

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ

Теми 1–2. Екстрена медична допомога постраждалим дитячого віку

Оберіть одну правильну відповідь. Правильний варіант позначено ✓.

ТЕМА 1. Організація ЕМД, нормативно-правові основи, медичне сортування

1. Що належить до змісту організації екстреної медичної допомоги в Україні?
 - Лише планова амбулаторна допомога
 - ✓ Нормативно-правові основи, система ЕМД і алгоритми дій при невідкладних станах
 - Лише санаторно-курортне лікування
 - Тільки лабораторна діагностика
2. Яка мета медичного сортування при великій кількості постраждалих?
 - ✓ Визначити черговість допомоги відповідно до терміновості та наявних ресурсів
 - Встановити остаточний діагноз кожному постраждалому
 - Розподілити дітей лише за віком
 - Визначити черговість за часом прибуття
3. Що має пріоритет перед безпосереднім контактом із постраждалою дитиною?
 - Заповнення документації
 - ✓ Оцінка безпеки місця події
 - Вимірювання температури
 - Збирання повного анамнезу
4. Педіатричний трикутник оцінки (РАТ) призначений насамперед для:
 - ✓ Швидкого загального враження про фізіологічний стан дитини
 - Встановлення остаточного нозологічного діагнозу
 - Розрахунку дози всіх лікарських засобів

Визначення групи крові

5. Які три компоненти утворюють РАТ?
 - Свідомість, температура, артеріальний тиск
 - ✓ Зовнішній вигляд, робота дихання, кровообіг за шкірою
 - Пульс, сатурація, температура
 - Біль, діурез, капілярне наповнення
6. Як співвідносяться РАТ та ABCDE?
 - РАТ повністю замінює ABCDE
 - ABCDE застосовують лише після госпіталізації
 - ✓ РАТ дає швидке загальне враження, після чого проводять структуровану оцінку ABCDE
 - РАТ застосовують тільки у підлітків
7. За наявності очевидної життєзагрозливої зовнішньої кровотечі першочергово слід:
 - Завершити повний анамнез
 - ✓ Негайно контролювати кровотечу
 - Виміряти температуру
 - Виконати вторинний огляд
8. Яка дія є правильною при виявленні критичної проблеми під час первинної оцінки?
 - Завершити весь огляд і лише потім лікувати
 - ✓ Негайно виконати доступне життєзберігальне втручання
 - Перейти до наступного пункту без втручання
 - Чекати на результати лабораторних досліджень
9. Що означає повторна оцінка в невідкладній допомозі?
 - Одноразове повторення анамнезу
 - ✓ Повторний контроль стану після втручань і при зміні клінічної ситуації
 - Повторне оформлення документації
 - Повторний виклик родичів
10. Яка інформація особливо важлива під час виклику ЕМД?
 - Лише прізвище постраждалого
 - ✓ Місце події, характер події, кількість постраждалих і критичні ознаки стану
 - Лише назва лікарні

Тільки температура тіла

ТЕМА 2. Оснащення для екстреної і невідкладної медичної допомоги

1. Яке оснащення прямо передбачене навчальною програмою Теми 2?

- ✓ Аптечки, засоби вентиляції, дефібриляції, перев'язки, іммобілізації та транспортування
- Лише лабораторні аналізатори
- Лише хірургічні інструменти
- Тільки засоби фізіотерапії

2. Для чого використовується мішок із маскою в невідкладній допомозі?

- Для іммобілізації кінцівки
- ✓ Для вентиляційної підтримки
- Для вимірювання артеріального тиску
- Для зупинки зовнішньої кровотечі

3. Що необхідно перевірити перед використанням маски для вентиляції дитини?

- Лише її колір
- ✓ Відповідність розміру обличчю та можливість герметичного прилягання
- Тільки виробника
- Лише термін використання манекена

4. Основне призначення автоматичного зовнішнього дефібрилятора (АЗД):

- Визначення температури
- ✓ Аналіз ритму та, за показаннями, нанесення дефібриляційного розряду
- Вимірювання глюкози
- Проведення інфузії

5. Що є правильним принципом підбору педіатричного оснащення?

- Завжди використовувати дорослий розмір
- ✓ Підбирати за віком/розмірами дитини та конкретним пристроєм

Орієнтуватися лише на зріст батьків

Використовувати один стандартний розмір для всіх дітей

6. Для чого застосовують перев'язувальні матеріали в невідкладній допомозі?

✓ Для контролю кровотечі та захисту рани

Для визначення сатурації

Для дефібриляції

Для оцінки свідомості

7. Основна мета іммобілізації при підозрі на травму кінцівки:

Збільшити рухливість

✓ Обмежити патологічні рухи та зменшити ризик вторинного ушкодження

Замінити повний огляд

Підвищити температуру тіла

8. Що слід зробити з оснащенням до початку практичного використання?

✓ Перевірити комплектність, справність, розмір і готовність до застосування

Використовувати без перевірки

Відкрити всі стерильні пакети заздалегідь

Зняти всі маркування

9. Який принцип є ключовим при виборі засобу транспортування?

Зручність лише для рятувальника

✓ Безпека дитини, характер ушкодження та клінічний стан

Колір обладнання

Максимальна швидкість незалежно від стану

10. Чому в педіатричному наборі важлива наявність обладнання різних розмірів?

✓ Через вікові та антропометричні відмінності дітей

Лише через вимоги дизайну

Тому що доросле обладнання завжди заборонене

Лише для сортування за статтю

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ

Тема 4. Загальні правила поведінки на місці події при наданні ЕМД дітям

Оберіть одну правильну відповідь. Правильний варіант позначено ✓.

ТЕМА 4

1. Першою дією перед наближенням до постраждалої дитини є:
 - ✓ Оцінка безпеки місця події
 - Вимірювання артеріального тиску
 - Збирання повного анамнезу
 - Огляд зіниць
2. Якщо небезпеку на місці події неможливо контролювати наявними засобами, слід:
 - Увійти в небезпечну зону без ЗІЗ
 - ✓ Залучити відповідні служби та не створювати нового постраждалого
 - Почати вторинний огляд
 - Ігнорувати небезпеку заради швидкості
3. Що оцінюють під час первинної оцінки місця події?
 - ✓ Небезпеки, механізм події, кількість постраждалих і потребу в додаткових ресурсах
 - Лише температуру дитини
 - Тільки наявність документів
 - Лише вік постраждалого
4. РАТ включає оцінку:
 - ✓ Зовнішнього вигляду, роботи дихання та кровообігу за шкірою
 - АТ, температури та діурезу
 - Глюкози, ЕКГ і сатурації
 - Болю, анамнезу та алергій
5. РАТ у початковій оцінці дитини:
 - Замінює ABCDE

- ✓ Є швидким загальним враженням і не замінює ABCDE
- Використовується лише після вторинного огляду
- Застосовується тільки при травмі

6. При очевидній масивній зовнішній кровотечі у травмованої дитини:

- ✓ Кровотечу контролюють негайно
- Спочатку завершують повний ABCDE без втручань
- Спочатку вимірюють температуру
- Чекають прибуття бригади ЕМД

7. Літера А в ABCDE означає:

- ✓ Дихальні шляхи
- Дихання
- Кровообіг
- Неврологічний стан

8. На етапі В оцінюють насамперед:

- ✓ Дихання і його ефективність
- Лише рівень глюкози
- Лише зіниці
- Тільки зовнішню кровотечу

9. Зменшення дихальної роботи у виснаженої дитини з тяжким дистресом може свідчити про:

- ✓ Погіршення та виснаження
- Обов'язкове одужання
- Нормалізацію без переоцінки
- Виключно страх

10. На етапі С необхідно оцінити:

- ✓ Кровообіг, перфузію та кровотечу
- Лише дихальні шуми
- Тільки реакцію зіниць
- Лише температуру

11. Чому нормальний АТ не виключає шок у дитини?

- ✓ Діти можуть тривалий час підтримувати АТ завдяки компенсації
- АТ не має відношення до кровообігу
- Шок завжди супроводжується гіпертензією

АТ у дітей ніколи не вимірюють

12. Літера D в ABCDE стосується:

- ✓ Неврологічного стану
- Дефібриляції
- Декомпресії грудної клітки
- Документації

13. На етапі E важливо:

- ✓ Оглянути дитину та одночасно запобігати гіпотермії
- Повністю роздягнути й залишити відкритою незалежно від умов
- Припинити спостереження
- Не оглядати приховані ділянки

14. Принцип «виявив проблему — усунь одразу» означає:

- ✓ Не переходити механічно далі, якщо виявлена життєзагрозлива проблема потребує негайної корекції
- Спочатку завершити весь огляд
- Коригувати тільки після госпіталізації
- Не повторювати оцінку після втручання

15. Коли слід повторювати ABCDE?

- ✓ Після суттєвого втручання та при зміні стану
- Лише один раз наприкінці доби
- Тільки після лабораторних аналізів
- Повторна оцінка не потрібна

16. При виклику 103/112 доцільно повідомити:

- ✓ Точне місце, характер події, приблизний вік, кількість постраждалих, стан і небезпеки
- Лише прізвище дитини
- Тільки назву лікарні
- Лише номер телефону батьків

17. Якщо дитина без свідомості, першочергово необхідно оцінити:

- ✓ Нормальне дихання та потребу в життєзберігальних діях
- Її успішність у школі
- Повний сімейний анамнез
- Групу крові

18. Негайне переміщення постраждалої дитини виправдане, якщо:

- ✓ На місці є неконтрольована безпосередня загроза життю
- Так зручніше проводити огляд
- Батьки просять змінити місце без причини
- Потрібно швидше заповнити документацію

19. При кількох постраждалих початкова тактика повинна включати:

- ✓ Оцінку масштабу події та раннє залучення додаткових ресурсів
- Повний огляд одного пацієнта до виклику допомоги
- Ігнорування кількості постраждалих
- Розподіл допомоги лише за віком

20. Яка дія фізичного терапевта є першочерговою при раптовому критичному погіршенні стану дитини під час реабілітації?

