬ В ПОЛОЖЕНИИ

* строго сидя
* лежа
* на боку
* лежа на животе

27. ЗАДАЧЕЙ «А» - ЭТАПА РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

* восстановление проходимости дыхательных путей
* коррекция гемодинамики, реологических и метаболических расстройств
* тактильная стимуляция дыхания
* восстановление внешнего дыхания, вентиляции легких

28. ПРИ ОТМОРОЖЕНИИ ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ СОСТОИТ В

* наложении термоизолирующей повязки
* растирании конечности спиртом
* растирании снегом и шерстью
* погружении в теплую воду

29. ЗАДАЧЕЙ «В» ЭТАПА РЕАНИМАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

* восстановление внешнего дыхания, вентиляции легких
* восстановление проходимости дыхательных путей
* коррекция гемодинамики, реологических и метаболических расстройств
* проведение непрямого массажа сердца

30. ПРИ СТЕНОЗЕ ГОРТАНИ 4 СТЕПЕНИ ПОКАЗАНА

* трахеотомия
* ларингоскопия
* ингаляция с беродуалом
* ингаляция с глюкокортикоидами

31. ИММОБИЛИЗАЦИЯ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ПРИ ПЕРЕЛОМЕ КОСТЕЙ ПРЕДПЛЕЧЬЯ В НИЖНЕЙ ТРЕТИ ПРОИЗВОДИТСЯ

* гипсовой лонгетой от пястно-фаланговых суставов до средней трети плеча
* гипсовой повязкой от лучезапястного сустава до средней трети плеча
* циркулярной гипсовой повязкой от лучезапястного до локтевого суставов
* гипсовой повязкой от лучезапястного до локтевого суставов

32. ПРИ ТРАНСПОРТИРОВКЕ БОЛЬНОГО С ПЕРЕЛОМОМ ПОЗВОНОЧНИКА ОПТИМАЛЬНЫМ ПОЛОЖЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

* на щите, на спине с соблюдением «оси безопасности»
* на щите, на животе
* на носилках в положении «лягушки»
* на боку на носилках

33. ПРИ СУДОРОЖНОМ СИНДРОМЕ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

* Определение уровня глюкозы в крови
* Определение уровня глюкозы в моче
* Определение кетоновых тел в моче
* Определение кетоновых тел в крови

34. К УРГЕНТНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯХ САХАРНОГО ДИАБЕТА НЕ ОТНОСИТСЯ:

* Полидиспия
* Запах ацетона в выдыхаемом воздухе
* Расстройства сознания
* Признаки дегидратации

35. НЕОТЛОЖНЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЕМ ПРИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОМ КЕТОАЦИДОЗЕ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

* ЭКГ
* Исследование уровня гликемии глюкометром
* Исследование кетонурии
* Исследование кетонемии

36. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ КЕТОАЦИДОТИЧЕСКОЙ КОМЫ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

* дефицит инсулина
* дефицит глюкагона
* избыток инсулина
* избыток глюкагона

37. ВЫРАЖЕННЫЙ ГИПЕРТОНУС МЫШЦ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ОТСУТСТВИИ СОЗНАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИЗНАКОМ

* травмы головного мозга
* незрелости структур головного мозга
* повреждения мозговых структур свободным билирубином
* дегенерации передних рогов спинного мозга

38. СОТРЯСЕНИЕ МОЗГА ХАРАКТЕРИЗУЮТ

* кратковременная потеря сознания, рвота в первые часы после травмы, ретроградная амнезия
* потеря сознания через 2-3 часа после травмы, анизокория, очаговая симптоматика
* пролонгированный общемозговой синдром, повышение температуры тела, рвота
* неукротимая рвота, потеря сознания до 4-6 часов, антероградная амнезия

39. НАЧИНАТЬ ЛЕЧЕНИЕ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО КЕТОАЦИДОЗА У РЕБЕНКА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА СЛЕДУЕТ С:

* Регидратации путем внутривенного введения глюкозо-солевых растворов
* Введения инсулина внутривенно
* Введения 40% глюкозы внутривенно
* Введения диуретиков

40. ОСНОВНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ БЫСТРОЙ РЕГИДРАТАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОГО КЕТОАЦИДОЗА У РЕБЕНКА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

* Отек головного мозга
* Гемолиз
* Усугубление кетоацидоза
* Гипогликемия

41. ДЛЯ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ С ЦЕЛЬЮ ВЫВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА ИЗ ГИПОГЛИКЕМИЧЕСКОЙ КОМЫ РЕКОМЕНДУЮТСЯ РАСТВОРЫ ГЛЮКОЗЫ

* 10-30%
* 5%
* 10%
* 2,5%

42. ПРИ НАЛИЧИИ СУДОРОЖНОГО СИНДРОМА У РЕБЕНКА 6 МЕСЯЦЕВ ПОКАЗАНА

* Госпитализация
* терапия на дому врачом-педиатром
* консультация невролога в плановом порядке
* консультация психиатра

