

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
Кафедра дитячих хвороб ФПО

ОРГАНІЗАЦІЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ В ІНТЕРНАТУРІ З
ДИТЯЧОЇ АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ НА БАЗІ СТАЖУВАННЯ

Навчально-методичний посібник для керівників лікарів-інтернів

Запоріжжя

2014

УДК 378.046-21.68:616-089.5-053.2(072)

ББК 74.58:51.1(2)

О - 64

Рекомендовано міністерством Освіти і науки України як навчально-методичний посібник для студентів та лікарів-інтернів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації (лист №1/11-8416 від 03.06.2014р.)

Рецензенти:

1. Д.мед.н., професор, завідувач кафедри педіатрії-2 Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика В. В. Березний
2. Д.мед.н., професор, завідувач кафедри анестезіології та інтенсивної терапії Запорізької медичної академії післядипломної освіти С.М.Гриценко

Л.М.Боярська, А.Г.Давидова, М.Ю.Курочкін, О.І.Подліанова

Організація інтернатури з дитячої анестезіології на базах стажування: методичний посібник для базових керівників інтернатури з дитячої анестезіології / Л.М.Боярська, А.Г.Давидова, М.Ю.Курочкін, О.І.Подліанова – Запоріжжя: ЗДМУ, 2014. – 139 с.

Даний навчально-методичний посібник призначено для базових керівників інтернатури з дитячої анестезіології. У ньому викладені всі необхідні відомості, які стосуються порядку проходження інтернатури за спеціальністю „Дитяча анестезіологія”.

Уся надана інформація базується на затверджених МОЗ України положеннях та інших нормативних актах, які регламентують діяльність інтернатури, базових закладів департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації..

УДК 378.046-21.68:616-089.5-053.2(072)

ББК 74.58:51.1(2)

ISBN 978-966-417-065-8

Л.М.Боярська, А.Г.Давидова,
М.Ю.Курочкін, О.І.Подліанова, 2014
Запорізький державний
медичний університет, 2014

ЗАТВЕРДЖЕНО

Центральною методичною радою ЗДМУ

Протокол № від 2014 р.

Даний навчально-методичний посібник призначено для базових керівників інтернатури з дитячої анестезіології. У ньому викладені всі необхідні відомості, які стосуються порядку проходження інтернатури за спеціальністю „Дитяча анестезіологія”.

Уся надана інформація базується на затверджених МОЗ України положеннях та інших нормативних актах, які регламентують діяльність інтернатури, базових закладів управління охорони здоров'я облдержадміністрації.

Навчально-методичний посібник підготовлено завідувачем кафедри дитячих хвороб ФПО проф. Боярською Л.М., к.мед.н., асистентом Давидовою А.Г., к.мед.н., доцентом Курочкіним М.Ю., к.мед.н. асистентом Подліановою О.І.

Вступ

Забезпечення високого рівня підготовки фахівців, здатних згідно з вимогами державних стандартів якості освіти, виконувати професійні обов'язки є основним завданням вищої медичної школи України. Така підготовка до самостійної роботи лікаря-дитячого анестезіолога можлива за умови набуття майбутнім фахівцем якісних теоретичних знань та необхідних практичних навичок протягом навчання в інтернатурі. Для цього, в свою чергу, необхідне створення відповідних умов та системи підготовки як на кафедрах університету, так і на базах стажування – у закладах охорони здоров'я, затверджених Департаментом охорони здоров'я обласної держадміністрації для проведення заочної частини інтернатури.

У даному навчально-методичному посібнику викладено основні положення проведення стажування лікарів-інтернів дитячих анестезіологів на відповідних базах, надано відомості про функціональні обов'язки фахівця, відповідального за проведення інтернатури на базі стажування, безпосереднього керівника лікарів-інтернів дитячих анестезіологів, а також самих лікарів-інтернів. Наведений перелік документів, що ведуться на базі стажування, а також документів, що заповнює сам лікар-інтерн дитячий анестезіолог, для останніх надано рекомендовану форму. Запропонований план проведення семінарських занять з лікарями-інтернами дитячими анестезіологами першого та другого року навчання під час заочної частини інтернатури, а також методичні розробки кожного семінарського заняття для викладача – безпосереднього керівника лікарів-інтернів на базі стажування. Надано тестові завдання для контролю знань лікарів-інтернів з поясненнями правильних відповідей, перелік практичних навичок майбутніх дитячих анестезіологів, перелік сучасної літератури, рекомендованої для опрацювання під час навчання в інтернатурі.

Запропонований навчально-методичний посібник буде корисним для головних лікарів закладів охорони здоров'я, керівників заочної частини інтернатури та завідувачів дитячих відділень анестезіології та інтенсивної терапії.

ЗМІСТ

Вступ	1
ЧАСТИНА 1	4
Загальні положення	4
Організація навчального процесу.....	4
Функціональні обов'язки фахівця, відповідального за інтернатуру на базі стажування	5
Функціональні обов'язки керівника лікарів-інтернів на базі стажування	6
Розподіл часу роботи лікарів-інтернів у відділеннях на період заочного навчання.....	8
Науково-дослідна робота лікарів-інтернів.....	9
Права та обов'язки лікарів-інтернів.....	9
Контрольні заходи.....	10
Додаток 1. Перелік документів з інтернатури, які мають вестись у базових установах стажування інтернів.....	12
Додаток 2. Перелік документів лікаря-інтерна, необхідних при проведенні підсумкової атестації.....	13
Додаток 3. Індивідуальний план проходження інтернатури за спеціальністю «Дитяча анестезіологія».....	14
Додаток 4. Щоденник проходження інтернатури за спеціальністю «Дитяча анестезіологія».....	37
Додаток 5. Тематичний план семінарських занять на період заочного навчання лікарів-інтернів за фахом «Дитяча анестезіологія».....	41
Додаток 6. Теми рефератів.....	44
Додаток 7. Тестові завдання для контролю знань лікарів-інтернів.....	46
Додаток 8. Перелік практичних навичок.....	88
Додаток 9. Рекомендована література.....	90
ЧАСТИНА 2	
Методичні розробки семінарських занять з лікарями-інтернами на період заочного навчання.....	95
Методична розробка семінарського заняття №1.....	95

Методична розробка семінарського заняття №2.....	97
Методична розробка семінарського заняття №3.....	99
Методична розробка семінарського заняття №4.....	101
Методична розробка семінарського заняття №5.....	102
Методична розробка семінарського заняття №6.....	104
Методична розробка семінарського заняття №7.....	106
Методична розробка семінарського заняття №8.....	108
Методична розробка семінарського заняття №9.....	109
Методична розробка семінарського заняття №10.....	111
Методична розробка семінарського заняття №11.....	113
Методична розробка семінарського заняття №12.....	115
Методична розробка семінарського заняття №13.....	117
Методична розробка семінарського заняття №14.....	120
Методична розробка семінарського заняття №15.....	122
Методична розробка семінарського заняття №16.....	125
Методична розробка семінарського заняття №17.....	127
Методична розробка семінарського заняття №18.....	129
Методична розробка семінарського заняття №19.....	131
Методична розробка семінарського заняття №20.....	133
Методична розробка семінарського заняття №21.....	135
Методична розробка семінарського заняття №22.....	136

ЧАСТИНА 1

ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

Основним завданням інтернатури з дитячої анестезіології є підвищення рівня практичної підготовки випускників вищих медичних закладів освіти III-IV рівня акредитації та медичних факультетів університетів, їх професійної готовності до самостійної лікарської діяльності.

Інтернатура проводиться в очно-заочній формі навчання на кафедрах дитячої анестезіології та інтенсивної терапії Академій післядипломної освіти або факультетів післядипломної освіти вищих навчальних закладів. Заочна частина інтернатури проводиться на затверджених клінічних базах. Вузькі цикли проводяться в лікарнях міста та на суміжних кафедрах.

ОРГАНІЗАЦІЯ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

Підготовка лікарів-інтернів за спеціальністю „Дитяча анестезіологія” проводиться за індивідуальними навчальними планами, розробленими на підставі типових навчальних планів і програм післядипломної підготовки, у відповідності з кваліфікаційними характеристиками фахівців з лікарських спеціальностей.

Початок навчання в інтернатурі з 1 серпня.

Тривалість навчання в інтернатурі 2 роки.

Для лікарів-інтернів, які одночасно навчаються в магістратурі, тривалість очної частини інтернатури на кафедрі подовжується на 3 місяці за рахунок відповідного скорочення тривалості стажування в базових закладах та установах охорони здоров'я.

Паспорт бази стажування лікарів-інтернів складається та переглядається 1 раз у 3 роки.

Головний лікар базової установи охорони здоров'я вживає заходів що до підвищення рівня діагностичної, лікувально-профілактичної, протиепідемічної роботи у базовій установі, забезпечує інтернів усім необхідним, згідно вимогам до бази стажування лікарів-інтернів. На підставі наказу Департаменту охорони

здоров'я обласної держадміністрації, видає наказ про їх зарахування на посади лікарів-інтернів за спеціальністю „Дитяча анестезіологія”, забезпечує знайомство інтернів з напрямками діяльності базового закладу, районом обслуговування дитячого населення, правилами внутрішнього розпорядку, охорони праці та техніки безпеки, правами та обов'язками лікарів-інтернів, тощо. Забезпечує залучення лікарів-інтернів до участі у санітарно-освітній роботі. Разом із завідувачем кафедри дитячих хвороб ФПО головний лікар базової установи охорони здоров'я затверджує індивідуальні навчальні плани підготовки лікарів в інтернатурі. Щорічно на засіданні медичної ради (трудового колективу) проводить обговорення стану стажування лікарів-інтернів і виконання завдань МОЗ, Управління охорони здоров'я облдержадміністрації та рекомендації вищого закладу освіти щодо удосконалення роботи бази стажування лікарів-інтернів.

На підставі наказу МОЗ, Департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації та путівки вищого закладу освіти адміністрація лікарні (головний лікар) відряджає лікарів-інтернів у відповідний заклад освіти на очну частину навчання. Для планування та здійснення організаційно-методичних заходів, поточного контролю за їх виконанням головний лікар може призначити відповідального за загальне керівництво лікарями-інтернами на базі стажування.

ВІДПОВІДАЛЬНИЙ ЗА ІНТЕРНАТУРУ НА БАЗІ СТАЖУВАННЯ

- Організує стажування лікарів-інтернів у відповідності з типовими навчальними планами і програмами, працюючи в тісній взаємодії із деканатом факультету післядипломної освіти або Академії післядипломної освіти, профільними кафедрами вищого закладу медичної освіти та головними спеціалістами МОЗ та Департаменту охорони здоров'я облдержадміністрації.
- Складає графік роботи лікарів-інтернів в спеціалізованих відділеннях та інших структурних підрозділах бази стажування у відповідності з індивідуальними планами підготовки лікарів-інтернів.

- Разом із викладачами відповідної кафедри знайомить керівників лікарів-інтернів на базах стажування з вимогами навчальних планів та програм, забезпечує їх необхідними програмами та методичними матеріалами з інтернатури по педіатрії.
- Залучає лікарів-інтернів до активної участі в клінічних, патолого-анатомічних та науково-практичних конференціях, які проводяться в базовій установі охорони здоров'я.
- Систематично здійснює контроль за роботою керівників лікарів-інтернів на базах стажування, бере участь у прийманні заліків, які передбачені програмою, вживає заходів що до поліпшення фахової підготовки в інтернатурі, готує звіти на раду установи охорони здоров'я з питань стажування лікарів-інтернів.

КЕРІВНИК ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ НА БАЗІ СТАЖУВАННЯ

- Призначається наказом Управління охорони здоров'я облдержадміністрації за погодженням з деканатом ФПО ЗДМУ з числа спеціалістів вищої або першої кваліфікаційної категорії (переважно завідувачі профільним відділенням) з розрахунку на одного керівника 7 лікарів-інтернів.
- На початку стажування визначає рівень знань та умінь у лікарів-інтернів, результати якого враховуються при складанні навчальних планів їх підготовки.
- Разом з викладачем кафедри дитячої анестезіології факультету або Академії післядипломної освіти на підставі типового навчального плану і програми складає навчальний план підготовки лікарів-інтернів і подає на затвердження керівнику бази стажування та завідувачу кафедри.
- Забезпечує умови для виконання лікарями-інтернами індивідуальних планів проходження стажування.
- Залучає лікарів-інтернів до систематичної активної участі в діагностичній, лікувальній, санітарно-профілактичній роботі, у виконанні усіх видів

діяльності, передбачених вимогами кваліфікаційної характеристики та індивідуальними навчальними планами інтернів.

- Створює належні умови для набуття лікарями-інтернами необхідних умінь, професійних знань та практичних навичок і здійснює контроль за виконанням індивідуальних навчальних планів підготовки лікарів-інтернів.
- Проводить з лікарями-інтернами планові і тематичні клінічні обходи, аналіз історій хвороб та інших документів, співбесіди, семінари, практичні заняття. Контролює та несе відповідальність за самостійну лікарську діяльність лікарів-інтернів і якість оформлення ними службової документації, бере участь у проведенні базового, проміжного, підсумкового контролю.
- Проводить з лікарями-інтернами індивідуальну виховну роботу, навчає принципам медичної етики та деонтології.
- Систематично підвищує свій професійний рівень, педагогічну майстерність, підтримує постійний зв'язок з професорсько-викладацьким складом кафедри дитячих хвороб ФПО, бере участь у роботі навчально-методичних конференцій для керівників інтернатури, які проводяться вищими закладами освіти.

Керівник інтернів у звітах, які подаються в Академію або факультет післядипломної освіти, повинен указати:

- відповідність необхідної та наявної документації у лікарів-інтернів, її ведення,
- головні заходи по виконанню типового учбового плану за даний період, відповідність підготовки інтернів вимогам типового плану,
- теми залікових занять,
- участь інтернів у лікарських конференціях,
- дотримання виробничої дисципліни (кількість днів працевтрат, з яких причин),
- оціночну відомість по засвоєнню практичних навичок, рівень теоретичних знань за п'ятибальною шкалою,

- кількість виконаних рефератів.

На базі стажування необхідно мати стенд, на якому повинні бути наступні матеріали: графіки проходження інтернатури, семінарських занять, чергувань по лікарні, конференцій та ін.

РОЗПОДІЛ ЧАСУ ДЛЯ РОБОТИ У ВІДДІЛЕННЯХ НА ПЕРІОД ЗАОЧНОГО НАВЧАННЯ*

№№	Місце роботи	Тривалість роботи
1.	Відділення анестезіології та інтенсивної терапії новонароджених	2 міс.
2.	Відділення анестезіології та інтенсивної терапії	3 міс.
3.	Відділення екстракорпоральних методів детоксикації	0,5 міс.
4.	ЛОР-операційна	0,5-1 міс.
5.	Хірургічна операційна	1 міс.
6.	Урологічна (травматологічна, нейрохірургічна, офтальмологічна, та ін.) операційна	По 0,5 міс.

* Примітка: тривалість роботи у відділеннях подана орієнтовно; робота лікаря-інтерна повинна включати стажування у всіх операційних, які є у даному базовому закладі охорони здоров'я.

НАУКОВО-ДОСЛІДНА РОБОТА ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ

Науково-дослідна робота лікарів-інтернів (НДР) забезпечує набуття навичок самостійної роботи з науковою літературою, формує здатність до аналізу й узагальнення матеріалу, розвитку клінічного мислення, критичне осмислення даних літератури.

Для НДР лікарів-інтернів може бути використано аналіз даних, отриманих при проведенні додаткових методів обстеження хворих, звіти і науково-практичний аналіз діяльності відділень, спеціалізованих служб, порівняльний аналіз показників діяльності закладів (установ) охорони здоров'я з такими ж показниками за минулі роки. Тематику досліджень визначає план НДР лікаря-інтерна, складений виконавцем разом з викладачем кафедри з врахуванням реальних можливостей виконання в умовах навчання на кафедрі вищого медичного навчального закладу.

Результати НДР інтернів доповідаються на науково-практичних конференціях і враховуються при їх атестації. За результатами НДР лікарів-інтернів Вчена Рада вищого закладу освіти може дати рекомендацію лікарю-інтерну до вступу до клінічної ординатури після закінчення інтернатури без необхідного стажу практичної роботи.

ПРАВА ТА ОБОВ'ЯЗКИ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ

За період заочного навчання лікар-інтерн працює під керівництвом лікаря базового лікувального закладу, призначеного його безпосереднім керівником. На лікаря-інтерна на цей період розповсюджуються правила внутрішнього розпорядку, права та пільги, які встановлені для працівників даного закладу охорони здоров'я.

Під час періоду очного навчання лікар-інтерн працює під керівництвом викладача профільної кафедри. На лікаря-інтерна на цей період розповсюджуються правила внутрішнього розпорядку, права та пільги, які встановлені у вищому навчальному закладі або в Академії післядипломної освіти.

Заробітна плата інтернам протягом усього періоду навчання в інтернатурі виплачується за рахунок установ, які затверджені базою інтернатури, у встановленому діючим законодавством розмірі (для бюджетної форми навчання).

На базах стажування лікар-інтерн дитячий анестезіолог під керівництвом безпосереднього керівника:

- виконує 50% навантаження лікаря-анестезіолога дитячого (у відділеннях анестезіології та інтенсивної терапії, відділенні екстракорпоральних методів детоксикації та в операційному блоці);
- здійснює не менше двох 16-тигодинних чергувань за місяць під керівництвом лікаря (і в заочному, і в очному періоді навчання); час чергування враховується до місячної норми праці лікаря-інтерна, він передбачений навчальним планом і додатковій платні не підлягає;
- своєчасно і у повному обсязі веде особисту документацію (див. додатки);
- щомісяця складає один реферат за визначеною викладачем тематикою;
- приймає участь у клінічних обходах, реферативних та патологоанатомічних конференціях, роботі лікувально-консультативних засідань;
- готується до практичних та семінарських занять за вказаною тематикою;
- щоквартально складає звіт про виконання запланованої роботи.

КОНТРОЛЬНІ ЗАХОДИ

Лікарі-інтерни підлягають атестації на визначення знань та практичних навичок на початку заочного періоду навчання (базовий рівень знань), по закінченню 6 місяців заочного періоду навчання (проміжний контроль), наприкінці заочного періоду навчання (підсумковий контроль) перед направленням інтерна на очну частину навчання на кафедру вищого закладу. Склад і графік роботи комісії, яка оцінює рівень лікаря-інтерна, затверджується наказом головного лікаря базової установи охорони здоров'я, керівника закладу. До складу комісії включаються: відповідальний за інтернатуру на базі стажування (голова), безпосередні керівники лікарів-інтернів, головні спеціалісти Управління охорони здоров'я облдержадміністрації, викладачі кафедри дитячої анестезіології

Академії або факультету післядипломної освіти. Звіт роботи комісії завіряється підписами всіх її членів та печаткою лікувальної установи.

Підсумковий контроль включає перевірку професійної практичної підготовки лікаря-інтерна згідно з планом та програмою, тестовий контроль рівня знань, співбесіду.

Лікарі-інтерни, які не атестовані за результатами контролю або не з'явилися на нього, зобов'язані пройти його у термін, узгоджений з вищим навчальним закладом.

ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ З ІНТЕРНАТУРИ, ЯКІ МАЮТЬ ВЕСТИСЬ У
БАЗОВИХ УСТАНОВАХ СТАЖУВАННЯ ІНТЕРНІВ

1. Накази, вказівки, інструктивні документи з інтернатури МОЗ України, Управління охорони здоров'я облдержадміністрації, ректора навчального закладу післядипломної медичної освіти.
2. Положення про інтернатуру (Наказ МОЗ України №291 від 19.09.96 р.)
3. Список інтернів, які проходять базову підготовку.
4. Типові учбові плани і програми зі спеціальності, за якою проводиться підготовка в інтернатурі.
5. Річні плани роботи з підготовки інтернів і звіти по ним.
6. Графіки роботи лікарів-інтернів в структурних підрозділах бази стажування відповідно індивідуальним планам навчання.
7. Графік чергувань лікарів-інтернів.
8. Журнал зауважень і пропозицій за результатами перевірки роботи базової установи стажування і їх реалізація.
9. Чисельна характеристика оволодіння практичними навичками лікарями-інтернами.

ПЕРЕЛІК ДОКУМЕНТІВ ЛІКАРЯ-ІНТЕРНА, НЕОБХІДНИХ ПРИ
ПРОВЕДЕННІ ПІДСУМКОВОЇ АТЕСТАЦІЇ

1. Індивідуальний план підготовки лікаря-інтерна
2. Щоденник обліку роботи інтерна (щотижня підписується керівником)
3. Характеристика від адміністрації базового закладу про виконання базової частини програми згідно з планом
4. Результати базового та проміжного контролю знань
5. Залікова книжка
6. Реферати

Управління охорони здоров'я Запорізької обласної державної адміністрації м. Запоріжжя

КУ «ЗМДБКЛ №5»

Запорізький державний медичний університет

Факультет післядипломної освіти

Кафедра дитячих хвороб ФПО

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар

КУ „Запорізька міська дитяча

багато профільна лікарня № ”

М.П.

_____ П.І.Б

«___» _____ 201__ р.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Завідуючий кафедри

професор _____

«___» _____ 201__ р

ІНДІВІДУАЛЬНИЙ ПЛАН
проходження інтернатури за спеціальністю
«Дитяча анестезіологія»

лікаря-інтерна
дитячого анестезіолога

П.І.П. _____

01.08.20__ – 31.06.20__ рр.

(Дата початку – дата закінчення інтернатури)

Запоріжжя, 201__

Характеристика

лікаря дитячого анестезіолога _____, 19__ року народження, освіта вища.

_____ закінчив Запорізький державний медичний університет у 20__ році. Проходив інтернатуру з дитячої анестезіології на базі _____ лікарні № __ з 01.08.20__ по 30.06.20__. Під час проходження інтернатури самостійно виконував обов'язки дитячого лікаря-анестезіолога в рамках дванадцятимісячного позаочного циклу підготовки лікарів-інтернів. До кола обов'язків входило: прийом хворих до відділення інтенсивної терапії з повним об'єктивним обстеженням, оцінка важкості їх стану, призначення діагностичного обстеження та адекватного лікування.

Працював у наступних відділеннях: анестезіології та інтенсивної терапії, анестезіології та інтенсивної терапії новонароджених, екстракорпоральних методів детоксикації, в операційних хірургічного, урологічного, офтальмологічного, ендоскопічного, нейрохірургічного, травматологічного,....., ЛОР-відділення.

Приймав участь у роботі й оформленні документації лікаря-анестезіолога. Щоденно здійснював курацію не менш як 2 хворих, виконуючи повний обсяг обов'язків лікаря. Брав участь у діагностичних та лікувальних маніпуляціях, які потребують лікарського контролю (штучна вентиляція легенів, забезпечення судинного доступу, розрахунок дефіциту води, електролітів, білку, гемоглобіну та їх корекція, проведення анестезіологічного забезпечення при різних оперативних втручаннях та інвазивних маніпуляціях, запис електрокардіограми, переливання компонентів крові, спинномозкова та плевральна пункції, інтубація трахеї, катетеризація сечового міхура та ін.).

В якості лікаря чергував в стаціонарі у відділеннях анестезіології та інтенсивної терапії 2 рази на місяць. Під час надання невідкладної допомоги діяв спокійно та впевнено, з відповідальністю відносився до своїх обов'язків.

Постійно працював над підвищенням свого професійного рівня. Регулярно знайомився з обов'язковою та додатковою літературою зі спеціальності. Приймав

участь в роботі лікарських конференцій, засіданнях науково-практичної Асоціації анестезіологів.

З колегами по роботі підтримував рівні дружні співвідношення.
Користувався повагою у хворих. Скарг за звітний період не мав.

Освоїв та оволодів теоретичними та практичними навичками, принципами надання невідкладної допомоги у повному обсязі відповідно до програми.

_____ має всі знання та практичні навички для роботи дитячого лікаря-анестезіолога у стаціонарі.

Загальна оцінка _____

Завідуючий кафедрою/курсом
дитячої анестезіології (посада, звання) _____ П.І.Б.

Базовий керівник / завідуючий відділенням АІТ _____ П.І.Б.
„_____” _____ 2013р.

**ГРАФІК
УЧБОВОГО ПРОЦЕСУ**

Рік навчання	Місяці 2009-2011 рр.											
	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7
1 рік	Б	К	К	К	К	К	Б	Б	Б	Б	Б	В
2 рік	Б	Б	Б	Б	Б	Б	К	К	К	К	К	В

Примітка: Б стажування на базі

К навчання на кафедрі та суміжних кафедрах

В відпустка

Проведення анестезій

№	Робоче місце	1 рік	2 рік	Усього
1	Урологія операційна	25	25	50
2	Хірургія операційна	50	50	100
3	ЛОР-відділення опер	75	75	150
4	Діалізний зал	40	40	80
5	АІТ реанімаційний зал	30	30	60
6	АІТ новонароджених Реанімаційний зал	5	5	10
7	Ендоскопічне (або інші) відділення	5	5	10
	УСЬОГО	230	230	460

ВИКОНАНО

Підпис керівника очного циклу

Завідуючий кафедрою/курсом

дитячої анестезіології (посада, звання) _____ П.І.Б.

Підпис керівника заочного циклу

Завідуючий відділенням АІТ _____ П.І.Б.

Підпис лікаря інтерна _____

ПЕРШИЙ РІК НАВЧАННЯ

ОЧНА ЧАСТИНА ІНТЕРНАТУРИ

(термін з -01.09.2013 р по 31.01.2014.)