- ✓ Припинити втручання, забезпечити безпеку, швидко оцінити життєві функції та активувати ЕМД
- Продовжувати процедуру до завершення
- Залишити дитину без спостереження
- Спочатку оформити звіт

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ

Тема 3. Анатомо-фізіологічні особливості дитячого віку

Оберіть одну правильну відповідь. Правильний варіант позначено ✓.

ТЕМА 3

1. Яка особливість дитячих дихальних шляхів підвищує ризик швидкого розвитку обструкції?
 - ✓ Відносно вузький просвіт
 - Низька потреба в кисні
 - Ригідна грудна клітка
 - Низька частота дихання
2. Чому дитина може десатурувати швидше за дорослого?
 - ✓ Через вищу метаболічну потребу в кисні та менші резерви
 - Через завжди нижчу температуру тіла
 - Через більший абсолютний об'єм крові
 - Через повільніший метаболізм
3. Яке клінічне значення має податлива грудна клітка у дітей?
 - Внутрішня травма неможлива без перелому ребер
 - ✓ Можливе значне внутрішнє ушкодження без очевидних переломів
 - Вона виключає дихальні втягнення
 - Вона робить іммобілізацію непотрібною
4. Серцевий викид у маленької дитини значною мірою залежить від:
 - ✓ Частоти серцевих скорочень
 - Лише артеріального тиску
 - Температури довкілля
 - Діаметра зіниць
5. Чому нормальний артеріальний тиск не виключає шок у дитини?
 - ✓ Гіпотензія може бути пізньою ознакою декомпенсації
 - АТ у дітей не вимірюють

Шок завжди супроводжується гіпертензією
Перфузія не пов'язана з кровообігом

6. Яке значення має відносно велика площа поверхні тіла у дітей?

- Зменшує ризик гіпотермії
- ✓ Сприяє швидшій тепловтраті
- Виключає перегрівання
- Не має значення в ЕМД

7. Чому навіть невелика абсолютна крововтрата може бути значущою у дитини?

- ✓ Через менший абсолютний об'єм циркулюючої крові
- Через завжди підвищений гемоглобін
- Через відсутність механізмів компенсації
- Через більший об'єм плазми, ніж у дорослого

8. Новонародженим вважають дитину віком:

- ✓ Від народження до 28 діб
- Від 1 до 3 місяців
- Від народження до 6 місяців
- Від 1 до 3 років

9. Який метод вимірювання лінійного росту застосовують у дітей до 2 років?

- ✓ Довжину тіла у положенні лежачи
- Зріст стоячи без урахування віку
- Лише окружність голови
- Лише розмах рук

10. Для оцінки фізичного розвитку дитини важливо:

- Оцінювати лише одноразове значення маси
- ✓ Оцінювати показники за віком і статтю та їх динаміку
- Порівнювати лише з дорослими нормативами
- Не враховувати зріст

11. У дітей 0–5 років для оцінки росту та розвитку використовують:

- ✓ Стандарти росту ВООЗ
- Лише дорослий ІМТ
- Тільки календарний вік

Лише окружність грудної клітки

12. У віці 5–19 років ВООЗ застосовує:

- ✓ Референтні дані росту 2007 року
- Тільки стандарти новонароджених
- Лише масу при народженні
- Дорослі нормативи без поправки на вік

13. Який показник після 10 років не є основним показником ВООЗ «маса для віку»?

- ✓ Маса для віку
- Зріст для віку
- ІМТ для віку
- Динаміка росту

14. Який підхід є правильним при оцінці нервово-психічного розвитку першого року?

- ✓ Оцінювати кілька доменів розвитку
- Оцінювати лише масу тіла
- Оцінювати тільки великі рухи
- Ігнорувати соціальну взаємодію

15. Які домени доцільно оцінювати при developmental surveillance?

- ✓ Великі рухи, дрібна моторика/пізнання, комунікація, соціальна взаємодія
- Тільки слух і зір
- Лише рефлекси
- Тільки окружність голови

16. Що є особливо тривожною ознакою розвитку дитини?

- ✓ Втрата раніше набутих навичок
- Незначна індивідуальна варіабельність темпу
- Зміна настрою протягом дня
- Перевага однієї іграшки

17. Яка анатомічна особливість опорно-рухової системи дитини важлива при травмі?

- ✓ Еластичність кісток і наявність зон росту
- Повна відсутність хрящової тканини
- Завершене окостеніння при народженні

Нерухомість суглобів

18. Яка тактика щодо температурного контролю є правильною у тяжкохворої або травмованої дитини?

✓ Активно запобігати гіпотермії

Залишати дитину повністю роздягнутою без потреби

Не враховувати температуру довкілля

Охолоджувати всіх дітей незалежно від стану

19. Що означає z-показник при оцінці фізичного розвитку?

✓ Відхилення показника від медіани референтної популяції у стандартних відхиленнях

Абсолютну масу тіла в кілограмах

Вік у місяцях

Відношення пульсу до дихання

20. Який принцип найкраще відображає клінічне використання АФО в ЕМД?

✓ Вікові особливості враховують при оцінці життєвих показників, виборі обладнання і техніці втручання

Усіх дітей оцінюють за дорослими нормативами

АФО важливі лише для планової педіатрії

Вік не впливає на інтерпретацію стану

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ ДО ТЕМИ 13

30 питань. Правильна відповідь позначена ✓ перед варіантом.

1. Ранньою ознакою шоку у дитини частіше є:

✓ тахікардія та порушення периферичної перфузії

виражена гіпотензія

поліурія

ізолювана брадикардія

2. Кардіальним червоним прапорцем синкопе є:

✓ епізод під час фізичного навантаження

продром після тривалого стояння

епізод після виду крові

запаморочення при вставанні

3. При незрозумілому синкопе доцільно виконати:

✓ 12-канальну ЕКГ

лише спірометрію

лише аналіз сечі

лише рентген кисті

4. Ознакою низького серцевого викиду є:

✓ холодні кінцівки та олігурія

теплі кінцівки й поліурія

ізолюваний висип

локальна кропив'янка

5. При явному кардіогенному шоку великі болюси кристалоїдів:

✓ можуть погіршити стан

завжди є першим лікуванням

замінюють інотропи

не потребують переоцінки

6. При кардіогенному набряку легень кисень показаний:

✓ при гіпоксемії

усім незалежно від SpO_2

лише після морфіну

лише після антибіотика

7. Початковий захід при tet spell:

✓ заспокоєння та колінно-грудне положення

Тренделенбург

натискання на очі

форсована ходьба

8. На SVT у немовляти найбільше вказує:

✓ регулярна ЧСС ≥ 220 /хв з раптовим початком

150/хв при гарячці

120/хв під час плачу

100/хв уві сні

9. Перша доза аденозину:

✓ 0,1 мг/кг, max 6 мг, швидко

1 мг/кг повільно

0,01 мг/кг в/м

10 мг/кг per os

10. Повторна доза аденозину:

✓ 0,2 мг/кг, max 12 мг

2 мг/кг, max 100 мг

0,02 мг/кг в/м

повтор не допускається

11. Початкова кардіоверсія при нестабільній SVT:

✓ 0,5–1 Дж/кг

5 Дж/кг несинхронізовано

0,05 Дж/кг

10 Дж/кг

12. При неефективності першої кардіоверсії:

✓ 2 Дж/кг

0,1 Дж/кг

20 Дж/кг

енергію не змінюють

13. Натискання на очні яблука при SVT:

✓ не застосовують

метод першої лінії

обов'язкове у немовляти

після аденозину

14. Петехіальний тип кровоточивості характерний для:

✓ тромбоцитарного гемостазу

гемофілії А

кардіогенного шоку

АКІ

15. Гемартрози найбільш типові для:

✓ гемофілії

синкопе

легкої ІТР

IgA-васкуліту

16. При гемофілії та підозрі на ІСН:

✓ фактор вводять без затримки

чекають КТ

вводять НПЗП в/м

фактор протипоказаний

17. Після контролю гемартрозу:

✓ поступово відновлюють рухи

імобілізують на місяці

реабілітація протипоказана

обов'язкова в/м ін'єкція

18. При ІТР з мінімальною шкірною кровоточивістю:

✓ можливе спостереження

завжди PICU

завжди тромбоцити

тактику визначає лише число

19. Тромбоцити при ГТР найбільш виправдані:

✓ при критичній кровотечі у комбінованій терапії

при кожній петехії

при $<100 \times 10^9$ /л

перед ходьбою

20. При IgA-васкуліті обов'язково оцінюють:

✓ АТ та аналіз сечі

лише ЕКГ

лише тромбоцити

лише SpO₂

21. Сильний біль у животі при IgA-васкуліті потребує виключення:

✓ інвагінації

SVT

теплого удару

гемартрозу

22. Ранньою ознакою геморагічного шоку є:

✓ тахікардія з погіршенням перфузії

гіпотензія як єдина ознака

поліурія

брадикардія

23. При масивній крововтраті кристалоїди:

✓ не замінюють ранню кровокомпонентну ресусcitaцію

завжди кращі за кров

усувають коагулопатію

не впливають на гіпотермію

24. Критерієм АКІ є діурез:

✓ $<0,5 \text{ мл/кг/год} \geq 6 \text{ год}$

$<2 \text{ мл/кг/год}$ 1 год

анурія 10 хв

будь-яке зменшення

25. Преренальна причина АКІ:

✓ гіповолемія/шок

обструкція

гломерулонефрит

тубулярний некроз

26. Постренальна причина АКІ:

✓ обструкція сечових шляхів

крововтрата

септична гіперперфузія

рабдоміоліз

27. Діуретики при АКІ:

✓ не лікують АКІ, але можуть контролювати перевантаження

відновлюють нирки

замінюють лікування K^+

показані кожному

28. В/в кальцій при гіперкаліємії з ЕКГ-змінами потрібен для:

✓ стабілізації мембрани міокарда

виведення K^+ із сечею

зниження креатиніну

лікування анемії

29. Показання до ранньої ескалації при АКІ:

✓ рефрактерна гіперкаліємія/набряк легень

стабільні електроліти

нормальний діурез

одноразова спрага

30. Для лікаря ФРМ при гострому погіршенні першочергово:

✓ припинити навантаження і перейти до RAC-ABCDE

продовжити вправи

оцінити лише силу

відкласти життєві показники

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ ДО ТЕМИ 12

Екстрена допомога дітям при екзогенних фізичних ураженнях

1. Першою дією при електротравмі є:

- ✓ безпечно припинити дію струму
- виконати ЕКГ
- охолодити опік льодом
- транспортувати без огляду

2. Після удару блискавки дитина:

- ✓ не зберігає електричного заряду
- небезпечна для рятувальника
- потребує ізоляції 30 хв
- не потребує реанімації

3. Головний механізм утоплення:

- ✓ гіпоксія
- гіпернатріємія
- гіпоглікемія
- гіпертермія

4. При зупинці після утоплення особливо важливі:

- ✓ ефективні вентиляції разом із СЛР
- лише компресії
- видалення води
- очікування AED

5. Маневри для «видалення води»:

- ✓ не виконують, якщо вони затримують вентиляцію
- виконують завжди
- проводять до оцінки дихання
- замінюють СЛР

6. Тепловий удар характеризується:

- ✓ гіпертермією з дисфункцією ЦНС
- лише пітливістю
- лише температурою $>38^{\circ}\text{C}$
- лише дегідратацією

7. Антипіретики при тепловому ударі:

- ✓ неефективні
- є основою лікування
- замінюють охолодження
- обов'язкові до охолодження

8. Для TBSA у дитини перевагу має:

- ✓ Lund–Browder
- доросле правило дев'яток без корекції
- ІМТ
- шкала Глазго

9. Поверхневий опік у TBSA:

- ✓ не включають
- рахують як 5%
- рахують лише у немовлят

рахують подвійно

10. Термічний опік охолоджують:

✓ прохолодною проточною водою приблизно 20 хв
льодом
гарячою водою
спиртом

11. Ознака інгаляційної травми:

✓ зміна голосу після пожежі в закритому просторі
ізольований опік пальця
подряпина
відсутність болю

12. Обморожені тканини:

✓ не розтирають
масажують снігом
гріють полум'ям
проколюють усі пухирі

13. Вода для швидкого зігрівання при обмороженні:

✓ 37–39 °C
20–22 °C
45–50 °C
60 °C

14. Розморожування відкладають, якщо:

✓ є ризик повторного замерзання
є біль
дитина плаче
уражені пальці

15. Осиплість після странгуляції:

✓ може свідчити про травму/набряк дихальних шляхів
виключає травму гортані
не має значення
потребує лише пиття

16. Нормальний вигляд шиї після странгуляції:

✓ не виключає внутрішнього ушкодження
виключає травму
виключає гіпоксію
дозволяє не робити ABCDE

17. Втрата свідомості при електротравмі:

✓ потребує ЕКГ та оцінки/моніторингу
не потребує ЕКГ
потребує лише огляду шкіри
потребує лише перев'язки

18. Усі дитячі опіки:

✓ можуть мати користь від консультації опікового центру
ніколи не потребують консультації <10%
лікуються лише вдома
оцінюють лише за площею

19. Після життєзберігального втручання:

✓ повторно оцінюють дитину

не переоцінюють
починають реабілітацію
припиняють моніторинг

20. Зворотне сортування при блискавці означає:

✓ високий пріоритет реанімації деяких постраждалих без ознак життя
відмову від СЛР
сортування лише за опіками
протипоказання AED

21. Обмеження рухів хребта після утоплення:

✓ за травматичним механізмом/підозрою
обов'язкове завжди
ніколи не потрібне
передусь вентиляції

22. При охолодженні малої дитини важливо:

✓ уникати переохолодження
не контролювати температуру
дати антипіретик
зігрівати паралельно

23. При глибокій електротравмі оцінюють:

✓ СК, електроліти, нирки, міоглобінурію
IgE
білірубін
амілазу

24. Опік обличчя після пожежі в приміщенні:

✓ потребує оцінки інгаляційної травми
потребує лише мазі
не потребує моніторингу
потребує льоду

25. При системній гіпотермії:

✓ обережно переміщують і запобігають тепловтратам
активно розтирають
залишають мокрий одяг
гріють лише кінцівки

26. При тяжкому тепловому ударі оцінюють:

✓ електроліти, нирки/печінку, СК, коагуляцію
лише сечу
лише IgE
лише ТТГ

27. При странгуляції пріоритет:

✓ РАТ–ABCDE та дихальні шляхи
активна реабілітація
рентген кисті
очікування синців

28. Профілактика утоплення у малих дітей:

✓ активний нагляд і фізичні бар'єри
лише надувні іграшки
самостійне купання
лише таблички

29. Для лікаря ФРМ при гострому ураженні:

✓ припинити навантаження і перейти до невідкладної допомоги
продовжити вправи
оцінити лише рухи
відкласти ABCDE

30. Після кожного етапу ABCDE:

✓ лікують виявлену загрозу і переоцінюють
чекають завершення огляду
не втручаються
проводять лише документацію

Правильна відповідь у кожному завданні позначена знаком ✓ перед варіантом.

ТЕМА 11

ОНОВЛЕНІ ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ

Гострі алергічні реакції негайного типу у дітей — 30 питань

1. Який препарат є першою лінією при анафілаксії у дитини?

✓ Внутрішньом'язовий адреналін

Хлоропірамін

Преднізолон

Сальбутамол

2. Рекомендована доза адреналіну в/м у медичному закладі при анафілаксії у дитини:

0,1 мг/кг

✓ 0,01 мг/кг розчину 1 мг/мл

0,001 мг/кг

1 мг незалежно від маси

3. Оптимальне місце в/м введення адреналіну:

Дельтоподібний м'яз

Сіднична ділянка

✓ Передньобокова поверхня середньої третини стегна

Підшкірно в передпліччя

4. За збереження симптомів анафілаксії в/м адреналін повторюють:

✓ Приблизно кожні 5 хв

Через 30 хв

Через 2 години

Не повторюють

5. Яке твердження щодо шкірних проявів при анафілаксії правильне?

Вони обов'язкові

Без висипу анафілаксії не буває

✓ Вони можуть бути відсутні

Вони завжди передують дихальним симптомам

6. Яке положення є базово правильним при анафілаксії з циркуляторною недостатністю?

Дозволити ходити

✓ Положення лежачи; адаптувати до дихання і гемодинаміки

Стоячи

Сидячи незалежно від стану

7. Роль H1-антигістамінного при анафілаксії:

Замінює адреналін

Лікує шок

✓ Допоміжний засіб переважно для шкірних симптомів

Обов'язково вводиться до адреналіну

8. Системні глюкокортикоїди при анафілаксії:

Є першою лінією

✓ Не повинні затримувати адреналін

Замінюють повторну дозу адреналіну

Вводяться до ABCDE

9. Яка ознака шоку у дитини може передувати гіпотензії?

✓ Тахікардія та подовжене капілярне наповнення

Артеріальна гіпертензія

Ізольований свербіж

Локальна кропив'янка

10. При анафілактичному шоку після адреналіну та встановлення в/в або внутрішньокісткового доступу доцільно:

✓ Ізотонічний кристалоїд болюсно з частою переоцінкою

Лише пероральна вода

Уникати інфузій

Гіпотонічний розчин без моніторингу

11. Інгаляційний β_2 -агоніст при бронхоспазмі на тлі анафілаксії:

Замінює адреналін

✓ Є додатковим засобом і не замінює адреналін

Протипоказаний

Застосовується тільки після стероїду

12. Рутинний в/в болюс адреналіну при анафілаксії:

Рекомендований усім дітям

Безпечніший за в/м

✓ Не рекомендується через ризик тяжких ускладнень

Є лікуванням кропив'янки

13. Рефрактерна анафілаксія після адекватних в/м доз потребує:

Лише антигістамінного

✓ Експертного ведення та титрованої в/в інфузії адреналіну з моніторингом

Очікування

Лише інгаляційного стероїду

14. Яке твердження про сироваткову триптазу правильне?

Її результат потрібний до введення адреналіну

Нормальний рівень повністю виключає анафілаксію

✓ Вона може підтримати діагноз, але забір не повинен затримувати лікування

Вона не має діагностичної цінності

15. Коли оптимально взяти другий зразок триптази після початку анафілаксії?

✓ Через 1–2 години, не пізніше 4 годин

Через 7 діб

Тільки до лікування

Через 1 місяць

16. Коли доцільно визначити базальний рівень триптази?

Під час першої дози адреналіну

✓ Щонайменше через 24 години після повного зникнення симптомів або при подальшому обстеженні

Через 10 хв після початку реакції

Лише під час наступної анафілаксії

17. Типовий елемент гострої кропив'янки:

Фіксований болючий елемент понад 72 год

✓ Сверблячий уртикарний елемент, що окремо зазвичай зникає менш ніж за 24 год

Некротична виразка

Мішенеподібний елемент

18. Перша лінія при ізолюваній гострій кропив'янці без системного компромісу:

Адреналін усім

✓ Неседативний H1-антигістамінний II покоління у віковому дозуванні
В/в адреналін

Антибіотик

19. Що найбільш характерне для гістамінергічного ангіоневротичного набряку?

- ✓ Часте поєднання з кропив'янкою та свербіжем
- Завжди абдомінальний біль без висипу
- Повна відсутність відповіді на протиалергічну терапію
- Лише спадковий анамнез

20. Що найбільш характерне для брадикінінового/спадкового ангіоневротичного набряку?

