

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ФАКУЛЬТЕТ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ
И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ**

ПРИНЯТО
на заседании ученого совета
ФГБОУ ВО РостГМУ
Минздрава России
Протокол № 9

«27» 08 2020 г.

УТВЕРЖДЕНО
приказом ректора
«04» 09 2020г.
№ 407

**ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
«ПЕДИАТРИЯ»
НА ТЕМУ
«ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ В ПЕДИАТРИИ»
(СРОК ОБУЧЕНИЯ 36 АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСОВ)**

Ростов-на-Дону
2020

Основными компонентами дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Педиатрия» на тему «Паллиативная помощь в педиатрии» являются (цель программы, планируемые результаты обучения; учебный план; требования к итоговой аттестации обучающихся; рабочие программы учебных модулей; организационно-педагогические условия реализации дополнительной профессиональной программы повышения квалификации оценочные материалы и иные компоненты.

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации врачей по специальности «Педиатрия» на тему «Паллиативная помощь в педиатрии» одобрена на заседании кафедры педиатрии и неонатологии

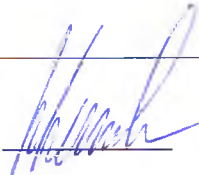


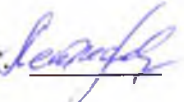
Протокол № 7 от «10» июня 2020 г.

Заведующий кафедрой д.м.н., профессор  Летифов Г.М.
подпись

2. ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации по
специальности «Педиатрия»
на тему «Паллиативная помощь в педиатрии»

срок освоения 36 академических часа

СОГЛАСОВАНО	
Проректор по последипломному образованию	« <u>26</u> » <u>08</u> 2020 г.  Брижак З.И.
Декан факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов	« <u>26</u> » <u>08</u> 2020 г.  Бадалянц Д.А.
Начальник управления организации непрерывного образования	« <u>26</u> » <u>08</u> 2020 г.  Герасимова О.В.
Заведующий кафедрой	« <u>10</u> » <u>06</u> 2020 г.  Летифов Г.М.

4. Общие положения

4.1. Цель дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей со сроком освоения 36 академических часа по специальности «Педиатрия» на тему «Паллиативная помощь в педиатрии» заключается в совершенствовании знаний и умений в рамках имеющейся квалификации.

4.2. Актуальность программы: Актуальность дополнительной профессиональной образовательной программы повышения квалификации врачей по теме «Паллиативная помощь в педиатрии» обусловлена необходимостью обучения специалистов здравоохранения навыкам оказания паллиативной помощи детям в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками и с учетом действующих стандартов

4.3. Задачи программы:

Сформировать знания:

- Особенности оказания паллиативной помощи детям.
- Аспекты организации хосписа или службы паллиативной помощи.
- Питание детей в комплексе паллиативной помощи.
- Особенности организации деятельности выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи детям.
- Аспекты диагностики болевого синдрома у детей подходы к ведению боли у отдельных категорий детей.
- Принципы поддерживающей абилитации / реабилитации в рамках концепции развивающего ухода.
- Основные аспекты паллиативной помощи детям и подросткам с гематологическими заболеваниями.
- Основы этики и деонтологии в паллиативной медицине.
- Синдром эмоционального выгорания и его профилактика. особенности коммуникации с ребенком и влияние тяжелой болезни.

Сформировать умения:

- Осуществлять организацию питания детей на паллиативной терапии.
- Проводить оценку боли по шкалам.
- Оценивать основные потребности ребенка в поддерживающей абилитации / реабилитации, включая вопросы позиционирования и профилактики вторичных осложнений, правильное перемещение и стимуляцию самостоятельной двигательной активности.
- Применять принципы поддерживающей абилитации / реабилитации в рамках концепции развивающего ухода.
- Оказывать психологическую помощь родителям в случае смерти ребенка.

Сформировать навыки:

- Способностью осуществлять организацию питания детей на паллиативной терапии.
- Способностью проводить оценку боли по шкалам.
- Способностью оценивать основные потребности ребенка в поддерживающей абилитации / реабилитации, включая вопросы позиционирования и профилактики вторичных осложнений, правильное перемещение и стимуляцию самостоятельной двигательной активности.
- Способностью применять принципы поддерживающей абилитации / реабилитации в рамках концепции развивающего ухода.
- Способностью оказывать психологическую помощь родителям в случае смерти ребенка.

Обеспечить приобретение опыта деятельности:

- осуществление профессиональной деятельности по диагностике угрожающих жизни состояний у детей и подростков;
- определения у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных с развитием критических состояний;
- осуществления лечебной деятельности в рамках профессиональных обязанностей врача-специалиста при наблюдении детей с паллиативными состояниями;
- применение принципов поддерживающей абилитации / реабилитации в рамках концепции развивающего ухода;
- оказание психологическую помощь родителям в случае смерти ребенка;

Основными компонентами Программы являются:

- общие положения;
- планируемые результаты обучения;
- учебный план;
- календарный учебный график;
- рабочие программы учебных модулей: "Фундаментальные дисциплины", "Специальные дисциплины", "Смежные дисциплины";
- организационно-педагогические условия;
- формы аттестации;
- оценочные материалы <1>.

<1> Пункт 9 приказа Министерства образования и науки Российской Федерации от 01 июля 2013 г. N 499 "Порядок организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам", (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации от 20 августа 2013 г., регистрационный N 29444) с изменениями, внесенными приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 15 ноября 2013 г. N 1244 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 января 2014 г., регистрационный N 31014).

4.4. Содержание Программы построено в соответствии с модульным принципом, структурными единицами модулей являются разделы. Каждый раздел дисциплины подразделяется на темы, каждая тема - на элементы, каждый элемент - на подэлементы. Для удобства пользования Программой в учебном процессе каждая его структурная единица кодируется. На первом месте ставится код раздела дисциплины (например, 1), на втором - код темы (например, 1.1), далее - код элемента (например, 1.1.1), затем - код подэлемента (например, 1.1.1.1). Кодировка вносит определенный порядок в перечень вопросов, содержащихся в Программе, что, в свою очередь, позволяет кодировать контрольно-измерительные (тестовые) материалы в учебно-методическом комплексе (далее - УМК).

4.5. Учебный план определяет состав изучаемых дисциплин с указанием их трудоемкости, объема, последовательности и сроков изучения, устанавливает формы организации учебного процесса и их соотношение (лекции, семинарские и практические занятия, применение дистанционного обучения), конкретизирует формы контроля знаний и умений обучающихся. Планируемые результаты обучения направлены на формирование профессиональных компетенций врача-педиатра. В планируемых результатах отражается преемственность с профессиональными стандартами и квалификационной характеристикой должности врача-педиатра <2>.

<2> Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 июля 2010 г. N 541н "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25 августа 2010 г., регистрационный N 18247).

4.6. В Программе содержатся требования к аттестации обучающихся. Итоговая аттестация осуществляется посредством проведения экзамена и выявляет теоретическую и практическую подготовку обучающегося в соответствии с целями и содержанием Программы.

4.7. Организационно-педагогические условия реализации Программы включают учебно-методическое обеспечение учебного процесса освоения модулей специальности (тематика лекционных, семинарских и практических занятий).