РОБОТА У КОМП'ЮТЕРНОМУ КЛАСІ (КРОК-3)

Дата	Характер роботи	Кількість годин	Відсотки виконання	Підпис керівника
	Базовий контроль	150 хвилин		
	Проміжний	150 хвилин		
	Заключний	200 хвилин		

№	Вид роботи	Оцінка	Підпис викладача
1.	Практична робота		
2.	Теоретична програма		
3.	Загальна оцінка		

Висновок: лікар-інтерн засвоїв практичний та теоретичний матеріал очної частини першого року інтернатури у повному обсязі із загальною оцінкою _____

Підпис базового керівника _____

ЗАОЧНА ЧАСТИНА ІНТЕРНАТУРИ

Перший рік навчання

(термін з 01.08.2013р. по 31.08.2013 р

та з 01.02.2014 р. по 31.06.2010.)

№	Вид роботи	Оцінка	Підпис викладача
1.	Практична робота		
2.	Теоретична програма		
3.	Загальна оцінка		

Загальна оцінка за перший рік навчання

Висновок: лікар-інтерн засвоїв практичний та теоретичний матеріал заочної частини першого року інтернатури у повному обсязі із загальною оцінкою _____

Підпис базового керівника _____

ДРУГИЙ РІК НАВЧАННЯ

ЗАОЧНА ЧАСТИНА ІНТЕРНАТУРИ (термін з -01.08.2013 р по 31.01.2014 р.)

Вид роботи	Оцінка	Підпис викладача
1. Практична робота		
2. Теоретична програма		
3. Загальна оцінка		

Висновок: лікар-інтерн засвоїв практичний та теоретичний матеріал заочної частини першого року інтернатури у повному обсязі із загальною оцінкою _____

Підпис базового керівника _____

ОЧНА ЧАСТИНА ІНТЕРНАТУРИ
(термін з -01.02.2014 р по 31.06.2014 р.)

РОБОТА У КОМП'ЮТЕРНОМУ КЛАСІ (ELEX)

Дата	Характер роботи	Кількість годин	Відсотки виконання	Підпис керівника
	Базовий контроль	150 хвилин		
	Проміжний	150 хвилин		
	Заключний	200 хвилин		

№	Вид роботи	Оцінка	Підпис викладача
4.	Практична робота		
5.	Теоретична програма		
6.	Загальна оцінка		

Висновок: лікар-інтерн засвоїв практичний та теоретичний матеріал очної частини першого року інтернатури у повному обсязі із загальною оцінкою _____

Підпис очного циклу керівника _____

Загальна оцінка за другий рік навчання

Висновок: лікар-інтерн засвоїв практичний та теоретичний матеріал заочної та очної частини другого року інтернатури у повному обсязі із загальною оцінкою _____

Підпис базового керівника _____

ЗАГАЛЬНА ОЦІНКА ЗА УВЕСЬ ПЕРІОД ПРОХОДЖЕННЯ ІНТЕРНАТУРИ

За ФАХОМ ДИТЯЧА АНЕСТЕЗІОЛОГІЯ та РЕАНІМАТОЛОГІЯ
ПРОТЯГОМ ДВОХ РОКІВ з 01.08.20__ р. по 30.06.20__ р.

НА КАФЕДРІ _____
_____ УНІВЕРСИТЕТУ /АКАДЕМІЇ

ЛІКАР-ІНТЕРН ДИТЯЧИЙ
АНЕСТЕЗІОЛОГ _____

ЗАСВОЇВ ПРАКТИЧНИЙ ТА ТЕОРЕТИЧНИЙ МАТЕРІАЛ ЗАОЧНОЇ ТА
ОЧНОЇ
ЧАСТИН У ПОВНОМУ ОБСЯЗІ ІЗ ЗАГАЛЬНОЇ
ОЦІНКОЮ _____

Завідуючий кафедрою/курсом
дитячої анестезіології
(посада, вчене звання) _____ П.І.Б.

Завідуючий відділенням
анестезіології та інтенсивної
терапії _____ П.І.Б.

Дата « » _____ 201_ р.

\

**ЧИСЕЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА
ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК**
(екзаменаційна форма)

Лікар - інтерн _____

Спеціальність «Дитяча анестезіологія»

Термін навчання _____

№	Практичні навички	Загальна кількість
1.	Збір анамнезу та його оцінка	
2.	Об'єктивне обстеження хворого	
3.	Вимірювання артеріального тиску на верхніх та нижніх кінцівках	
4.	Оцінка лабораторних методів обстеження	
5.	Оцінка результатів біохімічних аналізів	
6.	Забір матеріалу для бак. дослідження	
7.	Розшифрування ЕКГ та ФКГ	
8.	Визначення групи крові та резусу	
9.	Невідкладна допомога на дошпитальному етапі	
9.1.	Анафілактичний шок,	
9.2.	Гостра дихальна,	
9.3.	Серцева, судинна недостатність,	
9.4.	Інфекційно-токсичний шок,	
9.5.	Синдром гострого ексикозу,	
9.6.	Напад астми,	
9.7.	Судоми,	
9.8.	Гіпертермічний синдром,	
9.9.	Коматозні стани,	
9.10.	Отруєння,	

9.11	Утоплення,	
9.12	Обмороження,	
9.13	Опіки,	
9.14	Синдром тривалого розчавлювання	
9.15	Гостра крововтрата	
9.	Проведення первинної реанімації	
10.	Проведення інкубації	
11.	В/в. в/м та п/ш ін'єкції	
12.	Зупинка кровотечі	
13.	Імобілізація кінцівок при їх переломах	
14.	Проведення первинної обробки рани	
15.	Проведення оксигенотерапії	
16.	Проведення інгаляцій	
17.	Розрахунок та проведення інфузійної терапії	
18.	Оцінка результатів Ехо-ЕГ	
19.	Оцінка результатів РЕГ	
20.	Оцінка результатів УЗД різних органів та систем	
21.	Оцінка результатів рентгенологічного дослідження	
22.	Проведення спинномозкової пункції	
23.	Проведення плевральної пункції	
24.	Катетеризація січовою міхурою	
25.	Методика очисної та лікувальної клізм	
26.	Промивання шлунку	
27.	Зондове годування малюків	
28.	Оцінка важкості стану новонародженого.	
29.	Оцінка новонародженого за шкалою Апгар.	
30.	Проведення гемотрансфузії, замісне переливання крові.	
31.	Використання газовивідної трубки.	
32.	Нормалізація температури тіла фізичними методами.	
33.	Приготування розчинів для ентеральної регідратації.	

34.	Відсмоктування слизу з ВДШ.	
35.	Участь у ЛКК,ПАК	
36.	Ведення документації лікаря-ординатора палат АІТ	
37.	Ведення документації лікаря анестезіолога	
38.	Ведення документації при проведенні гемодіалізу	

Лікар-інтерн

підпис

ПІБ

Базовий керівник

Завідуючий

відділенням АІТ

підпис

ПІБ

Керівник очного навчання

Завідуючий кафедрою

(курсом) дитячої

анестезіології

підпис

Теоретична підготовка

Очний період

Термін виконання _____

№	Період Інтернатури	Індивідуальні строки проходження	Відмітка про виконання
I.	Очний період		
1.	Заліки за період навчання		
1.1.	Базовий / стартовий першого року навчання		
1.2.	Піврічний першого року навчання		
1.3.	Річний першого року навчання		
1.4.	Базовий \ стартовий другого року навчання		
1.5.	Піврічний другого року навчання		
1.6.	Річний другого року навчання		
1.7.	Тестовий екзамен «КРОК-3»		
1.8.	Комп'ютерне тестування «ELEX»		
2.	Участь		
2.1.	У тематичних клінічних розборах		
2.2.	У клініко-анатомічних конференціях		
2.3.	У науково-практичних конференціях		
2.4.	У засіданнях лікарняних товариств		
2.5.	Доповіді на лікарняних товариств		
2.6.	Доповіді на конференціях студентів та лікарів-інтернів		
3.	Реферування		

3.1.	Журнали		
3.2.	Монографії		
3.3.	Підручники		
II	Суміжні дисципліни та додаткові програми		
1.	Воєнно-медична підготовка і медицина Катастроф		
2.	Оперативна хірургія та топографічна анатомія		
3.	Анестезіологія та Інтенсивна терапія у дорослих		
4.	Комбустіологія		
5.	Медична генетика		
6.	Особливо небезпечні інфекції		
7.	Медична інформатика		
8.	Радіологія		
9.	СНІД та ВГ		
10.	Трансплантологія		
11.	Клінічна імунологія		
12.	Туберкульоз		
III	Участь у науковій роботі		
IV	Санітарно-просвітня робота (теми лекцій, бесід)		

V	Тарифна відпустка		

ПРАКТИЧНА ПІДГОТОВКА заочний період

№	Період інтернатури	Індивідуальні строки проходження	Відмітка про виконання
I	РОБОТА в СТАЦІОНАРІ		
1.	Відділення анестезіології та інтенсивної терапії		
2.	Відділення анестезіології та інтенсивної терапії новонароджених		
3.			
4.			
	ЧЕРГУВАННЯ в СТАЦІОНАРІ		
1.	1 рік навчання		
2.	2 рік навчання		

Керівник очного навчання

Завідуючий кафедрою (курсом)

дитячої анестезіології

(посада, звання).

_____ П.І.Б.

Базовий керівник

_____ П.І.Б.

Лікар-інтерн

\

Участь у конференціях

2 рік навчання

Дата	Назва	Ступінь участі (слухач, доповідач)

Підпис лікаря –інтерна _____

Підпис керівника _____

КОМП'ЮТЕРНИЙ КОНТРОЛЬ та ТЕСТУВАННЯ

дата	Характер роботи	Кількість годин	Набрано відсотків	Підпис керівника
	КРОК-3			
	Базовий контроль			
	Проміжний			
	Підсумковий			
	ELEX			
	Базовий			
	Проміжний			
	Підсумковий			

Керівник очного навчання
завідуючий кафедрою/курсом дитячої
анестезіології
(посада, звання)

_____ П.І.Б.

ТЕМАТИЧНІ ХВОРІ, ЩО БУЛИ РОЗІБРАНІ ПІД ЧАС ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ

Назва циклу Дитяча анестезіологія

Дата	П.І.П. хворих	Вік	Діагноз	Ступінь участі

Підпис лікаря –інтерна _____

Підпис керівника _____

ПІБ

Графік

Чергування в відділенні АІТ. Перший та другий роки навчання

№ п/ п	Дата	ПІБ хворих	Діагноз / код МКБ	Характер наданої допомоги
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Підпис лікаря –інтерна _____

Підпис чергового лікаря _____

Підпис базового керівника _____

ЧЕРГУВАННЯ

у відділенні АІТ новонароджених
перший та другий роки навчання

№ п/ п	Дата	ПІБ хворих	Діагноз / код МКБ	Характер наданої допомоги
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Підпис лікаря –інтерна _____

Підпис чергового лікаря _____

Підпис базового керівника _____

Тематичні хворі, що були розібрані під час заочного навчання

Дата	П.І.П. хворих	Вік	№ історії вороби	Діагноз	Ступінь участі

Підпис лікаря –інтерна _____

Підпис базового керівника _____

Управління охорони здоров'я _____ обласної державної адміністрації

КУ ЗМДБКЛ №5

_____ медичний університет/академія

Факультет

Кафедра

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Головний лікар

КУ „Запорізька міська дитяча

багато профільна лікарня № ”

М.П.

_____ П.І.Б.

«___» _____ 20 р.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Завідуючий кафедри

_____ профессор _____ П.І.Б.

«___» _____ 20 р

ЩОДЕННИК

проходження інтернатури за спеціальністю
«Дитяча анестезіологія та реаніматологія»

лікаря-інтерна

дитячого анестезіолога

01.08.20__ – 31.07.201__рр.

(Дата початку – дата закінчення інтернатури)

Запоріжжя, 20__

РОБОТА У СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ ВІДДІЛЕННЯХ

Лікар-інтерн _____ року

навчання _____

Відділення Урологічне (операційна)

Термін роботи

№ п/ п	Дата	П.І.Б.	Діагноз хворих / код МКБ	Характер допомоги Анестезіологічна технологія. Обстеження. Консультації. Програма ІТ. Лікарські засоби
1				
2				
3				
4				

Підпис лікаря –інтерна _____

Підпис завідуючого відділенням _____

Підпис керівника _____

РОБОТА У СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ ВІДДІЛЕННЯХ

Лікар-інтерн _____ року навчання _____

Відділення: Анестезіології та інтенсивної терапії

Термін роботи

№ п/п	Дата	П.І.Б.	Діагноз хворих / код МКБ	Характер допомоги Анестезіологічна технологія. Обстеження. Консультації. Програма ІТ. Лікарські засоби
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Підпис лікаря –інтерна _____

Підпис зав. відділенням _____

Підпис керівника _____

РОБОТА У СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ ВІДДІЛЕННЯХ

Відділення Анестезіології та Інтенсивної терапії новонароджених

Термін роботи

№ п/п	Дата	П.І.Б.	Діагноз хворих / код МКБ	Характер допомоги Анестезіологічна технологія. Обстеження. Консультації. Програма ІТ. Лікарські засоби
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Підпис лікаря –інтерна _____

Підпис зав.відділенням _____

Підпис керівника _____

ТЕМАТИЧНИЙ ПЛАН СЕМІНАРСЬКИХ ЗАНЯТЬ НА ПЕРІОД
ЗАОЧНОГО НАВЧАННЯ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ ЗА ФАХОМ
„ДИТЯЧА АНЕСТЕЗІОЛОГІЯ”

1. Етичні, деонтологічні та юридичні проблеми в анестезіології та медицині критичних станів. Дитяча смертність.
2. Організація роботи і структура відділення інтенсивної терапії та операційного блоку. Санітарно-епідемічний режим. Документація та звітність в анестезіолого-реанімаційній службі.
3. Сучасні теорії та класична клініка наркозу. Правила техніки безпеки в операційній. Конструкція, види та правила використання наркозно-дихальної апаратури.
4. Інгаляційні та неінгаляційні анестетики: особливості застосування, показання та протипоказання. Седативні препарати та транквілізатори, що використовуються в дитячій анестезіології та інтенсивній терапії.
5. Наркотичні та ненаркотичні анальгетики: показання та протипоказання у дітей різного віку, можливі побічні ефекти, використання під час проведення наркозу та при лікуванні післяопераційного болю.
6. Техніка проведення інгаляційного та неінгаляційного наркозу. Раціональне сполучення препаратів для анестезії. Збалансована анестезія, внутрішньовенний програмований полінаркоз. Комбінована та сполучена анестезія. Передопераційна підготовка.
7. Місцеві анестетики, особливості використання в педіатрії. Нейровегетативні блокади у дітей різного виду: спинальна, епідуральна, у тому числі сакральна, анестезія. Техніка проведення, можливі ускладнення.
8. Препарати, що впливають на адренорецептори, показання до використання в дитячому віці, побічні ефекти. Судинні та кардіотонічні засоби.

9. Препарати що впливають на холінорецептори. Міорелаксанти: класифікація, механізм дії, побічні ефекти та протипоказання до застосування.
10. Особливості передопераційної підготовки, анестезіологічного забезпечення та післяопераційної інтенсивної терапії у новонароджених.
11. Термінальні стани у дітей. Серцево-легенева та церебральна реанімація. Інтенсивна терапія післяреанімаційної хвороби. Особливості серцево-легеневої реанімації новонароджених, первинна реанімація у пологовому залі.
12. Дихальна недостатність, класифікація. Невідкладна допомога та інтенсивна терапія при верхньому та нижньому обструктивному та паренхіматозному типах дихальної недостатності. Показання для штучної вентиляції легенів.
13. Тяжкі пневмонії у дітей. Особливості інтенсивної терапії та респіраторної підтримки. Антибактеріальні препарати, особливості їх застосування у дітей. Респіраторний дистрес-синдром дорослих. набряк легенів. Інтенсивна терапія, особливості респіраторної терапії.
14. Респіраторний дистрес-синдром новонароджених, особливості лікування та респіраторної підтримки. Інші види синдрому дихальних розладів у новонароджених, інтенсивна терапія.
15. Гостра серцева недостатність, гострі порушення серцевого ритму у дітей. Гостра судинна недостатність. Невідкладна допомога та інтенсивна терапія. Кардіогенний шок.
16. Шок: геморагічний, гіповолемічний. Етіологія, патогенез, інтенсивна терапія. Гідроіонні порушення у дітей різного віку та їх корекція. Опікова хвороба у дітей: патогенез, інтенсивна терапія. Опіковий шок. Класифікація інфузійних середовищ. Показання для гемотрансфузій в дитячому віці.
17. Шок: інфекційно-токсичний (септичний), анафілактичний. Етіологія, патогенез, класифікація, сучасні підходи до інтенсивної терапії. Механізм

дії глюкокортикостероїдів, клінічне застосування. Протигістамінні препарати.

18. Кисотно-лужний стан організму та його порушення у дітей. Методи корекції при різних видах порушень. Особливості у новонароджених.
19. Гострий перитоніт у дітей. Злукова хвороба. Кишкова непрохідність різної етіології. Особливості передопераційної підготовки, анестезіологічного забезпечення та післяопераційної інтенсивної терапії при розповсюдженій гострій абдомінальній патології у дітей. Нутритивна підтримка.
20. Ендогенні та екзогенні інтоксикації у дітей. Гострі отруєння різної етіології, принципи інтенсивної терапії. Антидотна терапія. Гостра печінкова недостатність. Гостра ниркова недостатність. Показання до застосування екстракорпоральних методів детоксикації.
21. Гіпертермічний та судомний синдром у дітей. Особливості використання антипіретиків та протисудомних препаратів. Злоякісна гіпертермія, етіопатогенез, лікування. Інтенсивна терапія набряку головного мозку. Діуретики, класифікація, клінічне використання в педіатрії.
22. Невідкладні стани екзогенного характеру та нещасні випадки в дитячому віці: надання невідкладної допомоги та інтенсивна терапія. Синдром порушення свідомості у дітей. Коматозні стани різної етіології в дитячому віці: диференційна діагностика, інтенсивна терапія.

ТЕМИ РЕФЕРАТІВ

1. Роль та значення анестезіології, реанімації та інтенсивної терапії в сучасній медицині. Етичні та деонтологічні проблеми в дитячій анестезіології та реанімації.
2. Анатомо-фізіологічні особливості та клінічна фізіологія дитячого віку з позицій анестезіолога.
3. Теорії наркозу та сучасні уяви про механізм дії анестетиків. Класичні основи клініки наркозу. Правила та закони використання наркозно-дихальної апаратури та різних приладів у дітей.
4. Інфузійна терапія у дітей. Особливості у новонароджених. Класифікація та клінічне використання інфузійних середовищ
5. Патофізіологія опікової хвороби. Інтенсивна терапія у дітей з опіковою хворобою. Інтенсивна терапія опікового шоку у дітей.
6. Порушення кислотно-лужного стану та їх корекція. Особливості у новонароджених.
7. Інтенсивна терапія гострих порушень дихання центрального генезу, торакоабдомінального та паренхіматозного типу ГДН.
8. Інтенсивна терапія ГДН верхнього та нижнього обструктивно-констриктивного типу. Респіраторна підтримка.
9. Термінальні стани у дітей. Проведення реанімаційних заходів. Післяреанімаційна хвороба
10. Особливості реанімації новонароджених та недоношених дітей. Первинна реанімація у пологовому залі.
11. Синдром дихальних розладів у новонароджених: етіопатогенез, лікування, принципи респіраторної підтримки
12. Інфекційно-токсичний (септичний) шок у дитячому віці: механізми, клініка, інтенсивна терапія
13. Анафілактичний шок у дітей: етіологія, патогенез, невідкладна допомога, інтенсивна терапія

13. Гіповолемічний та геморагічний шок у дітей.
14. Гостра серцева недостатність та кардіогенний шок у дітей. Інтенсивна терапія гострих порушень серцевого ритму у дітей.
15. Інгаляційний наркоз у дітей, техніка проведення та можливі ускладнення. Сучасні газові анестетики.
16. Внутрішньовенний наркоз у дітей. Сучасні засоби для внутрішньовенної анестезії, можливі ускладнення при їх застосуванні.
17. Клінічна фармакологія міорелаксантів та можливі ускладнення під час їх застосування. Сучасні міорелаксанти.
18. Особливості анестезії у новонароджених
19. Епідуральна, спинномозкова та сакральна анестезія у дітей різних вікових груп. Особливості у новонароджених
20. Стовбурова анестезія у дітей різних вікових груп
21. Особливості анестезіологічного забезпечення при торакальних, абдомінальних та нейрохірургічних операціях у дітей.
22. Анестезіологічне забезпечення при ургентних операціях у дітей
23. Амбулаторна анестезія в педіатрії

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ ДЛЯ КОНТРОЛЮ ЗНАТЬ ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ

1. 6-місячний хлопчик був знайдений мамою вранці у ліжечку без ознак дихання і серцебиття обличчям донизу. Зі слів матері напередодні ніяких змін у стані дитини не відмічалось. Який найбільш ймовірний діагноз?

- A.*Синдром раптової смерті
- B. Кардіогенний шок
- C. Менінгоенцефаліт
- D. Коматозний стан
- E. Аспірація чужорідного тіла

Для розвитку кардіогенного шоку, менінгоенцефаліту або коми необхідні причини, ці стани не можуть виникнути на фоні повного здоров'я. Оскільки дитина знайдена після нічного сну, лежачи обличчям донизу, то синдром раптової смерті є більш ймовірним діагнозом, аніж аспірація чужорідного тіла.

2. Яким основним синдромом відмінний асфіксічний стан при сторонньому тілі трахеї та гострому стенозуючому ларинготрахеїті?

- A.*Синдром інтоксикації
- B. Кашльовий синдром
- C. Афонія
- D. Респіраторний синдром
- E. Ринорея

Гострий стенозуючий ларинготрахеїт виникає на фоні вірусної, рідше бактеріальної інфекції, тому для нього, на відміну від аспірації стороннього тіла, характерний інтоксикаційний синдром.

3. Яку етіологічну причину гострої асфіксії можливо запідозрити, в першу чергу, у дитини першого року життя з ознаками рахіту 3 ступеня періоду розпалу?

- A.*Ларингоспазм
- B. набряк гортані
- C. Гострий стенозуючий ларинготрахеїт
- D. Дифтерія зіву та гортані
- E. Стороннє тіло трахеї

Рахіт тяжкого перебігу характеризується гіпокальціємією як за рахунок гормональних та ферментативних порушень, так і у зв'язку з вторинним синдромом мальабсорбції. Тому найбільш ймовірно, що у дитини виник ларингоспазм як наслідок гіпокальціємії.

4. При огляді дитина у віці 6 років непритомна. Шкіра та слизові оболонки блідо-ціанотичні. Екскурсії грудної клітини відсутні. Зіниці розширені. Пульсу на магістральних артеріях немає. Оберіть оптимальну тактику поведінки.

- A.*Розпочати серцево-легеневу реанімацію.
- B. Покликати на допомогу.
- C. Викликати “швидку”
- D. Констатувати смерть та викликати міліцію.
- E. Почати внутрішньовенне введення ліків

В умові описана класична картина клінічної смерті. Єдине, що може врятувати життя дитини – негайне проведення серцево-легеневої реанімації.

5. У дитини спостерігається раптове припинення дихання, посиніння шкірних покривів, зникнення пульсу на магістральних судинах та звуження зіниць. Які першочергові заходи?

- A.*Штучна вентиляція легень, закритий масаж серця
- B. Внутрішньовенне введення еуфіліну
- C. Внутрішньосерцеве введення адреналіну
- D. Промивання шлунка

Е. Оксигенотерапія

При зупинці дихання та кровообігу необхідно діяти за алгоритмом ABCDEF, у модифікації - CABDEF, де лише 4-й пункт – введення медикаментів (drugs), у тому числі адреналіну. Тому починати треба з механічної вентиляції та штучного масажу серця. Оксигенотерапія, введення еуфіліну та промивання шлунку не тільки не принесуть користі, але й затримують проведення адекватних реанімаційних заходів, що, скоріше за все, призведе до смерті дитини.

6. У дитини 5-и років при сильному сухому кашлі з'явився біль у грудній клітині, утруднення дихання, ціаноз. При огляді лікаря виявлено асиметрію грудної клітки, аускультативно - ослаблення дихання з правого боку, зміщення серцевого поштовху різко вліво. Чим обумовлені дихальні розлади дитини?

- A. *Спонтанний пневмоторакс
- B. Гострий обструктивний бронхіт
- C. Вроджена лобарна емфізема
- D. Гостра правобічна пневмонія
- E. Гострий стенозуючий ларингіт

Зверніть увагу на асиметрію грудної клітини, ослаблення дихання з одного боку, зміщення серцевого поштовху вліво, задишку та ціаноз, раптове виникнення симптомів, що супроводжувалось болем – увесь цей симптомокомплекс міг виникнути при раптовому розриві паренхіми правої легені, виходу повітря у плевральну порожнину, що зумовило підвищення тиску справа, колабування правої легені і зміщення органів середостіння вліво.

7. Дитина 5 років втратила свідомість вдома після гри з дрібними кульками з іграшок. Дихання хрипляче, справа не прослуховується. АТ 80/40 мм рт. ст.

Пульс 112 за хвилину. Визначте найбільш вірогідну причину дихальної недостатності.

