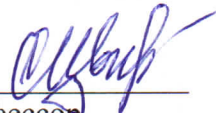

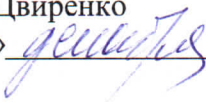
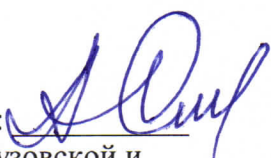




Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра поликлинической педиатрии и педиатрии ФПК и ПП

«СОГЛАСОВАНО»:   
Декан ФПК и ПП, профессор  
С.В. Цвиренко  
«»  2017 г.

«УТВЕРЖДАЮ»:   
проректор по довузовской и  
последипломной подготовке,  
профессор А.У. Сабитов  
«»  2017 г.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА ПОВЫШЕНИЯ  
КВАЛИФИКАЦИИ ВРАЧЕЙ СО СРОКОМ ОСВОЕНИЯ 72 ЧАСА  
«ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ В ПЕДИАТРИИ»

Трудоемкость: 72 часа.

Форма обучения: очная, стажировка, симуляционный центр.

Екатеринбург  
2017 г.

## СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ

по разработке дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей по специальности «Педиатрия» - «Паллиативная помощь в педиатрии»

№ пп	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1	Сабитов Алебай Усманович	Д.м.н., профессор	Проректор по довузовскому и дополнительному образованию .	ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России
2	Чадова Елена Анатольевна	-	Заместитель Министра здравоохранения Свердловской области	Министерство здравоохранения Свердловской области
3	Татарева Светлана Викторовна	К.м.н.	Начальник отдела организации медицинской помощи матерям и детям	Министерство здравоохранения Свердловской области
4	Царькова Софья Анатольевна	Д.м.н., профессор	Зав. кафедрой поликлинической педиатрии и педиатрии ФПК и ПП.	ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России
5	Бородулина Татьяна Викторовна	Д.м.н., профессор	Зав. кафедрой факультетской педиатрии и пропедевтики детских болезней.	ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России
6	Шурыгина Елена Павловна	Д.м.н., доцент	Зав. кафедрой управления сестринской деятельностью.	ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России
7	Ушакова Рима Асхатовна	Д.м.н. доцент	Доцент кафедры поликлинической педиатрии и педиатрии ФПК и ПП.	ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России
8	Волкова Лариса Ивановна	Д.м.н., доцент	Заведующая кафедрой нервных болезней, нейрохирургии и медицинской генетики.	ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России
9	Баранская Людмила Тимофеевна	Д.п.н., доцент	Зав. кафедрой клинической психологии.	ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России
10	Кузьмин Константин Викторович	К.и.н., доцент	Зав. кафедрой социальной работы и социологии медицины	ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России
11	Шукшина Лариса Анатольевна	-	Зав. отделением выездной консультативной помощи детям с паллиативными состояниями	ОДКБ № 1, Екатеринбург

Рецензент:

*Санникова Наталья Евгеньевна – д.м.н., профессор кафедры факультетской педиатрии и пропедевтики детских болезней*

Дополнительная профессиональная программа повышения квалификации врачей «Паллиативная помощь в педиатрии» обсуждена и утверждена на Ученом совете педиатрического факультета ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России «\_\_25\_\_» ноября 2016 г. протокол № \_\_3\_\_.

## УЧАСТНИКИ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ

### «Паллиативная помощь в педиатрии»

№ пп.	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Бородулина Татьяна Викторовна	Д.м.н., профессор	Зав. кафедрой факультетской педиатрии и пропедевтики детских болезней.	ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России
2.	Цап Наталья Александровна	Д.м.н., профессор	Зав. кафедрой детской хирургии.	ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России
3.	Изможерова Надежда Владимировна	Д.м.н., профессор	Зав. кафедрой фармакологии и клинической фармакологии.	ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России
4.	Ушакова Рима Асхатовна	Д.м.н. доцент	Доцент кафедры поликлинической педиатрии и педиатрии ФПК и ПП.	ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России
5.	Волкова Лариса Ивановна	Д.м.н., доцент	Заведующая кафедрой нервных болезней, нейрохирургии и медицинской генетики.	ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России
6.	Корякина Оксана Валерьевна	К.м.н., доцент	Доцент кафедры нервных болезней, нейрохирургии и медицинской генетики.	ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России
7.	Дугина Елена Александровна	К.м.н.	Главный врач НПЦ «БОНУМ». Ассистент кафедры нервных болезней, нейрохирургии и медицинской генетики.	НПЦ «БОНУМ» ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России
8.	Овсова Ольга Викторовна	К.м.н. доцент	Доцент кафедры нервных болезней, нейрохирургии и медицинской генетики.	ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России
9.	Баженова Юлия Львовна	-	Ассистент кафедры поликлинической педиатрии и педиатрии ФПК и ПП.	ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России
10.	Чащина Софья Евгеньевна	К.м.н. доцент	Доцент кафедры инфекционных болезней и клинической иммунологии.	ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России
11.	Брезгин Федор Николаевич	К.м.н., доцент	Ассистент кафедры анестезиологии, реаниматологии и токсикологии.	ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России
12.	Левчук Лариса Васильевна	К.м.н., доцент	Доцент кафедры факультетской педиатрии и пропедевтики детских.	ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России
13.	Казаева Александра Вячеславовна	К.п.н.	Кафедра клинической психологии.	ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России
14.	Шукшина Лариса Анатольевна	-	Зав. отделением выездной консультативной помощи детям с паллиативными состояниями	ОДКБ № 1, Екатеринбург
15.	Черников Игорь Геннадьевич	-	Заместитель руководителя учебно-научного центра «Практика»	ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России
16.	Буторина Ольга Юрьевна	К.п.н. доцент	Доцент кафедры истории и теории социальной работы	ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России

## **I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

### **Актуальность.**

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, занятых в оказании паллиативной помощи детям, особенно важно усовершенствование их знаний в области неврологии, диетологии, сестринского дела, детской хирургии и других специальностей.

Особо значимо совершенствование знаний педиатров по психологии, что обусловлено необходимостью понимания врачами-педиатрами психосоматических соотношений в картине болезни неизлечимо больных детей, и отражение этих соотношений родителями и медицинским персоналом, а также социологии - для внедрения инновационных технологий медико-социальной помощи детям-инвалидам и их семьям, понимания происходящих процессов и явлений общественной жизни, умения объективно оценивать эффективность медико-социальной помощи, участвовать в реализации комплексной паллиативной помощи.

Значимость образовательных программ по паллиативной помощи в педиатрии подчеркивается тем, что в новый профстандарт участкового врача-педиатра включены компетенции по паллиативной помощи. Соответствующий приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 306н от 27 марта 2017 года (зарегистрировано в Минюсте России 17.04.2017 N 46397) вступил в силу 29 апреля 2017 г.

Согласно этому документу, участковый врач-педиатр должен знать принципы и правила оказания паллиативной помощи детям, клиническую картину болезней и состояний, при которых требуется данный вид помощи, показания для направления детей с нарушениями, ограничивающими жизнедеятельность, в медицинские организации, оказывающие паллиативную помощь детям.

Врач-педиатр обязан уметь оценивать клиническую картину болезней и состояний, требующих оказания паллиативной медицинской помощи детям, направлять детей в соответствующие медицинские учреждения для оказания паллиативной помощи, а также оказывать необходимую паллиативную помощь в соответствии с действующими клиническими рекомендациями, порядками и с учетом действующих стандартов.

**Цель** реализации дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей «Паллиативная помощь в педиатрии» по специальности «Педиатрия» (далее - программа), в соответствии с положениями частей 1 и 4 статьи 76 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» ФЗ- 273 от 29.12.2012 г., 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 педиатрам модернизировать профессиональные знания и навыки, необходимые для осуществления эффективной паллиативной помощи детям.

### **Задачи цикла:**

1. Дать врачам педиатрам 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.

**Категория слушателей:** врачи педиатры с высшим медицинским образованием по базовой специальности 35.05.02 – Педиатрия.

**Программа может быть использована для обучения врачей педиатров (семейных врачей, врачей общей практики)** и направлена на совершенствование имеющихся компетенций, необходимых для профессиональной деятельности педиатра и повышения профессионального уровня в рамках имеющейся квалификации в соответствии с обобщенными трудовыми функциями, представленными в проекте профессионального стандарта «Врач по паллиативной медицинской помощи».

**Трудоемкость освоения** – 72 академических часа:

1 академический час равен 45 минутам.

1 академический час равен 1 кредиту.

**Форма обучения:** очная.

**Режим занятий** – 6 академических часов в день (4,5 астрономических часа).

Занятия с 9.00 до 14.00, перерыв – 30 мин.

**Основными компонентами программы являются:**

- актуальность;
- цель программы;
- планируемые результаты обучения;
- требования к итоговой аттестации обучающихся;
- учебно-тематический план;
- организационно-педагогические условия реализации программы;
- оценочные материалы.

**Содержание программы** построено в соответствии с модульным принципом, структурными единицами модуля являются разделы (табл.1).

Таблица 1.

**Структура  
учебных модулей и объем учебной нагрузки**

№ модуля	Название модуля	Объем учебной нагрузки (час)	Кураторы модуля
I	Педиатрические аспекты паллиативной помощи	25	д.м.н., проф. Царькова С.А., д.м.н., доц. Ушакова Р.А.
II	Паллиативная помощь детям с заболеваниями нервной системы	20	д.м.н., доц. Волкова Л.И.
III	Психологические аспекты паллиативной помощи детям	12	д.п.н., доц. Баранская Л.Т.
IV	Социальные аспекты паллиативной медицинской помощи детям и их семьям	12	к.и.н., доц. Кузьмин К.В.
	Симуляционный курс (центр Практика)	3	Черников И.Г.
	Форма контроля: промежуточное и итоговое тестирование	<i>onlain</i>	д.м.н., проф. Царькова С.А., д.м.н., доц. Ушакова Р.А.
<b>Всего учебной нагрузки (час)</b>		<b>72</b>	

Каждый раздел модуля 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 (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 определённый порядок в перечень вопросов, содержащихся в программе, что в свою очередь, позволяет кодировать контрольно-измерительные (тестовые) материалы в учебно-методическом комплексе (далее УМК).

В содержании программы предусмотрены необходимые знания и практические умения по организации здравоохранения. Для формирования профессиональных навыков, необходимых для проведения профильной помощи (диагностических исследований и лечебных манипуляций) в программе отводятся часы на обучающий симуляционный курс (далее ОСК).

Программа ОСК состоит из двух компонентов:

- 1) ОСК, направленный на формирование общепрофессиональных умений и навыков;
- 2) ОСК, направленный на формирование специальных профессиональных умений и навыков.

Для формирования профессиональных навыков и умений оказания помощи в рамках 3 ак. часа рекомендуются следующие методики и оборудование:

- для проведения сердечно-легочной реанимации базовой и расширенной предлагается компьютерный манекен "Оживленная Анна";
- для интубации, постановки назогастрального зонда и зонда для промывания желудка - манекен "Поврежденная Келли";
- для катетеризации мочевого пузыря у мужчин - фантом-симулятор мужской таз.