4.8. Характеристика профессиональной деятельности обучающихся

4.8.1. Характеристика профессиональной деятельности врача-педиатра:

- **область профессиональной деятельности**¹ включает охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения;

- **основная цель вида профессиональной деятельности**²: сохранение и укрепление здоровья детей

обобщенные трудовые функции: оказание медицинской помощи детям в амбулаторных условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, в том числе на дому при вызове медицинского работника;

- **трудовые функции:**

A/01.7. Обследование детей с целью установления диагноза;

A/02.7. Назначение лечения детям и контроль его эффективности и безопасности;

A/03.7 Реализация и контроль эффективности индивидуальных реабилитационных программ для детей;

A/04.7 Проведение профилактических мероприятий, в том числе санитарно-просветительной работы, среди детей и их родителей.

A/05.7. Организация деятельности медицинского персонала и ведение медицинской документации

¹ Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 25.08.2014 №1060 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.19 Педиатрия (уровень подготовки кадров высшей квалификации)» (зарегистрировано в Министерстве юстиции Российской Федерации 28.10.2014, регистрационный №34501).

² Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 27.03.2017 №306н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-педиатр участковый» (зарегистрировано в Министерстве юстиции Российской Федерации 17.04.2017, регистрационный №46397).

4.8.2. Характеристика профессиональной деятельности врача-неонатолога:

- **область профессиональной деятельности**³ включает охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

- **основная цель вида профессиональной деятельности**⁴: сохранение и укрепление здоровья детей.

- **обобщенные трудовые функции**: оказание медицинской помощи детям в амбулаторных условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, в том числе на дому при вызове медицинского работника.

- **трудовые функции**:

A/01.8 Оказание медицинской помощи новорожденным и недоношенным детям непосредственно после рождения (в родильном зале).

A/02.8 Проведение медицинского обследования новорожденных и недоношенных детей с целью установления диагноза.

A/03.8 Проведение вскармливания, выхаживания и лечения новорожденных и недоношенных детей.

A/04.8 Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения

A/05.8 Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала.

A/06.8 Оказание медицинской помощи в экстренной форме.

- **вид программы**: практикоориентированная.

4.9. Контингент обучающихся:

- **по основной специальности**: педиатрия

- **по смежным специальностям**: неонатология

³Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от «25» августа 2014 г. N 1061 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.18 «Неонатология» (уровень подготовки кадров высшей квалификации)" (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 23 октября 2014 г., регистрационный N 34411).

⁴Приказ Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации от 14.03.2018 №136н, регистрационный номер 1105 «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-неонатолог» (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 02.04.2018, регистрационный №50594).

5. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ

Планируемые результаты обучения направлены на формирование профессиональных компетенций врача – педиатра, врача-неонатолога. В планируемых результатах отражается преемственность с профессиональным стандартом и квалификационной характеристикой должности врача- педиатра, врача-неонатолога.

Характеристика компетенций врача-педиатра, подлежащих совершенствованию

5.1. Профессиональные компетенции (далее - ПК):

профилактическая деятельность:

✓ готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний у детей, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

✓ готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми (ПК-2);

✓ готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

✓ готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей (ПК-4);

диагностическая деятельность:

✓ готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

лечебная деятельность:

✓ готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании педиатрической медицинской помощи (ПК-6);

✓ готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

✓ готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

психолого-педагогическая деятельность:

✓ готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

✓ готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

✓ готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

✓ готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

Характеристика компетенций врача-неонатолога, подлежащих совершенствованию

Профессиональные компетенции (далее - ПК):

профилактическая деятельность:

✓ готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на

сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний у детей, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

✓ готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми (ПК-2);

✓ готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

✓ готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей (ПК-4);

диагностическая деятельность:

✓ готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

лечебная деятельность:

✓ готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании педиатрической медицинской помощи (ПК-6);

✓ готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

✓ готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

психолого-педагогическая деятельность:

✓ готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

✓ готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

✓ готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

✓ готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

5.2. Объем программы: 36 академических часов.

5.3. Форма обучения, режим и продолжительность занятий

<p>График обучения</p> <p>Форма обучения</p>	<p>Акад. часов в день</p>	<p>Дней в неделю</p>	<p>Общая продолжительность программы, месяцев</p> <p>(дней, недель)</p>

Очная с использованием ДОТ	6	6	1 неделя, 6 дней
----------------------------	---	---	------------------

Программа повышения квалификации реализуется с использованием ДОТ и ЭО на дистанционной площадке – «Автоматизированная система ДПО ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России (sdo.rostgmu.ru) (далее - система)». В системе представлены учебные материалы, тестовые задания по темам учебных модулей программ. Система позволяет проводить онлайн-лекции и семинарские занятия в удаленном режиме синхронно взаимодействовать слушателю с преподавателем.

6. УЧЕБНЫЙ ПЛАН

дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Педиатрия» на теме «Паллиативная помощь в педиатрии» (срок освоения 36 академических часа)

Код	Наименование разделов модулей	Всего часов	В том числе			Из них		Форма контроля
			Лекции	ПЗ	СЗ	ОСК	ДО	
1.	Актуальные вопросы организации паллиативной помощи детям.	10	6		4		4	
2.	Паллиативная медицинская помощь при различных состояниях у детей.	24	14	6	4		6	
	Итоговая аттестация	2						Тестовый контроль
	Итого	36	20	6	8		10	

ПЗ - практические занятия.

СЗ - семинарские занятия.

ДО – дистанционное обучение.

ПК - промежуточный контроль.

ТК - текущий контроль.

7. Календарный учебный график

Учебные модули	Неделя					
	1 день	2 день	3 день	4 день	5 день	6 день

	(часы)	(часы)	(часы)	(часы)	(часы)	(часы)
Специальные дисциплины	6	6	6	6	6	4
Итоговая аттестация						2

8. Рабочие программы учебных модулей

Раздел 1

«Актуальные вопросы организации паллиативной помощи детям»

<i>Код</i>	<i>Название и темы рабочей программы</i>
1.1.	Паллиативная медицинская помощь в РФ: итоги и перспективы развития.
1.2	Принципы паллиативной медицины и концепция паллиативной медицинской помощи.
1.3	Нормативно – правовые акты, регламентирующие вопросы оказания паллиативной медицинской помощи.

