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

**31.08.54 ОБЩАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА (СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА)**

Является частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования по специальности 31.08.54 «ОБЩАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА (СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА)», 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 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-2**- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными.

**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 медицинской помощи в рамках общей врачебной практики (семейной медицины).

**ПК-8** - готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.

**ПК-9** - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих.

**УК-1**- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.

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

**Оценочные материалы по каждой теме дисциплины**

**Тема №1**Вскармливание детей раннего возраста. Питание здоровых и больных детей.

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Вопросы для устного опроса***

1.Возрастные особенности физиологии пищеварения

2.Потребность в основных пищевых веществах, энергии и жидкости для детей раннего возраста при различных видах вскармливания

3.Основные принципы ВОЗ

4.Естественное вскармливание.

5.Смешанное и искусственное вскармливание.

6. Искусственное вскармливание.

7. Сроки введения прикорма при различных видах вскармливания.

8. Оценка эффективности вскармливания у детей первого года жизни.

***Тексты ситуационных задач***

Задача № 1

Женщина 25 лет кормит грудью ребенка 6 месяцев. Лактация у женщины достаточная. Ребенок хорошо прибавляет в массе тела.

Назначьте диету кормящей женщины.

Эталон ответа к задаче № 1

Кормящая мать в течение дня должна получать:

Белок-120,0 (70 % животного)

Жиры-100,0-120,0

Углеводы-400, 450,0

Калораж- 3200 – 3500 ккал.

Мясо, рыба, птица -200,0

Молоко -1 л.

Творог 100,0 -150,0

Сыр -20,0 -30,0

Яйцо -1 шт

Овощи (картофель не более 200,0) – 600,0

Фрукты-300,0

Острое, пряное и блюда с неприятными запахами исключаются.

***Тестовые задания***

1. ВСКАРМЛИВАНИЕ РЕБЕНКА НАЗЫВАЕТСЯ ЕСТЕСТВЕННЫМ, КОГДА ОНО ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ ПОСРЕДСТВОМ:

+непосредственного прикладывания его к груди его биологической матери;

кормления сцеженным материнским молоком;

вскармливания кормилицей;

вскармливания термически обработанным материнским молоком;

вскармливания термически обработанным донорским молоком;

2. ПОСЛЕ РОДОВ МОЛОЗИВО У МАТЕРИ ВЫДЕЛЯЕТСЯ В ТЕЧЕНИИ:

+первых трех суток;

первых 7-8 дней;

10-12 дней;

15-16 дней;

первых трех недель;

3.В МОЛОЗИВЕ СОДЕРЖИТСЯ БОЛЬШОЕ КОЛИЧЕСТВО:

иммуноглобулина М;

иммуноглобулина G;

иммуноглобулина А;

иммуноглобулина Е;

иммуноглобулина D;

4.СООТНОШЕНИЕ БЕЛКОВ, ЖИРОВ И УГЛЕВОДОВ В ЖЕНСКОМ МОЛОКЕ:

1:1,2:1,4

+1:3:6

2:3:4

1:4:8

3:3,5:7,00

5. ПЕРВОЕ ПРИКЛАДЫВАНИЕ РЕБЕНКА К ГРУДИ МАТЕРИ СЛЕДУЕТ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ В ТЕЧЕНИИ:

+первых 30 минут;

первого часа;

первых 12 часов;

первых суток;

двух часов;

6. «ЗРЕЛОЕ» МОЛОКО НАЧИНАЕТ ВЫРАБАТЫВАТЬСЯ:

+К началу 3-й недели после родов;

К концу первого месяца после родов;

К концу первой недели после родов;

С 4-5 дня после родов;

С 7-10 дня после родов;

7. В МОЛОЗИВЕ ПО СРАВНЕНИЮ СО ЗРЕЛЫМ МОЛОКОМ:

Меньше белка, больше жира, больше лактозы;

+Больше белка, меньше жира, меньше лактозы;

Больше белка, больше жира, больше лактозы;

Меньше белка, меньше жира, меньше лактозы;

Меньше белка, больше жира, меньше лактозы;

8. СООТНОШЕНИЕ СЫВОРОТОЧНЫХ БЕЛКОВ И КАЗЕИНА В ЖЕНСКОМ МОЛОКЕ СОСТАВЛЯЕТ:

50:50;

40:60

20:80;

60:40;

+80:20;

9.ОСНОВНЫМ КОМПОНЕНТОМ ЖИРА ЖЕНСКОГО МОЛОКА ЯВЛЯЮТСЯ:

Холестерол;

Фосфолипиды;

Свободные жирные кислоты;

+Триглицериды;

Насыщенные жирные кислоты;

10. КАКИЕ ДВЕ НЕЗАМЕНИМЫЕ ЖИРНЫЕ КИСЛОТЫ, КОТОРЫЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКИЙ ОРГАНИЗМ ВЫРАБАТЫВАТЬ НЕ МОЖЕТ, РЕБЕНОК ПОЛУЧАЕТ С ГРУДНЫМ МОЛОКОМ?

+Линолевую и альфа-линоленовую;

Пальмитиновую и стеариновую;

Капроновую и гамма-масляную;

Линолевую и стеариновую;

Пальмитиновую и капроновую;

11. ЖЕЛАТЕЛЬНО, ЧТОБЫ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ОДНОГО ГРУДНОГО КОРМЛЕНИЯ НЕ ПРЕВЫШАЛО:

+20-30 минут;

40-50 минут:

10-15 минут;

5-10 минут;

1 часа;

12. ЕСТЕСТВЕННОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ ИМЕЕТ ВСЕ ПРЕИМУЩЕСТВА ПЕРЕД ДРУГИМИ ВИДАМИ ВСКАРМЛИВАНИЯ, КРОМЕ:

+легче кормить ребенка

имеется оптимальное количество и качество компонентов

содержатся активные вещества (гормоны, простагландины)

присутствуют факторы иммунологической защиты

13.В ЖЕНСКОМ МОЛОКЕ, ПО СРАВНЕНИЮ С КОРОВЬЕМ МОЛОКОМ, СОДЕРЖИТСЯ БОЛЬШЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВЕЩЕСТВ, КРОМЕ:

+казеина

углеводов

в- лактозы

бифидум- фактора

14. В СОСТАВЕ КОРОВЬЕГО МОЛОКА, ПО СРАВНЕНИЮ С ЖЕНСКИМ МОЛОКОМ СОДЕРЖИТСЯ:

+больше глобулинов

больше альбуминов

18 белков молока, идентичных белкам сыворотки крови

оптимальное соотношение незаменимых аминокислот, витаминов С,А и Р

15. КАКОЙ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ПРОДУКТОВ ДАЮТ ЗДОРОВОМУ РЕБЕНКУ В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОГО ПРИКОРМА?:

+каша

мясной фарш

кефир

творог

16. ПЕРВЫЙ ПРИКОРМ ЗДОРОВЫМ ДЕТЯМ, НАХОДЯЩИМСЯ НА ЕСТЕСТВЕННОМ ВСКАРМЛИВАНИИ, ДАЮТ В ВОЗРАСТЕ НЕ РАН

+5-6 месяцев

2-3 месяцев

3-4 месяцев

7-8 месяцев

17. КАКОЙ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРОДУКТОВ НЕ СЛЕДУЕТ ДАВАТЬ РЕБЕНКУ 1-ГО ГОДА ЖИЗНИ В КАЧЕСТВЕ ПОЛНИТЕЛЬНОГО ПИТАНИЯ:

+цельное коровье молоко

отварная рыба

фруктовый сок

отварная говяжья печень

18.НАЧИНАТЬ ВВЕДЕНИЕ СОКА В РАЦИОН ГРУДНОГО РЕБЕНКА СЛЕДУЕТ НЕ РАНЕЕ:

+5-6 месяца

6-7 месяца

2-3 месяца

1-2 месяца

19. В КАЧЕСТВЕ ЗЛАКОВОГО ПРИКОРМА РЕБЕНКУ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ДАВАТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ КАШИ:

+гречневую

рисовую,

кукурузную

рисовую,

20.МЯСНОЙ ФАРШ ВВОДЯТ В РАЦИОН ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ :

+5,5-6 месяцев

7-7,5 месяцев

8-8,5 месяцев

9-9,5 месяцев

21. ЖЕЛТОК КУРИНОГО ЯЙЦА СЛЕДУЕТ ВВОДИТЬ В РАЦИОН РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ НЕ РАНЕЕ:

+7 месяцев

5 месяцев

10 месяцев

4 месяцев

22.РЫБУ ВВОДЯТ В ПИТАНИЕ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ:

+с 8-9 мес.

с 7 мес.

с 10 мес.

с 12 месяцев

23. КИСЛОМОЛОЧНЫЕ ПРОДУКТЫ СЛЕДУЕТ ВВОДИТЬ В РАЦИОН РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ НЕ РАНЕЕ:

+8-месячного возраста

9-месячного возраста

6-месячного возраста

10-месячного возраста

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

1. Провести расчет питания и составить меню детям в первые десять дней жизни.

2. Провести расчет питания и составить меню детям с 10-го по 29 день жизни.

3. Провести расчет питания и составить меню детям с 1-го по 3 месяцы жизни.

4.Провести расчет питания и составить меню детям с 4 по 6 месяц жизни.

5. Провести расчет питания и составить меню детям с 7 до12 месяцев жизни.

**Тема №2**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**Комплексная оценка состояния здоровья детей и подростков

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Вопросы для устного опроса***

1.Критерии здоровья. Группы здоровья.

2.Соотношение и роль биологических и социальных факторов в процессе развития ребенка. Методика сбора и оценки социального, генеалогического биологического анамнеза. Прогноз состояния здоровья по анамнезу

3. Характеристика физического развития детей в различные возрастные периоды (длина, масса, ширина, осанка, стопа и др.) ..Способы оценки репродуктивной функции и методы оценки физического развития в различные возрастные периоды.

4. Основные показатели (НПР) в различные возрастные периоды.Методики оценки НПР на каждом возрастном этапе (от рождения до 18 лет). Школьная зрелость. Готовность к обучению в школе.

5. Особенности созревания иммунной системы. Часто болеющие дети.

6.Основные характеристики функционального состояния (кожа, слизистые, ЧСС, ЧД, физиологические отправления).

7.Оценка поведения. Функциональные и приспособительные возможности ЦНС. Утомление и переутомление, их проявление у детей разных возрастов, возможности предупреждения переутомления.

8.Социальная адаптация в раннем, дошкольном и школьном возрастах как показатель функционального состояния организма (стрессоуязвимость и стрессоустойчивость).

9.Основные клинические синдромы и проявления функциональных отклонений.

***Тексты ситуационных задач***

Задача № 1

Участковый врач пришел на I патронаж к мальчику С., 18 дней. Ребенок

от I беременности, срочных родов. Во время беременности мать дважды

переболела ОРВИ (на 8 и 32 неделях), в 38 недель перенесла пневмонией.

Роды на фоне остаточных явлений пневмонии. Ребенок за кричал сразу. Масса тела при рождении 3200 гр., длина 50 см. Оценка по шкале Апгар 7/9 баллов. К груди приложен через 2 дня, сосал вяло. В роддоме обращали на себя внимание: вялость, бледность кожных покровов с сероватым оттенком. К концу первых су ток в шейных и паховых складках появились элементы пиодермии. Получал антибактериальную терапию (ампициллин в/м), на 3 -й день переведен из роддома в больницу в связи с генерализацией пиодермии и появлением симптомов токсикоза. Лечился цефамизином (в/м 10 дней).

Выписан домой на 17-е сутки в удовлетворительном состоянии. В связи с гипогалактией у матери ребенок переведен на искусственное вскармливание смесью «НАН 1». Высасывает 80 -90 мл 7 раз в сутки.

При осмотре: обращает внимание вялость, мышечная гипотония,

гипорефлексия. Кожные покровы чистые, розовые, в паховых складках гиперемия. Пупочная ранка эпителизировалась. Слизистые оболочки чистые.

Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС 120 ударов в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +3 см, селезенка у края реберной дуги. Стул разжиженный, 3-5 раз в сутки, без патологических примесей.

1. Оцените состояние здоровья ребенка.

2. Определите группу здоровья, направленность и степень риска.

3. Выделите факторы, способствовавшие возникновению данного

состояния.

4. Напишите план ведения ребенка на участке до 1 года.

5. Какие рекомендации по уходу за ребенком следует дать матери?

Задача № 2

К участковому педиатру на плановый профилактический прием пришла

мать с девочкой 6 месяцев.

