

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Косенок Сергей Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 26.06.2024 10:26:38
Уникальный программный ключ:
e3a68f3eaa1e62674b54f4998099d3d6bfdcf836

Бюджетное учреждение высшего образования
Ханты-Мансийского автономного округа-Югры
"Сургутский государственный университет"

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по УМР

_____ Е.В. Коновалова

13 июня 2024 г., протокол УМС №5

Неотложные состояния

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Детских болезней**

Учебный план о310817-ДетЭндокрин-24-1.plx
31.08.17 Детская эндокринология

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **3 ЗЕТ**

Часов по учебному плану 108
в том числе:
аудиторные занятия 58
самостоятельная работа 50

Виды контроля в семестрах:
зачеты 1

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	1 (1.1)		Итого	
	УП	РП	УП	РП
Неделя	16 3/6			
Вид занятий	УП	РП	УП	РП
Лекции	4	4	4	4
Практические	54	54	54	54
Итого ауд.	58	58	58	58
Контактная работа	58	58	58	58
Сам. работа	50	50	50	50
Итого	108	108	108	108

Программу составил(и):
к.м.н., Зав.к., *Тепляков А.А.*

Рабочая программа дисциплины
Неотложные состояния

разработана в соответствии с ФГОС:

Федеральный государственный образовательный стандарт по направлению высшего образования – подготовки кадров высшей квалификации по программе ординатуры по специальности 31.08.17 Детская эндокринология, утвержденный приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 02.02.2022 г. № 107;

составлена на основании учебного плана:

Специальность: 31.08.17 Детская эндокринология

утвержденного УМС МИ от 25.04.2024 г. протокол № 6

утвержденного учебно-методическим советом вуза СурГУ от 13.06.2024 г. протокол № 5.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры
Детских болезней

Протокол от 03.04.2024 г. № 10

Зав. кафедрой к.м.н, доцент *Тепляков А.А.*

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

- | | |
|-----|--|
| 1.1 | Повышение уровня теоретических знаний и практических навыков ординаторов-детских эндокринологов в наиболее важных разделах интенсивной терапии неотложных состояний. |
|-----|--|

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП

Цикл (раздел) ООП:	Б1.В.ДВ.01
--------------------	------------

2.1 Требования к предварительной подготовке обучающегося:

- | | |
|-------|--|
| 2.1.1 | Клиническая фармакология |
| 2.1.2 | Медицина чрезвычайных ситуаций |
| 2.1.3 | Эндокринология |
| 2.1.4 | Патология |
| 2.1.5 | Педагогика |
| 2.1.6 | Общественное здоровье и здравоохранение |
| 2.1.7 | Социально - психологические основы профессиональной деятельности |
| 2.1.8 | Детская эндокринология |

2.2 Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:

- | | |
|-------|--|
| 2.2.1 | Функциональная диагностика в эндокринологии |
| 2.2.2 | Эндокринопатии новорожденных |
| 2.2.3 | Помповая терапия |
| 2.2.4 | Производственная (клиническая) практика |
| 2.2.5 | Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена |

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

ПК-1 Способен осуществлять диагностику и дифференциальную диагностику детям с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы

ПК-1.1. Осуществляет проведение клинического обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний эндокринной системы, установления диагноза и определения функционального статуса.

ПК-1.2. Осуществляет оценку результатов лабораторного и функционального обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний эндокринной системы, установления диагноза и определения функционального статуса.

ПК-2. Способен осуществлять лечение детям с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы

ПК-2.1. Осуществляет назначение лечения с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы.

ПК-2.2. Осуществляет контроль эффективности и безопасности проводимого лечения детям с заболеваниями и (или) состояниями эндокринной системы

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1 Знать:

- | | |
|-------|--|
| 3.1.1 | - основные принципы диагностики и интенсивной терапии угрожающих состояний у детей на различных этапах оказания неотложной помощи; |
| 3.1.2 | - приоритетность угрожающих синдромов и симптомов у детей; |
| 3.1.3 | - особенности диагностики и физикального обследования детей при угрожающих состояниях; |
| 3.1.4 | - понятие острой дыхательной недостаточности и принципы неотложной помощи у детей; |
| 3.1.5 | - диагностику и неотложную помощь при острой сердечно-сосудистой недостаточности; |
| 3.1.6 | - особенности дифференциальной диагностики шоковых состояний у детей; |
| 3.1.7 | - принципы проведения интенсивной терапии при анафилактическом шоке; |

3.1.8	- принципы проведения интенсивной терапии при инфекционно-токсическом шоке;
3.1.9	- принципы проведения интенсивной терапии при гиповолемическом шоке;
3.1.10	- основные принципы инфузионной терапии в неотложной педиатрии;
3.1.11	- понятие острой церебральной недостаточности и принципы неотложной помощи у детей;
3.2	Уметь:
3.2.1	- оценить тяжесть угрожающего состояния ребенка;
3.2.2	провести ранжирование выявленных патологических синдромов;
3.2.3	выделить ведущий патологический синдром;
3.2.4	- проводить посиндромную терапию на различных этапах оказания помощи;
3.2.5	- провести инфузионную терапию, распознавать и лечить ее осложнения;
3.2.6	- провести лечение анафилактического шока;
3.2.7	- обеспечить венозный доступ у детей;
3.2.8	- проводить дифференциальную диагностику обструкции верхних и нижних дыхательных путей у детей;
3.2.9	- осуществить небулайзерную ингаляционную терапию при острой обструкции дыхательных путей у детей.

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Примечание
	Раздел 1. Организация и структура службы					
1.1	Лекция /Лек/	1	0	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9	
1.2	Организация и структура службы реанимации в педиатрии. Работа реанимационного отделения. Отделение интенсивной терапии и реанимации новорожденных. Выездная детская реанимационная бригада. /Пр/	1	10	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9	
1.3	Подготовка к практическим занятиям. Написание рефератов, презентаций, литературного обзора. /Ср/	1	8	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9	
	Раздел 2. Реанимация при терминальных состояниях у детей и подростков.					
2.1	Реанимация при терминальных состояниях у детей и подростков. Особенности реанимации новорожденных. /Лек/	1	2	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9	

2.2	Реанимация при терминальных состояниях у детей и подростков. Особенности реанимации новорожденных. /Пр/	1	9	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9	
2.3	Подготовка к практическим занятиям. Написание рефератов, презентаций, литературного обзора. /Ср/	1	8	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9	
	Раздел 3. Интенсивная терапия дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, коматозных, лихорадочных, судорожных состояний.					
3.1	Интенсивная терапия коматозных, лихорадочных, судорожных состояний у детей. /Лек/	1	2	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9	
3.2	Интенсивная терапия дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, коматозных, лихорадочных, судорожных состояний у детей. ИВЛ. Гипербарическая оксигенация. Экстракорпоральные методы детоксикации /Пр/	1	9	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9	
3.3	Подготовка к практическим занятиям. Написание рефератов, презентаций, литературного обзора. /Ср/	1	8	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9	
	Раздел 4. Интенсивная терапия острых экзогенных отравлений у детей и подростков.					
4.1	Лекция /Лек/	1	0	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9	

4.2	Интенсивная терапия острых экзогенных отравлений у детей и подростков. Активные методы детоксикации. Отравление лекарственными препаратами, средствами бытовой химии, угарным газом. /Пр/	1	8	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9	
4.3	Подготовка к практическим занятиям. Написание рефератов, презентаций, литературного обзора. /Ср/	1	9	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9	
	Раздел 5. Интенсивная терапия при асфиксии, синдроме дыхательных расстройств.					
5.1	Лекция /Лек/	1	0	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9	
5.2	Интенсивная терапия при асфиксии, синдроме дыхательных расстройств, гнойно-септических заболеваниях, геморрагическом синдроме. /Пр/	1	8	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9	
5.3	Подготовка к практическим занятиям. Написание рефератов, презентаций, литературного обзора. /Ср/	1	9	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9	
	Раздел 6. Коррекция нарушений водно-электролитного обмена у детей и подростков, принципы инфузионной терапии.					
6.1	Лекция /Лек/	1	0	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9	

6.2	Принципы парентерального питания. Коррекция нарушений водно-электролитного обмена у детей и подростков, принципы. /Пр/	1	10	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9	
6.3	Подготовка к практическим занятиям. Написание рефератов, презентаций, литературного обзора. /Ср/	1	8	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9	
Раздел 7.						
7.1	Подготовка к теоретическому опросу. Подготовка к тестированию. Подготовка к решению ситуационных задач. /Зачёт/	1	0	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5 Л1.6Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9	

5. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

5.1. Оценочные материалы для текущего контроля и промежуточной аттестации

Представлены отдельным документом

5.2. Оценочные материалы для диагностического тестирования

Представлены отдельным документом

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

6.1. Рекомендуемая литература

6.1.1. Основная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л1.1	Дедов И.И., Петеркова В.А., Малиевский О.А., Ширяева Т.Ю.	Детская эндокринология: учебник	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022, https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970465141.html	2
Л1.2	Папаян Е. Г., Ежова О. Л.	Оказание неотложной медицинской помощи детям. Алгоритмы манипуляций	Санкт-Петербург: Лань, 2022, https://e.lanbook.com/book/197573	1
Л1.3	Самойлова Ю.Г., Олейник О.А.	Клиническая эндокринология детей и подростков: Учебное пособие	Москва: ООО "Научно-издательский центр ИНФРА-М", 2021, http://znanium.com/catalog/document?id=382109	1