Раздел 2

«Паллиативная медицинская помощь при различных состояниях у детей»

<i>Код</i>	<i>Название и темы рабочей программы</i>
2.1.	Паллиативная медицинская помощь при неврологических заболеваниях у детей
2.2.	Паллиативная медицинская помощь при онкологических и гематологических заболеваниях у детей
2.3.	Паллиативная медицинская помощь при респираторных нарушениях у детей
2.4	Синдром боли у детей

Тематика лекционных занятий

№ раздела	№ лекции	Темы лекций	Кол-во часов
1	1	Паллиативная медицинская помощь в РФ: итоги и перспективы развития	2
	2	Принципы паллиативной медицины и концепция паллиативной медицинской помощи	2
	3	Паллиативная помощь детям - организационная модель мобильной службы паллиативной помощи детям	2

2	4	Паллиативная медицинская помощь при неврологических заболеваниях у детей	2
	5	Спинальная мышечная атрофия	2
	6	Паллиативная медицинская помощь при онкологических заболеваниях у детей	2
	7	Принципы организации паллиативной помощи детям и подросткам с гематологическими заболеваниями	2
	8	Паллиативная медицинская помощь при респираторных нарушениях у детей	2
	9	Болевой синдром у детей, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи», клинические рекомендации	2
	10	Рекомендации ВОЗ по медикаментозному лечению персистирующей боли у детей с соматическими заболеваниями	2
		Итого	20

Тематика практических занятий

№ раздела	№ ПЗ	Темы практических занятий	Кол-во часов	Формы текущего контроля
1	1	Паллиативная медицинская помощь при неврологических заболеваниях у детей	2	Зачет
	2	Паллиативная медицинская помощь при онкологических и гематологических заболеваниях	2	
2	3	Синдром боли у детей	2	Зачет
Итого			6	

Тематика семинарских занятий

№ раздела	№ ПС	Темы самостоятельной работы	Кол-во часов	Формы текущего контроля
2	1	Паллиативная медицинская помощь при неврологических заболеваниях у детей	4	
	2	Паллиативная медицинская помощь при онкологических и гематологических заболеваниях у	4	
Итого			8	Зачет

9. Организационно-педагогические условия

Программа повышения квалификации реализуется с использованием ДОТ и ЭО на дистанционной площадке – «Автоматизированная система ДПО ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России (sdo.rostgmu.ru) (далее - система)». В системе представлены учебные материалы, тестовые задания по темам учебных модулей программ. Система позволяет проводить онлайн-лекции и семинарские занятия в удаленном режиме синхронно взаимодействовать слушателю с преподавателем.

Профессорско-преподавательский состав программы:

№ п/п	Фамилия, имя, отчество,	Ученая степень, ученое звание	Должность
1	Летифов Гаджи Муталибович	Д.м.н., профессор	Зав.кафедрой
2	Панова Ирина Витальевна	Д.м.н, доцент	Профессор
3	Домбаян Светлана Христофоровна	К.м.н	Доцент
4	Афонина Тамара Андреевна	К.м.н	Доцент
5	Лазарев Анатолий Никитович	К.м.н.	Доцент

10. Формы аттестации

10.1. Итоговая аттестация по Программе проводится в форме экзамена и должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-педиатра в соответствии с требованиями квалификационных характеристик и профессиональных стандартов.

10.2. Обучающийся допускается к итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренным учебным планом.

10.3. Обучающиеся, освоившие программу и успешно прошедшие итоговую аттестацию, получают документ о дополнительном профессиональном образовании – удостоверение о повышении квалификации.

11. Оценочные материалы

11.1. Оценочные материалы промежуточной аттестации

Форма промежуточной аттестации:

1. Тестовый контроль.

Примерная тематика контрольных вопросов, выявляющих теоретическую подготовку обучающегося:

1. Что Вы понимаете под термином «паллиативная помощь»?
2. Каковы основные нозологические формы хронических прогрессирующих заболеваний, требующих оказания паллиативной помощи?
3. Какие основные цели и задачи паллиативной медицины?
4. Что такое эвтаназия?

5. Какие Вы знаете организационные формы оказания паллиативной помощи инкурабельным больным? Перечислите их основные задачи и функции.
6. Что такое «хоспис»?
7. Какова цель создания хосписов?
8. Основы правильного общения и влияние тяжелой болезни.
9. Особенности коммуникации с ребенком и представления детей о смерти.
10. Виды контактов с тяжелобольными детьми
11. В чем заключается "синдром эмоционального выгорания» медицинских работников? Перечислите стадии эмоционального выгорания.
12. Профилактика "синдрома эмоционального выгорания»
13. Что такое медико-социальная экспертиза? Каким образом она проводится
14. Эмоциональная поддержка семьи и пациента.
15. Основные задачи в оказании помощи в конце жизни
16. Нормативно – правовые акты, регламентирующие вопросы оказания паллиативной медицинской помощи

Примеры заданий, выявляющих практическую подготовку обучающегося:

1. Организация деятельности хосписа для детей
2. Организационные формы оказания выездной помощи.
3. План паллиативной помощи при терминальной стадии течения заболевания
4. Методика использования и оценки шкалы для измерения интенсивности боли
5. Обоснование и назначения обезболивающих препаратов в паллиативной медицине

11.2 Оценочные материалы итоговой аттестации

Форма итоговой аттестации:

- Тестирование.

Примерная тематика контрольных вопросов, выявляющих теоретическую подготовку обучающегося:

1. Профилактика «синдрома эмоционального выгорания»
2. Что такое медико-социальная экспертиза? Каким образом она проводится
3. Эмоциональная поддержка семьи и пациента.
4. Основные задачи в оказании помощи в конце жизни
5. Нормативно – правовые акты, регламентирующие вопросы оказания паллиативной медицинской помощи
6. Паллиативная медицинская помощь понятие и ее содержание.
7. Особенности оказания паллиативной помощи детям.
8. История развития паллиативной медицинской помощи детям
9. Особенности организации деятельности выездной патронажной службы паллиативной медицинской помощи детям.
10. Организация деятельности хосписа для детей.
11. Основные трудовые функции, входящие в профессиональный стандарт «Врач по паллиативной медицинской помощи».
12. Организационные формы оказания выездной помощи
13. Аспекты организации хосписа или службы паллиативной помощи.
14. Приоритетные направления развития паллиативной медицинской помощи

Примеры заданий, выявляющих практическую подготовку обучающегося:

1. Определение боли.
2. Определите разновидности ноцицептивной боли
3. Маркеры нейропатической боли.
4. Шкалы для измерения боли у детей.
5. Принципы назначения обезболивающих препаратов в паллиативной медицине.

6. Использование морфина в паллиативной медицине у детей.
7. Расчёт эквивалентных доз в переводе с кодеина на морфин.
8. Основные требования к выписке рецептов на наркотические препараты.
9. Немедикаментозные методы снятия боли.
10. Показания к проведению паллиативной помощи детям, страдающим муковисцидозом.
11. Модели оказания паллиативной помощи детям с муковисцидозом.
12. Методики, применяемые при кинезитерапии у детей с муковисцидозом Методика проведения кислородотерапии у детей с паллиативными состояниями.
13. Показания и противопоказания к проведению СРАР терапии.
14. Эффекты СРАР терапии.
15. Системы для проведения СРАР терапии.
16. Методика проведения СРАР терапии.
17. Местные и системные осложнения/побочные эффекты СРАР терапии.
18. Критерии окончания СРАР терапии.
19. Критерии необходимости перевода на ИВЛ.
20. Показания к ИВЛ у детей с паллиативными состояниями на дому.
21. Методика проведения ИВЛ у детей с паллиативными состояниями.
22. Методы контроля за проведением респираторной терапии, в том числе, ИВЛ у детей с паллиативными состояниями на дому.

Фонд оценочных средств к рабочей программе:

1. Заболевание, проявляющееся повторными пневмониями, постоянным кашлем с отделением вязкой мокроты, полифекалией, жирным стулом

- 1) коклюш
- 2) цитомегаловирусная инфекция
- 3) целиакия
- 4) муковисцидоз

Ответ: 4

2. Муковисцидоз – это

- 1) приобретённое заболевание
- 2) наследственное аутосомно-рецессивное заболевание
- 3) наследственное аутосомно-доминантное заболевание
- 4) наследственное хромосомное заболевание

Ответ: 2

3. Информативный метод диагностики муковисцидоза

- 1) общий анализ крови
- 2) определение натрия и хлора в поте
- 3) анализ мокроты
- 4) биохимический анализ крови (СРБ, сиаловые кислоты и др.)