- A. *Інородне тіло бронха
- B. Ларингоспазм
- C. Несправжній круп
- D. Отруєння таблетками
- E. Черепно-мозкова травма

Якщо в анамнезі є вказівка на контакт дитини з дрібними предметами, слід обов'язково подумати про можливість їх аспірації. Якщо дихання з однієї сторони не прослуховується, або має місце виражений бронхоспазм з різким послабленням дихання з однієї сторони – дитина потребує якнайшвидшого проведення діагностично-лікувальної бронхоскопії.

8. Шкільний лікар запрошена до класу для надання допомоги школярці К., 16 років. Зі слів оточуючих, наприкінці третьої години занять школярка була викликана до дошки. Вона встала, втратила свідомість та впала у прохід між партами. У перші хвилини відмічалось поверхнєве дихання, пульс слабкий. При огляді: бліда, вкрита холодним потом, дихання самостійне, адекватне. АТ 70/50 мм рт.ст., пульс – 112 уд. в 1 хвилину. Протягом 5-7 хвилин самостійно відновилася свідомість. Вірогідний діагноз?

- A. *Непритомність
- B. Гостра серцева недостатність
- C. Аритмогенний шок
- D. Кома
- E. Гіповолемічний шок

Враховуючи помірне зниження артеріального тиску, самостійне відновлення свідомості, адекватне дихання, у дівчинки має місце непритомність, що виникає у зв'язку з короткочасною ішемією головного мозку. Причиною могла бути гіпоглікемія та/або перебування у душному приміщенні.

9. В стаціонар доставлена дитина віком 7 місяців в несвідомому стані. Вдома були судоми, які знялись введенням сибазону лікарем швидкої допомоги. При огляді: зіниці вузькі, менінгеальних знаків немає, температура тіла 37,2*С. Ознаки рахіту. В плазмі крові: калій – 3,8 ммоль/л, натрій – 136 ммоль/л, кальцій – 1,4 ммоль/л. Яка причина судом в даному випадку?

- A. *Гіпокальціємія.
- B. Неспецифічна реакція ЦНС на основне захворювання.
- C. Гіпокаліємія.
- D. Гіпернатріємія.
- E. Туберкульозний менінгіт.

Враховуючи клінічну картину (судоми) та ознаки рахіту, у дитини має місце спазмофілія, пов'язана зі зниженням іонізованого кальцію сироватки крові у зв'язку з різким масивним переходом його у кісткову тканину.

Нормальні показники загального кальцію сироватки крові – 2,2-2,5 ммоль/л, при зниженні його вмісту нижче 1,75ммоль/л можлива поява судом.

10. В стаціонар доставлена дитина 3-х років в дуже тяжкому стані.

Свідомість затьмарена, виражений руховий неспокій, тотальний ціаноз.

Дихання з участю допоміжної мускулатури, права половина грудної клітки відстає в акті дихання. З анамнезу – погіршення стану виникло на тлі повного здоров'я, коли дитина гралась з іншими дітьми у дворі. Що стало причиною даної ситуації?

- A. *Стороннє тіло правого головного бронху.
- B. Гострий стенозуючий ларингіт.
- C. Дифтерія гортані.
- D. Приступ бронхіальної астми.
- E. Тромбоемболія гілок легеневої артерії.

Якщо в анамнезі не можна виключити контакт дитини з дрібними предметами, слід обов'язково подумати про можливість їх аспірації. Якщо

половина грудної клітини відстає в акті дихання, або має місце виражений бронхоспазм з різким послабленням дихання з однієї сторони – дитина потребує якнайшвидшого проведення діагностично-лікувальної бронхоскопії.

11. У хлопчика 13 років з пневмонією, на висоті кашлю, різко погіршився загальний стан, що проявилось задихою, вимушеним положенням тіла, відставанням правої половини грудної клітки в акті дихання та тимпанітом, зміщенням серцевого поштовху в протилежний бік. Який діагноз найбільш вірогідний?

- A. *Напружений пневмоторакс.
- B. Ателектаз легень.
- C. Емболія легеневої артерії.
- D. Емпієма плеври.
- E. Приступ бронхіальної астми.

Зверніть увагу на дихальні розлади, відставання грудної клітки в акті дихання з одного боку, зміщення серцевого поштовху, раптовість виникнення симптомів на висоті кашлю – увесь цей симптомокомплекс міг виникнути при раптовому розриві паренхіми правої легені, виходу повітря у плевральну порожнину, що зумовило підвищення тиску справа, колабування правої легені і зміщення органів середостіння вліво. Аускультативно при цьому буде визначатися різке послаблення або відсутність дихальних шумів справа, але для верифікації діагнозу необхідно рентгенологічне дослідження.

12. У хлопчика 4 років з ознаками гострого фарингіту раптово підвищилась температура тіла до 38,6°C, з'явився головний біль, блювота. Свідомість сопорозна, відмічаються генералізовані клоніко-тонічні судоми. При поступленні в стаціонар запідозрений менінгіт. Ваше підтверджуюче дослідження:

- A. *Аналіз спинномозкової рідини
- B. Комп'ютерна томографія голови

С. Нейросонографія

Д. Мазок з зіву на мікробіологічне дослідження

Е. Засів крові на гемокультуру

КТ головного мозку дозволяє провести пошаровий огляд мозкової речовини і, відповідно, визначити наявність чи відсутність патологічного об'ємного утворення, але малоінформативна для діагностики запалення оболонок мозку. Нейросонографія також дасть лише непрямі ознаки цього захворювання. Засів крові на гемокультуру та мазок з зіву у даному випадку неінформативні. Вичерпну інформацію щодо наявності або відсутності запального процесу твердої мозкової оболонки дасть мікроскопія ліквору, визначення осадових проб та засів ліквору на мікрофлору.

13. До стаціонару поступила 1,5-річна дитина у сопорозному стані. Захворіла гостро. При обстеженні шкірні покриви бліді з ціанотичним відтінком, холодні на дотик. Геморагічний висип по всій поверхні тіла, в тому числі на обличчі. АТ 60/35 мм.рт.ст. Анурія. Встановлений діагноз менінгококцемія. Про яке ускладнення слід думати?

А. *Гостра наднирникова недостатність

В. Менінгоцефаліт

С. ДВЗ-синдром

Д. Синдром церебральної гіпотензії

Е. набряк мозку

Найбільш тяжким та загрозливим ускладненням менінгококцемії є крововилив у наднирники з розвитком гострої надниркової недостатності (синдром Уотерхауза –Фредеріксена), що характеризується прогресуючим порушенням гемодинаміки та розвитком шоку, клініка якого описана у даної дитини.

14. У дитини 5-ти місячного віку під час ГРВІ та на тлі підйому температури тіла до 39,50 виник напад клініко-тонічних судом тривалістю 8 хвилин.

Вогнищеві неврологічні знаки та інші симптоми неврологічної дисфункції у дитини до нападу та після нього не спостерігались. Після зниження температури судоми не повторювались. У даному випадку найбільш вірогідним є діагноз :

- A. *Фебрильних судом
- B. Афективно-респіраторного нападу
- C. Гнійного менінгіту
- D. Вірусного енцефаліту
- E. Епілепсії

Враховуючи відсутність інших симптомів неврологічної дисфункції, вогнищевих неврологічних знаків, а також той факт, що судоми виникли вперше, на тлі високої температури тіла, і більше не повторювались, свідчить про те, що у дитини має місце нейротоксикоз з судомним синдромом, що ускладнив перебіг ГРВІ.

15. Хлопчикові два роки. Мама відмітила у дитини нежить, підвищення, температури тіла до 38⁰С, захриплість голосу, покашлювання. Вночі з'явилися дистанційні свистячі хрипи, неспокій, задишка з утрудненим вдихом і втягінням податливих місць грудної клітки. Яке захворювання у дитини?

- A. *Вірусний стенозуючий ларинготрахеїт.
- B. Ангіоневротичний набряк гортані.
- C. Аспірація стороннього тіла.
- D. Дифтерійний круп.
- E. Гострий бактеріальний епіглотит.

Описана клініка типова для гострого стенозуючого ларинготрахеїту вірусної етіології (несправжній круп). Розгорнута картина цього захворювання часто виникає раптово, вночі, на відміну від дифтерії та епіглотиту, при яких характерне поступове прогресування дихальних порушень. Для ангіоневротичного набряку не характерна попередня клініка

вірусної інфекції, відсутній анамнез щодо можливості аспірації інородного тіла.

16. Дитина віком 3 міс. Доставлена в дитячу клініку в дуже важкому стані з проявами зневоднення. Хворіє на протязі тижня. Скарги матері на частий, рідкий стілець – до 10 разів на добу, відмову від годування, блювоту, втрату ваги. Об'єктивно: дитина дуже в'яла, адинамічна. Менінгіальних знаків немає. ВТ-2х2см,запавше. Шкірні покриви землистого кольору, шкірна складка розправляється повільно. Губи сухі. ЧД – 68 в 1хв., ЧСС – 172 в 1хв. Живіт помірно здутий, перистальтика посилена. Нв – 80 г/л, ЦВТ – 0 мм вод. ст., К – 3,0 ммоль/л, На – 130 ммоль/л. Який ведучий синдром у даної дитини?

- A. *Гіповолемічний шок.
- B. Вроджена гіпотрофія.
- C. Синдром порушеного кишкового всмоктування.
- D. Вроджений гіпертрофічний пілоростеноз.
- E. Гострий ентерит.

У дитини клініка тяжкого ступня зневоднення (запалість великого тім'ячка, зниження тургору, сухість слизових, гіпокаліємія, гіпонатріємія) та порушення гемодинаміки (тахікардія, тахіпное, відсутність ЦВТ), що, враховуючи анамнез (часті рідкі випорожнення, блювання, втрата маси) свідчить про розвиток гіповолемічного шоку.

17. Хворого Сашу, 2 років, доставлено у лікарню в тяжкому стані з діагнозом: гостра кишкова інфекція, токсикоз з ексикозом III ступеня. При огляді шкіра дитини суха, холодна при доторканні, сіро-ціанотична, симптом "білої плями" має двофазний характер. АТ знижено, температура тіла знижена, пульс ниткоподібний, тони серця різко ослаблені, брадікардія. Поставити діагноз:

- A. *Інфекційно-токсичний шок. Порушення кровообігу III ступеня, стадія декомпенсації
- B. Гостра лівошлуночкова серцева недостатність
- C. Гостра правошлуночкова серцева недостатність
- D. Тотальна серцева недостатність
- E. Ваготонічний колапс

Зверніть увагу на симптомокомплекс: порушення периферичного кровообігу (температура та колір шкіри, с-м «білої плями»), гемодинамічні порушення (артеріальна гіпотензія, брадикардія, ниткоподібний пульс). Описана класична картина шоку, враховуючи анамнез, немає сумніву, що у дитини має місце інфекційно-токсичний шок, стадія декомпенсації.

18. У хворій Б., 17 років, раптово з'явилася слабкість, запаморочення, головний біль, блювання. Т тіла – 35,8⁰С. Лікар швидкої допомоги виявив акроціаноз губ, кінчика носу, пальців, АТ – 95/60 мм рт. ст., ЧСС - 106 за хвилину, ЧД – 26 за хвилину у горизонтальному положенні. На шкірі тулуба, кінцівок велика кількість неправильної форми зірчастих плям геморагічного характеру, які мають різний розмір і відтінок забарвлення. Які препарати є першочерговими у невідкладній допомозі при цьому стані?

- A. *Глюкокортикостероїди
- B. Антигістамінні засоби
- C. Серцеві глікозиди
- D. Мінералокортикоїди
- E. Стимулятори дихання

Зверніть увагу на численні поліморфні зірчасті плями геморагічного характеру на тулубі та кінцівках, ознаки інтоксикації разом з порушенням периферичного кровообігу, тахікардією та артеріальною гіпотензією – така сукупність симптомів може свідчити про розвиток гострої наднирникової недостатності на тлі генералізованої менінгококової

інфекції. Патогенетичним засобом лікування цього стану є великі дози глюкокортикоїдів, бажано з мінералкортикоїдними властивостями.

19. У немовляти протягом трьох діб спостерігається профузна діарея. ЧСС- 200/хв, знижена перфузія, ослаблений периферичний пульс. Виберіть оптимальне лікування:

- A. *Інфузія сольових розчинів
- D. Інфузія глюкокортикоїдів
- C. Призначення адреналіну
- D. Призначення атропіну
- E. Інфузія допаміну

У дитини має місце істинне зневоднення за рахунок патологічної втрати рідини. Тяжкість стану визначається дефіцитом ОЦК і відповідно, порушенням перфузії тканин, у зв'язку з цим відмічається тахікардія як компенсаторний механізм. Перш за все потрібно підвищити ОЦК шляхом внутрішньовенного введення кристалоїдів (сольових розчинів), інакше ніякі інотропні агенти до покращення перфузії органів і тканин не призведуть.

20. Дитина 1-го року доставлена до стаціонару в агональному стані. Хворіє першу добу. На фоні температури 40°C, на шкірі нижніх кінцівок рясна геморагічно-некротична висипка. АТ-20/0 мм рт. ст., ЧД - 44/хв, Рс- 200/хв, ниткоподібний. Менінгеальні симптоми негативні. Через 1 годину дитина померла, не дивлячись на проведення реанімаційних заходів. Встановлений діагноз менінгококцемії. Назвіть найбільш вірогідну причину смерті:

- A. *Крововилив у наднирники
- B. набряк мозку
- C. Гостра серцева недостатність
- D. Гостра дихальна недостатність
- E. Гостра ниркова недостатність

Значне зниження артеріального тиску, тахікардія, ниткоподібний пульс та блискавичний перебіг – симптомокомплекс, характерний для гострої надниркової недостатності, викликаної раптовим крововиливом у надниркові залози (синдрому Уотерхауза-Фредеріксена), що є найзагрозливішим ускладненням менінгококцемії.

21. При огляді на дому дитини 2-х років лікар загального профілю встановив діагноз: гостра надниркова недостатність внаслідок менінгококцемії. Які заходи необхідно провести у першу чергу?

- A. *Почати інтенсивну терапію у найближчому медичному закладі
- B. Встановити нагляд за станом дитини в амбулаторних умовах
- C. Верифікувати етіологічний фактор
- D. Одержати консультацію кваліфікованого інфекціоніста
- E. Направити дитину до спеціалізованого медичного закладу для детального обстеження

Гостра надниркова недостатність.

Тактика ведення.

Гостра надниркова недостатність є потенційно небезпечним для життя станом, що може ускладнювати менінгококцемію та/або септичний шок і характеризується різким зниженням гемодинамічних параметрів та надвисокою летальністю у короткий термін. Звісно, що цей стан вимагає негайного початку інтенсивної терапії у найближчому медичному закладі.

22. Хвора, 10 років, поступила в клініку в важкому стані з діагнозом гострої лівошлуночкової серцевої недостатності. При обстеженні: симптоми серцевої астми і набряку легень, приступи задишки, блідість, ціаноз. Із порожнини рота виділяється піна рожевого кольору. Які препарати із перерахованих потрібно призначати в першу чергу?

- A. *Серцеві глікозиди
- B. Інгаляції, піногасники

- C. Допамін
- D. Адреналін
- E. Фуросемід

Гостра лівошлуночкова серцева недостатність – тяжкий, небезпечний для життя стан, тому перш за все треба підвищити скоротливу здатність серця – призначити серцеві глікозиди, що мають позитивний інотропний ефект. Дофамін та адреналін теж підсилюють силу серцевих скорочень, але також вони збільшують їх частоту, що призводить до скорочення діастоли, і, відповідно, до зменшення венозного повернення, у тому числі і через легеневі вени, відповідно, застій у малому колі кровообігу може зростати. Інгаляція кисню, піногасники та сечогінні препарати допоможуть прискорити виведення дитини з даного стану.

23. Хлопчик 11 років госпіталізований у реанімаційне відділення у зв'язку з кардіогенним шоком на фоні гіпертрофічної обструктивної кардіоміопатії. Які медикаментозні препарати є препаратами вибору у лікуванні дитини?

- A. *Бета-адреноблокатори
- B. Серцеві глікозиди
- C. Сечогінні
- D. Глюкокортикоїди
- E. Мембраностабілізатори

Серцева недостатність та кардіогенний шок при обструктивній кардіоміопатії зумовлені стенозом вихідного відділу лівого шлуночка внаслідок гіпертрофії останнього. Цей стан викликає ускладнення надходження крові в аорту – малий серцевий викид – невідповідність перфузії тканин їх потребам. Патогенетичним засобом лікування цього стану є бета-блокатори, які зменшують стеноз вихідного відділу серця. Серцеві глікозиди, що посилюють інотропний ефект, можуть, навпаки, підвищити обструкцію під час систоли. Введення інших перерахованих препаратів недоцільно.

24. У дитини 2 років з вродженою вадою серця (повна атріовентрикулярна комунікація) раптово виникли ознаки гострої серцево-судинної недостатності у вигляді акроціанозу, задишки до 80 дихальних рухів за хвилину, тахікардії 200 ударів за хвилину, збільшення печінки, олігурії, підвищення ЦВТ. Який препарат доцільно призначити?

- A. *Дофамін
- B. Дігосин
- C. Строфантин
- D. Анаприлін
- E. Каптоприл

У даному випадку серцеві глікозиди вводити не можна, у дитини має місце гіпоксія та респіраторний ацидоз, у таких умовах терапевтичний діапазон дії серцевих глікозидів значно зменшується, і виникає загроза глікозидної інтоксикації. Тому з метою посилення скоротливої функції міокарду для корекції геодинамічних порушень необхідно ввести допамін. Він підвищить серцевий викид і таким чином зменшить ознаки тотальної серцевої недостатності.

25. У дитини 4-х річного віку відсутня реакція на будь-які зовнішні подразники. Зіниці розширені без реакції на світло. Сухожилльні, захисні рефлекси не викликаються. Повна атонія м'язів. Дихання часте, поверхневе, аритмічне, переривчасте. Розлади мікроциркуляції. Артеріальний тиск знижений. Вкажіть ступінь втрати свідомості

- A. *Кома III ст.
- B. Кома I ст.
- C. Сопор
- D. Кома IV ст.
- E. Кома II ст.

Виділяють наступні рівні порушення свідомості: Оглушення помірне – уповільнене виконання команд, сонливість; оглушення глибоке – пригнічення свідомості, утруднення вербального контакту, здатність виконувати прості команди; сопор – глибоке пригнічення свідомості зі збереженням координованих захисних реакцій, патологічна сонливість, нездатність виконувати команди; кома 1-го ступеня – некоординовані захисні рухи при больових подразненнях; 2-го – відсутність захисних реакцій на біль; 3-го – м'язова атонія, арефлексія. Отже, у дитини має місце кома III ст.

26. Після ортостатичного колапсу у дитини виявлено: помірна сонливість, помилки в орієнтуванні у часі, уповільнене осмислення при виконанні складних команд. Визначте рівень порушення свідомості.

- A. *Помірне оглушення
- B. Глибоке оглушення
- C. Сопор
- D. Кома I ст.
- E. Кома II ст.

Виділяють наступні рівні порушення свідомості:

Оглушення: Помірне - Помилки орієнтування в часі. Уповільнене осмислення при виконанні складних команд. Помірна сонливість. Глибоке - Пригнічення свідомості при збереженні обмеженого вербального контакту, стан сну з можливим чергуванням моторного порушення. Дезорієнтованість.

Виконання тільки простих команд. Сповільнені психічні і рухові реакції.

Сопор Глибоке пригнічення свідомості зі збереженням координованих захисних реакцій. Патологічна сонливість. Відкриття очей на біль та інші подразники. Кома I ступеня - неможливість розбудити, очі не відкриваються. Некоординовані захисні рухи без локалізації болю. II ступеня - Неможливість розбудити. Відсутність захисних реакцій на біль. Отже, у дитини має місце помірне оглушення.

27. До стаціонару доставлено хлопчика 9 років з гемофілією, який скаржиться на болі у животі, червоний колір сечі. День тому отримав удар футбольним м'ячем у живіт. Об'єктивно: блідий, в лівій пахвинній ділянці пальпується утвір м'якої консистенції розміром 5(6 см. В гемограмі: ер- $2,8 \times 10^{12}/л$, Нв- 72 г/л, лейкоц $15,2 \times 10^9/л$, е-2%, п- 10%, с-68%, лф- 16%, м-4%, ШОЕ- 18мм/год. Час згортання крові: початок 10 хв., кінець не визначається. Тривалість кровотечі 4 хв. В загальному аналізі сечі макрогематурія. Які першочергові дії в даному випадку?

- А. *Введення кріопреципітату
- В. Холод на живіт
- С. Введення АКК
- Д. Призначення анальгетиків
- Е. Хірургічне втручання

Патогенетичним засобом зупинки кровотечі при гемофільії є введення препаратів антигемофільного глобуліну, наприклад кріопреципітату – білкового концентрату VIII та XI факторів, який отримують кріоосадженням донорської плазми. Інші перераховані препарати можуть мати допоміжне значення, а інгібітори фібринолізу – амінокапронова к-та – протипоказані при нирковій кровотечі.

28. У дитини 9 років з гострим мієлолейкозом почалась носова кровотеча, впродовж годин з'явилися множинні петехії та екхімози на шкірі й слизових. Селезінка + 4 см. Протромбіновий час 16 с, тромбіновий час 14 с, парціальний тромбoplastиновий час 55 с, фібриноген 1,8 г/л, продукти деградації фібрину +++ , тромбоцити 30 Г/л. Найімовірніша причина геморагічного синдрому:

- А. *Дисеміноване внутрішньосудинне зсідання
- В. Гіперспленізм
- С. Вазопатія
- Д. Пригнічення тромбоцитопоезу у кістковому мозку

Е. Гіпофібриногенемія

Виходячи з клінічної картини, у дитини має місце тяжкий геморагічний синдром з поліморфними елементами, що не характерно для вазопатії або гіперспленізму. Лабораторні дані свідчать про те, що має місце як значне зниження кількості тромбоцитів (не характерне для ізольованої гіперфібриногенемії), так і підвищене споживання плазмових факторів зсідання крові, що не характерно для пригнічення тромбоцитопоезу. Отже, має місце ДВЗ-синдром.

29. Хлопчик 7 років поступив в стаціонар зі скаргами на підвищення температури до 37,2⁰С, кровотечі з носа, подразливість, запаморочення. Об'єктивно: шкіра і слизові бліді з іктеричним відтінком, дрібноцяткові висипання на шкірі. Язик – згладженість та атрофія сосочків. Дихання везикулярне. Серцеві тони чисті, ритмічні. Живіт чутливий в епігастрії. Печінка + 1 см, селезінка + 0,5 см. Гемограма: Нв 35 г/л, К.п. 0,75, лейкоцити 3,6 x 10⁹г/л, анізо- і пойкилоцитоз. Виберіть оптимальну тактику лікування.

А. *Переливання еритроцитарної маси.

В. Переливання крові.

С. Тромбоцитарна маса.

Д. Препарати заліза.

Е. Глюкокортикоїди.

В дитячому віці гемоглобін нижче 70 г/л, якщо вона виникла гостро, є показанням для переливання відмитих еритроцитів, при їх відсутності – еритроцитарної маси. Переливання цільної крові сьогодення практично не використовується із-за великої кількості побічних ефектів.

30. Одинадцятирічна дівчинка на протязі 6-ти років хворіє на хронічний гломерулонефрит. Під час загострення хвороби у дитини з'явилися набряки на обличчі, стопах, асцит, м'язова гіпотонія, тонічні судоми, брадикардія.

Добовий діурез зменшився до 650 мл, вміст калію в сироватці 6,5 мЕкв/л, натрію – 125 мЕкв/л. Яке ускладнення гломерулонефриту виникло у дитини?

- A. *Гостра ниркова недостатність.
- B. Гостра наднирникова недостатність.
- C. Серцево-судинна недостатність.
- D. Гостра печінкова недостатність.
- E. Гемолітико-уремічний синдром.

Масивні набряки, олігурія, гіпонатріємія та гіперкаліємія - ознаки олігоануричної стадії гострої ниркової недостатності, яка може ускладнювати перебіг гломерулонефриту. Судоми, вірогідно, пов'язані з підвищенням внутрішньочерепного тиску або набряком головного мозку як слідством гіперволемії та інтоксикації, а причиною брадикардії є гіперкаліємія.

31. Максим 13 років, хворіє на вроджену патологію судин нирок, хронічний вторинний пієлонефрит. У клініку доставлений „швидкою допомогою”.

Скаржиться на гострий головний біль, блювання, запаморочення, біль в ділянці серця, мерзлякуватість. Артеріальний тиск – 155/98 мм.рт.ст., ЧД-18 за 1 хв. Менінгеальні ознаки відсутні. Сечовипускання не було протягом 9 год.; випорожнення були 1 раз, оформлені. Діагностований гіпертонічний криз на фоні артеріальної гіпертензії ниркового походження. Які медикаменти доцільно призначити в даному випадку?

- A. *Каптоприл
- B. Дибазол
- C. Дроперидол
- D. Еуфілін
- E. Магнію сульфат

Артеріальна гіпертензія ниркового походження виникає в результаті ішемії нирок – збільшення виділення реніну у юстагломерулярному апараті нирок – активації ренін-ангіотензин-альдостеронової системи – підвищення

тону су судин та збільшення ОЦК за рахунок підвищення реабсорбції натрію і води в канальцях нирок. Інгібітори аденозин-конвертуючого ферменту (каптоприл) блокують перехід неактивного ангіотензину-1 в ангіотензин-2, отже, їх застосування є патогенетично обґрунтованим у даному випадку.

