

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: Есауленко Игорь Эдуардович  
Должность: Ректор  
Дата подписания: 05.10.2023 16:47:05  
Уникальный программный ключ:  
691eebef92031be66ef61648f97525a2e2da8356

ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко  
Минздрава России

УТВЕРЖДАЮ  
Декан педиатрического факультета  
доцент Л.В. Мошурова  
«25» апреля 2023 г

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА**  
по паллиативной помощи у детей

для специальности	31.05.02 Педиатрия
форма обучения	очная
факультет	педиатрический
кафедра	факультетской и паллиативной педиатрии
курс	5
семестр	9
лекции	4 (часов)
экзамен	не предусмотрен учебным планом
зачет	3 часа (9 семестр)
практические занятия	28 (час)
самостоятельная работа	41 (час)
всего часов/ЗЕ	72 (2 ЗЕ)

Программа составлена в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.05.02 Педиатрия, утвержденным приказом Минобрнауки России от 12.08.2020 г. № 965 и с учетом трудовых функций профстандарта «Врач-педиатр участковый», утвержденного приказом Минтруда и соцзащиты РФ от 27 марта 2017 г. № 306н.

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры факультетской и паллиативной педиатрии 25 апреля 2023 г., протокол № 5

Заведующий кафедрой факультетской и паллиативной педиатрии, д.м.н., доцент В.С. Леднева

Рецензенты:

заведующий кафедрой инфекционных болезней, д.м.н., доцент С.П. Кокорева  
главный врач БУЗ ВО «ВОДКБ №2», С.А. Авдеев

Рабочая программа утверждена на заседании ЦМК по координации преподавания специальности «Педиатрия» от «25» апреля 2023 г., протокол №5

## **1. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ДИСЦИПЛИНЫ**

**Цель дисциплины:** подготовка квалифицированного врача – педиатра, обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового к самостоятельной и профессиональной деятельности в специализированной области «Паллиативная педиатрия» в основе приобретения теоретических знаний, профессиональных умений и навыков, необходимых врачу для оказания высококвалифицированной помощи в соответствии с занимаемой им должностью и профилем учреждения, в котором он работает.

### **Задачи дисциплины:**

1. Приобретение знаний об общих вопросах организации паллиативной медицинской помощи детям.
2. Углубленное изучение этиопатогенеза хронического болевого синдрома у детей с онкологической и неонкологической патологией в зависимости от возраста.
3. Совершенствование знаний в этиологии и патогенеза нарушений гомеостаза у детей, клинических проявлений и методов коррекции.
4. Приобретение углубленных знаний по вопросам диагностики и лечения основных клинических состояний в паллиативной помощи.
5. Приобретение углубленных знаний по вопросам лечения основных клинических состояний в паллиативной помощи.
6. Изучение психических, социальных и духовных аспектов паллиативной помощи.

## **2. ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

В результате освоения дисциплины «Паллиативная помощь у детей» обучающийся должен

### ***Знать:***

- основные нормативно-правовые аспекты и документы;
- организацию и принципы работы педиатрической службы;
- физиологию и патологию различных периодов детского возраста;
- виды оказания паллиативной помощи детям.
- организацию системы паллиативной медицинской помощи детям в РФ;
- основные инструктивные материалы Министерства здравоохранения Российской Федерации по вопросам организации онкологической и паллиативной помощи;
- основы анатомии и физиологии человека, половозрастные особенности;
- основы общей патологии человека;
- причины и механизмы основных заболеваний, при которых показана паллиативная медицинская помощь детям, в том числе ИВЛ на дому;
- основы и клиническое значение лабораторной диагностики паллиативных заболеваний;
- современные направления развития паллиативной медицины;
- основные понятия: определение, цели, задачи, принципы и стандарты оказания паллиативной медицинской помощи детям; беривемент;
- медицинская деонтология; этические и методические вопросы оказания реанимационных мероприятий детям в терминальной фазе неизлечимого заболевания;
- причины возникновения и патогенез основных видов персистирующего болевого синдрома у детей с онкологической и неонкологической патологией;
- алгоритмы диагностики, протоколы и стандарты лечения основных видов персистирующего

- болевого синдрома у детей при оказании паллиативной помощи;
- особенности оценки боли в зависимости от возраста пациента;
  - перечень основных препаратов, используемых в паллиативной помощи у детей, особенности их введения, правила проведения контролируемой пациентом аналгезии; совместимость при использовании препаратов в одном шприце;
  - принципы хирургического или иного лечения заболеваний детей и подростков, нуждающихся в паллиативной помощи;
  - метаболические нарушения и паранеопластические синдромы;
  - правила коммуникации с больным ребенком и его семьей во время проведения «трудных разговоров» и оказания паллиативной помощи.

**Уметь:**

- ведение медицинской документации;
  - провести полное клиническое обследование ребенка;
  - оценить физического, психомоторного, психоречевого развития;
  - определить объем необходимого куративного лечения у паллиативных пациентов;
  - определить объем реабилитационных мероприятий;
  - реализовать необходимую программу паллиативной помощи детям в разрезе конкретного ЛПУ.
- оценить болевой синдром у детей с онкологической и неонкологической патологией в зависимости от возраста;
  - осуществлять коммуникации с ребенком/родителями при оказании паллиативной помощи; – ставить и проводить замену разных видов трахеостом, гастростом;
  - применять знания основных препаратов, используемых в паллиативной помощи у детей, особенности их введения, правила проведения контролируемой пациентом аналгезии; совместимость при использовании в одном шприце;
  - рассчитывать дозу и скорость введения фармакологического препарата для длительной подкожной/внутривенной инфузии, уметь совмещать несколько лекарственных средств в одном шприце для подкожной инфузии;
  - рассчитывать и подбирать схему обезболивания с использованием ненаркотических и наркотических анальгетиков, пользоваться правилом «резервных доз», проводить ротацию наркотических анальгетиков с учетом их эквивалентного потенциала и пути введения;
  - диагностировать фазу умирания и купировать основные симптомы в этой фазе;
  - уметь оказывать экстренную помощь при кризисных ситуациях в паллиативе

**Владеть:**

- навыками и умениями использования медицинской аппаратуры;
  - методами клинического и параклинического обследования ребенка;
  - методами психологической помощи детям и их родственникам;
  - методами оценки эффективности куративного лечения и болевого синдрома у детей;
  - навыками и умениями использования медицинской аппаратуры;
  - навыками маршрутизации пациентов с некурабельными и онкологическими заболеваниями
- методами оказания паллиативной медицинской помощи детям;
  - методами клинического обследования и ведения пациентов в зависимости от группы

паллиативной помощи;

- методами диагностики и лечения основных клинических состояний в паллиативной помощи;

- диагностикой боли с помощью шкал ВАШ, ШВО, процентной оценки (материал, процедура, условия проведения);

- приемами подбора противоболевой терапии;

### Требования к результатам освоения дисциплины

Освоение дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих общекультурных (ОК), общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций:

№	Код компетенции	Содержание компетенции (или ее части)	В результате прохождения практики, обучающиеся должны:	Оценочные средства*
1.	УК-1	Способен осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, вырабатывать стратегию действий	ИД-1 Находить и критически анализировать информацию, необходимую для решения поставленной задачи (проблемной ситуации) ИД-2 Рассматривать и предлагать возможные варианты системного подхода в решении задачи (проблемной ситуации), оценивая их достоинства и недостатки ИД-3 Формировать собственные выводы и точку зрения на основе аргументированных данных ИД-4 Определять и оценивать риски (последствия) возможных решений поставленной задачи ИД-5 Принимать стратегическое решение проблемных ситуаций	Собеседование. Тестовый контроль. Ситуационные задачи. Беседа с детьми и родителями.
2	УК-3	Способен организовывать и руководить работой команды, вырабатывая командную стратегию для достижения поставленной цели	ИД-1 Проявлять лидерство в планировании и осуществлении профессиональной деятельности, в постановке целей, в побуждении других к достижению поставленных целей ИД-2 Вырабатывать командную стратегию для выполнения практических задач ИД-3 Распределять задания и добиваются их исполнения реализуя основные функции управления ИД-4 Формулировать, аргументировать, отстаивать свое мнение и общие решения, нести личную ответственность за результаты ИД-5 Уметь разрешать конфликты на основе согласования позиций и учета интересов	Собеседование. Тестовый контроль. Ситуационные задачи. Беседа с детьми и родителями.
3	УК-4	Способен применять современные коммуникативные технологии, в том числе на	ИД-1 Выбирать стиль общения и язык жестов с учетом ситуации взаимодействия ИД-4 Публично выступать, строить свое выступление с учетом аудитории и цели общения	Собеседование. Тестовый контроль.

		иностранным (ых) языке(ах), для академического и профессионального взаимодействия		Ситуационные задачи. Беседа с детьми и родителями.
4	УК-5	Способен анализировать и учитывать разнообразие культур в процессе межкультурного взаимодействия	ИД-1 Отмечать и анализировать особенности межкультурного взаимодействия (преимущества и возможные проблемные ситуации), обусловленные различием этических, религиозных и ценностных систем ИД-2 Преодолевать коммуникативные барьеры при межкультурном взаимодействии ИД-3 Придерживаться принципов недискриминационного взаимодействия, основанного на толерантном восприятии культурных особенностей представителей различных этносов и конфессий, при личном и массовом общении	Собеседование. Тестовый контроль. Ситуационные задачи. Беседа с детьми и родителями.
5	УК-7	Способен поддерживать должный уровень физической подготовленности для обеспечения полноценной социальной и профессиональной деятельности	ИД-1 Понимать влияние оздоровительных систем физического воспитания на укрепление здоровья, профилактику заболеваний ИД-2 Выполнять индивидуально подобранные комплексы оздоровительной или адаптивной физической культуры ИД-3 Оценивать свои ресурсы и их пределы (личностные, ситуативные, временные), оптимально их использует для успешного выполнения порученного задания	Собеседование. Тестовый контроль. Ситуационные задачи. Беседа с детьми и родителями.
6	УК-9	Способен использовать базовые дефектологические знания в	ИД-1 Обладать представлениями о принципах недискриминационного взаимодействия при коммуникации в различных сферах жизнедеятельности, с учетом социально-психологических особенностей лиц с ограниченными возможностями здоровья	Собеседование. Тестовый контроль.

		социальной и профессиональной сферах	ИД-2 Планировать и осуществляет профессиональную деятельность с лицами, имеющими инвалидность или ограниченные возможности здоровья ИД-3 Взаимодействовать с лицами, имеющими ограниченные возможности здоровья или инвалидность в социальной и профессиональной сферах	Ситуационные задачи. Беседа с детьми и родителями.
7	ОПК-1	Способен реализовывать моральные и правовые нормы, этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности	ИД-1 Знать и использовать моральные и правовые нормы, этические и деонтологические основы статуса пациента и врача необходимые в профессиональной деятельности ИД-2 Применять принципы и правила взаимоотношения «врач-пациент», «врач-родственник», "врачебная тайна", "врачебная клятва" ИД-3 Излагать профессиональную информацию в процессе межкультурного взаимодействия, соблюдая принципы этики и деонтологии, моральных и правовых норм ИД-4 Осуществлять контроль соблюдения норм врачебной и деловой этики в общении с коллегами, гражданами, пациентами, должностными лицами, необходимых в профессиональной деятельности врача	Собеседование. Тестовый контроль. Ситуационные задачи. Беседа с детьми и родителями.
8	ОПК-4	Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза	ИД-1 Проводить полное физикальное обследование пациента с применением медицинских изделий (термометр, динамометр, ростометр, биоэмпеданс, весы, тонометр, стетофонендоскоп и др.) и интерпретирует его результаты ИД-2 Обосновывать необходимость и объем специализированного оборудования, технологий, препаратов и изделий, диагностического обследования пациента с целью установления диагноза и персонализированной медицины при решении поставленной профессиональной задачи ИД-3 Анализировать полученные результаты диагностического обследования пациента, при необходимости обосновывает и планирует объем дополнительных исследований ИД-4 Назначать медицинские изделия, включая специальное программное обеспечение, для профилактики, диагностики, лечения и медицинской реабилитации заболеваний, мониторинга состояния организма человека, проведения медицинских исследований, восстановления, замещения, изменения анатомической структуры или физиологических функций организма, предотвращения или прерывания беременности, функциональное назначение которых не	Собеседование. Тестовый контроль. Ситуационные задачи. Беседа с детьми и родителями.



			<p>реализуется путем фармакологического, иммунологического, генетического или метаболического воздействия на организм человека</p> <p>ИД-5 Оформлять рецептурный бланк согласно порядка оформления рецептурных бланков на медицинские изделия, их учета и хранения</p>	
9	ОПК-5	<p>Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач</p>	<p>ИД-1 Определять и анализировать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы организма человека</p> <p>ИД-2 Учитывать морфофункциональные особенности, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека при составлении плана обследования и лечения</p>	<p>Собеседование.</p> <p>Тестовый контроль.</p> <p>Ситуационные задачи.</p> <p>Беседа с детьми и родителями.</p>
10	ОПК-6	<p>Способен организовывать уход за больными, оказывать первичную медико-санитарную помощь, обеспечивать организацию работы и принятие профессиональных решений при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в</p>	<p>ИД-1 Организовать уход за больным согласно медицинскому профилю пациента</p> <p>ИД-2 Оценивать состояние пациента, требующего оказания медицинской помощи в неотложной или экстренной формах на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения</p> <p>ИД-3 Распознавать состояния и оказывает медицинскую помощь в неотложной форме пациентам при внезапных острых заболеваниях, обострениях хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента</p> <p>ИД-4 Распознавать состояния и оказывает медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациента, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и/или дыхания)</p> <p>ИД-5 Применять лекарственные препараты и медицинские изделия при оказании медицинской помощи в экстренной или неотложной формах</p>	<p>Собеседование.</p> <p>Тестовый контроль.</p> <p>Ситуационные задачи.</p> <p>Беседа с детьми и родителями.</p>

		очагах массового поражения		
1 1	ОПК-7	Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности	<p>ИД-1 Разрабатывать план лечения заболевания или состояния с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>ИД-2 Назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни и в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>ИД-3 Применять немедикаментозное лечение с учетом диагноза, возраста и клинической картины болезни в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>ИД-4 Оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и иных методов лечения</p> <p>ИД-5 Оценивать эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>ИД-6 Организовывать персонализированное лечение пациента детского возраста, беременных женщин</p>	<p>Собеседование.</p> <p>Тестовый контроль.</p> <p>Ситуационные задачи.</p> <p>Беседа с детьми и родителями.</p>
1 2	ОПК-8	Способен реализовывать и осуществлять контроль эффективности медицинской реабилитации и пациента, в том числе при	<p>ИД-2 Осуществлять подготовку необходимой медицинской документации для осуществления медико-социальной экспертизы в федеральных государственных учреждениях медико-социальной экспертизы</p> <p>ИД-3 Направлять пациента, имеющего стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, на медико-социальную экспертизу</p> <p>ИД-4 Выполнять мероприятия медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими</p>	<p>Собеседование.</p> <p>Тестовый контроль.</p> <p>Ситуационные задачи.</p> <p>Беседа с детьми</p>

		реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации ребенка-инвалида, проводить оценку способности пациента осуществлять трудовую деятельность	рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи ИД-5 Оценивать эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациента в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи с учетом стандартов медицинской помощи	и родителями.
1 3	ОПК-10	Способен понимать принципы работы современных информационных технологий и использовать их для решения задач профессиональной деятельности	ИД-1 Использовать современные информационные и коммуникационные средства и технологии, библиографические ресурсы, медико-биологическую терминологию в решении стандартных задач профессиональной деятельности ИД-2 Соблюдать правила информационной безопасности в профессиональной деятельности	Собеседование. Тестовый контроль. Ситуационные задачи. Беседа с детьми и родителями.
1 4	ПК-1	Способен оказывать медицинскую помощь детям в амбулаторных условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского	ИД-1 Осуществлять обследование детей с целью установления диагноза ИД-2 Назначать лечение детям и контролирует его эффективность и безопасность ИД-3 Реализовать и контролировать эффективность индивидуальных реабилитационных программ для детей ИД-5 Организовать деятельность медицинского персонала и ведет медицинскую документацию	Собеседование. Тестовый контроль. Ситуационные задачи. Беседа с детьми

		о наблюдения и лечения, в том числе на дому при вызове медицинского работника		и родителями.
--	--	---	--	---------------

### 3. МЕСТО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОПОП ВО ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ПЕДИАТРИЯ»

Учебная дисциплина «Паллиативная помощь у детей» относится к базовой части Б.1.О.31 блока Б.1.

3.1. Для освоения дисциплины необходимы знания, умения и навыки, формируемые следующими дисциплинами и практиками: в **блоке Б.1. Базовой части:** биоэтика, правоведение, латинский язык, анатомия, биохимия, пропедевтика внутренних болезней, лучевая диагностика, факультетская терапия, профессиональные болезни, факультетская хирургия, акушерство и гинекология; в **блоке Б.2. Базовой части:** помощник палатной медицинской сестры, помощник процедурной медицинской сестры

**Знания:** учение о здоровом образе жизни, взаимоотношения "врач-пациент"; основные принципы и положения конституционного, гражданского, административного и уголовного права; морально-этические нормы, правила и принципы профессионального врачебного поведения, этические основы современного медицинского законодательства; принципы ведения дискуссий и основные способы разрешения конфликтов; основную медицинскую и фармацевтическую терминологию на латинском и иностранном языках; основные направления психологии; строения и топографии органов и тканей, систем органов человеческого организма; клиническую картину, особенности течения и осложнения наиболее распространенных заболеваний у различных возрастных групп; методы диагностики, диагностические возможности методов; методику непосредственного исследования больного терапевтического, хирургического и акушерского профиля; современные методы клинического, лабораторного, инструментального обследования больных; критерии диагноза различных заболеваний; методы лечения и показания к их применению; виды санитарной обработки больных, особенности наблюдения и ухода за больными с заболеваниями различных систем организма; основные этапы и организацию работы младшего и среднего медицинского персонала, современную классификацию заболеваний;

**Умения:** ориентироваться в действующих нормативно-правовых актах о труде, защищать гражданские права врачей и пациентов различного возраста; использовать не менее 900 терминологических единиц; выстраивать и поддерживать рабочие отношения с другими членами коллектива; произвести санитарную обработку больного при поступлении в стационар и в период пребывания в стационаре, смену нательного и постельного белья больного, обработать пролежни; осуществлять уход за больными различного возраста, страдающими заболеваниями различных органов и систем, транспортировку; измерять температуру тела, суточный диурез, собирать биологический материал для лабораторных исследований, проводить антропометрию, различные виды клизм, проводить кормление больных взрослых; осуществить дезинфекцию и предстерилизационную подготовку медицинского инструментария, материалов и средств ухода за больными; собрать анамнез; провести опрос, физикальное обследование пациента направить на лабораторно-инструментальное обследование, на консультацию к специалистам; интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объем дополнительных исследований для уточнения диагноза; сформулировать клинический диагноз; разработать больному план лечения с учетом течения болезни, подобрать и назначить лекарственную терапию,

**Навыки:** изложение самостоятельной точки зрения, анализа и логического мышления, публичной речи, ведения дискуссий и круглых столов, принципами врачебной деонтологии и медицинской этики; навыками чтения и письма на латинском языке клинических и фармацевтических терминов и рецептов; навыками информирования

пациентов и их родственников в соответствии с требованиями правил "информированного согласия"; методами общего клинического обследования; алгоритмом постановки развернутого клинического диагноза больным; алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию первой врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях

#### 4. ОБЪЁМ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

Общая трудоемкость дисциплины – 2 З.Е./72 ч.

