

АВТНОМНАЯ НЕКОММЕРЧЕСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ
«ТЮМЕНСКИЙ МЕЖРЕГИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
АТТЕСТАЦИИ ПЕРСОНАЛА»



УТВЕРЖДЕНО:
Директор АНО ДПО «ТМЦАП»
Е. В. Ильина
«11» января 2019 г.



Дополнительная профессиональная образовательная
программа повышения квалификации по циклу
«Актуальные вопросы паллиативной медицинской помощи»

	Должность	Фамилия	Под- пись	Дата
Разработал	Преподаватель АНО ДПО «ТМЦАП»	Друганова Л.П.		

Тюмень 2019

Содержание программы

- I. Пояснительная записка
- II. Учебно-тематический план
- III. Содержание программы
- IV. Календарный учебный график
- V. Организационно-педагогические условия реализации программы
- VI. Планируемые результаты
- VII. Оценочные и методические материалы

I. Пояснительная записка

Необходимость осуществления паллиативной помощи в настоящее время широко признана. Паллиативная помощь детям и подросткам с ограничивающими жизнь заболеваниями представляет собой активную и комплексную деятельность по оказанию поддержки с учетом поставленного диагноза. По оценкам ВОЗ, из 20 миллионов человек, нуждающихся в паллиативной помощи, около 6% являются дети.

В рамках повышения уровня образования педиатров, невропатологов, анестезиологов и реаниматологов, занятых в оказании паллиативной помощи детям, особенно важно усовершенствование их знаний в области неврологии, диетологии, сестринского дела, детской хирургии и других специальностей.

Цель реализации дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей «Паллиативная помощь в педиатрии» заключается в удовлетворении образовательных и профессиональных потребностей, профессионального развития человека, обеспечении соответствия его квалификации меняющимся условиям профессиональной деятельности и социальной среды, проведение обучения, которое позволит врачам модернизировать профессиональные знания и навыки, необходимые для осуществления эффективной паллиативной помощи детям.

Задачи цикла:

1. Дать врачам междисциплинарный теоретический и практический курс современных знаний по аспектам психологической, социальной и медицинской помощи семьям, имеющих детей с неизлечимыми заболеваниями.
2. Овладение теоретическими основами и практическими навыками современных методов оказания помощи неизлечимо больным детям, их родителям и медицинскому персоналу.

Форма обучения: заочная (очная) с использованием дистанционных технологий

Срок обучения: 72 часа.

Режим занятий: по 6 часов

Категория обучающихся: врачи, имеющие высшее профессиональное образование по специальности «Педиатрия», и послевузовское и (или) дополнительное профессиональное образование и сертификат специалиста по специальности «Неврология», «Анестезиология и реаниматология».

Применение дистанционных образовательных технологий

Дистанционные образовательные технологии применяются частично.

В учебном процессе с применением используются следующие организационные формы учебной деятельности:

- обзорные (установочные) лекции;
- самостоятельная работа с материалами
- самостоятельная работа с программами контроля знаний (тестами);

II. Учебно-тематический план

№	Наименование модулей	Всего часов	В том числе			Форма контроля
			Л	СЗ	ПЗ	
1	Нормативно-правовые и организационные аспекты паллиативной медицинской помощи детям	6	3	3	-	опрос
2	Питание при оказании паллиативной помощи детям	5	5	-	-	опрос
3	Психологические аспекты при оказании паллиативной помощи детям	9	3	-	6	опрос
4	Паллиативная медицинская помощь при неврологических заболеваниях у детей	12	6	-	6	опрос
5	Паллиативная медицинская помощь при онкологических и гематологических заболеваниях у детей	12	3	3	6	опрос
6	Паллиативная медицинская помощь при респираторных нарушениях у детей	12	3	3	6	опрос
7	Синдром боли у детей	12	3	3	6	опрос
	Итоговый контроль	4	-	-	4	собеседование
	Итого:	72	26	12	34	