32. У дівчинки 8 років діагностовано гострий гломерулонефрит з нефритичним синдромом та порушенням функції нирок. На 3 добу захворювання з'явилися: сильний головний біль, блювота, порушення зору, а потім судоми, втрата свідомості. Які препарати необхідно призначити першочергово для надання невідкладної допомоги?

- A. *Гіпотензивні
- B. Препарати кальцію
- C. Серцеві глікозиди
- D. Антигістамінні
- E. Кортикостероїди

Нефритичний синдром характеризується, окрім іншого, артеріальною гіпертензією. Отже, у дитини виник гіпертензивний криз (ниркова еклампсія). Необхідно терміново знизити артеріальний тиск, щоб запобігти незворотнім змінам, пов'язаним з набряком та набуханням головного мозку, що є патоморфологічним субстратом даного стану.

33. Хлопчик 14 років, який знаходиться в стаціонарі з приводу гломерулонефриту, скаржиться на сильний головний біль, нудоту, блювання, порушення зору. Діагностовано еклампсію. Які засоби необхідно призначити хворому?

- A. *Лазікс 2% розчин 2 мг/кг внутрішньовенно, апресин 0,1 мг/кг кожні 4-6 годин, надалі - каптоприл 2 рази на добу
- B. Резерпін
- C. Раунатин
- D. Сибазон

Е. 25% розчин сірчаноокислої магнезії

У дитини має місце ниркова еклампсія, пов'язана з активацією ренін-ангіотензин-альдостеронової системи, тому патогенетичним буде призначення каптоприлу. Оскільки виникли симптоми порушення мозкового кровообігу, необхідне невідкладне зниження АТ, якого можна досягти шляхом введення петльових діуретиків. У комплексній терапії можливе також призначення периферичного артеріального вазодилататору гідралазину (апресин).

34. Дівчинка 4 місяців хворіє протягом тижня, за останню добу стан погіршився, з'явилися неспокій, блювання. Об'єктивно: загальмована, набряк обличчя та нижніх кінцівок, шкіра та слизові оболонки сухі, велике тім'ячко запале, t тіла- $37,2^{\circ}\text{C}$, ЧСС – 158 за 1 хв., тони серця глухі, живіт збільшений, добовий діурез – 80 мл. В аналізі питома вага 1005, змінені еритроцити 20-25 в п/з. Біохімія крові: креатинін - 185 мкмоль/л, сечовина – 11,3 ммоль/л. Ваш попередній діагноз? Ваші першочергові лікувальні заходи.

А. *Відновлення ОЦК та гемодинаміки

В. Призначення антибактеріальних препаратів

С. Призначення осмотичних діуретиків

Д. Корекція кислотно-лужної рівноваги

Е. Проведення активної детоксикації

Набряк обличчя та кінцівок, олігурія менше 1 мл/кг/год, поява змінених еритроцитів у сечі та підвищення азотистих шлаків у крові свідчить про розвиток гострої ниркової недостатності, ймовірніше за все, преренальної, як ускладнення тяжкого ексикозу. Тому основою патогенетичного лікування цього стану є негайне відновлення ОЦК та стабілізація гемодинаміки, що призведе до покращення перфузії нирок і, відповідно, збільшення діурезу.

35. До ЦРЛ надійшла дитина 5 років з діагнозом: гостра ниркова недостатність. При дослідженні калій плазми – 6,2 ммоль/л. Які терапевтичні заходи необхідно вжити для корекції гіперкаліємії, якщо відсутня можливість проведення гемодіалізу?

- A. *Призначити глюконат кальцію в дозі 20мг/кг внутрішньовенно
- B. Почати трансфузію еритроцитарної маси в дозі 10-20 мл/кг
- C. Призначити фуросемід 6-8мг/кг, еуфілін 2-4 мг/кг
- D. Почати трансфузію реополіглюкіну 10мл/кг
- E. Призначити еуфілін 2-4 мг/кг

У задачі не вказаний ступінь гострої ниркової недостатності. Якщо має місце тяжкий ступінь, введення фуросеміду не буде ефективним - на фоні враження більшої частини нефронів значної стимуляції діурезу досягти неможливо. Тому серед перерахованих заходів найбільш доцільним буде введення кальцію як антагоніста калію.

36. Дівчинка 12-ти років після вживання полуниць доставлена до алергологічного відділення зі скаргами на підвищення температури тіла до 37,8°C, висипання на обличчі, тулубі, кінцівках, набряк повік та обличчя. Оберіть препарат для надання невідкладної допомоги:

- A. *Преднізолон
- B. Хлористий кальцій
- C. Лазікс
- D. Еуфілін
- E. Смекта

У дитини має місце шкірна форма харчової алергії у вигляді кропивниці та набряку Квінке. Не матиме жодного ефекту введення смекти (алерген уже всмоктався у ШКТ), еуфіліну (ознак бронхоспазма немає), лазиксу (набряк викликаний парезом судин, а не затримкою рідини). Введення хлориду кальцію категорично протипоказане, бо може підсилити дегрануляцію тучних клітин з виділенням медіаторів алергічного запалення. Тому серед

запропонованих відповідей найбільш правильним є введення ГКС, але також обов'язковим є призначення протигістамінних препаратів.

37. В десятирічного хлопчика після внутрішньом'язового введення бензилпеніциліну раптово з'явилися слабкість, проливний піт. При огляді лікар відмітив блідість шкіри, акроціаноз, ниткоподібний пульс, різко ослаблені при аускультатії тони серця, АТ – 60/35 мм рт.ст. Який стан зумовив появу даної симптоматики?

- A. *Анафілактичний шок.
- B. Синдром Уотерхауса-Фредеріксена.
- C. Синдром Лайєла.
- D. Епілептичний приступ.
- E. Гіпертермічний криз.

Враховуючи анамнез – введення пеніциліну – можна думати про гостру алергічну реакцію, а клінічна картина – слабкість, проливний піт, порушення периферичного кровообігу, зниження серцевого викиду та гіпотонія – відповідає картині шоку. Клініка децю нагадує синдром Уотерхауса-Фредеріксена, але для розвитку цього стану немає причини (сепсис, менінгококкемія, тощо). Картини синдрому Лайєла - токсичного бульозного епідермолізу – у дитини немає, ознаки епілепсії та гіпертермія також відсутні. Отже, у дитини має місце анафілактичний шок, гемодинамічна форма.

38. В десятирічного хлопчика після внутрішньом'язового введення бензилпеніциліну раптово з'явилися слабкість, проливний піт. При огляді лікар відмітив блідість шкіри, акроціаноз, ниткоподібний пульс, різко ослаблені при аускультатії тони серця, АТ – 60/35 мм рт.ст. Які ліки слід негайно ввести дитині?

- A. *Адреналін, преднізолон, супрастин.
- B. Левоміцетин, гідрокортизон, гепарин.

- C. Еналаприл, атенолол, лазикс.
- D. Реланіум, оксипутират натрію.
- E. Папаверин, глюконат кальцію.

Враховуючи анамнез – введення пеніциліну – можна думати про гостру алергічну реакцію, а клінічна картина – слабкість, проливний піт, порушення периферичного кровообігу, зниження серцевого викиду та гіпотонія – відповідає картині шоку. Для лікування анафілактичного шоку використовуються адрено- та симпатоміметики, кортикостероїди та антигістамінні препарати, а також масивна інфузія кристалоїдних розчинів.

39. Дитині, віком 3 роки, після внутрішньом'язового введення цефтриаксону появилися наступні ознаки: свербіж шкіри, паління язика, генералізована кропивниця, надмірна тахікардія, різка блідість слизових оболонок, часте і шумне дихання. Яка почерговість лікувальних дій?

- A. *Обколоти навхрест місце ін'єкції 0,1% розчином адреналіну 0,1 мл/рік життя в 5,0 мл ізотонічного розчину натрію хлориду і прикласти до нього кригу;
- B. Внутрішньом'язове введення глюкокортикоїдів;
- C. Внутрішньом'язове введення антигістамінних;
- D. Введення сорбентів;
- E. Внутрішньовенно розчин адреналіну;

Генералізована кропивниця, свербіж шкіри, тахіпное, тахікардія та блідість – це симптоми генералізованої алергічної реакції з проявами геодинамічних порушень, що характерно для анафілактичного шоку. Перш за все необхідно запобігти подальшому надходженню алергену у системний кровоток – це можна зробити шляхом обколювання місця ін'єкції розчином адреналіну та прикладанням холоду. При шоку, враховуючи порушення периферичного кровообігу, вводити препарати внутрішньом'язово і тим паче перорально не має сенсу. Розчин адреналіну в/в показаний при розвитку

брадикардії та/або значної артеріальної гіпертензії, яких у дитини на момент огляду немає.

40. Хлопчик 12 років. Поступив в сопорозному стані, дистанційні свистячі хрипи, ціаноз обличчя. З анамнезу: з двох років хворіє на бронхіальну астму. Дане загострення протягом двох днів. Користувався вентоліном 12 разів на добу, ефект тимчасовий. Об'єктивно: шкіра з ціанотичним відтінком, парадоксальне торако-абдомінальне дихання. Перкуторно: над легенями коробочний звук. Аускультативно: дихання не вислуховується. Тони серця різко ослаблені. Що першочергово слід призначити?

- A. *Оксигенотерапію
- B. Інгаляцію фліксотиду через небулайзер
- C. Інгаляцію сальбутамолу через небулайзер
- D. Інгаляцію іпратропію броміду через небулайзер
- E. Ввести еуфілін внутрішньовенно.

*Алгоритм надання допомоги дитині з астматичний станом наступний:
1.Напівсидяче положення.2. Інсуфляція зволоженого 100% кисню, при III ступеню ДН – інтубація та перевід на ШВЛ. 3. Сальбутамол через небулайзер, при недостатньому ефекті – беродуал або комбівент, при недостатньому ефекті – преднізолон в\в. 4.При некупованому статусі інтубація трахеї і переведення на ШВЛ. 5.Інфузія сольових розчинів 10 мл/кг/годину, лазолван 0.5-2.0 мл внутрішньовенно повільно. 6.Госпіталізація до ВІТ.*

41. Дитина п'яти років у стані без свідомості доставлена до лікарні. Встановлено, що через 2 тижні після перенесеного епідемічного паротиту у нього спостерігалися явища поліурії, полідипсії, схуднення. Періодично з'являлися болі в животі, печія, блювання, головний біль. На фоні наростання вказаних симптомів поглиблювалась загальмованість, дихання набувало глибокого та шумного характеру, з'явився запах,

що нагадував "мочені яблука". Вкажіть стан, що найбільш вірогідно обумовив дану симптоматику.

- A. *Діабетична кетоацидотична кома
- B. Діабетична гіпоглікемічна кома
- C. Пухлина головного мозку
- D. Діабетична гіперосмолярна кома
- E. Вірусний енцефаліт

Явища поліурії, полідипсії, похудіння разом з періодичними гастроінтестинальними симптомами та інтоксикацією дають змогу запідозрити діагноз цукрового діабету. Загальмованість з поступовим порушенням свідомості, глибоке та шумне дихання (дихання Куссмауля), запах „мочених яблук” (ацетону) свідчить про розвиток саме кетоацидотичної коми.

42. Хлопчик 8-ми лет років госпіталізований до дитячого стаціонару після перенесеного грипу у зв'язку з появою спраги, підвищенням апетиту, почастішанням сечовиділення. Напередодні відмічалися блювання та біль у животі. Об'єктивно: порушення свідомості, зіниці звужені, зі слабкою реакцією на світло; шкіра бліда, суха, холодна на дотик, гіперемія щік. У повітрі запах ацетону. Дихання шумне, серцеві тони глухі, тахікардія, тахіпное. Живіт здутий. Яке з досліджень слід провести у першу чергу?

- A. *Визначення рівня глюкози та кетонових тіл у сечі
- B. Визначення осмолярності
- C. Проведення глікемічного та глюкозурічного профілей
- D. Визначення кислотно-лужного стану
- E. Визначення рівня глюкози та кетонових тіл у крові

Виходячи з клінічної картини, можна думати про дебют цукрового діабету з розвитком кетоацидотичної коми. Для підтвердження або виключення діагнозу треба перш за все визначити вміст глюкози та

кетонівих тіл, причому найшвидше (протягом декількох хвилин) ці показники визначаються у сечі за допомогою експрес-тестів.

43. Дівчина 10 років, що хворіє на цукровий діабет, скаржиться на слабкість, відчуття голоду, тремтіння кінцівок, запаморочення голови, пітливість. Через хвилину втратила свідомість. Об'єктивно - м'язовий тонус різко знижений, зіниці розширені, пульс слабкого наповнення, АТ - 85/50 мм рт. ст., тони серця приглушені, дихання поверхневе. Яку невідкладну допомогу треба надати дитині?

A. *Горизонтальне положення, забезпечити доступ повітря, рефлекторні подразнення, в/в введення 20-40% розчину глюкози 2 мл/кг

B. Напоїти солодким чаєм

C. Нагодувати дитину

D. Введення інсуліну 1 Од/кг

E. Введення 1% розчину мезатону 0,1 мл/рік життя в/в

Враховуючи анамнез та клінічну картину, ймовірніше за все, що у дитини має місце гіпоглікемічна кома. Тому невідкладна допомога, як і при будь-якій втраті свідомості, має на увазі горизонтальне положення з піднятими ногами, а також термінове введення 20% або 40% розчину глюкози в/в. Введення мезатону сенсу не має, введення інсуліну у цій ситуації погіршить стан дитини та прогноз; нагодувати або напоїти дитину, що знаходиться у несвідомому стані неможливо.

44. У дитини 1,5 місяця раптово погіршився стан, з'явилося блювання, адинамія, розлади стільця. Стан тяжкий, шкіра бліда із мармуровим рисунком, різка в'ялість, ознаки токсикоексикозу, неправильна інтерсексуальна будова зовнішніх геніталій, та їх гіперпигментація. Пульс слабкий, тахікардія до 160 уд . АТ 40/20 мм рт. ст., t – 36,5оС. Призначення яких препаратів найбільш обґрунтовано?

A.*Глюко- і мінералокортикоїдів.

В. Антибіотиків і детоксикаційних засобів.

С. Глюкозо-сольових розчинів.

Д. 5% глюкози і реополіглюкіну.

Е. Фізрозчину і реосорбілакту.

Зверніть увагу на увесь комплекс симптомів: гіпотонія, адинамія, ознаки ексикозу, порушення розвитку та гіперпигментацію статевих органів. Усі вони разом наводять на думку про наявність сіль-втрачаючої форми адреногенітального синдрому, що потребує призначення глюко- та мінералкортикоїдів.

45. Новонароджена дитина в терміні гестації 39 тижнів з масою 3500г, довжиною 54 см. Загальний стан при народженні середньої тяжкості, що зумовлено асфіксією середнього ступеня важкості. Оцінка за шкалою Апгар на 1 хвилині 4 бали. Після проведення первинної реанімаційної допомоги з'явилося самостійне дихання, частота серцевих скорочень 110 ударів за хвилину, спостерігається акроціаноз. Яка подальша дія лікаря-неонатолога у даній ситуації ?

А. *Додаткова оксигенація.

В. Інтубація трахеї.

С. Штучний масаж серця.

Д. Відсмоктування слизу з верхніх дихальних шляхів.

Е. Допоміжна вентиляція легенів.

Протокол надання невідкладної допомоги новонародженому наголошує, що (за умови відсутності факторів ризику та наявності світлих навколоплідних вод) після аспірації слизу з верхніх дихальних шляхів необхідно: А – оцінка самостійного дихання. При наявності адекватного самостійного дихання – оцінити ЧСС. Б – оцінка ЧСС. Якщо ЧСС більше 100 на хвилину – оцінити колір шкірних покривів. В – оцінка кольору шкіри. Ціанотичний колір – інгаляція 100%-го кисню через лицьову маску до зникнення ціанозу.

46. У новонародженого після проведення первинних реанімаційних засобів (ШВЛ, масажу серця) частота серцевих скорочень нижче 80 у 1 хв. Який препарат треба ввести внутрішньовенно чи ендотрахеально в цьому випадку?

А. *Адреналін

В. Атропін

С. Дофамін

Д. Дексазон

Е. Кальцію хлорид

Протокол надання невідкладної допомоги новонародженому наголошує, що за умови відсутності ефекту від ШВЛ 100% киснем та проведення непрямого масажу серця протягом 30 секунд, якщо ЧСС менше 80 уд/хв., показане введення адреналіну в/в або ендотрахеально. Інші перераховані препарати при проведенні первинної реанімації новонароджених не використовуються.

47. Після народження у доношеного хлопчика відсутні дихальні зусилля, частота серцевих скорочень становить 56 ударів за 1 хвилину, м'язовий тонус знижений. Навколоплідні води чисті. Шкіра дитини не містить слідів меконію. Які кроки реанімації повинен здійснити неонатолог в першу чергу?

А. *Зігріти дитину, надати правильне положення.

В. Дати кисень вільним потоком.

С. Провести допоміжну вентиляцію легень.

Д. Провести непрямий масаж серця.

Е. Ввести у вену пуповини розчин адреналіну.

Протокол надання невідкладної допомоги новонародженому наголошує: «якщо дитина потребує допомоги, а навколоплідні води чисті і на шкірі немає залишків меконію, необхідно: 1.Зігріти дитину, помістити на теплу пелюшку . 2.Забезпечити прохідність дихальних шляхів. 3.Відсосати з роту

та носових ходів слиз. 4. Полюшкою обсушити шкіру та волосся дитини. 5. Видалити вологу пелюшку. 6. Забезпечити правильне положення дитини помірним розгинанням голови. 7. Якщо ефективно спонтанне дихання відсутнє, провести тактильну стимуляцію. 8. Якщо шкіра і слизові залишаються ціанотичними при наявності самостійного дихання, дати вільний потік кисню».

48. Хлопчик народився у хворої на цукровий діабет мами. На другий день життя, у дитини з'явилися блідість, акроціаноз, пітливість, в'ялість, тремор, судоми. Рівень глюкози в сироватці 1,8 ммоль/л, калію – 4,5 моль/л, кальцію – 2,1 ммоль/л, натрію – 138 моль/л, магнію – 1,7 моль/л. Що зумовило появу даної симптоматики?

- A. *Гіпоглікемія.
- B. Гіперкаліємія.
- C. Гіпомагніємія.
- D. Гіпокальціємія.
- E. Гіпернатріємія.

У жінки, хворої на цукровий діабет першого типу, рівень цукру крові під час вагітності може знижуватись за рахунок компенсаторного гіперінсулінізму плода. Тому після народження у таких дітей глюкоза занадто швидко утилізується під дією надмірної секреції інсуліну, що є причиною гіпоглікемії у неонатальному періоді.

49. У новонародженої дитини з 4-го дня життя з'явилась кривава блювота до 3-4 разів на день, випорожнення до 4-5 разів на добу темно-коричневого кольору, кровотеча із пупкової ранки, петехіально-плямиста висипка на тулубі та кінцівках. Який найімовірніший діагноз?

- A. *Геморагічна хвороба новонароджених
- B. Синдром проковтнутої материнської крові
- C. Гемолітична хвороба новонароджених

D. Пологова травма

E. Вада розвитку шлунково-кишкового тракту

У дитини спостерігається шлунково-кишкова кровотеча, що не характерно для пологової травми, та геморагічна висипка, не характерна для синдрому проковтнутої материнської крові. Для вад розвитку ШКТ та гемолітичної хвороби геморагічний синдром взагалі не характерний. Отже, ймовірно, у дитини має місце геморагічна хвороба новонароджених.

50. Дитина від другої ускладненої вагітності (загроза переривання), других пологів, термін гестації 37 тижнів, маса тіла 2400 г, довжина 50 см. Оцінка за шкалою Апгар 7-9 балів. Після першого прикладання до грудей у дитини з'явилася блювота та пінисті виділення з рота. Шлунковий зонд поставити не вдалось. Який попередній діагноз у дитини?

A. *Вроджена атрезія стравоходу

B. Вроджена пневмонія

C. Синдром аспірації амніотичної рідини

D. Вроджена кишкова непрохідність

E. Ахалазія стравоходу

Неможливість ввести назогастральний зонд свідчить про наявність анатомічної перешкоди, тобто атрезії стравоходу.

51. Після народження у доношеної дитини була відсутня реакція на тактильну стимуляцію, навколоплідні води і шкіра новонародженого були забруднені меконієм, ЧСС 80 уд./хв., пригнічене дихання, знижений м'язовий тонус. Якими повинні бути дії лікаря?

A. *Пряма ларингоскопія та інтубація трахеї з відсмоктуванням вмісту ротоглотки і трахеї, вільний потік кисню.

B. Дитину - під джерело променевого тепла, відсмоктати вміст рота, провести тактильну стимуляцію.

- С. Викласти дитину на живіт матері, обсушити шкіру, укрити сухою білизною.
- Д. Тактильна стимуляція новонародженого, відсмоктування вмісту рота, суха білизна.
- Е. Подальше спостереження за диханням, активністю і кольором шкіри дитини.

Протокол надання невідкладної допомоги новонародженому наголошує, що при наявності ознак асфіксії (у даному випадку – відсутність крику, пригнічення дихання, брадикардія) після аспірації слизу з верхніх дихальних шляхів, яка в цьому випадку проводиться відразу після появи голівки, необхідно провести інтубацію трахеї для відсмоктування слизу та меконію з трахеї та бронхів.

51. В пологовій залі лікарем-неонатологом проведена оцінка новонародженого: дихання спонтанне, ЧСС-80 уд./хв. Тактика лікаря?
- А. *Розпочати штучну вентиляцію легень 100% O₂ протягом 30 сек, після чого знову оцінити ЧСС.
 - В. Розпочати виконувати непрямий масаж серця з подальшою оцінкою ЧСС.
 - С. Розпочати проводити медикаментозну терапію з оцінкою ЧСС.
 - Д. Провести тактильну стимуляцію до зростання ЧСС більше 100 уд/хв.
 - Е. Проводити нагляд з подальшою оцінкою ЧСС.

Протокол надання невідкладної допомоги новонародженому наголошує, що при наявності спонтанного дихання у дитини перевіряють ЧСС: якщо ЧСС більше 100 – оцінюють колір шкіри. ЧСС від 60 до 100 – вентиляція легень мішком та маскою 100% киснем протягом 30 секунд. Показанням для непрямого масажу серця є ШВЛ менше 60/хв. Через 30 секунд повторно оцінюють ЧСС.

52. Після народження у доношеної дитини була відсутня реакція на стимуляцію зовнішнього середовища, навколоплідні води були чистими і на шкірі немає залишків меконію. Дії лікаря?

- A. *Помістити дитину під джерело променевого тепла, відсмоктати вміст рота і носа, обсушити шкіру, провести тактильну стимуляцію.
- B. Під контролем прямої ларингоскопії відсмоктати вміст ротоглотки, інтубація трахеї, відсмоктування із трахеї, вільний потік кисню.
- C. Викласти дитину на живіт матері, висушити і укрити сухою білизною
- D. Тактильна стимуляція новонародженого до звільнення дихальних шляхів від меконію, вільний потік кисню.
- E. Провести подальше спостереження за диханням, активністю і кольором шкіри дитини.

Протокол надання невідкладної допомоги новонародженому наголошує, що (за умови відсутності факторів ризику та наявності світлих навколоплідних вод) перш за все необхідно помістити дитину під джерело променевого тепла, відсмоктати вміст рота і носа, обсушити шкіру, провести тактильну стимуляцію. Потім повторно проводиться оцінка наявності самостійного дихання. При його наявності – вільний потік кисню. Цей протокол треба запам'ятати.

Якщо ЧСС більше 100 на хвилину – оцінити колір шкірних покривів. В – оцінка кольору шкіри. Ціанотичний колір – інгаляція 100%-го кисню через лицьову маску до зникнення ціанозу.

53. У новонародженого, якому проводиться вентиляція під позитивним тиском, виявлено ЧСС більше 100 уд. за хв. і самостійне дихання. Вам потрібно:

- A. *Закінчити вентиляцію під позитивним тиском, провести ніжну стимуляцію і призначити кисень у режимі вільного потоку
- B. Продовжити проведення вентиляції під позитивним тиском
- C. Інтубувати і продовжити вентиляцію під позитивним тиском

D. Зонд у шлунок, вільний потік кисню

Протокол надання невідкладної допомоги новонародженому наголошує, що при наявності спонтанного дихання у дитини перевіряють ЧСС: якщо ЧСС більше 100 – оцінюють колір шкіри. ЧСС від 60 до 100 – вентиляція легень мішком та маскою 100% киснем протягом 30 секунд. Через 30 секунд повторно оцінюють ЧСС. Якщо ЧСС більше 100 – вентиляцію під позитивним тиском поступово закінчують, дають вільний потік кисню та оцінюють колір шкіри.

54. Недоношений новонароджений був доставлений до відділення невідкладної допомоги. Він заінтубований, але спроби його вентиляції залишаються безуспішними. Рухів грудної клітини немає, а шум надходження повітря вислуховується в епігастральній ділянці. Ви повинні негайно:

- A. *Видалити трубку та вентилювати новонародженого з допомогою мішка та маски.
- B. Просунути трубку приблизно на 1 см. Далі та перевірити її розташування.
- C. Ввести іглу до правої половини грудної клітини.
- D. Уменшити тиск вентиляції.
- E. Підвищити тиск вентиляції.

Враховуючи неефективність вентиляції та шум дихання в епігастрії, інтубаційна трубка знаходиться у стравоході, а не в трахеї. Необхідно терміново видалити трубку, вентилювати дитину мішком, після адекватної оксигенації повторно заінтубувати.