43. ПРИ ОТЁКЕ МОЗГА ДЛЯ ДЕГИДРАТАЦИИ ИСПОЛЬЗУЮТ

* фуросемид
* гормоны
* гемодез
* препараты калия

44. НАИБОЛЕЕ ГЛУБОКОЙ СТЕПЕНЬЮ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ

* кома
* сомнолентность
* оглушение
* сопор

45. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ КОМЫ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

* инфекционное заболевание
* отравление
* опухоль головного мозга
* травма головы

46. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ КОМЫ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

* отравление
* инсульт
* травма головы
* инфекционное заболевание

47. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ КОМЫ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ

* травма головы
* отравление
* опухоль головного мозга
* инфекционное заболевание

48. СУДОРОЖНЫЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ВЕСЕННЕЕ ВРЕМЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ

* спазмофилии
* гипервитаминозе Д
* гиперпаратиреозе
* фосфат-диабете

49. СУЛЬФАТ МАГНИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ КАК ПРОТИВОСУДОРОЖНОЕ СРЕДСТВО В ДОЗЕ \_\_\_\_\_ МГ/КГ МАССЫ ТЕЛА В СУТКИ

* 50
* 100
* 30
* 10

50. СУЛЬФАТ МАГНИЯ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВЕН ПРИ СУДОРОГАХ

* гипомагнезиемических
* гипогликемических
* гипокальциемических
* обусловленных гипоксически-ишемической энцефалопатией

51. К ПЕРВООЧЕРЕДНОМУ МЕРОПРИЯТИЮ ПРИ СУДОРОЖНОМ СИНДРОМЕ ОТНОСИТСЯ ВВЕДЕНИЕ

* Диазепама
* Фуросемида
* Преднизолона
* Парацетамола

52. К ПРОТИВОСУДОРОЖНЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСИТСЯ

* Вальпроевая кислота
* Глицин
* Гопантеновая кислота
* Галоперидол

53. ПРИЧИНОЙ СУДОРОГ ПРИ СПАЗМОФИЛИИ ЯВЛЯЕТСЯ

* гипокальциемия
* гиперкальциемия
* гипофосфатемия
* гипокалиемия

54. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ СУДОРОГ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

* фебрильные судороги при вирусных инфекциях
* эпилепсия
* травма головного мозга
* острое отравление

55. ПРИ СУДОРОЖНОМ СИНДРОМЕ У ДЕТЕЙ СО СПАЗМОФИЛИЕЙ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ

* Кальция глюконата
* Неостигмина метилсульфата
* Лидокаина
* Метамизола натрия

***Практические задания для демонстрации практических навыков***

1. Техника временной остановки кровотечения пальцевым прижатием.
2. Техника временной остановки кровотечения наложением давящей повязки.
3. Техника временной остановки кровотечения наложением жгута.
4. Техника временной иммобилизации при переломе костей верхней конечности.
5. Техника временной иммобилизации при переломе костей нижней конечности.
6. Техника укладки пациента при переломе позвоночника.
7. Правила коликотомии.
8. Техника плевральной пункции.
9. Определение уровня глюкозы в крови с использованием портативного глюкометра.
10. Определение кетонурии с использованием тест-полосок.
11. Определение глубины комы у детей различного возраста.

**Тема №3**Антибиотикотерапия в педиатрии.

**Формы текущего контроля** **успеваемости***:* решение проблемно–ситуационных задач; устный опрос; тестирование; проверка практических навыков

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Вопросы для устного опроса***

1. Классификация антибактериальных средств.
2. Механизмы действия антибактериальных средств.
3. Основные принципы рациональной антибиотикотерапии: показания, выбор препарата, дозирование, оценка эффективности, длительности.
4. Понятие о «ступенчатой» антибиотикотерапии.
5. Антибиотикотерапия при заболеваниях дыхательной системы: наиболее предпочтительные препараты, способы введения, показания и противопоказания, длительность лечения.
6. Антибиотикотерапия при заболеваниях сердечно-сосудистой системы: наиболее предпочтительные препараты, способы введения, показания и противопоказания, длительность лечения.
7. Антибиотикотерапия при заболеваниях пищеварительной системы: наиболее предпочтительные препараты, способы введения, показания и противопоказания, длительность лечения.
8. Антибиотикотерапия при острых респираторных заболеваниях: наиболее предпочтительные препараты, способы введения, показания и противопоказания, длительность лечения.
9. Антибиотикотерапия при детских инфекционных заболеваниях: наиболее предпочтительные препараты, способы введения, показания и противопоказания, длительность лечения.
10. Местная антибиотикотерапия: показания, противопоказания, применяемые препараты и их формы.

***Тексты ситуационных задач***

№1

Мать с мальчиком 7 лет на приёме у врача-педиатра участкового предъявляет жалобы на кашель, боли в животе у ребёнка.