III. Содержание программы.

1. **Нормативно-правовые и организационные аспекты паллиативной медицинской помощи детям.** Понятие паллиативной медицинской помощи. Порядок оказания ПМП детям (Приказ №193н от 14 апреля 2015г). Обзор российской нормативно-правовой базы
2. **Питание при оказании паллиативной помощи детям.** Основы организации питания при паллиативной помощи детям
3. **Психологические аспекты при оказании паллиативной помощи детям.** Сложные биоэтические вопросы оказания паллиативной помощи детям
4. **Паллиативная медицинская помощь при неврологических заболеваниях у детей.** Дифференцированный подход к оказанию ПМП при неврологических заболеваниях. Вопросы организации выездной службы
5. **Паллиативная медицинская помощь при онкологических и гематологических заболеваниях у детей.** Основные протоколы лечения онкогематологических заболеваний. Проблемы ухода, лечения при нарушениях жизнедеятельности основных органов и систем.
6. **Паллиативная медицинская помощь при респираторных нарушениях у детей.** Тяжелые формы и осложнения хронических заболеваний легких у детей, течение терминальной стадии. Проблемы ухода, лечения при респираторных нарушениях. Неотложная помощь при дыхательной недостаточности.
7. **Синдром боли у детей.** Юридические аспекты болевого синдрома. Опиоидные анальгетики в клинической практике в онкогематологии.

Содержание практики

- создании проблемной ситуации, её анализе, осознания сущности затруднения и постановке учебной проблемы
- нахождения способа решения проблемы путем выдвижения гипотезы и её обоснования
- решение ситуационных задач

**IV. Календарный учебный график
по программе дополнительной профессиональной
образовательной программы повышения квалификации**

Неделя обучения	1	2	3	4	5	6	7	Итого часов		
	пн	вт	ср	чт	пт	сб	вс			
1 неделя	6	6	6	6	6	6		36		
2 неделя	4	7	7	6	6	6		36		
Итого:								72		
Примечание:										
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td>- производственная практика</td> </tr> </table>										- производственная практика
	- производственная практика									

Календарный учебный график разработан в соответствии с Правилами внутреннего учебного распорядка в автономной некоммерческой организации дополнительного профессионального образования «Тюменский Межрегиональный Центр Аттестации Персонала» от 11.01.2019г №51.21;

- Федеральным законом от 29 декабря 2012 г. № 273 - ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»,

- приказом Минобрнауки России от 01.07.2013г. № 499 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам»,

- приказом Минобрнауки РФ от 18.04. 2013 г. № 292 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным программам профессионального обучения»,

- Уставом АНО ДПО «Тюменский межрегиональный центр аттестации персонала»

Календарный учебный график учитывает в полном объеме заявки организаций, заявления от физических лиц, возрастные особенности обучаемого контингента, и отвечает требованиям охраны их жизни и здоровья в процессе обучения.

Продолжительность обучения в АНО ДПО «Тюменский межрегиональный центр аттестации персонала»:

Учебным годом в АНО ДПО «Тюменский межрегиональный центр аттестации персонала» считается календарный год с 1 января по 31 декабря.

Режим работы АНО ДПО «Тюменский межрегиональный центр аттестации персонала»:

Продолжительность рабочего времени в день- 8 часов

Продолжительность рабочего времени в предпраздничные дни - сокращены на 1 час.

Начало работы в- 9час.00 мин.

Перерыв-с 12-00 до 13-00 час.

Окончание работы в 18-00 час.

Режим рабочего дня преподавателей определяется учебной нагрузкой.

Регламент образовательного процесса:

Продолжительность учебной недели 36 часов - 6 дней (понедельник-суббота),

Регламентирование образовательной деятельности на день 6-8 часов.

Учебные занятия организуются в одну смену (при необходимости в 2 смены).

Начало учебных занятий в 9.00, окончание в 16.15 (с часовым перерывом на обед).

Продолжительность уроков (академический час): 45 мин. Перерыв между уроками-10 мин

Наполняемость групп: не более 20 человек

График организации учебных групп

№	Направление обучения	Месяцы/даты											
		январь	февраль	март	апрель	май	июнь	июль	август	сентябрь	октябрь	ноябрь	декабрь
1	«Паллиативная помощь в педиатрии»	По мере комплектации групп											

V. Организационно-педагогические условия реализации программы.

1. Выбор методов обучения для каждого занятия определяется преподавателем в соответствии с составом и уровнем подготовленности слушателей, степенью сложности излагаемого материала.