Матери 24 года, страдает хроническим пиелонефритом, ожирением,

курит. Ребенок от 2 беременности, протекавшей на фоне ОРВИ в послед нем

триместре. Роды в срок, на дому, преждевременное излитие околоплодных вод. Масса тела при рождении 4100 гр., длина - 53 см. Искусственное вскармливание с 2 месяцев. В настоящее время кормление 5 раз в день (смесь «Нестожен 1» 220 мл на прием, каша 180-200 гр., фруктовое пюре, соки, яичный желток). В возрасте 3, 4 и 5 месяцев про ведена вакцинация АКДС + полиомиелит. В 1,5 месяца переболела ОРВИ с обструктивным синдромом.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Масса тела 8700 гр.,

длина - 67 см, окружность грудной клетки - 44 см. Хорошо держит голову, переворачивается, пытается ползать, самостоятельно не сидит, гулит. Кожа и слизистые оболочки чистые. Питание повышено. Большой родничок 1x1 см, не напряжен. Зубов нет. Со стороны опорно -двигательного аппарата без видимой патологии. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень +2 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул 2 —3 раза в день, кашицеобразный, без патологических примесей.

1. Оцените состояние и укажите группу здоровья ребенка.

2. Соответствует ли физическое и психомоторное развитие возрасту?

3. Вычислите и оцените индекс Эрисмана.

4. К какой группе риска следует отнести данного ребенка?

Реализовались ли данные факторы риска у ребенка и почему?

5. План наблюдения за ребенком на первом году. Рекомендации?

Задача № 3

Диана К., возраст 4 года, посещает детский сад с 2 лет. Девочка

осмотрена врачом педиатром в детском саду для написания эпикриза. Жалоб

нет. Генеалогический анамнез: I.о. = 0,4, направленность генеалогического риска по обменным нарушениям. Социальный анамнез: благополучный.

Биологический анамнез: на «Д» учете у педиатра не состоит, привита по возрасту, наблюдается у офтальмолога с диагнозом: миопия слабой степени.

Физическое развитие: масса – 15 кг, длина – 99 см, Огр. – 53 см. НПР по возрасту. Мышление, моторика, социальные контакты и речь без отклонений.

Ребенок перенес дважды острые респираторные заболевания в течение года и

острый бронхит. Привита по плану, реакция Манту отрицательная.

Состояние удовлетворительное. На осмотр реагирует положительно.

Кожные покровы и видимые слизистые розовые, чистые. Подкожная

клетчатка развита достаточно. Тургор тканей сохранен. Периферические

лимфоузлы не увеличены. Дыхание пуэрильное, ЧД 24 в минуту. Живот

мягкий, при пальпации безболезненный. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Осмотр специалистов: стоматолог – полость рта санирована; окулист –

миопия легкой степени, без признаков прогрессирования.

Лабораторные исследования: кал на яйца глистов – отрицательный,

соскоб на энтеробиоз – отрицательный.

1. Оцените физическое развитие, наследственную отягощенность и

резистентность ребенка.

2. Поставьте диагноз. Определите группу здоровья.

3. Назначьте диету и физкультурную группу для ребенка.

4. Назначьте группу для закаливания, подберите мебель, дайте

рекомендации по поводу миопии.

5. Когда планируется следующая вакцинация?

Задача № 4

Вася П., 2 года 6 месяцев. Посещает д/ясли с 1,5 лет, осмотрен врачом

ДДУ с профилактической целью для написания эпикриза.

Антропометрия: Психометрия:

Масса – 14 кг Кд. – 2г.6м.

Длина тела – 91 см Ра. – 2г.6м.

Огр. – 52 см Н. - 2г.6м.

Огол. – 50 см Ср. – 2г.6.м.

Зубы – 20 До. – 2г.6м.

И. – 2г.6м.

Объективно: общее состояние ребенка удовлетворительное, t = 36,6

1. Оцените физическое и НПР развитие ребенка.

Активен. Сон спокойный. Аппетит не нарушен. Тургор тканей

удовлетворительный. Нарушение осанки по типу сколиотической. Кожные покровы бледно -розовые, чистые. Слизистая полости рта розовая. В легких дыхание пуэрильное, ЧД 28 в мин. Тоны ясные, ритмичные, ЧСС 120 в мин.

Живот мягкий, доступный пальпации. Мочеиспускание не нарушено. Стул оформленный, 1 раз в с утки. Наблюдался у невролога с диагнозом: ПЭП, синдром нервно-рефлекторной возбудимости. Диагноз снят. Осмотрен следующими специалистами: невропатолог (в 2г.2 мес.): снят с учета. Здоров. Вакцинация: в 2 года 3 месяца «Пневмо –23», реакции на прививку не было.

2. Поставьте диагноз. Определите группу здоровья.

3. Назначьте режим и диету для ребенка.

4. Дайте рекомендации для родителей и педагогов.

5. Распишите план профилактических прививок в ДДУ до 7 лет

включительно для данного ребенка.

Задача №5

Мальчик 13 лет, обучается в 7 классе школы, осмотрен медицинской

сестрой перед проф. осмотром.

Получены следующие данные: масса тела 41 кг, рост 148 см., половая

формула Ах1Р1

1. Оцените физическое развитие мальчика.

Проба Штанге 62 сек., проба Генча 25 сек. АД 110/60 мм. рт.ст., ортостатическая проба: ЧСС лежа 74 в мин., ЧСС стоя 86 уд аров в мин.

2. Оцените степень полового развития и соответствие биологического

возраста паспортному.

3. Оцените показатели функционального состояния организма ребенка.

4. Какие врачебные скрининг -тесты необходимо провести ребенку?

5. Необходима ли проф. ориентация ребенку, кто и как ее проводит?

Задача № 6

Вы врач детского дошкольного учреждения. Четырехлетний мальчик А.,

посещает детский сад в течение 2 -х месяцев. Со слов матери ребенок стал раздражительным, обидчивым, сон беспокойным, трудно засыпает,

периодические подергивания верхнего века, снижен аппетит. За это время ребенок 2 раза переболел ОРВИ, появились жалобы на боли в животе, не связанные с приемом пищи; заметно похудел.

Из анамнеза известно, что мальчик от молодых, здоровых родите лей.

Развивался соответственно возрасту. На 1 -м году жизни наблюдался

невропатологом по поводу перинатальной энцефалопатии, в дальнейшем - частые острые респираторные заболевания. В группе детского сада

конфликтен с детьми, наблюдается двигательная расторможенность. При

общении с взрослыми легко вступает в контакт; однако рассеян, с трудом удерживает внимание, эмоционально лабилен.

При осмотре: рост 104 см, масса 14 кг. Гиперестезия кожных покровов,

белый дермографизм. Слизистые оболочки чистые. Гипертрофия небных

миндалин II степени, затруднение носового дыхания. Дыхание

пуэрильное,

хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. ЧСС - 128 ударов в

мин., АД - 95/60 мм рт. ст. Живот мягкий, умеренная болезненность без четкой локализации. Печень +1 см, селезенка не увеличена.

1. Определить к какой группе здоровья можно отнести данного

ребенка. Оценить физическое развитие.