- Завжди кропив'янка
- ✓ Часто відсутні кропив'янка і свербіж
- Завжди бронхоспазм
- Швидке зникнення після H1-антигістамінного

21. Який базовий набір досліджень потрібний при підозрі на САН із дефіцитом/дисфункцією C1-INH?

- ✓ C4 + кількісний C1-INH + функціональна активність C1-INH
- Тільки загальний IgE
- Тільки еозинофільний катіонний білок
- Тільки С-реактивний білок

22. Як діяти при патологічному або суперечливому результаті C4/C1-INH у дитини з підозрою на САН?

- Встановити діагноз за одним показником
- ✓ Повторити профільне дослідження у стабільному стані та оцінити клінічний фенотип
- Виключити САН назавжди
- Призначити лише загальний IgE

23. Яке місце C1q у стандартному первинному обстеженні дитини з підозрою на САН?

- Обов'язковий скринінг кожній дитині
- ✓ Не є рутинним; розглядається при нетиповій картині/підозрі на набутий дефіцит C1-INH
- Замінює функціональний C1-INH
- Визначає харчовий алерген

24. Напад САН з ураженням язика або гортані:

Можна спостерігати вдома

✓ Потребує негайної специфічної терапії та раннього планування дихальних шляхів

Лікують лише антигістамінним

Не становить ризику асфіксії

25. Який підхід до алергологічного обстеження після анафілаксії найбільш обґрунтований?

Великі панелі специфічних IgE всім

✓ Цілеспрямовані тести відповідно до анамнезу та ймовірного тригера
Тільки загальний IgE

Жодних подальших досліджень

26. Поліморфна еритема найтипівіше характеризується:

✓ Мішенеподібними елементами

Тільки уртикарними елементами

Ізольованим набряком гортані

Петехіями лише на ногах

27. Яка ознака потребує термінової диференціації з SJS/TEN?

Легкий свербіж

✓ Тяжкий мукозит, болюча шкіра, пухирі або відшарування епідермісу

Один уртикарний елемент

Нежить

28. НППІ означає:

Будь-яка подія після щеплення обов'язково спричинена вакциною

✓ Медична подія після імунізації, яка не обов'язково має причинний зв'язок із вакциною

Тільки анафілаксію

Тільки місцеву реакцію

29. Що більше відповідає вазовагальній синкопі після вакцинації?

Прогресуючий стридор

✓ Блідість і швидке покращення у положенні лежачи

Генералізована кропив'янка з бронхоспазмом

Наростаючий набряк язика

30. Що необхідно забезпечити перед випискою дитини після анафілаксії?

Лише усно назвати алерген

✓ Письмовий план дій, навчання, профільне направлення та за показаннями аутоін'єктор адреналіну (епінефрину)

Заборонити всі продукти без діагностики

Не направляти до алерголога

ТЕМА 10

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ

**Екстрена медична допомога дітям при укусах тварин, змій, комах,
павуків, кліщів та ураженнях морськими організмами**

30 питань

1. Яка перша дія після укусу дитини собакою або іншим ссавцем, якщо рана може бути потенційно контамінована вірусом сказу?

✓ Негайно ретельно промивати рану водою з милом не менше 15 хвилин

Одразу щільно ушити рану без промивання

Накласти тугий турнікет проксимальніше рани

Обробити лише спиртом без промивання

2. Яка експозиція відповідає категорії III ризику сказу?

Дотик до тварини або годування тварини

Облизування неушкодженої шкіри

Незначна подряпина без кровотечі

✓ Трансдермальний укус або подряпина, потрапляння слини на слизову чи ушкоджену шкіру

3. Що входить до постконтактної профілактики сказу при категорії III у раніше не вакцинованої дитини?

Лише спостереження за раною

Лише антибактеріальна терапія

✓ Обробка рани, негайна вакцинація та антирабійний

імуноглобулін/відповідний пасивний імунобіологічний засіб

Лише введення протиправцевої вакцини

4. Що необхідно додатково оцінити при будь-якому значущому укусі ссавця?

Лише температуру тіла

Лише групу крові

✓ Ризик сказу, правцевий статус, інфікування та ушкодження глибоких структур

Тільки наявність алергії на харчові продукти

5. Яка дія є правильною при підозрі на укус отруйної змії?

Активно змусити дитину ходити для прискорення кровообігу

✓ Забезпечити спокій, іммобілізувати уражену кінцівку та швидко транспортувати до лікарні

Розрізати місце укусу

Накласти тугий артеріальний турнікет

6. Яка дія при укусі змії є протипоказаною?

- Зняти кільця та інші стискуючі предмети
- Імобілізувати кінцівку
- Організувати швидке транспортування
- ✓ Розрізати рану та намагатися висмоктувати отруту

7. Чому після укусу змії у дитини потрібно рано зняти кільця, браслети та інші стискуючі предмети?

- Щоб полегшити визначення пульсу
- ✓ Через можливе швидке наростання набряку кінцівки
- Для зменшення температури тіла
- Щоб запобігти алергії на метал

8. Яке твердження щодо турнікета при укусі змії є правильним?

- Тугий артеріальний турнікет потрібно накладати всім дітям
- Турнікет накладають на 30 хвилин
- Турнікет накладають безпосередньо на місце укусу
- ✓ Тугий артеріальний турнікет рутинно не застосовують

9. Який основний принцип застосування протиотрути при зміїній енвеномації?

- Вводити всім укушеним незалежно від симптомів
- Вводити лише через 24 години
- ✓ Застосовувати відповідну протиотруту при клінічно значущій енвеномації за протоколом
- Вводити тільки місцево навколо рани

10. Яка ознака після укусу змії найбільше свідчить про системну енвеномацію?

- Невелика точкова ранка без симптомів
- Локальний свербіж без набряку
- ✓ Порушення гемостазу, нейротоксичні прояви, шок або інші системні ознаки
- Короткочасний страх дитини

11. Який стан після ужалення комахою потребує негайного введення адреналіну?

- Лише локальний біль у місці ужалення
- Невелика місцева еритема
- ✓ Анафілаксія з порушенням дихання та/або кровообігу
- Ізольований свербіж шкіри навколо місця укусу

12. Який шлях введення адреналіну є основним при анафілаксії у дитини?

- Підшкірно в передпліччя
- Внутрішньовенно болюсно всім пацієнтам
- Перорально

✓ Внутрішньом'язово в передньобокову поверхню стегна

13. Що слід зробити при ужаленні бджолою, якщо жало залишилося в шкірі?

Залишити жало до огляду лікаря

✓ Видалити жало якомога швидше доступним способом

Накласти турнікет

Розрізати місце ужалення

14. Яка ознака найбільше відрізняє системну анафілаксію від звичайної великої місцевої реакції?

Набряк лише навколо місця ужалення

Локальний біль

✓ Ураження дихальних шляхів, дихання або кровообігу, часто з генералізованими проявами

Почервоніння діаметром 2 см

15. Яка дія є пріоритетною після численних ужалень комахами у дитини?

Порухувати всі місця ужалень до початку допомоги

✓ Провести РАТ/ABCDE та оцінити анафілаксію і системну токсичність

Одразу дати антибіотик

Обмежитися місцевим охолодженням

16. Як правильно видаляти кліща зі шкіри дитини?

Залити кліща олією і чекати

Припекти кліща

Різко викрутити пальцями за черевце

✓ Захопити тонким пінцетом якомога ближче до шкіри та витягнути контрольованим рівномірним рухом

17. Чого не слід робити з прикріпленим кліщем?

Оглянути місце прикріплення

Після видалення обробити шкіру

✓ Змащувати олією, бензином або припікати з метою змусити його відпасти

Записати орієнтовний час виявлення

18. Яке спостереження після укусу кліща є клінічно важливим?

Лише щоденне вимірювання артеріального тиску

✓ Поява мігруючої еритеми, гарячки, головного болю, артралгій або неврологічних симптомів

Лише зміна кольору волосся

Лише апетит у першу годину

19. Яке твердження щодо профілактичного застосування антибіотика після укусу кліща є правильним?

- Антибіотик потрібний кожній дитині після будь-якого укусу
- Антибіотик вводять місцево в місце укусу
- ✓ Рішення залежить від виду кліща, тривалості прикріплення, епідеміологічного ризику, віку та чинних рекомендацій
- Антибіотики після укусу кліща завжди протипоказані

20. Яка тактика є правильною при підозрі на системно значущий укус павука?

- Розрізати місце укусу
- Висмоктувати вміст рани
- ✓ ABCDE, симптоматична терапія, аналгезія та спостереження за системними проявами
- Обов'язково накласти артеріальний турнікет

21. Який симптом після укусу павука потребує особливої настороженості?

- Лише незначний свербіж
- Лише маленька точка укусу
- ✓ Наростаючий сильний біль, м'язові спазми, вегетативні або системні прояви
- Одноразове чхання

22. Що є основою допомоги при більшості локальних реакцій на укуси комах без анафілаксії?

- Тугий турнікет
- Розрізання місця укусу
- ✓ Місцеве очищення, холодний компрес, аналгезія та симптоматичне лікування
- Профілактична інтубація

23. Який принцип є найважливішим при контакті дитини з медузою?

- Розтирати уражену шкіру рушником
- ✓ Припинити контакт, безпечно видалити залишки щупалець і діяти відповідно до виду медузи та регіональних рекомендацій
- Накласти тугий турнікет на кінцівку
- Проколоти всі пухирі

24. Чому при ураженні медузою не слід активно розтирати шкіру?

- Це завжди викликає бактеріальну інфекцію
- ✓ Механічне подразнення може сприяти додатковому спрацюванню нематоцит
- Це знижує температуру шкіри
- Це перешкоджає вакцинації

25. Який підхід необхідний при системній реакції після контакту з морською твариною?