**Учебно-тематический план** определяет перечень, трудоемкость, последовательность и распределение модулей (разделов), устанавливает формы организации учебного процесса и их соотношение (лекции, практические занятия, семинары).

В программу включены **планируемые результаты обучения**, которые направлены на совершенствование профессиональных компетенций врача-педиатра (семейного врача, врача общей практики), его профессиональных знаний, умений и навыков. В планируемых результатах отражается преемственность с профессиональным стандартом «Врач-педиатр участковый» и проектом профессионального стандарта «Врач по паллиативной медицинской помощи», квалификационными характеристиками по соответствующим должностям, профессиям и специальностям (или квалификационным требованиям к профессиональным знаниям и навыкам, необходимых для исполнения должностных обязанностей, которые устанавливаются в соответствии с федеральными законами и иными правовыми актами Российской Федерации о государственной службе).

В дополнительной профессиональной программе повышения квалификации врачей-педиатров «Паллиативная помощь в педиатрии» по специальности «Педиатрия» содержатся **требования к аттестации обучающихся**. Аттестация по программе осуществляется посредством проведения промежуточного и итогового тестирования, выявляет подготовку обучающегося в соответствии с целями и содержанием программы.

**Организационно-педагогические условия реализации программы.** Условия реализации дополнительной профессиональной программы повышения квалификации «Паллиативная помощь в педиатрии» включают:

- а) учебно-методическую документацию и материалы по всем разделам (модулям) специальности;
- б) учебно-методическую литературу для внеаудиторной работы обучающихся;
- в) материально-технические базы, обеспечивающие организацию всех видов дисциплинарной подготовки:

- учебные аудитории, оснащенные материалами и оборудованием для проведения учебного процесса;
  - клинические базы в медицинских организациях, научно-исследовательских организациях Министерства здравоохранения Российской Федерации;
- г) кадровое обеспечение реализации программы соответствует требованиям штатного расписания, участвующих в образовательном процессе кафедр;
- д) законодательство Российской Федерации.

**При разработке программы использованы следующие клинические рекомендации и нормативные документы:**

1. Проект профессионального стандарта «Врач по паллиативной медицинской помощи» (подготовлен Минтрудом России 22.11.2017).
2. Паллиативная помощь взрослым и детям: организация и профессиональное обучение. Сборник документов ВОЗ и ЕАПП. (Москва, 2014).
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14.04.2015 г. № 193н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям».
4. Конвенция о правах ребенка. Доклад Генерального Секретаря ООН на Ген.Ассамблее от 20 ноября 1989 г.
5. Клинические рекомендации (протоколы) по оказанию скорой медицинской помощи при судорожном синдроме, эпилептическом статусе. Российское общество скорой медицинской помощи, Казань, 2014 г.
6. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с детским церебральным параличом. Союз педиатров России, Ассоциация детских врачей, 2015 г.
7. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с последствиями перинатального поражения ЦНС с эпилепсией. Союз педиатров России, Ассоциация детских врачей, 2015 г.
8. Федеральное руководство по детской неврологии под редакцией Гузевой В.И., Москва, 2016 г.
9. Журнал «Паллиативная медицина и реабилитация».

## **II. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОБУЧЕНИЯ**

**Характеристика профессиональных компетенций и трудовых функций врача-педиатра, подлежащих совершенствованию в результате освоения дополнительной профессиональной программы повышения квалификации «Паллиативная помощь в педиатрии» по специальности «Педиатрия»**

Профессиональные компетенции врача педиатра, подлежащие совершенствованию в результате освоения программы «Паллиативная помощь в педиатрии» согласуются с рабочей программой дисциплины Педиатрия программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.19 – Педиатрия, трудовыми функциями и действиями, представленными в проекте профессионального стандарта «Врач по паллиативной медицинской помощи» и Белой книге Европейской ассоциации паллиативной помощи (ЕАПП), 2013 г.

У обучающегося совершенствуются следующие универсальные компетенции (далее - УК), табл.2:

Таблица 2.

### **УНИВЕРСАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ**

№ п/п	Наименование УК	Перечень универсальных компетенций (УК)
-------	-----------------	---

1.	УК1	Оказывать паллиативную помощь и координировать процесс оказания комплексной помощи силами междисциплинарной бригады там, где находится пациент.
2.	УК2	Демонстрировать полный объем знаний о развитии новорождённых, детей и подростков, динамике семейной жизни и влиянии угрожающих жизни патологических состояний.
3.	УК3	Обеспечить ребенку максимальный физический комфорт на всех этапах течения болезни, в том числе и в конце жизни.
4.	УК4	Определять и удовлетворять психосоциальные, образовательные и духовные потребности ребенка при оказании паллиативной помощи.
5.	УК5	Учитывать и откликаться на потребности членов семьи, осуществляющих уход за больным ребенком.
6.	УК6	Уметь принимать сложные клинические и этические решения в сфере детской паллиативной помощи.
7.	УК7	Содействовать налаживанию контактов и принимать решения в кризисной ситуации при уходе за умирающим ребенком.
8.	УК8	Уметь налаживать личные отношения и общаться с детьми и подростками, а также сообщать тяжелые новости и обучать родителей методам ухода за тяжелобольным ребенком.
9.	УК9	Уметь разбираться в индивидуальных особенностях переживания утраты, реагировать на потребности родственников, переживших горе утраты, и оказывать им поддержку.
10	УК10	Проводить самоанализ, рефлекссию и осваивать методы самопомощи.
11	УК11	Информировать общественность о наличии форм паллиативной помощи детям и подросткам.

У обучающегося совершенствуются следующие профессиональные компетенции (далее – ПК) по видам деятельности профилактической, лечебной, реабилитационной, психолого-педагогической, организационно-управленческой (табл.3):

Таблица 3.

### ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ

№ п/п	Наименование ПК	Содержание профессиональных компетенций (ПК)
1.	<b>ПК1</b> Общие аспекты детской паллиативной помощи и их практическое применение	-знать принципы детской паллиативной помощи, понимать специфику педиатрической практики; -знать об ограничивающих и угрожающих жизни ребенка заболеваниях, о преимуществах паллиативной помощи; -уметь оценивать физические, психо-социальные, образовательные и духовные потребности детей и их семей; -уметь сотрудничать с людьми, ухаживающими за ребенком, практиковать контакт между ребенком и



		<p>специалистом;</p> <p>-контролировать оказание детской паллиативной помощи, выявлять проблемы в схемах сотрудничества и справочных системах.</p>
2.	<p><b>ПК2</b></p> <p>Развитие новорождённых, детей и подростков и влияние угрожающих жизни патологических состояний</p>	<p>-уметь описывать проблемы, связанные с развитием ребенка в детском и подростковом возрасте, и объяснять, как угрожающие жизни заболевания изменяют детей;</p> <p>-осуществлять эффективную оценку развития ребенка в разные периоды его жизни;</p> <p>-уметь взаимодействовать с ребенком в соответствии со стадией его когнитивного, социального, эмоционального, физического и духовного развития;</p> <p>-понимать важность игры и ее терапевтические аспекты.</p>
3.	<p><b>ПК3</b></p> <p>Физические аспекты ухода</p>	<p>-знать о наиболее распространенных симптомах, которые встречаются в детской паллиативной практике;</p> <p>-научить ребенка и его родителей, опекунов распознавать ошибочные представления о боли, уметь объяснить им, как эти заблуждения препятствуют оптимальной терапии боли;</p> <p>-уметь четко фиксировать боль, другие симптомы и научить применять инструменты оценки боли;</p> <p>-уметь применять «лестницы обезболивания» для терапии боли;</p> <p>-безопасно и эффективно использовать лекарственные препараты, разрешенные к применению в детской паллиативной практике;</p> <p>-применять нефармакологические подходы к облегчению боли, разрешенные к применению в детской паллиативной практике.</p>
4.	<p><b>ПК4</b></p> <p>Психосоциальные и духовные аспекты, эмоциональные потребности ребенка</p>	<p>-знать, как проявляются психологические проблемы в детском и подростковом возрасте;</p> <p>-оценивать, как серьезно болезнь и процесс умирания затронули психосоциальное и духовное развитие ребенка, подростка;</p> <p>-помогать ребенку справиться с тревогой;</p> <p>-понимать важность познавательных потребностей ребенка.</p>
5.	<p><b>ПК5</b></p> <p>Поддержка семьи</p>	<p>-рассматривать семью, как систему, на которую оказывает влияние состояние ребенка с ограниченными возможностями;</p> <p>-обсуждать реакции членов семьи, их проблемы и потребности;</p> <p>-учитывать религиозные и культурные особенности.</p>
6.	<p><b>ПК6</b></p> <p>Принятие решений: клинические и этические аспекты</p>	<p>-привлекать к обсуждению общих задач ребенка и его семью;</p> <p>-привлекать семью к обсуждению и принятию клинических решений;</p> <p>-понимать, насколько ребенок может участвовать в принятии решения.</p>
7.	<p><b>ПК7</b></p> <p>Помощь</p>	<p>-знать наиболее распространенные симптомы, которые наблюдаются у умирающих;</p>

	умирающим	<ul style="list-style-type: none"> <li>-уметь планировать уход за умирающим пациентом;</li> <li>-распознавать острые терминальные состояния и экстренные ситуации;</li> <li>-понимать специфику общих реакций, проблемы и потребности тяжелобольных детей и членов его семьи;</li> <li>-распознавать преждевременные проявления скорби и оказывать поддержку;</li> <li>-обсуждать меры по улучшению качества жизни умирающего ребенка или подростка;</li> <li>-учитывать роль школы в период умирания и смерти ученика.</li> </ul>
8.	<b>ПК8</b> Междисциплинарное и межпрофессиональное сотрудничество, работа в команде	<ul style="list-style-type: none"> <li>-понимать, насколько важно рассматривать проблемы с междисциплинарной точки зрения;</li> <li>-понимать динамику работы команды перед лицом болезни и смерти;</li> <li>-понимать специфику реакции адаптации, как личной, так и командной, помогать преодолевать тревогу и встречаться с умиранием и смертью.</li> </ul>
9.	<b>ПК9</b> Контакт с ребенком и семьей	<ul style="list-style-type: none"> <li>-уметь общаться с ребенком на его уровне;</li> <li>-владеть основными навыками общения – активное слушание, молчаливая рефлексия, формулирование и обсуждение эмоционально сложных вопросов;</li> <li>-понимать язык невербального общения;</li> <li>-уметь сообщать плохие новости деликатно, с учетом культурных особенностей семьи;</li> <li>-уметь справляться с негативными реакциями и сильными эмоциями, отвечать на трудные вопросы;</li> <li>-уметь разговаривать с ребенком на темы болезни, умирания и смерти в соответствии с уровнем его осведомленности и степенью его понимания.</li> </ul>
10.	<b>ПК10</b> Поддержка в переживании утраты	<ul style="list-style-type: none"> <li>-понимать, чем отличаются особенности горевания у родителей и других членов семьи;</li> <li>-применять модели горевания для поддержки родителей и других членов семьи, переживающих утрату;</li> <li>-помогать в осуществлении ритуалов и сборе воспоминаний;</li> <li>-выявлять и прибегать к помощи специалистов в наиболее сложных случаях переживания утраты.</li> </ul>
11.	<b>ПК11</b> Рефлексия, самоанализ и самопомощь	<ul style="list-style-type: none"> <li>-формировать способность к критическому и конструктивному анализу личных реакций, возникающих при уходе за пациентами;</li> <li>-формировать собственную психологическую устойчивость, знать о своей «точке уязвимости» и способах самопомощи при смерти пациента;</li> <li>-уметь структурировать систему оказания медицинской помощи и комплексной поддержки, чтобы она соответствовала психологическому состоянию и текущим обстоятельствам.</li> </ul>
12.	<b>ПК12</b> Просветительская работа	<ul style="list-style-type: none"> <li>-уметь разъяснять сообществу принципы и значение детской паллиативной помощи;</li> <li>-бороться за право детей на паллиативную помощь;</li> <li>-привлекать внимание к проблеме детской паллиативной</li> </ul>

