

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Косенок Сергей Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 25.08.2025 11:38:39
Уникальный программный ключ:
e3a68f3eaa1e62674b54f4998099d3d6bfdcf836

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

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по УМР

_____ Е.В. Коновалова

11 июня 2025 г., протокол № 6

Неотложные состояния в педиатрии

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Детских болезней**

Учебный план о310819-Педиат-25-1.plx
31.08.19 Педиатрия

Квалификация **врач-педиатр**

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **2 ЗЕТ**

Часов по учебному плану 72

в том числе:

аудиторные занятия 52

самостоятельная работа 20

Виды контроля в семестрах:
зачеты 1

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	1 (1.1)		Итого	
Неделя	16 4/6			
Вид занятий	УП	РП	УП	РП
Лекции	4	4	4	4
Практические	48	48	48	48
Итого ауд.	52	52	52	52
Контактная работа	52	52	52	52
Сам. работа	20	20	20	20
Итого	72	72	72	72

Программу составил(и):

к.м.н., доцент, Зав.к., Тепляков А.А.

Рабочая программа дисциплины

Неотложные состояния в педиатрии

разработана в соответствии с ФГОС:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования - по специальности 31.08.19 Педиатрия
(приказ Минобрнауки России от 09.01.2023 г. № 9)

составлена на основании учебного плана:

31.08.19 Педиатрия

утвержденного УМС МИ от 24.04.2025 г. протокол № 8

утвержденного учебно-методическим советом вуза от 30.04.2025 г. протокол № 8.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Детских болезней

Протокол от 15.04.2025 г. № 7

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

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

1.1	Изучить основные вопросы неотложных состояний в педиатрии, закрепить необходимые практические умения в диагностике, лечении и профилактике, оказании скорой медицинской помощи.
-----	---

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП

Цикл (раздел) ООП:	Б1.В
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:
2.1.1	Педагогика
2.1.2	Патология
2.1.3	Общественное здоровье и здравоохранение
2.1.4	Социально-психологические основы профессиональной деятельности
2.1.5	Клиническая фармакология
2.1.6	Медицина чрезвычайных ситуаций
2.1.7	Педиатрия
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:
2.2.1	Неонатология
2.2.2	Детские инфекции
2.2.3	Аллергология и иммунология
2.2.4	Функциональная диагностика в педиатрии

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

ПК-1.1: Осуществляет проведение обследования детей, в условиях первичного звена, при заболеваниях и (или) состояниях детского возраста с целью постановки диагноза

Знать:

Уровень 1 -

ПК-1.2: Осуществляет назначение лечения, в условиях первичного звена, пациентам при заболеваниях и (или) состояниях детского возраста, контроль его эффективности и безопасности

Знать:

Уровень 1 -

ПК-2.1: Осуществляет проведение специализированного обследования детей при заболеваниях и (или) состояниях детского возраста с целью установления диагноза и определения функционального статуса

Знать:

Уровень 1 -

ПК-2.2: Осуществляет назначение лечения детей при заболеваниях и (или) состояниях детского возраста, контроль его эффективности и безопасности

Знать:

Уровень 1 -

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	-Конституцию Российской Федерации;
3.1.2	-Законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, защиты прав потребителя и санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
3.1.3	-Теоретические основы избранной специальности;
3.1.4	-Правовые вопросы в оказании неотложной помощи детям;
3.1.5	- Вопросы этики и деонтологии в оказании неотложной помощи детям;
3.1.6	- Принципы организации в оказании неотложной помощи детям;
3.1.7	- Клиническую картину, функциональную и биохимическую диагностику нарушений и заболеваний, требующих оказания неотложной помощи детям;
3.1.8	-Клиническое и фармакологическое обоснование использования лекарственных средств, применяемых в оказании неотложной помощи детям;

3.1.9	-Современные методы интенсивной терапии при различных заболеваниях и критических состояниях.
3.2	Уметь:
3.2.1	-прогнозировать и проводить мероприятия по предотвращению возникновения неотложных состояний у детей;
3.2.2	-провести первичную реанимацию детей;
3.2.3	-провести объективное исследование ребенка;
3.2.4	-оценить тяжесть состояния ребенка; оказать необходимую срочную помощь;
3.2.5	-определить необходимость дополнительных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, функциональных и др.) и интерпретировать их результаты;
3.2.6	-установить диагноз;
3.2.7	-обосновать схему, план и тактику дальнейшего ведения и лечения ребенка;
3.2.8	-провести комплекс необходимых мероприятий неотложной помощи детям;