Ответ: 2

4. Содержание электролитов в поте при муковисцидозе

- 1) в норме
- 2) снижается
- 3) повышается
- 4) резко снижается

Ответ: 3

5. Для муковисцидоза характерны хрипы

- 1) локализованные, влажные мелкопузырчатые и крепитирующие
- 2) рассеянные сухие
- 3) диффузные разнокалиберные влажные
- 4) локализованные разнокалиберные влажные

Ответ: 3

6. При лечении кишечной формы муковисцидоза назначают

- 1) глюкокортикоиды
- 2) анаболические средства
- 3) ферментативные препараты
- 4) нестероидные противовоспалительные средства

Ответ: 3

7. Ингаляционная терапия при муковисцидозе проводится

- 1) при обострении бронхита
- 2) при появлении бронхообструктивного синдрома
- 3) при появлении постоянного кашля
- 4) ежедневно независимо от наличия бронхообструктивного синдрома или кашля

Ответ: 4

8. Применение кинезитерапии

- 1) противопоказана новорождённым детям
- 2) противопоказана недоношенным детям
- 3) противопоказана при наличии срыгиваний
- 4) показана всем пациентам с муковисцидозом

Ответ: 4

9. Физические нагрузки

- 1) противопоказаны у пациентов с муковисцидозом
- 2) противопоказаны у детей дошкольного возраста
- 3) входит в обязательный комплекс кинезитерапии
- 4) противопоказан детям раннего возраста

Ответ: 3

10. Средства, не применяемые для домашнего пользования у детей с муковисцидозом

- 1) минибатут
- 2) кислородный концентратор
- 3) штанга
- 4) гимнастические мячи

Ответ: 3

11. Препарат, который относится к опиатам «смешанным агонистам-антагонистам».

- 1) кодеин
- 2) оксикодон
- 3) буторфанол
- 4) фентанил

Ответ: 3

12. Трамадол слабее морфина

- 1) 2 раза
- 2) 5 раз
- 3) 10 раз

4) 3-4 раза

Ответ: 2

13. Фентанил сильнее морфина

1) 3 раза

2) 5 раз

3) 150 раз

4) 60-70 раз

Ответ: 3

14. Противоязвенные (H-2 блокаторы) препараты влияют на эффект опиатов

1) ингибируют

2) ускоряют

3) не влияют

4) нет данных

Ответ: 1

15. Антипсихотические препараты влияют на эффект опиатов

1) уменьшают седативный эффект

2) усиливают гипотензивный эффект

3) ослабляют гипотензивный эффект

4) не оказывают гипотензивного эффекта

Ответ: 2

16. Влияние алкоголя на эффект опиатов

1) усиление седативного эффекта

2) ослабление седативного эффекта

3) отсутствие гипотензивного эффекта

4) повышение артериального давления

Ответ: 1

17. Особенности внутривенного введения препаратов в паллиативной медицине

1) используется очень часто

2) струйное (болюсное) введение

3) не требует постоянного контроля за больным

4) используется очень редко

Ответ: 1

18. Анальгетик, который назначается в паллиативной медицине

1) промедол

2) пентазоцин

3) метадон

4) буторфанол

Ответ: 3

19. Максимальная суточная доза кодеина в сутки для детей старше 12 лет.

A) 240мг, разделённая на 4-6 приёмов

B) 240мг, разделённая на 2-4 приёма

C) 180мг, разделённая на 4 приёма

D) 210мг, разделённая на 3 приёма

Ответ: 1

20. Максимальная суточная доза морфина для детей старше 12 лет.

A) 25мг

- B) 18мг
- C) 80мг
- D) 36мг

Ответ: 1

21. Компонентами паллиативной помощи являются:

- 1) забота об умирающем пациенте
- 2) реабилитация
- 3) радикальное лечение
- 4) симптоматическая терапия

Ответ: 1

22. Где не проводится паллиативная помощь:

- 1) на дому
- 2) в стационаре
- 3) в хосписе
- 4) в санатории

Ответ: 4

23. Объектом паллиативной помощи является:

- 1) больной
- 2) родственники больного
- 3) больной, члены его семьи
- 4) друзья больного

Ответ: 3

24. Первое заведение по уходу за умирающими больными было открыто:

- 1) в США
- 2) в Великобритании
- 3) в России
- 4) во Франции

Ответ: 3

25. Первый хоспис в России был открыт в:

- 1) 1991 г.
- 2) 1987 г.
- 3) 2005 г.
- 4) 1993 г.

Ответ: 4

26. Где находился первый хоспис в России:

- 1) в Москве
- 2) в Санкт-Петербурге
- 3) в Самаре
- 4) в Ростове на Дону

Ответ: 1

27. Хоспис является:

- 1) медицинским учреждением
- 2) социальным учреждением

- 3) оздоровительным учреждением
- 4) медицинским и социальным учреждением

Ответ: 4

28. Что из нижеперечисленного не является фактором, помогающим осуществить прогнозирование?

- 1) Предполагаемое развитие заболевания.
- 2) Стадия заболевания.
- 3) Увеличивающиеся периоды сна и забытья.
- 4) Структура организации поддержки семьи.

Ответ: 4

29. Какое из следующих состояний редко приводит к развитию судорог в терминальном состоянии?

- 1) Гипогликемия.
- 2) Опухоль головного мозга.
- 3) Рак легких.
- 4) Гипоксемия

Ответ: 3

30. Паллиативная помощь больным должна начинаться с момента,

- 1) если установлен диагноз неизлечимого заболевания
- 2) если пациенты испытывают физические или другого рода страдания
- 3) если заболевание прогрессирует и переходит в терминальную стадию
- 4) если больным, требуется специализированная паллиативная помощь

Ответ: 1

31. Основой успеха паллиативной помощи является

- 1) длительное профессиональное постоянное наблюдение за больным.
- 2) профессионализм персонала
- 3) сила воли пациента
- 4) обеспеченность требующимися медикаментами

Ответ: 1

32. В группе незлокачественных заболеваний, требующих паллиативной помощи, первое место по количеству случаев занимают:

- 1) заболевания сердечно-сосудистой системы
- 2) патология ЦНС
- 3) нервно-мышечная дегенерация
- 4) болезни дыхательной системы

Ответ: 2

33. Что следует делать для эффективного обезболивания при различных процедурах

- 1) Обезболивание в сочетании с отвлекающими мероприятиями, например, чтение книги ребёнку.
- 2) Сказать ребёнку, чтобы он потерпел, потому что после процедуры ему станет лучше.
- 3) Уверить ребёнка, что боль не очень сильная и скоро пройдёт.
- 4) Не разрешать родителям присутствовать при проведении процедуры, так как это может усилить волнение ребёнка

Ответ: 2

34. По мере приближения ухода из жизни, ребенок перестает проявлять интерес

- А) к внешнему миру и отдельным деталям повседневной жизни
- В) к родным и близким

- C) к самому себе
- D) все ответы верны

Ответ: 4

35. Практически все врожденные рефлексы орального автоматизма угасают в возрасте:

- 1) 8 – 10 мес.
- 2) 2 – 4 мес.
- 3) 4 – 6 мес.
- 4) 6 – 8 мес.