Лекции - 4 часа

Практические занятия - 24 часа

Самостоятельная работа - 41 час

Зачет - 3 часа

#### 5. СОДЕРЖАНИЕ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ

##### 5.1. Общая трудоемкость дисциплины составляет 2 зачетных единицы, 72 часа.

№ п/п	Раздел учебной дисциплины	Виды учебной работы, включая самостоятельную работу обучающегося и трудоемкость (в часах)			Формы текущего контроля
		Аудиторная работа (24 ч)	Самостоятельная работа (41 ч)	Лекции (4 ч)	
1.	Этические и организационные аспекты паллиативной помощи детям.	10	15	2	Собеседование. Тестовый контроль. Ситуационные задачи. Реферат.
2.	Оказание паллиативной помощи детям при различных нозологических формах.	10	15	2	Собеседование. Тестовый контроль. Ситуационные задачи. Беседа с детьми и родителями.
3.	Паллиативная помощь детям в конце жизни. Неотложная помощь в паллиативе. Итоговое занятие.	4	8		Собеседование. Тестовый контроль. Ситуационные задачи. Беседа с детьми и родителями. Практические навыки.
4.	Зачет с оценкой (промежуточная аттестация)	3	3		Собеседование. Тестовый контроль. Ситуационные задачи.

## 5.2 Тематический план лекций

№	Тема	Цели и задачи	Содержание темы	Часы
1.	Организация паллиативной помощи детям в РФ.	Ознакомление обучающихся с системой оказания паллиативной помощи детям, принципами оказания паллиативной помощи.	Международное развитие идеи хосписа и паллиативной медицины. Становление паллиативной медицины в России. Необходимость создания детской службы. Структура классов заболеваний и смертности в паллиативной медицине у детей, отличительные особенности. Категории пациентов, нуждающихся в педиатрической паллиативной помощи. Критерии для отнесения ребенка-инвалида в группу паллиативной помощи. Программы паллиативной помощи. Нормативно-правовая база. Организация паллиативной помощи детям. Порядок оказания паллиативной помощи детям. Структура и работа детского хосписа на примере медицинского хосписа ОДКБ №2. Роль благотворительных фондов в оказании паллиативной помощи детям	2
2.	Паллиативная медицинская помощь при неврологических, онкологических, гематологических, респираторных заболеваниях у детей	Ознакомление обучающихся с принципами оказания паллиативной медицинской помощи детям при различных нозологических формах.	Тяжелые формы и осложнения хронических заболеваний легких у детей, течение терминальной стадии. Проблемы ухода, лечения при респираторных нарушениях. Неотложная помощь при дыхательной недостаточности. Основные протоколы лечения онкогематологических заболеваний. Проблемы ухода, лечения при нарушениях жизнедеятельности основных органов и систем. Дифференцированный подход к оказанию ПМП при неврологических заболеваниях. Вопросы организации выездной службы	2

### 5.3 Тематический план практических занятий

№	Тема	Содержание темы	Часы
1.	Система оказания паллиативной помощи в РФ. Организация паллиативной помощи детям. Основы организации питания педиатрических паллиативных пациентов.	Международное развитие идеи хосписа и паллиативной медицины. Становление паллиативной медицины в России Категории пациентов, нуждающихся в педиатрической паллиативной помощи. Критерии для отнесения ребенка-инвалида в группу паллиативной помощи. Программы паллиативной помощи. Нормативно-правовая база. Организация паллиативной помощи детям. Порядок оказания паллиативной помощи детям. Структура и работа детского хосписа. Практическое руководство по организации игр с детьми в паллиативной педиатрии. Общие принципы оказания паллиативной помощи подросткам. Психологические аспекты коммуникаций с детьми и их родителями. Основные инструменты для проведения эффективной коммуникации. Организация питания детей в комплексе паллиативной помощи. Питание особых категорий детей (вскармливание недоношенных детей, детей больных муковисцидозом, ДЦП). Основные аспекты организации питания детей в условиях паллиативного сопровождения. Оценка нутритивного статуса, методы. Экспресс – расчет объема энтерального лечебного питания. Пути оказания нутритивной поддержки (коррекция рациона, энтеральное питание, парентеральное питание). Особенности организации питания детей в домашних условиях (энтеральное питание). Диетотерапия детей, имеющих неврологическую патологию. Как избежать гипотрофию? Что такое стома, виды стом и особенности ведения пациентов со стомой. Правила ухода за гастростомой и лечение осложнений. Симптомы, связанные с ЖКТ (синдром кахексии-анорексии, тошнота/рвота, гастроэзофагиальный рефлюкс, запор, диарея, патология слизистой рта, икота): этиология, патогенез, распространенность, диагностика, паллиативный уход и паллиативная помощь (использование фармакологических и нефармакологических методов).	4
2.	Основные принципы обезболивания. Правовые вопросы. Вопросы оказания паллиативной помощи детям с онкологическим и заболеваниями.	Онкологическая патология в структуре общей нозологии у детей. Особенности оказания паллиативной помощи онкологическим больным. Детская онкогематология. Нозологические формы. Острый лейкоз: понятие, этиология, классификация, течение заболевания, клинические проявления. Критерии диагностики и особенности лечения. Показатели эффективности терапии. Условия включения пациента в группу паллиативной помощи. Определение и концепции боли. Болевой синдром и методы оценки. Механизмы ноцицептивной боли (соматическая боль, висцеральная боль). Механизмы нейропатической боли. Характеристики видов хронической боли. Способы и купирования различных типов боли у детей. Фармакокинетика и фармакодинамика опиоидных, неопиоидных и адьювантных анальгетиков. Пути введения лекарственных препаратов и показания для их использования,	4



		альтернативные пути при невозможности использования препарата внутрь. Использование нефармакологических и фармакологических методов купирования боли при упорном болевом синдроме. Организационные и юридические вопросы. Ведение болевого синдрома.	
3.	Вопросы оказания паллиативной помощи детям с респираторными заболеваниями. Респираторная поддержка в паллиативе.	Дыхательные симптомы (диспноэ, кашель, шумное дыхание): этиология, патогенез, распространенность, диагностика, паллиативный уход и паллиативная помощь (использование фармакологических и нефармакологических методов). Муковисцидоз. Патогенез, клиника, диагностика, лечение. Генетические аспекты муковисцидоза, клинические проявления, диагностика. Организация службы диспансерного наблюдения и лечения больных муковисцидозом Длительная ИВЛ на дому. Общие принципы организации ИВЛ на дому. Бронхолегочная дисплазия: этапное оказание медицинской помощи детям с БЛД (лечение, профилактика обострений) исходы БЛД, реабилитация и восстановительное лечение	4
4.	Вопросы оказания паллиативной помощи детям с врожденными пороками, неврологическими, хромосомными заболеваниями.	Неврологические симптомы (возбудимость, судороги, дистония, спастика): этиология и патогенез, распространенность, влияние на качество жизни, принципы лечения и мониторинга, показания к привлечению профильных специалистов. ДЦП: этиопатогенез, клиника, диагностика, паллиативная терапия, коррекция питания. Дифференцированный подход к оказанию ПМП при неврологических заболеваниях. Вопросы организации выездной служб. Орфанные заболевания. Мукополисахаридоз.	4
5.	Паллиативная помощь детям в конце жизни. Симптом выгорания медицинских работников.	Психологические виды помощи детям и их родственникам. Спорные этические и правовые вопросы организации паллиативной помощи. Что такое горе, утрата и горевание и как помочь детям пережить горе. Особенности поддержки семьи в период горя. Особенности прогрессирования различных заболеваний в терминальную фазу. Симптомы умирания, причины и распространенность. Клинические аспекты реанимации и искусственного поддержания жизни. Констатация смерти.	4
6.	Неотложные состояния в детской паллиативной помощи. Итоговое занятие.	Неотложная помощь при внезапной тяжелой дыхательной недостаточности, судорогах, кровотечениях. Планирование помощи, индивидуальный план и алгоритм действий в кризисных ситуациях. Синдром выгорания медицинских работников, профилактика. Причины, распространенность, признаки, последствия. Способы устранения и профилактики эмоционального выгорания. Тестирование, решение ситуационных задач, контроль практических навыков.	4

#### 5.4. Тематика самостоятельной работы обучающихся.

Тема	Самостоятельная работа			Часы
	Форма	Цель и задачи	Методическое и материально-техническое обеспечение	
Система оказания паллиативной помощи в РФ. Организация паллиативной помощи детям.	Т СЗ МР Moodle	Освоение навыков медицинской этики и деонтологии.	МУ ОЛ1 ОЛ2 ДЛ1 ДЛ2 ДЛ3 ДЛ4 Помещения библиотеки ВГМУ: - читальный зал (адрес ВГМУ, Воронежская область, г. Воронеж, ул. Студенческая, д. 10) - 2 зала. - зал электронных ресурсов в электронной библиотеке (кабинет №5) в отделе научной библиографии и медицинской информации в объединенной научной медицинской библиотеке: 26 компьютеров с выходом в интернет (адрес ВГМУ, Воронежская область, г. Воронеж, ул. Студенческая, д. 10) - 1 зал. Обучающиеся имеют возможность доступа к сети Интернет в компьютерном классе библиотеки. Обеспечен доступ обучающимся к электронным библиотечным системам (ЭБС) через сайт библиотеки: <a href="http://lib1.vrnngmu.ru">http://lib1.vrnngmu.ru</a> Электронно-библиотечная система: 1) "Консультант студента" <a href="http://www.studmedlib.ru/">http://www.studmedlib.ru/</a> 2) «Консультант врача» <a href="https://www.rosmedlib.ru">https://www.rosmedlib.ru</a> 3) "BookUp" <a href="http://www.books-up.ru">www.books-up.ru</a> 4) "Лань"	5
Основы организации питания педиатрических паллиативных пациентов.	Т СЗ МР Moodle	Освоение навыков организации питания педиатрических паллиативных пациентов.		5
Основные принципы обезболивания. Правовые вопросы. Вопросы оказания паллиативной помощи детям с онкологическими заболеваниями	Т СЗ МР Moodle	Освоение навыков оказания помощи пациентам при болевом синдроме.		5
Вопросы оказания паллиативной помощи детям с респираторными заболеваниями. Респираторная поддержка в паллиативе.	Т СЗ МР Moodle	Освоение навыков оказания паллиативной помощи пациентам с респираторными заболеваниями.		5
Вопросы оказания паллиативной помощи детям с врожденными пороками, неврологическими,	Т СЗ МР Moodle	Освоение навыков оказания паллиативной помощи пациентам с врожденными пороками, неврологическими,		5

хромосомными заболеваниями.		хромосомными заболеваниями.	<a href="https://e.lanbook.com/">https://e.lanbook.com/</a>	
Паллиативная помощь детям в конце жизни. Симптом выгорания медицинских работников.	Т СЗ МР Moodle	Освоение навыков оказания паллиативной помощи пациентам в конце жизни.		5
Неотложные состояния в детской паллиативной помощи. Итоговое занятие.	Т СЗ МР Moodle	Освоение навыков оказания неотложной помощи в паллиативе.		8
Зачет (промежуточная аттестация)	Т СЗ Moodle			3
<b>Всего</b>				<b>41</b>

Т – тестовые задания; ФИБ – фрагмент истории болезни; СЗ – ситуационные (профессиональные) задачи; МР – методическая разработка для самостоятельной работы студентов; Moodle - работа с электронными образовательными ресурсами на платформе Moodle





## 6. ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

Обучение складывается из аудиторных занятий (28 час.), включающих лекционный курс, практические занятия и самостоятельной работы (41 час.). Основное учебное время выделяется на практическую работу по усвоению теоретических знаний, приобретению практических навыков и умений. По каждому разделу учебной дисциплины разработаны методические рекомендации для преподавателей по теме занятия и методические указания студентам по самостоятельной работе. При изучении учебной дисциплины необходимо использовать весь ресурс основной и дополнительной учебной литературы, лекционного материала, наглядных пособий и демонстрационных материалов, лабораторного оборудования и освоить практические навыки и умения, приобретаемые в ходе работы с пациентами, демонстрационными визуальными пособиями и решения профессиональных задач. В соответствии с требованиями ФГОС-3++ ВО в учебном процессе широко используются активные и интерактивные формы проведения занятий (развивающее и проблемное обучение, объяснительно-иллюстративное обучение с визуализацией аудиторных занятий, программированное обучение, информатизационное обучение, мультимедийное обучение). Удельный вес занятий, проводимых в интерактивных формах, составляет не менее 5,0 % от аудиторных занятий. Для успешного и плодотворного обучения и освоения студентами программы отдается предпочтение индивидуальной работе: проводится курация больных детей по теме занятия, студенты овладевают умениями, необходимыми для оказания паллиативной медицинской помощи детям и подросткам. При обучении максимально используется иллюстративно–демонстрационный потенциал кафедры. При разборе каждой темы проводится: текущий контроль осуществляется путем решения тестов, ситуационных задач, устного опроса. Промежуточный контроль проводится в виде зачета, который включает решение профессиональных задач, оценку практических умений. В ходе обучения для оценки знаний и умений студента используется рейтинговая система. Окончательный рейтинг формируется с учетом рейтинга зачета. Работа студента в группе формирует чувство коллективизма и коммуникабельность. Самостоятельная работа с больными детьми и их родственниками способствует формированию деонтологического поведения, аккуратности, дисциплинированности. Различные виды учебной работы, включая самостоятельную работу студента, способствуют овладению культурой мышления, способностью в письменной и устной речи логически правильно оформить его результаты; готовностью к формированию системного подхода к анализу медицинской информации, восприятию инноваций; формируют способность и готовность к самосовершенствованию, самореализации, личностной и предметной рефлексии.

- Лекции.
- Практические занятия.
  - Интерактивные технологии: курация больных и клинический разбор больных.
  - Технология контекстного обучения.
  - Технология проблемного обучения.
  - Технология сотрудничества, модерации.

## **7. ВОСПИТАТЕЛЬНАЯ РАБОТА НА КАФЕДРЕ ФАКУЛЬТЕТСКОЙ И ПАЛЛИАТИВНОЙ ПЕДИАТРИИ ПЕДИАТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА**

### **7.1 Цели и задачи воспитательной работы со студентами.**

Важными задачами профессиональной подготовки в медицинском вузе являются формирование комплексного научного мировоззрения, высокой психолого-педагогической культуры и выработка активной жизненной позиции будущего врача. Дисциплину «Паллиативная помощь у детей» специальности «Педиатрия» студенты лечебного факультета изучают в VIII семестре. Наравне с передачей студентам определенной суммы знаний, формирования у них практических навыков врачебной деятельности стоят задачи по воспитанию гармоничной личности, которая сочетает в себе высокий профессионализм, богатую культуру, гражданские и патриотические качества, гуманизм, стремление к духовному и физическому совершенству, обладающей ключевыми компетентностями, адаптированными к условиям современного общества. Наряду с получением фундаментальных знаний, у студента необходимо формировать и общечеловеческие качества, без которых человек не сможет работать в медицине, так как медицинский работник – это не только профессия, но и призвание. Значимым является также развитие базовых способностей студентов (когнитивных, поведенческих, коммуникативных), профессиональной компетентности и личностных качеств. Решение этих задач возможно при использовании различных форм организации учебного процесса (лекций, практических занятий, самостоятельной работы студентов), в том числе нетрадиционных (деловые игры, научно-исследовательские работы, конкурсы и др.).

### **7.2. Направления воспитательной работы со студентами при изучении дисциплины «Паллиативная помощь у детей».**

Основные направления воспитательной деятельности определяется статьями Федеральным законом от 31 июля 2020 г. N 304-ФЗ "О внесении изменений в Федеральный закон "Об образовании в Российской Федерации" по вопросам воспитания обучающихся".

Статья ФЗ	Направление деятельности
Развитие личности. Самоопределение и социализация	✓ Психологическая безопасность обучающихся ✓ Программы правовой и финансовой грамотности обучающихся
Социо-культурные, духовно-нравственные ценности РФ, бережное отношение к культурному наследию и традициям многонационального народа РФ	✓ Культурно-досуговая деятельность ✓ Социальная и культурная адаптация иностранных граждан, граждан республик РФ
Правила и нормы поведения в интересах человека, семьи, общества и государства	✓ Гражданско-правовое и патриотическое воспитание ✓ Программы правовой и финансовой грамотности обучающихся ✓ Психологическая безопасность обучающихся ✓ Волонтерство ✓ Здоровьесбережение

<p>Чувство патриотизма, гражданственности, уважения к памяти защитников Отечества и подвигам Героев Отечества Уважение к труду и старшему поколению</p>	<p>✓ Гражданско-правовое и патриотическое воспитание ✓ Волонтерство и социальные программы вуза</p>
<p>Бережное отношение к природе и окружающей среде</p>	<p>✓ Экологическое воспитание ✓ Волонтерство</p>
<p>Участие в физкультурных, спортивных мероприятиях, в том числе в официальных спортивных соревнованиях и других массовых мероприятиях</p>	<p>✓ Спортивно-оздоровительная работа ✓ Поддержка талантливой молодежи ✓ Культурно-досуговая деятельность</p>
<p>Участие в научно-исследовательской, научно-технической, экспериментальной и инновационной деятельности. Участие в конкурсах, олимпиадах, выставках, смотрах</p>	<p>✓ Поддержка талантливой молодежи</p>



**Таким образом, воспитательная работа на кафедре** направлена на формирование у студентов профессиональных умений врача, воспитание личности, способной помогать людям, быть милосердной, понимание важности и ценности человеческой жизни, определение смысла профессии врача. Цель этой работы – помощь студентам в самых базовых жизненных ситуациях, реализовать способность на активную гражданскую позицию, способность на милосердие, благородство, желание видеть и создавать красоту этого мира.

## **8. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

### **8.1 Перечень оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по дисциплине:**

1. Вопросы для устного собеседования (приложение №1 к рабочей программе).
2. Наборы тестовых заданий (приложение №2 к рабочей программе).
3. Ситуационные задачи (приложение №3 к рабочей программе).
4. Перечень практических навыков (приложение №4 к рабочей программе).
5. Критерии оценивания при аттестации по итогам освоения дисциплины.

### **8.2 Примеры оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по дисциплине:**

#### **ВОПРОСЫ ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ**

1. Понятие паллиативной медицинской помощи и ее сущность.
2. Принципы и стандарты оказания паллиативной помощи детям.
3. Правовое регулирование деятельности по оказанию паллиативной помощи пациентам с неизлечимыми и прогрессирующими заболеваниями.
4. Болевой синдром. Этиология и патофизиология боли в детском возрасте. Типы болевого синдрома, их распространенность и особенности клинической картины при онкологических и неонкологических заболеваниях у детей.