2. Определите степень тяжести адаптации. Какие диагностические

критерии адаптации вы знает е? Что означает понятие адаптации?

3. Консультации каких специалистов необходимы?

4. Как необходимо было подготовить данного ребенка в ДДУ?

5. Оцените возможность проведения профилактических прививок в

период адаптации.

Эталоны ответов к задачам

Задача №1

1. Оцените состояние здоровья ребенка.

Состояние ребенка ближе к удовлетворительному, самочувствие

несколько нарушено, вялый, аппетит сохранен.

2. Определите группу здоровья, направленность и степень риска.

Группа здоровья II, группа риска по Сотниковой I, реализация II группы

риска.

3. Выделите факторы, способствовавшие возникновению данного

состояния.

ОРВИ у матери во время беременности на 8 и 32 неделях, пневмония

накануне родов, позднее прикладывание к груди (через 2 дня).

4. Напишите план ведения ребенка на участке до 1 года.

Назначить оптимальный санитарно -гигиенический режим, по

показаниям срочно госпитализировать. Провести беседу с родителями

ребенка, предупредить о возможности развития заболевания, о не обходимости выполнения всех медицинских рекомендаций. Патронаж медицинской сестры и осмотр врача — ежедневный, обязательна консультация заведующей отделением. Наблюдение до 1 месяца 2 раза в неделю на дому врачом и 1 раз в неделю мед. сестрой. Далее 1 раз в месяц осмотр в поликлинике с антропометрией. Осмотр невропатологом в 1 месяц, до 3 месяцев осмотр ЛОР, окулиста, ортопеда. В возрасте 3 и 12 месяцев ребенку необходимо лаб. обследование (ан. крови, мочи, кал на я/гл). Прививки по индивидуальному календарю. Борьба с гипогалактией, своевременное введение прикормов.

Через 1 месяц после пиодермии после осмотра педиатром, если ребенку не

исполнится 2 месяца, сделать прививку от туберкулеза. Необходимо сдать анализ крови на реакцию Вассермана и ВУИ, посев кала на УПФ.

5. Какие рекомендации по уходу за ребенком следует дать матери?

Рекомендуется проводить мероприятия по поддержке грудного

вскармливания, ежедневно проводить туалет новорожденного, купание

ежедневно в кипяченой воде, детское белье стирать отдельно с мылом,

кипятить и проглаживать, ухаживать за пупочной ранкой, избегать

переохлаждения и перегревания, уменьшить контакты с родственниками и знакомыми до 1 месяца. Ежедневно гигиеническая ванна, подмывать после дефекации и мочеиспускания, смазывать складки детским маслом 1-2 раза в день. Необходимо провести контрольное взвешивание для уточнения объема грудного молока. Примерная масса тела 3500 гр., расчетная формула суточного объема питания 1/5 от массы тела=700 мл. На 1 раз при 6-разовом кормлении (т.к. смешанное вскармливание) 110 мл. Необходимо проводить мероприятия по усилению лактации (массаж, сцеживание, усилить водный режим женщины, гомеопатические препараты, иглорефлексотерапия, гипноз, лекарственная терапия).

Задача № 2

1. Оцените состояние и укажите группу здоровья ребенка.

Состояние удовлетворительное, ребенок активный, редко болеет.

Группа здоровья II, имеются отягощенная наследственность по эндокринной и мочевыделительной патологии у матери, отмечены факторы риска во время

беременности и родов (ОРВИ, роды дома, преждевременное излитие

околоплодных вод), раннее искусственное вскармливание (с 2 мес.).

2. Соответствует ли физическое и психомоторное развитие

возрасту?

Ребенок повышенного питания, долженствующая масса тела 8400 гр.,

фактическая 8900 гр., избыток 500 гр. Физическое развитие ухудшено за счет избытка массы тела, НПР по возрасту (на 7 месяце следует следить, чтобы ребенок начал сидеть, лепетать, пить из чашки, есть с ложки, чтобы появились зубы).

3. Вычислите и оцените индекс Эрисмана.

Индекс Эрисмана = Огр. – длина тела/2 = 44 см – 67/2 = 5,5 см. (норма

13,5 -10 см до 1 года), указывает на дисгармоничное физическое развитие, избыток массы тела.

4. К какой группе риска следует отнести данного ребенка?

Реализовались ли данные факторы риска у ребенка и почему?

Риск трофических расстройств реализовался в паратрофию. У ребенка

имеется отягощенная наследственность по эндокринной патологии по линии

матери, раннее искусственное вскармливание, перекорм кашами (200 гр.

вместо положенных 150 гр. на прием).

5. План наблюдения за ребенком на первом году. Рекомендации?

Повторный осмотр до 1 года специалистами (невропатолог, ЛОР,

окулист, хирург). Анализ крови на сахар, консультация эндокринолога. В 12

мес. анализ крови, мочи, кал на я/гл. Прививки по возрасту,

рациональное вскармливание, подсчет объема и каллоража пищи ежемесячно.

Задача № 3

1. Оцените физическое развитие, наследственную

отягощенность и резистентность ребенка.

Физическое развитие среднее, гармоничное. Умеренная отягощенность

по обменным нарушениям, резистентность хорошая.

2. Поставьте диагноз. Определите группу здоровья.

Диагноз: Миопия легкой степени. Группа здоровья II.

3. Назначьте диету и физкультурную группу для ребенка.

Стол № 15. Физкультурная группа – основная.

4. Назначьте группу для закаливания, подберите мебель, дайте

рекомендации по поводу миопии.

Группа закаливания №1. Гимнастика для глаз; мебель №1.

5. Когда планируется следующая вакцинация?

Реакция Манту в 5 лет.

Задачи № 4

1. Оцените физическое и НПР развитие ребенка.

Физическое развитие среднее, гармоничное. НПР по возрасту.

2. Поставьте диагноз. Определите группу здоровья.

Нарушение осанки. Группа здоровья II.

3. Назначьте режим и диету для ребенка.

Режим группы. Стол № 15.

4. Дайте рекомендации для родителей и педагогов.

Необходимы ЛФК, массаж, бассейн. Мебель № 0. Физкультурная

группа основная, группа закаливания №1. Осмотр ортопеда, невропатолога, стоматолога, ЛОР, окулиста в 3 года.

5. Распишите план профилактических прививок в ДДУ до 7 лет

включительно для данного ребенка.

Реакция Манту в 3,4,5,6,7 лет. R2 полиомиелит в 3 года. RV кори,

паротита, краснухи в 6 лет. R2 АДСМ в 7 лет, RV БЦЖ в 7 лет (если не

состоит на учете у фтизиатра и 2 года имеет отрицательные реакции Манту).