Из анамнеза известно, что заболел накануне, когда повысилась температура тела до 39,0 °С, появился болезненный кашель с небольшим количеством вязкой мокроты, сильный озноб. Ребёнок стал жаловаться на боли в правом боку. Ночь провёл беспокойно, температура держалась на высоких цифрах.

При осмотре общее состояние тяжёлое. Вялый. Кожа бледная, цианоз носогубного треугольника. Одышка в покое смешанного характера с втяжением уступчивых мест грудной клетки. Ребёнок лежит на правом боку с согнутыми ногами. ЧД – 40 в минуту. ЧСС – 100 ударов в минуту. Наблюдается отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания. Отмечается укорочение перкуторного звука в нижних отделах правого лёгкого по задней поверхности. Над всей поверхностью левого лёгкого перкуторный звук с коробочным оттенком. При аускультации – в нижних отделах правого лёгкого ослабленное дыхание, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца приглушены. Живот при пальпации умеренно болезненный в правом подреберье. Край печени по среднеключичной линии +2 см из-под края рёберной дуги. Физиологические отправления не нарушены.

В общем анализе крови: эритроциты – 4,8×1012/л, гемоглобин – 134 г/л, лейкоциты – 16,2×109/л, юные – 2%, палочкоядерные – 8%, сегментоядерные – 64%, лимфоциты – 24%, моноциты – 2%, СОЭ – 22 мм/час.

В общем анализе мочи: количество – 100 мл, прозрачная, удельный вес – 1018, белок – следы, лейкоциты – 2–3 в поле зрения, эритроциты – нет.

Рентгенограмма органов грудной клетки: выявлена инфильтративная тень, занимающая нижнюю долю правого лёгкого, увеличение прозрачности лёгочных полей слева. Рёберно-диафрагмальный синус справа затемнен.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

3. Назначьте стартовую антибактериальную терапию больному с выявленным диагнозом. Укажите сроки оценки её эффективности.

№2

Мальчик 5 лет заболел после переохлаждения остро, отмечался подъём температуры до 39,0°С, появились сухой болезненный кашель, головная боль.

Ребёнок от первой беременности, протекавшей с угрозой прерывания на всём протяжении, первых преждевременных родов. В периоде новорождённости - синдром дыхательных расстройств. Находился на искусственном вскармливании с рождения. На первом году жизни трижды перенес ОРВИ. В последующие годы ребёнок часто болел ОРВИ (4-5 раз в год), перенёс лакунарную ангину, ветряную оспу, краснуху. Страдает поливалентной (пищевой, лекарственной) аллергией. Привит по возрасту, реакций на прививки не было.

При осмотре на дому: состояние тяжёлое, жалобы на головную боль, сухой кашель. Кожные покровы бледные, с «мраморным» рисунком. Слизистые чистые, суховатые. Зев гиперемирован. Дыхание кряхтящее. ЧД – 32 в 1 минуту. Грудная клетка вздута, правая половина отстаёт в дыхании. Перкуторно: справа, ниже лопатки, определяется область притупления перкуторного звука. Аускультативно: дыхание жесткое, над областью притупления ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, шумов нет, ЧД – 120 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края рёберной дуги, селезёнка не пальпируется.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 115 г/л, лейкоциты – 18,6×109/л, палочкоядерные нейтрофилы – 10%, сегментоядерные нейтрофилы – 57%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 23%, моноциты – 9%, СОЭ – 28 мм/час.

Рентгенография грудной клетки: отмечается интенсивное затемнение в области VIII и IX сегментов правого лёгкого.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Составьте план дополнительного обследования пациента.

3. Какой препарат выбора, доза и длительность антибактериальной терапии Вы бы рекомендовали пациенту?

№3

У ребёнка 7 лет жалобы на продуктивный кашель, подъём температуры до 38,5ºС.

Из анамнеза заболевания известно, что ребёнок болен 2 дня, когда появились насморк, першение в горле, кашель с мокротой жёлтого цвета, больше в утренние часы. Затем появилась температура. Обратились к врачу-педиатру участковому, был назначен Амоксциллин/Клавуланат через рот, Ацетилцистеин. Температура сохраняется в течение 3 дней.

Из анамнеза жизни известно, что ребёнок родился доношенным, с весом 3200 г, к груди приложен в родовом зале. Вскармливание грудное до 1,5 лет. Развитие по возрасту. Привит в соответствии с календарём прививок.