### III. ТРЕБОВАНИЯ К ТЕСТИРОВАНИЮ

1. Итоговая аттестация по дополнительной профессиональной программе повышения квалификации врачей «Паллиативная помощь в педиатрии» продолжительностью 72 академических часа проводится в форме тестирования и должна выявлять теоретическую подготовку врача-педиатра в соответствии с требованиями квалификационных характеристик и профессиональных стандартов (итоговое тестирование).
2. Обучающийся допускается к тестированию после изучения учебных модулей в объеме, предусмотренном учебным планом дополнительной профессиональной программы повышения квалификации врачей «Паллиативная помощь в педиатрии» (промежуточное тестирование).
3. При условии ответа на тестовые задания менее 70% правильных ответов врач получает оценку неудовлетворительно, от 70% до 80% - оценку удовлетворительно, от 80 до 90% - оценку хорошо и более 90% – оценку отлично.
4. Лица, освоившие дополнительную профессиональную программу повышения квалификации врачей «Паллиативная помощь в педиатрии» продолжительностью 72 академических часа и успешно прошедшие итоговое тестирование, получают документ установленного образца – удостоверение о повышении квалификации.

### IV. РАБОЧИЕ ПРОГРАММЫ УЧЕБНЫХ МОДУЛЕЙ

#### МОДУЛЬ 1. ПЕДИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

**Цель:** повышение квалификации врачей педиатров по вопросам оказания паллиативной помощи и обезболивающей терапии у детей и овладение комплексом практических навыков, позволяющих самостоятельно принимать решения и работать с данной категорией пациентов.

**Объем обучения: 25 часов.**

**Задачи при освоении модуля.**

1. Применять на практике знания правовых и законодательных основ профессиональной деятельности врача педиатра при оказании паллиативной помощи детям;
2. Грамотно устанавливать диагноз, проводить дифференциальную диагностику на основе полученных теоретических знаний и владения диагностическими алгоритмами;
3. Свободно интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследований при оказании паллиативной помощи детям;
4. Самостоятельно оказывать помощь при критических и неотложных состояниях при неврологических заболеваниях у детей;
5. Уметь использовать современные методы клинических и инструментальных исследований, фармакотерапии и реабилитации для лечения пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи;
6. Грамотно применять коммуникативные навыки во взаимоотношениях с пациентами, их родственниками, медицинскими работниками.

**По окончании освоения программы учебного модуля врач-педиатр должен знать:**

- принципы организации питания детей с паллиативными состояниями
- энтеральное питание детей с паллиативными состояниями

- виды и возможности применения питательных смесей при паллиативных состояниях у детей и подростков
- показания к наложению гастростомы ребенку
- анатомические изменения в желудочно-кишечном тракте при сформированной гастростоме (пункционной, открытым способом по Кадеру, по Витцелю)
- функциональные изменения в желудочно-кишечном тракте при сформированной гастростоме
- принципы энтерального питания через гастростому
- принципы ухода за гастростомой
- осложнения ближайшего и отдаленного послеоперационного периода.

**уметь:**

- провести оценку нутритивного статуса детей и подростков
- организовать питание детям с паллиативными состояниями
- назначить энтеральное питание и подобрать питательную смесь
- объяснить родителям необходимость наложения гастростомы
- обучить родителей уходу за гастростомой
- профилактировать и своевременно распознавать осложнения.

**владеть навыками:**

- оценкой нутритивного статуса детей и подростков
- назначением индивидуального энтерального питания детям с паллиативными состояниями
- смена в гастростоме катетера Фолея
- алгоритм питания ребенка
- выписать питательные смеси для кормления ребенка
- продемонстрировать весь комплекс элементов ухода за гастростомой.

## СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ I УЧЕБНОГО МОДУЛЯ

Код	Наименования тем, элементов и подэлементов
1.1	Паллиативная помощь детям: основные цели, задачи.
1.1.1	Порядок оказания паллиативной помощи детям. Организационные модели паллиативной помощи.
1.1.2	Принципиальные отличия сопровождения детей с паллиативными состояниями.
1.2	Основные принципы ухода в паллиативной педиатрии.
1.3	Оценка болевого синдрома у детей. Методы и принципы обезболивания.
1.4	Правила оформления выписки безрецептурных бланков на сильнодействующие и наркотические лекарственные средства.
1.5	Длительная респираторная поддержка у детей с паллиативными состояниями на дому. Показания, особенности сопровождения специалистами паллиативной помощи.
1.6	Основы нутрициологии в педиатрии.
1.7	Нутритивный скрининг, нутритивная коррекция у детей с паллиативными состояниями.
1.8	Гастростома, как улучшение качества жизни ребенка с паллиативным состоянием. Малоинвазивная эндоскопическая технология установки низкопрофильной гастростомы (Kimberli-Clark).

## УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН I УЧЕБНОГО МОДУЛЯ

№ п/п	Наименование разделов	Объем в часах			Формируемые компетенции
		Всего учебных часов	Аудиторная работа		
			Лекции и	Практические занятия	
1.	Паллиативная помощь детям: основные цели, задачи. Порядок оказания паллиативной помощи детям. Организационные модели паллиативной помощи. Принципиальные отличия сопровождения детей с паллиативными состояниями.	2	2	-	УК1, УК4, УК6, УК11. ПК1, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК12.
2.	Организационные аспекты паллиативной помощи детям.	1	1	-	УК1, УК3, УК5, УК11. ПК1, ПК2, ПК5, ПК6, ПК8, ПК12.
3.	Формирование модели оказания паллиативной помощи детям в рамках трехуровневой системы в службе родовспоможения и детства Свердловской области.	1	1	-	УК1, УК3, УК5, УК11. ПК1, ПК2, ПК5, ПК6, ПК8, ПК12.
4.	Особенности течения пневмонии у детей с ДЦП.	2	-	2	УК3, УК8. ПК2, ПК3, ПК7, ПК9.
5.	Особенности курации детей с паллиативными состояниями при инфекционных заболеваниях.	2	-	2	УК3, УК8. ПК2, ПК3, ПК7, ПК9.
6.	Оценка болевого синдрома у детей. Методы и принципы обезболивания.	2	-	2	УК1, УК3, УК5, УК6, УК8, УК9. ПК2, ПК3, ПК5, ПК6, ПК7, ПК9.
7.	Длительная респираторная поддержка у детей с паллиативными состояниями на дому. Показания, особенности сопровождения специалистами паллиативной помощи.	2	-	2	УК1, УК3, УК5, УК6, УК8, УК9. ПК2, ПК3, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9.
8.	Правила оформления выписки рецептурных бланков на сильнодействующие и наркотические лекарственные средства.	2	-	2	УК1, УК7, УК9. ПК1, ПК7, ПК9.

9.	Основные принципы ухода в паллиативной помощи.	3	-	3	УК1, УК2, УК3, УК4, УК5, УК8. ПК1, ПК2, ПК3, ПК7, ПК9.
10.	Основы нутритивной поддержки в системе комплексной реабилитации детей раннего возраста с ограничениями здоровья	2	-	2	УК2, УК3, УК5, УК8. ПК2, ПК3, ПК5, ПК7, ПК9.
11.	Основы нутрициологии в педиатрии.	2	2	-	УК2, УК3, УК5, УК8. ПК2, ПК3, ПК5, ПК7, ПК9.
12.	Нутритивный скрининг, нутритивная коррекция у детей с паллиативными состояниями.	2	-	2	УК2, УК3, УК5, УК8. ПК2, ПК3, ПК5, ПК7, ПК9.
13.	Гастростома, как улучшение качества жизни ребенка с паллиативным состоянием.	2	-	2	УК1, УК3, УК7. ПК3.
	<b>Итого</b>	<b>25</b>	<b>6</b>	<b>19</b>	

## **МОДУЛЬ 2. ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

**Цель:** проведение обучения, которое позволит врачам педиатрам модернизировать профессиональные знания и навыки, необходимые для осуществления эффективной паллиативной помощи детям, освоение методологии оценки нутритивного статуса у детей с паллиативными состояниями и возможной коррекции выявленных отклонений.

**Объем обучения: 20 часов.**

**Задачи при освоении модуля:**

1. Применять на практике знания правовых и законодательных основ профессиональной деятельности врача-невролога при оказании паллиативной помощи детям;
2. Устанавливать диагноз, проводить дифференциальную диагностику на основе полученных теоретических знаний и владения диагностическими алгоритмами;
3. Свободно интерпретировать результаты лабораторных и инструментальных методов исследований при заболеваниях нервной системы;
4. Самостоятельно оказывать помощь при критических и неотложных состояниях при неврологических заболеваниях у детей;
5. Уметь использовать современные методы клинических и инструментальных исследований, фармакотерапии и реабилитации для лечения пациентов с неврологической патологией, нуждающихся в паллиативной помощи;
6. Применять коммуникативные навыки во взаимоотношениях с пациентами, их родственниками, медицинскими работниками.

**По окончании освоения программы модуля врач-педиатр должен знать:**

- основные принципы организации детской паллиативной помощи, понимать специфику заболеваний нервной системы;
- этиологию, патогенез, клинические особенности основных заболеваний нервной системы у ребенка, нуждающегося в паллиативной помощи;
- оценочные шкалы для объективизации ограничения двигательной активности и степени мышечной слабости у пациентов с заболеваниями нервной системы;
- основные инструментальные и лабораторные методы, применяемые для оценки состояния пациентов с заболеваниями нервной системы;
- принципы медикаментозного лечения больных с неврологическими заболеваниями у детей, нуждающихся в паллиативной помощи;
- алгоритмы оказания помощи больному с неврологической патологией в лежачем состоянии.