Задача № 5

1. Оцените физическое развитие мальчика.

Физическое развитие среднее, гармоничное.

Оцените степень полового развития и соответствие

биологического возраста паспортному.

Половое развитие соответствует возрасту. Биологический возраст

соответствует паспортному.

3. Оцените показатели функционального состояния организма

ребенка.

Функциональное состояние организма соответствует возрасту. АД в

норме.

4. Какие врачебные скрининг-тесты необходимо провести

ребенку?

Оценка НПР, биологического возраста, осанки, проба на сколиоз, оценка

анкетного теста, оценка результатов скринингового исследования.

5. Необходима ли проф. ориентация ребенку, кто и как ее

проводит?

Необходима. Проводят педиатр (оценка по медицинским критериям) и

педагог-психолог (тип личности, предпочтения по предметам).

Задача № 6

1. Определить к какой группе здоровья можно отнести данного

ребенка. Оценить физическое развитие.

Группа здоровья II . Физическое развитие высокое, дисгармоничное.

2. Определите степень тяжести адаптации. Какие диагностические

критерии адаптации вы знаете? Что означает понятие адаптации?

Адаптация тяжелой степени. Невротические реакции по

гипердинамическому типу, соматовегетативные дисфункции, снижение массы тела, частые заболевания острыми инфекциями. Адаптация означает приспособление к новым условиям.

3.Консультации каких специалистов необходимы?

Невропатолога, ЛОР, психолога.

4. Как необходимо было подготовить данного ребенка в ДДУ?

Ребенка перед поступлением в ДДУ необходимо было

проконсультировать у невропатолога, провести обследование по поводу

отдаленных последствий перенесенной перинатальной энцефалопатии.

Необходимо было пройти курс терапии у ЛОР-врача по поводу гипертрофия

небных миндалин II степени, затруднения носового дыхания. Провести курс

общеукрепляющей терапии, закаливание. Провести вакцинацию вакциной

«Пневмо -23».

5. Оцените возможность проведения профилактических прививок в

период адаптации.

В период адаптации прививки противопоказаны.

***Тестовые задания***

1.СКОЛЬКО ГРУПП ЗДОРОВЬЯ УСТАНАВЛИВАЮТ У ДЕТЕЙ?

2

3

4

+ 5

6

2.К КАКОЙ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ ОТНОСЯТСЯ ДЕТИ: ЗДОРОВЫЕ, С НОРМАЛЬНЫМ РАЗВИТИЕМ И НОРМАЛЬНЫМ УРОВНЕМ ФУНКЦИЙ?

+1

2

3

4

5

3. К КАКОЙ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ ОТНОСЯТСЯ ДЕТИ: ЗДОРОВЫЕ, НО ИМЕЮЩИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И НЕКОТОРЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОТКЛОНЕНИЯ, А ТАКЖЕ СНИЖЕННУЮ СОПРОТИВЛЯЕМОСТЬ К ОСТРЫМ И ХРОНИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ?

1

+2

3

4

5

4. К КАКОЙ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ ОТНОСЯТСЯ ДЕТИ: БОЛЬНЫЕ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В СОСТОЯНИИ КОМПЕНСАЦИИ, С СОХРАНЕННЫМИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ОРГАНИЗМА?

1

2

+3

4

5

5. К КАКОЙ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ ОТНОСЯТСЯ ДЕТИ: БОЛЬНЫЕ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В СОСТОЯНИИ СУБКОМПЕНСАЦИИ, СО СНИЖЕННЫМИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ОРГАНИЗМА?

1

2

3

+4

5

6. К КАКОЙ ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ ОТНОСЯТСЯ ДЕТИ: БОЛЬНЫЕ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В СОСТОЯНИИ ДЕКОМПЕНСАЦИИ, СО ЗНАЧИТЕЛЬНО СНИЖЕННЫМИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ОРГАНИЗМА?

1

2

3

4

+5

7. КАКИЕ ДЕТИ ОТНОСЯТСЯ К ПЕРВОЙ ГРУППЕ?

+1. здоровые, с нормальным развитием и нормальным уровнем функций;

2.здоровые, но имеющие функциональные и некоторые морфологические

отклонения, а также сниженную сопротивляемость к острым и

хроническим заболеваниям;

3. больные хроническими заболеваниями в состоянии компенсации, с

сохраненными функциональными возможностями организма;

4. больные хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации, со

сниженными функциональными возможностями организма;

5. больные хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации, со

значительно сниженными функциональными возможностями организма;

8. К КРИТЕРИЯМ БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО

ВОЗРАСТА ОТНОСЯТСЯ ВСЕ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

Показатели длины тела и массы тела;

+Количество постоянных зубов;

Число ядер окостенения;

Количество молочных зубов;

Психомоторное развитие;

9. К КРИТЕРИЯМ БИОЛОГИЧЕСКОГО ВОЗРАСТА ШКОЛЬНИКОВ

ОТНОСЯТСЯ ВСЕ НИЖЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

+Сроки появления молочных зубов;

Физическое развитие;

Вторичные половые признаки;

Число ядер окостенения;

Пропорции тела;

10. ПЕРВЫМ ПРИЗНАКОМ ПОЛОВОГОСОЗРЕВАНИЯ У МАЛЬЧИКОВ

ЯВЛЯЕТСЯ:

Появление волос на лице;

Изменение тембра голоса;

+Увеличение яичек;

Начало роста щитовидного хряща;

Появление волос в подмышечных впадинах;

11. ПЕРВЫМ ПРИЗНАКОМ ПОЛОВОГОСОЗРЕВАНИЯ У ДЕВОЧЕК ЯВЛЯЕТСЯ:

+Рост молочных желез;

Изменение пропорций тела;

Повышенная сальность кожи, юношеские угри;

Рост волос в подмышечных впадинах;

Рост волос на лобке;

12. КРИТЕРИЯМИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА ЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПОКАЗАТЕЛИ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:

Моторика и статика

+Первичное запечатление

Условно-рефлекторная деятельность /1 сигнальная система/

Речь /2 сигнальная система/

Высшая нервная деятельность

13. В КАКИЕ СРОКИ, В СРЕДНЕМ, РЕБЕНОК НАЧИНАЕТ САМОСТОЯТЕЛЬНО

ХОДИТЬ?

7 месяцев

8 месяцев

9 месяцев

10 месяцев

+12 месяцев

14.В КАКОМ ВОЗРАСТЕ РЕБЕНОК НАЧИНАЕТ УЗНАВАТЬ МАТЬ СРЕДИ ГРУППЫ ЛЮДЕЙ?