Болеет часто до 8-10 раз в год, часто получает антибиотики. Стоит на учёте у пульмонолога в течение года с диагнозом «хронический бронхит». Последнее обострение было 3 месяца назад. Лечился Ампициллином/Сульбактамом парентерально. Аллергоанамнез не отягощён. Тубконтакты отрицает. Наследственность: у бабушки по линии матери – хронический бронхит.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, параорбитальный и периоральный цианоз. Подкожно-жировой слой не выражен. Слизистые сухие. В зеве умеренная гиперемия. Из носа слизистое отделяемое. Пальпируются заднешейные лимфоузлы 1 размера, безболезненные, не спаянные с тканью, эластичные. Одышка смешанного характера до 42 в минуту, с участием вспомогательной мускулатуры. Перкуторно по всем полям определяется лёгочный звук. При аускультации – обильные средне-пузырчатые влажные хрипы слева в нижних отделах. Тоны сердца ритмичные, звонкие. ЧСС – 95 в минуту. Живот доступен пальпации, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены.

При обследовании в общем анализе крови: лейкоциты - 16 тысяч; палочкоядерные нейтрофилы - 8%; сегментоядерные нейтрофилы - 47%; лимфоциты - 42%; моноциты - 3%, СОЭ - 26 мм/ч.

На рентгенографии органов дыхания слева в нижней доле – усиление и деформация лёгочного рисунка.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

3. Какой антибактериальный препарат необходимо назначить ребёнку? Обоснуйте свой выбор.

4. На фоне проводимой терапии состояние ребёнка улучшилось на третий день: купировалась одышка, нормализовалась температура тела. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

№4

Мать с девочкой 3 лет обратилась с жалобами на боли в животе, повышение температуры до 39°С, вялость, снижение аппетита.

Из анамнеза известно, что девочка от третьей беременности. Две предыдущие беременности закончились выкидышами на ранних сроках. Данная беременность протекала на фоне гестоза, угрозы прерывания в первом триместре беременности. Матери 29 лет, работает лаборантом в баклаборатории, страдает хроническим пиелонефритом, отец – здоров, оба родителя курят. Бабушка по линии матери оперирована по поводу нефроптоза. Девочка в возрасте 1 года 2 месяцев перенесла кишечную инфекцию (получала Амоксициллин), после чего склонна к запорам.

Анамнез заболевания: при профилактическом обследовании в возрасте 1 года по данным УЗИ отмечалось расширение чашечно-лоханочной системы обеих почек. В последующем по этому поводу не обследовалась. В течение последнего года отмечались эпизоды субфебрилитета без катаральных явлений. После охлаждения в течение 5 дней держится температура 38,5°С-39°С, боли в животе, недомогание, снижение аппетита.

Объективно: физическое развитие среднее, дисгармоничное за счет дефицита массы. Стигмы дисэмбриогенеза: оттопыренные и асимметричные ушные раковины, приросшая мочка уха, гипертелоризм глаз, сосков, эпикант, клинодактилия. Отёков нет. АД – 80/40 мм рт.ст. Живот мягкий, точки проекции мочеточников болезненны. Стул 1 раз в день оформленный. Мочится 6-8 раз в сутки. Моча светло-жёлтая, мутная.

В общем анализе крови: RBC - 4,15×1012/л, HYB - 122 г/л, WBC - 12,5×109/л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 14%, сегментоядерные нейтрофилы - 65%, LYM - 25%, МON - 4%, СОЭ - 24 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – жёлтая, прозрачность – мутная, рН – 6,0, удельный вес – 1010, белок – 0,33 г/л, лейкоциты – большое количество, эритроциты неизмененные – 1-2 в поле зрения.

Вопросы:

1. Оцените анамнестические данные, выделите факторы риска и обоснуйте их.

2. Предположите наиболее вероятный диагноз.

3. Какой антибиотик Вы рекомендовали бы пациенту в качестве стартовой эмпирической терапии? Обоснуйте свой выбор. Какой результат ожидаете получить при эффективности выбранной Вами антибактериальной терапии?

***Тестовые задания***

1. В АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ СТРЕПТОКОККОВОГО СИНДРОМА ТОКСИЧЕСКОГО ШОКА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ

* Клиндамицина
* Цефтриаксона
* Ампициллина с Гентамицином
* Метронидазола

2. ДО ПОЛУЧЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ АНТИБИОТИКОГРАММЫ У ПАЦИЕНТА С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ СТАФИЛОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫМ СТАРТОВЫМ ПРЕПАРАТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

* Ванкомицин
* Цефтриаксон
* Ампициллин
* Цефуроксим-аксетил

3. ПРИ ТЕРАПИИ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ ПРЕПАРАТОМ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

* Амоксициллин
* Амоксициллин-клавуланат
* Кларитромицин
* пероральные цефалоспорины 3 поколения (Цефиксим)

4. ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ ВКЛЮЧАЕТ НАЗНАЧЕНИЕ

* антибиотиков
* противовирусных препаратов
* противогрибковых препаратов
* муколитиков

5. В ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ

* антибиотиков
* иммуностимуляторов
* противовирусных препаратов
* глюкокортикоидов

6. КРАТНОСТЬ ВВЕДЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ ДОЛЖНА БЫТЬ РЕЖЕ ИЗ-ЗА