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)						
Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Примечание
	Раздел 1. Принципы оказания неотложной помощи детям и подросткам на догоспитальном этапе. Нарушение терморегуляции. Лихорадка.					
1.1	/Пр/	1	15	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.2 Л1.3 Л1.4 Л1.5Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	
1.2	/Ср/	1	4	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	
	Раздел 2. Острые аллергические реакции у детей и подростков. Неотложная помощь на догоспитальном и госпитальном этапах.					
2.1	/Лек/	1	2	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	
2.2	/Ср/	1	5	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.2 Л2.3 Л2.5 Л2.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	
	Раздел 3. Тактика оказания помощи детям и подросткам при неотложных состояниях, обусловленных несчастными случаями. Неотложная помощь детям и подросткам при нарушениях функции ЦНС.					
3.1	/Пр/	1	16	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.2 Л2.3 Л2.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	

3.2	/Ср/	1	3	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.2 Л2.3 Л2.6Л3.1 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	
	Раздел 4. Неотложная помощь детям и подросткам при заболеваниях органов дыхания и сердечно-сосудистой систем.					
4.1	/Лек/	1	2	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.2 Л2.3 Л2.5 Л2.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	
4.2	/Ср/	1	5	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.2 Л2.3 Л2.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	
	Раздел 5. Раздел 5. Неотложная помощь детям и подросткам при заболеваниях ЖКТ и МВС.					
5.1	/Ср/	1	3	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.2 Л2.3 Л2.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	
5.2	/Пр/	1	17	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.2 Л2.3 Л2.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	
	Раздел 6.					
6.1	/Контр.раб./	1	0	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.2 Л2.3 Л2.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	
	Раздел 7.					
7.1	/Зачёт/	1	0	ПК-1.1 ПК-1.2 ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.2 Л2.3 Л2.6 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	

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	Кильдиярова Р.Р., Макарова В.И.	Поликлиническая и неотложная педиатрия: учебник	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021, https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970460825.html	2
Л1.2	Бельмер С.В., Ильенко Л.И.	Госпитальная педиатрия: учебник	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022, https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463727.html	2
Л1.3	Папаян Е. Г., Ежова О. Л.	Оказание неотложной медицинской помощи детям. : Алгоритмы манипуляций	Санкт-Петербург: Лань, 2022, https://e.lanbook.com/book/197573	1
Л1.4	Строзенко Л.А., Лобанов Ю.Ф.	Неотложная помощь детям на догоспитальном этапе: Учебное пособие	Москва: ООО "Научно-издательский центр ИНФРА-М", 2020, http://znanium.com/catalog/document?id=347133	1
Л1.5	Бурлуцкая А.В., Шадрин С.А., Статова А.В.	Неотложная помощь в педиатрии: Учебно-методическое пособие	Кубанский государственный медицинский университет, 2020	0
6.1.2. Дополнительная литература				
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л2.1		Педиатрия с детскими инфекциями: учебник	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018, http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446324.html	1
Л2.2	Кильдиярова Р.Р.	Детские болезни: учебник	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021, https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459645.html	2
Л2.3	Гаврилова, Н. В.	Детские болезни: учебное пособие	Саратов: Научная книга, 2019, http://www.iprbookshop.ru/80981.html	1

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л2.4	Алексеева, А. А., Аримов, П. С., Астафьева, Н. Г., Баранов, А. А., Богомилский, М. Р., Ганковская, Л. В., Деев, И. А., Добрынина, Е. А., Ильина, Н. И., Калугина, В. Г., Кондратенко, И. В., Курбачева, О. М., Левина, Ю. Г., Макарова, С. Г., Мурашкин, Н. Н., Намазова-Баранова, Л. С., Ненашева, Н. М., Новик, Г. А., Огородова, Л. М., Петровский, Ф. И., Привалова, Т. Е., Русецкий, Ю. Ю., Свитич, О. А., Селимзянова, Л. Р., Сновская, М. А., Федосеенко, М. В., Чемакина, Д. С., Эфендиева, К. Е., Намазовой-Барановой, Л. С., Баранова, А. А., Хаитова, Р. М.	Аллергология и иммунология: практические рекомендации для педиатров	Москва: ПедиатрЪ, 2020, http://www.iprbookshop.ru/95232.html	1
Л2.5	Чемоданов В.В., Шниткова Е.В., Краснова Е.Е.	Критерии диагностики инфекционно-воспалительных и аллергических бронхолегочных заболеваний у детей: учебное пособие	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021, https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463949.html	1
Л2.6	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

6.1.3. Методические разработки

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л3.1	В.В. Мороз	Сердечно-легочная и церебральная реанимация: учебно-методическое пособие	,	0

6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"

Э1	Электронная библиотека 1-го МГМУ им. И. М. Сеченова
Э2	Научная электронная библиотека
Э3	Справочник лекарственных средств РЛС
Э4	Консультант Студента
Э5	Центральная научная медицинская библиотека (ЦНМБ)