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л1.4	Оробей М. В., Зяблицкая Н. К.	Клиническая иммунология и аллергология в педиатрии: учебное пособие для самостоятельной работы обучающихся по специальности 31.05.02 «педиатрия»	Барнаул: АГМУ, 2021, https://e.lanbook.com/book/219422	1
Л1.5	А.М. Мкртумян, А.А. Нелаева	Неотложная эндокринология : учебник	ГЭОТАР - Медиа , 2020	0
Л1.6	А.М. Мкртумян, А.А. Нелаева	Неотложная эндокринология : учебник	ГЭОТАР - Медиа, 2022	0

6.1.2. Дополнительная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л2.1	Кильдиярова Р.Р.	Детские болезни: учебник	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021, https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459645.html	2
Л2.2	Кильдиярова Р.Р., Макарова В.И.	Поликлиническая и неотложная педиатрия: учебник	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021, https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.html	2
Л2.3	Кильдиярова Р.Р., Лобанов Ю.Ф., Легонькова Т.И.	Физикальное обследование ребенка: учебное пособие	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022, https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463758.html	2
Л2.4		Материалы ежегодной конференции детских эндокринологов ЦФО "Неотложные состояния в эндокринологии": материалы конференции	Рязань, РГМУ, 2022	0

6.1.3. Методические разработки

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л3.1	Сергиенко Д. Ф.	Педиатрия. Сборник ситуационных задач для студентов по разделу «Эндокринология»: учебное пособие	Астрахань: АГМУ, 2022, https://e.lanbook.com/book/300053	1

6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"

Э1	Электронно-библиотечная система «КнигаФонд»
Э2	Электронная библиотека 1-го МГМУ им. И. М. Сеченова
Э3	справочник лекарственных средств РЛС
Э4	всероссийская образовательная интернет-программа для врачей
Э5	российское респираторное общество
Э6	Медицина и здоровье в России
Э7	Вся медицина в Интернет
Э8	Медицинская поисковая система для специалистов и пациентов
Э9	Коллекции Электронных изданий Российской национальной библиотеки

6.3.1 Перечень программного обеспечения

6.3.1.1	Пакет прикладных программ Microsoft Office.
---------	---

6.3.2 Перечень информационных справочных систем

6.3.2.1	"Гарант", "Консультант плюс", "Консультант-регион"
---------	--

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	1. Учебные комнаты кафедры детских болезней (на базе Сургутской городской клинической больницы)с оборудованием:
7.2	- проектор,
7.3	- ноутбук,
7.4	- фотоаппарат цифровой,

7.5	- персональные компьютеры.
7.6	2.Педиатрическое отделение №1, №2 (детский корпус Сургутской городской клинической больницы)
7.7	3.Клинические лаборатории и диагностические отделения Сургутской городской клинической больницы
7.8	4.Сургутская клиническая городская поликлиника №1, №2, №5
7.9	5.Симуляционный класс «Педиатрия» оснащён фантомами, муляжами детей разного возраста, симуляторами новорожденного, грудного ребёнка и подростка с компьютерными программами различных неотложных ситуаций
7.10	6.Анатомический зал СурГУ
7.11	7.Электронно-библиотечная система СурГУ и электронная информационно-образовательная среда
7.12	Наглядные пособия и технические средства обучения :
7.13	Таблицы и микротаблицы:
7.14	1.Классификация нарушений углеводного обмена.
7.15	2.Центильные таблицы отклонений роста у детей.
7.16	3.Классификация заболеваний надпочечников у детей.
7.17	4.Кровообращение системы мать-плацента-плод
7.18	5.Врожденные пороки сердца.
7.19	Лекции на CD :
7.20	1.Российская медицинская библиография ГЦМБ 1988-1995.
7.21	2.Электронная медицинская библиотека.
7.22	3.Большая медицинская энциклопедия.
7.23	Видеоматериалы
7.24	1.Учебный фильм «Сердечно-легочная реанимация»;
7.25	2.Учебные фильмы по сахарному диабету;
7.26	4.Небулайзерная терапия в практике врача педиатра;
7.27	7.Бронхиальная астма у детей.

Оценочные материалы для текущего контроля и промежуточной аттестации

Неотложные состояния

Код, направление подготовки	31.08.17 Детская эндокринология
Направленность (профиль)	-
Форма обучения	очная
Кафедра-разработчик	Детских болезней
Выпускающая кафедра	Детских болезней

Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

Методические материалы, определяющие процедуры оценивания результатов обучения, характеризующих этапы формирования компетенций

1. Этап проведение текущего контроля по дисциплине:

1.1. Список вопросов к занятиям для устного опроса

I. Раздел: Организация и структура службы реанимации в педиатрии.

1. Организация и структура службы реанимации в педиатрии.
2. Работа реанимационного отделения.
3. Отделение интенсивной терапии и реанимации новорожденных.
4. Выездная детская реанимационная бригада.

II. Раздел: Реанимация при терминальных состояниях у детей подростков

1. Общие принципы клинического обследования больного в анестезиолого-реанимационном аспекте.
2. Клинические проявления основных патологических синдромов и неотложных состояний.
3. Диагностические возможности лабораторных и инструментальных методов обследования больных.
4. Основные методы интенсивной терапии больных с наиболее распространенными видами неотложных состояний различного генеза.
5. Основы деятельности медперсонала отделений анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии.
6. Принципы и методы сердечно-легочной реанимации.

III. Раздел: Интенсивная терапия дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, коматозных, лихорадочных, судорожных состояний у детей. ИВЛ

1. Общие принципы клинического обследования больного в анестезиолого-реанимационном аспекте.
2. Клинические проявления основных патологических синдромов и неотложных состояний.
3. Диагностические возможности лабораторных и инструментальных методов обследования больных.
4. Основные методы интенсивной терапии больных с наиболее распространенными видами неотложных состояний различного генеза.
5. Основы деятельности медперсонала отделений анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии.
6. Принципы и методы сердечно-легочной реанимации.
7. Нарушение сознание.
8. Принципы диагностики угрожающих состояний, обусловленных неврологическими расстройствами.
9. Клиника и диагностика судорожных состояний.
10. Принципы лечения и выбор тактических решений при судорожных состояниях различной этиологии.
11. Экстракорпоральные методы детоксикации.
12. Понятие о гипербарической оксигенации.

IV. Раздел: Интенсивная терапия острых экзогенных отравлений у детей и подростков

1. Эпидемиология острых экзогенных отравлений, классификация ядовитых веществ, пути поступления ядов в организм.
2. Основные принципы ИТ острого отравления.
3. Методы и особенности выведения ядовитых веществ из ЖКТ.
4. Основные принципы и методика форсированного щелочного осмотического диуреза.
5. Экстракорпоральные методы детоксикации, показания и противопоказания, технические средства, техника исполнения.
6. Патогенез, клиника и ИТ при отравлении метиловым спиртом.
7. Патогенез, клиника и ИТ при отравлении этиловым спиртом и его суррогатами.
8. Патогенез, клиника и ИТ при отравлениях фосфоорганическими веществами.
9. Патогенез, клиника и ИТ при отравлении кислотами и щелочами.
10. Патогенез, клиника и ИТ при отравлении угарным газом.
11. Патогенез, клиника и ИТ при отравлении ядовитыми грибами.

V. Раздел: Интенсивная терапия при асфиксии, синдроме дыхательных расстройств, гнойно-септических заболеваниях, геморрагическом синдроме.

1. Особенности течения гнойно - септических заболеваний у детей.
2. Способы диагностики гнойно - септических заболеваний у новорожденных.
3. Асфиксия новорожденных. Причины возникновения.
4. Синдром дыхательных расстройств, причины, симптомы, диагностика и лечение.
5. Физиологические основы гемостаза
6. Основы диагностики геморрагических диатезов
7. Классификации геморрагических диатезов
8. Этиопатогенез, клиническая симптоматика, принципы патогенетической терапии, профилактика и прогноз основных форм геморрагических диатезов:
9. Геморрагические диатезы, обусловленные патологией сосудистой стенки –
иммунный микротромбоваскулит (болезнь Шенлейн-Геноха)
10. Геморрагические диатезы, обусловленные патологией тромбоцитарного звена гемостаза -
геморрагическая тромбоцитопеническая болезнь (болезнь Верльгофа)
11. Геморрагические диатезы, обусловленные дефицитом плазменных факторов свертывания крови
(наследственные коагулопатии) - гемофилии А, В (болезнь Кристмаса), С (болезнь Розенталя),
болезнь фон Виллебранда.
12. Интенсивная терапия при геморрагических диатезах.

VI. Раздел: Коррекция нарушений водно-электролитного обмена у детей и подростков, принципы инфузионной терапии

1. Принципы парентерального питания.

Понятие полное и частичное парентеральное питание.

2. Методы коррекция нарушений водно-электролитного обмена у детей и подростков.
3. Принципы инфузионной терапии.
4. Контроль адекватности парентерального питания.
5. Контроль адекватности инфузионной терапии.
6. Компоненты парентерального питания. Растворы для проведения коррекции нарушений водно-электролитного обмена.