Лише промивання рани

Лише антигістамінний препарат

✓ ABCDE з лікуванням анафілаксії, шоку або інших життєзагрозливих проявів

Спостереження вдома незалежно від симптомів

26. Яка особливість укусів собак у дітей порівняно з дорослими має практичне значення?

У дітей ніколи не буває інфікування рани

✓ У дітей частіше ушкоджуються голова та шия, що може підвищувати тяжкість травми

У дітей не потрібна оцінка сказу

У дітей укуси завжди поверхневі

27. Яка рана після укусу тварини має особливо високий ризик інфекційних ускладнень?

Незначна поверхнева подряпина на неушкодженій шкірі

✓ Глибока пункційна рана кисті або рана з ушкодженням тканин

Слід від облизування інтактною шкіри

Стара повністю загоєна подряпина

28. Яке місце займає антибактеріальна профілактика після укусу ссавця?

Обов'язкова після кожного контакту з твариною

Ніколи не застосовується

✓ Розглядається при ранах високого ризику та за клінічними показаннями

Замінює профілактику сказу

29. Що повинен зробити лікар при невідомій тварині, яка вкусила дитину, якщо ризик сказу не можна надійно виключити?

Чекати появи симптомів у дитини

Призначити лише антигістамінний препарат

✓ Негайно провести оцінку експозиції та організувати постконтактну профілактику відповідно до категорії ризику

Закрити рану герметично і виписати додому

30. Який універсальний принцип об'єднує допомогу при укусах тварин, змій, членистоногих і морських організмів у дитини?

Спочатку визначити точний біологічний вид і лише потім починати допомогу

Завжди накладати турнікет

✓ Спочатку забезпечити безпеку, оцінити життєві функції за
PAT/ABCDE і негайно лікувати загрозливі порушення
Усім дітям одразу вводити антибіотик

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ

Тема 9. Екстрена медична допомога дітям у разі ушкодження екзогенними чинниками

30 тестових завдань. Правильна відповідь позначена ✓ перед варіантом відповіді.

1. Яка дія є першою при будь-якому екзогенному ураженні дитини?

Негайно доторкнутися до постраждалого

Зняти весь одяг незалежно від небезпеки

✓ Забезпечити безпеку рятувальника та припинити дію ушкоджувального чинника

Дати дитині воду

2. Чому діти швидше перегріваються і переохолоджуються?

Через меншу частоту дихання

✓ Через більшу відносну площу поверхні тіла та менші теплові резерви

Через товстішу шкіру

Через більший абсолютний ОЦК

3. При термічному опіку рекомендовано:

Прикладати лід

Наносити жир

✓ Охолоджувати прохолодною проточною водою приблизно 20 хв із профілактикою гіпотермії

Розтирати місце опіку

4. Що не слід робити при термічному опіку?

Зняти прикраси, якщо вони не прилипли

Оцінити площу опіку

Накласти неприлипаюче покриття

✓ Прикладати лід безпосередньо до опіку

5. Для оцінки невеликої площі опіку долоня дитини разом із пальцями приблизно відповідає:

0,1% поверхні тіла

0,5% поверхні тіла

✓ 1% поверхні тіла

5% поверхні тіла

6. Для точнішої оцінки великих опіків у дітей перевагу має:

Доросле правило дев'яток без корекції

✓ Віково-коригована схема Лунда–Браудера

Тільки вимірювання довжини рани

Оцінка лише за долонею

7. Яка ознака підвищує підозру на інгаляційне ушкодження?

Ізольований опік стопи

✓ Сажа в роті/носі, осиплість голосу або стридор після пожежі

Нормальна температура

Локальний синець на руці

8. Нормальна початкова SpO₂ при підозрі на отруєння чадним газом:

Повністю виключає отруєння

✓ Не виключає отруєння чадним газом

Підтверджує легкий ступінь

Є показанням до виписки

9. При хімічному опіку сухою порошкоподібною речовиною спочатку доцільно:

Одразу накласти мазь

Нейтралізувати кислотою або лугом

✓ Обережно видалити суху речовину, потім проводити зрошення, якщо немає спеціальних застережень

Закрити герметично без деконтамінації

10. При хімічному ураженні ока слід:

Чекати на повний токсикологічний анамнез

✓ Негайно розпочати рясне промивання

Накласти суху тиснучу пов'язку

Закапати будь-який антисептик

11. Відморожену тканину не слід:

Захищати сухим покриттям

Зігрівати контрольовано, якщо виключено повторне замерзання

✓ Розтирати снігом або масажувати

Оцінювати на наявність пухирів

12. Активне зігрівання відмороженої кінцівки проводять, якщо:

Є високий ризик повторного замерзання

✓ Повторне замерзання виключене

Дитина перебуває на морозі

Немає можливості зняти мокрий одяг

13. Центральна температура нижче 35 °C відповідає:

Лихоманці

Тепловому удару

✓ Гіпотермії

Нормальній температурі

14. Яка ознака відрізняє тепловий удар від теплового виснаження?

Спрага

Пітливість

✓ Дисфункція центральної нервової системи на тлі вираженої гіпертермії

Тахікардія

15. Основним лікуванням теплового удару є:

Жарознижувальні як монотерапія

Очікування спонтанного охолодження

✓ Негайне активне швидке охолодження паралельно з ABCDE

Укутування дитини

16. При електротравмі до дитини не можна торкатися, доки:

Не виміряно температуру

✓ Джерело струму не знеструмлене

Не приїхали батьки

Не накладено пов'язку

17. Невеликий шкірний опік при електротравмі:

Завжди означає легке ураження

Виключає аритмію

✓ Не виключає глибокого ушкодження тканин та аритмій

Виключає рабдоміоліз

18. Після значної електротравми з втратою свідомості доцільно:

Не проводити моніторинг

✓ Проводити ЕКГ-моніторинг та оцінити супутню травму

Відпустити додому після огляду шкіри

Застосувати активоване вугілля

19. При ураженні блискавкою серед кількох постраждалих особи без ознак життя:

Завжди мають найнижчий пріоритет

✓ Можуть мати високий потенціал успішної реанімації за швидкого початку СЛР

Не підлягають вентиляції

Повинні чекати до завершення огляду інших

20. Утоплення насамперед спричиняє:

Гіперглікемію

Гіперкальціємію

✓ Гіпоксію

Гіпертермію

21. У дитини без нормального дихання після утоплення реанімацію починають із:

Натискань на живіт

✓ 5 початкових рятувальних вдихів

Тільки дефібриляції

Введення адреналіну до вентиляції

22. Яка дія при утопленні є неправильною?

Почати вентиляцію при відсутності нормального дихання

Викликати ЕМД

✓ Рутинно натискати на живіт, щоб «видалити воду з легень»

Контролювати температуру

23. Стабілізація шийного відділу після утоплення:

Завжди має передувати вентиляції

✓ Не повинна затримувати вентиляцію без відповідного травматичного механізму

Потрібна всім без винятку

Повністю виключає поворот дитини

24. При гострому отруєнні першочергово виконують:

Рутинне промивання шлунка

✓ X-PAT-ABCDE та корекцію життєзагрозливих порушень

Виклик блювання

Активоване вугілля всім

25. При гострому отруєнні важливо встановити:

Лише назву речовини

✓ Речовину, кількість, час, шлях експозиції та масу дитини

Тільки колір упаковки

Тільки останній прийом їжі

26. Рутинне викликання блювання при отруєннях у дітей:

Рекомендоване завжди

Потрібне при всіх медикаментозних отруєннях

✓ Не застосовується рутинно

Замінює токсикологічну консультацію

27. Активоване вугілля при отруєнні:

Адсорбує всі токсиканти

Потрібне кожній дитині

✓ Використовують лише за конкретними показаннями і при безпечних дихальних шляхах

Завжди дають після корозивних речовин

28. Опію́дний токсидром типово включає:

Мідріаз, гіпертензію, суху шкіру
✓ Міоз, пригнічення свідомості та дихання
Пітливість, мідріаз і виражену ажитацію
Слиноотечу, бронхорею і фасцикуляції

29. При проковтуванні корозивної речовини слід:

Викликати блювання
Нейтралізувати кислоту лугом
✓ Не викликати блювання і не проводити побутову нейтралізацію
Дати активоване вугілля незалежно від речовини

30. При підозрі на небезпечну хімічну експозицію першим є:

Ввести антидот без ЗІЗ
✓ Захист персоналу, припинення експозиції та деконтамінація
Доставити забруднену дитину одразу в чисту зону
Зняти ЗІЗ для швидшого огляду

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ

Тема 8. Екстрена медична допомога дітям при травмах та пораненнях. Дорожньо-транспортна травма

30 тестових завдань. Правильна відповідь позначена ✓ перед варіантом відповіді.

1. Яка дія є пріоритетною у травмованої дитини з очевидною катастрофічною зовнішньою кровотечею?

- Детальний збір анамнезу
- Оцінка больового синдрому
- ✓ Негайний контроль кровотечі
- Накладання шийного коміра

2. Що означає етап X у послідовності X–PAT–ABCDE?

- Оцінку температури
- Рентгенографію
- ✓ Контроль катастрофічної зовнішньої кровотечі
- Оцінку зіниць

3. Яка особливість дитячої грудної клітки впливає на травматичні ушкодження?

- Вона завжди ригідніша за дорослу
- ✓ Вона більш податлива, тому тяжка травма легень можлива без переломів ребер
- Переломи ребер у дітей завжди незначні
- Легенева контузія без переломів неможлива

4. Нормальний артеріальний тиск у травмованої дитини:

- Виключає шок
- Виключає внутрішню кровотечу
- ✓ Не виключає компенсований шок
- Дозволяє не виконувати ABCDE

5. Сучасний підхід до потенційної травми хребта у дітей передбачає:

- Рутинну жорстку іммобілізацію всіх
- Примусове вирівнювання шиї
- ✓ Обмеження небажаних рухів хребта за показаннями
- Повну відмову від стабілізації

6. Шийний комір у травмованої дитини:

- Повністю іммобілізує хребет
- Завжди замінює ручну стабілізацію
- ✓ Є лише одним елементом обмеження рухів хребта
- Має бути максимально тугим

7. Що роблять, якщо шийний комір перешкоджає забезпеченню дихальних шляхів?