55. У хлопчика, який народився від других нормальних пологів з вагою 3600 г., довжиною 54см, оцінкою за шкалою Апгар 8-9 балів на другу добу відмічається блювота кавовою гущею, стілець у вигляді мелени. В загальному аналізі крові еритроцити 5,9 г/л, гемоглобін 185 г/л, тромбоцити

260 г/л. Яке діагностичне дослідження є патогномонічним для геморагічної хвороби новонароджених?

- A. *Визначення протромбінового індексу
- B. Визначення часу згортання крові
- C. Визначення часу кровотечі
- D. Визначення продуктів деградації фібрину
- E. Визначення рівня сироваткового заліза

Причиною виникнення геморагічної хвороби новонародженого є дефіцит вітаміну К, при недостатці якого в печінці утворюються неактивні фактори згортальної системи крові - II, VII, IX і X, які нездатні зв'язувати Ca^{++} і повноцінно брати участь у зортанні крові. Тому при цій патології виявляється дефіцит факторів 2, 7, 9, 10, подовження протромбінового часу і парціального тромбoplastинового часу при нормальній кількості тромбоцитів та нормальних показниках первинного – тромбоцитарного – гемостазу.

56. При проведенні реанімації новонародженого Ви ввели ендотрахеальну трубку і проводите крізь її вентиляцію легень. Під час аускультатії подих проводиться симетрично з однаковою інтенсивністю з обох сторін грудної клітки. Не чуто також шуму входження повітря в шлунок. Ендотрахеальна трубка введена:

- A. *Правильно
- B. Неправильно
- C. Трубка введена в стравохід
- D. Необхідний додатковий контроль
- E. Необхідна екстубація

Критерії правильного стояння інтубаційної трубки: видно екскурсію грудної клітини з обох сторін, при аускультатії над обома легенями однаково вислуховуються дихальні шуми, а під час видиху повітря струменем виходить з інтубаційної трубки; при аускультатії

епігастральної області – не чути характерного булькаючого звуку, не відбувається роздування шлунка та екскурсії епігастральної області. Очевидно, у даному випадку інтубаційна трубка введена правильно.

57. Дитина народилась від нормальної вагітності. Під час пологів відмічено передчасне відшарування плаценти. Через 10 годин після народження на фоні відносно задовільного стану дитини відмічено меконіальне кров'янисте випорожнення із кишечника. Яке діагностичне обстеження необхідно провести першочергово?

- A. *Пробу Апта
- B. Гастроскопію
- C. Очисну клізму
- D. Колоноскопію
- E. Ультразвукове дослідження органів черевної порожнини

Оскільки під час пологів спостерігалася матково-плацентарна кровотеча, перш за все треба з'ясувати, має місце кровотеча у дитини, або синдром проковтування материнської крові. Для цього існує проба Апта: при додаванні лужного реактиву кров матері набуває коричневого кольору, а кров самої дитини колір не змінює.

58. Дівчинка народилася в стані апное з ціанозом. Самостійне дихання не з'являється, незважаючи на відновлення прохідності дихальних шляхів, стимуляцію і проведення вентиляції під позитивним тиском протягом 30 сек. Через хвилину ЧСС складає 40 у хв. Вкажіть першорядні заходи?

- A. *Інтубація трахеї немовляти
- B. Непрямий масаж серця
- C. Введення адреналіну
- D. Уведення натрію бікарбонату
- E. Припинити реанімацію

Показанням для непрямого масажу серця у новонародженого є ЧСС менше 60 скорочень за 1 хвилину після 30 секунд ефективної ШВЛ. У даному випадку вентиляція мішком і маскою неефективна, що на будь-якому з етапів первинної реанімації є показанням для інтубації трахеї. У подальшому, після інтубації та вентиляції протягом 30 секунд, слід оцінити необхідність непрямого масажу серця.

59. У 3-денної дитини на основі клініко-лабораторних даних: блювота з домішками крові, кал чорного кольору, подовжений час згортання крові, гіпопротромбінемія, нормативна кількість тромбоцитів – діагностовано геморагічну хворобу новонароджених . Який препарат найоптимальніше використати в цій ситуації?

- A. *Вікасол
- B. Фібриноген
- C. Аскорбінову кислоту
- D. Етамзилат натрію
- E. Глюконат кальцію

Геморагічна хвороба новонароджених виникає внаслідок дефіциту вітаміну К, отже, патогенетично обґрунтованим засобом терапії є вікасол.

60. У новонародженого хлопчика, який переніс асфіксію в пологах на 4-ту добу з'явилась кровотеча з пупкової ранки. Лабораторні дані: тромбоцити $80 \times 10^9/\text{л}$, протромбіновий час 20с., тромбіновий час 22с., парціальний тромбoplastиновий час 80с., фібриноген 1 г/л, ПДФ 13 мг/мл. Чим обумовлені вищезазначені клініко-лабораторні зміни?

- A. *ДВЗ-синдром
- B. Геморагічною хворобою новонароджених
- C. Омфалітом
- D. Тромбоцитопенічною пурпурою
- E. Геморагічним васкулітом

Враховуючи анамнез (асфіксію у пологах), тотальне зниження усіх показників згортання крові, як клітинних, так і плазмових, у дитини має місце коагулопатія споживання, що відповідає клінічній та лабораторній картині ДВЗ-синдрому 2-ї фази. При геморагічній хворобі новонароджених не характерно зниження кількості тромбоцитів, для тромбоцитопенічної пурпури – плазмових факторів згортання. Омфаліт та геморагічний васкуліт гіпокоагуляцію не викликають.

61. Дитина 10 –ти років оглянута на місці транспортної аварії. Свідомість відсутня, дихання поверхневе, рідке, тотальна м'язова гіпотонія, блідість. Пульс нитковидний, ЧСС 150/хв, артеріальний тиск 70/40 мм.рт.ст.; відмічається значна деформація лівого стегна, профузна пульсуюча кровотеча з цієї ж ділянки. Який патологічний синдром потребує першочергової допомоги?

- A. *Зовнішня кровотеча
- B. Порушення дихання
- C. Порушення свідомості
- D. Ознаки шоку
- E. Травма кінцівки

Судячи з локалізації та характеру кровотечі, у дитини травмована стегнова артерія, кровотеча з якої може дуже швидко призвести до фатальної крововтрати. Тому перш за все треба зупинити кровотечу, а потім терміново розпочати протишокову терапію.

62. Дитину 7 років, доставлено в лікарню з вулиці, де вона знаходилась тривалий час. Стан тяжкий: збуджена, шкіра бліда і холодна на дотик, температура тіла 34,3⁰С, АТ 130/70 мм рт.ст., пульс на периферії ниткоподібний. Ваш попередній діагноз?

- A. *Загальне переохолодження
- B. Місцеве переохолодження

- C. Отруєння невідомою речовиною
- D. Гіпоглікемічна кома
- E. Отруєння чадним газом

Ознаки загального переохолодження II ступеню: температура знижується до 35-34°C, бліда і холодна шкіра, помірна тахікардія, артеріальна гіпертензія. Отже, саме цей стан має місце у дитини, особливо враховуючи анамнез.

63. Хлопчика 10 років щойно витягли з-під зруйнованої будівлі. Відомо, що аварія відбулася приблизно 4 години тому. Загальний стан страждає помірно. Права рука синюшного кольору, відмічається припухлість. Кінцівка нерухома, рухи в пальцях обмежені. Болючість при пальпації. Цільність шкіри та конгруентність суглобів збережена. Найбільш ймовірний діагноз:

- A. *Синдром тривалого здавлювання
- B. Правосторонній парепарез плечового суглобу
- C. Вивих правого плечового суглобу
- D. Забій правої руки
- E. Перелом правого плеча

Виходячи з анамнезу та клінічної картини, а саме ознак ішемії кінцівки (синюшний колір, порушення рухомості при збереженні конгруентності суглобів), у дитини має місце синдром тривалого здавлювання, або краш-синдром.

64. Дитина 10 років надійшла у відділення реанімації з травматичним шоком. Порушення якої системи слід визначити у першу чергу?

- A. *Порушення гемодинаміки
- B. Порушення функції дихання
- C. Порушення функції нирок
- D. Порушення функції серцево-судинної системи

Е. Порушення функції печінки

Шок — тяжке порушення життєдіяльності організму внаслідок гострого розладу кровообігу з різким зменшенням кровопостачання та гіперперфузією тканин.

65. Дитину 1-го року мати залишила саму у ванній. Дитина знайдена приблизно через 10 хв. у край важкому стані. Свідомість, пульс та дихання відсутні. Ваші дії:

- А. *Негайно розпочати серцево-легеневу реанімацію
- В. Провести прекардиальний удар
- С. Провести прийом Геймліха
- Д. Негайно транспортувати в лікарню
- Е. Провести прийом Сільвера

Прекардиальний удар проводиться, якщо зупинка серця наступила у присутності реаніматора. Прийом Геймліха ефективний лише при аспірації стороннього тіла, прийом Сільвера взагалі не відноситься до загальноприйнятих реанімаційних маніпуляцій. Враховуючи відсутність дихання та пульсу, необхідно негайно розпочати серцево-легеневу реанімацію, а потім транспортувати дитину в лікарню.

66. П'ятирічний хлопчик захворів на грип. Для зняття гіпертермії батьки неодноразово давали дитині аспірин. На сьомий день хвороби у малюка з'явилися сомнолентність, блювота, носові кровотечі, петехіальний висип на фоні жовтяниці шкіри, периферичні набряки, тремор, гепатоспленомегалія. Яке ускладнення виникло у дитини?

- А. *Синдром Рея.
- В. Синдром Гасера.
- С. Синдром Кіша.
- Д. Синдром Кушинга.
- Е. Синдром Жильбера.

Аспірин (ацетилсаліцилова кислота) протипоказаний у дитячому віці із-за загрози розвитку синдрому Рея (тяжка енцефалопатія у сполученні з печінковою недостатністю), що зустрічається з частотою 1:100000 і характеризується високою летальністю. Синдром Гасера – це гемолітико-уремічний синдром, синдром Жильбера – підвищення рівня білірубіну крові із-за вродженого дефекту глюкуроніл-трансферази, але без явних ознак печінкової недостатності, а домінантою синдрому Кіша є гостра серцева недостатність. Отже, вірогідно, що у дитини виник саме синдром Рея.

67. Машиною швидкої допомоги в дитячий стаціонар доставлений хлопчик 7 років. Батьки повідомили, що на протязі 6-ти годин дитина гралась у дворі в сніжки. При огляді хлопчик загальмований, блідий. Виражений озноб, тахікардія до 150 в 1 хв., АТ-75/30 мм рт.ст. Температура тіла 34,5*С. Ваша тактика?

- A. *Госпіталізація у відділення інтенсивної терапії.
- B. Госпіталізація не обов'язкова. Вдома напоїти гарячим чаєм та добре окутати.
- C. Скерувати на консультацію до невролога.
- D. Вимагає спостереження комбустіолога.
- E. Необхідно визначити основний обмін.

У дитини має місце загальне переохолодження другого ступеня – температура 35-34°С, бліда і холодна шкіра, помірна тахікардія, легке психічне порушення. Враховуючи можливість виникнення ускладнень у вигляді холодового шоку, фібриляції шлуночків та дихальних розладів, показана терапія та спостереження в умовах ВІТ.

68. У дитини, що потрапила в автомобільну аварію, є ознаки порушеної перфузії: систолічний тиск - 60 мм рт. ст. Яке найбільш оптимальне лікування?

- A. *Інфузія сольових розчинів

- В. Інфузія допаміну
- С. Призначення серцевих глікозидів
- Д. Інфузія білкових препаратів
- Е. Призначення атропіну

Будь-який шок, окрім кардіогенного, пов'язаний з гіповолемією – істинною (геморагічний шок) або перерозподільною. У дитини після ДТП, ймовірніше за все, має місце геморагічний або травматичний вид шоку. Терапія шоку будь-якої етіології при відсутності клінічно значущої серцевої недостатності починається з масивної (20-40 мл/кг/год) інфузії кристалоїдних (сольових) розчинів. Водити інотропні агенти до нормалізації ОЦК сенсу немає, бо це не призведе до поліпшення перфузії тканин. Введення колоїдних (білкових) препаратів проводиться лише за показаннями, після початкової дози кристалоїдів.

69. Дівчинці 3 роки. Скарги на гарячку до 39 С, шум у вухах, нестримне блювання, в'ялість, біль в животі. З анамнезу відомо, що шум у вухах, блювота, в'ялість і біль у животі з'явилися після прийому парацетамолу по 0,5 г чотири рази в день, який мама давала для зниження гарячки. Який антидот слід дати дитині?

- А. *Ацетилцистеїн.
- В. Церукал.
- С. Протаміну сульфат.
- Д. Піпольфен.
- Е. Димедрол.

Ацетилцистеїн та метіонін є специфічними антидотами парацетамолу. Гепатотоксичність парацетамолу пов'язують з накопленням його токсичного метаболіту N-ацетил-мідохінону, який знищує запаси глутатіону в печінці. Ацетилцистеїн, вивільнюючи внутрішньоклітинний L-цистеїн, бере участь у синтезі глутатіону, поновлюючи його запаси, і значно покращує прогноз при інтоксикації парацетамолом.

70. У дитини 10 років з політравмою (переломи кінцівок та травма черевної порожнини) спостерігається олігурія при зниженні АТ, ЦВТ та висока відносна щільність сечі. З яких препаратів треба почати інтенсивну терапію?

A. *Розчин Рингера

B. 5% розчин глюкози

C. Розчин манітолу

D. 10% розчин глюкози

E. Неогемодез

Олігурія у дитини з травматичним шоком пов'язана з відносним (перерозподільним) зниженням ОЦК, тому перш за все треба досягти його нормалізації за допомогою введення кристалоїдів – 0,9% натрію хлориду або розчину Рингера. Ведення розчинів глюкози недоцільне, бо глюкоза швидко входить у клітини, а в міжклітинному просторі (плазма) залишається лише вода, яка має низьку осмолярність і легко виходить з судинного русла, тобто практично не має гемодинамічного ефекту. Манітол буде сприяти ще більшому зниженню ОЦК, а препарати полівінілпіролідону в умовах олігурії можуть призвести до ушкодження нирок.

Тестові завдання рекомендовані для використання керівниками лікарів-інтернів дитячих анестезіологів на базах стажування для контролю базового, поточного та підсумкового контролю знань (теоретична частина).

ПЕРЕЛІК ПРАКТИЧНИХ НАВИЧОК.

№ №	Назва практичної навички	Знати/ вміти	Ступінь оволодіння
1	Інтубація трахеї методом прямої ларингоскопії	Вміти	++
2	Розрахувати параметри штучної вентиляції легень	Вміти	+++
3	Трахеотомія, трахеостомія, пункція трахеї	Вміти	+
4	Туалет верхніх дихальних шляхів, трахеї та бронхів	Вміти	+++
5	Венепункція, катетеризація периферичних вен	Вміти	+++
6	Венепункція, катетеризація центральних вен	Вміти	++
7	Венесекція, артеріосекція	Знати	+
8	Визначення групи крові	Вміти	+++
9	Визначення групової та індивідуальної сумісності крові	Вміти	+++
10	Плевральна пункція та дренування плевральної порожнини	Знати	+
11	Пункція порожнини серця та внутрішньосерцеве введення ліків	Знати	++
12	Електрична дефібриляція та електрична кардіостимуляція серця	Знати	++
13	Закритий масаж серця	Вміти	+++
14	Штучна вентиляція легень, ШВЛ без спеціального обладнання	Вміти	+++
15	Розрахунок дефіциту води, електролітів, білку, гемоглобіну та їх корекція	Знати	+++
16	Корекція порушень кислотно-основного стану	Знати	+++
17	Спинномозкова пункція	Вміти	++
18	Запис електрокардіограми	Вміти	+++
19	Катетеризація сечового міхура	Вміти	+++

20	Декомпресія, промивання та дренування шлунку і кишковика	Вміти	+ + +
21	Інфільтраційна та стовбурова анестезія	Знати	+ +
22	Вимірювання центрального венозного тиску	Вміти	+ + +
23	Терапія грудної клітини (вібраційний масаж, вібраційна перкусія, постуральний дренаж)	Вміти	+ + +
24	Перевірка закису азоту на чистоту	Вміти	+ + +
25	Використання дозуючої апаратури для внутрішньовенної інфузії та ентерального харчування	Знати	+ + +

ПРИМІТКА: (+) - ознайомлення з даним питанням, (++) - уміння виконувати найбільш типові маніпуляції чи їх етапи, (+++) - уміння самостійно застосовувати набуті знання та навички

Рекомендована література

1. Адрог Г.Дж. Дыхательная недостаточность. – «Медицина». – 2003. – 264 с.
2. Акунц К.В. Регионарное обезболивание. - «Триада-Х». – 2003. – 118с.
3. Барах П.Д. Куллен Б.Ф., Стелтинг Р.К. Клиническая анестезия. – 265 с.
4. Биохимические нормы в педиатрии. – «СОТИС». – 1994. – 97 с.
5. Бобринская И.Г., Тишков Е.А., Саранюк А.И. Сердечно-легочная и мозговая реанимация. – МГМСУ. – 2002. – 22с.
6. Богданов А.В. Интубация трахеи. – Спб. – 2004. – 217 с.
7. Бутылин Ю.П. Интенсивная терапия неотложных состояний. – «Новый друк». – 2003. – 524 с.
8. Габа Д.М., Фиш К.Дж., Хаярд С.К. Критические ситуации в анестезиологии. – «Медицина». – 2002. – 330 с.
9. Гельфанд Б.Р., Кириенко Р.А., Гриненко Т.Ф. Анестезиология и интенсивная терапия. – «Литера». – 2006. – 576 с.
- 10.Глумчер Ф.С. Руководство по анестезиологии. – «Медицина». – 2008. – 661 с.
- 11.Гордеев В.И. Практикум по инфузионной терапии в педиатрической реанимации. – Спб. – 2011. – 110 с.
- 12.Зильбер А.П. Этюды критической медицины. – 2009. – 790 с.
- 13.Дон Х. Принятие решения в интенсивной терапии. – «Медицина». – 1995. – 287 с.
- 14.Емельянов А.В. Анафилактический шок. – СПб, 2001. – 24с.
- 15.Жученко В.К. Острая обструкция верхних дыхательных путей у детей. – Челябинск, 1998. – 23 с.
- 16.Кальви Т.Н. Фармакология для анестезиолога. – «Бином». – 2007. – 176 с.
- 17.Кассиль В.Л. Искусственная и вспомогательная вентиляция легких. – «Медицина». – 2004. – 242 с.

- 18.Кассиль В.Л. Искусственная и вспомогательная вентиляция легких в интенсивной терапии. – «Медицина». – 1987. – 258 с.
- 19.Кассиль В.Л., Лескин Г.С. Респираторная поддержка. – «Медицина». – 1997. – 299 с.
- 20.Козлов В.К. Сепсис. – «АННА-Т». – 2007. – 299 с.
- 21.Кормление и питание грудных детей и детей раннего возраста.
Методические рекомендации ВОЗ для Европейского региона с особым акцентом на республики бывшего Советского Союза. – 2003. – 382 с.
- 22.Корячкин В.А. Анестезия и интенсивная терапия. – СПб, 2004. – 464 с.
- 23.Корячкин В.А., Страшнов В.И. Функциональные и лабораторные тесты в интенсивной терапии. – «Ольга». – 1999. – 89 с.
- 24.Костюченко С.С. Кислотно-щелочной баланс в интенсивной терапии. – Минск, 2008. – 176 с.
- 25.Латто И.П. Трудности при интубации трахеи. – «Медицина». – 1989. – 304 с.
- 26.Лебединский К.М. Основы респираторной поддержки. – «СПбМАПО». – 2006. – 206 с.
- 27.Леонтьева И.М. Лекции по кардиологии детского возраста. – «ИД МЕДПРАКТИКА-М». – 2005. – 535 с.
- 28.Лихванцев Практическое руководство по анестезиологии. – «МИА» - 1998. – 235 с.
- 29.Лопатенков Г.Я. Ваше право, доктор. – СПб, 2004. – 169 с.
- 30.Мазуркевич Г.С., Багненко С.Ф. Шок: теория, клиника, организация противошоковой помощи. – «Политехника». – 2005. – 544 с.
- 31.Майданник В.Г. Педиатрия. – «Фолио». – 2002. – 1125 с.
- 32.Макаров Л.М. ЭКГ в педиатрии. – «Медпрактика». – 2002. – 261 с.
- 33.Мальшев В.Д. Интенсивная терапия.– «Медицина». – 2002. – 463 с.
- 34.Мальшев В.Д. Интенсивная терапия. Реанимация. Первая помощь. – «Медицина». – 2000. – 520 с.

35. Малышев В.Д. Кислотно-основное состояние и водно-электролитный баланс в интенсивной терапии. – «Медицина». – 2005. – 286 с.
36. Марино П.Л. Интенсивная терапия. – «The ICU book». – 2-е изд. (пер. с англ.).
37. Михельсон В.А., Гребенников В.А. Детская анестезиология и реаниматология. – 2010. – 461 с.
38. Морган Дж.Е., Мегид С.М. Клиническая анестезиология (в 3-х томах). – «Бином», 2-е издание. – 2001.
39. Ньюмен М. Основы регионарной анестезии. – СПб, 2005. – 73 с.
40. Петрушина А.Д., Мальченко Л.А. Неотложные состояния у детей. – «Медкнига». – 2002. – 90 с.
41. Поллард Б.Дж. Руководство по клинической анестезиологии. – «МедПресс-информ». – 2006. – 913 с.
42. Полушин Ю.С. Руководство по анестезиологии и реаниматологии. – СПб, 2004. – 919 с.
43. Поляков Г.А. Мелочи в интенсивной медицине. – Краснодар, 1998. – 155 с.
44. Постернак Г.И., Ткачева М.Ю., Белецкая Л.М. и др. Неотложная медицинская помощь детям на догоспитальном этапе. – «Медицина світу». – 2004. – 188 с.
45. Рамфель Д.П. Регионарная анестезия. – «МЕДпресс-информ». – 2007. – 271 с.
46. Романенко В.А. Интенсивная терапия в неонатологии (в таблицах и схемах). – Челябинск, 1997. – 169 с.
47. Романенко В.А. Технические приемы в интенсивной терапии в педиатрии. – Челябинск, 1998. – 33 с.
48. Роузен М., Латто Я.П., У. Шэнг Нг. Чрескожная катетеризация центральных вен. – «Медицина». – 1986. – 160 с.
49. Рябов Г.А. Гипоксия критических состояний. – «Медицина». – 1988. – 288 с.

50. Саенко В.Ф. Сепсис и полиорганная недостаточность. «Минерал». – 2005. – 470 с.
51. Сатишур О.Е. Механическая вентиляция легких. – «Медлит». 2006. – 353 с.
52. Сафонов И.В. Респираторный дистресс-синдром новорожденных: профилактика и методы терапии. – Методические рекомендации. – 30 с.
53. Скакун М.П. Невідкладна допомога при гострих отруєннях. – «Укрмедкнига». – 2005. – 247 с.
54. Сумин С.А. Неотложные состояния. – 2-е изд., Москва. – 2000. – 460 с.
55. Таболин В.А. Кислотозависимые состояния у детей. – Москва, 1999. – 127 с.
56. Тарасенко С.В., Дмитриева Н.В. Шок. Патогенез. Диагностика. – РГМУ, 2005. – 66 с.
57. Усенко Л.В. Интенсивная терапия при кровопотере. – «Новая идеология». – 2007. – 293 с.
58. Усенко Л.В. Рецептурный справочник анестезиолога-реаниматолога и хирурга. – «Здоров'я». – 1995. – 257 с.
59. Усенко Л.В. Сердечно-легочная и церебральная реанимация. – Днепропетровск, 2007. – 50 с.
60. Учайкин В.Ф. Неотложные состояния в педиатрии. – «ГЭОТАР-Медиа». – 2005. – 251 с.
61. Учайкин В.Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей. – «ГЭОТАР-Медиа». – 2002. – 809 с.
62. Фомичев М.В. Респираторная терапия у новорожденных. - «Спецлит», 2000. – 80с.
63. Хоффман Дж. Детская кардиология. – «Практика». – 2006. – 538 с.
64. Черний В.И., Новикова Р.И. Диагностика и лечение нарушений ритма сердца в анестезиологии и интенсивной терапии. – Киев, 2003. – 60 с.

- 65.Шабалов Н.П. Неонатология. – 3-е изд., «МЕДпресс-информ». – 2004.
– Т.1. – 608 с.
- 66.Шабалов Н.П. Неонатология. – 3-е изд., «МЕДпресс-информ». – 2004.
– Т.2. – 640 с.
- 67.Шурыгин И.А. Мониторинг дыхания. – «БИНОМ». – 2000. – 263 с.
- 68.Эйзенхед А.Р., Смит Г. Руководство по анестезиологии (в 2-х томах). –
«Медицина». – 1999. – 1011 с.
- 69.Brenner M. Critical Care and Cardiac Medicine. Current Clinical Strategies.
– California, 2006. – 108 p.
- 70.Chan P.D. Pediatrics. - California, 2005. – 81 p.
- 71.Gennrich J.L., Chan P.D. Pediatric Drug Reference. Dosage, Side effects
and Drug Interactions. – 2007. – 54 p.
- 72.Gwinnuth C.L. Clinical Anesthesia. Lecture notes. – Blackwell Publishing
Ltd. - 2004. – 176 p.
- 73.Holzman R.S., Mancuso T.J., Polaner D.M. A Practical Approach to
Pediatric Anesthesia. - Lippincott Williams & Wilkins. – 2008.
- 74.Scruggs K., Johnson M.T. Pediatric Treatment Guidelines. – California,
2007. – 154 p.