Вывод: Подготовка к устному опросу и выполнение данного задания позволяет оценить сформированность части следующих компетенций: ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2.

2.2. Список тем рефератов и презентаций к занятиям для самостоятельной работы ординатора

1. Экстракорпоральная детоксикация
2. Лихорадочные состояния при неинфекционных заболеваниях
3. Неотложная помощь при отравлении опиатами и барбитуратами.
4. Принципы антидотной терапии.

Рекомендации по оцениванию рефератов

Написание реферата предполагает глубокое изучение обозначенной проблемы.

Критерии оценки

Оценка «отлично» – выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.

Оценка «хорошо» – основные требования к реферату и его защите выполнены, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.

Оценка «удовлетворительно» – имеются существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.

Оценка «неудовлетворительно» – тема реферата не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

Вывод: Выполнение данного задания позволяет оценить сформированность части следующих компетенций ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2.

∴

1. Этап: ЗАЧЕТ

2.1. Список вопросов к зачету

1. Служба реанимации и интенсивной терапии. Организация, цели, задачи. Инфузионно-трансфузионная терапия.

Определение понятий: реанимация, интенсивная терапия. Понимание принципов взаимодействия службы педиатрии и интенсивной терапии. Значение интенсивной терапии в оказании помощи пациентам. Знание и возможность интерпретации лабораторных и инструментальных методов исследования пациентов.

Знание показаний и противопоказаний к использованию коллоидных и кристаллоидных растворов. Осложнения проведения инфузионно-трансфузионной терапии.

2. Анафилактические реакции: отек Квинке, крапивница, анафилактический шок.

Определение понятий: анафилактические реакции, дистрибутивный шок, аллергия. Патогенез развития анафилактических реакций. Гемодинамический профиль анафилактического шока. Принципы оказания неотложной помощи при возникновении анафилактической реакции. Качественный и количественный состав инфузионной терапии. Показания к назначению вазопрессоров и системных кортикостероидов.

3. Неотложные состояния: гипертонический криз, коллапс, инфаркт миокарда. Острая дыхательная недостаточность: пневмония, острый бронхообструктивный синдром, астматический статус.

Основные неотложные ситуации, связанные с вовлечением в процесс сердечнососудистой системы. Патогенез возникновения. Современные подходы к мониторингу. Принципы оказания неотложной помощи. Методы аппаратной и медикаментозной поддержки при острой сердечной недостаточности. Меры профилактики. Классификация острой дыхательной недостаточности. Методы клинического обследования больного с острой дыхательной недостаточностью. Эффективные лабораторные методы оценки недостаточности функции внешнего дыхания. Клинические проявления острой дыхательной недостаточности в зависимости от этиологии. Современные подходы к оказанию неотложной помощи пациентам с острой дыхательной недостаточностью. Основные принципы проведения кислородотерапии. Ингаляционная терапия. Показания к использованию системных кортикостероидов. Показания к госпитализации пациентов в ОРИТ. Методы оценки эффективности проведения ингаляционной и кислородотерапии.

4. Шок. Классификация, критерии шока, принципы оказания неотложной помощи

Определение понятия шок. Современные критерии шока. Классификация шока. Принципы проведения инфузионной терапии при различных видах шока. Показания к назначению различных вазопрессоров. Оценка эффективности проведения терапии при различных видах шока.

5. Острые нарушения сознания: дифференциальная диагностика и интенсивная терапия

Определение понятия острая церебральная недостаточность. Причины возникновения коматозных состояний. Шкала оценки степени нарушения сознания (шкала ком Глазго). Объем диагностических

исследований при остром нарушении сознания. Общие принципы оказания неотложной помощи при остром нарушении сознания.

1. Сердечно-легочная реанимация

Современный протокол проведения сердечно-легочной реанимации. Эффективные методы дефебриляции. Принципы поддержания жизни пациента. Расширенный протокол сердечно-легочной реанимации. Оценка эффективности проведения сердечно-легочной реанимации. Критерии окончания проведения сердечно-легочной реанимации. Осложнения проведения сердечно-легочной реанимации.

Вывод: устный опрос по данному разделу позволяет оценить сформированность части следующей компетенции: **ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2.**

1.1 Тестовый контроль

1. У ребенка 10-ти месяцев, больного ОРВИ, во время беспокойства появилось шумное дыхание; диагностирован стеноз гортани 1 степени.

Что из лечебных мероприятий Вы используете на догоспитальном этапе?

1. Паровые ингаляции
2. Антигистаминные средства ответ по коду
3. Горячие ванны
4. Мочегонные средства

2. У ребенка полутора лет на фоне тяжелой респираторной инфекции с высокой температурой возник приступ фебрильных судорог, продолжавшихся около 2 минут.

Что из нижеперечисленного назначил ребенку врач (во время визита судороги не повторялись)?

1. Антипиретики
2. Фенобарбитал ответ по коду
3. Диакарб
4. Седуксен

3. Ребенок 8-ми месяцев с экссудативным диатезом третий день болен ОРВИ с явлениями ринита, кашлем, температурой до 38,5⁰С. Сегодня при беспокойстве появилось несколько затрудненное дыхание, с шумным вдохом, втяжением уступчивых мест грудной клетки. Кашель стал грубым. Признаков дыхательной недостаточности нет.

Как следует расценивать появившиеся симптомы?

- A. Приступ бронхиальной астмы
- B. Обструктивный бронхит
- C. Синдром крупа
- D. Начинаяющаяся пневмония
- E. Коклюш

4. Недоношенный ребенок первой недели жизни помещен в кроватку с электроподогревом. Утром при измерении у него температуры тела отмечено повышение ее до 38,4⁰С.

Какая из причин подъема температуры наиболее вероятна в данном случае?

- A. Инфекция
- B. Перинатальное поражение ЦНС
- C. Нарушение теплоотдачи
- D. Злокачественная гипертермия
- E. Ни одно из вышеперечисленного

5. У ребенка 4-х месяцев с повреждением ЦНС гипоксически-травматического генеза отмечено повышение температуры тела до 38,5-39,0⁰С. После обследования установлен нейрогенный генез “лихорадки”.

Какие из симптоматических жаропонижающих мероприятий целесообразно использовать?

1. Антипиретики центрального действия
2. Гипотермические препараты ответ по коду
3. Сосудистые препараты
4. Физические методы охлаждения

6. У мальчика полутора лет на фоне ОРВИ, протекавшей с повышением температуры тела 39,8⁰С, возник приступ клонико-тонических судорог. Врач скорой помощи расценил их как фебрильные.

Что способствует возникновению фебрильных судорог?

13. Мальчик 1 года заболел остро: температура тела 38,5⁰С, ринит, кашель. К вечеру появилось беспокойство, шумное дыхание, инспираторная одышка с втяжением яремной впадины и умеренный цианоз носогубного треугольника.

Как следует расценивать появившиеся симптомы?

- А. Компенсированный стеноз гортани
- В. Субкомпенсированный стеноз гортани
- С. Декомпенсированный стеноз гортани
- Д. Терминальная фаза стеноза
- Е. Ларингит

14 Ребенок 8-ми месяцев заболел остро: жидкий стул, рвота. Диагностирована кишечная инфекция.

Что из нижеперечисленного свидетельствует о появлении обезвоживания у ребенка?

- 1. Жажда
- 2. Пульсация большого родничка ответ по коду
- 3. Сухость слизистых оболочек
- 4. Повышение температуры тела

15. 9-месячный мальчик доставлен в стационар с признаками обезвоживания 3 степени.

Что позволило диагностировать тяжелую дегидратацию?

- 1. Резкое снижение тургора тканей
- 2. Диурез ниже 10 мл/час ответ по коду
- 3. Акроцианоз
- 4. Повторная рвота

16. У ребенка 10-ти месяцев с кишечной инфекцией диагностирована 2 степень дегидратации с потерей массы тела до 7%.

Какая лечебная тактика целесообразна в этом случае?

- 1. Внутривенное введение гемодеза
- 2. Внутривенное введение реополиглюкина ответ по коду
- 3. Внутривенное введение глюкозо-солевых растворов
- 4. Энтеральное введение глюкозо-солевых растворов

17. Ребенок двух с половиной лет, имеющий лимфатико-гипопластическую форму аномалии конституции, часто болеет ОРВИ. Мать в течение последних суток отмечает снижение аппетита, вялость, затруднение носового дыхания. Температура тела 37,0⁰С. Ночью впервые развился приступ мучительного кашля, дыхание шумное, свистящее, слышно на расстоянии, ребенок резко беспокоен. Врач неотложной помощи при осмотре выявил одутловатость лица, цианоз носогубного треугольника, число дыханий 52-60 в минуту, пульс 140 в минуту, аускультативно в легких масса сухих свистящих и разнокалиберных влажных хрипов с обеих сторон. Наиболее вероятный клинический диагноз в данной ситуации?

- А. ОРВИ с обструктивным синдромом
- В. Инородное тело бронхов
- С. Приступ бронхиальной астмы
- Д. Острая пневмония
- Е. Коклюш

18. Какие лечебные мероприятия необходимы в первую очередь?