2. Лекционные занятия проводятся с целью теоретической подготовки слушателей.

Цель лекции - дать систематизированные основы знаний по учебной теме, акцентировав внимание на наиболее сложных вопросах темы занятия. Лекция должна стимулировать активную познавательную деятельность слушателей, способствовать формированию их творческого мышления.

3. Практические занятия включают в себя - работу с историями болезни пациентов. Подготовку к занятиям. Решение предложенных ситуационных задач.

VI. Планируемые результаты

По окончании курса обучающийся должен знать:

Конституцию Российской Федерации; законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения; общие вопросы организации паллиативной педиатрической помощи в Российской Федерации; противозидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции; анатомо-физиологические особенности организма плода и ребенка; взаимосвязь функциональных систем организма и их регуляцию; физиологическое развитие детей в различные возрастные периоды; принципы рационального (сбалансированного) вскармливания и питания детей; основные вопросы патофизиологии, биохимии, иммунологии, генетики и других общемедицинских проблем; показатели гомеостаза в норме и патологии; основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочного баланса, возможные типы их нарушений и

принципы коррекции; физиологию и патофизиологию системы кроветворения; кровообращения, дыхания, пищеварения и др.; современные методы клинической и параклинической диагностики основных нозологических форм и патологических состояний; современную классификацию, клиническую симптоматику основных заболеваний и пограничных состояний детского возраста, этиологию и патогенез соматических и инфекционных заболеваний; современные методы терапии основных соматических и инфекционных заболеваний и патологических состояний; основы фармакотерапии детского возраста; механизм действия основных групп лекарственных веществ; показания и противопоказания к их применению; осложнения, вызванные их применением; диетотерапию при различных видах патологии; основы фитотерапии, физиотерапии, лечебной физкультуры и врачебного контроля в детском возрасте; принципы организации и проведения интенсивной терапии и реанимации в амбулаторных условиях и в стационаре; вопросы реабилитации и диспансерного наблюдения при различных заболеваниях.

По окончании курса обучающийся должен уметь:

диагностическая деятельность:

- способностью и готовностью к постановке диагноза на основании диагностического исследования;
- способностью и готовностью анализировать закономерности функционирования отдельных органов и систем, использовать знания анатомо-физиологических основ, основные методики клинико-иммунологического обследования и оценки функционального состояния организма пациентов для своевременной диагностики конкретной группы заболеваний и патологических процессов;
- способностью и готовностью выявлять у детей основные патологические симптомы и синдромы неизлечимых заболеваний, используя знания основ медико-биологических и клинических дисциплин с учетом законов течения патологии по органам, системам и организма в целом, анализировать закономерности функционирования различных органов и систем при неизлечимых заболеваниях и патологических процессах, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем
- способностью и готовностью выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных и угрожающих жизни состояний у детей в группе неизлечимых заболеваний;

лечебная деятельность:

- способностью и готовностью выполнять основные лечебные мероприятия при заболеваниях среди детей и подростков нозологических форм, вызывающих тяжелые осложнения и (или) летальный исход: заболевания нервной, иммунной, сердечно-сосудистой, эндокринной, дыхательной, пищеварительной, мочеполовой систем и крови;
- своевременно выявлять жизнеопасные нарушения, использовать методики их немедленного устранения, осуществлять противошоковые мероприятия;
- способностью и готовностью назначать адекватное лечение в соответствии с поставленным диагнозом, осуществлять алгоритм выбора медикаментозной и немедикаментозной терапии больным с неизлечимыми заболеваниями;

организационно-управленческая деятельность:

- способностью и готовностью использовать нормативную документацию, принятую в здравоохранении и паллиативной медицине (законы РФ, технические регламенты, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, международную систему единиц (СИ), действующие международные классификации), а также документацию для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций;

- способностью и готовностью использовать знания организационной структуры, управленческой и экономической деятельности медицинских организаций различных типов по оказанию паллиативной медицинской помощи, анализировать показатели работы их структурных подразделений;
- проводить оценку эффективности современных медико-организационных и социально-экономических технологий при оказании паллиативных медицинских услуг пациентам.