- Залишають комір за будь-яких умов
- Відмовляються від вентиляції
- ✓ Пріоритет надають забезпеченню дихальних шляхів
- Чекають на рентгенографію

8. У дитини з болем, деформацією шиї або неврологічним дефіцитом слід:

- Насильно вирівняти шию
- Різко повернути голову
- ✓ Уникати примусового вирівнювання
- Зняти всі засоби стабілізації

9. Який показник належить до неврологічної оцінки D в ABCDE?

- SpO₂

Капілярне наповнення
✓ GCS/AVPU та зіниці
Температура шкіри

10. За NICE у дитини до 1 року GCS <15 при первинній оцінці є:

Підставою для виписки
Лише приводом для домашнього спостереження
✓ Показанням до КТ голови протягом 1 години
Показанням тільки до рентгенографії черепа

11. За наявності одного проміжного фактора ризику ЧМТ за NICE дитину спостерігають щонайменше:

30 хв
1 годину
2 години
✓ 4 години від моменту травми

12. Головний принцип профілактики вторинного ушкодження мозку при ЧМТ:

Допускати гіпотензію
Рутинно гіпервентилювати всіх
✓ Уникати гіпоксії та гіпотензії
Не лікувати судоми

13. Напружений пневмоторакс у нестабільної дитини:

Потребує обов'язкової КТ до лікування
✓ Є клінічним діагнозом і за переконливої клініки декомпресію не затримують
Не зустрічається без переломів ребер
Лікується лише киснем

14. При відкритій рані грудної клітки сучасний підхід передбачає:

Глибоке тампонування рани
Щільне кругове бинтування грудної клітки
✓ Герметизуюче/вентильоване покриття з повторною оцінкою
Видалення всіх сторонніх тіл

15. Негативний FAST/eFAST у стабільної дитини:

Повністю виключає травму живота
Завжди дозволяє виписку
✓ Не виключає внутрішньочеревного ушкодження
Замінює клінічний огляд

16. При евісцерації органи слід:

Вправити в черевну порожнину
Тампонувати сухою марлею
✓ Накрити стерильним вологим матеріалом без вправлення
Обробити концентрованим антисептиком

17. Вбитий у тканини предмет на догоспітальному етапі:

Завжди видаляють
Розхитують для оцінки глибини
✓ Стабілізують і не видаляють, якщо він не перешкоджає життєзберігальним діям
Зрізають врівень зі шкірою без оцінки

18. До і після іммобілізації перелому необхідно:

Оцінити лише біль
Виміряти зріст

- ✓ Документувати дистальний нейроваскулярний статус
- Обов'язково виконати КТ

19. При відкритому переломі кісткові фрагменти, що виступають у рану:

- Вправляють до накладання шини
- ✓ Не вправляють у рану
- Видаляють
- Обробляють спиртом і репонують

20. Шина при переломі зазвичай має:

- Фіксувати лише місце перелому
- ✓ Фіксувати суглоби вище і нижче ушкодження
- Бути максимально тугою
- Накладатися без оцінки пульсу

21. Ампутовану частину кінцівки слід:

- Покласти безпосередньо на лід
- Залишити на місці події
- ✓ Загорнути у стерильний вологий матеріал, помістити в пакет і охолоджувати без прямого контакту з льодом
- Промити агресивним антисептиком

22. Яке порушення особливо небезпечне при синдромі тривалого стискання?

- Гіпокаліємія
- Гіпокальціємія як єдина проблема
- ✓ Гіперкаліємія
- Ізольована гіпернатріємія

23. Турнікет при синдромі тривалого стискання:

- Накладають рутинно всім перед вивільненням
- ✓ Використовують лише за показаннями для неконтрольованої життєзагрозової кровотечі
- Ніколи не використовують
- Накладають на обидві кінцівки незалежно від кровотечі

24. У невербальній малій дитини біль можна оцінювати за:

- GCS
- SIPA
- ✓ FLACC
- SAMPLE

25. Необхідність неврологічного спостереження при ЧМТ:

- Є підставою не давати аналгезію
- ✓ Не є підставою залишати дитину без адекватної аналгезії
- Виключає застосування будь-яких препаратів
- Вимагає тільки немедикаментозних методів

26. При значній травматичній крововтраті сучасна гемостатична ресусcitaція передбачає:

- Необмежені великі об'єми кристалоїдів
- ✓ Раннє використання компонентів крові, коли вони доступні, і уникнення надлишку кристалоїдів
- Тільки пероральну регідrataцію
- Відмову від судинного доступу

27. Екстрене вилучення дитини з автомобіля виправдане, якщо:

- Автомобіль стабільний і допомога доступна в салоні
- ✓ Є безпосередня загроза або неможливо виконати життєзберігальні дії в салоні
- Дитина налякана

Потрібно швидше закінчити огляд

28. Захисний шолом після травми:

Знімають завжди одразу

Не знімають за жодних умов

✓ Знімають, якщо він перешкоджає дихальним шляхам, вентиляції або належній стабілізації

Знімають лише після КТ

29. Оптимально захисний шолом у травмованої дитини знімають:

Однією особою без стабілізації

Батьки самостійно

✓ Дві навчені особи з безперервним контролем голови та шиї

Після примусового розгинання шиї

30. Структурована передача MIST включає:

Масу, імунізацію, сон, температуру

✓ Механізм травми, ушкодження, життєві показники, проведене лікування

Тільки список препаратів

Лише результати рентгенографії

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ ДО ТЕМИ 7

«Екстрена допомога дитині при кровотечі. Основи десмургії»

30 тестових завдань. Правильна відповідь позначена ✓ перед варіантом відповіді.

1. У дитини з масивною зовнішньою кровотечею з кінцівки першочерговою дією є:
 - Виміряти температуру тіла
 - ✓ Негайно розпочати контроль кровотечі
 - Зібрати повний анамнез
 - Провести розгорнутий неврологічний огляд
2. Гіпотензія при геморагічному шоку в дитини:
 - Є найранішою ознакою
 - ✓ Часто є пізньою ознакою декомпенсації
 - Завжди передує тахікардії
 - Виключає значну крововтрату
3. Ефективний кровоспинний турнікет затягують:
 - До появи помірного болю
 - ✓ До повної зупинки зовнішньої кровотечі
 - До збереження вираженого дистального пульсу
 - Лише на одну хвилину
4. При чітко видимій рані кінцівки турнікет доцільно розташувати:
 - Безпосередньо на рані
 - На 1 см нижче рани
 - ✓ Проксимальніше, орієнтовно на 5–7 см вище рани
 - На найближчому суглобі
5. Де не слід розташовувати кровоспинний турнікет?
 - Проксимальніше рани
 - На плечі
 - На стегні
 - ✓ Безпосередньо на ліктьовому або колінному суглобі
6. Основним критерієм ефективності турнікета є:
 - Зміна кольору шкіри
 - Відчуття сильного стискання
 - ✓ Повне припинення зовнішньої кровотечі
 - Збереження кровотечі у меншому обсязі
7. Якщо після правильного розміщення першого турнікета масивна кровотеча триває, необхідно:
 - Послабити перший турнікет
 - Зняти його і перейти лише до бинтування
 - ✓ Додатково затягнути турнікет та/або накласти другий вище першого
 - Очікувати самостійної зупинки кровотечі
8. Після ефективного накладання турнікета необхідно:
 - Приховати його під ковдрою
 - Періодично послаблювати кожні 10–15 хв
 - ✓ Зафіксувати точний час накладання та повторно контролювати гемостаз
 - Зняти його після нормалізації артеріального тиску
9. Якщо стандартний турнікет технічно неефективний через малий діаметр кінцівки немовляти, слід:
 - Залишити його незалежно від кровотечі

Накласти його на суглоб

✓ Негайно перейти до іншого ефективного способу контролю кровотечі

Припинити спроби механічного гемостазу

10. Тампонування рани насамперед показане при:

Поверхневій садні

Відкритій рані грудної порожнини

✓ Глибокій компресійній рані, де неможливо застосувати турнікет

Будь-якій рані голови

11. Після заповнення глибокої рани гемостатичною марлею за матеріалом Теми 7 прямий тиск продовжують щонайменше:

30 секунд

1 хвилину

✓ 3 хвилини

20 хвилин

12. Після накладання тиснучої пов'язки на кінцівку необхідно оцінити:

Лише зовнішній вигляд бинта

Лише температуру тіла

✓ Колір, температуру, капілярне наповнення, чутливість і рухи дистальніше

Тільки інтенсивність болю

13. Орієнтовний об'єм циркулюючої крові у старших дітей становить:

30–40 мл/кг

50–55 мл/кг

✓ Приблизно 70–75 мл/кг

110–120 мл/кг

14. Яка ознака може свідчити про компенсований геморагічний шок у дитини за нормального артеріального тиску?

Тільки гарячі кінцівки

✓ Тахікардія, блідість і подовження капілярного наповнення

Ізольована брадикардія без інших змін

Нормалізація периферичного пульсу

15. Транексамову кислоту в педіатричній травмі:

Застосовують при будь-якій незначній кровотечі

Використовують замість механічного гемостазу

✓ Застосовують за показаннями та локальним протоколом при підозрі на значну кровотечу

Не застосовують у травматології дітей за жодних умов

16. У дитини з очевидною катастрофічною зовнішньою кровотечею послідовність первинних дій найкраще відображає:

PAT → збір анамнезу → рентгенографія

ABCDE → перев'язка наприкінці огляду

✓ Негайний контроль кровотечі (X) → PAT → ABCDE

Вимірювання АТ → лабораторні дослідження → PAT

17. Чому навіть відносно невелика абсолютна крововтрата може бути небезпечною для маленької дитини?