- А. Подкожное введение 0,1% раствора атропина
- В. Назначение антибиотиков
- С. Бронхоскопия в условиях стационара
- Д. Ингаляция бетта-2-агониста
- Е. Ни одно из вышеперечисленных

19. Причинами летальных исходов при бронхиальной астме могут служить следующие состояния:

- 1. Острая эмфизема легких
- 2. Асфиктический криз ответ по коду
- 3. Спонтанный пневмоторакс
- 4. Несвоевременное назначение кортикостероидов

20. Известно, что зуфиллин нередко применяется при острых приступах бронхиальной астмы. Назовите типичные признаки, свойственные передозировке этого препарата:

1. Судороги
 2. Боли в животе
 3. Нарушение сердечного ритма
 4. Снижение АД
- ответ по коду

21. На тяжесть приступа бронхиальной астмы у ребенка школьного возраста, требующего неотложной госпитализации, указывают следующие клинические показатели:

1. Гипертермия
 2. Тахипноэ более 32 в минуту и тахикардия
более 120 в минуту
 3. Обилие сухих свистящих хрипов
 4. Парадоксальный пульс с перепадами
давления более 20 мм рт.ст.
- ответ по коду

22. Назовите возможные осложнения острого гломерулонефрита, требующие неотложных лечебных мероприятий:

1. Эклампсия
 2. Острая недостаточность кровообращения
 3. Острая почечная недостаточность
 4. Некроз почечных сосочков
- ответ по коду

23. Что из перечисленного ниже может явиться вероятной причиной ОПН у детей?

- A. Острый гломерулонефрит
- B. Наследственный нефрит
- C. Пиелонефрит
- D. Дисметаболическая нефропатия
- E. Рефлюкс-нефропатия

24. У ребенка 6-ти лет на 4-й день заболевания острый гломерулонефрит, протекающий с нефротическим синдромом, макрогематурией, артериальной гипертензией, осложнился острой почечной недостаточностью. Какие из нижеперечисленных клинических симптомов свидетельствуют о развитии ОПН?

1. Головная боль, заторможенность
 2. Диспептические расстройства в виде
рвоты и диареи
 3. Диурез 200 мл в сутки
 4. Температура тела 37,8-38,2⁰C
- ответ по коду

25. Какие из перечисленных ниже лабораторных показателей подтверждают наличие ОПН?

1. Гиперазотемия
 2. Клубочковая фильтрация 50 мл/мин.
 3. Гиперкалиемия
 4. Гипернатриемия
- ответ по коду

26. У ребенка 3,5 лет на фоне подъема температуры до 38⁰C, ринита появился грубый лающий кашель и инспираторный стрidor с втяжением уступчивых мест грудной клетки, беспокойство.

Что, вероятнее всего, может явиться причиной острой обструкции верхних дыхательных путей у данного ребенка?

1. Острый стенозирующий ларинготрахеит
 2. Ларингоспазм
 3. Острый эпиглотит
 4. Аллергический отек гортани
- ответ по коду

27. Что следует предпринять на догоспитальном этапе, если у ребенка диагностирован субкомпенсированный стеноз гортани?

1. Паровые содовые ингаляции
 2. Назначение эуфиллина
 3. В/м введение кортикостероидов
 4. Назотрахеальная интубация
- ответ по коду

28. Что является показанием для проведения симптоматической жаропонижающей терапии у ребенка раннего возраста?

1. Температура тела 39⁰C
 2. Фебрильные судороги в анамнезе
 3. Бледная гипертермия
- ответ по коду

4. Возраст ребенка до 3 лет

29. Антипиретики центрального действия могут быть эффективны в случаях:

1. Нейрогенной лихорадки
2. Нарушения механизмов теплоотдачи ответ по коду
3. Злокачественной гипертермии
4. Лихорадки инфекционного происхождения

30. Какие особенности ЦНС ребенка раннего возраста объясняют склонность его к развитию общемозговых реакций (гиперкинезы, судороги, гипертермия)?

1. Недостаточная дифференцировка коры головного мозга
2. Функциональная активность гипокампа ответ по коду
3. Значительная гидрофильность ткани мозга
4. Высокий тонус восходящей ретикулярной формации

31. Какие из нижеперечисленных признаков судорожного синдрома следует считать прогностически неблагоприятными?

1. Появление очаговых неврологических симптомов
2. Сохраняющееся нарушение сознания после выхода из приступа ответ по коду
3. Дыхательные нарушения
4. Преобладание клонического компонента судорог

32. У ребенка 2 лет на фоне ОРВИ и гипертермии развился приступ судорог. Последние были расценены как фебрильные.

Каким противосудорожным препаратам следует отдать предпочтение в подобной ситуации?

1. Диазепам
2. Хлоралгидрат ответ по коду
3. Оксипутират натрия
4. Аминазин

33. Какие клинические симптомы из перечисленных ниже свидетельствуют о развивающемся у ребенка 1,5 лет с острой кишечной инфекцией гиповолемическим шоком с централизацией кровообращения?

1. Потеря 8-9% массы тела
2. Акроцианоз и "мраморность" кожи ответ по коду
3. Замедление расправления кожной складки и западение родничка
4. Холодные конечности и анурия

34. У ребенка 1 года 3 месяцев на фоне повышения температуры тела 38⁰С появился частый жидкий стул, 4 раза была рвота. Осмотревший его врач диагностировал острую кишечную инфекцию с симптомами обезвоживания 2 степени.

Какие симптомы позволили установить степень дегидратации?

1. Потеря массы тела 7%
2. Стул обильный до 10 раз в сутки ответ по коду
3. Умеренная сухость слизистых оболочек
4. Выраженная вялость, адинамия

35. Какие формы регидратации целесообразно использовать при обезвоживании 2 степени без признаков начинающегося гиповолемического шока?

- A. Водно-чайная пауза в течение 8 часов
- B. Оральная регидратация глюкозо-солевых растворов
- C. Парентеральное введение глюкозо-солевых растворов
- D. Введение коллоидных растворов для восстановления ОЦК
- E. Ни одно из вышеперечисленного

36. У ребенка 3 лет диагностировано отравление барбитуратами.

Что из перечисленного ниже необходимо предпринять? Верно все, кроме:

- А. Промывание желудка
- В. Форсированный диурез
- С. Введение аналептиков дыхания (бемегрид, кордиамин, кофеин)
- Д. Искусственная вентиляция легких
- Е. Согревание больного

37. Укажите наиболее эффективный способ лечения нарушения дыхания на фоне отравления снотворными и седативными препаратами:

- А. Введение внутривенно антигипоксантов
- В. Введение внутривенно дыхательных аналептиков
- С. Введение глюкокортикоидов
- Д. Оксигенотерапия, кардиотонические средства
- Е. Интубация трахеи, искусственная вентиляция легких

38. Какой раствор из перечисленных ниже способствует восстановлению микроциркуляции у больного с кишечным токсикозом:

- А. Раствор Рингера
- В. Полиионный раствор
- С. Полиглюкин
- Д. Реополиглюкин
- Е. Альбумин

39. Что из указанного ниже может наиболее достоверно свидетельствовать о развитии у больного гиповолемического шока?

- А. АД, пульс, температура тела
- В. Цвет кожных покровов
- С. Диурез
- Д. Гемоглобин и гематокрит
- Е. Центральное венозное давление

40. Какие жидкости необходимо вводить внутривенно в качестве “стартовых” больным с гиповолемическим шоком:

- А. Кровь
- В. Коллоиды
- С. Кристаллоиды
- Д. Гидрокарбонат натрия
- Е. Альвезин

41. Какой клинический симптом наименее характерен для эксикоза 3 степени:

- А. Потеря массы тела свыше 15%
- В. Тахикардия
- С. Жажда
- Д. Снижение тургора мягких тканей
- Е. Диурез менее 10 мл\час

42. Основные направления патогенетической терапии больных с кишечным эксикозом 2-3 степени:

1. Возмещение водно-электролитных потерь
2. Увеличение буферной емкости крови ответ по коду
3. Уменьшение патологических потерь (со стулом)
4. Коррекция дисбиотических нарушений

43. Основные направления интенсивной терапии инфекционно-токсического шока у детей с острой кишечной инфекцией:

1. Ликвидация гиповолемии
2. Восстановление адекватной гемодинамики ответ по коду
3. Коррекция и поддержание водно-солевого баланса и кислотно-основного равновесия
4. Профилактика и лечение органических поражений

44. Ведущим в лечении нейротоксикоза у детей с острой кишечной инфекцией является:

- А. Пероральная регидратация и антибиотики
- В. Спазмолитики и диуретики
- С. Дегидратация и дезинтоксикация
- Д. Кортикостероиды и специфический бактериофаг