* низких показателей клубочковой фильтрации
* нарушения кислотно-основного состояния
* длины и извитости мочеточников
* недостаточного развития коркового слоя

7. СТАРТОВЫМ АНТИБИОТИКОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 12 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ

* Амоксициллин
* Ванкомицин
* Линкомицин
* Амикацин

8. ДЛЯ САНАЦИИ НОСИТЕЛЕЙ ТОКСИГЕННЫХ КОРИНЕБАКТЕРИЙ ДИФТЕРИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ

* антибиотик широкого спектра действия
* антитоксическую противодифтерийную сыворотку
* АДС-анатоксин
* иммуноглобулин

9. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ АНТИСЕПТИКОВ И АНТИБИОТИКОВ ДЛЯ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВАГИНИТОВ У ДЕВОЧЕК ПРОВОДИТСЯ В ВИДЕ

* интравагинальных кремов и свечей
* влагалищных ванночек
* интравагинальных таблеток
* сидячих ванночек

10. НАИМЕНЕЕ ВЕРОЯТНО ВЫЗЫВАЕТ ТЕРАТОГЕННЫЙ ЭФФЕКТ

* Пенициллин
* Тетрациклин
* Ко-тримоксазол
* Амикацин

11. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ЦИПРОФЛОКСАЦИНА ЯВЛЯЕТСЯ ДЕТСКИЙ И ПОДРОСТКОВЫЙ ВОЗРАСТ ДО (ГОД)

* 18
* 12
* 6
* 2

12. К АНТИБИОТИКАМ ГРУППЫ МАКРОЛИДОВ ОТНОСИТСЯ

* Азитромицин
* Карбенициллин
* Ванкомицин
* Клиндамицин

13. ПРЕПАРАТЫ КАКОЙ ГРУППЫ РЕКОМЕНДУЮТ НАЗНАЧАТЬ ПРИ СКАРЛАТИНЕ?

* защищенные пенициллины
* аминогликозиды
* фторхинолоны
* нитрофураны

14. ЭТИОЛОГИЧЕСКИ ОБОСНОВАННЫМ АНТИБИОТИКОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СКАРЛАТИНЫ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

* Пенициллин
* Полимиксин
* Амфотерицин
* Ципрофлоксацин

15. ПРИ КОКЛЮШЕ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧЕНИЕ

* Эритромицина
* Оксациллина
* Пенициллина
* Линкомицина

16. ДЛЯ СОЗДАНИЯ АКТИВНОГО ИММУНИТЕТА ИСПОЛЬЗУЮТ

* вакцину
* антибиотик
* энтеросорбент
* бактериофаг

17. СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГРИППА ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ

* противовирусные (Озельтамивир)
* антибиотики (Цефотаксим)
* Ацетилсалициловая кислота
* сульфаниламидные препараты

18. АНТИБИОТИКИ МОЖНО ВВЕСТИ

* внутривенно
* в спинной мозг
* в головной мозг
* в нервный ствол

19. ФИКСИРОВАННЫЕ ФОРМЫ ТОКСИКОРДЕРМИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЮТ ПОСЛЕ ПРИЕМА

* сульфаниламидов
* антибиотиков
* транквилизаторов
* витаминов

20. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЛЕГКИХ ФОРМ БАКТЕРИАЛЬНЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ НА ДОМУ ПРЕИМУЩЕСТВО ОТДАЕТСЯ

* бактериофагам
* ферментам
* антибиотикам
* противовирусным препаратам

21. В ТЕРАПИЮ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ВКЛЮЧАЮТСЯ АНТИБИОТИКИ ПРИ НАЛИЧИИ

* интоксикации
* одышки
* кашля
* приступа удушья

***Практические задания для демонстрации практических навыков***

1. Чтение результатов бактериологического анализа с определением антибиотикочувствительности и выбор на этом основании препарата для антибиотикотерапии.

**Тема №4**Витамины и микроэлементы в педиатрии

**Формы текущего контроля** **успеваемости***:* устный опрос; тестирование; проверка практических навыков

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Вопросы для устного опроса***

1. Физиологическая роль минеральных веществ в организме детей и подростков

2. Содержание основных макроэлементов, физиологическое значение в организме.

3. Нормы физиологических потребностей детей в основных минеральных веществах.

4. Ранняя диагностика гиповитаминозов, авитаминозов, последствия дефицита витаминов.

***Тестовые задания***

1.Что такое витамины?

+1)Биологические катализаторы химических реакций, протекающих в организме

2)Регуляторные вещества, участвующие в нормализации обмена ферментов

2. Биологическая роль витамина С:

+1)Повышает резистентность организма

2)Участвует в синтезе коллагеновых волокон

3)Входит в состав флавопротеидов

4)Участвует в окислительно-восстановительных реакциях

3. Что следует понимать под естественным витамином С:

+1) Аскорбиновую кислоту

2)Органические кислоты

3) Комплекс веществ, в состав которых входит аскорбиновая кислота, Р- активные вещества, органические кислоты, пектины, тонины

4. Суточная потребность в витамине С людей трудоспособного возраста:

+10 -20 мг

 20-50 мг

50 - 70 мг

70-100 мг

5. Каково химическое название витамина A?