Через завжди низький гемоглобін у дітей

Через відсутність вазоконстрикції

✓ Через менший абсолютний об'єм циркулюючої крові

Через фізіологічну гіпотензію у всіх дітей

18. У дитини масою 10 кг орієнтовний ОЦК 750–800 мл. Втрата 150 мл становить приблизно:

- 5% ОЦК
- 10% ОЦК
- ✓ 19–20% ОЦК
- 40% ОЦК

19. Який метод є базовим початковим способом контролю більшості доступних зовнішніх кровотеч?

- Підняття кінцівки без компресії
- Негайне тампонування будь-якої рани
- ✓ Сильний безперервний прямий тиск на рану
- Профілактичне накладання турнікета

20. Як слід діяти, якщо тиснуча пов'язка просочується кров'ю і гемостаз недостатній?

- Повністю зняти всі шари і почати спочатку незалежно від ситуації
- Очікувати 20 хвилин
- ✓ Посилити контроль кровотечі та ескалювати метод за показаннями
- Послабити пов'язку

21. Які рани не слід тампонувати?

- Глибокі рани пахової ділянки
- Глибокі компресійні рани м'яких тканин
- ✓ Рани грудної та черевної порожнини
- Глибокі рани, де неможливо застосувати турнікет

22. Чому гіпотермія особливо небезпечна у дитини з тяжкою крововтратою?

- Зменшує частоту дихання без впливу на гемостаз
- Покращує функцію тромбоцитів
- ✓ Погіршує коагуляцію та може посилювати кровотечу
- Завжди підвищує артеріальний тиск

23. При підозрі на внутрішню кровотечу на догоспітальному етапі ключовою тактикою є:

- Намагатися тампонувати ділянку через шкіру
- Відкласти транспортування до нормалізації всіх показників
- ✓ Раннє розпізнавання, ABCDE, профілактика гіпоксії й гіпотермії та швидке транспортування
- Дати дитині велику кількість рідини перорально

24. Що характерно для ранньої компенсованої фази геморагічного шоку в дітей?

- Гіпотензія та брадикардія як перші прояви
- ✓ Тахікардія, холодні кінцівки, слабший периферичний пульс і подовжене капілярне наповнення
- Стабільна гемодинаміка без змін перфузії
- Тільки ізольована лихоманка

25. При тяжкій крововтраті в дитини щодо інфузійної терапії доцільно:

- Використовувати необмежені великі об'єми кристалоїдів
- Відмовитися від судинного доступу
- ✓ Уникати невиправдано великих об'ємів кристалоїдів і рано розглядати гемостатичну ресусcitaцію
- Завжди обмежуватися пероральною регідrataцією

26. Якщо швидко забезпечити внутрішньовенний доступ у дитини з геморагічним шоком неможливо, на лікарському рівні слід розглянути:

- Підшкірний доступ
- Внутрішньом'язове введення всіх препаратів
- ✓ Внутрішньокістковий доступ відповідно до компетенції та протоколу

Відмову від судинного доступу

27. Що з наведеного є правильною вимогою десмургії при бинтуванні кінцівки?

Завжди повністю закривати пальці

Створювати максимально можливий циркулярний тиск

✓ Бинтувати рівномірно, без складок, із подальшим контролем дистальної перфузії

Не перевіряти кінцівку після завершення пов'язки

28. Для спіральної бинтової пов'язки характерно, що кожний наступний тур:

Не перекриває попередній

Повністю збігається з попереднім

✓ Перекриває попередній приблизно на 1/2–2/3 ширини

Проводиться тільки через суглоб

29. Вісімкоподібну пов'язку найчастіше застосовують:

Лише на волосистій частині голови

Тільки на животі

✓ У ділянці суглобів, де тури перехрещуються у формі цифри 8

Виключно для зупинки артеріальної кровотечі

30. Що має передувати звичайному бинтуванню при активній життєзагрозливій кровотечі?

Повне оформлення документації

Вибір виду декоративної пов'язки

✓ Ефективний контроль життєзагрозливої кровотечі відповідним методом

Обов'язкове вимірювання температури

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ ДО ТЕМИ 6

Термінальні стани. Основи серцево-легеневої реанімації, АЗД та допомога при обструкції дихальних шляхів стороннім тілом

1. Яка особливість зупинки кровообігу найбільш характерна для дітей?

Найчастіше їй передують гіпоксія та прогресуюча дихальна недостатність ✓

Вона завжди виникає внаслідок фібриляції шлуночків

Вона не пов'язана з дихальними порушеннями

Вона завжди має первинно кардіальне походження

2. Як слід трактувати поодинокі агональні вдихи (gasping) у непритомної дитини?

Як нормальне дихання

Як ознаку відновлення кровообігу

Як ненормальне дихання, що не виключає зупинки кровообігу ✓

Як підставу відкласти СЛР

3. Скільки часу слід витратити на оцінку дихання та, для навченого медпрацівника, пульсу?

Не більше 10 секунд ✓

20 секунд

30 секунд

1 хвилину

4. Скільки початкових рятувальних вдихів передбачає алгоритм ERC PBLIS?

2

3

5 ✓

10

5. Яка рекомендована частота компресій грудної клітки у дитини?

60–80/хв

80–90/хв

100–120/хв ✓

130–150/хв

6. Якою має бути глибина компресій грудної клітки у немовляти?

Приблизно 1 см

Приблизно 2 см

Не менше 1/3 передньо-заднього розміру грудної клітки, орієнтовно 4 см ✓

Не менше половини передньо-заднього розміру грудної клітки

7. Якою має бути орієнтовна глибина компресій у дитини?

2 см

3 см

5 см, тобто не менше 1/3 передньо-заднього розміру грудної клітки ✓

8 см

8. Що є важливою ознакою якісних компресій?

Постійно спиратися руками на грудну клітку

Забезпечувати повне розправлення грудної клітки після кожної компресії ✓

Робити тривалу паузу після кожних 10 компресій

Зменшувати частоту після першої хвилини

9. Яке співвідношення компресій і вентиляцій застосовує спеціально навчений PBLS-рятувальник за ERC?

5:1

10:2

15:2 ✓

30:1

10. Яке співвідношення компресій і вентиляцій може застосовувати рятувальник, який не навчений спеціально PBLS?

5:2

10:1

15:1

30:2 ✓

11. Скільки приблизно триває один ефективний рятувальний вдих?

Близько 1 секунди, до видимого підняття грудної клітки ✓

Не менше 5 секунд

10 секунд

Якомога довше

12. Що слід зробити, якщо під час рятувального вдиху грудна клітка не піднімається?

Одразу припинити реанімацію

Збільшити об'єм вдиху максимально

Скоригувати положення голови/щелепи, герметичність і оцінити можливу обструкцію ✓

Перейти лише до спостереження

13. Коли під час СЛР у дитини слід застосувати АЗД?

Лише після 10 хвилин СЛР

Якнайраніше, щойно він доступний, мінімізуючи перерви в компресіях ✓

Тільки після прибуття лікаря-реаніматолога

АЗД у дітей не застосовують

14. Що необхідно зробити одразу після розряду АЗД?

Перевіряти пульс протягом 1 хвилини

Негайно відновити СЛР ✓

Чекати наступної команди без компресій

Посадити дитину

15. Яка ознака найбільш характерна для тяжкої обструкції дихальних шляхів стороннім тілом?

Ефективний гучний кашель

Можливість голосно говорити

Неефективний або відсутній кашель і неможливість нормально говорити/плакати ✓

Нормальне дихання

16. Яка тактика при легкій обструкції, коли дитина ефективно кашляє?

Негайно виконати абдомінальні поштовхи

Заохочувати кашель і спостерігати ✓

Виконати СЛР

Виконати сліпе видалення предмета пальцем

17. Яка правильна послідовність при тяжкій ФБАО у немовляти при свідомості?

5 ударів між лопатками та 5 грудних поштовхів, повторюючи цикли ✓

5 абдомінальних поштовхів і 5 вдихів

Лише 10 ударів по спині

Одразу компресії СЛР

18. Чи виконують абдомінальні поштовхи (прийом Геймліха) немовляті до 1 року?

Так, завжди

Так, після одного удару по спині

Ні ✓

Лише якщо немає АЗД

19. Яка правильна послідовність при тяжкій ФВАО у дитини старше 1 року при свідомості?

5 ударів між лопатками та 5 абдомінальних поштовхів ✓

5 грудних поштовхів без ударів по спині у всіх випадках

Тільки рятувальні вдихи

Одразу 30 компресій

20. Що робити, якщо дитина з тяжкою ФВАО втратила свідомість?

Продовжувати абдомінальні поштовхи стоячи

Покласти на тверду поверхню, активувати ЕМД і розпочати СЛР ✓

Посадити дитину та чекати

Виконувати лише удари між лопатками

21. Як називається прийом різких поштовхів у надчеревну ділянку при тяжкій ФВАО у дитини старше 1 року?

Прийом Сафара

Прийом Геймліха (абдомінальні поштовхи) ✓

Прийом Селліка

Прийом Есмарха

22. Як називають удари основою долоні між лопатками при ФВАО?

Back blows — удари між лопатками ✓

Chest thrusts — грудні поштовхи

Abdominal thrusts — абдомінальні поштовхи

Jaw thrust — висування нижньої щелепи

23. Як називаються поштовхи на грудну клітку, які застосовують у немовляти при тяжкій ФВАО?

Abdominal thrusts

Chest thrusts — грудні поштовхи ✓

Head tilt

Finger sweep

24. Чого не можна робити при підозрі на стороннє тіло, якщо предмет у роті не видно?