Ответ: 3

36. Основной причиной перинатального поражения ЦНС является:

- 1) метаболические нарушения
- 2) родовой травматизм
- 3) гипоксия
- 4) внутриутробная инфекция

Ответ: 3

37. Наиболее частая форма детского церебрального паралича является

- 1) атактическая
- 2) гиперкинетическая
- 3) спастическая
- 4) дискинетическая

Ответ: 3

38. У ребенка в норме большой родничок закрывается

- 1) в 12 – 18 мес.
- 2) в 4 – 6 мес.
- 3) в 7 – 9 мес.
- 4) в 9 – 11 мес.

Ответ: 1

39. Для дискинетической формы ДЦП характерно наличие

- 1) атаксии
- 2) гиперкинезов
- 3) гемипареза
- 4) гиперпатии

Ответ: 2

40. Одной из главных причин ДЦП является

- 1) черепно-мозговая травма
- 2) нейроинфекции
- 3) нарушение обмена веществ
- 4) перинатальное поражение ЦНС

Ответ: 4

41. Продолжительность приступа эпилептического статуса

- 1) более 5 минут
- 2) более 10 минут
- 3) более 30 минут
- 4) более 20 минут

Ответ: 3

42. Основным препаратом для лечения эпилепсии у детей

- 1) вальпроевая кислота
- 2) фолиевая кислота
- 3) клоназепам
- 4) анаферон

Ответ: 1

43. Абсолютный электроэнцефалографический признак эпилепсии

- 1) ритмических феноменов в а- и b-диапазонах
- 2) ритмических феноменов в d-диапазоне
- 3) ритмических феноменов в q-диапазоне
- 4) комплексов «спайк-медленная волна»

Ответ: 4

44. Аппаратной системой для проведения назального СРАР новорожденным не является

- 1) газоинжекционная система с клапаном Бенвинисты
- 2) система с переменным потоком
- 3) система с водяным замком
- 4) система Айра-Риса

Ответ: 4

45. Наиболее эффективно проведение СРАР через

- 1) интубационную трубку
- 2) назофаренгиальную маску
- 3) биназальные канюли и назальную маску
- 4) воздуховод

Ответ: 3

46. Проведение назального СРАР нецелесообразно при

- 1) первичной респираторной терапии респираторного дистресс-синдрома новорожденных
- 2) апноэ недоношенных
- 3) экстубации трахеи
- 4) врожденной диафрагмальной грыже

Ответ: 4

47. Положительное давление в дыхательных путях в конце выдоха при проведении СРАР не может быть создано

- 1) аппаратом искусственной вентиляции легких
- 2) драйвером потока
- 3) системой bubble bottle (пробулькивания)
- 4) системой Айра-Риса

Ответ: 4

48. Противопоказание к применению метода СРАР у новорожденных

- 1) масса тела более 1000 г
- 2) пневмония
- 3) пневмоторакс
- 4) РДСН

Ответ: 3

49. Ребенку с цианозом кожи на фоне регулярной подачи кислорода при ЧСС более 100 необходимым является вентиляция под положительным давлением

- 1) вентиляция под положительным давлением
- 2) непрямой массаж сердца
- 3) введение адреналина
- 4) введение дыхательных analeптиков

Ответ: 1

50. Показанием к проведению искусственной вентиляции легких при проведении первичной реанимации не является

- 1) отсутствие спонтанного дыхания
- 2) ЧСС более 100 в 1 минуту при регулярном спонтанном дыхании
- 3) ЧСС менее 100 в 1 минуту при регулярном спонтанном дыхании
- 4) нерегулярное или судорожное дыхание типа gasping

Ответ: 2

Ситуационные задачи

Задачи №1.

Ребенок 4 месяцев страдает муковисцидозом смешанной формы, тяжелое течение. Имеет проявления гипотрофии II-III степени. Находится на искусственном вскармливании, получает Нутрилон1. Глотательный рефлекс сохранен.

Задание. Проведите коррекцию питания и обоснуйте его.

Эталон ответа.

Необходимо назначить полуэлементарные смеси на основе гидролизатов белка («Алфаре», «Нутрамиген», «Прегестимил», «Фрисопеп», «Нутрилон Пепти ТСЦ»). Способ введения из бутылочки или через назогастральный зонд.

Во время каждого приема пищи назначать панкреатические ферменты (минимикросферы Креон) из расчета 2500–3300 ЕД на 120 мл молока (молочной смеси).

Потребность в энергии у детей с муковисцидозом обычно повышена на 20–50 % по сравнению со здоровыми детьми соответствующего возраста и пола. Поэтому ребенок нуждается в повышенном количестве белка из-за его потерь вследствие мальабсорбции

При смешанном/искусственном вскармливании предпочтительны смеси, имеющие в качестве жирового компонента среднецепочечные триглицериды и растительные жиры в эмульгированной форме, что позволяет улучшить утилизацию жира и снизить дозу ферментов.

Ребенок, больной муковисцидозом, должен получать лечебное питание на протяжении всей жизни с учетом индивидуальных особенностей (тяжести заболевания, наличия осложнений, социально-бытовых аспектов).

Задача № 2.

Ребенок С. Диагноз: Перинатальное поражение ЦНС ишемически-геморрагического генеза тяжелой степени. Ранний восстановительный период. Церебральная ишемия III степени. Перивентрикулярные лейкомаляции. Внутрижелудочковое кровоизлияние I–II степени. Церебральная атрофия. Псевдобульбарный синдром.

Анамнез: родился в 30 недель гестации, масса тела при рождении – 1398 г, длина – 39 см. Находится на искусственном вскармливании, зондовое питание. В настоящее время постнатальный возраст – 2 месяца 5 дней, ПКВ – 39 недель, масса тела – 2798 г, длина – 47 см, окружность головы – 45 см (10 перцентиль по шкале Fenton).

Задание. Дайте рекомендации по дальнейшей нутритивной тактике ведения ребенка.

Эталон ответа.

Так как ребенок только достиг 10-го перцентилья по шкале Fenton, необходимо продолжить вскармливание смесью для недоношенных. При последующем соответствии физического развития ребенка его возрасту рекомендуется использовать комбинацию Пре-смеси (на 1/4- 1/4 суточного объема) и смеси, предназначенной для вскармливания доношенных детей. Количество килокалорий в сутки с учетом возраста (2 мес. 5 дней), субстрата питания (искусственное вскармливание, среднее количество килокалорий в смеси для недоношенных – 70 ккал/100 мл либо 80 ккал/100 мл), массы тела при рождении (менее 1500 г) и фактической массы составляет 130 ккал/кг. С учетом

неврологической симптоматики преимущество отдано смеси в разведении 80 ккал/100 мл («PreNAN»).

Суточный объем такой смеси при расчете калорийным методом составляет: $V_{\text{сут}} = (2,798 \text{ кг} \times 130 \text{ ккал/кг} \times 100) : 80 \text{ ккал/100 мл смеси} = 455 \text{ мл/сут}$. Суточная калорийность питания составляет 364 ккал/сут ($2,798 \text{ (кг)} \times 130 \text{ (ккал)}$). Используется зондовое питание, болюсное введение смеси в объеме 57 мл через 3 часа.