Сразу после рождения

1 месяц

4 месяца

6 месяцев

8 месяцев

15. В КАКОМ ВОЗРАСТЕ РЕБЕНОК НАЧИНАЕТ ПЕРКЛАДЫВАТЬ ПРЕДМЕТЫ ИЗ РУКИ В РУКУ И УДЕРЖИВАТЬ БУТЫЛОЧКУ С ПИТАНИЕМ?

1 месяц

3 месяца

+5 месяцев

8 месяцев

10 месяцев

16. В КАКОМ ВОЗРАСТЕ РЕБЕНОК НАЧИНАЕТ ОТЗЫВАТЬСЯ НА СВОЕ ИМЯ?

2 месяца

4 месяца

6 месяцев

+9 месяцев

13 месяцев

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

1. Собрать правильно анамнез

2. Оценить физическое развитие

3. Определить НПР

4. Дать оценку резистентности

5. Установить физиологическое состояние органов и систем

6. Выявить хронические заболевания

7. Провести коррекцию ранних отклонений в состоянии здоровья

**Тема №4**Вакцинопрофилактика в педиатрии

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

**Оценочные материалы текущего контроля успеваемости**

***Вопросы для устного опроса***

1.Основы вакцинопрофилактики. Формирование иммунитета.

2.Фазы иммунной реакции наведение вакцины.

3.Характертстика вакцинальных препаратов.

4.Требования, предъявляемые к современным вакцинам.

5. Классификация вакцинных препаратов.

6. Организация вакцинопрофилактики.

7. Принципы вакцинопрофилактики. Календарь профилактических прививок.

8. Порядок проведения профилактических прививок в рамках национального календаря профилактических прививок.

9. Противопоказания к проведению профилактических прививок.

10.Поствакцинальные осложнения.

***Тексты ситуационных задач***

**Задача №1**

Девочке М., 6 месяцев, с неотягощенным прививочным анамнезом, была сделана третья профилактическая прививка вакциной АКДС и инактивированной полиомиелитной вакциной (ИПВ). Предыдущие прививки АКДС + ИПВ перенесла хорошо. На 2-й день после прививки мать обратилась в поликлинику с жалобами на повышение температуры тела до 38°С, беспокойство, появление гиперемии и уплотнения в месте введения вакцины. Расценивая указанные симптомы, как осложнение после прививки, она обвинила врача и медсестру в «непрофессионализме». При осмотре: температура тела 37,8°С. По органам и системам патологии не выявлено. Стул кашицеобразный. В месте введения вакцины — инфильтрат диаметром 1 см, гиперемия и отек мягких тканей диаметром 3 см.

1. Обоснуйте диагноз и лечебные мероприятия данному ребенку.

2. В чем заключается разница между нормальной поствакцинальной реакцией и поствакцинальным осложнением? Перечислите возможные осложнения после иммунизации вакциной АКДС

3. Каковы показания к снятию вакцины из употребления?

4. В каком возрасте были проведены две первые вакцинации? Можно ли считать курс вакцинации данного ребенка против дифтерии, столбняка законченным?

5. Подлежит ли ребенок медицинскому отводу от дальнейших прививок?

**Задача №2**

Вызов к мальчику А., 2 лет, с жалобами на повышение температуры до 37,3°С и припухлость около левого уха. Ребенку 9 дней назад сделана прививка против паротита, за месяц до нее переболел ОРВИ. Из анамнеза известно, что на первом году жизни у ребенка отмечались симптомы аллергического дерматита. Прививался ранее по индивидуальному календарю. Прививки АКДС, против полиомиелита и кори перенес нормально. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Зев умеренно гиперемирован, миндалины рыхлые, без наложений. Лимфоузлы не увеличены. Припухлость околоушной железы слева с утолщением кожной складки над ней. По внутренним органам без патологии. Менингеальные знаки не выявляются.

1. Ваш диагноз? С какими заболеваниями следует дифференцировать выявленные изменения у ребенка?

2. Назначьте лечение. Показана ли госпитализация данного ребенка?

3. Какова возможная причина выявленных изменений у ребенка?

4. Перечислите возможные осложнения на прививку против эпидемического паротита?

5. Следует ли подать экстренное извещение в СЭС? Может ли данный ребенок явиться источником заболевания эпидемическим паротитом?

***Тестовые задания***

1. Отметьте группу указанных вакцин, в которой находятся только убитые вакцины:  
а) Холерная, лептоспирозная, клещевая, брюшнотифозная, столбнячная.+  
б) Полиомиелитная оральная, холерная, лептоспирозная, брюшнотифозная, чумная.

2. Будет ли противопоказанием к проведению профилактической прививки наличие гиперемии (инфильтрата) более 8 см и (или) температуры 40 градусов и выше в месте предыдущей прививки вакциной?  
а) Да+  
б) Нет  
в) Не является при проведении прививки в другой участок тела.

3. Каким должен быть интервал между прививкой и последующим плановым введением иммуноглобулина?  
a) 2 недели+  
б) 1 месяц  
в) 3 месяца

4. Как проводят в последующем иммунизацию при развитии сильной реакции или осложнении на предыдущую дозу вакцины?  
а) другим препаратом+  
б) тем же препаратом под наблюдением врача

5. Первая ревакцинация АКДС происходила вакциной ребенка в 3 года (прививался вне схемы). Как проводить вторую вакцинацию?  
а) однократно АДС-М анатоксином в возрасте 8 лет+  
б) однократно АДС анатоксином с интервалом 5- 6 лет  
в) Однократно АДС-М вакциной в возрасте 7 лет  
г) не прививать

6. Через какой период противодифтерийной прививки необходимо сделать РПГА для излучения напряженности иммунитета:  
а) через 45 дней+  
б) через 2 мес  
в) через 8 – 9 мес  
г) через 1 мес

7. Что необходимо, если ребенок прибыл без сведений о прививках против дифтерии:  
а) сделать запрос, сделать РПГА+  
б) начать прививать  
в) оформить медотвод  
г) не прививать вообще

8. Какими будут противопоказания к иммунизации вакциной АКДС:  
а) прогрессирующие заболевания нервной системы+  
б) перинатальная энцефалопатия  
в) недоношенность

9. Отметьте учетные формы для планирования профилактических прививок в детской поликлинике:  
а) ф.63 и ф. 112+  
б) ф.26 и ф.112  
в) ф.63 и ф.58

10. Отметьте допустимый интервал между введением иммуноглобулина по эпид. показаниям и последующей профилактической прививкой против кори:  
а) 3 месяца+  
б) 1 месяц  
в) 6 месяцев