#### **ПРИМЕРНАЯ ТЕМАТИКА РЕФЕРАТОВ**

1. Принципы проведения трудных разговоров и принятие решений в паллиативной помощи
2. Психосоциальная поддержка неизлечимо больного и членов его семьи.
3. Беривемент (горевание).
4. Профилактика синдрома профессионального выгорания
5. Модели оказания паллиативной помощи.
6. Принципы и стандарты паллиативной помощи.
7. Лечение болевого синдрома (аналгетики, адъюванты, вспомогательная терапия, принципы назначения, терапевтические и побочные эффекты).
8. Респираторная поддержка и ИВЛ на дому
9. Кризисные медицинские ситуации при оказании паллиативной помощи
10. Основные клинические состояния при оказании паллиативной помощи
11. Энтеральное и парентеральное питание у паллиативных пациентов

#### **СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ**

### **Задача №1**

Девочка Д., возраст 10-лет, диагноз: Диссеминированная лимфома, Рецидив 3, поражение головного мозга, костей, органов грудной и брюшной полости, выраженный болевой синдром. Госпитализирована в детское отделение для решения вопроса о проведении химиотерапии и обезболивающей/ симптоматической терапии. Ее мама погибла в автокатастрофе 2 года назад, отец девочки – единственный опекун, который еще заботится о двух младших детях, с девочкой не присутствует. Девочка способна отвечать на любые вопросы по поводу своей боли.

Вопросы:

1. Какова первоочередная задача врача?
2. Как бы Вы оценивали боль у данной пациентки?
3. Какие вопросы Вы бы задавали?
4. Что Вам необходимо знать из анамнеза Д.?
5. Какую шкалу можно предложить Д.?

### **ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ**

**АСТ И ICPCN ВЫДЕЛЯЕТ У ДЕТЕЙ**

- 1) 3 группы паллиативной помощи
- 2) 4 группы паллиативной помощи
- 3) 5 групп паллиативной помощи
- 4) 6 групп паллиативной помощи

**УТВЕРЖДЕНИЕ ДОЛЖНОСТИ «ВРАЧ ПО ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ» ЗАКРЕПЛЕНО В**

- 1) постановлении правительства РФ №1074
- 2) приказе МЗ РФ №1183
- 3) приказе МЗ РФ №193н
- 4) указе президента РФ №761.

**УТВЕРЖДЕНИЕ ПОРЯДКА ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ РЕГЛАМЕНТИРУЕТСЯ**

- 1) постановлением правительства РФ №1074
- 2) приказом МЗ РФ №1183
- 3) приказом МЗ РФ №193н;
- 4) указом президента РФ №761.

### **ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ.**

1. Оценка болевого синдрома у детей по шкале ВАШ.
2. Оценка нутритивного статуса у паллиативного больного.
3. Расчет парентерального питания.
4. Расчет энтерального питания.
5. Постановка и проведение замены гастростомы.
6. Интерпретация результатов биоимпедансметрии.
7. физического развития в том числе с помощью компьютерных программ WHO Anthro WHO AnthroPlus.

### **КРИТЕРИИ ОЦЕНИВАНИЯ ПРИ АТТЕСТАЦИИ ПО ИТОГАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

#### **Критерии оценивания устного опроса**

<b>отлично</b>	<b>хорошо</b>	<b>удовлетворительно</b>	<b>неудовлетворительно</b>
Всестороннее систематическое и глубокое знание учебного материала, основной и дополнительной литературы, взаимосвязи основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии. Проявление творческих способностей в понимании изложении и использовании учебно-программного материала	Полное знание учебного материала. Основной рекомендуемой литературы. Обучающийся показывает системный характер знаний по дисциплине (модулю) и способен к самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности.	Знание учебного материала в объеме необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знаком с основной литературой, рекомендуемой к занятию. Обучающийся допускает погрешности, но обладает необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.	Обнаруживаются существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допускает принципиальные ошибки при ответе на вопросы

#### **Критерии оценивания ситуационной задачи**

Критерий/оценка	Отлично	Хорошо	Удовлетворительно	Неудовлетворительно
Наличие правильных ответов на вопросы к ситуационной задачи	Правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания	Правильные ответы даны на все вопросы, выполнены все задания	Правильные ответы даны на 2/3 вопросов, выполнены 2/3 заданий	Правильные ответы даны на менее 1/2 вопросов, выполнены менее 1/2 заданий
Полноты и логичность изложения ответов	Достаточно высокая во всех ответах	Достаточная в 2/3 ответах	Большинство (2/3) ответов краткие, неразвернутые	Ответы краткие, неразвернутые, «случайные»

#### **Критерии оценки результатов тестирования**

Отлично	Хорошо	Удовлетворительно	Неудовлетворительно
Количество положительных ответов 91% и более максимального балла теста	Количество положительных ответов от 81% до 90% максимального балла теста	Количество положительных ответов от 70% до 80% максимального балла теста	Количество положительных ответов менее 71% максимального балла теста

#### **Критерии оценивания практических умений**

Отлично	Хорошо	Удовлетворительно	Неудовлетворительно
---------	--------	-------------------	---------------------

<p>Знает в полном объеме, умеет объяснить диагностическую и лечебную манипуляцию, профессионально ориентируется, знает показания к проведению, самостоятельно выполняет манипуляцию</p>	<p>Знает в полном объеме, умеет объяснить диагностическую и лечебную манипуляцию, профессионально ориентируется, знает показания к проведению. Выполняет манипуляцию (общеклиническое обследование больного, беременной, роженицы, внутримышечные, подкожные, внутривенные инъекции, плевральные и абдоминальные пункции, определение группы крови и резус-фактора, пробы на совместимость, переливания крови и кровезаменителей; новокаиновые блокады, наложение бинтовых и косыночных повязок выполнения промывания желудка, постановки мягкого мочевого катетера, очистительной и сифонной клизм, записи электрокардиограммы, проведение реанимационных мероприятий (искусственное дыхание, непрямой массаж сердца), проведение пальпации</p>	<p>Знает в полном объеме, умеет объяснить манипуляцию, профессионально ориентируется, знает показания к проведению. Участвует в выполнении манипуляции (общеклиническое обследование больного, беременной, роженицы, внутримышечные, подкожные, внутривенные инъекции, плевральные и абдоминальные пункции, определение группы крови и резус-фактора, пробы на совместимость, переливания крови и кровезаменителей; новокаиновые блокады, наложение бинтовых и косыночных повязок выполнения промывания желудка, постановки мягкого мочевого катетера, очистительной и сифонной клизм, записи электрокардиограммы, проведение реанимационных мероприятий (искусственное дыхание, непрямой массаж сердца), проведение пальпации молочных желез, выслушивание сердцабиения плода, составление графиков изменения базальной температуры, проведение общего акушерского исследования и специального акушерского (пельвиометрия, наружное акушерское исследование процедуры и т.п.)).</p>	<p>Не имеет представление и не умеет объяснить диагностическую и лечебную манипуляцию, профессионально ориентироваться, знать показания к проведению манипуляций.</p>
---	--	--	---

	молочных желез, выслушивание сердцебиения плода, составление графиков изменения базальной температуры, проведение общего акушерского исследования и специального акушерского (пельвиометрия, наружное акушерское исследование)) под контролем врача		
--	---	--	--

### РАСЧЁТ ТЕКУЩЕГО И ПРОМЕЖУТОЧНОГО РЕЙТИНГА ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ У ДЕТЕЙ»

(Разработано на основании положения о рейтинговой системе оценки знаний обучающихся в ВГМУ им. Н.Н. Бурденко (Приказ ректора №825 от 29.10.2015))

Промежуточный рейтинг знаний обучающихся по дисциплине (Р пром.) рассчитывается, исходя из текущего рейтингового балла обучающихся до промежуточной аттестации (зачет) (Р до зач.) и рейтингового балла, полученного при проведении промежуточной аттестации (Р зач. с оценкой):

$$\mathbf{R \text{ пром} = R \text{ до зач.} \times 0,6 + R \text{ зач.} \times 0,4}$$

Работа студента до промежуточной аттестации является наиболее значимой и более полно отражает его рейтинг по дисциплине, поэтому этой оценке присваивается вес, равный 0,6 (т.е. 60% от общей оценки), оценка промежуточной аттестации (зач. с оценкой) имеет вес, равный 0,4 (т.е. 40% от общей оценки).

В зачетную книжку выставляется отметка, исходя из промежуточного рейтинга знаний по дисциплине.

Критериями являются следующие баллы, соответствующие оценке в пятибалльной системе:

- 85 – 100 рейтинговых баллов -5 «отлично»;
- 70 – 84 рейтинговых баллов -4 «хорошо»;
- 55 – 69 рейтинговых баллов -3 «удовлетворительно»;
- менее 55 рейтинговых баллов -2 «неудовлетворительно».

#### Расчет текущего рейтинга знаний обучающихся до промежуточной аттестации.

Текущий рейтинг (Р до зачет.) складывается из фронтальной оценки знаний обучающихся по «рейтинговым темам» с учетом веса темы и контроля посещаемости лекций (рейтинговая оценка лекций).

Перевод оценки из пятибалльной системы, полученных при фронтальной оценке знаний по «рейтинговым темам» в рейтинговые баллы (процент достижения цели), осуществляется следующим образом:

5-ти балльная система	5-ти балльная система	Процент достижения цели
-----------------------	-----------------------	-------------------------

5	10	100
5-	9	90
4	8	80
4-	7	70
3	6	60
3-	5	50
2	0	0

$$P \text{ до зач.} = P1 \times 0,5 + P2 \times 0,45 + P3 \times 0,05$$

P1 - рейтинговый балл за ситуационные задачи (вес = 0,5)

P2 - рейтинговый балл за практические навыки (вес = 0,45)

P3 - - рейтинговый балл за лекции (вес = 0,05)

Расчет лекционного рейтинга производится по схеме: посетил весь лекционный курс – 10 баллов (100 рейтинговых баллов), вес каждой лекции определяется путем деления 10 на количество лекций и умножением на 10.

Обучающийся, получивший по итогам рейтинговых контролей менее 55 баллов (из 100 возможных), допускается к промежуточной аттестации (зачету с оценкой) по дисциплине.

$$P \text{ зач.} = P4 \times 0,2 + P5 \times 0,2 + P6 \times 0,3 + P7 \times 0,3$$

P4 - рейтинговый балл за промежуточный тестированный контроль (вес=0,2)

P5 - рейтинговый балл за собеседование (вес=0,2)

P6 - рейтинговый балл за ситуационную задачу (вес=0,3)

P7- рейтинговый балл за практические навыки (вес=0,3)

#### **Пример расчета текущего и промежуточного рейтинга знаний, обучающихся по дисциплине «Паллиативная помощь у детей»**

O – оценка (балльная система);

P – рейтинг (процент достижения цели).

O1=3; P1=60

O2=4-; P2=70

O5= посетил 2 лекций из 2; P5=2/2 × 100= 10

$$P \text{ до зач.} = P1 \times 0,5 + P2 \times 0,45 + P3 \times 0,05 = 60 \times 0,5 + 70 \times 0,45 + 10 \times 0,05 = 62$$

Следовательно, если студент на промежуточной аттестации (зачете с оценкой) получил:

O4=3-; P4=50

O5=3; P5=60

O6=4-; P6=70

O7=4; P7=80

$$P \text{ зач.} = P4 \times 0,2 + P5 \times 0,2 + P6 \times 0,3 + P7 \times 0,3 = 50 \times 0,2 + 60 \times 0,2 + 70 \times 0,3 + 80 \times 0,3 = 67$$

$$\text{тогда } P \text{ промеж} = P \text{ до зач.} \times 0,6 + P \text{ зач.} \times 0,4 = 62 \times 0,6 + 67 \times 0,4 = 64$$

Таким образом, промежуточный рейтинг по дисциплине «Паллиативная помощь у детей» составит 64 и в зачетку ставится «удовлетворительно».

## **8. ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕБНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ И РЕСУРСОВ СЕТИ «ИНТЕРНЕТ», НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ**

1. Контроль симптомов в паллиативной медицине / под редакцией Г. А. Новикова. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2013. – 248 с. – ISBN 978–5–9704–2367–7 – URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970423677.html>. – Текст: электронный.
2. Педиатрия : национальное руководство : краткое издание / под редакцией А. А. Баранова. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2015. – 768 с. – ISBN 978–5–9704–3409–3. – URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434093.html>. – Текст: электронный.
3. Пономаренко, Г. Н. Реабилитация инвалидов : национальное руководство / под редакцией Г. Н. Пономаренко. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2018. – 736 с. – ISBN 978–5–9704–4589–1. – URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970445891.html>. – Текст: электронный.
4. Понкина, А. А. Правовое регулирование паллиативной медицинской помощи / А. А. Понкина, И. В. Понкин. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2019. – 176 с. – ISBN 978–5–9704–5253–0. – URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970452530.html>. – Текст: электронный.
5. Абузарова, Г. Р. Диагностика и дифференцированная фармакотерапия хронического болевого синдрома у онкологических больных / Г. Р. Абузарова. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2015. – 240 с. – ISBN 978–5–9704–3346–1. – URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433461.html>. – Текст: электронный.
6. Боль : руководство для студентов и врачей / под редакцией Н. Н. Яхно. – 2-е изд. – Москва : МЕДпресс-информ, 2016. – 304 с. – ISBN 9785000300138. – URL: <https://www.books-up.ru/ru/book/bol-194314/>. – Текст: электронный.
7. Двойников, С. И. Вопросы паллиативной помощи в деятельности специалиста сестринского дела : учебник / С. И. Двойников, С. Р. Бабаян, Ю. А. Тарасова [и др.] ; под редакцией С. И. Двойникова. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2018. – 336 с. – ISBN 978–5–9704–4525–9. – URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970445259.html>. – Текст: электронный.
8. Интерстициальные и орфанные заболевания легких / под редакцией М. М. Ильковича. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2016. – 560 с. – ISBN 978–5–9704–3889–3 – URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438893.html>. – Текст: электронный.
9. Папаян, Е. Г. Оказание неотложной медицинской помощи детям. Алгоритмы манипуляций / Е. Г. Папаян, О. Л. Ежова. – Санкт-Петербург : Лань, 2019. – 176 с. – ISBN 978-5-8114-3446-6. – URL: <https://e.lanbook.com/book/113928>. – Текст: электронный.
10. Педиатрия. Основы ухода за больными : учебник / под редакцией А. С. Калмыковой. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2016. – 320 с. – ISBN 978–5–9704–3703–

- 2 – URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970437032.html>. – Текст: электронный.
11. Парфенов, В. А. Хроническая боль и ее лечение в неврологии / В. А. Парфенов, В. А. Головачева. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2018. – 288 с. – ISBN 978–5–9704–4536–5. – URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970445365.html>. – Текст: электронный.
  12. Рыков, М. Ю. Организация медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями в Российской Федерации : руководство для врачей / М. Ю. Рыков, О. А. Манерова, И. А. Турабов ; под редакцией М. Ю. Рыкова. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2020. – 208 с. – ISBN 978–5–9704–5874–7. – URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458747.html>. – Текст: электронный.
  13. Рыков, М. Ю. Онконастороженность в педиатрии / М. Ю. Рыков. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2020. – 80 с. – ISBN 978–5–9704–5399–5. – URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453995.html>. – Текст: электронный.
  14. Сальков, В. Н. Детский церебральный паралич. Причины. Клинические проявления. Лечение и реабилитация / В. Н. Сальков, С. В. Шмелёва, С. В. Коноваленко. – Москва : ГЭОТАР–Медиа, 2020. – 160 с. – ISBN 978–5–9704–5639–2. – URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456392.html>. – Текст: электронный.
  15. Сестринский уход в детской гематологии и онкологии. : практическое руководство для медицинских сестер / под редакцией Р. Е. Самочатовой, А. Г. Румянцева. – Москва : Литтерра, 2011. – 208 с. – ISBN 978–5–4235–0025–2 – URL: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423500252.html>. – Текст: электронный.
  16. Handbook of Pain and Palliative Care : Biopsychosocial and Environmental Approaches for the Life Course / editor Rh. J. Moore. – 2-nd ed. – Cham, Switzerland : Springer, 2018. – 902 p. – ISBN 9783319953687. – URL: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&scope=site&db=nlebk&db=nlabk&AN=2161859>. – Text: electronic.

-

### 8.3 Программное обеспечение и Интернет-ресурсы

1. "Консультант студента" (studmedlib.ru)
2. "BookUp" (www.books-up.ru)
3. "Лань" (e.lanbook.com)
4. "Консультант врача" (www.rosmedlib.ru)
5. Для обучения в ВГМУ используется система Moodle, расположенная по данному адресу: <http://moodle.vsmaburdenko.ru/>.
6. <http://www.nlm.nih.gov/>- Pub Med- главная медицинская поисковая система
7. <http://www.rusmedserv.com/>
8. <http://farmafak.ru/Pediatriya-1.htm> (FARMAFAK.RU - Единственная актуальная медицинская электронная библиотека)
9. <http://medlinks.ru/eng/basi.htm>- медицинские базы данных
10. <http://www.medic-21vek.ru/>- электронный медицинский журнал



11. [http://www.medpoisk.ru/catalog\\_view.php](http://www.medpoisk.ru/catalog_view.php)
12. <http://www.medliter.ru/> (электронные медицинские книги)

## 9. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

1. Аудитория лекционного зала для чтения лекций - административный корпус БУЗ ВО «ВОДКБ №2» (адрес г. Воронеж, ул. 45-й Стрелковой дивизии, 64) - 1
2. Аудитория конференц-зала зала БУЗ ВО «ВОДКБ №2», инфекционный корпус (адрес г. Воронеж, ул. 45-й Стрелковой дивизии, 64) - для чтения лекций -1
3. Учебные аудитории для практических занятий (комнаты №1, 2, 3, 4, 5, 6 инфекционного корпуса БУЗ ВО «ВОДКБ №2», адрес г. Воронеж, ул. 45-й Стрелковой дивизии, 64, учебные комнаты №1 и №2 в МЦ «Здоровый ребенок», адрес: г.Воронеж, ул. Г. Лизюкова, д.24) с оборудованием (столы преподавательские, столы ученические, стулья ученические, тумбочки, шкафы для книг, доска, тумба-рукомойник, столы компьютерные, компьютеры, негатоскопы, копировальная техника, муляж-кукла для тренировки рефлексов новорожденных)
4. Отделения №2, 3, 6, паллиативной помощи, реанимационное инфекционного корпуса БУЗ ВО «ВОДКБ №2», с имеющимся в них оборудованием (адрес г. Воронеж, ул. 45-й Стрелковой дивизии, 64) – 5 отделений.
5. Раздевалка студенческая в инфекционном корпусе БУЗ ВО «ВОДКБ №2» (адрес г. Воронеж, ул. 45-й Стрелковой дивизии, 64, цокольный этаж) – 1
6. ООО «Здоровый ребенок», конференц-зал, г. Воронеж, ул. Лизюкова, 24 (7 этаж).
7. Помещения библиотеки ВГМУ:
  - читальный зал (адрес ВГМУ, Воронежская область, г. Воронеж, ул. Студенческая, д. 10) - 2 зала
  - зал электронных ресурсов находится в электронной библиотеке (кабинет №5) в отделе научной библиографии и медицинской информации в объединенной научной медицинской библиотеке: 26 компьютеров с выходом в интернет (адрес ВГМУ, Воронежская область, г. Воронеж, ул. Студенческая, д. 10) - 1 зал
  - Обучающиеся имеют возможность доступа к сети Интернет в компьютерном классе библиотеки.
  - Обеспечен доступ обучающимся к электронным библиотечным системам (ЭБС) через сайт библиотеки: <http://lib://vtnrgmu.ru/>
8. Зал Учебной виртуальной клиники ВГМУ им. Н.Н. Бурденко с тренажерами для проведения манипуляций и неотложных доврачебных мероприятий (адрес г. Воронеж, ул. Студенческая, д. 12а, цокольный этаж) – 1 зал:
10. Главный корпус ВГМУ им. Н.Н. Бурденко, г. Воронеж, ул. Студенческая, 10 (аудитория №6) с имеющимся в нем мультимедийным оборудованием.
11. Компьютер Cel + монитор -1 шт.
12. Компьютер OLDI Office Pro 170 -1 шт.
13. Компьютер OLDI Office MB -1 шт.
14. Компьютер Core +монитор – 1 шт.
15. Персональный компьютер iRU – 2 шт.
16. Персональный компьютер Philips – 1 шт.
17. Ноутбук Aser - 1 шт.
18. Ноутбук Asus - 1 шт.
19. Системный блок Sempron – 1 шт.
20. Многофункциональный аппарат Canon 3010 A4 (копир+принтер+сканер) - 1 шт.