ЧАСТИНА ДРУГА
МЕТОДИЧНІ РОЗРОБКИ СЕМІНАРСЬКИХ ЗАНЯТЬ З ЛІКАРЯМИ-
ІНТЕРНАМИ НА ПЕРІОД ЗАОЧНОГО НАВЧАННЯ

Методична розробка семінарського заняття №1

1.Тема: Етичні, деонтологічні та юридичні проблеми в анестезіології та медицині критичних станів. Дитяча смертність.

2.Для лікарів-інтернів дитячих анестезіологів 1 року навчання.

3.Тривалість заняття в учбових годинах – 4.

4.Учбова мета:

А). На підставі історичного огляду, нормативних документів та діючого законодавства України висвітлити юридичні аспекти та етичні проблеми дитячої анестезіології та інтенсивної терапії;

Б). Визначити поняття дитячої смертності: ранньої неонатальної, неонатальної, малюкової, дітей підліткового віку; оформлення відповідної документації. Розібрати особливості спілкування з батьками померлої дитини;

В). Визначити регламент спілкування лікаря-дитячого анестезіолога з пацієнтами, їх родичами, молодшим та середнім медичним персоналом, колегами та лікарями суміжних спеціальностей.

5. Лікар-інтерн повинен знати: основні положення Цивільного кодексу України від 16 січня 2003 р.: право на охорону здоров'я (ст. 283), медичну допомогу (ст. 284), медичну інформацію (ст. 285), медичну таємницю (ст. 286). Положення Кримінального кодексу України від 5 квітня 2001 р.: перелік складів злочину, що безпосередньо чи опосередковано пов'язані з охороною здоров'я, у тому числі наданням медичної допомоги, а саме розділ II "Злочини проти життя та здоров'я особи", зокрема, такі склади злочинів, що пов'язані із зараженням вірусом імунодефіциту людини чи іншою невиліковною інфекційною хворобою (ст.ст. 130-133 КК України); неналежним наданням чи ненаданням у встановленому порядку медичної

допомоги (ст.ст. 139, 140 КК України), порушенням встановленого порядку проведення медичного втручання (ст.ст. 134, 138, 141-145 КК України).

6. Лікар-інтерн повинен вміти: розрахувати показники дитячої смертності за відповідними формулами.

7. План заняття (розрахунок часу):

- Історичні дані про розвиток анестезіології та реаніматології (15 хвилин)
- Сучасні законодавчі акти, що регламентують роботу лікаря медицини критичних станів, та їх практичне використання (45 хвилин)
- Взаємовідносини анестезіолога та хірурга і лікарів інших спеціальностей (30 хвилин)
- Особливості взаємовідносин з пацієнтами та їх родичами в медицині критичних станів (30 хвилин)
- Взаємодія з молодшим та середнім медичним персоналом в умовах стресу та необхідності термінових дій (15 хвилин)
- Особливості бесіди з батьками померлої дитини (15 хвилин)
- Розрахунок показників дитячої смертності. Правила заповнення документації (30 хвилин).

8.Рекомендована література:

1. Наказ МОЗ України №545 «Про впровадження ведення медичної документації, яка засвідчує випадки народження та смерті». – 2006.
2. Габа Д.М., Фиш К.Дж., Хаярд С.К. Критические ситуации в анестезиологии. – «Медицина». – 2002. – 330 с.
3. Зильбер А.П. Этюды критической медицины. Этика и закон в МКС. – 2009. – 790 с.
4. Дон Х. Принятие решения в интенсивной терапии. – «Медицина». – 1995. – 287 с.
5. Лопатенков Г.Я. Ваше право, доктор. – СПб, 2004. – 169 с.

6. Малышев В.Д. Интенсивная терапия. Реанимация. Первая помощь. – «Медицина». – 2000. – 520 с.
7. Марино П.Л. Интенсивная терапия. – «The ICU book». – 2-е изд. (пер. с англ.).
8. Михельсон В.А., Гребенников В.А. Детская анестезиология и реаниматология. – 2010.– 461 с.
9. Морган Дж.Е., Мегид С.М. Клиническая анестезиология (в 3-х томах). - «Бином», 2-е издание. – 2001.

Методична розробка семінарського заняття №2

1.Тема: Організація роботи і структура відділення інтенсивної терапії та операційного блоку. Санітарно-епідемічний режим. Документація та звітність в анестезіолого-реанімаційній службі.

2.Для лікарів-інтернів дитячих анестезіологів 1 року навчання.

3.Тривалість заняття в учбових годинах – 4.

4.Учбова мета:

А). Розібрати зміст нормативних документів на підставі котрих базується робота відділень дитячої анестезіології та інтенсивної терапії в умовах лікарень районного, міського, обласного підпорядкування.

Б). Розібрати функціональні обов'язки лікаря дитячого анестезіолога. Професійні вимоги до лікаря дитячого анестезіолога в залежності від категорії, особливостей організації відділення та ін.

В). Особливості санітарно-епідемічного режиму у відділенні анестезіології, інтенсивної терапії та в операційному блоці. Основні документи, що заповнюються лікарем-анестезіологом.

5. Лікар-інтерн повинен знати: Зміст нормативних документів, що регламентують роботу відділень дитячої анестезіології та інтенсивної терапії, Наказ МОЗ України №33, №303. Функціональні обов'язки лікаря дитячого анестезіолога, професійні вимоги. Особливості санітарно-епідеміологічного режиму в реанімаційному відділенні, реанімаційному залі,

операційній. Правила заповнення основних документів лікаря-ординатора дитячого анестезіолога.

6. Лікар-інтерн повинен вміти: заповнити історію хвороби стаціонарного хворого, первинний огляд, етапний та посмертний епікризи, наркозну карту, лист призначення наркотичних засобів, протокол гемотрансфузії та ін.

7. План заняття (розрахунок часу):

- Організація роботи та структура відділення анестезіології та інтенсивної терапії (45 хвилин)
- Професійні вимоги до лікаря дитячого анестезіолога – спеціаліста (15 хвилин)
- Професійні вимоги до лікаря дитячого анестезіолога 2-ї категорії (10 хвилин)
- Професійні вимоги до лікаря дитячого анестезіолога 1-ї категорії (10 хвилин)
- Професійні вимоги до лікаря дитячого анестезіолога вищої категорії (10 хвилин)
- Поняття функціональних обов'язків лікаря дитячого анестезіолога (30 хвилин).
- Наказ МОЗ України №33 (15 хвилин)

Ознайомлення з основними зразками медичної документації (45 хвилин).

8. РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА:

1. Наказ МОЗ України № 11 «Про затвердження порядку обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів у закладах охорони здоров'я України». – 2010р.
2. Наказ МОЗ України № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я». – 2000р.

3. Наказ МОЗ України № 303 «Про регламентацію діяльності анестезіологічної служби України». – 1997р.
4. Глумчер Ф.С. Руководство по анестезиологии. – «Медицина». – 2008. – 661 с.
5. Михельсон В.А., Гребенников В.А. Детская анестезиология и реаниматология. – 2010.– 461 с.
6. Морган Дж.Е., Мегид С.М. Клиническая анестезиология (в 3-х томах). - «Бином», 2-е издание. – 2001.
7. Посадова інструкція лікаря - дитячого анестезіолога.

Методична розробка семінарського заняття №3

1.Тема: Сучасні теорії та класична клініка наркозу. Правила техніки безпеки в операційній. Конструкція, види та правила використання наркозно-дихальної апаратури.

2.Для лікарів-інтернів дитячих анестезіологів 1 року навчання.

3.Тривалість заняття в учбових годинах – 4.

4.Учбова мета:

А). Розібрати різні теорії наркозу. Питання термінології на сучасному рівні. Складові компоненти загальної анестезії. Шкала Гведела. Рівень анестезії. Адекватність анестезії.

Б). Визначити основні види сучасної наркозно-дихальної апаратури

В). Розібрати професійні шкідливі фактори в роботі анестезіологів та шляхи їх профілактики, шляхи профілактики забруднення повітря в операційних інгаляційними анестетиками, принципи загальнобмінної вентиляції, поглинаючі та протибактеріальні фільтри та принципи їх використання під час проведення анестезій.

5. Лікар-інтерн повинен знати: Сучасну анестезіологічну термінологію. Компоненти загальної анестезії (не менше 5-ти). Стадії наркозу за Гведелом. Визначення адекватності анестезії. Принцип роботи сучасних наркозно-дихальних апаратів, види контурів.

6. Лікар-інтерн повинен вміти: Використовувати поглинаючі та протибактеріальні фільтри в дихальній апаратурі. Визначати глибину анестезії у пацієнта.

7. План заняття (розрахунок часу):

- Сучасні теорії наркозу. Термінологія (25 хвилин)
- Стадії наркозу за Гведелом. Методика визначення глибини наркозу та адекватності анестезії за клінічними показниками та показаннями монітору (30 хвилин)
- Компоненти загальної анестезії (20 хвилин)
- Професійні шкідливі фактори в роботі лікаря-анестезіолога в операційній та у відділенні (15 хвилин)
- Види сучасних наркозно-дихальних апаратів. Види контурів. Використання поглинаючих та протибактеріальних фільтрів (90 хвилин).

8. РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА:

1. Зильбер А.П. Этюды критической медицины. – 2009. – 790 с.
2. Михельсон В.А., Гребенников В.А. Детская анестезиология и реаниматология. – 2010.– 461 с.
3. Морган Дж.Е., Мегид С.М. Клиническая анестезиология (в 3-х томах). - «Бином», 2-е издание. – 2001.
4. Поллард Б.Дж. Руководство по клинической анестезиологии. – «МедПресс-информ». – 2006. – 913 с.
5. Сатишур О.Е. Механическая вентиляция легких. – «Медлит». - 2006. – 353 с
6. Gwinuth C.L. Clinical Anesthesia. Lecture notes. – Blackwell Publishing Ltd. - 2004. – 176 p.
7. Holzman R.S., Mancuso T.J., Polaner D.M. A Practical Approach to Pediatric Anesthesia. - Lippincott Williams & Wilkins. – 2008.

Методична розробка семінарського заняття №4

1.Тема: Інгаляційні та неінгаляційні анестетики: особливості застосування, показання та протипоказання. Седативні препарати та транквілізатори, що використовуються в дитячій анестезіології та інтенсивній терапії.

2.Для лікарів-інтернів дитячих анестезіологів 1 року навчання.

3.Тривалість заняття в учбових годинах – 4.

4.Учбова мета:

А). Розібрати механізм дії та особливості застосування сучасних інгаляційних анестетиків.

Б). Дізнатися про поняття ідеального анестетика; сучасні неінгаляційні анестетики, механізм та особливості дії, побічні ефекти та протипоказання.

В). Дізнатися про механізм дії та показання до застосування седативних, снодійних препаратів та транквілізаторів в педіатрії.

5. Лікар-інтерн повинен знати: Сучасні інгаляційні та неінгаляційні анестетики, можливості їх комбінацій, показання та протипоказання до застосування у різних клінічних випадках; вплив на гемодинаміку та гомеостаз, побічні ефекти та їх запобігання. Можливості використання снодійних та седативних препаратів для премедикації та анестезії у дітей.

6. Лікар-інтерн повинен вміти: Користуватися інгаляційними анестетиками (закис азоту, фторотан, севофлюран) за допомогою наявної наркозно-дихальної апаратури. Розрахувати дози наступних препаратів для індукції та підтримання наркозу: пропофол, тіопентал натрію, сибазон, натрію оксибутират, кетамін, сомбрівін.

7. План заняття (розрахунок часу):

- Інгаляційні анестетики: особливості впливу на організм, протипоказання, особливості застосування (45 хвилин)

- Неінгаляційні анестетики. Показання та протипоказання. Дозування для індукції та підтримання наркозу. Комбінації (90 хвилин)

- Методи запобігання розвитку та боротьба з побічними ефектами анестетиків. Злоякісна гіпертермія (15 хвилин)
- Використання снодійних та седативних препаратів у педіатричній анестезіології (30 хвилин).

8. РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА:

1. Бунятян А.А. Рациональная фармакоанестезиология. – Литерра. – 2006. – 799 с.
2. Михельсон В.А., Гребенников В.А. Детская анестезиология и реаниматология. – 2010.– 461 с.
3. Морган Дж.Е., Мегид С.М. Клиническая анестезиология (в 3-х томах). - «Бином», 2-е издание. – 2001.
4. Поллард Б.Дж. Руководство по клинической анестезиологии. – «МедПресс-информ». – 2006. – 913 с.
5. Gwinuth C.L. Clinical Anesthesia. Lecture notes. – Blackwell Publishing Ltd. - 2004. – 176 p.
6. Holzman R.S., Mancuso T.J., Polaner D.M. A Practical Approach to Pediatric Anesthesia. - Lippincott Williams & Wilkins. – 2008.

Методична розробка семінарського заняття №5

1.Тема: Наркотичні та ненаркотичні анальгетики: показання та протипоказання у дітей різного віку, можливі побічні ефекти, використання під час проведення наркозу та при лікуванні післяопераційного болю.

2.Для лікарів-інтернів дитячих анестезіологів 1 року навчання.

3.Тривалість заняття в учбових годинах – 4.

4.Учбова мета:

А). Розібрати механізм дії та особливості застосування наркотичних анальгетиків короткої та тривалої дії. Побічні ефекти наркотичних анальгетиків та міри їх запобігання. Раціональне дозування під час

оперативного втручання, в післяопераційному періоді та при лікуванні болю у дітей. Використання антагоністів.

Б). Дізнатися поняття про ненаркотичні анальгетики та нестероїдні протизапальні препарати: показання та протипоказання до застосування у дітей, побічні ефекти, місце у сучасній анестезіології.

5. Лікар-інтерн повинен знати: Класифікацію наркотичних анальгетиків згідно їх дії на опіоїдні рецептори. Механізм та тривалість дії окремих опіоїдів (морфін, промедол, фентаніл, реміфентаніл, налорфін, пентазоцин), особливості їх використання для індукції анестезії, підтримання анестезії, у післяопераційному періоді та при лікуванні гострого болю при невідкладних станах у дітей. Нестероїдні протизапальні препарати та ненаркотичні анальгетики, механізм дії, використання у різних клінічних ситуаціях; протипоказання та побічні ефекти. Поняття попереджуючої аналгоседації.

6. Лікар-інтерн повинен вміти: Розрахувати дози та кратність введення вищенаведених наркотичних анальгетиків для індукції та підтримання наркозу, післяопераційного знеболювання та лікування гострого болю. Розрахувати дози основних ненаркотичних анальгетиків, що використовуються у дитячому віці.

7. План заняття (розрахунок часу):

- Наркотичні анальгетики: вплив окремих представників на опіоїдні рецептори. Механізм та тривалість дії (45 хвилин)
- Особливості використання різних наркотичних анальгетиків в залежності від клінічної ситуації. Протипоказання (45 хвилин)
- Методи запобігання розвитку та боротьба з побічними ефектами наркотичних анальгетиків. Показання до застосування антагоністів опіоїдних рецепторів (45 хвилин)
- Використання ненаркотичних анальгетиків та нестероїдних протизапальних препаратів у дітей (40 хвилин).

8. РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА:

1. Бунятян А.А. Рациональная фармакоанестезиология. – Литерра. – 2006. – 799 с.
2. Михельсон В.А., Гребенников В.А. Детская анестезиология и реаниматология. – 2010.– 461 с.
3. Морган Дж.Е., Мегид С.М. Клиническая анестезиология (в 3-х томах). - «Бином», 2-е издание. – 2001.
4. Поллард Б.Дж. Руководство по клинической анестезиологии. – «МедПресс-информ». – 2006. – 913 с.
5. Gwinuth C.L. Clinical Anesthesia. Lecture notes. – Blackwell Publishing Ltd. - 2004. – 176 p.
6. Holzman R.S., Mancuso T.J., Polaner D.M. A Practical Approach to Pediatric Anesthesia. - Lippincott Williams & Wilkins. – 2008.

Методична розробка семінарського заняття №6

1.Тема: Техніка проведення інгаляційного та неінгаляційного наркозу. Рациональне сполучення препаратів для анестезії. Збалансована анестезія, внутрішньовенний програмований полінаркоз. Комбінована та сполучена анестезія. Передопераційна підготовка.

2.Для лікарів-інтернів дитячих анестезіологів 1 року навчання.

3.Тривалість заняття в учбових годинах – 4.

4.Учбова мета:

А). Навчитися використанню газових та неінгаляційних анестетиків, анальгетиків та допоміжних препаратів для мононаркозу, комбінованої анестезії, збалансованої внутрішньовенної та багатокомпонентної анестезії; раціональній комбінації різних препаратів для наркозу.

Б). Дізнатися про поняття: тотальна внутрішньовенна анестезія, комбінована анестезія, сполучена анестезія, збалансована багатокомпонентна анестезія, внутрішньовенний програмований полінаркоз та ін.

В). Вивчити поняття, мету та механізм дії премедикації. Види премедикації. Об'єм передопераційних обстежень при планових операціях. Визначення ступеню операційно-анестезіологічного ризику.

5. Лікар-інтерн повинен знати: Назви основних методів моно- та полінаркозу у дітей. Принципи раціонального сполучення різних препаратів для наркозу. Види анестезій, показання до використання кожного з них. Препарати та їх дози, що використовуються при різних видах анестезії на спонтанному диханні та зі штучною вентиляцією легенів. Мета комбінованого використання різних препаратів для наркозу.

6. Лікар-інтерн повинен вміти: Призначити препарати та розрахувати їх дози для проведення атаралгезії, нейролептанальгезії, дисоційованої анестезії, збалансованої багатокомпонентної анестезії, програмованого полінаркозу, тотальної внутрішньовенної анестезії на ШВЛ та на спонтанному диханні, та ін. Вміти визначити ступінь операційно-анестезіологічного ризику за шкалами ASA та Гологорського.

7. План заняття (розрахунок часу):

- Визначення поняття основних видів комбінованої анестезії (30 хвилин)
- Особливості комбінацій препаратів для наркозу. Мета, можливі ускладнення (15 хвилин)
- Особливості вибору методу анестезіологічного забезпечення в залежності від об'єму та виду оперативного втручання, віку дитини, наявності супутньої патології та інших факторів (45 хвилин)
- Премедикація: мета, основні препарати. Передопераційне обстеження дитини (45 хвилин)
- Визначення ступеню ОАР. Шкали ASA, Гологорського та інші (45 хвилин).

8. РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА:

1. Бунятян А.А. Рациональная фармакоанестезиология. – Литерра. – 2006. – 799 с.

2. Михельсон В.А., Гребенников В.А. Детская анестезиология и реаниматология. – 2010.– 461 с.
3. Морган Дж.Е., Мегид С.М. Клиническая анестезиология (в 3-х томах). - «Бином», 2-е издание. – 2001.
4. Поллард Б.Дж. Руководство по клинической анестезиологии. – «МедПресс-информ». – 2006. – 913 с.
5. Gwinuth C.L. Clinical Anesthesia. Lecture notes. – Blackwell Publishing Ltd. - 2004. – 176 p.
6. Holzman R.S., Mancuso T.J., Polaner D.M. A Practical Approach to Pediatric Anesthesia. - Lippincott Williams & Wilkins. – 2008.

Методична розробка семінарського заняття №7

1.Тема: Місцеві анестетики, особливості використання в педіатрії. Нейровегетативні блокади у дітей різного виду: спинальна, епідуральна, у тому числі сакральна, анестезія. Техніка проведення, можливі ускладнення.

2.Для лікарів-інтернів дитячих анестезіологів 1 року навчання.

3.Тривалість заняття в учбових годинах – 4.

4.Учбова мета: Вивчити особливості сучасних місцевих анестетиків та поняття регіональної анестезії. Знати техніку проведення, показання та протипоказання до спинальної та епідуральної, зокрема сакральної, блокад, методи оцінки їх ефективності, можливі ускладнення та методи їх запобігання.

5. Лікар-інтерн повинен знати: Анатомічні орієнтири для спинальної анестезії, техніку проведення, дози місцевих анестетиків (бупівакаїн), можливі ускладнення та протипоказання до маніпуляції. Техніку проведення епідуральної і як її різновид – сакральної анестезії: анатомічні орієнтири, оцінку ефективності блоку, показання та протипоказання, можливі ускладнення.

6. Лікар-інтерн повинен вміти: Розрахувати дози лідокаїну, ропівакаїну та бупівакаїну для проведення спинальної та епідуральної, зокрема –

сакральної, анестезії. Знайти анатомічні орієнтири для проведення спинальної та епідуральної, у тому числі сакральної, анестезії у дітей різного віку.

7. План заняття (розрахунок часу):

- Місцеві анестетики: новокаїн, лідокаїн, ропівакаїн та бупівакаїн: дозування, показання та протипоказання, побічні ефекти (30 хвилин)
- Проведення спинальної анестезії: показання, протипоказання, положення хворого, анатомічні орієнтири, техніка проведення у дітей різного віку, можливі ускладнення та методи їх запобігання (45 хвилин)
- Епідуральна анестезія: показання, протипоказання, анатомічні орієнтири, техніка проведення сакральної-епідуральної анестезії та катетеризації епідурального простору, оцінка ефективності блоку та його рівня, можливі ускладнення та методи їх запобігання (60 хвилин)
- Седация при проведенні регіонарних методів анестезії (45 хвилин).

8. РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА:

1. Акунц К.В. Регионарное обезболивание. - «Триада-Х». – 2003. – 118с.
2. Бунятян А.А. Рациональная фармакоанестезиология. – Литерра. – 2006. – 799 с.
3. Михельсон В.А., Гребенников В.А. Детская анестезиология и реаниматология. – 2010.– 461 с.
4. Морган Дж.Е., Мегид С.М. Клиническая анестезиология (в 3-х томах). - «Бином», 2-е издание. – 2001.
5. Поллард Б.Дж. Руководство по клинической анестезиологии. – «МедПресс-информ». – 2006. – 913 с.
6. Рамфель Д.П. Регионарная анестезия. – «МЕДпресс-информ». – 2007. – 271 с.

Методична розробка семінарського заняття №8

1.Тема: Препарати, що впливають на адренорецептори, показання до використання в дитячому віці, побічні ефекти. Судинні та кардіотонічні засоби.

2.Для лікарів-інтернів дитячих анестезіологів 1 року навчання.

3.Тривалість заняття в учбових годинах – 4.

4.Учбова мета: Знати особливості розташування α - та β -адренорецепторів в організмі та їх функції. Вивчити особливості сучасних адрено- та симпатоміметиків, адреноблокаторів: фармакологічна класифікація, показання та протипоказання до застосування окремих препаратів, можливі ускладнення та методи їх запобігання. Знати особливості застосування кардіотонічних препаратів різних груп в педіатрії.

5. Лікар-інтерн повинен знати: Функції α - та β -адренорецепторів, їх розташування в органах та системах. Класифікацію та селективність адрено- та симпатоміметиків (адреналін, норадреналін, мезатон, добутамін, оксиметазолін, ізадрин, сальбутамол, фенотерол, сальметерол, ефедрин): селективність, клінічний ефекти, показання та протипоказання до застосування, побічні ефекти. Класифікацію та селективність адреноблокаторів (празозин, фентоламін, пропранолол, атенолол, метопролол, соталол, карведілол), показання та протипоказання до застосування, побічні ефекти. Основні групи кардіотонічних препаратів (допамін, добутамін, серцеві глікозиди (строфантин, дігосин), неглікозидні кардіотоніки), застосування в педіатрії.

6. Лікар-інтерн повинен вміти: За показаннями призначити вищевказані препарати та розрахувати їх дози у дітей.

7. План заняття (розрахунок часу):

- α - та β -адренорецептори: ефекти стимуляції та блокади, розташування в організмі (45 хвилин)

- Адреноміметики: класифікація в залежності від селективності, клінічні ефекти окремих препаратів, показання та протипоказання до застосування, побічні ефекти, дозування (45 хвилин)
- Адреноблокатори: класифікація в залежності від селективності, клінічні ефекти окремих препаратів, показання та протипоказання до застосування, побічні ефекти, дозування (45 хвилин)
- Сучасні кардіотонічні препарати, застосування в педіатрії. Розрахунок дози допаміну для безперервного введення. Особливості застосування серцевих глікозидів, лікування глікозидної інтоксикації (45 хвилин).

8. РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА:

1. Бунятян А.А. Рациональная фармакоанестезиология. – Литерра. – 2006. – 799 с.
2. Кальви Т.Н. Фармакология для анестезиолога. – «Бином». – 2007. – 176 с.
3. Учайкин В.Ф. Неотложные состояния в педиатрии. – «ГЭОТАР-Медиа». – 2005. – 251 с.
4. Хоффман Дж. Детская кардиология. – «Практика». – 2006. – 538 с.
5. Михельсон В.А., Гребенников В.А. Детская анестезиология и реаниматология. – 2010.– 461 с.

Методична розробка семінарського заняття №9

- 1.Тема: Препарати що впливають на холінорецептори. Міорелаксанти: класифікація, механізм дії, побічні ефекти та протипоказання до застосування
- 2.Для лікарів-інтернів дитячих анестезіологів 1 року навчання.
- 3.Тривалість заняття в учбових годинах – 4.
- 4.Учбова мета: Знати особливості розташування м- та н-холінорецепторів в організмі та їх функції. Вивчити особливості сучасних холіноміметиків та холінолітиків: фармакологічна класифікація, показання та протипоказання

до застосування окремих препаратів, можливі ускладнення та методи їх запобігання. Класифікація міорелаксантів, клінічне застосування.