VII. Оценочные и методические материалы.

ФОРМА ПРОВЕРКИ ЗНАНИЙ.

Проверка знаний слушателей включает текущий контроль и итоговый контроль.

Текущий контроль осуществляется преподавателями в процессе проведения занятий.

Итоговый контроль проводится в форме экзамена (теста) или собеседования.

Проверка знаний проводится комиссией, созданной приказом директора обучающей организации.

К экзамену допускаются лица, выполнившие все требования, предусмотренные программой.

ДОКУМЕНТЫ ОБ ОБУЧЕНИИ.

Слушателям, усвоившим все требования программы «Паллиативная помощь в педиатрии» и успешно прошедшим проверку знаний, выдается удостоверение утвержденного образца.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

Перечень контрольных вопросов для проведения итоговой аттестации по дополнительной профессиональной программе курса повышения квалификации «Паллиативная помощь в педиатрии» в объеме 72 учебных часов

1. *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;

2. *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.

3. *Когда может быть применена шкала оценки боли «FACES» для оценки болевого синдрома у ребенка? Как правильно провести оценку болевого синдрома?*

- A. Родители должны выбрать картинку, наиболее соответствующую выражению лица ребенка.
- B. Попросить ребенка выбрать картинку, наиболее соответствующую его состоянию.
- C. Поднести шкалу к лицу ребенка и определить, какая картинка наиболее соответствует выражению лица ребенка.
- D. Спросить ребенка, какая картинка «в среднем» отражает то, как он себя чувствует в данный момент.

4. Какая из приведенных ниже ситуаций свидетельствует о том, что у ребенка в данный момент нет боли?

- A. Ребенок спит.
- B. У ребенка нормальное артериальное давление.
- C. У ребенка нормальная частота дыхания.
- D. Ребенок говорит, что у него ничего не болит.

5. Девочка, находящаяся в терминальном состоянии, весом 30 кг с обезболивающей целью получила 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.

6. 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.

7. Что следует делать для эффективного обезболивания при различных процедурах?

- A. Аналгезия в сочетании с отвлекающими мероприятиями, например, чтение книги ребенку.
- B. Сказать ребенку, чтобы он был потерпел, потому что после процедуры ему станет лучше.
- C. Уверить ребенка, что боль не очень сильная и скоро пройдет.
- D. Не разрешать родителям присутствовать при проведении процедуры, так как это может усилить волнение ребенка.

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.

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.

- С. У детей не может быть выраженного болевого синдрома, потому что у них еще недостаточно развиты проводящие пути.
- Д. При наличии выраженного болевого синдрома дети должны получать адекватную терапию, в том числе и наркотические анальгетики.

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

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

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?

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

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?

- А. Развитие толерантности.
- В. Развитие привыкания.
- С. Прогрессирование основного заболевания.
- Д. Депрессия; требование, может быть, завуалированной попытки к суициду.

13. Неделию назад сестра 4-летнего Брайана, Джулия, умерла дома после длительной болезни. Несмотря на то, что ему сказали о смерти Джулии, Брайан спрашивает мать о том, когда Джулия вернется домой. Его реакция означает:

- А. Состояние отрицания.
- В. Потерю памяти из-за состояния посттравматического стресса.
- С. Представление о смерти, соответствующее его возрасту.
- Д. Тяжелую психопатологию.

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?

- А. Поговорить с мальчиком о его чувствах.
- В. Использовать арттерапию и игротерапию.
- С. Убедить его записать свои чувства.
- Д. Сказать ему, что его мама уехала в длительную поездку.

15. *Какое из следующих утверждений является неверным?*

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

16. *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.

17. *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.

18. *Если один из родителей 8-летнего ребенка озабоченно спрашивает, должен ли их ребенок идти на похороны своего друга, какой ответ предпочтительнее?*

- A. Дети не должны посещать похороны, пока не повзрослеют и не начнут четко понимать, что такое смерть. Повзрослев, у них появится способность легче переносить утрату.
- B. Независимо от их желания, дети должны посещать похороны. Это им поможет понять неизбежность смерти и научит ценить свою жизнь.
- C. В этой ситуации ребенку надо предложить посетить похороны. Если он решит пойти на похороны, то родитель или какой-либо другой взрослый должен сопроводить ребенка.
- D. Ребенок может посетить похороны только с согласия родителей.