21. Многофункциональный аппарат лазерный Samsung SCX 4220 (копир+принтер+сканер) – 1 шт.
22. Многофункциональный аппарат лазерный KYOCERA (копир+принтер+сканер) - 1 шт.
23. Принтер Canon LBP -2900 – 2 шт.
24. Монитор Samsung – 2 шт.
25. Монитор LG17 Flatron – 1 шт.
26. Мультимедийный проектор Mitsubishi-1 шт.
27. Проектор М 200 – 1 шт.
28. Наборы таблиц, схем по темам занятия
29. Центильные таблицы
30. Ростомер
31. Сантиметровая лента
32. Весы напольные
33. Тонометры - 5 шт.
34. Термометры- 15 шт.
35. Компьютерная программа ВОЗ Anthro и AnthroPlus.
35. Ситуационные задачи для текущего и промежуточного контроля
36. Тестовые задания для текущего и промежуточного контроля.

**Перечень контрольных вопросов для подготовки к зачёту по дисциплине  
«Паллиативная помощь у детей» по специальности 31.05.02 – педиатрия  
студентов 5 курса педиатрического факультета**

1. Понятие паллиативной медицинской помощи и ее сущность.
2. Принципы и стандарты оказания паллиативной помощи детям.
3. Правовое регулирование деятельности по оказанию паллиативной помощи пациентам с неизлечимыми и прогрессирующими заболеваниями.
4. Право на принятие решений об объемах помощи и медицинских вмешательствах. Информированность, отказ от реанимации и искусственного поддержания жизни – представления в мире и законодательство РФ, определения эвтаназии и основания ее регулирования в разных странах, запрет на эвтаназию в России.
5. Модели и трудности оказания паллиативной помощи детям. Психологические аспекты коммуникаций с детьми и их родителями.
6. Значение правильного положения ребенка с двигательными нарушениями (основные позы с применением технических средств реабилитации).
7. Болевой синдром. Этиология и патофизиология боли в детском возрасте. Типы болевого синдрома, их распространенность и особенности клинической картины при онкологических и неонкологических заболеваниях у детей.
8. Принципы диагностики и оценки боли у детей различных возрастных групп и с различными когнитивными возможностями. Роль физиологических параметров в оценке боли. Правила мониторинга и документирования интенсивности боли.
9. Принципы обезболивания у детей. Нефармакологические и фармакологические методы обезболивания.
10. Особенности использования наркотических анальгетиков у детей, побочные эффекты, отмена и ротация опиатов. Использование адъювантов у детей.
11. Организация питания детей в комплексе паллиативной помощи. Питание особых категорий детей (вскармливание недоношенных детей и детей больных муковисцидозом).
12. Принципы энтерального и парентерального питания и гидратации в паллиативе.
13. Оценка нутритивного статуса, методы. Экспресс – расчет объема энтерального лечебного питания. Пути оказания нутритивной поддержки (коррекция рациона, энтеральное питание, парентеральное питание).
14. Гастростома: показания к постановке. Правила ухода за гастростомой и лечение осложнений. Виды стом и особенности ведения пациентов со стомой.
15. Симптомы, связанные с ЖКТ (синдром кахексии-анорексии, тошнота/рвота, гастроэзофагиальный рефлюкс, запор, диарея, патология слизистой рта, икота): этиология, патогенез, распространенность, диагностика, паллиативный уход и паллиативная помощь (использование фармакологических и нефармакологических методов).
16. Дыхательные симптомы (диспноэ, кашель, шумное дыхание): этиология, патогенез, распространенность, диагностика, паллиативный уход и паллиативная помощь (использование фармакологических и нефармакологических методов).
17. Неврологические симптомы (возбудимость, судороги, дистония, спастика): этиология и патогенез, распространенность, влияние на качество жизни, принципы лечения и мониторинга, показания к привлечению профильных специалистов.
18. Кожные симптомы (пролежни, трофические язвы, распадающиеся наружные опухоли, кожный зуд): основы ухода и профилактики, лечение, мониторинг, обучение по уходу.

19. Онкологические заболевания – инкурабельные или группы высокого риска. Неизлечимые, ограничивающие жизнь гематологические заболевания. Паллиативная помощь.
20. Паллиативная помощь детям при нервно-мышечных болезнях (спинальная мышечная атрофия, мышечные дистрофии, ДЦП).
21. Муковисцидоз. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение. Паллиативная помощь.
22. Врожденные пороки развития и хромосомные болезни. Нейродегенеративные заболевания и болезни обмена. Паллиативная помощь.
23. Респираторная поддержка и ИВЛ на дому в паллиативе.
24. Психологические аспекты переживания утраты, правила общения, навыки активного слушания, использования тишины, выбора лексики, алгоритма преподнесения трудной информации, выстраивания диалога.
25. Паллиативная помощь в терминальной фазе болезни (помощь в конце жизни).. Подходы к питанию и гидратации, антибактериальной, инфузионной и трансфузионной терапии. Клинические аспекты реанимации и искусственного поддержания жизни. Констатация смерти
26. Синдром выгорания медицинских работников. Причины, распространенность, признаки. Способы устранения и профилактики эмоционального выгорания.
27. Неотложные состояния в детской паллиативной помощи. Распространенность, патогенез, причины, факторы риска. Особенности коммуникации и обучения, заблаговременного выбора тактики и составления планов помощи, симптоматическое лечение.
28. Неконтролируемая или слабо поддающаяся лечению боль (резкая, стремительно нарастающая боль, чувствительная к наркотическим анальгетикам, нейропатическая боль, компрессия спинного мозга). Массивное кровотечение. Неотложная помощь.
29. Внезапная тяжёлая дыхательная недостаточность. Синдром верхней полой вены. Неотложная помощь.
30. Внезапное гипервозбуждение. Церебральная возбудимость. Судороги. Судороги в терминальной стадии болезни. Неотложная помощь.

**Перечень тестовых заданий для подготовки к зачёту по дисциплине  
«Паллиативная помощь у детей» по специальности 31.05.02 – педиатрия  
студентов 5 курса педиатрического факультета**

*Выберите один правильный ответ.*

1. ТЕРМИН, НЕ ОТНОСЯЩИЙСЯ К БАЗОВЫМ МЕДИЦИНСКИМ ЭТИЧЕСКИМ ПРИНЦИПАМ, ВХОДЯЩИМ В “PRIMA FACIE”

- 1) Автономность
- 2) Конфиденциальность
- 3) Хорошие намерения
- 4) «Не навреди»
- 5) Справедливость

2. НЕ ОТНОСИТСЯ К МОРАЛЬНЫМ ОБЯЗАННОСТЯМ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ОТНОШЕНИИ РЕБЕНКА\Медицинский патернализм

- 1) Сохранение жизни пациента
- 2) Восстановление здоровья
- 3) Профилактика/предотвращение болезни
- 4) Уважение автономии пациента

3. НЕ ОТНОСИТСЯ К ЭТИЧЕСКИМ ПРИНЦИПАМ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

- 1) Рассматривать жизнь и смерть как естественный процесс
- 2) Не укорачивать жизнь и не удлинять ее неэффективными «куративными» методами
- 3) Облегчать все виды страданий (связанных с телом, умом и душой неизлечимо больного ребенка)
- 4) Родители принимают решение за ребенка

4. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЧАСТЬЮ КОМАНДЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

- 1) Семья больного ребенка
- 2) Мультипрофессиональная команда медицинского и немедицинского сервисов
- 3) Социум
- 4) Окружающая среда

5. РЕБЕНОК, НУЖДАЮЩИЙСЯ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ, НЕ ДОЛЖЕН НАХОДИТЬСЯ

- 1) Дома
- 2) В хосписе/ в палате паллиативной помощи в стационаре
- 3) В реанимации
- 4) В доме ребенка / в интернате

6. В ПРОГРАММЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ НЕ ВХОДИТ

- 1) «контроль симптомов», «ведение в терминальной стадии заболевания»
- 2) «паллиативная помощь в кризисных состояниях»
- 3) «социальная передышка», «психосоциальная помощь»
- 4) «паллиативная медицинская помощь родителям и сиблингам»
- 5) «24-часовая поддержку по телефону 7 дней в неделю»,
- 6) «беривемент (горевание)»

7. К ПРОГРАММЕ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ НА ДОМУ НЕ ОТНОСИТСЯ УТВЕРЖДЕНИЕ

- 1) может функционировать при любом детском медучреждении или хосписе и охватить большое количество детей, в том числе живущих на большом расстоянии
- 2) дорогостоящая модель по сравнению с другими программами паллиативной помощи детям

- 3) очень эффективная модель в отношении цена-качество
  - 4) находиться дома предпочитают практически все дети и родители детей с неонкологической патологией, а также более 80% семей, имеющих детей со злокачественными новообразованиями.
8. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ УСЛУГИ ИВЛ НА ДОМУ В ЕВРОПЕ
- 1) 6 вентилируемых на 100 000 населения
  - 2) 6 вентилируемых на 10 000 населения
  - 3) 6 вентилируемых на 1 000 000 населения
9. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОГРАНИЧИВАЮЩИХ ЖИЗНЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ДЕТСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ
- 1) 10-20 случаев на 10 000
  - 2) 10-20 случаев на 100 000
  - 3) 10-20 случаев на 1 000 000
10. АСТ И ICPCN ВЫДЕЛЯЕТ У ДЕТЕЙ
- 1) 3 группы паллиативной помощи
  - 2) 4 группы паллиативной помощи
  - 3) 5 групп паллиативной помощи
  - 4) 6 групп паллиативной помощи
11. ОЦЕНКА БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПО ШКАЛЕ «FACES» ПРОВОДИТСЯ СЛЕДУЮЩИМ ОБРАЗОМ
- 1) Родители должны выбрать картинку, наиболее соответствующую выражению лица ребенка.
  - 2) Попросить ребенка выбрать картинку, наиболее соответствующую его состоянию.
  - 3) Поднести шкалу к лицу ребенка и определить, какая картинка наиболее соответствует выражению лица ребенка.
  - 4) Спросить ребенка, какая картинка «в среднем» отражает то, как он себя чувствует в данный момент.
12. КАКАЯ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ НИЖЕ СИТУАЦИЙ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ О ТОМ, ЧТО У РЕБЕНКА В ДАННЫЙ МОМЕНТ НЕТ БОЛИ
- 1) Ребенок спит.
  - 2) У ребенка нормальное артериальное давление.
  - 3) У ребенка нормальная частота дыхания.
  - 4) Ребенок говорит, что у него ничего не болит.
13. ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПРОЦЕДУРАХ НУЖНО
- 1) Применять аналгезию в сочетании с отвлекающими мероприятиями, например, чтение книги ребенку.
  - 2) Сказать ребенку, чтобы он был потерпел, потому что после процедуры ему станет лучше.
  - 3) Уверить ребенка, что боль не очень сильная и скоро пройдет.
  - 4) Не разрешать родителям присутствовать при проведении процедуры, так как это может усилить волнение ребенка.
14. НЕДЕЛЮ НАЗАД СЕСТРА 4-ЛЕТНЕГО САШИ, КАТЯ, УМЕРЛА ДОМА ПОСЛЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ БОЛЕЗНИ. НЕСМОТРЯ НА ТО, ЧТО ЕМУ СКАЗАЛИ О СМЕРТИ КАТИ, САША СПРАШИВАЕТ МАТЬ О ТОМ, КОГДА КАТЯ ВЕРНЕТСЯ ДОМОЙ. ЕГО РЕАКЦИЯ ОЗНАЧАЕТ:
- 1) Состояние отрицания.
  - 2) Потерю памяти из-за состояния посттравматического стресса.
  - 3) Представление о смерти, соответствующее его возрасту.
  - 4) Тяжелую психопатологию.

15. КАКОЕ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ УТВЕРЖДЕНИЙ ЯВЛЯЕТСЯ НЕВЕРНЫМ?

- 1) Пропофол – эффективный анальгетик при болях, обусловленных медицинскими манипуляциями.
- 2) Неадекватное обезболивание при повторных процедурах может привести к тяжелому и длительному психотическому расстройству.
- 3) Для эффективного обезболивания целесообразно совместное применение анестезии и седации.
- 4) Адекватное обезболивание при проведении медицинской манипуляции в первый раз влияет на то, как пациент воспримет эту манипуляцию в следующий раз.

16. У РЕБЕНКА, ВЕРБАЛЬНЫЙ КОНТАКТ С КОТОРЫМ НЕВОЗМОЖЕН, ИМЕЕТ МЕСТО ХРОНИЧЕСКИЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ ПАНКРЕАТИТОМ. КАКОЙ ПРИЗНАК, ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ, НЕЛЬЗЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ ОЦЕНКИ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА?

- 1) Ребенка сложно успокоить.
- 2) Ограничение подвижности.
- 3) Изменение артериального давления.
- 4) Снижение реакции на окружающую среду.

17. 10-ЛЕТНЕГО РЕБЕНКА С ВПЕРВЫЕ УСТАНОВЛЕННЫМ ДИАГНОЗОМ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА БЕСПОКОЯТ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ БОЛИ В КОСТЯХ. ЧТО В ДАННОМ СЛУЧАЕ НЕЛЬЗЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА?

- 1) Сочетание ацетаминофена и оксикодона.
- 2) Сочетание ибупрофена и гидрокодона.
- 3) Монотерапию ацетаминофеном.
- 4) Сочетание ацетаминофена и морфина.

18. КАКОЕ ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО ДЛЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ МОЖНО НАЗНАЧИТЬ РЕБЕНКУ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ И ВТОРИЧНОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЕЙ?

- 1) Пентазоцин (Талвин).
- 2) Ибупрофен (Мотрин).
- 3) Меперидин (Демерол).
- 4) Гидроморфин (Дилаудид).

19. 8-ЛЕТНЯЯ АНЖЕЛА СТРАДАЕТ СПИНАЛЬНОЙ МЫШЕЧНОЙ АТРОФИЕЙ. НА ЭТОМ ФОНЕ У НЕЕ ИМЕЕТСЯ РАССТРОЙСТВО ДЫХАНИЯ. КАК ПРАВИЛЬНО ОЦЕНИТЬ ТЯЖЕСТЬ СОСТОЯНИЯ?

- 1) следить за частотой дыхания.
- 2) оценить ее одышку по шкале от 0 до 10.
- 3) определить степень участия в акте дыхания дополнительной мускулатуры.
- 4) определить сатурацию.

20. НАИБОЛЕЕ ОПТИМАЛЬНЫЙ СПОСОБ СЕДАЦИИ

- 1) Увеличить дозу наркотического анальгетика на 50 процентов.
- 2) Назначить другой наркотический анальгетик.
- 3) Дополнительно назначить нейролептик.
- 4) Дополнительно назначить хлоралгидрат

21. ЕВРОПЕЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ВЫДЕЛЯЕТ

- 1) 2 группы больных;
- 2) 3 группы больных;
- 3) 4 группы больных;
- 4) 5 групп больных.

22. К КРИТЕРИЯМ НАПРАВЛЕНИЯ НА ПЕДИАТРИЧЕСКУЮ ПАЛЛИАТИВНУЮ

**ПОМОЩЬ СОГЛАСНО САРС НЕ ОТНОСЯТСЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

- 1) панкреонекроз
- 2) синдром короткой кишки с зависимостью от полного парентерального питания
- 3) терминальные стадии цирроза печени
- 4) тотальный аганглиоз толстого кишечника

**23. К КРИТЕРИЯМ НАПРАВЛЕНИЯ НА ПЕДИАТРИЧЕСКУЮ ПАЛЛИАТИВНУЮ ПОМОЩЬ СОГЛАСНО САРС НЕ ОТНОСЯТСЯ ГЕНЕТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ**

- 1) буллезный эпидермолиз;
- 2) синдром Дауна
- 3) трисомии 18, 13, 15;
- 4) тяжелые формы несовершенного остеогенеза (тип 3 или 4)

**24. К КРИТЕРИЯМ НАПРАВЛЕНИЯ НА ПЕДИАТРИЧЕСКУЮ ПАЛЛИАТИВНУЮ ПОМОЩЬ, СОГЛАСНО САРС, ОТНОСЯТСЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВСЕ КРОМЕ**

- 1) болезнь Краббе
- 2) болезнь Тея-Сакса
- 3) галактоземия;
- 4) мукополисахаридозы

**25. К ТРЕТЬЕЙ ГРУППЕ ПАЛЛИАТИВНЫХ БОЛЬНЫХ, СОГЛАСНО ЕВРОПЕЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ, ОТНОСЯТСЯ ПАЦИЕНТЫ ВСЕ КРОМЕ БОЛЬНЫХ С**

- 1) глубокой недоношенностью
- 2) нервно-мышечными заболеваниями
- 3) распространенными метастатическими формами онкологических заболеваний
- 4) хромосомными аномалиями

**26. К ЧЕТВЕРТОЙ ГРУППЕ ПАЛЛИАТИВНЫХ БОЛЬНЫХ, СОГЛАСНО ЕВРОПЕЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ, ОТНОСЯТСЯ ПАЦИЕНТЫ ВСЕ КРОМЕ БОЛЬНЫХ С**

- 1) муковисцидозом
- 2) недоношенностью
- 3) повреждениями головного/спинного мозга
- 4) тяжелым церебральным параличом

**27. МОДЕЛЬ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, УТВЕРЖДЕННАЯ ПРИКАЗОМ МЗ РФ №193Н, ВКЛЮЧАЕТ**

- 1) выездную патронажную службу + амбулаторную помощь в поликлиниках + хоспис
- 2) выездную патронажную службу + отделения (койки) + хоспис
- 3) отделения (койки) + амбулаторную помощь в поликлиниках + хоспис.

**28. НЕУКЛОННОЕ СНИЖЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ**

- 1) дегенеративных заболеваний
- 2) метаболических нарушений с эпизодами декомпенсации
- 3) рецидивирующих форм злокачественных новообразований

**29. ОГРАНИЧИВАЮЩИЕ ЖИЗНЬ СОСТОЯНИЯ - ЭТО СОСТОЯНИЯ, ПРИ КОТОРЫХ**

- 1) прогнозируется преждевременная смерть, так как нет обоснованной надежды на излечение
- 2) радикальное лечение может быть осуществимо, но часто не дает результатов
- 3) существует высокий риск летального исхода.