Е. Оксигенотерапия и антиоксиданты

45. Какое состояние при острой кишечной инфекции у детей из нижеперечисленных служит показанием для проведения краткосрочной терапии кортикостероидными гормонами:
- А. Развитие миокардита
 - В. Гипертермия
 - С. Инфекционно-токсический шок
 - Д. Рецидив ОКИ у детей грудного возраста
 - Е. Пробождение кишечника
46. Что из нижеперечисленного нехарактерно для инфекционно-токсического шока 2 степени при менингококковой инфекции у ребенка 10 месяцев?
- А. Мраморность кожи
 - В. Акроцианоз
 - С. Олигоанурия
 - Д. АД 80/60 мм рт.ст.
 - Е. Менингеальные симптомы
47. Какой антибиотик следует назначить данному больному в качестве “стартового”?
- А. Пенициллин
 - В. Левомецетин-сукцинат
 - С. Нетромицин
 - Д. Цефамизин
 - Е. Сумамед
48. Какое мероприятие следует провести в первую очередь ребенку 3-х лет с многократной рвотой и частым жидким водянистым стулом (первый день болезни)?
- А. Промыть желудок до чистых промывных вод
 - В. Сделать сифонную клизму
 - С. Назначить противорвотные препараты
 - Д. Назначить седативные препараты
 - Е. Назначить антибиотик
50. Основные причины острой почечной недостаточности (ОПН) в первые дни жизни?
- 1. Тяжелая гипоксия
 - 2. Синдром дыхательных расстройств ответ по коду
 - 3. Воздействие лекарств
 - 4. Воспалительные процессы в почках
51. Основные причины острой почечной недостаточности (ОПН) у новорожденных после 7 дней жизни?
- 1. Пороки развития почек
 - 2. Тромбоз почечных артерий как осложнение катетеризации пупочных артерий (введение гипертонического раствора) ответ по коду
 - 3. Сепсис, вызванный грамотрицательной флорой
 - 4. ОПН лекарственного происхождения
52. Наиболее частые причины опухолевидных образований в животе новорожденного:
- 1. Гидронефроз
 - 2. Нефробластома (опухоль Вильмса) ответ по коду
 - 3. Поликистоз почек
 - 4. Киста брыжейки
53. Наиболее часто встречающиеся осложнения, возникающие при антибиотикотерапии у новорожденных:
- 1. Усиление токсичности билирубина
 - 2. Подавление иммунитета ответ по коду
 - 3. Дисбактериоз
 - 4. Гиповитаминоз
54. Основные причины бронхолегочной дисплазии у новорожденных детей из нижеперечисленных:
- 1. Болезнь гиалиновых мембран

1. Рекомендации по оцениванию результатов тестирования ординатора

Критерии оценки результатов тестирования

Оценка (стандартная)	Оценка (тестовые нормы)
Отлично	80 – 100%
Хорошо	70 – 79%
Удовлетворительно	60 – 69%
Неудовлетворительно	Менее 60%

Вывод: Выполнение данного задания позволяет оценить сформированность следующих компетенций (части компетенций): ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2.

2.3 Ситуационные задачи

Задача №1

Мальчик Л., 8 месяцев, направлен в стационар в связи с фебрильной лихорадкой до 39,8°C и выраженным возбуждением.

Из анамнеза известно, что ребенок заболел остро 2 дня назад, когда появились катаральные явления со стороны носоглотки, отмечался подъем температуры тела до 37,4-37,7°C, появилась вялость, ребенок стал отказываться от еды и питья. В доме старшая сестра больна ОРВИ. На третьи сутки от начала заболевания температура тела повысилась до 39,8°C.

При осмотре врачом "скорой помощи" отмечают бледность кожи, резкое возбуждение ребенка, конечности холодные; на осмотр реагирует негативно. Из носа слизистые выделения, зев ярко гиперемирован, разрыхлен, налетов нет. ЧД - 54 в минуту, дыхание частое и глубокое. Над всей поверхностью легких перкуторно - звук легочный. Аускультативно дыхание жесткое, проводится с обеих сторон, хрипы в легких не выслушиваются. Визуально область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 0,5 см снаружи от правой парастернальной линии, верхняя - II ребро, левая - на 1,0 см снаружи от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, умеренно приглушены, ЧСС - 138 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень +2 см ниже реберной дуги. Менингеальной и очаговой симптоматики не выявляется. Стул, мочеиспускание не нарушены. После введения литической смеси в/м (50% анальгин 0,3 мл + 1% димедрол 0,5 мл) температура не снизилась. Ребенок доставлен в приемное отд. детского стационара, откуда направлен в палату интенсивной терапии. Гемограмма: гемоглобин 112 г/л, эритроциты $3,0 \times 10^{12}/л$, ЦП 0,83, лейкоциты $4,8 \times 10^9/л$ п/ядерные 4%, с/ядерные 22%, эозинофилы 1%, лимфоциты 66%, моноциты 7%, СОЭ 11 мм/час.

Общий анализ 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.

Биохимический анализ крови: общий белок 72 г/л, мочевины 4,7 ммоль/л, калий 4,3 ммоль/л, натрий 138 ммоль/л, АлТ 23 Ед/л (норма - до 40), АсТ 19 Ед/л (норма - до 40), серомукоид 0,180 (норма - до 0,200).

Задание:

1. Укажите ведущие синдромы.
2. Обоснуйте предположительную этиологию заболевания.
3. Особенности неотложной помощи. Правильная ли тактика врача скорой помощи?
4. Какие Вы предполагаете отклонения в газовом составе крови и какова причина?
5. План ведения ребенка в палате интенсивной терапии
6. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
7. План ведения в поликлинике после выписки из стационара.

Задача №2.

Больной В., 2 года 8 мес., поступил в приемное отделение с жалобами на кашель, повышение температуры до 37,5, одышку.

Анамнез заболевания: болен в течение 3 дней, когда на фоне повышения температуры до 37,8°C появился сухой кашель и насморк. Мама лечила ребенка самостоятельно (жаропонижающие препараты и отхаркивающие травы). Через два дня состояние его ухудшилось, появилась выраженная одышка, свистящее дыхание, беспокойство, в связи с чем родители обратились к врачу. Подобные эпизоды одышки на фоне ОРВИ регистрировались ранее 3 раза.

Анамнез жизни: ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне гестоза 1-й половины. Роды срочные, с массой 3200 г, длиной тела 51 см. Рос и развивался соответственно возрасту. Аллергологический анамнез неотягощен. Проф. прививки проведены по графику. Родители практически здоровы. Объективно состояние

средней тяжести. Ребенок возбужден. Кожные покровы чистые, температура тела 37,2⁰С. Цианоз носогубного треугольника, гиперемия зева. Грудная клетка вздута формы, заметно участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры. Дыхание свистящее, с удлиненным выдохом, перкуторный звук с тимпаническим оттенком, ЧД 50 в минуту. Аускультативно на фоне удлиненного выдоха выслушиваются диффузные сухие свистящие хрипы с обеих сторон. Границы сердца не расширены, тоны ритмичные, приглушенные, до 140 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см. Стул оформлен, регулярный, диурез свободный.

Гемограмма: эритроциты $4,1 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 118 г/л, лейкоциты $3,8 \times 10^9/л$, эозинофилы 2%, палочкоядерные 3%, сегментоядерные 29%, лимфоциты 61%, моноциты 5%, СОЭ 15 мм/час.

Рентгенограмма органов грудной клетки: отмечается повышение прозрачности легочной ткани, диффузное усиление бронхосудистого рисунка.

Задание:

1. Укажите ведущий синдром.
2. Оцените данные гемограммы.
3. Оцените результаты рентгенограммы
4. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
5. Назначьте лечение.
6. Укажите прогноз заболевания.
7. Составьте план диспансерного наблюдения.

Задача №3.

Больной А., 4,5 лет, поступил в отделение с жалобами матери на повышение температуры до 39 С, влажный кашель, стонущее дыхание, снижение аппетита, вялость.

Ребенок заболел остро 5 дней назад повысилась температура до 38,5-39⁰С, которая снижалась после жаропонижающих средств, на очень короткое время; сухой кашель, потеря аппетита, возбуждение. Лечение проводилось в амбулаторных условиях таблетками парацетамола и феноксиметилпенициллина. В последние 2 дня состояние мальчика значительно ухудшилось: появилось стонущее дыхание, ребенок стал адинамичным, нарушился сон.

Анамнез жизни без особенностей. Объективно: при поступлении состояние ребенка очень тяжелое. Температура 39,5⁰С. Влажный кашель, стонущее дыхание. Отмечается бледность кожных покровов, мраморность, цианоз носогубного треугольника, акроцианоз, пастозность стоп. Тургор мягких тканей снижен. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание учащено до 54 в мин. с участием вспомогательной мускулатуры. Перкуторно над легкими укорочение перкуторного звука справа в подлопаточной области. Аускультативно: на фоне диффузных разнокалиберных влажных хрипов, справа дыхание ослабленное, отмечается крепитация. Границы сердца расширены, тоны приглушены, тахикардия до 150 в минуту, короткий систолический шум. Живот мягкий, печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание урежено. Стул не нарушен. Ребенок посещает детский сад.

Гемограмма: эритроциты $3,9 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 121 г/л, лейкоциты $13,5 \times 10^9/л$, эозинофилы 1%, палочкоядерные 4%, сегментоядерные 55%, лимфоциты 40%, моноциты 10%, СОЭ 35 мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок 66 г/л, билирубин 10 мкмоль/л, тимоловая проба 2 ед.

Рентгенография грудной клетки: усиление сосудистого рисунка, очаговая инфильтрация легочной ткани в С₈ справа. Сердце расширено в поперечнике.

Задание:

1. Обоснуйте диагноз
2. Оцените гемограмму
3. С чем надо дифференцировать изменения на рентгенограмме? Каким образом?
4. Назначить лечение
5. Критерии выздоровления
6. План ведения в поликлинике после выздоровления

Задача №4.

Девочка 6 лет. Участковый врач посетил ребенка на дому по активу, полученному от врача неотложной помощи. Жалобы на приступообразный кашель, свистящее дыхание.