Оцінювати дихання

Викликати допомогу

Виконувати сліпе видалення пальцем ✓

Починати СЛР після втрати свідомості

25. Де виконують удари по спині при тяжкій ФВАО?

По попереку

Між лопатками ✓

По передній поверхні грудної клітки

По животу

26. Яке положення немовляти використовують для ударів між лопатками?

На передпліччі рятувальника обличчям униз із підтримкою голови та щелепи ✓

Вертикально без підтримки голови

Лежачи на спині

Сидячи

27. Що роблять після видалення стороннього тіла та відновлення прохідності дихальних шляхів?

Завжди відразу відпускають дитину додому

Проводять медичну оцінку через ризик залишкового стороннього тіла, травми або аспіраційних ускладнень ✓

Обов'язково продовжують абдомінальні поштовхи

Забороняють дитині дихати глибоко

28. Яка дія є правильною під час огляду рота непритомної дитини з ФВАО?

Видалити лише чітко видиме стороннє тіло, яке можна безпечно захопити ✓

Обов'язково провести пальцем по всій ротоглотці

Використовувати сліпий finger sweep після кожного циклу

Не відкривати рот взагалі

29. Що належить до потенційно зворотних причин зупинки кровообігу з групи 4Н?

Гіпоксія ✓

Тампонада серця

Напружений пневмоторакс

Токсини

30. Яка тактика після появи ознак відновлення спонтанного кровообігу (ROSC)?

Негайно припинити будь-яке спостереження

Повернутися до структурованої оцінки ABCDE, підтримувати оксигенацію, вентиляцію й гемодинаміку та шукати причину арешту ✓

Продовжувати компресії незалежно від стану

Одразу розпочати фізичну реабілітацію

ТЕСТОВІ ЗАВДАННЯ ДО ТЕМИ 5

«Первинне і вторинне обстеження постраждалої дитини. Переміщення, транспортування та передача пацієнта»

30 тестових завдань. Перші 20 сформовано за змістом методичних вказівок; додаткові 10 розширюють перевірку тих самих практичних компетентностей. Правильну відповідь позначено ✓.

1. Яка головна мета первинного обстеження постраждалої дитини?

- Встановити остаточний діагноз
- ✓ Виявити та негайно коригувати загрози життю
- Зібрати повний анамнез життя
- Визначити план реабілітації

2. Що необхідно зробити, якщо під час ABCDE виявлено критичну проблему?

- Завершити весь огляд і лише потім втручатися
- ✓ Негайно виконати необхідне життєзберігальне втручання
- Перейти до SAMPLE
- Спочатку провести вторинний огляд

3. Коли необхідно повторювати ABCDE?

- Тільки після госпіталізації
- Лише один раз наприкінці транспортування
- ✓ Після суттєвого втручання, переміщення або зміни стану
- Тільки при появі болю

4. Коли переходять до вторинного обстеження?

- До оцінки життєзагрозливих станів
- ✓ Після початкової корекції життєзагрозливих порушень, якщо це не затримує транспортування
- Лише після рентгенографії
- Тільки в стаціонарі

5. Для чого використовують SAMPLE/AMPLE?

- Для визначення маси тіла
- Для оцінки лише неврологічного статусу

- ✓ Для швидкого структурованого збору релевантного анамнезу
- Для визначення розміру шийного коміра

6. Що означає компонент М у SAMPLE/AMPLE?

- Mechanism
- Movement
- ✓ Medications — лікарські засоби
- Monitoring

7. Яка послідовність найбільш відповідає вторинному огляду?

- Кінцівки → живіт → голова → шия
- ✓ Голова й обличчя → шия → грудна клітка → живіт → таз → кінцівки → спина за показаннями
- Таз → голова → спина → грудна клітка
- Порядок не має значення

8. Як слід оцінювати таз при підозрі на тяжку травму?

- Багаторазово сильно стискати
- Просити дитину кілька разів встати
- ✓ Уникати багаторазового грубого стискання таза
- Обов'язково перевіряти патологічну рухливість

9. Що з наведеного є показанням до термінового транспортування?

- Незначна садно без інших симптомів
- ✓ Ознаки дихальної недостатності або шоку
- Стабільний стан без скарг
- Лише бажання батьків

10. Що характеризує екстрене переміщення?

- Його виконують лише після повного вторинного огляду
- ✓ Воно потрібне при безпосередній небезпеці або неможливості виконати життєзберігальне втручання у поточному положенні
- Воно завжди виконується однією особою
- Воно не потребує оцінки стану

11. Хто має керувати командним перенесенням дитини?

Наймолодший член команди
Будь-хто без попереднього розподілу ролей
✓ Один визначений координатор
Батьки дитини

12. Який принцип правильний під час перенесення немовляти двома рятувальниками за відсутності підозри на травму хребта?

Один підтримує тільки голову, другий — тільки стопи
Дитину піднімають за верхні та нижні кінцівки
✓ Один підтримує голову, плечовий пояс і тулуб, другий — таз і нижні кінцівки
Дитину завжди переносить одна особа

13. Що означає spinal motion restriction?

Повну абсолютну нерухомість кожної травмованої дитини
Обов'язкове застосування довгої дошки
✓ Мінімізацію небажаних рухів потенційно ушкодженого хребта
Лише накладання шийного коміра

14. Яка анатомічна особливість малої дитини важлива при укладанні на плоску поверхню?

Мала голова відносно тулуба
✓ Відносно велика потилиця може спричинити згинання шиї
Довша шия, ніж у дорослого
Відсутність необхідності контролювати положення голови

15. Яка сучасна роль довгої жорсткої спінальної дошки?

Основна поверхня для тривалого транспортування
Обов'язковий засіб для кожної травмованої дитини
✓ Переважно засіб екстракції та короткого переміщення
Засіб для транспортування тільки немовлят

16. Як повинна транспортуватися дитина в рухомому автомобілі ЕМД?

На руках у батьків
Без ременів, якщо дитина спокійна
✓ Надійно зафіксована відповідною педіатричною системою
Стоячи біля нош

17. Коли бокове стабільне положення є доцільним?

При агональному диханні

При будь-якій травмі

Під час СЛР

✓ При нетравматичному зниженні свідомості, якщо дитина нормально дихає і не потребує СЛР

18. Який підхід до положення притомної дитини з утрудненим диханням є правильним?

Обов'язково покласти горизонтально

Примусово повернути на бік

✓ Дозволити положення, у якому легше дихати, якщо немає травматологічних протипоказань

Обов'язково підняти ноги

19. Що необхідно робити під час транспортування?

Не турбувати дитину повторними оцінками

Контролювати лише температуру

✓ Продовжувати моніторинг життєвих функцій та ефективності втручань

Зняти всі засоби фіксації

20. Що обов'язково має містити структурована передача пацієнта?

Лише прізвище дитини

Тільки механізм травми

Тільки перелік виконаних процедур

✓ Стан, обставини/механізм, ключові знахідки, динаміку життєвих показників, втручання та реакцію на них

21. Яка дія є правильною перед контрольованим перенесенням?

Спочатку підняти дитину, а потім шукати ноші

✓ Заздалегідь визначити маршрут, підготувати пристрій і розподілити ролі

Зняти всі засоби іммобілізації

Не повідомляти дитині про майбутнє переміщення

22. Що є правильним при погіршенні стану під час вторинного огляду?

Продовжити огляд до кінця

Перейти до детального анамнезу

✓ Припинити другорядний огляд і повернутися до первинної оцінки та корекції загроз

Відкласти оцінку до прибуття в лікарню

23. Що слід оцінити в ушкодженій кінцівці до і після іммобілізації?

Тільки довжину кінцівки

Тільки наявність синця

✓ Дистальну перфузію, чутливість і рухи

Лише температуру тіла

24. Який принцип правильний щодо огляду спини у травмованої дитини?

Спину обов'язково оглядають шляхом багаторазового перевертання

✓ Оглядають за показаннями, уникаючи зайвих рухів і використовуючи командну техніку

Огляд спини заборонений у всіх випадках

Дитину просять самотійно перевернутися незалежно від травми

25. Що найбільш правильно характеризує вибір транспортного положення?

Положення визначається лише назвою діагнозу

Для всіх дітей використовують одне положення

✓ Положення обирають за станом дихальних шляхів, дихання, гемодинаміки, свідомості та наявністю травми

Положення не змінюють навіть при погіршенні

26. Який підхід правильний при підозрі на ушкодження хребта?

Прохідність дихальних шляхів має другорядне значення

✓ Забезпечення дихальних шляхів і вентиляції має пріоритет над формальним збереженням пози

Дитину обов'язково саджають

Шийний комір повністю виключає рухи хребта

27. Що слід зробити після перенесення дитини на носі?

Одразу розпочати рух без перевірки

✓ Повторно оцінити дихання, свідомість, перфузію та правильність фіксації

Зняти ремені для комфорту

Обов'язково змінити положення

28. Який принцип правильний для старшої дитини або підлітка з тяжкою травмою та неможливістю самостійно рухатися?

Переносити однією особою незалежно від маси

Просити дитину дійти самостійно

✓ Використати командний підйом із достатньою кількістю рятувальників та одним координатором

Тягнути за плечі

29. Що необхідно враховувати для запобігання гіпотермії під час огляду і транспортування?

Дитину слід залишати повністю роздягнутою

Температура не має значення при травмі

✓ Оголювати лише настільки, наскільки потрібно для огляду, і своєчасно зігрівати дитину

Зігрівання потрібне лише немовлятам

30. Що є правильною дією при передачі дитини наступній медичній команді?

Передавати інформацію без структури в довільному порядку

Повідомляти лише виконані маніпуляції

✓ Коротко й послідовно передати клінічно важливу інформацію та динаміку стану

Не повідомляти про попередні життєві показники