19. *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.

20. *У 7-летней девочки, страдающей СПИДом, в терминальной стадии в агональный период усилился болевой синдром. Для купирования усиливающегося болевого синдрома показано введение*

ние наркотического анальгетика. Какой из нижеперечисленных способов введения препарата нельзя применить в данной ситуации?

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

21. 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.

22. 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.

23. 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.
- C. У нее неадекватная реакция на горе, и ее надо направить на консультацию к профессионалам.
- D. Прежде чем давать любые рекомендации, надо уточнить у членов семьи и коллег, как она ведет себя дома и на работе.

24. 6-летнему мальчику Питеру 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 Питера. Она и младший брат не видели Питера 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?

- A. Дети могут посетить больного брата, после того как родители подробно им все объяснят про состояние Питера в настоящее время. Также родители должны предложить детям сопровождать их.
- B. Объяснить родителям, что дети еще маленькие и это может быть для них стрессом.
- C. Объяснить родителям, что этого делать нельзя, так как сестра, будучи донором костного мозга, может почувствовать вину перед братом.
- D. Сказать родителям, что посещение возможно, если родители не будут плакать в присутствии своих детей.

25. 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?

- A. Безразличие к своему погибшему брату.
- B. Реакция девочки соответствует возрасту.
- C. Имеются признаки тяжелого психического заболевания.
- D. Открытое сопротивление родителям.

26. 15-летний мальчик Джулио 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?

- A. Для Джулио было бы лучше беречь свои силы и оставаться дома.
- B. Ребенку надо обеспечить максимально возможные условия жизни. Поэтому Джулио может посещать школу по самочувствию.
- C. Хотя посещение школы и может быть полезным для эмоционального состояния Джулио, это будет слишком обременительно для семьи и школьных товарищей.
- D. Если Джулио хочет ходить в школу, то он должен оставаться там минимум полдня.

27. 8-летняя девочка Алиша 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.

28. 18-летний парень Леонардо, 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.

29. Как правильно осуществлять мониторинг при изменении режима введения наркотических анальгетиков подростку Леонардо, о котором шла речь в пункте 28?

- 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.

30. 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?

- A. Ребенка сложно успокоить.
- B. Ограничение подвижности.
- C. Изменение артериального давления.
- D. Снижение реакции на окружающую среду.

31. 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.

32. 11-летний мальчик Тони 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.

33. 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 0,3 мг/кг каждые 4 часа.

34. 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.

35. 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 адъюванты, что может позволить снизить дозу морфина.
- C. Снизить дозу морфина на 25 процентов.
- D. Для купирования миоклонуса целесообразно добавить клоназепам.

36. 10-летнего ребенка с впервые установленным диагнозом острого лейкоза беспокоят генерализованные боли в костях. Что в данном случае нельзя использовать для купирования болевого синдрома?

- A. Сочетание ацетаминофена и оксикодона.
- B. Сочетание ибупрофена и гидрокодона.
- C. Монотерапию ацетаминофеном.
- D. Сочетание ацетаминофена и морфина.

37. Какое лекарственное средство для обезболивания можно назначить ребенку с онкологическим заболеванием и вторичной тромбоцитопенией?

- A. Пентазоцин (Талвин).
- B. Ибупрофен (Мотрин).
- C. Меперидин (Демерол).
- D. Гидроморфин (Дилаудид).

38. 8-летняя Анжела страдает спинальной мышечной атрофией. На этом фоне у нее имеется расстройство дыхания. Как правильно оценить тяжесть состояния?

- A. Следить за частотой дыхания.
- B. Оценить ее одышку по шкале от 0 до 10.
- C. Определить степень участия в акте дыхания дополнительной мускулатуры.
- D. Определить сатурацию.