**30. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ «ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ» ДАНО В**



- 1) ФЗ РФ №323;
  - 2) постановлении правительства РФ №1074
  - 3) приказе МЗ РФ №1183
  - 4) приказе МЗ РФ №193н.
31. ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ - ЭТО КОМПЛЕКС МЕДИЦИНСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, НАПРАВЛЕННЫХ НА
- 1) избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания
  - 2) облегчение боли и других тяжелых проявлений заболевания
  - 3) облегчение тяжелых проявлений заболевания.
32. ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ
- 1) 24-часовая поддержка по телефону 7 дней в неделю
  - 2) только по графику работы врача паллиативной помощи
  - 3) только по графику работы медицинских учреждений.
33. ПАЛЛИАТИВНУЮ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ, ПРИ НАЛИЧИИ КРИТЕРИЙ ОТНЕСЕНИЯ К ГРУППЕ ПАЛЛИАТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ, НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ
- 1) в критической фазе заболевания
  - 2) в терминальной фазе заболевания
  - 3) как можно раньше (ранняя интеграция)
34. ПЕРВЫЙ ДЕТСКИЙ ХОСПИС ОТКРЫЛСЯ
- 1) в Лондоне, 1967 г.
  - 2) в Лондоне, 1982 г.
  - 3) в США, 1978 г.
  - 4) в США, 1985 г.
35. ПРОГРАММА ПОДДЕРЖКИ СИБЛИНГОВ И БЕРИВЕМЕНТ ЯВЛЯЕТСЯ
- 1) медицинской частью программы паллиативной помощи
  - 2) не выполнимыми при оказании паллиативной помощи
  - 3) немедицинской частью программы паллиативной помощи
  - 4) проектным решением.
36. РАННЯЯ ИНТЕГРАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ НЕОБХОДИМА, ТАК КАК
- 1) освобождает врачей от нагрузки
  - 2) освобождает койки в стационарах
  - 3) предохраняет болезненную передачу пациента от старой команды куративных врачей в «новую» паллиативную в самый сложный период
37. РОДОНАЧАЛЬНИКОМ СОВРЕМЕННОГО ХОСПИСНОГО ДВИЖЕНИЯ СЧИТАЕТСЯ
- 1) Болфур Монт Монреаль
  - 2) Евгения Моисеенко
  - 3) Сесиль Сандерс
  - 4) Френсис Доминика
38. СОГЛАСНО ВОЗ ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ ОКАЗЫВАЕТСЯ
- 1) если ребенок не получает специальное лечение
  - 2) если ребенок получает специальное лечение
  - 3) независимо от того, получает или нет ребенок специальное лечение
39. СОГЛАСНО ЕВРОПЕЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ, ПАЦИЕНТЫ С ЖИЗНЕУГРОЖАЮЩИМИ СОСТОЯНИЯМИ, ДЛЯ КОТОРЫХ СУЩЕСТВУЕТ КУРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, НО ОНО МОЖЕТ ОКАЗАТЬСЯ БЕЗУСПЕШНЫМ, ОТНОСЯТСЯ К
- 1) I группе паллиативных больных

- 2) II группе паллиативных больных
  - 3) III группе паллиативных больных
  - 4) IV группе паллиативных больных.
40. СОГЛАСНО ЕВРОПЕЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ, ПАЦИЕНТЫ С НЕОБРАТИМЫМИ, НО НЕ ПРОГРЕССИРУЮЩИМИ СОСТОЯНИЯМИ, ОТНОСЯТСЯ К
- 1) I группе паллиативных больных
  - 2) II группе паллиативных больных
  - 3) III группе паллиативных больных
  - 4) IV группе паллиативных больных
41. СОГЛАСНО ЕВРОПЕЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ, ПАЦИЕНТЫ С ПРОГРЕССИРУЮЩИМИ СОСТОЯНИЯМИ БЕЗ ВОЗМОЖНОСТЕЙ КУРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ, ТЕРАПИЯ КОТОРЫХ ЯВЛЯЕТСЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ С МОМЕНТА УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА, ОТНОСЯТСЯ К
- 1) I группе паллиативных больных
  - 2) II группе паллиативных больных
  - 3) III группе паллиативных больных
  - 4) IV группе паллиативных больных.
42. СОГЛАСНО ЕВРОПЕЙСКОЙ АССОЦИАЦИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ, ПАЦИЕНТЫ С СОСТОЯНИЯМИ, ТРЕБУЮЩИМИ ДЛИТЕЛЬНЫХ ПЕРИОДОВ ИНТЕНСИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЛЯ ПРОЛОНГИРОВАНИЯ ЖИЗНИ, ОТНОСЯТСЯ К
- 1) I группе паллиативных больных
  - 2) II группе паллиативных больных
  - 3) III группе паллиативных больных
  - 4) IV группе паллиативных больных.
43. СОГЛАСНО ПРИКАЗУ №193Н МЗ РФ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ НЕОБХОДИМ
- 1) медицинский и немедицинский персонал
  - 2) только медицинский персонал
  - 3) только немедицинский персонал.
44. УГРОЖАЮЩИЕ ЖИЗНИ СОСТОЯНИЯ - ЭТО СОСТОЯНИЯ, ПРИ КОТОРЫХ
- 1) нет обоснованной надежды на излечение
  - 2) прогнозируется преждевременная смерть
  - 3) существует высокий риск летального исхода, радикальное лечение может быть осуществимо, но часто не дает результатов
45. УТВЕРЖДЕНИЕ ДОЛЖНОСТИ «ВРАЧ ПО ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ» ЗАКРЕПЛЕНО В
- 1) постановлении правительства РФ №1074
  - 2) приказе МЗ РФ №1183
  - 3) приказе МЗ РФ №193н
  - 4) указе президента РФ №761.
46. УТВЕРЖДЕНИЕ ПОРЯДКА ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ РЕГЛАМЕНТИРУЕТСЯ
- 1) постановлением правительства РФ №1074
  - 2) приказом МЗ РФ №1183
  - 3) приказом МЗ РФ №193н;
  - 4) указом президента РФ №761.
47. ФЛУКТУИРУЮЩЕЕ СНИЖЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ
- 1) дегенеративных заболеваний
  - 2) злокачественных новообразований

3) муковисцидоза с периодическими ухудшениями

48. В ВЫСТРАИВАНИИ КОММУНИКАЦИИ С ПАЦИЕНТОМ МОЖЕТ ПОМОЧЬ

1) вера в бога

2) осмысление и проработка врачом собственных сложностей в экзистенциальном контексте

3) соблюдение социальной дистанции

4) социальная изоляция.

49. В МОДЕЛИ «СГОРАНИЯ» НА РАБОТЕ «ТОПЛИВОМ» МОГУТ СЛУЖИТЬ

1) деньги

2) психологический ресурс

3) социальное положение.

50. В ОТЛИЧИЕ ОТ ЖИВОТНЫХ, КОММУНИКАЦИЯ ЧЕЛОВЕКА ИМЕЕТ В ОСНОВЕ

1) вторую сигнальную систему

2) невербальные сигналы

3) систему инфразвуковых сигналов

4) систему обонятельных сигналов.

51. В РАМКАХ ОБЩЕПРИНЯТОГО ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ХРИСТИАНСКОЙ ЭТИКЕ «СГОРАНИЕ» НА РАБОТЕ ЯВЛЯЕТСЯ

1) грехом

2) добродетелью

3) носит нейтральный характер

4) проступком.

52. В РАМКАХ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ НЕСПОСОБНОСТЬ ПРОФЕССИОНАЛА СПРАВИТЬСЯ С СОБСТВЕННЫМИ ПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОБЛЕМАМИ МОЖНО РАСЦЕНИВАТЬ КАК

1) индивидуальную нейтральную личностную черту

2) неполную профпригодность

3) признак психиатрической патологии

4) принцип, противоречащий христианской деонтологии.

53. ВАЖНЕЙШЕЙ ЧЕРТОЙ КОММУНИКАТИВНОЙ РАМКИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) её экзистенциальный характер

2) её экономический эффект

3) то, что она не играет большой роли в паллиативной помощи

4) то, что такой рамки не существует

54. ДЕТИ, ПОЛУЧАЮЩИЕ ПАЛЛИАТИВНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ

1) всегда когнитивно несохранны

2) всегда когнитивно сохранны

3) могут быть когнитивно сохранны и когнитивно несохранны

4) не могут быть категоризированы с позиции когнитивной сохранности.

55. ДИСКОММУНИКАЦИЯ – ЭТО

1) неверное толкование коммуникативного высказывания

2) патогномичный симптом детского аутизма

3) признак инфекционной энцефалопатии

4) разобщение органов чувств.

56. ДЛИТЕЛЬНО ПЕРСИСТИРУЮЩЕЕ НЕГАТИВНОЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ

1) не представляет серьезной проблемы для врача

- 2) никогда не соматизируется
- 3) становится физиологической проблемой
- 4) чаще всего разрешается само собой

57. КЛЮЧЕВОЙ ЗАДАЧЕЙ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) «добавление дней жизни»
- 2) «добавление жизни дням»
- 3) излечение болезни, угрожающей жизни пациента
- 4) лечение пациентов при помощи плацебо.

58. КЛЮЧЕВЫМИ В ПРАКТИКЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) набор психологических приёмов, позволяющих наиболее незаметно сменить тему разговора с пациентом
- 2) принципы фармакологического действия препаратов, применяемых в паллиативной помощи
- 3) ряд философских концепций, объясняющих происхождение жизни на земле
- 4) центральные мировоззренческие установки, позволяющие наиболее конструктивно производить коммуникацию с пациентами

59. КОММУНИКАЦИЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1) набор последовательных звуков
- 2) одобрительное восприятие любой информации, предоставленной собеседником
- 3) символический обмен
- 4) физическую конфронтацию

60. МОДЕЛЬ «СГОРАНИЯ» НА РАБОТЕ МОЖЕТ

- 1) быть полезной в долгосрочной перспективе
- 2) вызвать неодобрение с точки зрения религиозной этики
- 3) стать причиной эмоционального выгорания специалиста
- 4) укрепить здоровье врача.

61. НАХОЖДЕНИЕ ВРАЧОМ СОБСТВЕННЫХ «БОЛЕЗНЕННЫХ ТОЧЕК» В ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОМ КОНТЕКСТЕ МОЖЕТ ПОМОЧЬ

- 1) более качественно усваивать биомедицинское знание
- 2) выстраивать конструктивную коммуникацию с пациентом
- 3) повысить медицинскую компетентность
- 4) усилить депрессивное расстройство.

62. НЕГАТИВНЫЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ И СТРАХИ ВРАЧА, ВЫРАЖАЮЩИЕСЯ В НЕВЕРБАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ, МОГУТ

- 1) восприниматься другими людьми
- 2) вселять уверенность в пациентов
- 3) транслироваться
- 4) усиливать приверженность пациентов к лечению.

63. ОПЫТ МОЖЕТ ХАРАКТЕРИЗОВАТЬСЯ

- 1) изменчивостью
- 2) модифицируемостью
- 3) постоянством
- 4) хаотичностью.

64. ОПЫТ МОЖНО РАССМАТРИВАТЬ КАК

- 1) глубокое религиозное чувство
- 2) набор отдельных воспоминаний
- 3) результат иллюзорных мыслей
- 4) суммацию впечатлений, ощущений и переживаний

65. ПОЯВЛЕНИЕ ТАКОГО НАПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНЫ КАК ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ МОЖНО РАСЦЕНИВАТЬ КАК

1) большое гуманистическое достижение

2) вынужденную меру

3) признак упадка современной биомедицины

4) свидетельство влияния религии на медицину

66. ПРИ РАССМОТРЕНИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ СУБЪЕКТНО-ОБЪЕКТНЫХ ОТНОШЕНИЙ

1) врач – дающая сторона

2) врач – принимающая сторона

3) дети, родители и близкие люди – дающая сторона

4) дети, родители и близкие люди – принимающая сторона

67. В ДИАГНОСТИКЕ МУКОВИСЦИДОЗА В НЕОНАТАЛЬНОМ СКРИНИНГЕ ОПРЕДЕЛЯЮТ УРОВЕНЬ

1) эластазы-1

2) фетального гемоглобина

3) иммунореактивного трипсина

4) антител к в-клеткам поджелудочной железы

5) 17-оксипрогестерона

68. У ДЕТЕЙ СТАРШЕ ГОДА ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ СОДЕРЖАНИЕ ХЛОРИДОВ ПОТА СОСТАВЛЯЕТ (ММОЛЬ/Л)

1) 20 и более

2) 60 и более

3) 30 и более

4) 40 и более

5) 50 и более

69. СИНУСИТЫ, БРОНХИТЫ, БРОНХОЭКТАЗЫ ВОЗНИКАЮТ В СВЯЗИ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КЛЕТОК МЕРЦАТЕЛЬНОГО ЭПИТЕЛИЯ ВОЗДУХОНОСНЫХ ПУТЕЙ ПРИ СИНДРОМЕ

1) Мак-Леода

2) Картагенера-Зиверта

3) Вильямса-Кемпбела

4) Вагенера

5) Хантера

70. ЗЕРКАЛЬНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ, ЧАСТЫЕ СИНУСИТЫ, ОТИТЫ, БРОНХИТЫ, БРОНХОЭКТАЗЫ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СИНДРОМА

1) Мак-Леода

2) Картагенера-Зиверта

3) Вильямса-Кемпбела

4) Вагенера

5) Хантера

71. САМЫМ РАННИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ МУКОВИСЦИДОЗА МОЖЕТ БЫТЬ

1) задержка внутриутробного развития

2) мекониальный илеус

3) пороки развития легких и бронхов

4) затяжная желтуха новорожденного

5) неонатальный сепсис

72. СИНДРОМ «ЦИЛИАРНОЙ ДИСКИНЕЗИИ» ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

1) муковисцидоза

2) затяжного течения пневмонии

3) синдрома картегенера

4) поликистоза легких

5) гемосидероза легких

73. ПРИ ЛЕЧЕНИИ КИШЕЧНОЙ ФОРМЫ МУКОВИСЦИДОЗА НАЗНАЧАЮТ

1) глюкокортикостероиды

2) анаболические средства

3) ферментативные препараты

4) антибактериальные средства

5) нестероидные противовоспалительные средства

74. К КЛИНИЧЕСКИМ ФОРМАМ МУКОВИСЦИДОЗА ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

1) отечный

2) смешанной кишечно-легочной

3) преимущественно легочной

4) преимущественно кишечной

5) мекониального илеуса

75. ЗАБОЛЕВАНИЕ СОПРОВОЖДАЮЩЕЕСЯ ПОРАЖЕНИЕМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1) мукополисахаридоз типа 1н

2) муковисцидоз

3) болезнь Шейе

4) болезнь Гоше

5) синдром Картагенера

76. ТИП НАСЛЕДОВАНИЯ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ

1) аутосомно-рецессивный

2) аутосомно-доминантный

3) х-сцепленный рецессивный

4) х-сцепленный доминантный

5) у-сцепленный

77. ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ НАРУШАЕТСЯ ТРАНСПОРТ

1) брома и натрия

2) хлора и натрия

3) железа и натрия

4) хлора и железа

5) брома и хлора

78. ДЛЯ КАКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ, СОПРОВОЖДАЮЩЕГОСЯ СИНДРОМОМ МАЛЬАБСОРБЦИИ, ХАРАКТЕРНА СТЕАТОРЕЯ

1) непереносимость лактозы

2) целиакия

3) муковисцидоз

4) экссудативная энтеропатия

5) дефицит альфа-1-антитрипсина

79. САМЫЕ ТЯЖЕЛЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ МУКОВИСЦИДОЗА НАБЛЮДЕНИЕМ ПРИ МУТАЦИИ

1) r 117 h

2) r 1162 x

3) del f 508

4) del f 501

5) r 115 y

80. ТЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ МУКОВИСЦИДОЗА ОПРЕДЕЛЯЕТ ПОРАЖЕНИЕ

1) бронхолегочной системы

- 2) желудочно-кишечного тракта
- 3) урогенитального тракта
- 4) гепатобилиарной системы
- 5) эндокринной системы

81. СИНДРОМ ВИЛЬЯМСА-КЕМПБЕЛЛА ОТНОСИТСЯ К

- 1) порокам развития легких
- 2) распространенным порокам развития стенки бронхов
- 3) пороку развития плевры
- 4) генетически-детерминированным заболеванием
- 5) системным заболеваниями

82. ОТСУТСТВИЕ ЛЕГКОГО ВМЕСТЕ С ГЛАВНЫМ БРОНХОМ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) аплазией
- 2) агенезией
- 3) атрезией
- 4) гипоплазией
- 5) гиперплазией

83. ОДНОВРЕМЕННОЕ НЕДОРАЗВИТИЕ БРОНХОВ И ЛЕГОЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ НАЗЫВАЮТ

- 1) аплазией
- 2) агенезией
- 3) атрезией
- 4) гипоплазией
- 5) гиперплазией

84. ДИАГНОЗ МУКОВИСЦИДОЗА МОЖНО ПОДТВЕРДИТЬ СЛЕДУЮЩИМИ ИССЛЕДОВАНИЯМИ

- 1) рентгенографией грудной клетки
- 2) определением концентрации хлоридов в поте
- 3) исследованием кала на эластазу-1
- 4) бактериологическим анализом кала
- 5) ультразвуковым исследованием поджелудочной железы

85. МАЛЬЧИК 10 ЛЕТ. БОЛЕН С 2-Х ЛЕТ, ЧАСТЫМИ ЗАТЯЖНЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ. ОТСТАЕТ В ФИЗИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ, ПОНИЖЕННОГО ПИТАНИЯ, БЛЕДНЫЙ, ЧАСТЫЙ КАШЕЛЬ С ГНОЙНОЙ МОКРОТОЙ. СПРАВА АСИММЕТРИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ: СУЖЕНИЕ МЕЖРЕБЕРНЫХ ПРОМЕЖУТКОВ СПРАВА, ФИБРОЗНАЯ ТЯЖИСТОСТЬ, НЕГОМОГЕННОЕ ЗАТЕМНЕНИЕ ПРАВОГО ЛЕГКОГО. ПРЕДПОЛАГАЕМЫЙ ДИАГНОЗ:

- 1) правосторонняя нижнедолевая пневмония
- 2) гипоплазия правого легкого
- 3) бронхоэктатическая болезнь
- 4) рецидивирующая пневмония
- 5) поликистоз правого легкого

86. В КАЧЕСТВЕ МУКОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ДЛЯ БОЛЬНЫХ МУКОВИСЦИДОЗОМ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЙ ВСЕГО ПРИМЕНЯТЬ

- 1) амброксол
- 2) дорназу-альфа
- 3) щелочные ингаляции
- 4) фотоингаляции
- 5) ингаляции гипертоническим раствором хлорида натрия

87. ДЛЯ НЕОНАТАЛЬНОГО СКРИНИНГА МУКОВИСЦИДОЗА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ОПРЕДЕЛЕНИЕ

- 1) мутации гена CFTR
- 2) иммунореактивного трипсина крови
- 3) потового теста
- 4) эластазы-1 кала
- 5) ИРТ кала

88. В ЭТИОЛОГИИ ОБОСТРЕНИЙ БРОНХОЛЕГОЧНОГО ПРОЦЕССА ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМА РОЛЬ

- 1) микоплазмы
- 2) синегнойной палочки
- 3) хламидии
- 4) пневмококка
- 5) клебсиеллы