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	Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа, занятий семинарского типа (практических занятий), групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации оснащены: типовой учебной мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации(мультимедиа проектором, экраном, ноутбуком, стационарной учебной доской для мела)
7.2	Учебные аудитории для проведения занятий практических занятий, текущего контроля и промежуточной аттестации на базе Бюджетное учреждение Ханты-Мансийского автономного округа-Югры «Сургутская городская клиническая больница» оснащены:
7.3	Система постоянного мониторингирования глюкозы
7.4	Весы электронные с ростомером
7.5	Шприцевой дозатор
7.6	Тележка для получения пищи
7.7	Дезар №5
7.8	Деструктор для разрушения игл
7.9	Каталка медицинская для медицинской сестры
7.10	Кресло-коляска складное с подлокотниками
7.11	Стол медицинский для операционной
7.12	Стол-тележка медицинская
7.13	Тележка для ухода за пациентами
7.14	Весы
7.15	Ингалятор PARI BOY
7.16	Инфузионный насос
7.17	Облучатель фототерапевтический
7.18	Шприцевой дозатор
7.19	Обогреватель-очиститель Лава-Бетта
7.20	Стол письменный
7.21	Шкаф для медикаментов
7.22	Каталка медицинская для перевозки
7.23	Облучатель
7.24	Пульсоксиметр портативный с системой тревоги
7.25	Стерилизатор "Стерицел" 55 литров
7.26	Столик медицинский инструментальный без аксессуаров
7.27	Тележка для медицинской сестры (3 шт)
7.28	Столик манипуляционный
7.29	Тележка внутрикорпусная
7.30	Стеллаж 3-х секционный металлический
7.31	Обогреватель-очиститель Лава-Бетта
7.32	Кровать функциональная детская
7.33	Кровать для новорожденных
7.34	Стеллаж 1 -но секционный металлический
7.35	Шкаф
7.36	Аппарат Эндомед
7.37	Каталка для медицинской сестры
7.38	Стерилизатор "Стерицел" 55 литров
7.39	Стерилизатор
7.40	Столик СОИП
7.41	Тележка для ухода за пациентами
7.42	Тележка медицинская для операционной сестры
7.43	Тележка медицинская для анестезиолога металлическая
7.44	Термостат
7.45	Шприцевой насос Терумо
7.46	ВесыВМЭ-
7.47	Ингалятор Пари Мастер
7.48	Кушетка массажная "Манумед"

7.49	Шприцевой дозатор
7.50	Тележка внутрикорпусная ТВК
7.51	Шкаф для медикаментов
7.52	Шкаф общего назначения закрытый 2-х створчатый
7.53	Каталка медицинская для перевозки больных
7.54	Тележка для ухода за пациентами
7.55	Весы электронные настольные для новорожденных
7.56	Ингалятор Пари Мастер
7.57	тонометр, стетоскоп, фонендоскоп, термометр, набор и укладка для экстренных профилактических и лечебных мероприятий, электрокардиограф, облучатель бактерицидный, электронные весы для детей до года, пособия для оценки психофизического развития ребенка, аппарат для измерения артериального давления с детскими манжетками, пеленальный стол, сантиметровые ленты
7.58	Инструменты и расходный материал в количестве, позволяющим обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью.

Оценочные материалы для текущего контроля и промежуточной аттестации
Неотложные состояния в педиатрии

Код, направление подготовки	31.08.19 Педиатрия
Направленность (профиль)	-
Форма обучения	очная
Кафедра-разработчик	Детских болезней
Выпускающая кафедра	Детских болезней

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

ЭТАП: ПРОВЕДЕНИЕ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Фронтальный опрос: (перечень вопросов).

Раздел 1.1

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

Раздел 2.2

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.

Раздел 3.1

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 сознания.
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.

Раздел 4.1

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.

Раздел 5.2

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.

Раздел 6.1

1. Принципы парентерального питания. Понятие полное и частичное парентеральное питание.
2. Методы коррекции 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.

Ситуационные задачи

Раздел 3.1

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" отмечаются 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 кнаружи от правой парастеральной линии, верхняя - II ребро, левая - на 1,0 см кнаружи 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 ребёнка 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 не отягощен. Проф. прививки проведены по графику. Родители практически здоровы. Объективно состояние средней тяжести. Ребенок возбужден. Кожные покровы чистые, температура тела 37,2°C. 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 бронхососудистого 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 38,5-39°C, 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 39,5°C. 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 удлинён. ЧД -28 в 1 минуту. Над лёгкими перкуторный звук с коробочным оттенком, аускультативно: масса сухих свистящих хрипов по всей поверхности лёгких. 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: лёгочные 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.

Ответы к ситуационным задачам

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 аминазин), 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, клиники 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.

Раздел 4.1

Задача 1

На приеме у врача-педиатра участкового мать с мальчиком 7 месяцев с жалобами на вялость, рвоту, повышение температуры тела до 39°C, заложенность носа.

Из анамнеза заболевания известно, что два дня назад у мальчика появились заложенность и слизистое отделяемое из носа, отмечалось повышение температуры тела до 39°C. Родители ребенка вызвали бригаду скорой медицинской помощи, и врачом была диагностирована ОРИ (острый ринофарингит). Назначена симптоматическая терапия, в том числе Парацетамол. Дозу и кратность приема лекарственного средства доктор озвучил устно, мать не запомнила. Ребенок получал рекомендуемый препарат в дозе 0,25 г 6 раз в день в течение 2 дней, в том числе при повышении температуры тела выше 37,5°C.