39. У 12-летнего мальчика Леона терминальная стадия СПИДа. Мальчика беспокоит сильная нейропатическая боль в конечностях, рефрактерная к наркотическим анальгетикам и адъювантам. Длительная седация в этой стадии заболевания может быть единственным средством, которое принесет ему облегчение. Что из ниже перечисленного не надо выполнять перед назначением седации?

- A. Необходимо получить письменное разрешение от основного попечителя Леона.
- B. Обсудить обоснование и особенности седации в этом случае со всеми членами медицинской команды и с семьей Леона.

- С. Если у врача нет достаточного опыта работы в паллиативной медицине, тогда необходима дополнительная консультация, для того чтобы убедиться, что симптомы действительно рефрактерны.
- Д. Поговорить с Леоном о возможном лечении, включая седацию.

40. Какой способ седации будет оптимальным?

- А. Увеличить дозу наркотического анальгетика на 50 процентов.
- В. Назначить другой наркотический анальгетик.
- С. Дополнительно назначить нейролептик.
- Д. Дополнительно назначить хлоралгидрат.

ЗАДАЧА 1.

У 8-летней девочки Ли 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 Ли 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 Ли прогрессирует цианоз, она заторможена. Родители девочки связывают ухудшение состояния с увеличением дозы морфина и просят прекратить его введение.

Вопросы для размышления. *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 Ли?
9. Как бы Вы ответили на просьбу родителей Ли?
10. Что могло предупредить описанную ситуацию?

ЗАДАЧА 2.

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 3.

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 неперевааренными 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 4.

Девочка Ю. родилась от четвертой беременности, протекавшей с фетоплацентарной недостаточностью, гестозом во второй половине. Роды на 32-й неделе, отмечалось дородовое 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: Нв-90 г/л, эр-2,5х10¹²/л, Ц.п. - 1,0, лейко - 9,8х10⁹/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.
3. Какие синдромы можно выделить в клинике данного заболевания?
4. Какие методы обследования необходимы для постановки диагноза?
5. Назовите ранние осложнения данного заболевания.
6. Какие осложнения могут быть в последующем?
7. С какими специалистами необходимо проконсультировать девочку?
8. Каков прогноз для жизни и здоровья ребенка?
9. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
10. Какое лечение необходимо ребенку?

ЗАДАЧА 5.

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°C, крик раздраженный, гиперестезия, клонико-тонические судороги.

Дополнительные данные исследования к задаче

Общий анализ крови на 6-й день жизни: НЬ — 172 г/л, Эр $-4,6 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. — 0,94, тромб — $190,0 \times 10^9$ /л, Лейк — $10,0 \times 10^9$ /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, не-прямой — 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 6..

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 7.

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 коммуни-

кация с ребенком и его близким окружением? 2. Какие различают подходы к осуществлению коммуникации?

ЗАДАЧА 8.

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 9.

Лоле 18 месяцев, она страдает тяжелой гидроцефалией (скопление жидкости в мозге) и полностью зависит от своей матери. Лола не может сидеть, она не держит голову и не говорит. Целыми днями Лола 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 Лола стала плохо переносить питание — сразу после кормления у нее начинаются рвота или регургитация. Вы уменьшили объем вводимых питательных веществ, но симптомы не исчезли. Лола 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 10.

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 11.

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 12.

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 эф-

фективность 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?

МЕТОДИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ:

1. Доступ к пользованию электронной-библиотечной системы IPR BOOKS.
2. Презентации по паллиативной помощи

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

Законодательные и нормативно-правовые документы в соответствии с профилем специальности:

- Федеральный закон Российской Федерации от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации".
- Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
- Приказ Министерства образования и науки РФ от 1 июля 2013 г. N 499 "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам".
- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 3 августа 2012 г. N 66н "Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях".
- Приказа Минздрава России № 707н от 08.10.2015 г. «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки»»,
- Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 N 541н "Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере Здравоохранения".
- Приказ Минздрава России №1183н от 24.12.2010г. "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению Российской Федерации при заболеваниях терапевтического профиля". Зарегистрирован Минюстом России 11.02.2011г..Приказ Минздрава России №923н от 15.11.2012г. "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "терапия"". Зарегистрирован в Минюсте России 29.12.2012г. №26482.