Девочка от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов. Масса при рождении 3400 г, длина 52 см. Период новорожденности - без особенностей. На искусственном вскармливании с 2 месяцев. До 1 года жизни страдала детской экземой. Не переносит шоколад, клубнику, яйца (на коже появляются высыпания). Семейный анамнез: у матери - рецидивирующая крапивница, у отца - язвенная болезнь желудка. В возрасте 3 и 4 лет, в мае, за городом у девочки возникали приступы удушья, которые самостоятельно купировались при переезде в город. Настоящий приступ возник после употребления в пищу шоколада. Врачом неотложной помощи проведены экстренные мероприятия. Приступ купирован. Передан актив участковому врачу.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, синева под глазами. На щеках, за ушами, в естественных складках рук и ног сухость, шелушение, расчесы. Язык "географический", заеды в углах рта. Дыхание свистящие, слышное на расстоянии. Выдох удлинен. ЧД -28 в 1 минуту. Над легкими перкуторный звук с коробочным оттенком, аускультативно: масса сухих свистящих хрипов по всей поверхности легких. Границы сердца: правая - на 1 см кнутри от правого края грудины, левая - на 1 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны приглушены. ЧСС -72 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под реберного края. Селезенка не пальпируется. Стул ежедневный, оформленный.

Гемограмма: гемоглобин 118 г/л, эритроциты $4,3 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $5,8 \times 10^9/л$, п/ядерные 1%, с/ядерные 48%, эозинофилы 14%, лимфоциты 29%, моноциты 8%, СОЭ 3 мм/час.

Общий анализ мочи: количество 100,0 мл, относительная плотность 1016, слизи - нет, лейкоциты 3-4 в п/з, эритроциты - нет.

Рентгенограмма грудной клетки: легочные поля повышенной прозрачности, усиление бронхолегочного рисунка в прикорневых зонах, очаговых теней нет.

Задание:

1. Перечислите имеющиеся синдромы. При каких заболеваниях они встречаются. Укажите ведущий синдром.
2. Оцените результаты дополнительных методов исследования.
3. Проведите дифференциальный диагноз.
4. Обоснуйте и сформулируйте клинический диагноз.
5. Приведите классификацию данного заболевания.
6. Неотложные мероприятия, необходимые в данном случае?
7. Назначьте лечение после снятия обострения.
8. В каком случае необходима госпитализация ребенка?
9. Составьте план обследования после снятия обострения
10. Консультации каких специалистов необходимы данному ребенку?
11. Составьте план диспансерного наблюдения.

Задача №5.

Ребенок 2,5 лет, посещает детский сад, заболел остро с повышением температуры тела до $39^{\circ}C$, была повторная рвота, жаловался на головную боль. В конце дня - кратковременные судороги, потеря сознания. Доставлен в больницу с диагнозом токсическая форма гриппа.

При осмотре: состояние очень тяжелое, кожа серого цвета, акроцианоз. На коже живота, груди, конечностей - геморрагическая сыпь различной величины и формы. Ребенок сонлив. Температура тела $39^{\circ}C$. Артериальное давление - 50/25 мм рт.ст. В легких жесткое дыхание, тоны сердца аритмичные, тенденция к брадикардии. Живот мягкий, печень +1 см., не мочится. Через 2 часа состояние ухудшилось. Лежит в вынужденной позе с запрокинутой головой, стонет, увеличилось количество геморрагических элементов на коже. Многократная рвота. Пульс слабый ЧСС 130 в мин. Зрачки умеренно расширены, реакция на свет вялая.

Клинический анализ крови: гемоглобин 120 г/л, эритроциты $3,6 \times 10^9/л$, тромбоциты $170 \times 10^9/л$, лейкоциты $17,0 \times 10^9/л$, п/ядерные 27%, с/ядерные 53%, эозинофилы 2%, лимф. 10%, моноциты 8%, СОЭ 30 мм/час.

Ликворограмма: цвет - мутный, опалесцирует, цитоз $1800/3,0$ белок 0,460 г/л, лимфоциты 10%, нейтрофилы 90%.

Задание:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Оцените результаты клиники и дополнительных методов исследования.
3. С какими нозологиями необходимо провести дифференциальный диагноз.
4. Какие лабораторно-инструментальные исследования следует провести для подтверждения ОНГМ?
5. Неотложные мероприятия на догоспитальном этапе.
6. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге.
7. Укажите методы специфической профилактики данного заболевания.

Задача №6.

Мальчик 8 месяцев, поступил в стационар на 2-й день болезни в крайне тяжелом состоянии.

Заболел остро: температура тела $38^{\circ}C$, повторная рвота, покашливал. Затем состояние ухудшилось, на теле появились геморрагические высыпания.

При поступлении: ребенок вял, адинамичен, зрачки умеренно расширены, реакция на свет вялая. Кожа серого цвета. По всей поверхности множественные, различной величины и формы темно-багровые участки сливающейся геморрагической сыпи, некоторые элементы сыпи с некрозом в центре. В легких жесткое

дыхание, хрипов нет. Тоны сердца глухие. Артериальное давление - не определяется. Живот умеренно вздут. Печень +1 см. Не мочится.

Данные дополнительных исследований:

Осмотр окулиста - расширение вен сетчатки, кровоизлияния на глазном дне.

Клинический анализ крови: НЬ - 120 г/л, эритроциты - $3.6 \times 10^{12}/л$, тромбоциты - $137 \times 10^9/л$, лейкоциты - $17.2 \times 10^9/л$; палочкоядерные - 37%, сегментоядерные - 33%, эозинофилы - 2%, лимфоциты - 25%, моноциты - 3%; СОЭ - 35 мм/час.

Задание:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Оцените результаты клиники и дополнительных методов исследования.
3. С какими нозологиями необходимо провести дифференциальный диагноз.
4. Какие клинические признаки характерны для синдрома Уотерхауза – Фридериксена?
5. Какие АБ препараты будете назначать в данном клиническом случае.
6. Какие методы лабораторной диагностики используют для подтверждения диагноза МИ?
7. Укажите методы специфической профилактики данного заболевания.
8. Какими препаратами происходит вакцинация против МИ.

Задача №7.

Ребенок 6 лет, посещает детский сад, где зарегистрировано несколько случаев заболевания кишечными инфекциями.

Заболел остро: повысилась температура тела до 39°C , была повторная рвота и жидкий каловый стул с примесью слизи и зелени. К концу суток температура повысилась до $40,5^{\circ}\text{C}$, возникли судороги клонического характера, участился стул до 10 раз, появились прожилки крови в кале, боли в животе перед актом дефекации.

При поступлении в стационар: состояние тяжелое, отмечается общая вялость, сменяющаяся беспокойством. Продолжает высоко лихорадить, но судороги после литической смеси и седуксена прекратились. В сознании, на вопросы отвечает неохотно. Кожа бледная, конечности горячие на ощупь. Язык густо обложен, сухой. Зев гиперемирован, наложений нет. В легких хрипы не выслушиваются, частота дыхания 40 в минуту. Тоны сердца звучные, систолический шум на верхушке сердца. Живот мягкий, втянут, болезненный в левой подвздошной области. Печень выступает на +1 см из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена. Сигмовидная кишка спазмирована, болезненная. Анус податлив, явления сфинктерита. Стул скудный, с большим количеством мутной слизи и сгустков крови. Не мочится, отмечается ригидность затылочных мышц, синдром Кернига и Брудзинского - положительные.

Общий анализ крови: гемоглобин 150 г/л, эритроциты $4,0 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $9,6 \times 10^9/л$, п/ядерные 12%, с/ядерные 60%, эозинофилы 2%, лимфоциты 20%, моноциты 6%, СОЭ 22 мм/час.

Копрограмма: консистенция - жидкая, слизь - большое количество, кровь - большое количество, реакция кала - щелочная, стеркобилин (-), билирубин (-), мышечные волокна (+), нейтральный жир (+), жирные кислоты (-), мыла (+), крахмал (-), йодофильная флора (++) , лейкоциты - 30-50 в п/з, эритроциты - до 100-150 в п/з, яйца глистов - отрицательно.

РНГА: с сальмонеллезным диагностикумом - отрицательная.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Перечислите симптомы дистального колита при этом заболевании.
3. Назначьте обследование с учетом утвержденных стандартов оказания медицинской помощи при данной нозологии.
4. Назначьте этиотропное лечение с учетом нозологической формы и тяжести заболевания.

Задача №8.

Ребенок 5 лет, посещает детский сад. Заболевание началось остро с повышения температуры тела до 38°C , была двукратная рвота, жалобы на боль в горле, через несколько часов мать заметила покраснение лица, сыпь на коже. Ребенок направлен в стационар.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела - $38,2^{\circ}\text{C}$, жалуется на головную боль и боль в горле. На щеках яркий румянец, бледный носогубный треугольник. Кожа сухая, на боковых поверхностях туловища, на конечностях (преимущественно на сгибательных поверхностях) обильная мелкоточечная сыпь. Дыхание через нос свободное, кашля нет. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, тоны сердца приглушены, ритм правильный, короткий систолический шум в I и V точках, пульс слабого наполнения и напряжения. ЧСС 92 уд/мин. Живот безболезненный. Печень, селезенка не увеличены, стул оформлен.

Осмотр ЛОР-врача: лакунарная ангина.