При осмотре врача-педиатра участкового: состояние тяжелое, в сознании. Мальчик очень вялый, отмечается многократная рвота. На осмотр реагирует выраженным беспокойством. Кожные покровы бледные, чистые. Катаральные проявления со стороны верхних дыхательных путей, слизистые обильные выделения из носа. Краевая гиперемия небных дужек, зернистость задней стенки глотки, патологических наложений на миндалины не обнаружено. Аускультативно в легких дыхание проводится по всем полям, пуэрильное, хрипов нет, ЧД - 35 в минуту. Пальпация живота в правом подреберье болезненная. Выявлено увеличение печени до 3 см из-под края правой реберной дуги, край печени закруглен, подвижный, болезненный при пальпации.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз заболевания.
2. Назовите основные стадии и клинико-лабораторные проявления, характерные для данного состояния.
3. Напишите алгоритм действия при данном неотложном состоянии (с дозировками препаратов). К препаратам выписать рецепты.
4. Укажите рекомендуемую дозу, кратность применения Парацетамола у детей.
5. Назовите методы усиления детоксикации, которые могут быть использованы при данном состоянии.
6. Напишите правила физического охлаждения ребенка.

Ответы к ситуационным задачам

Задача №1.

1. Отравление лекарственным веществом (Парацетамол). Токсический гепатит. ОРВИ (острый ринофарингит).
2. I стадия - начальная (лёгкая степень) - развивается в первые 2-4-12-24 часа с момента приема токсической дозы препарата, симптомы интоксикации могут полностью отсутствовать. Чаще появляются боли в животе, тошнота, рвота, отсутствие аппетита, слабость, сонливость. В большинстве случаев интоксикация дальше не развивается, и наступает выздоровление.

II стадия - цитолитического гепатита (средней степени тяжести) - развивается через 24-48 часов после приема препарата. Усиливаются боли в животе (диффузные или локализованные в правом подреберье), нарастают тошнота, рвота, появляются признаки энцефалопатии, двусторонняя люмбалгия. Желтуха может отсутствовать или быть умеренной. Обнаруживается повышение содержания в крови АлАТ и АсАТ, билирубина, удлинение протромбинового времени, креатининемия, гиперфосфатурия, протеинурия, олигоурия. Во многих случаях проявления данной стадии отравления не прогрессируют, и возможно восстановление функции поврежденных органов.

III стадия - печёночной недостаточности (тяжёлой степени тяжести) - с 3-6-х суток с момента отравления развиваются отчетливые признаки печёночной и печёочно-почечной недостаточности. Выявляется повышение содержания в крови АлАТ и АсАТ, достигающее максимума (в 20 и больше раз от нормы, до 10000 МЕ) на третьи сутки. Повышается активность АлАТ часто оказывается более значительным, чем повышение активности АсАТ. Умеренная гипербилирубинемия с увеличением обеих фракций. Гиперхолестеринемия. Умеренные проявления холестатического синдрома (повышение активности щелочной фосфатазы, гамма-глутамилтрансферазы). Печёночная и почечная недостаточность. Быстрый смертельный исход (4-18 суток). Описаны молниеносные (фульминантные) формы токсического поражения печени, требующие решения вопроса о трансплантации органа. При благополучном исходе - нормализация функции печени через одну-две-три недели после отравления.

3. Экстренная госпитализация.

Усиление естественной детоксикации. В первые шесть часов с момента приема препарата - зондовое промывание желудка. Энтеросорбент (уголь активированный, Этеросорбент СКН, Полифепан и др.) за 30-40 мин до начала пероральной антидотной терапии. Вводят до 80-100 г сорбента внутрь в виде жидкой взвеси в 100-150 мл воды. Солевое слабительное.

Специфическая терапия. В мировой и отечественной практике в качестве средства антидотной терапии используется N-ацетилцистеин. Лечение Ацетилцистеином показано во всех случаях приема Парацетамола в дозе от 100 мг/кг у детей.

Пероральный прием (при отсутствии рвоты или лекарственных форм для внутривенного введения). Может вводиться через интрагастральный зонд непосредственно в двенадцатиперстную кишку.

При пероральном способе введения рекомендуется продолжение специфической терапии в течение 72 часов, при внутривенном введении - 20-21 часа.

Синдромальная (симптоматическая) терапия. Лечение печёночной недостаточности - лечение почечной недостаточности - лечение сердечно-сосудистой недостаточности.

4. Оптимальная разовая доза составляет 10-15 мг на 1 кг веса ребенка. Повторить прием препарата можно не ранее, чем через 4 часа, количество таких повторов - не больше 4-5 раз в сутки, суточная доза Парацетамола не

должна превышать 60 мг/кг. При ректальном введении всасывание Працетамола не такое активное и полное, как при приеме внутрь, поэтому при использовании свечей разовая доза составляет, как правило, не 10-15, а 20-25 мг/кг. Форсированный диурез, гемодиализ, гемосорбция

Раздел 5.2

Задача №1.