Учебно-методическая документация и материалы по рабочей программе учебных модулей:

1) основная литература

1. Контроль симптомов в паллиативной медицине. Под ред. Г.А.Новикова, М., «ГЭОТАР-Медиа», 2013.- 230с.
2. Педиатрия. Национальное руководство : в 2 т. / Ассоциация медицинских обществ по качеству, Союз педиатров России; редсовет.: А. А. Баранов, Б. М. Блохин, М. Р. Богомильский [и др.]. - М. : ГЭОТАР-МЕДИА. - 2009.

2) дополнительная литература

- 1* Рекомендации ВОЗ по медикаментозному лечению персистирующей боли у детей с соматическими заболеваниями. — М.: Практическая медицина, 2014, 208 с.
- 2* Оценка и ведение болевого синдрома у детей: Краткий курс компьютерного обучения, включающий рекомендации ВОЗ 2012 года по обезболиванию. — М.: Р. Валент, 2014, 88с.

3. Паллиативная помощь детям-комплексный подход. Организационная модель мобильной службы паллиативной помощи детям. – М.: Р.Валент, 2014, 128 с.
4. Фармакотерапия хронического болевого синдрома у онкологических пациентов. Методические рекомендации. Каприн А.Д., Абузарова Г.Р., Хороненко В.Э., Алексеева Г.С., Костин А.А. и др. // М., 2015, 48 с.
1. Захаров, Е. Н. Новая форма организации паллиативной помощи населению /Е. Н. Захаров, В. И. Сабанов, И. В. Островская // Медицинская сестра. - 2011.- № 6. - С. 11-13.
2. Контроль симптомов в паллиативной медицине / Под ред. проф. Г.А.Новикова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 248 стр.
3. Новиков Г. А. Стандарты паллиативной помощи: обзор европейских рекомендаций / Г. А. Новиков, В. В. Самойленко, С. В. Рудой, М. А. Вайсман // Паллиативная помощь и реабилитация. - 2010. - № 4. - С. 6-10.
4. Особенности хосписной и паллиативной медицины в педиатрии / Леветаун М., Фраждер Г. – Минск, 2008. – 90с
5. Пособие по паллиативной медицине / АНПО «АСЕТ», г. Самара, 2011
6. Эккерт Н. В. Хоспис на дому - оптимальная форма организации внебольничной паллиативной помощи / Н. В. Эккерт, Е. А. Игнатенко, С. А. Рудакова, Н. А. Баскакова // Экономика здравоохранения. - 2009. - № 7. - С. 15-20.
7. Паллиативная помощь и уход при ВИЧ/СПИД / материалы семинара РОО «СПИД инфосвязь» по программе «Паллиативная помощь и уход при ВИЧ/СПИД», проект ГЛОБУС, 2006
8. Гнездилов А.В., Иванюшкин А.Я., Миллионщикова В.В. Дом для жизни. Человек, 1994, 5: 116–121.
9. Гнездилов А.В. Об особенностях психического состояния больных, выписанных из онкологической клиники. В кн.: Проблемы профилактики нервных и психических расстройств. Л., 1976: С. 74–76.
10. Гнездилов А.В. Психические изменения у онкологических больных. Практическая онкология, 2001, 5.
11. Паллиативная помощь / ВОЗ Европа. - Женева: ВОЗ, 2009. - 32 с.
12. Усенко, О. И. О необходимости стратегии развития паллиативной помощи в России /О.И.Усенко // Медицинская сестра. - 2011. - № 6. - С. 3-10.
13. Хетагурова, А. К. История и современные проблемы паллиативной помощи в России и за рубежом / А. К. Хетагурова // Сестринское дело. - 2010. - № 7. - с. 3-7.
14. Бялик, М. А. Место хосписов в системе паллиативной помощи США / М. А. Бялик // Паллиативная медицина и реабилитация. - 2009. - № 4. - С. 53-57.
15. Введенская, Е. С. Основание хосписной службы на примере создания хосписа «Дом Надежды» в городе Бразов, Румыния / Е. С. Введенская // Паллиативная медицина и реабилитация. - 2005. - № 3. - С. 24-29.
16. Новиков, Г. А. Современное состояние и перспективы развития паллиативной помощи в Российской Федерации / Г. А. Новиков, С. В. Рудой, М. А. Вайсман, В. В. Самойленко, Б. М. Прохоров, М. А. Ефимов // Паллиативная медицина и реабилитация. - 2008. - № 3. - С. 5-11.
17. Иванюшкин А.Я. Новая медицинская этика приходит из хосписа // Человек. - 1994. - N 5. - С. 105-108.
18. Липтуга М.Е. Паллиативная помощь: Краткое руководство. - Архангельск, 2006. - 192с.
19. Модников О.П., Шарафутдинов М.Г., Емельянцева Н.Е. и соавт. Введение в паллиативную медицину // Учебно-методическое пособие. - Ульяновск. - УлГУ. -2004. - 48 с.
20. Новиков Г.А., Осипова Н.А. Лечение хронической боли онкологического генеза // Учебное пособие - Москва, 2005. - 82 с.
21. Новиков Г.А., Чиссов В.И. Паллиативная помощь онкологическим больным // Учебное пособие. - М., ООД "Медицина за качество жизни", 2006. - 192 с.
22. Сидоров П., Новикова И. Профилактика синдрома профессионального выгорания в медицинской среде // Медицинская газета. - 2006. - № 15. - С. 8-9.