**уметь:**

- осуществлять эффективную оценку развития;
- оценить уровень ограничения двигательной активности пациентов с неврологической патологией;
- дать оценку уровня сознания, степени тяжести состояния больного;
- распознать основные неврологические симптомы у детей и подростков с заболеваниями нервной системы, которые встречаются в детской паллиативной практике;
- уметь взаимодействовать с ребенком в соответствии со стадией когнитивного развития.

**владеть навыками:**

- методикой оценки неврологического состояния детей и подростков с неврологической патологией в лежачем состоянии;
- интерпретацией основных инструментальных и лабораторных методов, применяемых для оценки состояния у детей и подростков с заболеваниями нервной системы;
- приемами оказания экстренной помощи при неотложных состояниях у лежачих больных с неврологической патологией;
- алгоритмами диагностики, профилактики, лечения, реабилитации больных с заболеваниями нервной системы

## СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ II УЧЕБНОГО МОДУЛЯ

Код	Наименования тем, элементов и подэлементов
2.1	Органическое поражение ЦНС у детей. Этиология, клиническая характеристика. ДЦП, современная классификация, клиника, диагностика, принципы терапии.
2.1.1	Этиология, патогенез, клинические особенности перинатальных поражений ЦНС тяжелой степени у детей первого года жизни. Формирование группы риска детей с угрозой формирования тяжелых двигательных нарушений.
2.1.2	Современная классификация ДЦП. Формы заболевания. Осложнения. Сопутствующая патология, влияющая на течение ДЦП.
2.1.3	Современные возможности диагностики и лечения ДЦП.
2.1.4	Особенности динамического наблюдения пациентов с ДЦП. Прогноз заболевания.
2.1.5	Комплексный подход к лечению детей с тяжелыми формами ДЦП. Ботулинотерапия.
2.2	Медицинская реабилитация пациентов с тяжелым органическим

Код	Наименования тем, элементов и подэлементов
	поражением ЦНС.
2.2.1	Причины формирования тяжелых органических поражений ЦНС у детей. Реабилитационные мероприятия в ранний период нейротравм и нейроинфекций у детей.
2.2.2	Оценочные шкалы диагностики двигательных нарушений в разные возрастные периоды жизни ребенка.
2.2.3	Медицинская реабилитация детей с различными синдромами поражения ЦНС (двигательные нарушения, когнитивные нарушения, нарушения речи, эпилептический синдром и др.)
2.2.4	Нейроортопедическое сопровождение детей с двигательными нарушениями. Постуральный менеджмент.
2.2.5	Организация специализированной неврологической помощи детям с тяжелыми формами ДЦП и другими паралитическими синдромами.
2.3	Нейрогенетика. Паллиативная помощь пациентам с наследственными нервно-мышечными заболеваниями.
2.3.1	Этиология, патогенез, клинические особенности прогрессирующих мышечных дистрофий (Дюшенна/Беккера, дистрофинопатии)
1.3.2	Современные возможности диагностики и лечения мышечных дистрофий (лабораторная диагностика, функциональные исследования, биопсия, МРТ мышц, молекулярно-генетическое исследование; принципы стероидной терапии)
2.3.3	Объективизация ограничения двигательной активности и степени мышечной слабости у пациентов с МДД/МДБ (адаптированная шкала оценки моторных функций Хаммерсмит). Реабилитационные мероприятия
2.3.4	Профилактика развития и лечение ортопедических осложнений при миодистрофиях. Дополнительные приспособления на поздних этапах амбулаторного и лежачего состояния
2.3.5	Этиология, патогенез, классификация, клинические особенности спинальных мышечных атрофий (СМА) у детей
2.3.6	Диагностика и принципы медикаментозной терапии СМА
2.3.7	Общие вопросы ведения больных с впервые установленным диагнозом СМА «СМА. Естественный путь болезни - выбор родителей»
1.4	Эпилепсия у детей с органическим поражением ЦНС. Эпилепсия при наследственных заболеваниях нервной системы. Резистентная эпилепсия. Эпилептический статус. Неотложная помощь
2.4.1	Этиология, патогенез, классификация эпилепсии. Клинические особенности эпилепсии у детей с тяжелым органическим поражением нервной системы
2.4.2	Эпилепсия у детей при врожденных нарушениях метаболизма и патологии внутриклеточных органелл
2.4.3	Эпилептические энцефалопатии у детей
2.4.4	Резистентная эпилепсия, критерии, показания к хирургическому лечению. Понятие псевдорезистентности
2.4.5	Эпилептический статус, этиология, классификация. Основные синдромологические проявления эпилептического статуса
2.4.6	Неотложная помощь при эпилептическом приступе и эпилептическом статусе на разных этапах оказания медицинской помощи
2.5	Эпилепсия и неэпилептические пароксизмальные состояния. Дифференциальная диагностика у детей. Основные направления организации и лечения эпилепсии у детей с заболеваниями нервной системы



Код	Наименования тем, элементов и подэлементов
	в рамках детской паллиативной помощи
2.5.1	Неэпилептические пароксизмальные состояния, классификация, клиника основных пароксизмальных состояний у детей
2.5.2	Дифференциальная диагностика эпилепсии у детей с тяжелым органическим поражением ЦНС и другими прогрессирующими заболеваниями нервной системы
2.5.3	Фебрильные судороги у детей с органическим поражением ЦНС, классификация, клиническая картина, тактика оказания помощи
2.5.4	Организация специализированной неврологической помощи детям с эпилепсией и другими пароксизмальными состояниями
2.5.5	Основные принципы лечения эпилепсии у детей. Характеристика антиэпилептических препаратов, используемых в детской практике. Нормативные документы при назначении антиконвульсантов
2.5.6	Клинические проявления побочных эффектов антиконвульсантов и алгоритмы действия для их коррекции. Влияние противосудорожных препаратов на когнитивную и аффективную сферы деятельности
2.5.7	Тактика назначения антиконвульсантов при резистентной эпилепсии, принципы политерапии
2.6	Физиология боли. Патогенетические варианты болевых синдромов и их коррекция. Неврологические аспекты хронических болевых синдромов. Хронические формы нарушения сознания. Вегетативные расстройства у больных с органическим поражением ЦНС.
2.6.1	Физиология и патофизиология боли. Патогенетические аспекты болевых синдромов: ноцицептивная, невропатическая, психогенная боль. Дифференцированный подход к коррекции болевых синдромов.
2.6.2	Хронические болевые синдромы. Психологические аспекты болевых синдромов. Фармакотерапия хронической боли в условиях паллиативной помощи.
2.6.3	Подострые и хронические формы нарушения сознания: апалический синдром, акинетический мутизм, синдром «запертого человека» и др.
2.6.4	Вегетативные расстройства у больных с органическим поражением ЦНС.

### УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН II УЧЕБНОГО МОДУЛЯ

№ п/п	Наименование разделов	Объем в часах			Формируемые компетенции
		Всего учебных часов	Аудиторная работа		
			Лекции и	Практические занятия	
1.	Органическое поражение ЦНС у детей. Этиология, клиническая характеристика. ДЦП, современная классификация, клиника, диагностика, принципы терапии	3	3	-	УК1, УК2, УК3, УК8. ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК6, ПК7, ПК9, ПК10.
2.	Реабилитационные мероприятия пациентов с тяжелым органическим поражением ЦНС	3	-	3	УК1, УК2, УК3, УК8. ПК1, ПК2,

					ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК9, ПК10.
3.	Нейрогенетика. Паллиативная помощь пациентам с наследственными нервно-мышечными заболеваниями	3	3	-	УК1, УК2, УК3, УК8. ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК9, ПК10.
4.	Эпилепсия у детей с органическим поражением ЦНС. Эпилепсия при наследственных заболеваниях нервной системы. Резистентная эпилепсия. Эпилептический статус. Неотложная помощь	5	2	3	УК1, УК2, УК3, УК8. ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК9, ПК10.
5.	Эпилепсия и неэпилептические пароксизмальные состояния. Дифференциальная диагностика у детей. Основные направления организации и лечения эпилепсии у детей с заболеваниями нервной системы в рамках детской паллиативной помощи	3	-	3	УК1, УК2, УК3, УК8. ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК9, ПК10.
6.	Вегетативные расстройства у больных с органическим поражением ЦНС. Лихорадка центрального генеза. Неврологические аспекты боли, патогенетические варианты болевых синдромов и их коррекция. Хронические формы нарушения сознания.	3	3	-	УК1, УК2, УК3, УК8. ПК1, ПК2, ПК3, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК8, ПК9, ПК10.
7.	<b>Симуляционный курс в центре практических навыков УГМУ</b>	<b>3</b>	<b>-</b>	<b>3</b>	УК1, УК2, УК3, УК6. ПК1, ПК3, ПК7, ПК8.
	<b>Итого</b>	<b>23</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	

### **МОДУЛЬ 3. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ**

**Цель:** повышение квалификации врачей-педиатров по вопросам оказания паллиативной помощи неизлечимо больным детям, их родителям и медицинскому персоналу; овладение комплексом практических навыков, позволяющих оказывать психологическую поддержку.

**Объем обучения: 12 часов.**

**Задачи при освоении модуля:**

- определить пути организации и подходы к оказанию психологической поддержки неизлечимо больным детям, их родителям и медицинскому персоналу;
- создать модель оказания психологической поддержки неизлечимо больным детям разных возрастных групп, их родителям и медицинскому персоналу;
- овладеть техниками и приемами работы с эмоциональным выгоранием у родителей и медицинского персонала.

**По окончании обучения врач-педиатр должен**

**знать:**

- психосоматические соотношения в картине болезни (внутренней картине болезни) неизлечимо больных детей;
- возрастную специфику отношения к неизлечимой болезни ребенка и его родителей;
- конкретные виды коррекционной и психотерапевтической работы как индивидуальной, так и групповой (семейной);
- особенности работы медицинского персонала с неизлечимо больными детьми разного возраста и их родителями.

**уметь:**

- использовать в профессиональной деятельности основные техники психокоррекционной и психотерапевтической работы с неизлечимо больными детьми разных возрастных групп и их родителями;
- разрабатывать основные рекомендации по психокоррекционной работе с неизлечимо больными детьми;
- применять на практике психопрофилактические технологии преодоления синдрома эмоционального выгорания у медицинского персонала.

**владеть навыками**

- диагностики интеллектуальных, эмоциональных и поведенческих нарушений у неизлечимо больных детей;
- навыками работы с родителями неизлечимо больных детей;
- приемами интерпретации экспериментального психологического и клинического материала;
- навыками написания заключений о ходе и итогах психопрофилактики и психокоррекции у неизлечимо больных детей, их родителей и медицинского персонала.

## СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ III УЧЕБНОГО МОДУЛЯ

Код	Наименования тем, элементов и подэлементов
3.1	Принципы психологической поддержки родителей неизлечимо больных детей.
3.1.1	Психологическое состояние родителей. Кризисная ситуация в семье, имеющей больного ребенка.
3.1.2	Психологическая помощь в условиях стационара и на этапе ремиссии дома.
3.2	Психологическая поддержка неизлечимо больных детей. Особенности переживания болевого синдрома детьми разного возраста.
3.2.1	Реакция личности ребенка на болезнь. Формирование внутренней картины болезни у неизлечимо больных детей.
3.2	Пути преодоления синдрома эмоционального выгорания у родителей неизлечимо больных детей. Эффективные копинг-стратегии преодоления стресса. Когнитивно-поведенческие техники работы с состояниями горя.
3.3	Техники и приемы психологической работы с эмоциональным выгоранием у медицинского персонала. Группы взаимоподдержки. Техники релаксации и десенсибилизации.

Код	Наименования тем, элементов и подэлементов
3.4	Беривемент. Программы горевания. Поддержка семей в период утраты. Хартия прав умирающего ребенка (Триестская хартия. Конвенция о правах ребенка ООН 1989 г.).

### УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН III УЧЕБНОГО МОДУЛЯ

№ п/п	Наименование разделов	Объем в часах			Формируемые компетенции
		Всего учебных часов	Аудиторная работа		
			Лекции	Практические занятия	
1.	Принципы психологической поддержки родителей неизлечимо больных детей. Психологическое состояние родителей. Кризисная ситуация в семье, имеющей больного ребенка. Психологическая помощь в условиях стационара и на этапе ремиссии дома.	3	3	-	УК4, УК5, УК6, УК7, УК8, УК9. ПК1, ПК2, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК9, ПК10.
2.	Психологическая поддержка неизлечимо больных детей: наличие стрессоров, отказ адаптивных механизмов, отсутствие или отказ систем социальной поддержки.	3	-	3	УК2, УК4, УК5, УК6, УК7, УК8, УК9. ПК1, ПК2, ПК4, ПК5, ПК6, ПК7, ПК9, ПК10, ПК12.
3.	Пути преодоления синдрома эмоционального выгорания у родителей неизлечимо больных детей. Симптомы развития синдрома эмоционального выгорания. Техники и приемы психологической работы с эмоциональным выгоранием у родителей.	3	1	2	УК5, УК7, УК8, УК9, УК10. ПК5, ПК6, ПК9, ПК10.
4.	Техники и приемы психологической работы с эмоциональным выгоранием у медицинского персонала.	3	1	2	УК10. ПК11.
	<b>Итого</b>	<b>12</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	

### МОДУЛЬ 4. СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ И ИХ СЕМЬЯМ

Программа модуля направлена на знакомство врачей-педиатров с основными принципами организации паллиативной помощи детям, технологиями социальной работы

в хосписе. Знания, умения и навыки, получаемые в результате изучения модуля, необходимы для внедрения инновационных технологий медико-социальной помощи детям-инвалидам и их семьям, понимания происходящих процессов и явлений общественной жизни, умения объективно оценивать эффективность медико-социальной помощи, участвовать в реализации комплексной паллиативной помощи.

**Цель:** формирование целостного представления об основных теоретических и практических аспектах оказания медико-социальной паллиативной помощи детям-инвалидам и их семьям.

**Объем обучения: 12 часов.**

**Задачи при освоении модуля:**

1. Рассмотреть основные проблемы, ограничения и особенности процессов социализации детей, находящихся в паллиативных состояниях;
2. Рассмотреть особенности реализации комплексного подхода при оказании социально-медицинской помощи детям-инвалидам;
3. Показать основные критерии и факторы повышения качества жизни детей, находящихся в паллиативных состояниях;
4. Проанализировать вопросы оказания необходимой социальной помощи родителям детей, находящихся в хосписе, и родным умерших детей

**По окончании освоения программы модуля врач-педиатр должен**

**знать:**

- особенности социализации (взросления) детей, нуждающихся в оказании паллиативной помощи;
- особенности реализации комплексного подхода к оказанию паллиативной помощи детям;
- типологию семьи в современном российском обществе, факторы и критерии качества жизни;
- проблемы инвалидизации в детском возрасте и обеспечения качества жизни;
- особенности социальной поддержки родителей детей, находящихся в хосписе.
- особенности социальной помощи родным умерших детей

**уметь:**

- определять возможности и ограничения социализации детей, находящихся в паллиативных состояниях;
- определять основные социальные задачи паллиативной помощи в конкретных состояниях;
- характеризовать и анализировать физические, социальные и эмоциональные факторы качества жизни;
- оказывать социально-медицинскую помощь родителям и родным детей-инвалидов.

**владеть навыками:**

- реализации комплексного подхода к оказанию паллиативной помощи детям
- социально-медицинской работы с детьми, находящихся в паллиативных состояниях;
- оказания необходимой социальной помощи родителям детей, находящихся в хосписе, и родным умерших детей.

## СОДЕРЖАНИЕ ПРОГРАММЫ IV УЧЕБНОГО МОДУЛЯ

Код	Наименования тем, элементов и подэлементов
4.1	Социализация ребенка-инвалида в современном обществе
4.1.1	Социализация как процесс усвоения культурных норм и освоения социальных ролей; процесс получения человеком навыков, необходимых для полноценной жизни в обществе. Социализация и взросление ребенка.

Код	Наименования тем, элементов и подэлементов
	Характеристика взросления современных детей. Особенности социализации (взросления) детей-инвалидов. Особенности социализации (взросления) детей, нуждающихся в оказании паллиативной помощи. Паллиативная помощь как активная, всесторонняя забота о теле ребенка, его психике и душе, а также поддержка членов его семьи.
4.1.2	Комплексный подход к оказанию паллиативной помощи детям. Интересы ребенка как решающий критерий при принятии решений, связанных с организацией и непосредственным оказанием паллиативной помощи. Ключевые задачи паллиативной помощи: уход; помощь семье пациента; медицинская паллиативная помощь; помощь и поддержка лицам, осуществляющим уход; психологическая помощь и поддержка; социальная и экономическая помощь; духовная религиозная помощь (Протоколы ВОЗ для стран СНГ, 2004 г.).
4.2	Семья ребенка-инвалида как объект профессионального воздействия
4.2.1	Типология семьи в современном российском обществе. Качество жизни как восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и системе ценностей в соответствии с целями, ожиданиями, нормами и заботами. Физические, социальные и эмоциональные факторы качества жизни. Качество жизни как совокупность объективных и субъективных характеристик, отражающих ощущение жизненного комфорта и благополучия. Основные критерии качества жизни: физические; психологические; уровень самостоятельности; общественная жизнь; окружающая среда; духовность.
4.2.2	Повышение качества жизни семьи, воспитывающей ребенка с паллиативным состоянием: основные принципы, направления, ресурсы. Показатели рождаемости в России. Проблемы инвалидизации в детском возрасте. Качество жизни ребенка с тяжелыми хроническими заболеваниями, при которых снижен или отсутствует реабилитационный потенциал, имеющему ограниченный срок жизни вследствие неизлечимого заболевания (неонкологического и онкологического). Профессиональные группы, задействованные в процессе обеспечения качества жизни семьи ребенка-инвалида. Фандрайзинг. Социальное сопровождение умирающих детей и членов их семей при оказании паллиативной помощи. Особенности социальной поддержки родителей детей, находящихся в хосписе. Особенности социальной помощи родным умерших детей.

### УЧЕБНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН IV УЧЕБНОГО МОДУЛЯ

№ п/п	Наименование разделов	Объем в часах			Формируемые компетенции
		Всего учебных часов	Аудиторная работа		
			Лекции	Практические занятия	
1.	Социализация ребенка-инвалида в современном обществе	6	3	3	УК4, УК5, УК8, УК11.
2.	Семья ребенка-инвалида как объект профессионального воздействия	6	3	3	ПК1, ПК4, ПК5, ПК7, ПК9, ПК12.

	<b>Итого</b>	<b>12</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	
--	--------------	-----------	----------	----------	--

## **V. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ**

### **I. Печатные источники литературы**

#### **A. Основные:**

1. Федеральное руководство по детской неврологии / под редакцией проф. Гузевой В.И. – М: ООО «МК», 2016. – 656 с.: ил. – ISBN 978 -5-91894-054-9.
2. Заболевания нервной системы у детей; В 2-х т. Т2 / под ред. Ж. Айкарди и др.; пер. с англ.; общ.ред. А.А. Скоромца – М.: Издательство Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний, 2013. – С.1036: ил.
3. Фармакотерапия персистирующей боли у детей и подростков и ее нормативно-правовое регулирование при оказании паллиативной помощи: учебное пособие / Н.Н. Савва, В.П. Падалкин, Э.В. Кумирова, В.Г. Поляков, Н.М. Николаев, А.Г. Притыко, А.Г. Масчан. – М.: ГБОУ ДПО РМАПО, 2014. – 120 м., илл.
4. Исаев Д.Н. Психосоматические расстройства у детей. СПб: Питер, 2000.
5. Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2004.
6. Дементьева Н.Ф., Старовойтова Л.И. Социальная работа в учреждениях социально-реабилитационного профиля и медико-социальной экспертизы: Учеб. пособие. М., 2013.
7. Комплексная реабилитация инвалидов: Учеб. пособие/ Под ред. Т.В. Зозули. М.: Академия, 2005.
8. Руденко А.М., Самыгин С.И. Социальная реабилитация: Учеб. пособие. М.: Издательско-торговая корпорация "Дашков и К", 2012.
9. Холостова Е.И. Социальная работа с инвалидами: Учеб. пособие. М.: Издательско-торговая корпорация "Дашков и К", 2012.

#### **Б. Дополнительные:**

1. Адекватный менеджмент пациентов с дистрофинопатиями (мышечная дистрофия Дюшенна/Беккера): применение объективизирующих шкал и дополнительных методов исследования / А.С. Носко, А.Л. Куренков, С.С. Никитин, В.П. Зыков - Нервно-мышечные болезни №3, 2014, с. 13-19 .
2. Наследственные болезни нервной системы // Руководство для врачей. – Под.ред. Вельтищева Ю.Е., Темина П.А. – М.: Медицина, 1998; С. 497.
3. Эпилепсия и неэпилептические пароксизмальные состояния у детей / Гузеева В.И. – М.: ООО «МИА», 2007. – 568 с.: ил.
4. Судороги у детей раннего возраста в практике педиатра и детского невролога / Ковтун О.П., Корякина О.В., Львова О.А., Овсова О.В., Невмержицкая К.С. Учебно-методическое пособие. Екатеринбург: УГМА, 2012. – 54 с.
5. Рачин А.П. Депрессивные и тревожные расстройства : [руководство] / Андрей Рачин, Елена Михайлова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 104 с. : ил. - (Библиотека врача-специалиста: психиатрия. Неврология. Общая врачебная практика).
6. Социальные и психологические проблемы детской онкологии. Материалы Всеросс. конф. С межд. участием. 4-6 июня, 2007. М., 2007.
7. Умирание и смерть: философия, психология, хоспис / Ин-т философии РАН, ин-т Человека РАН, Российское благотворительное общество «Хоспис». М., 2004.