Задача № 3.

Лена, 6 лет, страдает от рецидива острого лимфобластного лейкоза. Согласно мнению

гематологов, химиотерапия больше не является эффективной, и они просят вас, как специалиста по паллиативной медицине, помочь в организации выписки девочки домой. Во время нахождения в палате у нее несколько раз отмечались носовые кровотечения в связи с низким уровнем тромбоцитов и недостаточностью костного мозга

Задание. Укажите перечень препаратов, с которым ребенка следует выписать домой.

Эталон ответа: Жидкий морфин для перорального применения, таблетки транексамовой кислоты, дексаметазон и валиум для ректального применения (возможны другие назначения).

Задача № 4.

Лоле 18 месяцев, она страдает тяжелой гидроцефалией 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

Задание

1. Как вы будете действовать в данном случае?
2. Кого вы привлечете к уходу за ребенком?

Задача № 5.

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.

Задание

1. Опишите ваш возможный разговор с ними, подумайте, что бы вы им сказали

Ответ:

К сожалению, ребенок страдает заболеванием, которое вылечить не представляется возможным, что, безусловно, является серьезным и суровым испытанием для всей семьи и медработников.

Убедить родных, что медработники и родители сделали для любимого человека все, что было в их силах.

В любом случае обсудить проблему, проявляя сопереживание, будет прекрасным началом в понимании сущности проблемы.

Ребенку постоянно будет оказываться паллиативная помощь в полном объеме.

Задача № 6.

Мише 5 лет. Он страдает тяжелой формой детского церебрального паралича с рождения. За ним ухаживают мама и бабушка. Когда ему было два года, его отец погиб в автокатастрофе. Мама работает подсобной рабочей в продуктовом магазине, доход от этого мизерный.

Миша -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. Мальчика 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

Задание

- 1.Какова ваша тактика в данной ситуации
2. Как бы вы действовали дальше

Ответ:

- 1.Назначить ребенку прокинетики (мотилиум или др.препараты), обезболивающие средства.
- 2.Решить вопрос о переводе ребенка в детский паллиативный центр, учитывая тяжелое материльное положение

Задача № 7.

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.

Задание:

- 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» ребёнка с хронической болью.

Эталон ответа

- 1) Для объективного измерения интенсивности боли используют шкалы. Однако они не всегда адекватно отражают болевые ощущения или страдания ребенка. При измерении боли у детей необходимо придерживаться следующих принципов:
 - иметь исходные баллы измерения боли для сравнения с баллами после коррекции лечения;
 - проводить измерение регулярно, например, каждые 4–6 ч, а в тяжелых случаях – чаще.
 - Шкала для измерения боли у детей должна соответствовать возрасту ребенка и иметь четкие инструкции по использованию и интерпретации результатов. Шкалы оценки боли помогают следить за динамикой болевого синдрома у ребенка; оценивать ответ на лечение; сформировать у ребенка понимание, что к его боли неравнодушны и пытаются помочь; стандартизировать профессиональное обсуждение болевого синдрома.

Для оценки боли у новорожденных и грудных детей английскими неонатологами используется шкала NIPS (от англ. neonatal/infant pain scale). Она включает следующие показатели:

- 1) выражение лица (0 баллов — расслабленные мышцы, 1 балл — гримаса);
- 2) плач (0 баллов — отсутствие плача, 1 балл — хныканье, 2 балла — выраженный плач);
- 3) дыхательный паттерн (0 баллов — расслабленное дыхание, 1 балл — изменения в дыхании);

- 4) положение верхних конечностей (0 баллов - расслабленное положение, 1 балл - флексия/экстензия);
- 5) положение нижних конечностей (0 баллов — расслабленное положение, 1 балл — флексия/экстензия);
- б) состояние сознания (0 баллов — сон/бодрствование, 1 балл — беспокойство).

Считается, что результат оценки по шкале NIPS, достигающий уровня 3 баллов, указывает на наличие боли у младенца. Максимальная выраженность неонатальной боли может достигать 7 баллов.

Для детей более старшего возраста существуют шкалы, в которых описание степени боли проводится с помощью слов, которые соответствуют определённым баллам.

Например: 0-1 боль отсутствует.

1-3 лёгкая боль. Боль можно игнорировать.

3-5 умеренная боль. Мешает деятельности.

5-7 умеренная боль. Мешает концентрироваться.

7-9 сильная боль. Мешает основным потребностям.

9-10 невыносимая боль. Необходим постельный режим.

2) Боль является субъективным фактором, поэтому необходимо, чтобы ребенок сам рассказывал о своей боли. Однако дети не всегда делают это, т. к. боятся разговаривать с врачом или медсестрой; не желают расстраивать родителей; боятся инъекций; не хотят возвращаться обратно в больницу или хотят выписаться из больницы; могут нервничать по поводу возникновения побочных эффектов медикаментозного лечения.

Если ребенок не может говорить, описание боли ложится на родителей или опекунов. Родители, как правило, знают типичную реакцию своих детей на боль. Наблюдение за поведением – прекрасный подход к оценке боли у детей младше 3 лет, а также у детей с задержкой речевого и умственного развития. Основные поведенческие реакции при острой боли включают выражение лица, движения тела, плач и невозможность утешить ребенка, стоны. При хронической боли наблюдаются, как правило, вынужденное положение, нежелание его менять, недостаток лицевой мимики, снижение интереса к происходящему вокруг, чрезмерно тихое поведение, повышенная раздражительность, сниженное настроение, расстройство сна, гнев, нарушение аппетита.

На основании всего вышеперечисленного можно предполагать наличие острого или хронического заболевания, решить, какие дополнительные исследования необходимо назначить для постановки диагноза.

3) Болевое поведение – способ, которым люди сообщают окружающим о наличии у них боли.

Общие клинические особенности детей, страдающих хронической болью и проявляющих болевое поведение, могут заключаться в следующем:

внимание ребёнка сосредоточено на своей боли, он постоянно жалуется на боль, но при этом боль не мешает ему выполнять свои повседневные обязанности;

дети часто драматизируют свои болевые ощущения, ярко их описывают, стараются демонстрировать свои болевые реакции (гримасничают, охают, стонут, хромают и пр.);

обычно дети и их родители считают боль постоянной и интенсивной независимо от времени её первоначального появления;

нередко физическая нагрузка усиливает боль, но повышенное внимание, забота со стороны окружающих её облегчают;

как правило, используется большое количество разнообразных лекарственных препаратов;

родители ребёнка часто обращаются за медицинской помощью.

Задача № 8.

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.

Задание:

- 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?

Эталон ответа к задаче №8

1) Основной задачей при лечении хронической боли является воздействие на факторы, способствующие хронизации болевого синдрома, а не на первичные запускающие механизмы. Важнейшим фактором хронизации боли является присоединение депрессии. При лечении хронической боли необходимо всегда использовать антидепрессанты, независимо от ее локализации, характера, патогенетических факторов. Врачу следует знать одно правило: хроническая боль сама по себе служит показанием для назначения **антидепрессантов**. Противоболевой эффект антидепрессантов достигается двумя путями: первый - в связи с уменьшением депрессивной симптоматики. Этот механизм особенно значим, если маской депрессии является хроническая боль. Второй - за счет способности антидепрессантов потенцировать действие как эндогенных анальгезирующих факторов, так и экзогенных опиоидных и неопиоидных анальгетиков. Анальгетическое действие антидепрессантов связано с активацией ими антиноцицептивных серотонинергических и норадренергических антиноцицептивных систем. Известно, что анальгетический эффект антидепрессантов достигается меньшими дозами и, как правило, предшествует антидепрессивному. Таким образом, применение антидепрессантов при хронической боли патогенетически оправдано. Эффективность антидепрессантов при лечении хронических болевых синдромов достаточно высока и в среднем при использовании различных типов антидепрессантов составляет 80%.