5. Лікар-інтерн повинен знати: Функції м- та н-холінорецепторів, їх розташування в органах та системах. Препарати, що стимулюють холінорецептори (пілокарпін, ацеклідін, карбахолін): дія на організм, застосування в педіатрії. М-холінолітики (атропін, метацин, скополамін, платифілін), особливості дії на окремі органи та системи, застосування в педіатрії. Н-холінолітики: гангліоблокатори (пентамін, гігроній, бензогексоній), показання та протипоказання до застосування в педіатрії; міорелаксанти (сукцинілхолін, тубокурарин, рокуроній, атракуріум, піпекуроній, векуроній): класифікація, механізм дії, показання до застосування.

6. Лікар-інтерн повинен вміти: За показаннями призначити вищевказані препарати та розрахувати їх дози у дітей.

7. План заняття (розрахунок часу):

- м- та н-холінорецептори: ефекти стимуляції та блокади, розташування в організмі (45 хвилин)
- Холіноміметики: біологічні та клінічні ефекти (15 хвилин)
- М-холінолітики: біологічні та клінічні ефекти, особливості застосування в педіатрії, показання та протипоказання, побічні ефекти (45 хвилин)
- Гангліоблокатори: механізм дії, показання та протипоказання для використання у дітей (30 хвилин).
- Міорелаксанти деполаризуючі та недеполаризуючі, окремі представники, показання та протипоказання до застосування, побічні ефекти (45 хвилин)

8. РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА:

1. Бунятян А.А. Рациональная фармакоанестезиология. – Литерра. – 2006. – 799 с.

2. Кальви Т.Н. Фармакология для анестезиолога. – «Бином». – 2007. – 176 с.
3. Михельсон В.А., Гребенников В.А. Детская анестезиология и реаниматология. – 2010.– 461 с.
4. Морган Дж.Е., Мегид С.М. Клиническая анестезиология (в 3-х томах). - «Бином», 2-е издание. – 2001.

Методична розробка семінарського заняття №10

1.Тема: Особливості передопераційної підготовки, анестезіологічного забезпечення та післяопераційної інтенсивної терапії у новонароджених.

2.Для лікарів-інтернів дитячих анестезіологів 1 року навчання.

3.Тривалість заняття в учбових годинах – 4.

4.Учбова мета: Знати особливості передопераційної підготовки, у тому числі інфузійної терапії, у новонароджених дітей, призначення премедикації та оцінка оперативно-анестезіологічного ризику. Засвоїти особливості анестезіологічного забезпечення у цієї групи хворих, можливість застосування нейроаксіальних блокад, вміти визначити об'єм післяопераційної інтенсивної терапії в залежності від об'єму оперативного втручання.

5. Лікар-інтерн повинен знати: анатоμο-фізіологічні особливості новонароджених дітей, зокрема центральної та периферичної нервової системи, обміну речовин та терморегуляції з позиції анестезіолога; особливості та периоперативної інтенсивної терапії та анестезіологічного забезпечення у цієї групи хворих.

6. Лікар-інтерн повинен вміти: Призначити інфузійну терапію, препарати для премедикації новонародженому; розрахувати препарати для індукції та підтримання анестезії при різних її видах у новонароджених.

7. План заняття (розрахунок часу):

- анатоμο-фізіологічні особливості новонародженої дитини з позиції анестезіолога (45 хвилин)
- передопераційна підготовка новонародженої дитини в залежності від тяжкості стану та екстреності оперативного втручання, оцінка оперативно-анестезіологічного ризику (30 хвилин)
- Можливості різних видів анестезіологічного забезпечення у новонароджених, особливості дозування препаратів (60 хвилин)
- післяопераційна інтенсивна терапія у новонароджених: особливості післяопераційного знеболення, інфузійна терапія та парентеральне харчування (45 хвилин)

8. РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА:

1. Барашнев Ю.И. Перинатальная неврология. – «Триада-Х». – 2001. – 628 с.
2. Бунятян А.А. Рациональная фармакоанестезиология. – Литерра. – 2006. – 799 с.
3. Гордеев В.И. Практикум по инфузионной терапии в педиатрической реанимации. – Спб. – 2011. – 110 с.
4. Михельсон В.А., Гребенников В.А. Детская анестезиология и реаниматология. – 2010.– 461 с.
5. Морган Дж.Е., Мегид С.М. Клиническая анестезиология (в 3-х томах). - «Бином», 2-е издание. – 2001.
6. Поллард Б.Дж. Руководство по клинической анестезиологии. – «МедПресс-информ». – 2006. – 913 с.
7. Романенко В.А. Интенсивная терапия в неонатологии (в таблицах и схемах). – Челябинск, 1997. – 169 с.
8. Шабалов Н.П. Неонатология. – 3-е изд., «МЕДпресс-информ». – 2004. – Т.1. – 608 с.
9. Шабалов Н.П. Неонатология. – 3-е изд., «МЕДпресс-информ». – 2004. – Т.2. – 640 с.

Методична розробка семінарського заняття №11

1.Тема: Термінальні стани у дітей. Серцево-легенева та церебральна реанімація. Інтенсивна терапія післяреанімаційної хвороби. Особливості серцево-легеневої реанімації новонароджених, первинна реанімація у пологовому залі.

2.Для лікарів-інтернів дитячих анестезіологів 1 та 2 року навчання.

3.Тривалість заняття в учбових годинах – 4.

4.Учбова мета: Знати визначення клінічної смерті та інших термінальних станів, танатогенез, ознаки біологічної смерті. Засвоїти принципи та прийоми серцево-легеневої реанімації у дітей різного віку. Вивчити алгоритм первинної реанімації новонароджених. Знати механізм розвитку реперфузійних уражень організму та принципи терапії післяреанімаційної хвороби у дітей.

5. Лікар-інтерн повинен знати: Визначення агонального стану, клінічної та біологічної смерті, механізм танатогенезу. Сучасні підходи до первинної серцево-легеневої реанімації, використання, дозування та шляхи введення медикаментів, проведення електричної дефібриляції. Патогенез реперфузійних уражень організму, лікування післяреанімаційної хвороби. Показання до припинення серцево-легеневої реанімації. Алгоритм первинної реанімації новонародженої дитини в пологовій залі.

6. Лікар-інтерн повинен вміти: Провести непрямий масаж серця дитині будь-якого віку та вентиляцію методом «рот до рота» та «рот до носа і рота» та мішочно-масочним способом. Призначити препарати, що використовуються під час серцево-легеневої та церебральної реанімації та при лікуванні післяреанімаційної хвороби.

7. План заняття (розрахунок часу):

- визначення термінальних станів: агонального стану, клінічної та біологічної смерті, механізм танатогенезу (15 хвилин)

- серцево-легенева та церебральна реанімація: сучасні підходи, техніка проведення непрямого масажу серця та штучного дихання у дітей різного віку (30 хвилин)
- техніка проведення електричної дефібриляції (15 хвилин)
- сучасні підходи до використання медикаментів під час серцево-легеневої та церебральної реанімації, показання до застосування, дозування та можливі шляхи введення препаратів (30 хвилин)
- відмова від проведення реанімаційних заходів, юридичні аспекти; показання для припинення серцево-легеневої реанімації, дії лікаря у випадку смерті дитини (15 хвилин)
- алгоритм проведення первинної реанімації новонародженого у пологовій залі (45 хвилин)
- патогенез реперфузійних ускладнень та інтенсивна терапія післяреанімаційної хвороби (30 хвилин)

8. РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА:

1. Наказ МОЗ України №437 «Протоколи надання невідкладної допомоги при невідкладних станах у дітей на дошпитальному і шпитальному етапах» - 2004 р.
2. Наказ МОЗ України №312 «Первинна реанімація і післяреанімаційна допомога новонародженим». – 2007 р.
3. Наказ МОЗ України №545 «Про впровадження ведення медичної документації, яка засвідчує випадки народження та смерті». – 2006.
4. Бобринская И.Г., Тишков Е.А., Саранюк А.И. Сердечно-легочная и мозговая реанимация. – МГМСУ. – 2002. – 22с.
5. Габа Д.М., Фиш К.Дж., Хаярд С.К. Критические ситуации в анестезиологии. – «Медицина». – 2002. – 330 с.
6. Зильбер А.П. Этюды критической медицины. – 2009. – 790 с.
7. Малышев В.Д. Интенсивная терапия. Реанимация. Первая помощь. – «Медицина». – 2000. – 520 с.

8. Михельсон В.А., Гребенников В.А. Детская анестезиология и реаниматология. – 2010.– 461 с.
9. Постернак Г.И., Ткачева М.Ю., Белецкая Л.М. и др. Неотложная медицинская помощь детям на догоспитальном этапе. – «Медицина світу». – 2004. – 188 с.
- 10.Рябов Г.А. Гипоксия критических состояний. – «Медицина». – 1988. – 288 с.
- 11.Усенко Л.В. Сердечно-легочная и церебральная реанимация. – Днепропетровск, 2007. – 50 с.
- 12.Учайкин В.Ф. Неотложные состояния в педиатрии. – «ГЭОТАР-Медиа». – 2005. – 251 с.

Методична розробка семінарського заняття №12

1.Тема: Дихальна недостатність, класифікація. Невідкладна допомога та інтенсивна терапія при верхньому та нижньому обструктивному та паренхіматозному типах дихальної недостатності. Показання для штучної вентиляції легенів.

2.Для лікарів-інтернів дитячих анестезіологів 2-го року навчання.

3.Тривалість заняття в учбових годинах – 4.

4. Учбова мета: Знати клінічні та параклінічні ознаки основних типів дихальної недостатності (ДН), особливості їх при різних видах респіраторної патології. Оволодіти методами інтенсивної терапії респіраторної патології у дітей, знати показання для штучної вентиляції легенів (ШВЛ), їх особливості при окремих синдромах, підбор режимів, правила виставлення стартових показників.

5. Лікар-інтерн повинен знати: анатомо-фізіологічні особливості дихальної системи дітей різного віку, клінічні ознаки та особливості газового складу крові при різних видах дихальної недостатності. Інтенсивну терапію при гострому стенозуючому ларинготрахеїті та епіглотиті, обструктивному бронхіті та бронхіоліті, нападі бронхіальної астми,

астматичному статусі. Показання для переведу на ШВЛ при всіх вищевказаних нозологіях, оптимальні режими та стартові параметри вентиляції, контроль її ефективності.

6. Лікар-інтерн повинен вміти: оцінити ступінь тяжкості дихальної недостатності у дітей різного віку. Призначити інтенсивну терапію при вищевказаних нозологіях, підібрати стартові параметри ШВЛ.

7. План заняття (розрахунок часу):

- анатомо-фізіологічні особливості дихальної системи у дітей різного віку (15 хвилин)
- клініко-параклінічні симптоми та ступінь тяжкості при верхньому та нижньому обструктивному та паренхіматозному типах ДН (30 хвилин)
- клінічна картина, діагностика та інтенсивна терапія гострого стенозуючого ларинготрахеїту та епіглотиту у дітей, показання для ШВЛ (45 хвилин)
- клінічна картина, діагностика та інтенсивна терапія обструктивного бронхіту та бронхіоліту у дітей, показання для ШВЛ, режим вентиляції та стартові параметри (45 хвилин)
- клінічна картина, діагностика та інтенсивна терапія нападу бронхіальної астми та астматичного стану у дітей, показання для ШВЛ, режим вентиляції та стартові параметри (45 хвилин)

8. РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА:

1. Наказ МОЗ України №18 «Про затвердження протоколів діагностики та лікування за спеціальністю «Дитяча пульмонологія»». – 2005 р.
2. Наказ МОЗ України №437 «Протоколи надання невідкладної допомоги при невідкладних станах у дітей на дошпитальному і шпитальному етапах» - 2004 р.
3. Наказ МОЗ України №868 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги при бронхіальній астмі у дітей» - 2013 р.

4. Адрог Г.Дж. Дыхательная недостаточность. – «Медицина». – 2003. – 264 с.
5. Дранник Г.Н. Клиническая иммунология и аллергология. – «АстроПринт». – 1999. – 603с.
6. Жученко В.К. Острая обструкция верхних дыхательных путей у детей. – Челябинск, 1998. – 23 с.
7. Карманное руководство по лечению и профилактике бронхиальной астмы у детей (GINA Assembly 2005). – «Атмосфера». - 2005. – 32 с.
8. Кассиль В.Л. Искусственная и вспомогательная вентиляция легких. – «Медицина». – 2004. – 242 с.
9. Кассиль В.Л. Искусственная и вспомогательная вентиляция легких в интенсивной терапии. – «Медицина». – 1987. – 258 с.
- 10.Кассиль В.Л., Лескин Г.С. Респираторная поддержка. – «Медицина». – 1997. – 299 с.
- 11.Марино П.Л. Интенсивная терапия. – «The ICU book». – 2-е изд. (пер. с англ.).
- 12.Мизерницкий Ю.Л., Царегородцев А.Д. Пульмонология детского возраста. - Москва, 2005. – 252 с.
- 13.Михельсон В.А., Гребенников В.А. Детская анестезиология и реаниматология. – 2010.– 461 с.
- 14.Постернак Г.И., Ткачева М.Ю., Белецкая Л.М. и др. Неотложная медицинская помощь детям на догоспитальном этапе. – «Медицина світу». – 2004. – 188 с.
- 15.Рябов Г.А. Гипоксия критических состояний. – «Медицина». – 1988. – 288 с.
- 16.Сатишур О.Е. Механическая вентиляция легких. – «Медлит». - 2006. – 353 с.
- 17.Шурыгин И.А. Мониторинг дыхания. – «БИНОМ». – 2000. – 263 с.

Методична розробка семінарського заняття №13

1.Тема: Тяжкі пневмонії у дітей. Особливості інтенсивної терапії та респіраторної підтримки. Антибактеріальні препарати, особливості їх застосування у дітей. Респіраторний дистрес-синдром дорослих. набряк легенів. Інтенсивна терапія, особливості респіраторної терапії.

2.Для лікарів-інтернів дитячих анестезіологів 2-го року навчання.

3.Тривалість заняття в учбових годинах – 4.

4. Учбова мета: Знати клінічні та параклінічні ознаки пневмонії, гострого респіраторного дистрес-синдрому дорослого типу (ГРДС), набряку легенів у дітей. Оволодіти методами інтенсивної терапії даної патології у дітей, знати показання для штучної вентиляції легенів (ШВЛ), підбор режимів, правила виставлення стартових показників та контролю ефективності. Вивчити класифікацію антибактеріальних препаратів, принципи їх раціонального використання.

5. Лікар-інтерн повинен знати: клінічні ознаки та особливості газового складу крові при пневмонії, ГРДС, набряку легенів. Інтенсивну терапію пневмонії, респіраторному дистрес-синдромі дорослих та набряку легенів. Показання для переводу на ШВЛ при всіх вищевказаних нозологіях, оптимальні режими та стартові параметри вентиляції, контроль її ефективності. Класифікацію та спектр дії антибактеріальних препаратів, принципи їх раціонального використання, правила емпіричного підбору антибіотиків для лікування тяжких позашпитальних та нозокоміальних пневмоній, дозування.

6. Лікар-інтерн повинен вміти: Оцінити фізикальні дані при пневмонії, ГРДС та набряку легенів у дітей. Призначити інтенсивну терапію при вищевказаних нозологіях, підібрати стартові параметри ШВЛ. Призначити раціональну стартову антибактеріальну терапію при тяжкій позашпитальній та нозокоміальній пневмоніях.

7. План заняття (розрахунок часу):

- Сучасні антибактеріальні препарати: класифікація, механізм та спектр дії основних груп антибіотиків. Раціональне призначення стартової антибактеріальної терапії в залежності від потенційного збудника, правила контролю ефективності, показання до зміни антибактеріальних препаратів (90 хвилин)
- клінічна картина, діагностика та інтенсивна терапія важкої пневмонії у дітей, антибактеріальна терапія, показання для ШВЛ, стартові параметри (45 хвилин)
- етіологія, патогенез, клініка та інтенсивна терапія гострого респіраторного дистрес-синдрому та набряку легенів у дітей, особливості ШВЛ, контроль її ефективності (45 хвилин)

8. РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА:

1. Наказ МОЗ України №18 «Про затвердження протоколів діагностики та лікування за спеціальністю «Дитяча пульмонологія»». – 2005 р.
2. Наказ МОЗ України №437 «Протоколи надання невідкладної допомоги при невідкладних станах у дітей на дошпитальному і шпитальному етапах» - 2004 р.
3. Адрог Г.Дж. Дыхательная недостаточность. – «Медицина». – 2003. – 264 с.
4. Боярська Л.М. Принципи діагностики та антибіотикотерапії гострих пневмоній у дітей. – Запоріжжя. – 2006. – 169с.
5. Кассиль В.Л. Искусственная и вспомогательная вентиляция легких в интенсивной терапии. – «Медицина». – 1987. – 258 с.
6. Кассиль В.Л., Лескин Г.С. Респираторная поддержка. – «Медицина». – 1997. – 299 с.
7. Марино П.Л. Интенсивная терапия. – «The ICU book». – 2-е изд. (пер. с англ.).
8. Машковский М.Д. Лекарственные средства. – Москва, «Новая волна». – 2002. – Т.2. – 608 с.

9. Мизерницкий Ю.Л., Царегородцев А.Д. Пульмонология детского возраста. - Москва, 2005. – 252 с.
10. Михельсон В.А., Гребенников В.А. Детская анестезиология и реаниматология. – 2010.– 461 с.
11. Постернак Г.И., Ткачева М.Ю., Белецкая Л.М. и др. Неотложная медицинская помощь детям на догоспитальном этапе. – «Медицина світу». – 2004. – 188 с.
- 12.Рябов Г.А. Гипоксия критических состояний. – «Медицина». – 1988. – 288 с.
- 13.Сатишур О.Е. Механическая вентиляция легких. – «Медлит». - 2006. – 353 с.
- 14.Шурыгин И.А. Мониторинг дыхания. – «БИНОМ». – 2000. – 263 с.

Методична розробка семінарського заняття №14

1.Тема: Респіраторний дистрес-синдром новонароджених, особливості лікування та респіраторної підтримки. Інші види синдрому дихальних розладів у новонароджених, інтенсивна терапія.

2.Для лікарів-інтернів дитячих анестезіологів 2-го року навчання.

3.Тривалість заняття в учбових годинах – 4.

4. Учбова мета: Знати етіологію, патогенез, клінічну картину респіраторного дистрес синдрому (РДС) 1 типу. Оволодіти методами інтенсивної терапії даної патології у новонароджених дітей, знати показання для введення сурфактанту та різних видів респіраторної підтримки. Особливості штучної вентиляції легенів (ШВЛ) у новонароджених, підбор режимів, правила виставлення стартових показників та контролю ефективності.

5. Лікар-інтерн повинен знати: етіологію, патогенез, клінічну картину респіраторного дистрес синдрому (РДС) 1 типу, показання для введення сурфактанту. Методи респіраторної підтримки: оксигенотерапію через назальні канюлі, методику спонтанного дихання з підвищеним тиском в

кінці видиху (CPAP). Показання для переводу на ШВЛ у новонароджених з РДС 1 типу та іншої патології, оптимальні режими та стартові параметри вентиляції, контроль її ефективності. Ускладнення ШВЛ у новонароджених.

6. Лікар-інтерн повинен вміти: Виставити діагноз РДС 1 типу у новонароджених, призначити відповідний стану метод респіраторної підтримки.

7. План заняття (розрахунок часу):

- РДС 1 типу у новонароджених: етіологія, патогенез, клінічна картина (30 хвилин)
- інша респіраторна патологія у новонароджених дітей (45 хвилин)
- показання до застосування та методика введення сурфактанту (15 хвилин)
- показання до застосування та методика проведення оксигенотерапії через маску та назальні канюлі у новонародженого (15 хвилин)
- показання до застосування та методика проведення спонтанного дихання з підвищеним тиском в кінці видиху (CPAP) у новонароджених (30 хвилин).
- особливості проведення ШВЛ у новонароджених. Методика проведення ШВЛ при РДС 1 типу, при іншій патології: режими, стартові параметри, контроль ефективності та показання до корекції параметрів ШВЛ. Показання для переводу на самостійне дихання та методика його проведення (45 хвилин)

8. РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА:

1. Наказ МОЗ України №484 «Про затвердження клінічного протоколу надання допомоги новонародженій дитині з дихальними розладами». – 2008.
2. Наказ МОЗ України №723 «Про вдосконалення надання медичної допомоги матерям та новонародженим у перинатальних центрах. – 2011.
3. Бондаренко Т.В., Добрянський Д.О., Кончаковська Т.В. та ін. (програма «Здоров'я матері та дитини»). Дихальна підтримка у новонароджених дітей. – Київ. – 2011. – Ч.2. – 612 с.

4. Кассиль В.Л. Искусственная и вспомогательная вентиляция легких в интенсивной терапии. – «Медицина». – 1987. – 258 с.
5. Кассиль В.Л., Лескин Г.С. Респираторная поддержка. – «Медицина». – 1997. – 299 с.
6. Михельсон В.А., Гребенников В.А. Детская анестезиология и реаниматология. – 2010.– 461 с.
7. Постернак Г.И., Ткачева М.Ю., Белецкая Л.М. и др. Неотложная медицинская помощь детям на догоспитальном этапе. – «Медицина світу». – 2004. – 188 с.
8. Рябов Г.А. Гипоксия критических состояний. – «Медицина». – 1988. – 288 с.
9. Сатишур О.Е. Механическая вентиляция легких. – «Медлит». - 2006. – 353 с.
10. Сафонов И.В. Респираторный дистресс-синдром новорожденных: профилактика и методы терапии. – Методические рекомендации. – 30 с.
11. Шабалов Н.П. Неонатология. – 3-е изд., «МЕДпресс-информ». – 2004. – Т.1. – 608 с.
12. Шабалов Н.П. Неонатология. – 3-е изд., «МЕДпресс-информ». – 2004. – Т.2. – 640 с.
13. Шурыгин И.А. Мониторинг дыхания. – «БИНОМ». – 2000. – 263 с.

Методична розробка семінарського заняття №15

1.Тема: Гостра серцева недостатність, гострі порушення серцевого ритму у дітей. Гостра судинна недостатність. Невідкладна допомога та інтенсивна терапія. Кардіогенний шок.

2.Для лікарів-інтернів дитячих анестезіологів 2-го року навчання.

3.Тривалість заняття в учбових годинах – 4.

4. Учбова мета: Знати анатомо-фізіологічні особливості серцево-судинної системи у дітей різного віку. Вивчити клінічні та ехокардіографічні ознаки гострої серцевої недостатності (СН) у дітей, принципи інтенсивної терапія в

залежності від типу СН та стадії. Знати ЕКГ-ознаки найбільш розповсюджених порушень ритму та провідності у дітей, засоби надання невідкладної допомоги. Патогенез, клініку та інтенсивну терапію кардіогенного шоку у дітей.

5. Лікар-інтерн повинен знати: АФО серцево-судинної системи, включаючи період новонародженості. Етіологію, патогенез, клініку та ехо-КГ діагностику систолічного та діастолічного типів СН, особливості лікування. ЕКГ-ознаки порушень серцевого ритму (пароксизмальна тахікардія, екстрасистолія, фібриляція передсердь та шлуночків) та провідності (блокади різної локалізації), особливості невідкладної допомоги в залежності від виду порушення. Клінічну картину та принципи невідкладної допомоги при непритомності (запамороченні) та колапсі у дітей. Етіологію, патогенез, клініку та інтенсивну терапію кардіогенного шоку у дітей.

6. Лікар-інтерн повинен вміти: Оцінити ЕКГ-картину порушень ритму та провідності у дітей, призначити невідкладну допомогу та розрахувати дози препаратів (АТФ, аміодарон, новокаїнамід, пропранолол, верапаміл, лідокаїн). Розрахувати дозування препаратів допамін та добутамін методом безперервної інфузії, серцевих глікозидів, нітратів.

7. План заняття (розрахунок часу):

- АФО серцево-судинної системи (15 хвилин)
- Серцева недостатність у дітей: етіологія, патогенез, клінічна картина, ехо-КГ діагностика, класифікація. Невідкладна допомога та інтенсивна терапія при гострій серцевій недостатності у дітей (60 хвилин)
- клінічна картина, ЕКГ діагностика та інтенсивна терапія порушень серцевого ритму та провідності у дітей (45 хвилин)
- кардіогенний шок: етіологія, патогенез, клініка, діагностика та інтенсивна терапія (45 хвилин)

- гостра судинна недостатність: непритомність, колапс. Невідкладна допомога (15 хвилин)

8. РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА:

1. Наказ МОЗ України №436 «Протокол надання медичної допомоги хворим з вродженими вадами серця». – 2006.
2. Бутылин Ю.П. Интенсивная терапия неотложных состояний. – «Новый друк». – 2003. – 524 с.
3. Леонтьева И.М. Лекции по кардиологии детского возраста. – «ИД МЕДПРАКТИКА-М». – 2005. – 535 с.
4. Макаров Л.М. ЭКГ в педиатрии. – «Медпрактика». – 2002. – 261 с.
5. Малышев В.Д. Интенсивная терапия. – «Медицина». – 2002. – 463 с.
6. Марино П.Л. Интенсивная терапия. – «The ICU book». – 2-е изд. (пер. с англ.).
7. Машковский М.Д. Лекарственные средства. – Москва, «Новая волна». – 2002. – Т.2. – 608 с.
8. Мурашко В.В., Струтынский А.В. Электрокардиография. – Москва, «МЕДпресс-информ». – 2001. – 312 с.
9. Постернак Г.И., Ткачева М.Ю., Белецкая Л.М. и др. Неотложная медицинская помощь детям на догоспитальном этапе. – «Медицина світу». – 2004. – 188 с.
10. Хоффман Дж. Детская кардиология. – «Практика». – 2006. – 538 с.
11. Черний В.И., Новикова Р.И. Диагностика и лечение нарушений ритма сердца в анестезиологии и интенсивной терапии. – Киев, 2003. – 60 с.
12. Brenner M. Critical Care and Cardiac Medicine. Current Clinical Strategies. – California, 2006. – 108 p.
13. Chan P.D. Pediatrics. - California, 2005. – 81 p.
14. Gennrich J.L., Chan P.D. Pediatric Drug Reference. Dosage, Side effects and Drug Interactions. – 2007. – 54 p.