8. Российско-французский семинар по психологическим аспектам помощи детям с заболеваниями с возможным летальным исходом. М., 2009.- Выступления.
9. Бенова Н.В., Григорьев К.И., Коваленок К.В. Помощь детям с буллезным эпидермолизом: паллиативные пути решения проблемы // Медицинская сестра. 2013. № 8. С. 36-44.
10. Бялик М.А. Методологические подходы к организации паллиативной помощи детям, неизлечимо больным онкологическими заболеваниями, и их семьям: Дисс. ... канд. биол. наук. М., 2000
11. Бялик М.А., Гарчакова А.Г., Бухны А.Ф., Орлова Т.В., Волох С.А. О возможностях организации детских программ в отделениях паллиативной помощи и хосписах для взрослых // Паллиативная медицина и реабилитация. 2008. № 3. С. 52-58; 2008. № 4. С. 49-52; 2009. №1. С. 51-55.
12. Вайнилович Е.Г., Какунин А.М., Очеретний М.Д., Горчакова А.Г., Бурькин П.С. Длительная респираторная поддержка детям на дому в Республике Беларусь // Здоровоохранение (Минск). 2015. № 4. С. 8-11.
13. Вайнилович Е.Г., Легкая Л.А., Горчакова А.Г., Бурькин П.С. Международные принципы организации паллиативной помощи детям // Здоровоохранение (Минск). 2015. № 5. С. 22-27.
14. Введенская Е.С. О необходимости преподавания вопросов паллиативной помощи в системе высшего медицинского образования // Социальные аспекты здоровья населения. 2013. № 3 (31). С. 9.
15. Введенская Е.С. О формировании современного понимания паллиативной помощи // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2013. № 3. С. 29-32.
16. Введенская Е.С. Паллиативная помощь детям: определение, содержание, перспективы // Лечащий врач. 2012. № 6. С. 51.
17. Винярская И.В., Устинова Н.В., Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Савва Н.Н., Красько О.В., Кумирова Э.В., Притыко А.Г. Основные принципы концепции развития паллиативной помощи детям и подросткам // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2015. Т. 23. № 1. С. 46-50.
18. Вишняков Н.И., Кутырев Е.М., Софиева З.А., Гвоздарев С.И. Медико-социальные проблемы хосписов в педиатрической практике Санкт-Петербурга // Педиатр. 2014. Т. 5. № 1. С. 82-89.

## II. Электронные источники литературы:

### A. Основные:

1. Проект профессионального стандарта «Врач по паллиативной медицинской помощи», 2017.
2. Паллиативная помощь детям (Санкт-Петербург) 2014 МУ «Детский хоспис».
3. Клинические рекомендации по фармакотерапии персистирующей боли у детей и подростков» (Москва 2016) Национальное общество детских гематологов онкологов России. Объединение детских анестезиологов и реаниматологов. Российское общество детских онкологов. Ассоциация профессиональных участников хосписной помощи.
4. Гастростома в паллиативной педиатрии: 20 вопросов и ответов по уходу и лечению осложнений» (Москва 2015) Московский центр паллиативной помощи детям НПЦ «Мед. помощи детям» департамента здравоохранения Москвы.
5. Тяжелобольной дома: лечение, уход, реабилитация» (Гданьск 2013).
6. Диагностика и лечение мышечной дистрофии Дюшенна. Руководство для семей.
7. Март 2010, TREAT-NMD, MDA, PPMD.



8. Bushby K. et al. The Diagnosis and Management of Duenne Muscular Dystrophy, part 2: implementation of multidisciplinary care, Lancet Neurology, 2010, 9 (2) 177189.
9. Ковтун О.П., Львова О.А. Избранные лекции по неврологии детского возраста. – Екатеринбург: УГМА, 2009. - СД-диск.
10. Психологические исследования <http://psystudy.ru>

#### **Б. Дополнительные:**

1. Диагностическое обследование и лечение первичных больных СМА - Руководство для семей, 2011, TREAT-NMD.

#### **Рекомендуемые интернет-сайты:**

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

#### **Программное обеспечение:**

1. Программа подготовки презентаций Microsoft PowerPoint;
2. Текстовый редактор Microsoft Word;
3. Компьютерное видео и анимация Microsoft Windows MovieMaker
4. Операционные системы: Windows 7, Windows 8, Windows Server 2012
5. Офисные пакеты MS Office 2003, MS Office 2007, MS Office 2010
6. Антивирусное ПО: антивирус Dr. Web

#### **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 интернет-порталов 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>
6. Отделение выездной консультации помощи детям с паллиативными состояниями Областной детской клинической больницы № 1.  
<http://www.odkb.ru/content/ovl/otdelenie-palliativnoj-pomoshhi>

## VI. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

1. БУЗ СО Научно-практический центр «БОНУМ», ул. Краснокамская, 36;
2. Компьютерный класс кафедры клинической психологии – 3-й учебный корпус УГМУ, ул. Ключевская, д.17.
3. УГМУ, ГУК, ауд. 204, Екатеринбург, ул. Репина, д. 3.
4. Клиническая база кафедры поликлинической педиатрии и педиатрии ФПК и ПП УГМУ – ГДКБ №11, 3-я поликлиника, ул. Опалихинская, д.17, каб.424
5. Учебно-медицинский центр «Практика» УГМУ – симуляционный класс, ул. Ключевская, д.7.

## VII. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

1. Тестовые задания для промежуточного контроля знаний в режиме onlain на портале «educa»УГМУ.
2. Тестовые задания для итогового контроля знаний (прилагаются).

## ПРИЛОЖЕНИЕ

### ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

для итоговой аттестации по ДПП ПК «Паллиативная помощь в педиатрии»  
по направлению Педиатрия (31.05.02)

1. Выберите несколько правильных ответов. **ПОСЛЕДСТВИЯМИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕНИЯМИ ЗДОРОВЬЯ ЯВЛЯЮТСЯ**
  - a. рост частоты госпитальных инфекций
  - b. повышение показателей летальности
  - c. удлинение сроков госпитализации
  - d. удорожание лечения
2. Выберите несколько правильных ответов. **ПОКАЗАНИЯМИ К НАЗНАЧЕНИЮ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ**
  - a. альбумин < 35 г/л
  - b. индекс массы тела < 10 центиля.
  - c. адекватные прибавки массы тела
3. Выберите несколько правильных ответов. **НАЗОВИТЕ ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕНИЯМИ ЗДОРОВЬЯ**
  - a. преобладание белково-энергетической недостаточности
  - b. высокая частота зондового питания и наличие стом нутритивный статус
  - c. не отличается от здоровых детей
  - d. нарушения пищевого поведения;

4. Выберите несколько правильных ответов. **ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕНИЯМИ ЗДОРОВЬЯ ОЦЕНИВАЮТ ПО ШКАЛАМ**
- a. региональные центильные шкалы
  - b. шкалы ВОЗ
  - c. шкалы продолжительности жизни
  - d. не отличается от здоровых детей
5. Выберите несколько правильных ответов **НАЗОВИТЕ ВАРИАНТЫ ЗОНДОВОГО ПИТАНИЯ**
- a. назогастральный зонд
  - b. назоеюнальный зонд
  - c. гастростома/ еюностома
  - d. сиппинг
6. Выберите несколько правильных ответов. **УКАЖИТЕ ПРАВИЛА БОЛЮСНОГО ВВЕДЕНИЯ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ**
- a. Постепенное введение и увеличение объема
  - b. Возвышенный головной конец кровати
  - c. Медикаменты в зонд вводятся вместе со смесью
  - d. Промывание зонда каждые 4-6 часов, до и после кормления
7. Выберите несколько правильных ответов. **ВЫБЕРИТЕ ВОЗМОЖНЫЕ ВАРИАНТЫ СМЕСЕЙ ДЛЯ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ**
- a. стандартные (1 мл – 1 ккал), в т.ч. с пищевыми волокнами
  - b. гиперкалорийные (1 мл – 1,5- 2 ккал), в т.ч. гиперкалорийные с ПВ
  - c. сывороточные и казеиновые, фармаконутриентные
  - d. элементные и полуэлементные
8. Выберите несколько правильных ответов. **НАЗОВИТЕ ЛАБОРАТОРНЫЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**
- a. общий белок
  - b. альбумин
  - c. тромбоциты
  - d. лимфоциты
9. Выберите несколько правильных ответов. **НАЗОВИТЕ МАССО-РОСТОВЫЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**
- a. индекс массы тела
  - b. окружность груди
  - c. толщина кожно-жировой складки над трицепсом
  - d. толщина кожно-жировой складки subscapular
10. Выберите несколько правильных ответов. **УКАЖИТЕ «КРАСНЫЕ ФЛАГИ» ПРИ ОЦЕНКЕ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕНИЯМИ ЗДОРОВЬЯ**
- a. продолжительность кормления 20 мин в каждый прием пищи
  - b. кормление является стрессом для матери и ребенка
  - c. отсутствие прибавки массы тела в течение 2-3 мес.

d. булькающий голос, респираторные проблемы

11. Выберите один правильный ответ. **ПОТРЕБНОСТЬ В БЕЛКАХ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 6-12 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ (Г/КГ)**
- a. 2,0
  - b. 2,2
  - c. 2,4
  - d. 2,6
  - e. 2,9
12. Выберите один правильный ответ. **ПОТРЕБНОСТЬ В ЭНЕРГИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ПОЛУГОДИЯ ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ (ККАЛ/КГ)**
- a. 105
  - b. 110
  - c. 115
  - d. 120
  - e. 125
13. Выберите один правильный ответ. **ПОТРЕБНОСТЬ В ЖИРАХ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ 3-6 МЕСЯЦЕВ СОСТАВЛЯЕТ (Г/КГ)**
- a. 5
  - b. 5,5
  - c. 6
  - d. 6,5
  - e. 7
14. Выберите один правильный ответ. **ПОТРЕБНОСТЬ В УГЛЕВОДАХ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ СОСТАВЛЯЕТ (Г/КГ)**
- a. 8
  - b. 10
  - c. 12
  - d. 14
  - e. 16
15. Выберите один правильный ответ. **ПРИКОРМОМ НАЗЫВАЕТСЯ ВВЕДЕНИЕ В РАЦИОН ПИТАНИЯ РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ**
- a. искусственных молочных смесей
  - b. лечебных молочных смесей
  - c. донорского молока
  - d. сцеженного грудного молока
  - e. новых продуктов питания, отличных от грудного молока
16. Выберите один правильный ответ. **УКАЖИТЕ ПРОДУКТ, КОТОРЫЙ ДОЛЖЕН ЕЖЕДНЕВНО ВКЛЮЧАТЬСЯ В МЕНЮ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**
- a. мясо
  - b. сыр
  - c. творог
  - d. шоколад
  - e. колбаса
17. Выберите один правильный ответ. **В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОГО ПРИКОРМА РЕБЕНКУ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ВВОДИТЬ**
- a. фруктовый сок
  - b. фруктовое пюре