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

Заболел остро: температура тела 38°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 №2.

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°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 100-159 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.

Ответы к ситуационным задачам

Задача №1.

1. Менингококковая инфекция, генерализованная форма: менингококкцемия, молниеносная форма. Осложнения: Инфекционно – токсический шок III степени. Острая надпочечниковая недостаточность (синдром Уотерхауза-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 №2.

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.

АБ терапия: Аминогликозиды

Самостоятельная работа.

Написание реферата в соответствии с темами раздела 1-6 (свободный выбор темы).

ЭТАП: ПРОВЕДЕНИЕ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ.

Раздел 7.1

Контрольная работа.

Презентация клинического случая (клинический случай подбирается в соответствии с темами разделов 1-6).

Раздел 7.2.

Зачет.

Вопросы промежуточного контроля.

Теоретические вопросы 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.

2. 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.

Раздел 7.2.

Зачет.

Вопросы тестового контроля.

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

3. Горячие ванны

ответ по коду

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
 3. Диакарб
 4. Седуксен
- ответ по коду

3. Ребенок 8-ми месяцев с экссудативным диатезом третий день болен ОРВИ с явлениями ринита, кашлем, температурой до 38,5°C. 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. Начинающаяся 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 38,4°C.

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 38,5-39,0°C. После обследования установлен нейрогенный генез “лихорадки”.

Какие из симптоматических жаропонижающих мероприятий целесообразно использовать?

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

6. У мальчика полутора лет на фоне ОРВИ, протекавшей с повышением температуры тела 39,8°C, возник приступ клонико-тонических судорог. Врач скорой помощи расценил их как фебрильные.

Что способствует возникновению фебрильных судорог?

1. Гипоксия мозга
2. Повышенная проницаемость

гематоэнцефалического барьера

ответ по коду

3. Метаболический ацидоз

4. Недостаточная зрелость корковых структур

7. Ребенок 8-ми месяцев болен ОРВИ; он стал бледным, появился акроцианоз. Температура тела 38,3°C. Врач назначил симптоматическую терапию респираторной инфекции и жаропонижающие мероприятия.

Что могло явиться показанием для проведения жаропонижающей терапии?

1. Бледность, акроцианоз
 2. Возраст ребенка
 3. Судороги в анамнезе
 4. Высота лихорадки
- ответ по коду

8. Врач скорой помощи при осмотре ребенка 1 года 2 месяцев обнаружил выраженную инспираторную одышку, шумное дыхание с втяжением уступчивых мест грудной клетки и участием вспомогательной мускулатуры, бледность, цианоз губ, акроцианоз, потливость, тахикардию на фоне резкого беспокойства и агрессивности ребенка.

Как расценить подобный симптомокомплекс?

- A. Приступ бронхиальной астмы
- B. Синдром крупа, декомпенсация
- C. Синдром крупа 4 степени
- D. Пневмония, дыхательная недостаточность 3 степени
- E. Пневмоторакс

9. У ребенка 1 года 2 месяцев, болеющего третий день ОРВИ, появились признаки стенозирующего ларинготрахеита. Что позволило поставить этот диагноз?

1. “Лающий” кашель

2. Грубые сухие хрипы в легких
3. Инспираторная одышка
4. Выраженность катаральных явлений
- ответ по коду

10. Поздно вечером у ребенка полутора лет, болеющего второй день ОРВИ, появился грубый кашель, одышка до 40 в минуту, беспокойство, втяжение яремной впадины при дыхании. Приехавший на вызов врач предложил госпитализировать ребенка.

Что встревожило врача?

1. Признаки ларингита
2. Подозрение на пневмонию
3. Симптомы интоксикации
4. Начинающийся стеноз гортани
- ответ по коду

11. У ребенка 6-ти месяцев, заболевшего гриппом, температура тела 39,8°C, небольшие катаральные явления. Кожа бледная, руки и ноги холодные с цианотичными ногтями, тахикардия до 150 в минуту.

Как следует расценивать имеющийся симптомокомплекс?

- А. Дыхательная недостаточность
В. Сердечная недостаточность
С. Гипертермическая реакция
Д. Гипертермический синдром
Е. Ни одно из вышеперечисленного

12. У ребенка 8-ми месяцев, заболевшего ОРВИ, развился гипертермический синдром: температура тела 39,5°C, одышка, тахикардия, бледность кожи, конечности цианотичные, холодные.

Что показано ребенку в данный момент?