Клинический анализ крови: гемоглобин 135 г/л, эритроциты $3,4 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $15,0 \times 10^9/л$, п/ядерные 10%, с/ядерные 62%, эозинофилы 3%, лимфоциты 20%, моноциты 5%, СОЭ 30 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность 1021, реакция кислая, белок - нет, эпителий - единицы, лейкоциты 1-2 в п/з, слизь - много.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Оцените результаты лабораторных методов исследования.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Назовите критерии тяжести при данном заболевании.
5. Какие лабораторно-инструментальные исследования следует провести для его подтверждения?
6. Принципы лечение с учетом имеющихся стандартов оказания медицинской помощи с данной нозологической формой.

Задача №9.

Девочка 2 лет, заболела остро: повысилась температура тела до 39°C, появился кашель, насморк, конъюнктивит. В последующие дни катаральные явления нарастали, конъюнктивит стал более выраженным, появилась светобоязнь. На четвертый день болезни температура тела 39,5 С, сыпь на лице, в последующие дни сыпь распространилась на туловище и на конечности, катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей усилились.

При поступлении: состояние средней тяжести, температура тела 38,2°C. Вялая. На лице, туловище, конечностях - обильная ярко-розовая сыпь пятнисто-папулезная, местами сливная. Лимфоузлы всех групп, особенно шейные увеличены, безболезненные. Дыхание через нос затруднено, обильное слизисто-гнойное отделяемое. Кашель влажный. Конъюнктивит, слезотечение. Отмечается раздувание крыльев носа, цианоз носогубного треугольника, втяжение межреберий. ЧД=40 в 1 минуту. В легких перкуторно укорочение легочного звука в паравертебральных областях с обеих сторон. Аускультативно - дыхание жесткое, выслушиваются рассеянные крепитирующие хрипы. Сердечные тоны громкие, ритмичные. Зев влажный, обложен. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см. Селезенка не пальпируется. Живот мягкий, безболезненный. Определяется урчание по ходу кишечника. Стул кашицеобразный, без патологических примесей.

Общий анализ крови: гемоглобин 130 г/л, эритроциты $3,8 \times 10^{12}/л$, ЦП 0,87, лейкоциты $7,0 \times 10^9/л$, п/ядерные 5%, с/ядерные 42%, лимфоциты 49%, моноциты 4%; СОЭ 20 мм/час.

Мазок из зева (ИФ) на антигены к вирусам респираторной группы - отрицателен.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз.
2. На основании каких типичных симптомов выставлен диагноз?
3. Какие лабораторно-инструментальные исследования следует провести для его подтверждения с учетом имеющихся нормативных документов?
4. Составьте план противоэпидемических мероприятий в очаге.
5. Существует ли вакцинопрофилактика данного заболевания?

Задача №10.

В приемный покой машиной «скорой помощи» доставлен ребенок 1 г.9 мес. Заболел остро, ночью появился грубый лающий кашель, осиплость голоса, шумное дыхание, повысилась температура до 38,2 °С.

При поступлении состояние тяжелое, ребёнок беспокойный, мечется, температура - 38,5 °С. Кожные покровы бледные, цианоз носогубного треугольника. Сухой, лающий кашель, шумное дыхание. При дыхании втяжение межреберных промежутков, эпигастральной области и яремной ямки. Голос осиплый, но со звонкими нотками. Одышка инспираторного характера до 50 в минуту. В лёгких перкуторный звук не изменен, прослушиваются проводные хрипы. Умеренная гиперемия задней стенки глотки. Тоны сердца отчетливые, тахикардия до 140 в минуту. Живот мягкий, печень у края реберной дуги. Язык сухой, слювация снижена.

После проведения обследования получены следующие данные:

При ларингоскопии - гиперемия, отек и набухание слизистой оболочки гортани, отек подсвязочного пространства.

Общий анализ крови: эритроциты $4,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 121 г/л, лейкоциты $4,5 \times 10^9/л$, эозинофилы 5%, сегментоядерные 35%, лимфоциты 50%, моноциты 10%, СОЭ 15 мм/час.

Общий анализ мочи : удельный вес 1020, белок - отр., лейкоциты 1-2 в п/зр.

Профилактические прививки соответственно возрасту.

При рентгенографии грудной клетки патологии не выявлено.

После проведенного лечения состояние ребенка улучшилось. Одышка купировалась к концу суток с момента госпитализации ребёнка. Кашель исчез, голос стал звонким, температура нормализовалась. Шумноватое

дыхание, втяжения податливых мест грудной клетки возникали лишь при беспокойстве ребенка. На 7-й день пребывания в стационаре ребёнок выписан с выздоровлением.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Проведите дифференциальный диагноз с дифтерией гортани.
4. Назначьте этиотропное лечение.

Эталоны ответов:

Задача №1

1. Гипертермический и гипервентиляционный синдромы.
2. Лейкопения и относительный лимфоцитоз, заболевание после контакта с больными ОРВИ свидетельствуют о вирусной природе болезни.
3. Газовый алколоз вследствие гипервентиляционного синдрома.
4. Нейровегетативная блокада (дроперидол или амиазин), преднизолон парентерально 1-5 мг/кг в сутки, сосудорасширяющие, физические методы охлаждения. Оральная регидратация. Антибиотики не показаны.
5. Ограничение контактов с больными ОРВИ, прививки через 2 недели после выздоровления.

Задача №2.

1. Бронхообструктивный синдром.
2. Лейкопения и относительный лимфоцитоз свидетельствуют о вирусной природе заболевания.
3. Данные рентгенограммы свидетельствуют о наличии эмфиземы
4. Острый обструктивный бронхит: острое начало, диффузные аускультативные изменения в лёгких, экспираторная одышка, отсутствие очаговых теней на рентгенограмме, признаки вирусной инфекции по гемограмме.
5. Учитывая 4-й эпизод бронхообструкции при вирусной инфекции, показана базисная терапия Будесонидом 2,5 мг 2 раза в день на 1-3 месяца. Кровь на общ. IgE. Прививки через 1 месяц после выздоровления.

Задача №3.

1. Острое начало, фебрильная лихорадка, одышка, локальная физикальная симптоматика (локальное ослабление дыхания и крепитация), лейкоцитоз со сдвигом влево; очаговое затемнение на рентгенограмме, соответствующее границам S8, свидетельствуют о наличии внебольничной сегментарной (S8) пневмонии, ДН-2.
2. Нейтрофильный сдвиг влево на фоне лейкоцитоза косвенно свидетельствует о бактериальной природе заболевания
3. С ателектазом S8. Ателектаз встречается при тяжёлой бронхообструкции, клиника которой нет. Бронхообструкция встречается при преимущественно вирусной инфекции, а по анализу крови – бактериальная природа заболевания. При бронхообструкции чаще ателектазы встречаются в области верхушки правого лёгкого.
4. Учитывая ДН-2 и интоксикацию, показана госпитализация. Антибиотик: амоксициллина клавуланат (ребёнок посещает детский сад) парентерально. Детоксикация: обильное питьё. Жаропонижающие. Через 3-4 дня – муколитики и отхаркивающие.

Задача №4

1. Бронхообструктивный синдром, пищевая и пыльцевая аллергии, атопический дерматит, наследственная предрасположенность к атопии.
2. Обструктивный бронхит и бронхиолит вирусной этиологии, инородное тело бронхов, дисфункция голосовых связок, врожденные и наследственные заболевания (муковисцидоз, аномалии бронхов, ВПС).
3. Набулайзерная терапия берадуал, пульмикорт, лазолван.

Задача №5.

1. Менингококковая инфекция, генерализованная форма: менингит + менингококкемия, тяжелая форма, негладкое течение. Осложнения: Инфекционно – токсический шок III степени. ОНГМ. ДВС-синдром
2. Характерными признаками для данного заболевания и формы менингококковой инфекции являются: острое начало, менингеальные и оболочечные знаки, геморрагического характера экзантема, лейкоцитоз с палочкоядерным нейтрофилизом в ОАК и изменения ликвора – четырехзначный плеоцитоз, с преобладанием нейтрофилов, повышение белка.

3. Гемофильный менингит, пневмококковый менингит, лептоменингит бактериальный, субарахноидальное кровоизлияние, стафилококковый сепсис и др.).

Задача №6.

1. Менингококковая инфекция, генерализованная форма: менингококкцемия, молниеносная форма. Осложнения: Инфекционно – токсический шок III степени. Острая надпочечниковая недостаточность (синдром Уотерхауса-Фридериксена). ДВС-синдром.

2. Характерными признаками для данного заболевания и формы менингококковой инфекции являются: острое начало, геморрагического характера экзантема неправильной формы, с участками некроза в центре, лейкоцитоз с палочкоядерным нейтрофилезом в ОАК.

Задача №7.

1. Шигеллез, типичный, тяжелая форма. Осложнение: нейротоксикоз.
2. Скудный жидкий стул со слизью, зеленью, прожилками крови («ректальный плевок»); тенезмы; спазмированность и болезненность сигмовидной кишки; податливость и зияние ануса; «ложные» позывы на дефекацию.
3. АБ терапия: Аминогликозиды, Цефалоспорины, Рифампицин.

Задача № 8.