11. Когда будет проведена повторная вакцинация, если у ребенка нет поствакцинального рубчика?  
а) через 1 год после отрицательной реакции Манту в декретированные сроки+  
б) через 2 года после отрицательной реакции Манту  
в) через 0,5 года после отрицательной реакции Манту

12. Является ли противопоказанием к проведению ревакцинации против туберкулеза, когда иммунизации БЦЖ у ребенка возник келоидный рубец?  
а) да+  
б) нет  
в) нет при использовании 0,5 дозы

13. Каков будет срок проведения 2-й прививки против кори ребенку, которого вакцинировали позже установленного календарем срока, но в возрасте до 6 лет:  
а) в возрасте 6 лет+  
б) в возрасте 7 лет  
в) в возрасте 13 лет

14. Определите схему прививок для ребенка, который прибыл без сведений о прививках против полиомиелита:  
а) V1+V2+V3, R по календарю+  
б) V1+V2+V3 + R1 через 6 мес  
в) V1+V2+V3 + R1 через 3 мес

15. Минимальным интервалом между третьей и четвертой прививками против полиомиелита, если интервалы между первыми тремя прививками были значительно удлинены будет интервал:  
а) до 3 месяцев+  
б) до 6 месяцев  
в) до 12 месяцев

16. Будет ли беременность противопоказанием к иммунизации против краснухи?  
а) да+  
б) нет

17. Возраст, с которого начинает проводиться иммунизация против клещевого энцефалита отечественными вакцинами:  
а) с 4 лет  
б) с 13 лет  
в) с 18 лет

18. Если ребенок рождается у здоровой матери, то вакцинация против вирусного гепатита В будет проведена по схеме:  
а) V1, через месяц – V2, через 6 мес от V1-V3, через 5 мес – V3+  
б) V1, через месяц – V2, через год V  
в) V1, через месяц – R1

19. Как часто будут проводиться отдаленные ревакцинации против клещевого энцефалита московской вакциной?  
а) 1 раз в 3 года+  
б) 1 раз в 4 года  
в) 1 раз в 6 лет

20. Отметьте, что касается профилактических прививок детям из групп риска по развитию патологии со стороны ЦНС:  
а) противопоказаны  
б) проводятся по индивидуальному календарю+  
в) проводятся по традиционному календарю проф. прививок

21. Через какой период проводят профилактические прививки детям с хроническим гастритом, хроническим гастродуоденитом?  
а) 1 мес. после обострения  
б) 2 мес. после обострения  
в) 3 мес.  
г) 4 мес.+  
д) противопоказаний нет  
ж) не проводятся

22. Как вводят АС-анатоксин?  
а) планово в рамках Нацинального календаря прфилактических прививок  
б) по эпидемиологическим показаниям+  
в) лицам, контактировавшим с больным в эпидемическом очаге дифтерии  
г) лицам, контактировавшим с больным в эпидемическом очаге коклюша  
д) лицам, контактировавшим с больным в эпидемическом очаге столбняка

23. Коревая вакцина содержит:  
а) инактивированный вирус кори  
б) живой вирус кори  
в) живой вакцинный штамм вируса кори+  
г) инактивированный вакцинный штамм вируса кори

24. Определите, будет ли развит поствакцинальный иммунитет после прививки живой коревой вакциной, если через 21 день после вакцинации ребёнок получил нормальный иммуноглобулин человека?  
а) да+  
б) нет

25. Через какой период, возможно, вакцинировать ЖКВ после введения нормального иммуноглобулина человека?  
а) 2 нед+  
б) 6 нед  
в) 3 мес  
г) 8 мес

26. До какого возраста необходимо привить детей против коклюша?  
a) 1 года  
б) 3 лет +  
в) 6 лет  
г) 9 лет

27. Что необходимо для составления плана прививок в детской поликлинике?  
a) календарь прививок+  
б) сведения о предшествующих прививках+  
в) сведения о перенесенных заболеваниях +  
г) данные переписи детского населения+  
д) данные о заболеваемости на участке

28. Каким способом вводится вакцина БЦЖ?  
a) накожно  
б) внутрикожно+  
в) подкожно  
г) через рот

29. Чем обладают химические вакцины по сравнению с убитыми вакцинами?  
a) большей иммуногенностью и большей реактогенностью  
б) меньшей иммуногенностью и меньшей реактогенностью  
в) меньшей иммуногенностью и большей реактогенностью  
г) большей иммуногенностью и меньшей реактогенностью+

30. В результате чего происходит выработка естественного пассивного иммунитета?  
a) введения сывороток  
б) бактерионосительства  
в) введения гамма-глобулина  
г) трансплацентарной передачи антител от матери плоду+

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

1. Составить календарь профилактических прививок в возрасте 3 месяцев.

2. Составить календарь профилактических прививок в возрасте 1 года.