1. Антибактериальная терапия
2. Антипиретики
3. Влажные обертывания
4. Сосудорасширяющие препараты
- ответ по коду

13. Мальчик 1 года заболел остро: температура тела 38,5°C, 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
3. Сухость слизистых оболочек
4. Повышение температуры тела
- ответ по коду

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
3. Акроцианоз
4. Повторная рвота
- ответ по коду

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
3. Внутривенное введение глюкозо-солевых растворов
4. Энтеральное введение глюкозо-солевых растворов
- ответ по коду

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 37,0°C. 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 эуфиллин нередко применяется при острых приступах бронхиальной астмы.

Назовите типичные признаки, свойственные передозировке этого препарата:

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

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 ответ по коду
- 3. Обилие сухих свистящих хрипов
- 4. Парадоксальный пульс с перепадами
давления более 20 мм рт.ст.

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

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

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

- А. Острый гломерулонефрит
- В. Наследственный нефрит
- С. Пиелонефрит
- Д. Дисметаболическая нефропатия
- Е. 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 ответ по коду
- 3. Диурез 200 мл в сутки
- 4. Температура тела 37,8-38,2°C

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

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

26. У ребенка 3,5 лет на фоне подъема температуры до 38°C, 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 39⁰С
 2. Фебрильные судороги в анамнезе
 3. Бледная гипертермия
 4. Возраст ребенка до 3 лет
- ответ по коду

29. Антипиретики центрального действия могут быть эффективны в случаях:

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

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
 3. Значительная гидрофильность ткани мозга
 4. Высокий тонус восходящей ретикулярной формации
- ответ по коду

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

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

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
 3. Оксипутират натрия
 4. Аминазин
- ответ по коду

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
 3. Замедление расправления кожной складки и западение родничка
 4. Холодные конечности и анурия
- ответ по коду

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
 3. Умеренная сухость слизистых оболочек
 4. Выраженная вялость, адинамия
- ответ по коду

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

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 (бемеGRID, корdiamин, 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. Полионный 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 органных 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. Левомецитин-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
- 2. Длительная кислородотерапия с помощью ИВЛ ответ по коду
- 3. Глубокая недоношенность
- 4. Чрезмерное введение жидкости в первые 5 дней жизни

55. Основные причины бронхолегочной дисплазии у новорожденных детей из нижеперечисленных:
1. Отек легких
 2. Длительное нахождение эндотрахеальной трубки в дыхательных путях
 3. Инфекции с поражением легких (микоплазмоз, хламидиоз, пневмоцистоз)
 4. Синдром открытого артериального протока с шунтом слева направо
- ответ по коду
56. Основные причины появления судорог у новорожденных и грудных детей?
1. Кровоизлияние в мозг
 2. Нарушение аминокислотного обмена
 3. Генерализованная внутриутробная инфекция
 4. Гипернатриемия
- ответ по коду
57. При каких патологических состояниях развивается ДВС-синдром у новорожденных?
1. Сепсис
 2. Полицитемия
 3. Синдром дыхательных нарушений
 4. Преждевременная отслойка плаценты у матери
- ответ по коду
58. С какой рекомендации начнете лечение новорожденного при умеренно выраженной сердечной недостаточности?
- А. Ограничение поступления воды и электролитов
 - В. Обзидан
 - С. Диуретики
 - Д. Кормление через зонд даже при сохраненном акте сосания
 - Е. Дигоксин
59. Какие побочные эффекты возможны у нижеперечисленных препаратов? Выберите соответствующие пары.
1. Аспирин
 2. Анальгин
 3. Амидопирин
 4. Ибупрофен
- А. Опасность синдрома Рея
 - В. Опасность агранулоцитоза
 - С. Частые диспептические нарушения
 - Д. Частые аллергические реакции
60. Какие жаропонижающие препараты рекомендуются ребенку 1,5 лет при температуре тела выше 39⁰С
1. Аспирин и его производные
 2. Анальгин и его производные
 3. Амидопирин и его производные
 4. Парацетамол и его производные

Эталоны ответов.

1. А	14. В	27. А	40. В	52. Е
2. А	15. А	28. А	41. С	53. Е
3. С	16. Д	29. Д	42. Е	54. Е
4. С	17. С	30. Е	43. Е	55. Е
5. Д	18. Д	31. А	44. С	56. А
6. Е	19. Е	32. В	45. С	57. 1А, 2В, 3В, 4С
7. В	20. Е	33. С	46. Д	58. Д
8. В	21. Д	34. А	47. В	59. Е
9. В	22. А	35. В	48. Д	60. Е
10. Д	23. А	36. Е	48. Е	
11. Д	24. А	37. Е	49. Е	
12. С	25. Е	38. Д	50. Е	
13. В	26. В	39. Е	51. Е	

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

ЭТАП: ПРОВЕДЕНИЕ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

1. Оценка фронтального опроса

Рекомендации по оцениванию фронтального опроса

Требования к оценке: при выставлении оценки преподаватель учитывает:

- полноту знания учебного материала по теме,
- логичность изложения материала;
- аргументированность ответа, уровень самостоятельного мышления;
- умение связывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью.