1. Скарлатина, типичная, тяжелая форма. Осложнение: Инфекционно – аллергический миокардит.
2. Общие симптомы интоксикации (температура, наличие и многократность рвоты, сердечно-сосудистые нарушения, общемозговая симптоматика); местные проявления (выраженность ангины, сыпи).
3. Этиотропное лечение: Бензилпенициллин, Амоксициллин+Клавулановая кислота, Ампициллин+Сульбактам, Цефазолин, Кларитромицин. НПВС: ибупрофен. Жаропонижающие: парацетамол. Антигистаминные средства: Цетиризин, Лоратадин. Растворы электролитов.

Задача № 9

1. Корь, типичная, тяжелая форма. Осложнение: Двусторонняя бронхопневмония.
2. Острое начало с проявлений катарального синдрома и светобоязни, с последующим присоединением синдрома экзантемы пятнисто-папулезного характера, ярко-розовой, располагающейся на туловище и конечностях, этапностью появления сыпи.
4. Изоляция больного на срок от начала болезни до 10 суток (с учетом пневмонии). Дети, контактировавшие с больным и не получавшие гамма-глобулин, изолируются на 17 дней, получившие гамма-глобулин на 21 день.
5. Проводится специфическая профилактика (ЖКВ, «Рувакс», MMR-II, Приорикс).

Задача №10.

1. Парагрипп, типичная, тяжелая форма. Осложнение: стенозирующий ларинготрахеит, круп II степени.
2. Серологические методы: ИФА, МФА; ПЦР.
3. Для дифтерии гортани не характерно острое развитие симптомов стеноза гортани, катаральных симптомов. При дифтерии гортани (истинном крупе) симптомы стеноза развиваются последовательно, характерна афония голоса, отсутствуют катаральные проявления.
4. Обязательная госпитализация. Противовирусные препараты: гриппферон, свечи «Виферон», свечи «Кипферон», Анаферон детский.

2. Рекомендации по оцениванию результатов решения ситуационных задач

Процент от максимального количества баллов	Правильность (ошибочность) решения
100	Полное, верное решение. Даны ответы на все поставленные вопросы в задании. Аспирантом проявлено клиническое мышление и показаны глубокие знания дополнительной литературы, рекомендованной программой.
81-100	Верное решение, но имеются небольшие недочеты, в целом не влияющие на результаты решения задачи.
66-80	Решение в целом верное. Даны ответы не на все поставленные вопросы, но более чем на 50% и (или) недостаточно продемонстрированы знания дополнительной литературы.

46-65	Решение в целом верное. Но в ответах на задания допущены существенные неточности и (или) даны ответы менее чем на 50% поставленных вопросов в задании.
Менее 45	Имеются существенные ошибки в логическом рассуждении и в решении задачи. Даны ответы менее чем на 50% вопросов в задании. В ответах допущены существенные ошибки, определяющие неверное решение задачи.

Вывод: Выполнение данного задания позволяет оценить сформированность следующих компетенций (части компетенций): ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2.

Тестовое задание для диагностического тестирования по дисциплине:

Название дисциплины - неотложные состояния в педиатрии
Семестр 1

Код, направление
подготовки

31.08.17 Детская эндокринология

Направленность (профиль)	Детская эндокринология
Форма обучения	очная
Кафедра-разработчик	Детских болезней
Выпускающая кафедра	Детских болезней

№ п/п	Проверяемая компетенция	Задание	Варианты ответов	Тип сложности вопроса	Кол-во баллов за правильный ответ
1	ПК-1	Соотношение искусственной вентиляции легких и массажа сердца при реанимации новорожденных составляет:	а) 1:2 1:3 1:4 1:5	низкий	2
2	ПК-1	Количество жидкости, для промывания желудка ребенку рассчитывается:	а) 1 литр на 1 кг веса 1 литр на 1 год жизни, но не более 10 литров 1 литр на 10 кг веса	низкий	2
3	ПК-1	При лихорадке свыше 39°С у детей противопоказано применение	анальгина ацетилсалициловой кислоты ибупрофена парацетамола	низкий	2

4	ПК-1	Измерение артериального давления у детей тонометром с использованием манжетки взрослого размера	не влияет на правильность измерения завышает реальный уровень систолического артериального давления занижает реальный уровень систолического артериального давления завышает реальный уровень диастолического артериального давления	низкий	2
5	ПК-1	При бронхообструктивных заболеваниях у детей на догоспитальном этапе противопоказано	проведение паровых ингаляций введение беродуала через небулайзер введение глюкокортикоидных препаратов через небулайзер или внутривенно внутривенное введение эуфиллина	низкий	2
6	ПК-2	Сопоставьте: 1-разовая доза преднизолона 2-разовая доза дексаметазона 3-разовая доза супрастина 4-разовая доза адреналина А - 0,01 мл/на год жизни Б - 0,2-0,5мг/кг В - 3-5мг/кг Г – 0,01мг/кг	a) 1А,2Б,3В,4Г b) 1В,2Б,3Г,4А c) 1Б,2Г,3А,4В d) 1Г,2Б,3В,4А	средний	5
7	ПК-2	Характерным признаком передозировки нафтизина или галазолина у детей является найдите ошибочный ответ	бледность кожных покровов снижение артериального давления тахикардия сонливость	средний	5

8	ПК-2	Неотложная помощь при отравлении нафтизином у детей на догоспитальном этапе включает найдите ошибочный ответ	промывание желудка введение прозерина введение глюкокортикоидных препаратов инфузионную терапию исчезновение пульса на конечности ниже места наложения повязки появление петехиальной сыпи ниже места наложения повязки	средний	5
9	ПК-1	Сопоставьте: 1-Волдыри 2-ангиоотек А- кожа Б- кожа и слизистые В- розовый или бесцветный Г- красный Д- наличие зуда Е- отсутствие зуда Ж- проходят через 24 часа З- проходят через 24-72 часа	a) 1-АГДЖ 2-БВЕЗ b) 1-АБВГ 2-ДЕЖЗ c) 1-АВДЖ 2-БГЕЗ d) 1-ЖАВГ 2-БДЕЗ	средний	5
10	ПК-2	Дозировка хлоропирамина:	a) 0,01 мл/кг b) 1мг/кг c) 0,1мл/год жизни d) 1гр	средний	5
11	ПК-1	Шкала для оценки стеноза:	a) FLACC b) WESTLY c) YALE d) NIPS	средний	5
12	ПК-2	Дозировка беродуала для ингаляции у ребенка 6 лет с массой тела 36 кг:	a) 10 кап b) 20 кап c) 5 кап d) 45 кап	средний	5

13	ПК-2	Какие препараты разрешены в педиатрической практике жаропонижающей целью: а) 1-Нимесулид б) 2-Ибупрофен с) 3-Парацетамол 4-Анальгин	d) 1234 а) 23 б) 14 с) 2	средний	5
14	ПК-2	Дозировка Диазепама	а) 0,1 мг/год б) 0,1мл/кг с) 0,3-0,5мл/кг d) 1,0мл/кг	средний	5
15	ПК-2	Пути введения Диазепама: 1-Ректально 2-внутримышечно 3-перорально 4-ингаляторно	а) 1234 б) 23 с) 14 d) 13	средний	5
16	ПК-2	В чем заключается и в какой последовательности выполняется прием Сафара: 1) запрокидывание головы 2) открытие рта 3) выдвигание нижней челюсти 4) поворот головы в бок 5) надавливание на корень языка	а) 12345 б) 1234 с) 23541 d) 13524	высокий	8
17	ПК-1	Внезапное появление ночью у ребенка 2-х лет лающего кашля, охриплости голоса и стридорозного дыхания характерно для развития	а) Острого бронхита б) Приступа бронхиальной астмы с) Острого стенозирующего ларинготрахеита d) Острого тонзиллита	высокий	8

18	ПК-1	Выберите все правильные ответы: Судорожный синдром у детей раннего возраста может отмечаться при: 1. менингите 2. пилоростенозе 3. гипертермическом синдроме 4. гипогликемии 5. гипокальциемии	a) 1,2,3,4,5 b) 1,3,4,5 c) 2,3,5 d) 1	высокий	8
19	ПК-1	Вставьте пропущенное слово: Крапивница – это заболевание, характеризующееся развитием ...	a) Аллергии b) Катаральных проявление c) Волдырей и/или ангиоотеков d) Диспепсических проявлений	Высокий	8
20	ПК-2	Тактика при развитии судорожного синдрома у ребенка: 1-Госпитализация в стационар 2-Вызвать БСМП 3-Обеспечить респираторную поддержку 4-Введение противосудорожного препарата	a) 4321 b) 1234 c) 2143 d) 4132	высокий	8

Ключ к решению тестового заданию для диагностического тестирования по дисциплине

1 – 1:5

2 - 1 литр на 1 год жизни, но не более 10 литров

3 – ацетилсалициловой кислоты

4 – занижает реальный уровень систолического артериального давления

5 – проведение паровых ингаляций

6 – 1В,2Б,3Г,4А

7 – тахикардия

8 – введение прозерина

9 – АГДЖ 2-БВЕЗ

10-0,1 мл/год жизни

11 - WESTLY

12 – 20 кап

13 – 23

14 – 0,1мл/кг

15 – 13

16 – 1234

17 – Острого стенозирующего ларинготрахеита

18 – 1,3,4,5

19 – Волдырей и/или ангиоотеков

20 - 4321