- c. кашу
- d. творог
- e. кефир

18. Выберите один правильный ответ. **К АЛИМЕНТАРНО-ЗАВИСИМЫМ СОСТОЯНИЯМ У ДЕТЕЙ ОТНОСЯТСЯ**

- a. железодефицитная анемия
- b. витамин Д-дефицитный рахит
- c. белково-энергетическая недостаточность
- d. йодный дефицит
- e. все вышеперечисленное

19. Выберите один правильный ответ. **ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ДОЗА ЙОДА ДЛЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА СОСТАВЛЯЕТ (МКГ)**

- a. 50
- b. 100
- c. 150
- d. 200
- e. 250

20. Выберите один правильный ответ. **УКАЖИТЕ РАСЧЕТ ДОЗЫ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АНЕМИИ (МГ/КГ)**

- a. 1-2
- b. 3-5
- c. 6-8
- d. 10-15
- e. 15-20

21. Выберите один правильный ответ **ЭНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ – ЭТО**

- a. введение специализированных смесей перорально или через зонд
- b. допаивание водой
- c. проведение инфузии раствором глюкозы
- d. проведение инфузии аминокислотными смесями
- e. проведение инфузии жировыми эмульсиями

22. Выберите один правильный ответ. **К СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫМ СМЕСЯМ ДЛЯ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ОТНОСЯТСЯ**

- a. кисломолочные продукты
- b. цельное коровье молоко
- c. полуэлементные смеси
- d. инстантные жидкие каши
- e. 5% раствор глюкозы

23. Выберите один правильный ответ. **ПОЛУЭЛЕМЕНТНЫЕ СМЕСИ – ЭТО:**

- a. смеси на основе козьего молока
- b. смеси на основе гидролизата белка
- c. смеси на основе белка сои
- d. смеси с пре- и пробиотиками
- e. смеси с добавлением загустителя

24. Выберите один правильный ответ. **СТАНДАРТНЫЕ СМЕСИ – ЭТО**

- a. смеси на основе частично гидролизованного белка

- b. смеси на основе высоко гидролизованного белка
- c. смеси на основе цельного молочного белка
- d. смеси на основе аминокислот
- e. кисломолочный продукт

25. Выберите один правильный ответ. **СРОКИ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ**

- a. аппетитом
- b. стабилизацией параметров нутритивного статуса
- c. способностью самостоятельно принимать пищу
- d. общим состоянием пациента
- e. наличием диспепсических расстройств

26. Выберите один правильный ответ. **ДЛЯ ОСТРОЙ БЕЛКОВО-ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО**

- a. дефицит роста в соответствии с возрастом
- b. дефицит массы тела по росту
- c. дефицит массы тела по возрасту
- d. отставание в росте и в массе тела
- e. рост и масса тела без изменений

27. Выберите один правильный ответ. **АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ЭНТЕРАЛЬНОМУ ПИТАНИЮ ЯВЛЯЕТСЯ**

- a. рвота
- b. анорексия
- c. кровотечение из ЖКТ
- d. отставание в росте и в массе тела
- e. запоры

28. Выберите один правильный ответ. **ЧТО ПОДРАЗУМЕВАЕТ ПОД СОБОЙ «ИЗОКАЛОРИЧЕСКАЯ СМЕСЬ»**

- a. 500 ккал/1000 мл
- b. 1000 ккал/1000 мл
- c. 1500 ккал/1000 мл
- d. 2000 ккал/1000 мл
- e. 2500 ккал/1000 мл

29. Выберите один правильный ответ. **ПОКАЗАНИЕМ К ЭНТЕРАЛЬНОМУ ПИТАНИЮ ЯВЛЯЕТСЯ**

- a. высокая потребность в нутриентах, которая невосполнима за счет лечебной диеты
- b. пищевая аллергия
- c. кровотечение из ЖКТ
- d. абдоминальный болевой синдром
- e. запоры

30. Выберите один правильный ответ. **ДИАГНОСТИЧЕСКИМИ КРИТЕРИЯМИ НАРУШЕНИЯ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА ЯВЛЯЮТСЯ**

- a. состояние кожи
- b. состояние подкожного жирового слоя
- c. величина ИМТ
- d. показатели физического развития
- e. все вышеперечисленное

31. Выберите один правильный ответ. **ОБЪЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ОЦЕНКИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ ШКАЛА**

- a. PRISM
- b. ВАШ
- c. PELOD
- d. RASS
- e. SOFA

32. Выберите один правильный ответ. **ПРИОРИТЕТНЫЙ ПУТЬ ВВЕДЕНИЯ ОБЕЗБОЛИВАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ У ДЕТЕЙ ПОЛУЧАЮЩИХ ПАЛЛИАТИВНУЮ ПОМОЩЬ ЯВЛЯЕТСЯ**

- a. внутривенный
- b. трансдермальный
- c. подкожный
- d. внутримышечный
- e. внутрикостный

33. Выберите один правильный ответ. **ВЫБЕРИТЕ ИЗ СПИСКА АНАЛЬГЕТИКОВ НАРКОТИЧЕСКИЙ**

- a. метамезол натрия
- b. кетопрофен
- c. дюрогезик
- d. цефекон
- e. перфалган

34. Выберите один правильный ответ. **ОБЪЕКТИВНЫМ СПОСОБОМ МОНИТОРИНГА ИНТЕНСИВНОСТИ БОЛИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- a. такого метода нет
- b. мнение родителей
- c. qNOX
- d. ЭЭГ
- e. эмоциональный статус ребенка

35. Выберите один правильный ответ. **С КАКОГО МОМЕНТА РЕБЕНОК/ПЛОД НАЧИНАЕТ ВОСПРИНИМАТЬ БОЛЬ?**

- a. с момента рождения
- b. на 28 сутки после рождения
- c. с момента зачатия
- d. на 20-22 неделе гестации
- e. только после окончательного созревания ЦНС

36. Выберите один правильный ответ. **О ФОРМИРОВАНИИ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА МОЖНО ГОВОРИТЬ ПРИ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ БОЛИ В ТЕЧЕНИИ**

- a. 1 недели
- b. 2 недель
- c. одного месяца
- d. двух месяцев
- e. трех месяцев и более

37. Выберите один правильный ответ. **ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЙ ВИД БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ**

- a. нейрогенный, психогенный, соматогенный
- b. нейрогенный, висцерогенный, остеогенный
- c. соматогенный, вазогенный, миогенный
- d. миогенный, висцерогенный, остеогенный
- e. миогенный, нейрогенный, вазогенный

38. Выберите один правильный ответ. **ТРЕХСТУПЕНЧАТАЯ СХЕМА ЛЕЧЕНИЯ БОЛИ, РЕКОМЕНДОВАННАЯ ВОЗ ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ**

- a. трехступенчатое назначение анальгетиков от сильного к слабому
- b. назначение комбинации анальгетиков по схеме: 1+1+1
- c. трехступенчатое назначение анальгетиков от слабого к сильному
- d. подразумевает под собой комбинацию трех наркотических анальгетиков с разным путем введения
- e. подразумевает под собой комбинацию двух ненаркотических и одного наркотического анальгетика с разным путем введения

39. Выберите один правильный ответ. **СОМАТОГЕННЫЕ БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ ВОЗНИКАЮТ**

- a. обусловлены психологическими факторами, инициирующими боль при отсутствии серьезных соматических расстройств
- b. вследствие периферического сосудистого спазма в зоне возникновения боли без активации ноцицептивных рецепторов
- c. при повреждении периферической или центральной нервной системы, участвующих в проведении болевых импульсов
- d. вследствие активации ноцицептивных рецепторов при травме, воспалении, ишемии, растяжении тканей
- e. вследствие воздействия биологически активных веществ на хеморецепторы в зоне возникновения болевого синдрома.

40. Выберите один правильный ответ. **ПСИХОГЕННЫЕ БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ ВОЗНИКАЮТ**

- a. как обусловленные психологическими факторами, инициирующими боль при отсутствии серьезных соматических расстройств
- b. вследствие периферического сосудистого спазма в зоне возникновения боли без активации ноцицептивных рецепторов
- c. при повреждении периферической или центральной нервной системы, участвующих в проведении болевых импульсов
- d. вследствие активации ноцицептивных рецепторов при травме, воспалении, ишемии, растяжении тканей
- e. вследствие воздействия биологически активных веществ на хеморецепторы в зоне возникновения болевого синдрома.

41. Выберите один правильный ответ. **ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИВЛ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ**

- a. потребность пациента в инспираторной фракции кислорода ниже 0,3
- b. функциональная нестабильность трахеостомы
- c. потребность пациента в ПДКВ более 2 см H<sub>2</sub>O
- d. отсутствие постоянного круглосуточного контроля за пациентом среднего медицинского персонала
- e. отсутствие возможности замены дыхательного контура аппарата чаще, чем 1 раз в неделю



42. Выберите один правильный ответ. **ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИВЛ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ**

- a. неспособность ребенка быть полностью отключенным от инвазивной вентиляционной поддержки
- b. наличие у ребенка заболевания требующего постоянного поддержания инспираторной фракции кислорода выше 0,4
- c. наличие у ребенка заболевания требующего постоянного поддержания уровня ПДКВ выше 10 см H<sub>2</sub>O
- d. наличие в составе семьи человека имеющего среднее или высшее медицинское образование
- e. желание законного представителя ребенка

43. Выберите один правильный ответ. **ОБЯЗАТЕЛЬНЫМИ УСЛОВИЯМИ ВЫПИСКА ПАЦИЕНТА ИЗ СТАЦИОНАРА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИВЛ НА ДОМУ ЯВЛЯЮТСЯ**

- a. наличие в составе семьи человека имеющего среднее или высшее медицинское образование
- b. наличие в здании, в котором находится жилое помещение резервного/автономного источника электроэнергии
- c. доступность медицинских служб, в случае возникновения экстренных ситуаций (круглосуточная телефонная связь, время подъезда не более 0,5-1 часа)
- d. наличие постоянного круглосуточного контроля за пациентом среднего медицинского персонала
- e. наличие в квартире отдельного помещения для хранения газовых (кислородных) баллонов

44. Выберите один правильный ответ. **ИНФЕКЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ ПРОВЕДЕНИЯ ДЛИТЕЛЬНОЙ ИВЛ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ ПОДРАЗУМЕВАЕТ ПОД СОБОЙ**

- a. ежедневную замену дыхательного контура дыхательного аппарата
- b. еженедельный забор биологического материала (мокроты) для бактериологического исследования
- c. ограничение доступа лиц, не осуществляющих уход за пациентом в помещение где проводится ИВЛ
- d. тщательное мытье рук и барьерную защиту (медицинские маски, перчатки), когда она необходима
- e. использование специальной одноразовой медицинской одежды лицом осуществляющим уход за ребенком, находящимся на ИВЛ