Критерии оценки:

По результатам собеседования ординаторы получают количественную оценку («отлично», «хорошо», «удовлетворительно» и «неудовлетворительно»).

Тип задания	Проверяемые компетенции	Критерии оценки	Оценка
Фронтальный опрос	ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2.	заслуживает ординатор, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала занятия, усвоивший основную рекомендованную литературу и знакомый с дополнительной литературой. Как правило, оценка «отлично» выставляется ординатору, усвоившему взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно- программного материала.	Отлично
		заслуживает ординатор, обнаруживший полное знание учебного материала, усвоивший основную рекомендованную литературу. Как правило, оценка «хорошо» выставляется ординатору, показавшему систематический характер знаний по дисциплине и способному к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности, но допустившему при ответе отдельные неточности, не имеющие принципиального характера и способному самостоятельно их исправить.	Хорошо
		заслуживает ординатор, обнаруживший знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знакомый с основной рекомендованной литературой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется ординатору, допустившему неточности при изложении материала, но обладающему необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.	Удовлетворительно

		выставляется ординатору, обнаружившему существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допустившему принципиальные ошибки при ответе на вопросы.	Неудовлетворительно
--	--	---	---------------------

2. Оценка ситуационных задач

Рекомендации по оцениванию результатов решения задач

Процент от максимального количества баллов	Правильность (ошибочность) решения
100	Полное верное решение. В логическом рассуждении и решении нет ошибок, задача решена рациональным способом. Получен правильный ответ. Ясно описан способ решения.
81-100	Верное решение, но имеются небольшие недочеты, в целом не влияющие на решение, такие как небольшие логические пропуски, не связанные с основной идеей решения. Решение оформлено не вполне аккуратно, но это не мешает пониманию решения.
66-80	Решение в целом верное. В логическом рассуждении и решении нет существенных ошибок, но задача решена неоптимальным способом или допущено не более двух незначительных ошибок. В работе присутствуют арифметическая ошибка, механическая ошибка или описка при переписывании выкладок или ответа, не исказившие содержание ответа.
46-65	В логическом рассуждении и решении нет ошибок, но допущена существенная ошибка в расчетах. При объяснении сложного явления указаны не все существенные факторы.
31-45	Имеются существенные ошибки в логическом рассуждении и в решении. Рассчитанное значение искомой величины искажает содержание ответа. Доказаны вспомогательные утверждения, помогающие в решении задачи.
0-30	Рассмотрены отдельные случаи при отсутствии решения. Отсутствует окончательный численный ответ (если он предусмотрен в задаче). Правильный ответ угадан, а выстроенное под него решение - безосновательно.
0	Решение неверное или отсутствует

Критерии оценки результатов решения задач

Оценка (стандартная)	Оценка (тестовые нормы)
Отлично	80 – 100%
Хорошо	66 – 80%
Удовлетворительно	46 – 65%
Неудовлетворительно	Менее 46%

3. Рекомендации по оцениванию рефератов

Написание реферата предполагает глубокое изучение обозначенной проблемы.

Критерии оценки реферата

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.

КОНТРОЛЬНАЯ РАБОТА

Рекомендации по оцениванию презентаций

Создание презентации предполагает глубокое изучение обозначенной проблемы (клинического случая).

Критерии оценки

Оценка «отлично» – выполнены все требования к написанию и созданию презентации: 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, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.

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

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

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

ЭТАП: ПРОВЕДЕНИЕ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ (ЗАЧЕТ)

Рекомендации по оцениванию теоретического вопроса

Требования к оценке: при выставлении оценки преподаватель учитывает:

- полноту знания учебного материала по теме,
- логичность изложения материала;
- аргументированность ответа, уровень самостоятельного мышления;
- умение связывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью.

Критерии оценки:

По результатам собеседования ординаторы получают количественную оценку («отлично», «хорошо», «удовлетворительно» и «неудовлетворительно»).

Тип задания	Проверяемые компетенции	Критерии оценки	Оценка
Устный ответ	ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2.	заслуживает ординатор, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала занятия, усвоивший основную рекомендованную литературу и знакомый с дополнительной литературой. Как правило, оценка «отлично» выставляется ординатору, усвоившему взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно- программногo материала.	Отлично
		заслуживает ординатор, обнаруживший полное знание учебного материала, усвоивший основную рекомендованную литературу. Как правило, оценка «хорошо» выставляется ординатору, показавшему систематический характер знаний по дисциплине и способному к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности, но допустившему при ответе отдельные неточности, не имеющие принципиального характера	Хорошо

		и способному самостоятельно их исправить.	Удовлетворительно
		заслуживает ординатор, обнаруживший знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знакомый с основной рекомендованной литературой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется ординатору, допустившему неточности при изложении материала, но обладающему необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.	
		выставляется ординатору, обнаружившему существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допустившему принципиальные ошибки при ответе на вопросы.	Неудовлетворительно

Рекомендации по оцениванию тестовых заданий:

Критерии оценки результатов тестирования

Оценка (стандартная)	Оценка (тестовые нормы)
Отлично	90 – 100%
Хорошо	80 – 89,9%
Удовлетворительно	70 – 79,9%
Неудовлетворительно	от 0% до 69,9%

Схема итогового оценивания ответа при промежуточном контроле (зачет).