89. ПАРАДОКСАЛЬНАЯ ЭМБОЛИЯ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА МОЖЕТ ВОЗНИКАТЬ ПРИ ОТСУТСТВИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ВПС

- 1) стеноза аорты
- 2) декстрокардии
- 3) дефекта межжелудочковой перегородки
- 4) открытого аортального протока
- 5) открытого овального окна

90. ВРОЖДЕННЫЙ ПОРОК СЕРДЦА, ПРИ КОТОРОМ ВНУТРИУТРОБНО МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ВОДЯНКА ПЛОДА

- 1) транспозиция магистральных сосудов
- 2) тетрада Фалло
- 3) атрио-вентрикулярная коммуникация
- 4) коарктация аорты
- 5) болезнь толочинова-роже

91. ДЛЯ ДЕТЕЙ С ДЕФЕКТОМ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ХАРАКТЕРНО

- 1) наличие тотального тёмно-фиолетового цианоза
- 2) отсутствие пульсации на бедренных артериях
- 3) указание в анамнезе на затяжные и рецидивирующие пневмонии и бронхиты
- 4) возникновение гипоксического приступа
- 5) развитие ожирения

92. УКАЖИТЕ ПРИ КАКИХ ПОРОКАХ СЕРДЦА НАБЛЮДАЕТСЯ ЛЕВО-ПРАВЫЙ ВНУТРИСЕРДЕЧНЫЙ ШУНТ КРОВИ

- 1) дефект межжелудочковой перегородки
- 2) дефект межпредсердной перегородки
- 3) тетрада фалло
- 4) атриовентрикулярный канал
- 5) артериальный персистирующий проток

93. ВПС С УМЕНЬШЕНИЕМ ЛЕГОЧНОГО КРОВОТОКА - ЭТО

- 1) дефект межпредсердной перегородки
- В) тетрада фалло
- С) дефект межжелудочковой перегородки
- 4) атриовентрикулярный канал
- Е) коарктация аорты

94. ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА ФОМИРУЮТСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ НАРУШЕНИЯ ЭМБРИОГЕНЕЗА В ПЕРИОД



- 1) со 2 по 8 неделю беременности
- 2) с 20 по 25 неделю беременности
- 3) с 25 по 30 неделю беременности
- 4) с 12 по 18 неделю беременности
- 5) с 38 по 40 неделю беременности

95. ПРИ ДЕФЕКТЕ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ОБУСЛОВЛЕН

- 1) сбросом крови через дефект межпредсердной перегородки
- 2) относительной недостаточностью митрального клапана
- 3) относительной недостаточностью трехстворчатого клапана
- 4) относительным стенозом легочной артерии
- 5) относительным стенозом устья аорты

96. ПРИ ОТКРЫТОМ АРТЕРИАЛЬНОМ ПРОТОКЕ НАИБОЛЕЕ ТИПИЧЕН ШУМ

- 1) систолический над всей областью сердца, хорошо проводится на правую сторону грудной клетки и на спину в *punctum maximum* в IV межреберье слева от грудины
- 2) систолический на верхушке сердца, лучше всего выслушивается во сне
- 3) систолический в левой аксиллярной области, ослабление 2 тона над легочной артерией
- 4) систоло-диастолический («машинный») во втором межреберье слева у грудины
- 5) диастолический во втором межреберье справа у грудины, симптом «кошачьего мурлыканья»

97. ПРИ ДЕФЕКТЕ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ НАИБОЛЕЕ ТИПИЧЕН ШУМ

- 1) систолический над всей областью сердца, хорошо проводится на правую сторону грудной клетки и на спину в *punctum maximum* в IV межреберье слева от грудины
- 2) систолический на верхушке сердца, лучше всего выслушивается во сне
- 3) систолический в левой аксиллярной области, ослабление 2 тона над легочной артерией
- 4) систоло-диастолический («машинный») во втором межреберье слева у грудины
- 5) диастолический во втором межреберье справа у грудины, симптом «кошачьего мурлыканья»

98. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ СЛЕДУЮЩЕГО ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА СЕРДЦА

- 1) стеноза аорты
- В) коарктации аорты
- С) стеноза легочной артерии
- 4) дефекта межжелудочковой перегородки
- Е) открытого артериального протока

99. ПРИ ИЗОЛИРОВАННОЙ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ В ТИПИЧНОМ МЕСТЕ ОДНОЙ ИЗ ЖАЛОБ РЕБЕНКА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) боли в грудной клетке при глубоком вдохе
- 2) боли в области левой лопатки, иррадиирующие в левую верхнюю конечность
- 3) боли в животе после еды
- 4) боли в пояснице при наклонах туловища
- 5) боли и слабость в ногах при ходьбе

100. НАИБОЛЕЕ ГРОЗНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА С ГЕМОДИНАМИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫМ ОБОГАЩЕНИЕМ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) нарушение ритма сердца
- 2) артериальная гипертензия
- 3) легочная гипертензия
- 4) инсульт

5) ишемия миокарда

101. ВЫРАЖЕННОСТЬ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ ПРИ ТЕТРАДЕ ФАЛЛО В БОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ ЗАВИСИТ ОТ

- 1) площади дефекта межжелудочковой перегородки
- 2) площади дефекта межпредсердной перегородки
- 3) степени гипертрофии правого желудочка
- 4) степени декстропозиции аорты
- 5) степени стеноза легочной артерии

102. ВПС, ПРИ КОТОРОМ НАБЛЮДАЕТСЯ ГРАДИЕНТ ДАВЛЕНИЯ МЕЖДУ ВЕРХНИМИ И НИЖНИМИ КОНЕЧНОСТЯМИ, - ЭТО

- 1) коарктация аорты
- 2) ДМЖП
- 3) тетрада Фалло
- 4) ОАП
- 5) стеноз ЛА

103. ПРЕПАРАТ, ПРОТИВОПОКАЗАННЫЙ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ОДЫШЕЧНО-ЦИАНОТИЧЕСКОГО ПРИСТУПА ПРИ ТЕТРАДЕ ФАЛЛО

- 1) дигоксин
- 2) кордиамин
- 3) седуксен
- 4) промедол
- 5) гидрокортизон

104. СЕРДЕЧНЫЕ ГЛИКОЗИДЫ ПРОТИВОПОКАЗАНЫ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ОДЫШЕЧНО-ЦИАНОТИЧЕСКОГО ПРИСТУПА ПРИ ТЕТРАДЕ ФАЛЛО, ПОТОМУ ЧТО

- 1) увеличивается венозно-артериальный сброс и нарастает обструкция выходного тракта правого желудочка
- 2) не противопоказаны, так как сг купируют признаки сердечной недостаточности
- 3) снижается венозно-артериальный сброс и снижается обструкция выходного тракта правого желудочка
- 4) увеличивается артерио-венозный сброс и купируется обструкция выходного тракта правого желудочка
- 5) снижается венозно-артериальный сброс и нарастает обструкция выходного тракта левого желудочка

105. ДЛЯ ВРОЖДЕННОЙ КРАСНУХИ ХАРАКТЕРНО СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ

- 1) сепсис
- 2) фебрильные судороги
- 3) катаракта
- 4) двс-синдром
- 5) миокардит

106. КАКАЯ ФОРМА ЛЕЙКОЗА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ У ДЕТЕЙ

- 1) острый лимфобластный
- 2) острый миелобластный
- 3) острый эритромиелоз
- 4) острый монобластный
- 5) хронический миелоидный

107. В ОСНОВЕ ПАТОГЕНЕЗА ЛЕЙКОЗА ЛЕЖИТ

- 1) бластная трансформация клетки и угнетение нормальных ростков кроветворения
- 2) возникновение иммунных комплексов антиген+антитело

- 3) реактивные изменения костного мозга
- 4) нарушения функционирования макрофагов
- 5) образование циркулирующих иммунных комплексов

108. ПРИ ЛЕЙКОЗАХ У ДЕТЕЙ АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ СВЯЗАН С

- 1) дефицитом витамина B12
- 2) дефицитом железа
- 3) гемолизом
- 4) угнетением эритропоэза
- 5) недостатком факторов свертывания крови

109. ПРИ ОСТРОМ ЛЕЙКОЗЕ У ДЕТЕЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ СВЯЗАН С

- 1) все перечисленное верно
- 2) повышенным разрушением тромбоцитов в результате выработки антитромбоцитарных антител
- 3) гемолизом эритроцитов
- 4) угнетением тромбоцитарного ростка
- 5) недостатком факторов свертывания крови

110. ПОСТАВИТЬ ДИАГНОЗ «ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ» МОЖНО ПРИ НАЛИЧИИ БЛАСТОВ В МИЕЛОГРАММЕ В КОЛИЧЕСТВЕ (%)

- 1) 15
- 2) 50
- 3) 10
- 4) 5
- 5) 2

111. ПРИ ПОЛНОЙ КЛИНИКО-ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА СОДЕРЖАНИЕ БЛАСТНЫХ КЛЕТОК В МИЕЛОГРАММЕ СОСТАВЛЯЕТ НЕ БОЛЕЕ (В %)

- 1) 15
- 2) 5
- 3) 10
- 4) 20
- 5) 25

112. ОСТРЫЙ И ХРОНИЧЕСКИЙ ЛЕЙКОЗ ОТЛИЧАЮТСЯ ДРУГ ОТ ДРУГА

- 1) длительностью течения заболевания
- 2) степенью дифференцировки опухолевых клеток
- 3) остротой клинических проявлений
- 4) возрастом установления диагноза
- 5) верно все

113. ЛЕЙКЕМИЧЕСКИЙ ПРОВАЛ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ

- 1) гемолитической анемии
- 2) острого лейкоза
- 3) болезни Ходжкина
- 4) лимфогранулематоза
- 5) хронического лейкоза

114. ЛЕЙКЕМИЧЕСКИЙ ПРОВАЛ - ЭТО

- 1) отсутствие миелобластов при наличии всех других миелоидных форм
- 2) отсутствие полиморфноядерных гранулоцитов при наличии их предшественников
- 3) отсутствие промиелоцитов, миелоцитов, метамиелоцитов при наличии миелобластов и полиморфноядерных гранулоцитов
- 4) отсутствие моноцитов при наличии всех генераций гранулоцитов
- 5) значительное уменьшение или полное отсутствие нейтрофильных лейкоцитов

115. ЛЕЙКЕМИЧЕСКИЙ ПРОВАЛ - ЭТО

- 1) сдвиг лейкоцитарной формулы влево
- 2) повышение уровня палочкоядерных нейтрофилов
- 3) отсутствие в лейкоцитарной формуле созревающих нейтрофилов при наличии бластов
- 4) выраженная тромбоцитопения
- 5) панцитопения

116. В ТЕРАПИИ ОСТРОГО ЛЕЙКОЗА ПРИ КРОВОТЕЧЕНИИ БОЛЬНОМУ С ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ ЦЕЛЬЮ ПОКАЗАНА ТРАНСФУЗИЯ

- 1) концентратов комбинированных препаратов факторов свертывания крови
- 2) тромбоцитов
- 3) криопреципитата
- 4) «отмытых» эритроцитов
- 5) дицинона

117. ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ У ДЕТЕЙ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ

- 1) геморрагическом васкулите
- 2) остром лейкозе
- 3) железодефицитной анемии
- 4) гемолитической анемии
- 5) верно все

118. ДИАГНОЗ «ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ» НЕСОМНЕНЕН ПРИ

- 1) анемическом и геморрагическом синдроме
- 2) тотальном бластозе в костном мозге
- 3) появлении бластных клеток в гемограмме
- 4) угнетении всех ростков кроветворения в костном мозге
- 5) генерализованной лимфоаденопатии

119. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНЫЙ РЕФЛЮКС ВОЗНИКАЕТ

- 1) при занятии спортом
- 2) в ночное время
- 3) натощак
- 4) после приема пищи
- 5) нет правильного ответа

120. ФАКТОРАМИ ЗАЩИТЫ В ПАТОГЕНЕЗЕ ГЭРБ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) гиперсекреция соляной кислоты
- 2) воздействие желчных кислот
- 3) действие лизолецитина
- 4) недостаточность кардии
- 5) своевременная эвакуация желудочного содержимого

121. К ВНЕПИЩЕВОДНЫМ ПРОЯВЛЕНИЯМ ГЭРБ ОТНОСЯТ

- 1) одинофагию
- 2) эрозию эмали зубов
- 3) нарушения стула
- 4) эпигастральную боль
- 5) симптом «мокрого пятна»

122. ПОВЫШАЮТ ТОНУС НИЖНЕГО ПИЩЕВОДНОГО СФИНКТЕРА

- 1) секретин
- 2) гастрин
- 3) глюкагон
- 4) холецистокинин
- 5) желудочный тормозной полипептид

123. К РЕКОМЕНДАЦИЯМ ДЕТЯМ С ГЭРБ МОЖНО ОТНЕСТИ

- 1) набор веса при астеническом телосложении
- 2) спать с приподнятым головным концом кровати
- 3) тренировка мышц передней брюшной стенки
- 4) дневной сон сразу после обеда
- 5) кормить грудных детей под углом 15-20 градусов

124. КОМПОНЕНТ АНТИРЕФЛЮКСНОЙ СМЕСИ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ ЕЕ СВОЙСТВА

- 1) прокинетик домперидон
- 2) метоклопрамид
- 3) рисовый крахмал
- 4) пребиотики и пробиотики
- 5) лактобактерии *L.gautery*

125. ПО БРИСТОЛЬСКОЙ ШКАЛЕ ФОРМЫ КАЛА КОЛБАСОВИДНЫЙ КАЛ С МЯГКОЙ И ГЛАДКОЙ ПОВЕРХНОСТЬЮ ОТНОСИТСЯ К ТИПУ

- 1) 1 типу
- 2) 3 типу
- 3) 4 типу
- 4) 5 типу
- 5) 7 типу

126. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИ У БОЛЬНЫХ С БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ВЫЯВЛЯЕТСЯ

- 1) деформация и усиление легочного рисунка
- 2) расширение ретростернального пространства
- 3) линия дамуазо
- 4) высокое стояние диафрагмы
- 5) легочный рисунок не изменен

127. ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БРОНХОЭКТАТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ РЕКОМЕНДОВАНО ПРИ

- 1) обширных двусторонних бронхоэктазах
- 2) эмфиземе легких
- 3) при односторонних локализованных бронхоэктазах, являющихся источником частых обострений
- 4) легочно-сердечной недостаточности
- 5) кровотечениях в объеме 50 мл/сут

128. АГЕНЕЗИЯ - ЭТО

- 1) порок развития, при котором отсутствует лёгкое или его часть при наличии культы рудментарного главного бронха
- 2) порок развития, характеризующийся полным отсутствием лёгкого и соответствующего ему главного бронха
- 3) одновременное недоразвитие элементов лёгкого, встречающееся на уровне сегмента, доли или всего лёгкого
- 4) расширение просвета трахеи и крупных бронхов вследствие врожденного недоразвития мышечных и эластических волокон их стенок
- 5) несостоятельность хрящей трахеи и бронхов, вызывающая их аномальное спадание в процессе дыхания

129. АПЛАЗИЯ - ЭТО

- 1) одновременное недоразвитие элементов лёгкого, встречающееся на уровне сегмента, доли или всего лёгкого
- 2) порок развития, при котором отсутствует лёгкое или его часть при наличии культы рудментарного главного бронха

- 3) расширение просвета трахеи и крупных бронхов вследствие врожденного недоразвития мышечных и эластических волокон их стенок
- 4) несостоятельность хрящей трахеи и бронхов, вызывающая их аномальное спадание в процессе дыхания
- 5) порок развития, характеризующийся полным отсутствием лёгкого и соответствующего ему главного бронха

#### 130. СИНДРОМ ВИЛЬЯМСА-КАМПБЕЛЛА - ЭТО

- 1) гипоплазия хрящей и эластических тканей бронхов 3-4 порядков
- 2) врождённая слабость стенок бронхиол
- 3) расширение просвета трахеи и крупных бронхов вследствие врожденного недоразвития мышечных и эластических волокон их стенок
- 4) порок развития, характеризующийся полным отсутствием лёгкого и соответствующего ему главного бронха
- 5) одновременное недоразвитие элементов лёгкого, встречающееся на уровне сегмента, доли или всего лёгкого

#### 131. МУКОВИСЦИДОЗ - ЭТО

- 1) генетически детерминированное заболевание, в основе которого лежит нарушение двигательной активности ресничек респираторного тракта
- 2) гипоплазия хрящей и эластических тканей бронхов 3-4 порядков
- 3) поражение альвеол и лёгочного интерстиция, возникающее в результате аллергической реакций
- 4) полиорганное заболевание, характеризуется нарушением секреции экзокринных желёз, преимущественно дыхательного и желудочно-кишечного тракта
- 5) расширение просвета трахеи и крупных бронхов вследствие врожденного недоразвития мышечных и эластических волокон их стенок

#### 132. КАКОЙ ТИП НАСЛЕДОВАНИЯ У СИНДРОМА КАРТАНГЕРА

- 1) аутосомно- доминантный
- 2) аутосомно-рецессивный
- 3) сцепленное с полом доминантное
- 4) сцепленное с полом рецессивное
- 5) аутосомный, ограниченный полом

#### 133. ПОРАЖЕНИЕ ЛЁГКИХ ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ

- 1) нарушения двигательной активности ресничек респираторного тракта
- 2) образования бронхоэктазов
- 3) повышения вязкости мокроты, нарушения мукоцилиарного клиренса
- 4) гипоплазии хрящей и эластических тканей бронхов
- 5) снижения концентрации альфа1- антитрипсина

#### 134. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОТОКОЛЫ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕЙКОЗА СОСТАВЛЯЮТ

- 1) 12 месяцев
- 2) 48 месяцев
- 3) 6 месяцев
- 4) 24 месяца
- 5) 1 месяц

#### 135. ПРОГНОЗ ДЛЯ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ ПРИ ЛЕЙКОЗЕ СОСТАВЛЯЕТ...%

- 1) 15
- 2) 85
- 3) 65
- 4) 50
- 5) 20

**Перечень ситуационных задач для подготовки к зачёту по дисциплине  
«Паллиативная помощь у детей» по специальности 31.05.02 – педиатрия  
студентов 5 курса педиатрического факультета**

**Задача №1**

Девочка Д., возраст 10-лет, диагноз: Диссеминированная лимфома, Рецидив 3, поражение головного мозга, костей, органов грудной и брюшной полости, выраженный болевой синдром. Госпитализирована в детское отделение для решения вопроса о проведении химиотерапии и обезболивающей/ симптоматической терапии. Ее мама погибла в автокатастрофе 2 года назад, отец девочки – единственный опекун, который еще заботится о двух младших детях, с девочкой не присутствует. Девочка способна отвечать на любые вопросы по поводу своей боли.

Вопросы:

1. Какова первоочередная задача врача?
2. Как бы Вы оценивали боль у данной пациентки?
3. Какие вопросы Вы бы задавали?
4. Что Вам необходимо знать из анамнеза Д.?
5. Какую шкалу можно предложить Д.?

**Задача №2**

Мальчик А., 16 лет, диагноз: миопатия Дюшенна, кифосколиоз 4ст. Последние полгода жалуется на систематические головные боли по утрам, болевые приступы в области сердца, панические атаки и приступы одышки.