+Ретинол

Холекальциферол

Пиридоксин

Тиамин

6.Какова ежедневная потребность в витамине A?

+0,8-1,0 мг

0,8-1,0 нг

0,8-1,0 мкг

0,8-1,0 г

7. Что из нижеуказанного является провитамином A?

+Бета-каротин

Холестерин

Ликопин

Пурин

8. Длительная нехватка витамина A приводит к

+куриной слепоте

сахарному диабету

цинге

рахиту

9.В каком из указанных продуктов питания наивысшее содержание витамина A?

+Медицинский рыбий жир

Овсяные хлопья

Масло-какао

Медицинский рыбий жир

Морковь

10. Каково химическое название витамина C?

+Аскорбиновая кислота

Элаидиновая кислота

Шикимовая кислота

Тирамин

11. В каком из указанных продуктов питания наивысшее содержание витамина C?

+Плоды шиповника

Киви

Паприка (красный стручковый перец)

Лимоны

12. Какова ежедневная потребность в витамине C?

+100 мг в день

10 мг в день

50 мг в день

250 мг в день

13. К какому заболеванию может привести длительная нехватка витамина C?

+Цинга

Анемия (малокровие)

Пеллагра

Рахит

14. Каково химическое название витамина D?

+Кальциферол

Актинидин

Норадреналин

Этанол

15. В каких двух органах синтезируется витамин D?

+Печень / Почки

Сердце / Поджелудочная железа

Гипоталамус / Гипофиз

Селезенка / Желудок

16. Какова ежедневная потребность в витамине D?

+5 мкг

50 мкг

5 мг

50 мг

17. В каком из указанных продуктов питания наивысшее содержание витамина D?

+Медицинский рыбий жир

Оливковое масло

Сливочное масло

Телячье сердце

18. Какая самая важная биологическая функция витамина E?

+Защита клеточных мембран от окисления

Откладывание кальция в костной ткани

Предупреждение простуды

Предупреждение рахита

19.В каком из указанных продуктов питания наивысшее содержание витамина E?

+Масло из зародышей пшеничного зерна

Куриные яйца

Кокосовое масло

Мак

20. Какова ежедневная потребность в витамине E?

+12-15 мг

1-2 мг

5-7 мг

20-25 мг

***Практические задания для демонстрации практических навыков***

1.Рассчитать суточную потребность витаминов ребенку 3 лет.

2. Рассчитать суточную потребность макроэлементов ребенку 3 лет.

3.Рассчитать суточную потребность микроэлементов ребенку 3 лет.

**Критерии оценивания, применяемые при текущем контроле успеваемости, в том числе при контроле самостоятельной работы обучающихся.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Критерии оценивания** |
| **Устный опрос** | Оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. |
| Оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. |
| Оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. |
| Оценкой "НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. |
| **Тестирование** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется при условии 90-100% правильных ответов |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется при условии 80-89% правильных ответов |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 70-79% правильных ответов |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется при условии 69% и меньше правильных ответов. |
| **Решение ситуационных задач** | Оценка «ОТЛИЧНО» выставляется если обучающимся дал правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, последовательное, грамотное, с теоретическими обоснованиями (в т.ч. из лекционного курса), с необходимым схематическими изображениями и демонстрациями практических умений, с правильным и свободным владением терминологией; ответы на дополнительные вопросы верные, четкие. |
| Оценка «ХОРОШО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения подробное, но недостаточно логичное, с единичными ошибками в деталях, некоторыми затруднениями в теоретическом обосновании (в т.ч. из лекционного материала), в схематических изображениях и демонстрациях практических действий, ответы на дополнительные вопросы верные, но недостаточно четкие. |
| Оценка «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения недостаточно полное, непоследовательное, с ошибками, слабым теоретическим обоснованием (в т.ч. лекционным материалом), со значительными затруднениями и ошибками в схематических изображениях и демонстрацией практических умений, ответы на дополнительные вопросы недостаточно четкие, с ошибками в деталях. |
| Оценка «НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО» выставляется если обучающимся дан правильный ответ на вопрос задачи. Объяснение хода ее решения дано неполное, непоследовательное, с грубыми ошибками, без теоретического обоснования (в т.ч. лекционным материалом), без умения схематических изображений и демонстраций практических умений или с большим количеством ошибок, ответы на дополнительные вопросы неправильные или отсутствуют. |
| **Прием практических навыков** | Оценка «Зачтено» выставляется если ординатор может продемонстрировать необходимые практические навыки и пояснить методику их выполнения. |
| Оценка «Незачтено» выставляется если ординатор не может продемонстрировать необходимые практические навыки и/или не может пояснить методику их выполнения. |

**Оценочные материалы промежуточной аттестации обучающихся.**

Промежуточная аттестация по дисциплине «Педиатрия» в форме зачета проводится в устной форме по зачетным билетам, а также в виде демонстрации выполнения практических навыков (1 навык по решению преподавателя).