- 2) а. Ненаркотические анальгетики.
б. Наркотические анальгетики: опиаты - полные агонисты.
в. Опиаты – смешанные агонисты-антагонисты.
г. Адьюванты.

3) Принцип «по восходящей». Лечение начинается с ненаркотических анальгетиков 1-й ступени, и если они неэффективны, то переходят (или добавляют) препараты 2-й ступени – сильные наркотические анальгетики. Если стартовая доза сильных наркотических анальгетиков неэффективна – ее увеличивают до достижения адекватного обезболивания. В отличие от парацетамола и нестероидных противовоспалительных средств, сильные наркотические анальгетики, являющиеся чистыми агонистами опиоидных рецепторов, не имеют «потолочных», т. е. максимальных разовых или суточных доз. Это позволяет увеличивать их дозу до тех пор, пока не будет достигнут контроль над болью или, что крайне редко, не разовьется токсическое действие лекарства, требующее замены его (ротацию) на альтернативный препарат из этой же категории.

Принцип «по часам». Лекарственные средства должны приниматься регулярно с учетом времени действия препарата до возникновения боли, а не по необходимости. Дозы лекарственных препаратов, предотвращающие появление боли, гораздо ниже тех, которые необходимы для снятия уже возникшего болевого ощущения.

Принцип «оптимальный способ введения». Лекарственные препараты должны вводиться наиболее эффективным и в то же время наименее болезненным способом. Предпочтительным должен быть прием препаратов через рот и в виде пластырей. Из парентеральных путей – подкожный и в редких случаях при необходимости быстрой стабилизации боли – внутривенный. Внутримышечный способ неприемлем для постоянного обезболивания. Интраспинальный путь введения наркотических анальгетиков (эпидурально и интратекально) используется у некоторых пациентов при

наличии интенсивных болей в нижней половине тела, а также при плохом ответе на рутинную системную терапию опиоидами.

Задача № 9.

Девочка, 6 лет от 1-й беременности, протекающей с токсикозом и угрозой прерывания, 1-х срочных родов родилась с массой тела 2950,0 г, длиной 49 см. В периоде новорожденности отмечалось увеличение живота. Стул с 1 месяца жидкий, зелёный, жирный до 6 раз в день.

В 3,5 месяца поставлен диагноз муковисцидоза. Диагноз подтверждён генетическим исследованием и потовыми пробами. Нормализация стула произошла на высоких дозах ферментов.

С 2-х лет присоединилась лёгочная симптоматика, кашель практически постоянный, появилось утолщение концевых фаланг пальцев и деформация грудной клетки. С 3-х летнего возраста появилась симптоматика тяжелого бронхообструктивного синдрома. Проводилась антибактериальная, муколитическая и бронхолитическая терапия, кинезитерапия.

В связи с частыми обострениями бронхолегочного процесса в течение последних 4-х месяцев участилась потребность в кислородотерапии.

Задание

1. Ваш диагноз и стадия течения патологического процесса
2. Каковы физические аспекты ухода
3. Каково междисциплинарное и межпрофессиональное обеспечение паллиативной помощи

Эталон ответа

1. Муковисцидоз, лёгочно-кишечная форма, тяжёлое течение, дыхательная недостаточность 2-3 степени.

2. Учитывая прогрессирование заболевания, отсутствие эффекта от проводимой этиопатогенетической терапии показано, наряду с медикаментозным лечением, проведение паллиативной помощи с вовлечением других специалистов (врачей ЛФК, физиотерапевтов, психологов) и с привлечением врача-пульмонолога.

Задача № 10.

Мальчик, возраст 1,5 месяца. Из анамнеза известно, что ребенок был рожден с массой тела 2250,0 г ростом 44 см, от II беременности, II родов. Роды преждевременные в переднем виде затылочного предлежания при сроке беременности 35 недель. В анамнезе матери хронический пиелонефрит, анемия легкой степени. Беременность протекала с угрозой прерывания в 22 недели, нефропатией III ст. Ребенок извлечен кесаревым сечением, оценка по шкале Апгар 3-5 баллов. Состояние ребенка было оценено как тяжелое. На губах пенистые выделения. При дыхании раздувание крыльев носа, легкое втяжение межреберий на вдохе. ЧД - 64 в 1 мин. При аускультации грудной клетки слышны экспираторные шумы. Ритм сердца правильный, ЧСС - 160 в 1 мин. В динамике патологические симптомы нарастали, появилось заметное западение мечевидного отростка грудины на вдохе, усилился акроцианоз, более выраженными стали мышечная гипотония, гипорефлексия. На рентгенограмме органов грудной клетки: помутнение легочной ткани в области корней легких, сетчатозернистый рисунок в виде "сот".

Общий анализ крови: гемоглобин- 200 г/л, эритроциты - $5,3 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $12,4 \times 10^9/л$, палочкоядерные - 4%, сегментоядерные - 70%, лимфоциты - 16%, моноциты - 8%, эозинофилы - 2%. Получал респираторную терапию методом СРАР, затем был переведен на ИВЛ (продолжительность - 14 дней).

В настоящее время сохраняется кислородозависимость, аускультативно в легких сухие свистящие и мелкопузырчатые влажные хрипы. На рентгенограмме органов грудной клетки участки пневмофиброза, чередующиеся с гиперинфляцией, расширение корней легких, плоское стояние купола диафрагмы, расширение границ средостения вправо за счет правых отделов сердца. Согласно результату Д-ЭХО-КГ имеет место ОАП - 3 мм. В

неврологическом статусе - мышечная гипотония, гипорефлексия. Кормление через зонд. НСГ – венгерулодилатация боковых желудочков, затруднение венозного оттока.

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Оцените особенности течения раннего неонатального периода.
3. Какие патологические процессы в легких приводят к данной патологии?
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
5. Какие необходимо провести дополнительные методы исследования?
6. Назначьте лечение.

Ответы к задаче:

1. Диагноз: Бронхолегочная дисплазия, классическая форма, тяжелое течение. ПФК: ОАП, гемодинамически значимый. ППЦНС, ЦИ II степени, синдром угнетения, синдром ликвородинамических нарушений.
2. РДС средней степени. ППЦНС гипоксического генеза, церебральная ишемия I – II, синдром угнетения. Недоношенность 35 недель.
3. Причины патологии: незрелость сурфактантной системы легких, особенности проводимой респираторной терапии.
4. Дифференциальная диагностика: врожденная диафрагмальная грыжа, пневмония, муковисцидоз.
5. Дополнительное исследование: КТ органов грудной клетки.
6. Лечение: оксигенотерапия (дыхание увлажненным кислородом, при необходимости назальный СРАР, при нарастании ДН – ИВЛ); ингаляционная терапия: будесонид, беродуал, антибактериальная терапия при активации инфекционного процесса.