Вопросы:

1. Чем можно объяснить жалобы пациента?
2. Что Вы предпримете, чтобы подтвердить предположение?
3. Какое лечение Вы предложите?
4. Кто должен наблюдать пациента в процессе назначенного Вами лечения?
5. Ваша тактика, если родители или пациент будут категорически отказываться от предложенного Вами лечения?

**Задача №3**

Мальчик Н., 1 год, вес 10 кг, диагноз: Метастатическая нейробластома, состояние после аутотрансплантации костного мозга, рецидив, очень сильный болевой синдром. Ребенок шумный, беспокойный, плачет. Начальный уровень дыхания 35/минуту. Для снятия умеренной и острой боли был назначен анальгетик. Был выбран пероральный способ приема. Первая доза была дана в 6.00 и повторно давалась каждые 4 часа. В 7.00 боль утихла. В 18.00 после приема трех доз ребенок стал сонливым и дыхание замедлилось до 10/минуту.

Вопросы:

1. Какой препарат вероятнее всего был назначен, какой способ введения был предпочтителен в данной ситуации?
2. Какую стартовую дозу следовало бы назначить?
3. Каково соотношение перорального и парентерального способа приема назначенного препарата?
4. Что необходимо предпринять для снятия угнетения дыхания и сонливости в данном случае?
5. Отменять препарат или продолжить его далее, в какой дозе?

**Задача №4**

5-летней девочке была выполнена костно-мозговая пункция. Несмотря на применение местных анестетиков, она плачет и жалуется на боль в месте пункции. Выберите наиболее подходящий ответ.

- A. Поверить пациенту и дополнительно дать обезболивающий препарат;
- B. Спросить медсестру, надо ли дополнительно вводить ребенку обезболивающий препарат;
- C. Спросить родителей, считают ли они, что ребенок испытывает боль;
- D. Сказать ребенку, что вы уже дали достаточно обезболивающих препаратов.

#### **Задача №5**

Новорожденный родился с трисомией по 18-й хромосоме. Эта хромосомная аномалия является прогностически неблагоприятной. Как следует поступить согласно федеральным законам США?

- A. Лечебные и реанимационные мероприятия проводятся в полном объеме.
- B. Прежде чем прекратить лечебные и реанимационные мероприятия любому ребенку в возрасте до 1 года необходимо проконсультироваться с этическим комитетом.
- C. Если диагностирована смерть мозга, то разрешено отказываться от проведения лечебных и реанимационных мероприятий.
- D. Если лечебные и реанимационные мероприятия не предотвратят летальный исход, то они могут быть прекращены независимо от возраста пациента.

#### **Задача №6**

Девочка, находящаяся в терминальном состоянии, весом 30 кг с обезболивающей целью получала 15 мг морфина через гастростому каждые 4 часа. За прошедшие сутки девочка нуждалась в пяти дополнительных введениях морфина по поводу острой боли. На момент осмотра частота дыхания 8 раз в минуту, она беспокойна и сейчас время для планового введения морфина. Как следует поступить?

- A. Воздержаться от введения морфина, так как у пациентки угнетение дыхания.
- B. Ввести половинную дозу морфина, что составит 7,5 мг морфина через гастростому.
- C. Продолжить введение плановой дозы морфина (15 мг каждые 4 часа через гастростому) с дополнительной «спасительной» дозой морфина при необходимости.
- D. Увеличить плановую дозу препарата как минимум на 50 процентов. Если при этом не удастся избежать «спасительной» дозы препарата, то она также увеличивается на 50 процентов.

#### **Задача №7**

У маленького ребенка с ВПС во время операции имела место тяжелая церебральная ишемия. По тяжести состояния он находится в отделении интенсивной терапии и реанимации (ОИТР). В каком случае будет осуществлен переход на принципы паллиативной помощи?

- A. Распоряжение не усиливать медицинские меры по поддержанию жизни.
- B. Прогнозируемая длительность жизни 6 месяцев и менее, если болезнь будет протекать обычным образом.
- C. Понимание, что паллиативная помощь может включать как интенсивное лечение, так и лечение, продлевающее жизнь.
- D. Перевод ребенка из ОИТР.

#### **Задача №8**

У 14-летнего мальчика впервые диагностирована остеогенная саркома. При комплексном исследовании установлено, что объем опухоли небольшой, данных о



наличии метастаз на момент диагностики не получено. Прогноз благоприятный. Планируется хирургическое вмешательство и химиотерапия. Однако ребенок восклицает: «Почему Бог наказал меня? Я не хочу умирать!» Наиболее правильным будет: уверить его, что он скорее всего вылечится, и:

- A. Оказать адекватную психологическую поддержку.
- B. Поделиться своими взглядами на религию и Божий промысел.
- C. Сказать, что его волнение может помешать его выздоровлению.
- D. Сказать, что его беспокойство не соответствует прогнозу заболевания.

#### **Задача №9**

3-летний ребенок с опухолью Вильмса был прооперирован 2 дня назад. В целях обезболивания ребенок планово получает ацетаминофен (парацетамол). При этом он продолжает жаловаться на сильную боль. Что из ниже приведенного является правильным?

- A. Дети всех возрастных групп имеют повышенный риск угнетения дыхания.
- B. Из-за возрастных особенностей нервной системы у детей имеется повышенный риск развития медикаментозной зависимости.
- C. У детей не может быть выраженного болевого синдрома, потому что у них еще недостаточно развиты проводящие пути.
- D. При наличии выраженного болевого синдрома дети должны получать адекватную терапию, в том числе и наркотические анальгетики.

#### **Задача 10**

Тяжесть состояния 10-летнего мальчика Дениса обусловлена терминальной стадией лейкоза. В дальнейшем будет осуществляться симптоматическая терапия в домашних условиях. Какое из приведенных ниже мероприятий будет наиболее важным?

- A. После того как Денис вернется домой определить какое медицинское оборудование ему потребуется.
- B. Обсудить с Денисом и членами его семьи возможные проявления болезни и симптоматическую терапию.
- C. Сказать членам семьи, что вероятнее всего летальный исход наступит в течение 6 месяцев.
- D. Постараться не обсуждать вопросы, связанные со школой, поскольку маловероятно, что он вернется в школу.

#### **Задача 11**

Ребенок, страдающий муковисцидозом, жалуется на сильные боли в суставах. В целях обезболивания получил НПВП в максимальной дозе, при этом сохраняется сильная боль 7–10 баллов по ВАШ. Вес ребенка стабильный. Тяжелые нарушения функции внешнего дыхания и связанные с этим госпитализации были редкими. Каковы действия врача?

- A. Продолжать терапию НПВП в той же дозе + психотерапия.
- B. Назначить комплексную терапию, включающую НПВП, физиотерапию, психотерапию и наркотические анальгетики.
- C. Добавить только физиотерапию.
- D. Назначить психотерапию и физиотерапию; от назначения наркотических анальгетиков следует воздержаться до развития терминального состояния.

#### **Задача 12**

Ребенок, страдающий терминальной стадией онкологического заболевания, в целях обезболивания получал фиксированную дозу наркотических анальгетиков. В настоящее время, чтобы достичь обезболивающего эффекта, требуется увеличение дозы наркотического анальгетика. Какова причина, приведшая к необходимости повысить

дозу наркотического анальгетика?

- A. Развитие толерантности.
- B. Развитие привыкания.
- C. Прогрессирование основного заболевания.
- D. Депрессия; требование, может быть, завуалированной попытки к суициду.

### Задача 13

14. Мать 5-летнего Джорджа умерла 2 недели назад. С тех пор, если кто-то упоминает ее имя, Джордж выбегает из комнаты с криком: «Мама, где ты? Почему ты не возвращаешься домой?» Во всех других случаях он отказывается говорить о ней. Каковы действия медицинского работника?

- A. Поговорить с мальчиком о его чувствах.
- B. Использовать арттерапию и игротерапию.
- C. Убедить его записать свои чувства.
- D. Сказать ему, что его мама уехала в длительную поездку.

### Задача 14

5-летняя девочка с впервые диагностированной опухолью головного мозга. Прогноз неблагоприятный. Девочка жалуется на слабость. В течение 2-х недель не посещала детский коллектив. Специальное противоопухолевое лечение еще не начато. Она спрашивает, что с ней будет.

Ваш ответ:

- A. Говорите только о хорошем, попытайтесь создать положительный эмоциональный фон. Девочка не должна терять надежды.
- B. Подробно расскажите объясните девочке её состояние. Девочка должна чувствовать себя информированной.
- C. Вначале разъясните те моменты, которые Вы считаете важными; а затем четко и ясно ответьте на ее вопросы.
- D. Посоветуйте ей за всеми разъяснениями обратиться к родителям, так как они ее знают лучше и смогут более правильно построить беседу.

### Задача 15

У 12-летнего ребенка со СПИДом имеет место вторичная нейропатия, которая причиняет ему сильную боль. Препараты каких фармакологических групп целесообразно назначить для купирования болевого синдрома?

- A. Наркотические анальгетики и трициклические антидепрессанты.
- B. Трициклические антидепрессанты и фенотиазины.
- C. Наркотические анальгетики и нестероидные противовоспалительные препараты.
- D. Кортикостероиды и трициклические антидепрессанты.

### Задача 16

Студент-медик после смерти 16-летнего пациента, за которым он ухаживал, вошел в комнату, где находились члены семьи умершего и плакал вместе с ними. После того как студент вышел из комнаты, что должен был сказать ему куратор?

- A. Мягко дать ему понять, что плакать непрофессионально, особенно в присутствии семьи пациента.
- B. Объяснить, что профессия врача требует сниженной эмоциональной реакции.
- C. Обсудить со студентом его чувства.
- D. Предложить консультацию в рамках программы поддержки сотрудников.

### Задача 17

У 7-летней девочки, страдающей СПИДом, в терминальной стадии в агональный период усилился болевой синдром. Для купирования усиливающегося болевого синдрома показано введение наркотического анальгетика. Какой из нижеперечисленных способов введения препарата нельзя применить в данной ситуации?

- A. Внутривенный.
- B. Трансдермальный.
- C. Подкожный.
- D. Энтеральный.

### Задача 18

3-летнего ребенка спасли, когда он тонул. После этого ребенок на протяжении 6-ти месяцев находится в коме. Кормление осуществлялось через гастростому. За это время ребенок перенес несколько эпизодов аспирационной пневмонии. Помимо медикаментозной терапии, врачи предлагают хирургическое лечение для предупреждения гастроэзофагального рефлюкса. Семья хочет знать, какие альтернативы есть у ребенка. Что из перечисленного ниже должно быть включено в информированное согласие?

- A. Даже находящийся в коме ребенок нуждается в определенном количестве питательных веществ и калорий. Поэтому кормление не может быть отменено.
- B. Семья может отказаться от питания, гидратации, антибиотиков и других медикаментов, так как все меры являются симптоматическими и не приведут к выздоровлению ребенка.
- C. Семья может попросить увеличить дозу медикаментов, чтобы быть уверенными, что ребенок не погибнет в ближайшее время.
- D. Если семья не согласится на операцию, продлевающую жизнь ребенка, администрация лечебного учреждения должна доложить об этом в службу защиты детей.

### Задача 19

Смерть ребенка с хроническим заболеванием произошла в стационаре. Согласно одному из положений данного лечебного учреждения должна проводиться аутопсия всех умерших в этом учреждении. Какое из приведенных ниже утверждений является неверным?

- A. Обсуждение вопроса аутопсии должно быть отсроченным.
- B. После получения результатов аутопсии многие семьи испытывают облегчение, узнавая ценную для себя информацию.
- C. Даже после проведения аутопсии похороны могут быть с открытым гробом.
- D. Можно провести лимитированную аутопсию, а по желанию семьи органы могут поместить на место.

### Задача 20

Мама, умершего два года назад 9-летнего сына, обратилась к врачу. Женщина рассказала, что в течение 2-х месяцев после смерти сына она оставалась в постели и все время плакала; в настоящее время она тоже часто плачет, однако вернулась на работу и в состоянии смотреть за своим домом и семьей. Женщина признается, что иногда слышит голос сына, особенно в местах или ситуациях, которые напоминают ей о сыне. Она задает вопрос: «Может я сошла с ума?» Ваш ответ?

- A. У нее адекватная реакция на горе; ей может помочь посещение группы поддержки или специальная консультация.
- B. Она описывает симптомы подострого реактивного психоза, и ей требуется

консультация психиатра.

С. У нее неадекватная реакция на горе, и ее надо направить на консультацию к профессионалам.

Д. Прежде, чем давать любые рекомендации, надо уточнить у членов семьи и коллег, как она ведет себя дома и на работе.

### Задача 21

6-летнему мальчику Пете была выполнена трансплантация костного мозга. Врачи сообщили семье мальчика, что из-за развившихся осложнений в течение 72 часов может наступить летальный исход. Донором костного мозга была 8-летняя сестра Пети. Она и младший брат не видели Петю несколько недель и просят, чтобы им разрешили навестить его в ОИТР. Родители детей обратились за советом к врачам. Они переживают, что увиденное будет стрессом для обоих. Что должен посоветовать родителям медицинский персонал?

А. Дети могут посетить больного брата, после того как родители подробно им все объяснят про состояние Пети в настоящее время. Также родители должны предложить детям сопровождать их.

В. Объяснить родителям, что дети еще маленькие и это может быть для них стрессом.

С. Объяснить родителям, что этого делать нельзя, так как сестра, будучи донором костного мозга, может почувствовать вину перед братом.

Д. Сказать родителям, что посещение возможно, если родители не будут плакать в присутствии своих детей.

### Задача 22

17-летний мальчик погиб в ДТП по вине пьяного водителя. Полицейский прибыл в семью, чтобы сообщить трагическую новость. 5-летняя сестра мальчика находилась дома и услышала разговор полицейского со своими родителями. Родители начали плакать, а девочка попросилась пойти погулять. Как объяснить реакцию ребенка?

А. Безразличие к своему погибшему брату.

В. Реакция девочки соответствует возрасту.

С. Имеются признаки тяжелого психического заболевания.

Д. Открытое сопротивление родителям.

### Задача 23

15-летний мальчик Глеб страдает муковисцидозом. Состояние ребенка очень тяжелое. Заболевание перешло в терминальную стадию. Однако мальчик хочет посещать в школу. При этом по тяжести состояния он не может находиться в школе более 1 часа. Его родители просят совета. Каков Ваш ответ?

А. Для Глеба было бы лучше беречь свои силы и оставаться дома.

В. Ребенку надо обеспечить максимально возможные условия жизни. Поэтому Глеб может посещать школу по самочувствию.

С. Хотя посещение школы и может быть полезным для эмоционального состояния Глеба, это будет слишком обременительно для семьи и школьных товарищей.

Д. Если Глеб хочет ходить в школу, то он должен оставаться там минимум полдня.

### Задача 24

8-летняя девочка Алена страдает тяжелым неизлечимым врожденным поражением сердца, проявляющимся легочной гипертензией, нарастающей одышкой и цианозом. Она задала вопрос, умрет ли она. Какой ответ из приведенных ниже будет наиболее подходящий?

- A. Каждый когда-нибудь умрет.
- B. Твоя болезнь тяжелая, но ты не умрешь от нее.
- C. Почему ты спрашиваешь об этом сегодня?
- D. К сожалению, ты умрешь от этого заболевания.

### Задача 25

18-летний парень Лёня, страдающий муковисцидозом в терминальной стадии, получает антибиотики, ингаляционные бронходилататоры и ферментативные препараты в стандартных дозах. Для купирования нарушений дыхания пациенту был назначен морфин. Был использован препарат пролонгированного действия в дозе 15 мг каждые 12 часов. В течение последних 2 дней в связи с ухудшением состояния потребовалось назначение «спасительных» доз морфина, суммарная суточная доза которых составила 90 мг морфина короткого действия. Какая коррекция дозы наркотического анальгетика будет правильной?

- A. 60 мг морфина пролонгированного действия каждые 12 часов; «спасительная» доза составит 15 мг морфина короткого действия.
- B. 30 мг морфина пролонгированного действия каждые 12 часов; «спасительная» доза составит 15 мг морфина короткого действия.
- C. Не изменять назначенную ранее терапию, чтобы избежать развития толерантности.
- D. Использовать другой наркотический анальгетик, так как, получаемая доза морфина приближается к максимально допустимой.

Как правильно осуществлять мониторинг при изменении режима введения наркотических анальгетиков подростку Лёне?

- A. Постоянный контроль ЧСС и сатурации в домашних условиях.
- B. Госпитализация в лечебное учреждение, где и будет осуществляться мониторинг.
- C. Контроль частоты дыхания членами семьи круглосуточно.
- D. Субъективные ощущения пациента.

### Задача 26

3-летней девочке был проведен курс химиотерапии по поводу нейробластомы. Ее беспокоят тошнота и рвота на фоне регулярного введения противорвотного препарата дифенгидрамина (Бенадрил). Вздутия живота у нее нет, перистальтика устойчивая. Как лучше скорректировать получаемую терапию?

- A. Ввести метоклопрамид.
- B. Периодическая аспирация желудочного содержимого через назогастральный зонд.
- C. Ввести дименгидринат (Драмамин).
- D. Назначить повязки с морской солью на оба запястья.

### Задача 27

11-летний мальчик Толя страдает спастической формой детского церебрального паралича. Раньше болевой синдром контролировался НПВП. В настоящее ему необходимо назначить морфин, который будет вводиться через гастростому. Однако известно, что наркотические анальгетики могут привести к развитию запора. Какой режим введения морфина будет оптимальным?

- A. Если в течение 2-х суток у ребенка не будет стула, необходимо назначить лактулозу (Дюфалак).
- B. Лактулозу необходимо назначить одновременно с морфином. Но если при этом не будет стула в течение 2-х суток, к лечению необходимо добавить препараты сены.
- C. Лактулоза и препараты сены необходимо назначить одновременно с назначением морфина.

D. Лучше избегать постоянного применения слабительных средств, увеличив в рационе продукты богатые клетчаткой.

### Задача 28

Хронический болевой синдром у 13-летнего Самми обусловлен заболеванием суставов. В целях обезболивания ребенок получает энтерально два препарата: кодеин 1 мг/кг каждые 4 часа и ацетаминофен (парацетамол) 15 мг/кг каждые 4 часа. В течение последних 2-х дней ребенка беспокоит боль в груди, которая плохо купируется принимаемыми препаратами. Согласно ВАШ боль оценивается ребенком на 6 баллов. Назначено дополнительное обследование. Как правильно изменить терапию до получения результатов обследования?

- A. Изолированно увеличить только дозу кодеина на 50 – 200 процентов.
- B. Ребенок должен принимать кодеин и ацетаминофен каждые 2 часа, разовая доза препаратов остается прежней.
- C. Отменить оба препарата и назначить морфин в дозе 0,3 мг/кг каждые 4 часа.
- D. Отменить только кодеин и назначить морфин в дозе 0,3мг/кг каждые 4 часа.

### Задача 29

У 4-месячной девочки буллезный эпидермолиз. На фоне прогрессирующего поражения кожи у нее усиливается болевой синдром. Регулярный прием ацетаминофена не эффективен. Какая терапия будет эффективна и безопасна для ребенка в возрасте менее 6 месяцев?

- A. Использование морфина. Стартовая доза 0,1 мг/кг в/в, затем методом титрования подбирается оптимальная доза морфина.
- B. Необходимо увеличить дозу ацетаминофена. От назначения морфина лучше воздержаться, так как дети первого года жизни имеют повышенный риск угнетения дыхания при введении наркотических анальгетиков.
- C. Стартовая доза морфина должна быть 0,025-0,033 мг/кг в/в, затем методом титрования подбирается оптимальная доза морфина.
- D. Дети первого года жизни имеют высокую скорость метаболизма морфина, поэтому стартовая доза морфина должна быть 0,15-0,2 мг/кг в/в.