23. Хетагурова А.К. Паллиативная помощь: медико-социальные, организационные и этические принципы. - 2-ое изд. - М., ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2003. - 240 с.
24. Хрусталеv Ю.М., Эккерт Н.В. Философско-медицинские аспекты паллиативной помощи и проблемы эвтаназии // Вестник Российской академии медицинских наук. -2007. - № 6. - С. 28-36.
25. Эккерт Н.В. Паллиативная помощь // Организация и оценка качества лечебно-профилактической помощи населению // Учебное пособие. - Москва, 2008. - с. 357-380.
26. Боль: Руководство для врачей и студентов / Под ред. Н.Н. Яхно. – М.: МЕДпресс, 2009. – 302 с.
27. Кукушкин М.Л. Патофизиологические механизмы болевых синдромов // Боль, 2003. -№ 1. – С. 5-16.
28. Михайлович В.А., Игнатов Ю.Д. Болевой синдром. – М.: Медицина, 1990. – 330 с.
29. Данилов А.Б., Давыдов О.С. Невропатическая боль. – М.: Боргес, 2007. – С. 56-57.
30. Кубынин А.Н., Пчелинцев М.В., Звартау Э.Э. Опиоидные анальгетики: пути совершенствования терапии болевых синдромов // Русский медицинский журнал. –2007. -Т. 15. - № 5. – С. 417-423.
31. Кукушкин М.Л., Хитров Н.К. Общая патология боли.– М.: Медицина, 2004. – 140 с.
32. Кукушкин М.Л., Табеева Т.Р., Подчуфарова Е.В. Болевой синдром: патофизиология, клиника, лечение / Под ред. Н.Н. Яхно. – М.: ИМАпресс, 2011. – 72 с.
33. Невропатическая боль: Клинические наблюдения / Под ред. Н.Н. Яхно, В.В. Алексеева, Е.В. Подчуфаровой, М.Л. Кукушкина. – М., 2009. – 263 с.
34. Никода В.В., Осипова Н.А. Неопиоидные анальгетики // Анестезиология: Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – с. 371-383.
35. Новиков Г.А., Осипова Н.А., Вайсман М.А., Рудой С.В., Прохоров Б.М. Пролонгированное обезболивание при распространенных формах злокачественных новообразований: Пособие для врачей. – М.:МНИОИ им. П.А. Герцена, 2004. – 29 с.
36. Овечкин А.М., Горобец Е.С. Обзор материалов XXVII ежегодного конгресса Европейского общества регионарной анестезии и лечения боли (ESRA) // Регионарная анестезия и лечение острой боли. – 2008. – Т. 2. - № 4. – с. 64-70.
37. Осипова Н.А., Абузарова Г.Р. Невропатическая боль в онкологии– М., - 2006.– 22 с.