**Критерии, применяемые для оценивания обучающихся на промежуточной аттестации**

|  |  |
| --- | --- |
| **Результат аттестации** | **Критерии оценивания** |
| Зачтено | С оценкой "ОТЛИЧНО" оценивается ответ, который показывает прочные знания основных вопросов изучаемого материала, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Ординатор может продемонстрировать необходимые практические навыки и пояснить методику их выполнения. |
| С оценкой "ХОРОШО" оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания основных вопросов изучаемого материла, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; умение объяснять сущность явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; свободное владение монологической речью, логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе. Ординатор может продемонстрировать необходимые практические навыки и пояснить методику их выполнения. |
| С оценкой "УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНО" оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании изучаемого материала, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории; слабо сформированными навыками анализа явлений, процессов, недостаточным умением давать аргументированные ответы и приводить примеры; недостаточно свободным владением монологической речью, логичностью и последовательностью ответа. Допускается несколько ошибок в содержании ответа. Ординатор может продемонстрировать необходимые практические навыки и пояснить методику их выполнения. |
| Не зачтено | Ответ ординатора, обнаруживающий незнание изучаемого материла, отличающийся неглубоким раскрытием темы; незнанием основных вопросов теории, несформированными навыками анализа явлений, процессов; неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа. Ординатор не может продемонстрировать необходимые практические навыки и/или не может пояснить методику их выполнения. |

**Вопросы для проверки теоретических знаний по дисциплине**

1. Классификация нарушений сознания. Оценка глубины комы у детей. Особенности клинической картины коматозных состояний в зависимости от этиологии. Этиология коматозных состояний у детей, отличия от взрослых. Тактика на догоспитальном этапе.
2. Комы при сахарном диабете, этиология, патогенез, особенности клиники. Диагностика, тактика ведения на догоспитальном этапе.
3. Судорожный синдром, особенности у детей, неотложная помощь.
4. Острые экзогенные отравления, особенности в детском и подростков возрасте. Неотложная помощь при остром экзогенном отравлении, общие мероприятия. Техника промывания желудка, показания и противопоказания.
5. Острые эндогенные интоксикации, этиология, патогенез, клиническая картина. Неотложная помощь при инфекционно-токсическом шоке. Неотложная помощь при токсикозе с эксикозом. Неотложная помощь при нейротокскикозе.
6. Укусы ядовитых змей: клиника, диагностика, неотложная помощь, дальнейшая тактика ведения.
7. Укусы пчел и ос: клиника, диагностика, неотложная помощь, дальнейшая тактика ведения.
8. Острые аллергические реакции: крапивница, отек Квинке, анафилактический шок, этиология, патогенез, критерии диагностики. Неотложная помощь при отеке Квинке. Неотложная помощь при генерализованной крапивнице. Неотложная помощь при анафилактическом шоке.
9. Терминальные состояния, диагностика, причины, клиника. Сердечно-легочная реанимация, особенности у детей и взрослых.
10. Травматические повреждения, классификация, особенности у детей. Черепно-мозговая травма, классификация, неотложная помощь. Ушибы, классификация, неотложная помощь. Раны, классификация, неотложная помощь. Вывихи, растяжения, разрывы связок, переломы, классификация, неотложная помощь.
11. Кровотечение: классификация, особенности гемодинамики у детей, неотложная помощь.
12. Ожоги, классификация, неотложная помощь. Ожоговый шок, классификация, неотложная помощь.
13. Отморожения, классификация, неотложная помощь.
14. Электротравмы, классификация, неотложная помощь.
15. Утопление, классификация, неотложная помощь.
16. Укусы собак и кошек, неотложная помощь, дальнейшая тактика ведения. Профилактика бешенства.
17. Основные принципы рациональной антибиотикотерапии в детском возрасте: показания, выбор препарата, дозирование, оценка эффективности, длительности. Понятие о «ступенчатой» антибиотикотерапии.
18. Антибиотикотерапия при заболеваниях дыхательной системы у детей: наиболее предпочтительные препараты, способы введения, показания и противопоказания, длительность лечения.
19. Антибиотикотерапия при заболеваниях сердечно-сосудистой системы у детей: наиболее предпочтительные препараты, способы введения, показания и противопоказания, длительность лечения.
20. Антибиотикотерапия при заболеваниях пищеварительной системы у детей: наиболее предпочтительные препараты, способы введения, показания и противопоказания, длительность лечения.
21. Антибиотикотерапия при острых респираторных заболеваниях у детей: наиболее предпочтительные препараты, способы введения, показания и противопоказания, длительность лечения.
22. Антибиотикотерапия при детских инфекционных заболеваниях у детей: наиболее предпочтительные препараты, способы введения, показания и противопоказания, длительность лечения.
23. Местная антибиотикотерапия у детей: показания, противопоказания, применяемые препараты и их формы.
24. Показания к лечению нарушений ритма сердца у детей. Неотложная помощь в аритмологии, общие принципы. Принципы медикаментозной терапии. Определить показания для назначения антиаритмических препаратов
25. Контроль за антиаритмической терапией. Взаимодействие антиаритмических средств основных классов с антибиотиками и препаратами других групп.
26. Ограничения в применении антиаритмических средств у пациентов с различными функциональными отклонениями.