### Задача 30

У 9-летней Лизы болезнь Гирке (гликогеноз) и выраженная задержка развития. Также у девочки имеет место стойкий болевой синдром неясного генеза. В целях обезболивания девочка длительное время получала морфин. Несколько дней назад в связи с усилением болевого синдрома доза морфина была увеличена на 50 процентов. Достигнуто эффективное обезболивание. Однако у девочки появились подергивающие движения. Судороги были исключены; врач диагностировал миоклонус, как одно из побочных действий морфина. Какое действие, из приведенных ниже, будет неверным?

- A. Необходимо отменить морфин и назначить какой-либо другой наркотический анальгетик, применяемый для купирования умеренного и сильного болевого синдрома.
- B. Использовать адьюванты, что может позволить снизить дозу морфина.
- C. Снизить дозу морфина на 25 процентов.
- D. Для купирования миоклонуса целесообразно добавить клоназепам.

### Задача 31

У 12-летнего мальчика Леша терминальная стадия СПИДа. Мальчика беспокоит сильная нейропатическая боль в конечностях, рефрактерная к наркотическим

анальгетикам и адьювантам. Длительная седация в этой стадии заболевания может быть единственным средством, которое принесет ему облегчение. Что из нижеперечисленного не надо выполнять перед назначением седации?

- A. Необходимо получить письменное разрешение от основного попечителя Леша.
- B. Обсудить обоснование и особенности седации в этом случае со всеми членами медицинской команды и с семьей Леша.
- C. Если у врача нет достаточного опыта работы в паллиативной медицине, тогда необходима дополнительная консультация, для того чтобы убедиться, что симптомы действительно рефрактерны.
- D. Поговорить с Лешей о возможном лечении, включая седацию.

### Задача 32

У 8-летней девочки Лизы терминальная стадия рабдомиосаркомы, множественные метастазы в легкие. Тяжесть состояния обусловлена дыхательной недостаточностью. Она очень слаба, ей сложно отвечать на вопросы, она плохо спит, не ела в течение суток. Девочка оценивает свою одышку как 10/10. Частота дыхания у девочки – 48 раз в минуту. Через час после в/в введения морфина Лиза оценивает тяжесть своей дыхательной недостаточности как 4/10, начала говорить полными предложениями и высказала желание посетить игровую комнату. В течение всего вечера девочка остается активной. На следующий день девочка пожаловалась на резкое ухудшение самочувствия. Скорость введения морфина увеличили на 50 процентов; для контроля страха назначили лоразепам. На фоне проводимой терапии у Лизы прогрессирует цианоз, она заторможена. Родители девочки связывают ухудшение состояния с увеличением дозы морфина и просят прекратить его введение.

Вопросы:

Определите несколько наиболее актуальных вопросов, возникающих в ситуации, когда врач не может полностью контролировать симптомы у некурабельного пациента без седации.

1. Все ли возможные средства боли использованы?
2. Как следует поступить в ситуации, если у тяжелого симптоматического пациента сохраняется сознание?
3. Когда и с кем следует обсуждать вопросы терапии рефрактерных симптомов?
4. Что надо учитывать, обсуждая вопросы рефрактерности к терапии с членами семьи пациента?
5. Какие этические, медицинские и правовые вопросы возникают при попытке коррекции рефрактерных симптомов и седации в конце жизни?
6. Какие плюсы и минусы снижения дозы лекарственных средств для седации?
7. Что в описанной ситуации является первостепенным?
8. Является ли увеличение дозы морфина причиной отрицательной динамики у Лизы?
9. Как бы Вы ответили на просьбу родителей Лизы?
10. Что могло предупредить описанную ситуацию?

### Задача 33.

Коммуникация в широком смысле представляет собой обмен информацией между индивидами через посредство общей системы символов. Коммуникативная связь со всеми вовлеченными в паллиативную медицинскую помощь является фундаментом для улучшения всех аспектов качества жизни пациента.

Вопросы:

1. Какими средствами может осуществляться коммуникация с пациентом и его близким окружением?

2. Какие различают подходы к осуществлению коммуникации?
3. Какой из подходов предполагает совместную деятельность участников коммуникации, в ходе которой вырабатывается общий (до определенного предела) взгляд на вещи?

#### **Задача 34.**

Мальчик М., 5 дней, находится в отделении патологии новорожденных. Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей с изменениями в анализах мочи (лейкоцитурия, умеренная протеинурия) во второй половине беременности, не лечилась. Роды срочные с длительным безводным промежутком – 18 часов. Закричал после отсасывания слизи. Оценка по шкале Апгар 5/6 баллов. Масса тела при рождении 2800 г, длина тела 50 см, окружность головы – 36 см, грудной клетки – 36 см. К груди не прикладывался, проводилась оксигенотерапия. С первых суток отмечались вялость, срыгивание околоплодными водами, сосал вяло, тремор конечностей, гипорефлексия, гипотония. На 5-ый день жизни отмечался подъем температуры до 39,0°C, возбужден, срыгивание фонтаном, в связи с чем ребенок переведен в стационар. При поступлении состояние тяжелое, температура 39,0°C, крик мозговой, гиперестезия кожных покровов, большой родничок 3х3 см, выполнен. Повышение мышечного тонуса, положительный симптом подвешивания. Кожные покровы с сероватым оттенком, в легких дыхание жесткое, хрипов нет, ЧСС – 160 в 1 мин, живот умеренно вздут, печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, селезенка – у реберного края. Стул желтого цвета, с неперевавшими комочками и прожилками слизи. Исследование спинномозговой жидкости: белок - 660 ммоль/л, реакция Панди - +++, цитоз - 600 в 3 мкл: нейтрофилы - 70%, лимфоциты - 30%. Бактериологическое исследование ликвора: выделены листерии.

Вопросы:

1. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае? 2. Оцените результаты исследования ликвора.
2. Какие изменения на рентгенограмме можно выявить при данной патологии?
3. Какие изменения можно выявить при НСГ исследовании?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. В осмотре каких специалистов дополнительно нуждается этот ребенок? Ожидаемые результаты?
6. Какова тактика лечения данного больного?
7. К какой группе здоровья можно будет отнести этого ребенка после выписки?

#### **Задача 35.**

Девочка Ю. родилась от четвертой беременности, протекавшей с фетоплацентарной недостаточностью, гестозом во второй половине. Роды на 32-й неделе, отмечалось родовое излитие вод, однократное тугое обвитие пуповины вокруг шеи. Масса тела 1480 г, длиной тела 40 см, окружностью головы 29 см, окружностью груди 26 см. Состояние с момента рождения средней тяжести за счет СДР (первичные диссеминированные ателектазы), церебральной ишемии II ст. (синдром угнетения). На третьи сутки жизни состояние девочки резко ухудшилось. Появились приступы апноэ по 15-20 с, сопровождавшиеся цианозом. С четвертых суток – приступы клонико-тонических судорог. На пятые сутки жизни состояние тяжелое. Самостоятельно не сосет, кормится через зонд. Кожные покровы бледные, чистые. Находится на вспомогательно-принудительной вентиляции легких. Дыхание проводится во все отделы легких, хрипов нет. ЧД 56 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, 175 удара в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает на 1 см из-под края реберной дуги. Стул с примесью слизи. Диурез снижен. Рефлексы новорожденных не вызываются. Тонус мышц асимметричен, сухожильные рефлексы оживлены. Большой родничок 3х3 см, пульсация



повышена, отмечается расхождение сагиттального шва на 0,2 см, малый родничок открыт. Общий анализ крови: Hb-90 г/л, эр-2,5x10<sup>12</sup>/л, Ц.п. - 1,0, лейко - 9,8x10<sup>9</sup>/л, п/я - 3%, с -44%, э - 0%, л -47%, м -6%, СОЭ - 10 мм/час. Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, прозрачность полная, белок - отсутствует, глюкоза – отсутствует, лейкоциты – 3-4 в п/з, эритроциты - нет, цилиндры - нет. Исследование ликвора (4-е сутки жизни): цвет – кровянистый, цитоз повышен за счет свежих эритроцитов (покрывают все поля зрения), подсчет невозможен. Нейросонограмма (4-е сутки жизни): мозговая паренхима слабо дифференцирована на борозды и извилины. Левый боковой желудочек расширен во всех отделах, диаметр 11 мм, в полости – эхопозитивные включения. Правый желудочек расширен до 10 мм, расширены полости прозрачной перегородки, большой цистерны, 3-го желудочка.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие синдромы можно выделить в клинике данного заболевания?
3. Какие методы обследования необходимы для постановки диагноза?
4. Назовите ранние осложнения данного заболевания.
5. Какие осложнения могут быть в последующем?
6. С какими специалистами необходимо проконсультировать девочку?
7. Каков прогноз для жизни и здоровья ребенка?
8. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
9. Какое лечение необходимо ребенку?

### Задача 36.

Девочка Д., 13 дней, находится в отделении патологии новорожденных. Из анамнеза известно, что ребенок от матери 24 лет, страдающей генитальным герпесом. Беременность первая, протекала с обострением герпеса в 36-37 недель гестации. Роды срочные, в головном предлежании. 1-й период — 7 часов, 2-й — 25 минут, безводный промежуток — 12 часов. Околоплодные воды светлые. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Масса тела при рождении 2950 г, длина тела 51 см, окружность головы — 35 см, грудной клетки — 32 см. В периоде ранней неонатальной адаптации отмечались повышенная возбудимость, крупноразмашистый тремор рук, расхождение сагиттального шва на 0,3 см, большой родничок 2×2 см, малый — 0,3×0,3 см. На 3-й день жизни появилась желтуха с тенденцией к нарастанию, в связи с чем на 5-й день жизни в состоянии средней тяжести ребенок переведен в стационар. На 13-й день жизни на туловище, конечностях, слизистой оболочке полости рта появились везикулярные высыпания с плотной крышкой и прозрачным содержимым. Через 3 дня состояние ухудшилось до тяжелого, отмечался подъем температуры до 38,3°С, крик раздраженный, гиперестезия, клонико-тонические судороги. Дополнительные данные исследования к задаче: Общий анализ крови на 6-й день жизни: Hb — 172 г/л, Эр -4,6x10<sup>12</sup>/л, Ц.п. — 0,94, тромб — 190,0x10<sup>9</sup> /л, Лейк — 10,0x10<sup>9</sup> /л, п/я — 1%, с — 30%, л — 54%, м — 15%, СОЭ — 2 мм/час. Биохимический анализ крови: общий белок — 60,0 г/л, билирубин: общий — 310 мкмоль/л, непрямой — 298 мкмоль/л, прямой — 12 мкмоль/л, мочевины — 4,2 ммоль/л, холестерин — 3,6 ммоль/л, калий — 5,1 ммоль/л, натрий -141 ммоль/л. Исследование спинномозговой жидкости на 12-й день жизни: прозрачность — мутная, белок — 1650 г/л, реакция Панда — +++, цитоз — 350 в 3 мкл: нейтрофилы — 25%, лимфоциты — 75%.

Задание к задаче

1. О каком заболевании с большей вероятностью можно думать в данном случае?
2. Каковы пути инфицирования плода и новорожденного? О каком варианте можно думать в данном случае?

3. Какое дополнительное обследование следует провести для уточнения диагноза? Возможные результаты?
4. Какова тактика гинеколога женской консультации при наблюдении таких женщин до и во время беременности?
5. Правильной ли была тактика ведения родов?
6. Оцените результаты общего анализа крови.
7. Оцените результаты исследования ликвора. С чем могут быть связаны выявленные изменения?
8. Оцените результат биохимического анализа крови. Чем могут быть обусловлены выявленные изменения?
9. Какие изменения на слизистой оболочке полости рта могут выявляться при этом заболевании?
10. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
11. Какова лечебная тактика в этом случае?
12. Что включает специфическая терапия при данном заболевании? Каков механизм действия этих препаратов?
13. Показано ли такому ребенку проведение прививки БЦЖ?
14. Возможна ли профилактика этого заболевания?
15. Какова тактика диспансерного наблюдения такого ребенка после выписки из стационара?

#### **Задача 37**

Полина, девочка 3 лет, страдает от разновидности рака мозга, известной под названием глиобластома (4 стадия). Прогноз заболевания крайне неблагоприятен. В условиях стационара пациентке был проведен курс химио- и радиотерапии, и 6 дней назад она была выписана. В домашних условиях ее состояние оставалось стабильным до сегодняшнего утра, когда у девочки начались судороги. Для лечащих врачей это ясный симптом ухудшения ее состояния. Ее родители находятся с ней и очень напуганы. Опишите ваш возможный разговор с ними, подумайте, что бы вы им сказали (объем описания не должен превышать 25 строк).

#### **Задача 38**

Коммуникация в широком смысле представляет собой обмен информацией между индивидами через посредство общей системы символов. Коммуникативная связь со всеми вовлеченными в паллиативную медицинскую помощь является фундаментом для улучшения всех аспектов качества жизни больного ребенка.

Вопросы:

1. Какими средствами может осуществляться коммуникация с ребенком и его близким окружением?
2. Какие различают подходы к осуществлению коммуникации?

#### **Задача 39**

Амине 11 лет, у нее терминальная стадия лейкоза. Заболевание не поддается лечению с помощью химиотерапии, в настоящее время имеются признаки поражения центральной нервной системы. У нее отмечаются периодические носовые кровотечения, однако переливания тромбоцитарной массы, по-видимому, не приносят эффекта. Учитывая основное заболевание Амины, риск развития каких симптомов имеется у нее по мере прогрессирования болезни, и какую помощь вы планируете оказать при появлении этих симптомов.

#### **Задача 40**

Ангелине 18 месяцев, она страдает тяжелой гидроцефалией (скопление жидкости в мозге) и полностью зависит от своей матери. Ангелина не может сидеть, она не держит голову и не говорит. Целыми днями Ангелина смотрит в пространство и иногда бесцельно двигает руками. У нее нет координированного глотательного рефлекса, поэтому питание поступает через назогастральный зонд. На снимках видно, что объем жизнеспособной ткани мозга очень мал, поэтому детские хирурги и нейрохирурги не могут предложить эффективного метода лечения. В последние несколько недель Ангелина стала плохо переносить питание — сразу после кормления у нее начинаются рвота или регургитация. Вы уменьшили объем вводимых питательных веществ, но симптомы не исчезли. Ангелина уже получает препараты против рефлюкса, однако они не помогают.

Как вы будете действовать в данном случае?

Кого вы привлечете к уходу за ребенком?

Как вы будете принимать решения?

#### **Задача 41.**

Боль – субъективное явление, с трудом поддающееся объективной оценке. Тем не менее, правильная первичная и последующая динамическая диагностика, включающая анализ жалоб и оценку поведенческих характеристик, позволяет оценить состояние ребенка и эффективность лечения.

Вопросы:

- 1) Опишите способы элементарного диагностического тестирования, которые могут быть использованы для оценки интенсивности хронической боли.
- 2) Какое диагностическое значение имеет наличие «болевого поведения» у ребенка?
- 3) Перечислите и опишите обязательные составляющие «болевого поведения» ребенка с хронической болью.

#### **Задача 42.**

Яну 5 лет. Он страдает тяжелой формой детского церебрального паралича с рождения. За ним ухаживают мама и бабушка. Когда Яну было два года, его отец погиб в автокатастрофе. Мама раскладывает товар по полкам в продуктовом магазине, доход от этого мизерный. Ян — единственный ребенок в семье. В прошлом году его пять раз госпитализировали из-за многократных инфекций дыхательных путей. Каждый раз он выживал благодаря антибиотикам, внутривенным вливаниям, кислородным маскам, и после каждого случая он все больше терял в весе и все больше времени уходило на его выздоровление. Яна кормят через гастростомический зонд, поскольку он давится, когда глотает пищу. Сейчас у него снова кашель и одышка. Из-за тяжелых мышечных спазмов у него болят конечности.

Опишите, какие вопросы следует решить в этом случае, и как бы вы действовали дальше.

#### **Задача 43.**

Эффективная терапия хронической боли различного генеза – сложная задача, требующая применения многокомпонентного комплексного подхода. На всех ступенях обезболивания анальгетики могут сочетаться с адьювантными средствами: противосудорожными, кортикостероидами, трициклическими антидепрессантами, транквилизаторами и др.

Вопросы:

- 1) Что является основой лечения хронической боли у пациентов всех возрастных групп,

и демонстрирует эффективность более чем в 80% случаев?

2) На какие категории делятся лекарственные препараты, используемые для лечения боли?

3) В какой последовательности, согласно «анальгетической лестнице» ВОЗ, назначаются анальгетики при лечении хронической боли?

**Перечень практических навыков для подготовки к зачёту по дисциплине  
«Паллиативная помощь у детей» по специальности 31.05.02 – педиатрия  
студентов 5 курса педиатрического факультета**

8. Оценка болевого синдрома у детей по шкале ВАШ.
9. Оценка болевого синдрома у детей по шкале ШВО, процентной оценки (материал, процедура, условия проведения).
10. Сбор и оценка анамнеза жизни и заболевания ребенка.
11. Оценка нутритивного статуса у паллиативного больного.
12. Расчет парентерального питания.
13. Расчет энтерального питания.
14. Постановка и проведение замены траеостомы.
15. Постановка и проведение замены гастростомы.
16. Чтение и клиническая интерпретация рентгенограмм.
17. Клиническая оценка данных УЗИ внутренних органов.
18. Оценка данных эзофагогастроудоненоскопии, колоноскопии, бронхоскопии.
19. Расчет дозы и скорость введения фармакологического препарата для длительной подкожной/внутривенной инфузии, уметь совмещать несколько лекарственных средств в одном шприце для подкожной инфузии.
20. Расчет и подбор схемы обезболивания с использованием ненаркотических и наркотических анальгетиков, проводить ротацию наркотических анальгетиков с учетом их эквивалентного потенциала и пути введения.
21. Клиническая интерпретация общего анализа крови.
22. Клиническая интерпретация биохимического анализа крови.
23. Клиническая интерпретация оющего анализа мочи, анализ мочи по Нечипоренко.
24. Интерпретация результатов биоимпедансметрии.
25. Интерпретация результатов денситометрии.
26. Расчет основного обмена по формулам
27. Выполнение антропометрии (рост, вес), в том числе сегментарное измерение роста.
28. Оценка физического развития в том числе с помощью компьютерных программ WHO Anthro WHO AnthroPlus.
29. Определение толщины подкожно-жирового слоя с помощью калипометра.
30. Методика диагностики фазы умирания и навык купирования основных симптомов в этой фазе.
31. Оказание неотложной помощи при неконтролируемой боли.
32. Оказание неотложной помощи при внезапной тяжелой дыхательной недостаточности.
33. Оказание неотложной помощи при синдроме верхней полой вены.
34. Оказание неотложной помощи при судорожном синдроме.
35. Оказание неотложной помощи при острой задержке мочи.
36. Оказание неотложной помощи при легочном кровотечении.
37. Ведение и оформление документации в стационаре и на амбулаторном этапе.
38. Оказание респираторной поддержки в т.ч. ИВЛ.
39. Оказание психологической помощи детям и родственникам.