Методична розробка семінарського заняття №16

1.Тема: Шок: геморагічний, гіповолемічний. Етіологія, патогенез, інтенсивна терапія. Гідроіонні порушення у дітей різного віку та їх корекція. Опікова хвороба у дітей: патогенез, інтенсивна терапія. Опіковий шок. Класифікація інфузійних середовищ. Показання для гемотрансфузій в дитячому віці.

2.Для лікарів-інтернів дитячих анестезіологів 2-го року навчання.

3.Тривалість заняття в учбових годинах – 4.

4. Учбова мета: вивчити особливості водно-електролітних порушень у дітей, класифікацію ексикозів, методику корекції водно-електролітного балансу (ВЕБ). Інтенсивну терапію гіповолемічного шоку. Мати уявлення про патогенез та інтенсивну терапію опікової хвороби, зокрема опікового шоку, у дітей. Знати етіологічні фактори, патогенез розвитку порушень та особливості інтенсивної терапії геморагічного шоку у дітей, показання для гемотрансфузії, методику проведення, можливі ускладнення; класифікацію інфузійних середовищ та особливості їх використання у дітей.

5. Лікар-інтерн повинен знати: нормативні показники електролітів крові, методику їх корекції. Корекцію БЕБ в залежності від типу та тяжкості ексикозу. Класифікацію інфузійних середовищ, правила їх застосування на прикладі порушень ВЕБ. Методику розрахунку розповсюдженості опіків у дітей різного віку, інтенсивну терапію опікової хвороби та опікового шоку. Класифікацію та інтенсивну терапію геморагічного шоку, показання для гемотрансфузій, основні ускладнення.

6. Лікар-інтерн повинен вміти: розрахувати фізичну потребу дитини у рідині, дози розчинів електролітів для корекції електролітного балансу, об'єм та склад інфузійних розчинів. Розрахувати розповсюдженість опіків. Провести визначення групи крові, сумісності крові донора та реципієнта.

7. План заняття (розрахунок часу):

- АФО ВЕБ та обміну речовин у дітей різного віку (15 хвилин)

- Норми показників гемоконцентрації та ВЕБ у дітей різного віку (15 хвилин)
- Сучасні інфузійні розчини (15 хвилин)
- Ексикоз та гіповолемічний шок: патогенез, методика інфузійної терапії та корекції електролітного складу (60 хвилин)
- Опікова хвороба. Опіковий шок (30 хвилин)
- Геморагічний шок: стадії, методика проведення інтенсивної терапії; показання до гемотрансфузії; визначення групи крові та сумісності (45 хвилин)

8. РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА:

1. Наказ МОЗ України №437 «Про затвердження клінічних Протоколів надання медичної допомоги при невідкладних станах у дітей на шпитальному і до шпитальному етапах». – 2004р.
2. Наказ МОЗ України №767 «Протокол діагностики та лікування гострих кишкових інфекцій у дітей». – 2005.
3. Гордеев В.И. Практикум по инфузионной терапии в педиатрической реанимации. – Спб. – 2011. – 110 с.
4. Мазуркевич Г.С., Багненко С.Ф. Шок: теория, клиника, организация противошоковой помощи. – «Политехника». – 2005. – 544 с.
5. Малышев В.Д. Интенсивная терапия. Реанимация. Первая помощь. – «Медицина». – 2000. – 520 с.
6. Малышев В.Д. Кислотно-основное состояние и водно-электролитный баланс в интенсивной терапии. – «Медицина». – 2005. – 286 с.
7. Марино П.Л. Интенсивная терапия. – «The ICU book». – 2-е изд. (пер. с англ.).
8. Михельсон В.А., Гребенников В.А. Детская анестезиология и реаниматология. – 2010.– 461 с.

9. Постернак Г.И., Ткачева М.Ю., Белецкая Л.М. и др. Неотложная медицинская помощь детям на догоспитальном этапе. – «Медицина світу». – 2004. – 188 с.
10. Тарасенко С.В., Дмитриева Н.В. Шок. Патогенез. Диагностика. – РГМУ, 2005. – 66 с.
11. Усенко Л.В. Интенсивная терапия при кровопотере. – «Новая идеология». – 2007. – 293 с.

Методична розробка семінарського заняття №17

1. Тема: Шок: інфекційно-токсичний (септичний), анафілактичний. Етіологія, патогенез, класифікація, сучасні підходи до інтенсивної терапії. Механізм дії глюкокортикостероїдів, клінічне застосування. Протигістамінні препарати.

2. Для лікарів-інтернів дитячих анестезіологів 2-го року навчання.

3. Тривалість заняття в учбових годинах – 4.

4. Учбова мета: Вивчити патогенез, класифікацію, патоморфологію та інтенсивну терапію септичного (інфекційно-токсичного) та анафілактичного шоку у дітей. Знати механізм дії та принципи дозування глюкокортикостероїдів (ГКС) та протигістамінних препаратів у дітей.

5. Лікар-інтерн повинен знати: визначення синдрому системної запальної відповіді, сепсису, тяжкого сепсису, септичного шоку. Патогенез та патоморфологію септичного шоку, методи впливу на їх ланки, інтенсивну терапію сепсису та септичного шоку, профілактику шоку. Етіологію, патогенез, клініку, класифікацію анафілактичного шоку, алгоритм надання невідкладної допомоги та інтенсивної терапії; механізм дії ГКС та протигістамінних препаратів

6. Лікар-інтерн повинен вміти: Розрахувати дози препаратів, що використовуються для інтенсивної терапії, сепсису, септичного шоку та анафілактичного шоку у дітей.

7. План заняття (розрахунок часу):

- Визначення синдрому системної запальної відповіді, сепсису, тяжкого сепсису, септичного шоку (30 хвилин)
- Патогенез, патоморфологія, діагностичні критерії та інтенсивна терапія сепсису та септичного шоку у дітей (60 хвилин)
- Анафілактичний шок: етіологія, патогенез, клініка, класифікація, алгоритм надання невідкладної допомоги та інтенсивної терапії (60 хвилин)
- ГКС: механізм дії, показання та протипоказання, розрахунок доз, побічні ефекти. Протигістамінні препарати: класифікація, показання, побічні ефекти, дозування (30 хвилин)

8. РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА:

1. Наказ МОЗ України №437 «Про затвердження клінічних Протоколів надання медичної допомоги при невідкладних станах у дітей на шпитальному і до шпитальному етапах». – 2004р.
2. Наказ МОЗ України №767 «Протокол діагностики та лікування дітей з анафілактичним шоком». – 2005р.
3. Георгіянц М.А., Корсунов В.А. Септичний шок у дітей. Принципи діагностики на інтенсивної терапії. - Харків, «Золоті сторінки». - 2009. - 248 с.
4. Гордеев В.И. Практикум по инфузионной терапии в педиатрической реанимации. – Спб. – 2011. – 110 с.
5. Дранник Г.Н. Клиническая иммунология и аллергология. – «АстроПринт». – 1999. – 603с.
6. Емельянов А.В. Анафилактический шок. – СПб, 2001. – 24с.
7. Козлов В.К. Сепсис. – «АННА-Т». – 2007. – 299 с.
8. Мазуркевич Г.С., Багненко С.Ф. Шок: теория, клиника, организация противошоковой помощи. – «Политехника». – 2005. – 544 с.
9. Малышев В.Д. Интенсивная терапия. Реанимация. Первая помощь. – «Медицина». – 2000. – 520 с.

10. Марино П.Л. Интенсивная терапия. – «The ICU book». – 2-е изд. (пер. с англ.).
11. Машковский М.Д. Лекарственные средства. – Москва, «Новая волна». – 2002. – Т.1. – 535с.
12. Машковский М.Д. Лекарственные средства. – Москва, «Новая волна». – 2002. – Т.2. – 608с.
13. Михельсон В.А., Гребенников В.А. Детская анестезиология и реаниматология. – 2010.– 461 с.
14. Рябов Г.А. Гипоксия критических состояний. – «Медицина». – 1988. – 288 с.
15. Саенко В.Ф. Сепсис и полиорганная недостаточность. «Минерал». – 2005. – 470 с.
16. Тарасенко С.В., Дмитриева Н.В. Шок. Патогенез. Диагностика. – РГМУ, 2005. – 66 с.

Методична розробка семінарського заняття №18

1. Тема: Кислотно-лужний стан організму та його порушення у дітей. Методи корекції при різних видах порушень. Особливості у новонароджених.

2. Для лікарів-інтернів дитячих анестезіологів 2-го року навчання.

3. Тривалість заняття в учбових годинах – 4.

4. Учбова мета: Вивчити нормативні показники кислотно-основного стану (КОС) та газового складу крові, закономірності їх формування, особливості у новонароджених. Засвоїти причини, клініко-лабораторну картину та методи корекції ацидозу та алкалозу.

5. Лікар-інтерн повинен знати: Механізм формування КОС в організмі людини, нормативні показники КОС та газового складу для артеріальної та венозної крові. Визначення, етіологію, диференційну діагностику та диференційовані методи корекції метаболічного ацидозу, респіраторного

ацидозу, метаболічного алкалозу та респіраторного алкалозу у дітей різного віку.

6. Лікар-інтерн повинен вміти: Визначити показання для введення натрію гідрокарбонату та розрахувати дозу (емпірично та за формулами); провести корекцію параметрів ШВЛ при респіраторному ацидозі або алкалозі.

7. План заняття (розрахунок часу):

- Механізм формування рН крові в організмі людини: фізико-хімічні дані (15 хвилин)
- Нормативні дані КОС та газового складу крові (15 хвилин)
- Особливості КОС та газового складу крові у новонародженої дитини (15 хвилин)
- Метаболічний ацидоз: етіологія, патогенез, клінічна картина, діагностика, методи корекції. Особливості при ацетонемічному стані (45 хвилин)
- Метаболічний алкалоз: етіологія, патогенез, клінічна картина, діагностика, методи корекції. Особливості при ацетонемічному стані (45 хвилин)
- Респіраторний ацидоз: етіологія, патогенез, клінічна картина, діагностика, методи корекції (25 хвилин)
- Респіраторний алкалоз: етіологія, патогенез, клінічна картина, діагностика, методи корекції (20 хвилин)

8. РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА:

1. Биохимические нормы в педиатрии. – «СОТИС». – 1994. – 97 с.
2. Георгіянц М.А., Корсунов В.А. Септичний шок у дітей. Принципи діагностики на інтенсивній терапії. - Харків, «Золоті сторінки». - 2009. - 248 с.
3. Гордеев В.И. Практикум по инфузионной терапии в педиатрической реанимации. – Спб. – 2011. – 110 с.
4. Костюченко С.С. Кислотно-щелочной баланс в интенсивной терапии. – Минск, 2008. – 176 с.

5. Малышев В.Д. Кислотно-основное состояние и водно-электролитный баланс в интенсивной терапии. – «Медицина». – 2005. – 286 с.
6. Марино П.Л. Интенсивная терапия. – «The ICU book». – 2-е изд. (пер. с англ.).
7. Таболин В.А. Кислотозависимые состояния у детей. – Москва, 1999. – 127 с.
8. Шурыгин И.А. Мониторинг дыхания. – «БИНОМ». – 2000. – 263 с.

Методична розробка семінарського заняття №19

1.Тема: Гострий перитоніт у дітей. Злукова хвороба. Кишкова непрохідність різної етіології. Особливості передопераційної підготовки, анестезіологічного забезпечення та післяопераційної інтенсивної терапії при розповсюдженій гострій абдомінальній патології у дітей. Нутритивна підтримка.

2.Для лікарів-інтернів дитячих анестезіологів 2-го року навчання.

3.Тривалість заняття в учбових годинах – 4.

4. Учбова мета: Вивчити етіологію, патогенез, клініку та інтенсивну терапію гострого перитоніту та кишкової непрохідності, у тому числі інвагінації, у дітей. Знати об'єм передопераційної підготовки, особливості анестезіологічного забезпечення та післяопераційної інтенсивної терапії, методи післяопераційного знеболення. Вміти розрахувати об'єм і склад парентерального харчування при протипоказаннях до ентерального навантаження.

5. Лікар-інтерн повинен знати: клінічну картину гострого перитоніту, злукової хвороби, високої та низької кишкової непрохідності, у тому числі інвагінації, у дітей, об'єм передопераційної підготовки при кожній з цих патологій. Особливості анестезіологічного забезпечення при масивних ургентних абдомінальних операціях. Методи післяопераційного знеболення та розрахування об'єму та складу інфузійно-трансфузійної програми. Показання та розрахунок парентерального харчування.

6. Лікар-інтерн повинен вміти: розрахувати об'єм передопераційної та післяопераційної інтенсивної терапії, а також парентерального харчування при гострій тяжкій абдомінальній хірургічній патології у дітей різного віку.

7. План заняття (розрахунок часу):

- Гострий перитоніт: етіологія, патогенез, клінічна, картина, додаткові обстеження, передопераційна підготовка, анестезіологічне забезпечення, післяопераційна інтенсивна терапія (60 хвилин)
- особливості післяопераційного знеболення після великих абдомінальних операцій у дітей різного віку. Показання та протипоказання для епідуральної анестезії, техніка проведення (30 хвилин)
- кишкова непрохідність різної етіології; злукова непрохідність; інвагінація: етіологія, патогенез, клінічна, картина, додаткові обстеження, передопераційна підготовка, анестезіологічне забезпечення, післяопераційна інтенсивна терапія (45 хвилин)
- парентеральне харчування: показання, протипоказання, методика розрахунку та дозування (45 хвилин)

8. РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА:

1. Наказ МОЗ України №88 «Про затвердження протоколів лікування дітей зі спеціальності «Дитяча хірургія». – 2004р.
2. Акунц К.В. Регионарное обезболивание. - «Триада-Х». – 2003. – 118с.
3. Гельфанд Б.Р., Кириенко Р.А., Гриненко Т.Ф. Анестезиология и интенсивная терапия. – «Литера». – 2006. – 576 с.
4. Глумчер Ф.С. Руководство по анестезиологии. – «Медицина». – 2008. – 661 с.
5. Гордеев В.И. Практикум по инфузионной терапии в педиатрической реанимации. – Спб. – 2011. – 110 с.
6. Михельсон В.А., Гребенников В.А. Детская анестезиология и реаниматология. – 2010.– 461 с.

7. Морган Дж.Е., Мегид С.М. Клиническая анестезиология (в 3-х томах). - «Бином», 2-е издание. – 2001.
8. Ньюмен М. Основы регионарной анестезии. – СПб, 2005. – 73 с.
9. Марино П.Л. Интенсивная терапия. – «The ICU book». – 2-е изд. (пер. с англ.).

Методична розробка семінарського заняття №20

1.Тема: Ендогенні та екзогенні інтоксикації у дітей. Гострі отруєння різної етіології, принципи інтенсивної терапії. Антидотна терапія. Гостра печінкова недостатність. Гостра ниркова недостатність. Показання до застосування екстракорпоральних методів детоксикації.

2.Для лікарів-інтернів дитячих анестезіологів 2-го року навчання.

3.Тривалість заняття в учбових годинах – 4.

4. Учбова мета: вивчити клінічну картину та методи надання невідкладної допомоги, використання антидотів та екстракорпоральних методів детоксикації при гострих отруєннях, найбільш розповсюджених у дитячому та підлітковому віці.

5. Лікар-інтерн повинен знати: клінічну картину найбільш розповсюджених у дитячому та підлітковому віці отруєнь: грибами, медикаментами, спиртами, альдегідами, кислотами, лугами, рослинними отрутами, бензином, оксидом вуглецю, фосфоро- та хлорорганічними сполуками та ін. Знати антидоти до отрут, методу їх використання, показання до проведення екстракорпоральних методів детоксикації.

6. Лікар-інтерн повинен вміти: промити шлунок дитину з отруєнням, зробити клізму. Призначити антидот. Виставити діагноз гострої печінкової та ниркової недостатності. Розрахувати приблизну програму гострого гемодіалізу, дискретного плазмаферезу.

7. План заняття (розрахунок часу):

- Загальні питання діагностики та невідкладної допомоги при гострих отруєннях у дітей (30 хвилин)
- Особливості клініки, невідкладної допомоги та антидотної терапії гострих отруєнь грибами, медикаментами, спиртами, альдегідами, кислотами, лугами, рослинними отрутами, бензином, оксидом вуглецю, фосфоро- та хлорорганічними сполуками (60 хвилин)
- Гостра печінкова недостатність. Гостра ниркова недостатність: клініко-лабораторна діагностика, терапія (45 хвилин).
- Показання до гемосорбції, гемодіалізу та плазмаферезу у дітей. Методика проведення (45 хвилин)

8. РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА:

1. Наказ МОЗ України №437 «Про затвердження клінічних Протоколів надання медичної допомоги при невідкладних станах у дітей на шпитальному і до шпитальному етапах». – 2004р.
2. Наказ МОЗ України №897 «Про затвердження клінічних Протоколів надання медичної допомоги при гострих отруєннях». – 2010 р.
3. Наказ МОЗ України №325 «Про затвердження Протоколів надання лікування дітей з гострими отруєннями». – 2004 р.
4. Биохимические нормы в педиатрии. – «СОТИС». – 1994. – 97 с.
5. Лужников Е.А., Костомарова Л.Г. Острые отравления. – Москва, «Медицина». – 1989. – 431 с.
6. Михельсон В.А., Гребенников В.А. Детская анестезиология и реаниматология. – 2010.– 461 с.
7. Могош Г. Острые отравления. – Бухарест. – 1984. – 577 с.
8. Постернак Г.И., Ткачева М.Ю., Белецкая Л.М. и др. Неотложная медицинская помощь детям на догоспитальном этапе. – «Медицина світу». – 2004. – 188 с.
9. Скакун М.П. Невідкладна допомога при гострих отруєннях. – «Укрмедкнига». – 2005. – 247 с.

Методична розробка семінарського заняття №21

1.Тема: Гіпертермічний та судомний синдром у дітей. Особливості використання антипіретиків та протисудомних препаратів. Злоякісна гіпертермія, етіопатогенез, лікування. Інтенсивна терапія набряку головного мозку. Діуретики, класифікація, клінічне використання в педіатрії.

2.Для лікарів-інтернів дитячих анестезіологів 2-го року навчання.

3.Тривалість заняття в учбових годинах – 4.

4. Учбова мета: знати етіологію, патогенез, патоморфологію та клінічну картину гіпертермічного синдрому та судом у дітей, вміти користуватися пероральними та парентеральними жарознижуючими препаратами, протисудомними препаратами. Вивчити визначення, патогенез та лікування злоякісної гіпертермії. Знати принципи інтенсивної терапії набряку головного мозку та клінічного використання діуретиків у дітей.

5. Лікар-інтерн повинен знати: Визначення лихоманки (червоної та білої), гіпертермії, клонічних та тонічних судом, епістатусу, набряку та набухання головного мозку, злоякісної гіпертермії; методи інтенсивної терапії при вказаних станах, дозування сучасних антипіретиків та протисудомних препаратів, показання для переведення на штучну вентиляцію легенів.

6. Лікар-інтерн повинен вміти: надати невідкладну допомогу при гіпертермічному та судомному синдромі у дітей. Розрахувати дози антипіретиків, протисудомних препаратів, діуретиків.

7. План заняття (розрахунок часу):

- Визначення, етіологія, патогенез, клініка та інтенсивна терапія лихоманки (червоної та білої) та гіпертермії (30 хвилин)
- Злоякісна гіпертермія: визначення, патогенез, діагностика, тактика анестезіолога (15 хвилин)
- Етіологія, патогенез та інтенсивна терапія судом у дітей. Епістатус (60 хвилин)

- Набряк та набухання головного мозку: етіологія, патогенез, патоморфологія, інтенсивна терапія (45 хвилин).
- Диуретики: класифікація, дози у дітей, показання та протипоказання до застосування, побічні ефекти (45 хвилин)

8. РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА:

1. Наказ МОЗ України №437 «Про затвердження клінічних Протоколів надання медичної допомоги при невідкладних станах у дітей на шпитальному і до шпитальному етапах». – 2004р.
2. Баранов А.А. Детские болезни. – «ГЭОТАР-МЕД». – 2002. – 897 с.
3. Майданник В.Г. Педиатрия. – «Фолио». – 2002. – 1125 с.
4. Михельсон В.А., Гребенников В.А. Детская анестезиология и реаниматология. – 2010.– 461 с.
5. Постернак Г.И., Ткачева М.Ю., Белецкая Л.М. и др. Неотложная медицинская помощь детям на догоспитальном этапе. – «Медицина світу». – 2004. – 188 с.
6. Учайкин В.Ф. Неотложные состояния в педиатрии. – «ГЭОТАР-Медиа». – 2005. – 251 с.
7. Шабалов Н.П. Детские болезни. - 5-е изд., «Питер». – 2002. – Том 1. – 822 с.
8. Шабалов Н.П. Детские болезни. - 5-е изд., «Питер». – 2002. – Том 2. – 725 с.

Методична розробка семінарського заняття №23

- 1.Тема: Невідкладні стани екзогенного характеру та нещасні випадки в дитячому віці: надання невідкладної допомоги та інтенсивна терапія. Синдром порушення свідомості у дітей. Коматозні стани різної етіології в дитячому віці: диференційна діагностика, інтенсивна терапія.
- 2.Для лікарів-інтернів дитячих анестезіологів 2-го року навчання.
- 3.Тривалість заняття в учбових годинах – 4.

4. Учбова мета: Оволодіти методами діагностики та надання невідкладної допомоги при найбільш розповсюджених нещасних випадках у дітей, подальша тактика ведення. Знати класифікацію порушень свідомості, тактику лікаря при кожному з них. Оволодіти методами інтенсивної терапії при комах різної етіології у дітей.

5. Лікар-інтерн повинен знати: алгоритми надання невідкладної допомоги та подальшої тактики ведення хворих при утопленні, електротравмі, включаючи ураження атмосферною електрикою, множинних травмах, переохолодженні та відмороженні, тепловому ударі, укусах тварин, змій та комах. Стадії порушення свідомості за Шахновичем, рахунок балів за шкалою Глазго у дітей різного віку. Етіологію, патогенез, діагностику, диференційну діагностику та інтенсивну терапію діабетичної (кетоацидотичної, гіперлактатацидотичної, гіперосмолярної), гіпоглікемічної, уремічної, печінкової ком.

6. Лікар-інтерн повинен вміти: визначити стадії порушення свідомості за шкалами Шахновича (інститута ім.Бурденка) та Глазго. Надати невідкладну допомогу при нещасних випадках у дітей.

7. План заняття (розрахунок часу):

- Невідкладні стани екзогенного характеру, невідкладна допомога та подальша тактика ведення при: утопленні, електротравмі, включаючи ураження атмосферною електрикою, множинних травмах, переохолодженні та відмороженні, тепловому ударі, укусах тварин, змій та комах (30 хвилин)
- оцінка стадії порушення свідомості. Рахунок балів за шкалою Глазго у дітей різного віку (30 хвилин)
- діагностика, диференційна діагностика та інтенсивна терапія діабетичної (кетоацидотичної, гіперлактатацидотичної, гіперосмолярної), гіпоглікемічної, уремічної, печінкової ком (60 хвилин).

8. РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА:

1. Наказ МОЗ України №437 «Про затвердження клінічних Протоколів надання медичної допомоги при невідкладних станах у дітей на шпитальному і до шпитальному етапах». – 2004р.
2. Бобринская И.Г., Тишков Е.А., Саранюк А.И. Сердечно-легочная и мозговая реанимация. – МГМСУ. – 2002. – 22с.
3. Габа Д.М., Фиш К.Дж., Хаярд С.К. Критические ситуации в анестезиологии. – «Медицина». – 2002. – 330 с.
4. Гельфанд Б.Р., Кириенко Р.А., Гриненко Т.Ф. Анестезиология и интенсивная терапия. – «Литера». – 2006. – 576 с.
5. Малышев В.Д. Интенсивная терапия. Реанимация. Первая помощь. – «Медицина». – 2000. – 520 с.
6. Михельсон В.А., Гребенников В.А. Детская анестезиология и реаниматология. – 2010.– 461 с.
7. Постернак Г.И., Ткачева М.Ю., Белецкая Л.М. и др. Неотложная медицинская помощь детям на догоспитальном этапе. – «Медицина світу». – 2004. – 188 с.
8. Учайкин В.Ф. Неотложные состояния в педиатрии. – «ГЭОТАР-Медиа». – 2005. – 251 с.