**Перечень практических манипуляций**

1. Техника временной остановки кровотечения пальцевым прижатием.
2. Техника временной остановки кровотечения наложением давящей повязки.
3. Техника временной остановки кровотечения наложением жгута.
4. Техника временной иммобилизации при переломе костей верхней конечности.
5. Техника временной иммобилизации при переломе костей нижней конечности.
6. Техника укладки пациента при переломе позвоночника.
7. Правила коликотомии.
8. Техника плевральной пункции.
9. Определение уровня глюкозы в крови с использованием портативного глюкометра.
10. Определение кетонемии и кетонурии с использованием тест-полосок.
11. Определение глубины комы у детей различного возраста.
12. Техника базовой СЛР у детей различного возраста.
13. Техника постановки инсулиновой помпы у детей.
14. Техника использование небулайзера у детей, возрастные особенности

**Образец зачетного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра педиатрии института профессионального образования

специальность 31.08.37 КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ

дисциплина «ПЕДИАТРИЯ»

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №1**

I. Антибиотикотерапия при заболеваниях сердечно-сосудистой системы: наиболее предпочтительные препараты, способы введения, показания и противопоказания, длительность лечения.

II. Контроль за антиаритмической терапией. Взаимодействие антиаритмических средств основных классов с антибиотиками и препаратами других групп.

III. Демонстрация выполнения практического навыка: техника использование небулайзера у ребенка 3 лет.

IV. Демонстрация выполнения практического навыка: определение уровня глюкозы в крови с использованием портативного глюкометра у ребенка 1 года.

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_/Г.Ю.Евстифеева

Декан факультета подготовки

кадров высшей квалификации \_\_\_\_\_\_\_\_/И.В.Ткаченко

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_

**Таблица соответствия результатов обучения по дисциплине и оценочных материалов, используемых на промежуточной аттестации.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Проверяемая компетенция | Дескриптор | Контрольно-оценочное средство (номер вопроса/практического задания) |
| 1 | ПК-1 | Знать методы специфической и неспецифической профилактики соматических заболеваний у детей - устанавливать причинно-следственные связи изменений состояния здоровья от воздействия факторов среды обитания | вопросы №№1-26 |
| Уметь предпринимать меры профилактики, направленные на предупреждения возникновения или распространения заболеваний у детей - использовать методы первичной и вторичной профилактики (на основе доказательной медицины), предотвращающие развитие соматических заболеваний у детей | практические задания №№1-14 |
| Владеть навыками осуществления санитарно-просветительской работы с родителями (законными представителями) и детьми, направленной на пропаганду здорового образа жизни, - методами специфической и неспецифической профилактики соматических заболеваний у детей | практические задания №№1-14 |
| 2 | ПК-5 | Знать алгоритм обследования пациента на амбулаторном приеме, основные и дополнительные методы обследования, классификацию, этиологию, патогенез, клиническую картину, методы диагностики, профилактики и комплексного лечения неотложных состояний | вопросы №№1-26 |
| Уметь собрать полный медицинский анамнез пациента, включая данные аллерголгического, лекарственного анамнеза; провести опрос больного, его родственников (собрать биологическую, медицинскую, психологическую и социальную информацию); определить объем необходимых для установления диагноза лабораторных, инструментальных исследований, информативных для установления диагноза; интерпретировать полученные результаты лабораторных и инструментальных методов обследования | практические задания №№1-14 |
| Владеть алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических мероприятий | практические задания №№1-14 |
| 3 | ПК-6 | Знать алгоритм комплексного лечения, методы реабилитации детей с соматическими заболеваниями - причины ошибок и осложнений при лечении различных нозологических форм у детей с соматическими заболеваниями - показания, противопоказания, режим приема, побочное действие, правила выписки рецептов лекарственных средств, используемых при лечении детей с соматическими заболеваниями. | вопросы №№1-26 |
| Уметь выбирать оптимальный вариант лечения, назначать медикаментозную терапию с учетом фармакокинетики и фармакодинамики лекарств, доказательной медицины, предупреждения их нежелательных побочных действий. | практические задания №№1-14 |
| Владеть алгоритмом выполнения основных лечебных мероприятий у детей с осложнением действия лекарственных веществ. | практические задания №№1-14 |