Задача № 11.

Недоношенная девочка с массой тела 2000 г, ростом 44 см родилась при сроке беременности 34 недели. Роды в ягодичном предлежании. Оценка по шкале Апгар на 1-ой минуте 5 баллов, на 5-ой минуте - 6 баллов. Состояние ребенка при рождении оценено как тяжелое, крик монотонный, средней силы. Двигательная активность снижена. Гипертонус мышц сгибателей. Отмечалась ригидность затылочных мышц, горизонтальный нистагм, симптом Грефе. Кожные покровы чистые, акроцианоз. Дыхание в легких проводится по всем полям, ослаблено. СДР - 4 балла по Даунс. Тоны сердца приглушены, частота сердечных сокращений 134 в минуту. Живот мягкий. Меконий отошел.

На 2-е сутки жизни состояние новорожденного ухудшилось. Появились тонико-клонические судороги, напряжение родничка. Ребенок стал давать приступы апноэ. Появилось диффузное уплотнение кожи и подкожной клетчатки преимущественно на икроножных мышцах, бедрах, лице и туловище. Кожа холодная на ощупь, бледноватая с желтушным оттенком. Лицо маскообразное.

Проведено обследование новорожденного: ОАК на 1-е сутки жизни: эритроциты - 4×10^{12} /л, гемоглобин - 140 г/л, ретикулоциты - 8%, тромбоциты - 300×10^9 /л, лейкоциты - 19×10^9 /л, миелоциты - 4%, юные - 2%, п/ядерные - 12%, с/ядерные - 54%, лимфоциты - 25%, моноциты - 3%, СОЭ - 6 мм/ч.

Нейросонография: расширение силвиевых борозд, повышение общей эхогенности паренхимы мозга, массивное субарахноидальное кровоизлияние в области мозжечка.

Задание:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
3. Интерпретируйте данные параклинических исследований.
4. Назначьте лечение.

Эталон ответа

1. Диагноз: ППЦНС травматического генеза, церебральная ишемия II – III, судорожный синдром, субарахноидальное кровоизлияние. Склерема. Недоношенность 34 недели.
2. Дифференциальная диагностика: менингоэнцефалит, сепсис.

3. На НСГ признаки перенесенной ишемии, субарахноидальное кровоизлияние. В ОАК без выраженной патологии.
4. Лечение: охранительный режим, седативная и противосудорожная терапия, учитывая приступы апноэ на фоне судорог целесообразно начало ИВЛ в сочетании с медикаментозной седацией больного, антибактериальная терапия, гемостатическая терапия (этамзилат).

Задача № 12.

Мише 5 лет. Он страдает тяжелой формой детского церебрального паралича с рождения. За ним ухаживают мама и бабушка. Когда ему было два года, его отец погиб в автокатастрофе. Мама работает подсобной рабочей в продуктовом магазине, доход от этого мизерный.

Миша -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. Мальчика 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.

Задание:

- 1.Какова ваша тактика в данной ситуации
2. Как бы вы действовали дальше

Ответ:

- 1.Назначить ребенку прокинетики (мотилиум или др.препараты), обезболивающие средства.
- 2.Решить вопрос о переводе ребенка в детский паллиативный центр, учитывая тяжелое материльное положение семьи.

12. Литература

Основная литература

- 1 Контроль симптомов в паллиативной медицине [Электронный ресурс]: руководство / Под ред. Г.А. Новикова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - (Серия "Библиотека врача-специалиста").
- 2 Клинические рекомендации. Детская гематология [Электронный ресурс] / под ред. А.Г. Румянцева, А.А. Масчана, Е.В. Жуковской - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.
- 3 Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. Режим доступа: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970446539.html>
- 4 Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439067.html> 5. Онкология [Электронный ресурс]: Национальное руководство. Краткое издание / под ред. В.И.

Дополнительная литература

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [Электронный ресурс]: Информационно-правовое обеспечение ГАРАНТ- <http://ivo.garant.ru>.
2. Федеральный закон от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» [Электронный ресурс]: Информационно-правовое обеспечение ГАРАНТ- <http://ivo.garant.ru>.

3. Федеральный закон от 08.01.1998 № 3-ФЗ (ред. от 26.07.2019) «О наркотических средствах и психотропных веществах» [Электронный ресурс]: Информационно-правовое обеспечение ГАРАНТ- <http://ivo.garant.ru>.
4. Постановление Правительства РФ от 26.12.2017 № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения» [Электронный ресурс]: Информационно-правовое обеспечение ГАРАНТ- <http://ivo.garant.ru>.
5. Постановление Правительства Российской Федерации от 30 июня 1998 г. № 681 «Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации» [Электронный ресурс]: Информационно-правовое обеспечение ГАРАНТ- <http://ivo.garant.ru>.
6. Приказ Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 мая 2019 г. № 345н/372н «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья» [Электронный ресурс]: Информационно-правовое обеспечение ГАРАНТ- <http://ivo.garant.ru>.
7. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 декабря 2016 г. № 917н «Об утверждении нормативов для расчета потребности в наркотических и психотропных лекарственных средствах, предназначенных для медицинского применения» [Электронный ресурс]: Информационно-правовое обеспечение ГАРАНТ- <http://ivo.garant.ru>.
8. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 мая 2019 г. № 348н «Об утверждении перечня медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, предоставляемых для использования на дому» [Электронный ресурс]: Информационно-правовое обеспечение ГАРАНТ- <http://ivo.garant.ru>.
9. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 сентября 2007 г. № 610 «О мерах по организации оказания паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией» [Электронный ресурс]: Информационно-правовое обеспечение ГАРАНТ- <http://ivo.garant.ru>.

Рекомендуемые интернет-сайты:

1. www.детский.рф
2. www.lubierpomagac.pl
3. www.femb.ru
4. www.pro-hospis.ru
5. www.rcpcf.ru
6. <http://nmd/diagnosisandmanagementofDMD>
7. <http://www.musculardystrophyuk.org>
8. <http://www.neurosar.ru>
9. [http://www.prosensa.eu/img/timeline - DMD - patient.png](http://www.prosensa.eu/img/timeline-DMD-patient.png)
10. www.epileptologist.ru
11. www.ilae.org

Базы данных, информационно-справочные системы:

1. Федеральная электронная медицинская библиотека <http://femb.ru/feml> (сайт входит в состав единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения в качестве справочной системы, имеет структуру информационных ресурсов: электронные медицинские публикации, электронные справочники лекарственных средств и заболеваний, стандарты оказания медицинской помощи, протоколы лечения, иную нормативно-справочную информацию).
2. Российское образование <http://www.edu.ru> (сайт представляет собой систему интернет-порталов сферы образования, включая федеральные образовательные порталы по уровням образования и предметным областям, специализированные порталы. Законодательство. Глоссарий).
3. Медицина <http://www.medicina.ru> (сайт представляет собой систему интернетпорталов сферы медицины, включая федеральные порталы по разделам медицины, специализированные порталы. Законодательство. Глоссарий).
4. Координационный совет по развитию непрерывного медицинского и фармацевтического образования.
5. Детский паллиатив – благотворительный фонд развития паллиативной помощи <http://www.rcpcf.ru/biblioteka/#.V9fo9vmLSUI>