**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.
2. Комы при сахарном диабете, этиология, патогенез, особенности клиники. Неотложная помощь при гипогликемической коме. Неотложная помощь при кетоацидотической коме. Неотложная помощь при гиперосмолярной коме.
3. Неотложная помощь при коме неустановленной этиологии.
4. Судорожный синдром, особенности у детей, неотложная помощь.
5. Острые экзогенные отравления, особенности в детском и подростков возрасте. Неотложная помощь при остром экзогенном отравлении, общие мероприятия. Техника промывания желудка, показания и противопоказания.
6. Острые эндогенные интоксикации, этиология, патогенез, клиническая картина. Неотложная помощь при инфекционно-токсическом шоке. Неотложная помощь при токсикозе с эксикозом. Неотложная помощь при нейротокскикозе.
7. Укусы ядовитых змей: клиника, диагностика, неотложная помощь, дальнейшая тактика ведения.
8. Укусы пчел и ос: клиника, диагностика, неотложная помощь, дальнейшая тактика ведения.
9. 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.
10. Терминальные состояния, диагностика, причины, клиника. Сердечно-легочная реанимация, особенности у детей и взрослых. Остановка дыхания как причина терминального состояния, особенности у детей и взрослых. Остановка сердца, причины, особенности у детей и взрослых.
11. 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.
12. Кровотечение: классификация, особенности гемодинамики у детей, неотложная помощь.
13. Ожоги, классификация, неотложная помощь. Ожоговый шок, классификация, неотложная помощь.
14. Отморожения, классификация, неотложная помощь.
15. Электротравмы, классификация, неотложная помощь.
16. Утопление, классификация, неотложная помощь.
17. Укусы собак и кошек, неотложная помощь, дальнейшая тактика ведения. Профилактика бешенства.
18. Возрастные особенности физиологии пищеварения. Потребность в основных пищевых веществах, энергии и жидкости для детей раннего возраста при различных видах вскармливания
19. Основные принципы питания по ВОЗ. Естественное вскармливание. Смешанное и искусственное вскармливание. Сроки введения прикорма при различных видах вскармливания. Оценка эффективности вскармливания у детей первого года жизни.
20. Критерии здоровья. Группы здоровья. Соотношение и роль биологических и социальных факторов в процессе развития ребенка. Методика сбора и оценки социального, генеалогического биологического анамнеза. Прогноз состояния здоровья по анамнезу
21. Характеристика физического развития детей в различные возрастные периоды (длина, масса, ширина, осанка, стопа и др.). Способы оценки репродуктивной функции и методы оценки физического развития в различные возрастные периоды.
22. Особенности созревания иммунной системы. Часто болеющие дети. Основные характеристики функционального состояния (кожа, слизистые, ЧСС, ЧД, физиологические отправления).
23. Основные показатели (НПР) в различные возрастные периоды. Методики оценки НПР на каждом возрастном этапе (от рождения до 18 лет). Школьная зрелость. Готовность к обучению в школе. Оценка поведения. Функциональные и приспособительные возможности ЦНС. Утомление и переутомление, их проявление у детей разных возрастов, возможности предупреждения переутомления. Социальная адаптация в раннем, дошкольном и школьном возрастах как показатель функционального состояния организма (стрессоуязвимость и стрессоустойчивость).
24. Основы вакцинопрофилактики. Формирование иммунитета. Фазы иммунной реакции наведение вакцины. Характеристика вакцинальных препаратов. Требования, предъявляемые к современным вакцинам. Классификация вакцинных препаратов.
25. Организация вакцинопрофилактики. Принципы вакцинопрофилактики. Календарь профилактических прививок. Порядок проведения профилактических прививок в рамках национального календаря профилактических прививок.
26. Противопоказания к проведению профилактических прививок. Поствакцинальные осложнения.

**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.

**Образец зачетного билета**

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

«ОРЕНБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

кафедра педиатрии института профессионального образования

специальность 31.08.54 ОБЩАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА (СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА)

дисциплина «ПЕДИАТРИЯ»

**ЗАЧЕТНЫЙ БИЛЕТ №1**

I. Кровотечение: классификация, особенности гемодинамики у детей, неотложная помощь.

II. Ожоги, классификация, неотложная помощь.

III. Демонстрация выполнения практического навыка: техника временной остановки кровотечения наложением жгута.

IV. Демонстрация выполнения практического навыка: техника временной иммобилизации при переломе костей нижней конечности

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. | вопросы №№1-26 |
| 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 №9-10 |
| 2 | ПК-2 | Знать - основы профилактической медицины, направленной на укрепление здоровья детей; -алгоритм обследования детей с соматическими заболеваниями -правила составления диспансерных групп; - основные принципы диспансеризации детей с соматическими заболеваниями | вопросы №№1-26 |
| Уметь - проводить клиническое обследование пациента - формировать диспансерные группы, - обосновать необходимость проведения методов профилактики использовать методы первичной и вторичной профилактики (на основе доказательной медицины), предотвращающие развитие соматических заболеваний у детей | вопросы №№1-26 |
| Владеть - навыками осуществления санитарно-просветительской работы с взрослым населением и родителями, направленной на пропаганду здорового образа жизни, предупреждения соматических заболеваний | вопросы №№1-26  практические задания 1-10 |
| 3 | 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, методы реабилитации детей с соматическими заболеваниями | 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); - провести физикальное обследование различного вида (осмотр, аускультация, измерение АД, характеристик пульса, частоты дыхания и т.д.), направить его на лабораторно-инструментальное обследование, консультацию к узким специалистам; - определить объем необходимых для установления диагноза лабораторных, инструментальных исследований, информативных для установления диагноза; - интерпретировать полученные результаты лабораторных и инструментальных методов обследования | вопросы №№1-26 |
| Владеть - алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических мероприятий | вопросы №№1-26  практические задания №№9-11 |
| 4 | 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; рекомендовать немедикаментозную терапию | вопросы №№1-26 |
| Владеть - алгоритмом выполнения основных лечебных мероприятий у детей с соматическими заболеваниями | вопросы №№1-26  практические задания №№1-8 |
| 5 | ПК-8 | Знать - фармакологические эффекты лекарственных препаратов, назначаемых до, во время и после лечения детей с соматической патологией; - лекарственные средства (медикаментозные и немедикаментозные), используемые для лечения детей с соматической патологией - показания к назначению реабилитационных мероприятий и санаторно-курортного лечения детям с соматической патологией | вопросы №№1-26 |
| Уметь - оценить влияние лекарственной терапии, назначаемой детям с соматической патологией - проводить отбор пациентов нуждающихся в медицинской реабилитации | вопросы №№1-26 |
| Владеть - алгоритмом использования лекарственные средств и немедикаментозных методов на разных этапах лечения и реабилитации - навыками заполнения учетно-отчетной документации при направлении пациента на санаторно-курортное лечение | вопросы №№1-26  практические задания 9-10 |
| 6 | ПК-9 | Знать - вопросы организации гигиенического воспитания и формирования здорового образа жизни у населения - методы и средства профилактики специфической и неспецифической неинфекционных и инфекционных заболеваний -нормативные документы, регламентирующие проведение вакцинации в РФ, регионе -региональные программы профилактики | вопросы №№1-26 |
| Уметь - выбирать методы специфической профилактики различных заболеваний -выбирать методы профилактики пациентам с различными отклонениями в здоровье | вопросы №№1-26 |
| Владеть - методикой специфической профилактики различных соматических и инфекционных заболеваний - навыками заполнения учетно-отчетной документации | вопросы №№1-26  практические задания 1-10 |
| 7 | УК-1 | Знать - сущность методов системного анализа и системного синтеза; понятие «абстракция», ее типы и значение. | вопросы №№1-26 |
| Уметь - организация самостоятельного умственного труда (мышления) и работы с информацией (синтез); проведение методического анализа дидактического материала для преподавания; выделять и систематизировать существенные свойства и связи предметов, отделять их от частных, несущественных; анализировать учебные и профессиональные тексты; анализировать и систематизировать любую поступающую информацию; выявлять основные закономерности изучаемых объектов; прогнозировать новые неизвестные закономерности. | вопросы №№1-26 |
| Владеть - навыками сбора, обработки информации по учебным и профессиональным проблемам; навыками выбора методов и средств решения учебных и профессиональных задач. | вопросы №№1-26  практические задания 1-10 |