Задания в билете	Проверяемые компетенции	Оценка	Набранные баллы
Теоретический вопрос	ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2.	отлично	5
		хорошо	4
		удовлетворительно	3
		неудовлетворительно	2
Тестовый контроль	ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2.	отлично	5
		хорошо	4
		удовлетворительно	3
		неудовлетворительно	2
Общая оценка	ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2.	отлично	9-10
		хорошо	7-8
		удовлетворительно	5-6
		неудовлетворительно	До 5

Вывод: В результате выполнения заданий: теоретический опрос, решение тестового контроля и ситуационных задач по предложенным темам сформированы следующие компетенции: 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 I

Код, направление подготовки	31.08.19 Педиатрия
Направленность (профиль)	Педиатрия
Форма обучения	очная
Кафедра-разработчик	Детских болезней
Выпускающая кафедра	Детских болезней

N п/п	Проверяемая компетенция	Задание	Варианты ответов	Тип сложности вопроса	Кол-во баллов за правильный ответ
1	ПК-6	Соотношение искусственной вентиляции легких и массажа сердца при реанимации новорожденных составляет:	а) 1:2 1:3 1:4 1:5	низкий	2
2	ПК-6	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-6	При лихорадке выше 39°С у детей противопоказано применение	анальгина ацетилсалициловой кислоты ибупрофена парацетамола	низкий	2
4	ПК-2	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-6	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-6	Сопоставьте: 1-разовая доза преднизолона 2-разовая доза	а) 1А,2Б,3В,4Г б) 1В,2Б,3Г,4А в) 1Б,2Г,3А,4В г) 1Г,2Б,3В,4А	средний	5

		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			
7	ПК-6	Характерным признаком передозировки нафтизина или галазолина у детей является найдите ошибочный ответ	бледность кожных покровов снижение артериального давления тахикардия сонливость	средний	5
8	ПК-6	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-6	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	а) 1-АГДЖ 2-БВЕЗ б) 1-АБВГ 2-ДЕЖЗ с) 1-АВДЖ 2-БГЕЗ д) 1-ЖАВГ 2-БДЕЗ	средний	5
10	ПК-6	Дозировка хлоропирамина:	а) 0,01 мл/кг б) 1мг/кг с) 0,1мл/год жизни д) 1гр	средний	5
11	ПК-5	Шкала для оценки стеноза:	а) FLACC б) WESTLY с) YALE д) NIPS	средний	5
12	ПК-6	Дозировка беродуала для ингаляции у ребенка 6 лет с массой тела 36 кг:	а) 10 кап б) 20 кап с) 5 кап д) 45 кап	средний	5
13	ПК-6	Какие препараты разрешены в педиатрической практике жаропонижающей целью: а) 1-Нимесулид	д) 1234 е) 23 ф) 14 г) 2	средний	5

		б) 2-Ибупрофен с) 3-Парацетамол 4-Анальгин			
14	ПК-6	Дозировка Диазепама	а) 0,1 мг/год б) 0,1мл/кг с) 0,3-0,5мл/кг д) 1,0мл/кг	средний	5
15	ПК-5	Пути введения Диазепама: 1-Ректально 2-внутримышечно 3-перорально 4-ингаляторно	а) 1234 б) 23 с) 14 д) 13	средний	5
16	ПК-7	В чем заключается и в какой последовательности выполняется прием Сафара: 1) запрокидывание головы 2) открытие рта 3) выдвижение нижней челюсти 4) поворот головы в бок 5) надавливание на корень языка	а) 12345 б) 1234 с) 23541 д) 13524	высокий	8
17	ПК-6	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 д) Острого тонзиллита	высокий	8
18	ПК-5	Выберите все правильные ответы: Судорожный синдром у детей раннего возраста может отмечаться при: 1. менингите 2. пилоростенозе 3. гипертермическом синдроме 4. гипогликемии 5. гипокальциемии	а) 1,2,3,4,5 б) 1,3,4,5 с) 2,3,5 д) 1	высокий	8
19	ПК-5	Вставьте пропущенное слово: Крапивница – это заболевание, характеризующееся развитием ...	а) Аллергии б) Катаральных проявление с) Волдырей и/или ангиоотечков д) Диспепсических проявлений	Высокий	8
20	ПК-5	Тактика при развитии судорожного синдрома у ребенка: 1-Госпитализация в стационар 2-Вызвать БСМП 3-Обеспечить респираторную	а) 4321 б) 1234 с) 2143 д) 4132	высокий	8

		поддержку 4-Введение противосудорожного препарата			
--	--	--	--	--	--

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 – снижает 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