45. Выберите один правильный ответ. **КАК ЧАСТО СЛЕДУЕТ ОСУЩЕСТВЛЯТЬ СМЕНУ ДЫХАТЕЛЬНОГО КОНТУРА АППАРАТА ИВЛ**

- a. один раз в день
- b. один раз в 3 дня
- c. один раз в 5 дней
- d. один раз в неделю
- e. не существует доказательной базы научно обоснованных данных для оптимального календарного плана смены, а также сроков использования вентиляционного контура в домашних условиях

46. Выберите один правильный ответ. **ДЛИТЕЛЬНАЯ ИВЛ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ МОЖЕТ ПРОВОДИТЬСЯ ДЕТЯМ СО СЛЕДУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

- a. бронхиальная астма
- b. длительно не купируемый судорожный синдром
- c. бронхообструктивные заболевания с высокой потребностью в кислороде
- d. спинальные мышечные атрофии Верднига-Гоффмана
- e. детям с врожденной диафрагмальной грыжей

47. Выберите один правильный ответ. **ДЛЯ БЕЗОПАСНОГО ПРОВЕДЕНИЯ ИВЛ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ, ОСНОВАМ УХОДА ЗА РЕБЕНКОМ ДОЛЖЕН БЫТЬ ОБУЧЕН**

- a. только мать ребенка
- b. один из родственников
- c. уход должен осуществлять представитель паллиативной бригады (круглосуточный пост)
- d. как минимум два родственника
- e. обучение не является обязательным

48. Выберите один правильный ответ **ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ АППАРАТА ИВЛ ДЛЯ ДЛИТЕЛЬНОЙ ИВЛ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ**

- a. наличие капнографа
- b. наличие метаболографа
- c. наличие системы мониторинга механических свойств легких
- d. наличие пульсоксиметра
- e. наличие резервного источника электроэнергии

49. Выберите один правильный ответ. **ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ АППАРАТА ИВЛ ДЛЯ ДЛИТЕЛЬНОЙ ИВЛ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ**

- a. наличие капнографа
- b. наличие системы увлажнения и кондиционирования дыхательной смеси
- c. наличие системы мониторинга механических свойств легких
- d. наличие пульсоксиметра
- e. наличие метаболографа

50. Выберите один правильный ответ. **ОСНОВНЫМ СРЕДСТВОМ МОНИТОРИНГА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВОДИМОЙ ДЛИТЕЛЬНОЙ ИВЛ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ ЯВЛЯЕТСЯ**

- a. пульсоксиметрия
- b. клиническая картина
- c. капнография
- d. анализ газового состава крови
- e. мониторинг механических свойств легких

51. Выберите один правильный ответ. **ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ МЫШЕЧНОЙ ДИСТРОФИИ ДЮШЕННА/БЕККЕРА ЯВЛЯЕТСЯ**

- a. инфекционный фактор
- b. радиация
- c. мутация в гене дистрофина
- d. курение
- e. недоношенность

52. Выберите один правильный ответ. **КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА СМА 1 ТИПА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ДЕБЮТОМ**

- a. ранее 6 месяцев жизни
- b. после 6 месяцев жизни
- c. в 1 год жизни
- d. в подростковом возрасте
- e. во взрослой жизни

53. Выберите один правильный ответ. **ШКАЛА ХАММЕРСМИТ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ У БОЛЬНЫХ С ПМД/Б ДЛЯ ОЦЕНКИ**

- a. моторных функций
- b. дыхательной недостаточности
- c. кардиологических нарушений
- d. нарушения функции глотания
- e. нервно-психического развития

54. Выберите один правильный ответ. **ПОКАЗАНИЕМ К ПОСТАНОВКЕ ТРАХЕОСТОМЫ У БОЛЬНЫХ С ПМД/Б ЯВЛЯЕТСЯ**

- a. респираторная инфекция
- b. наличие симптомов гиповентиляции
- c. ночные апноэ
- d. падение результатов пульсоксиметрии
- e. невозможность эффективно применять неинвазивные методы вентиляции

55. Выберите один правильный ответ. **ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРИ СПИНАЛЬНОЙ МЫШЕЧНОЙ АТРОФИИ ВКЛЮЧАЕТ**

- a. биопсию мышц
- b. определение уровня церулоплазмينا крови
- c. МРТ мышц
- d. генетическое исследование наличия делеций в гене SMN1
- e. МРТ головного мозга

56. Выберите один правильный ответ. **У БОЛЬНЫХ С ННМЗ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ**

- a. убихинона
- b. антацидов
- c. витамина Е
- d. L-карнитина
- e. антибиотиков

57. Выберите один правильный ответ. **КАРДИПРОТЕКТИВНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ С ПМД/Б ВКЛЮЧАЕТ В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОГО ПРЕПАРАТА НАЗНАЧЕНИЕ**

- a. убихинона
- b. β-блокатора
- c. витамина Е
- d. L-карнитина
- e. ингибитор ангиотензинпревращающего фермента

58. Выберите один правильный ответ. **РЕКОМЕНДУЕМАЯ НАЧАЛЬНАЯ ДОЗА ПРЕДНИЗОЛОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПМД СОСТАВЛЯЕТ**

- a. 0,75 мг/кг
- b. 0,9 мг/кг

- c. 1-2 мг/кг
- d. 0,3 мг/кг
- e. 0,5 мг/кг

59. Выберите один правильный ответ. **ТЕЧЕНИЕ СМА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОСЛОЖНЯЕТСЯ**

- a. почечной недостаточностью
- b. умственной отсталостью
- c. бульбарным синдромом с присоединением аспирационной пневмонии
- d. симптоматической эпилепсией
- e. нарушением слуха

60. Выберите один правильный ответ. **СПИНАЛЬНЫЕ МЫШЕЧНЫЕ АТРОФИИ НАСЛЕДУЮТСЯ**

- a. по аутосомно-рецессивному типу
- b. по аутосомно-доминантному типу
- c. по материнской линии
- d. по X-сцепленному рецессивному типу
- e. по X-сцепленному доминантному типу

61. Выберите один правильный ответ. **ОСОБЫМ ТИПОМ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИСТУПОВ ПРИ СИНДРОМЕ ВЕСТА ЯВЛЯЮТСЯ**

- a. абсансы
- b. инфантильные спазмы
- c. сложные парциальные приступы
- d. миоклонические приступы
- e. тонико-клонические приступы

62. Выберите один правильный ответ. **К ПРОТИВОСУДОРОЖНЫМ ПРЕПАРАТАМ ВАЛЬПРОЕВОЙ КИСЛОТЫ ОТНОСЯТ**

- a. кеппра
- b. депакин
- c. ламиктал
- d. финлепсин
- e. топамакс

63. Выберите один правильный ответ. **ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ВЫБОРА ПРЕПАРАТА В НАЧАЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ЭПИЛЕПСИИ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ**

- a. типом припадка
- b. формой эпилепсии
- c. частотой приступов
- d. особенностями ЭЭГ
- e. дебютом заболевания

64. Выберите один правильный ответ. **ПЕРВОЙ МЕРОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНОМУ ПРИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- a. иммобилизация головы
- b. иммобилизация конечностей
- c. введение воздуховода
- d. дача ингаляционного наркоза закисью азота
- e. профилактика прикуса языка

65. Выберите один правильный ответ. **ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПОМ ЛЕЧЕНИЯ ЭПИЛЕПСИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- a. политерапия
- b. монотерапия
- c. назначение препарата с максимальной дозы
- d. выбор антиконвульсанта зависит от возраста пациента
- e. выбор антиконвульсанта зависит от продолжительности заболевания

66. Выберите один правильный ответ. **ВО ВРЕМЯ ПРИСТУПА ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЙ ЭПИЛЕПСИИ ИЗМЕНЕНИЯ СО СТОРОНЫ ГЛАЗ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ:**

- a. анизокорией
- b. сужением зрачков
- c. расширением зрачков
- d. «плавающими» движениями глазных яблок
- e. расхождением глазных яблок по горизонтали

67. Выберите один правильный ответ. **ДЛЯ ЛОБНЫХ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИСТУПОВ ХАРАКТЕРНО**

- a. преобладают сенсорные нарушения
- b. гипомоторный характер припадков
- c. редко вторично генерализуются
- d. склонность к серийному течению
- e. редко эпилептический статус

68. Выберите один правильный ответ. **ОСНОВНЫМ ОБЪЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЭПИЛЕПСИИ ЯВЛЯЕТСЯ**

- a. МРТ головного мозга
- b. КТ головного мозга
- c. УЗДГ церебральных сосудов
- d. ЭКГ-исследование
- e. ЭЭГ-исследование

69. Выберите один правильный ответ. **ФЕБРИЛЬНЫЕ СУДОРОГИ ВОЗНИКАЮТ ПРИ:**

- a. менингоэнцефалите
- b. менингите
- c. абсцессе головного мозга
- d. опухоли головного мозга
- e. ОРВИ

70. Выберите один правильный ответ. **ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОГО ПРИСТУПА ПРИМЕНЯЮТ**

- a. диазепам
- b. димедрол
- c. анальгин
- d. диакарб
- e. ацикловир

71. Выберите один правильный ответ. **ПРИСТУПЫ С ПОВОРОТОМ ГОЛОВЫ В СТОРОНУ, ТОНИЧЕСКОЙ УСТАНОВКОЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ЭПИЛЕПСИИ**

- a. височной

- b. лобной
- c. теменной
- d. затылочной
- e. роландической

72. Выберите один правильный ответ. **ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ЭПИЛЕПСИИ ПРИМЕНЯЮТ**

- a. ЭНМГ-исследование
- b. ЭЭГ-исследование
- c. МРТ головного мозга
- d. ЭКГ-исследование
- e. определение уровня КФК в крови

73. Выберите один правильный ответ. **ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЙ СТАТУС ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬЮ ПРИСТУПА**

- a. более 5 минут
- b. более 10 минут
- c. более 15 минут
- d. более 20 минут
- e. более 30 минут

74. Выберите один правильный ответ. **УКАЖИТЕ ОСНОВНОЙ ПРЕПАРАТ, КОТОРЫЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЭПИЛЕПСИИ У ДЕТЕЙ**

- a. вальпроевая кислота
- b. фолиевая кислота
- c. клоназепам
- d. анаферон
- e. витамин В12

75. Выберите один правильный ответ. **АБСОЛЮТНЫМ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЭПИЛЕПСИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ**

- a. ритмических феноменов в а- и b-диапазонах
- b. ритмических феноменов в d-диапазоне
- c. ритмических феноменов в q-диапазоне
- d. комплексов «спайк-медленная волна»
- e. сонных веретен

76. Выберите один правильный ответ. **КАКИЕ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПРИСТУПЫ ПРЕОБЛАДАЮТ У ПАЦИЕНТОВ С ОРГАНИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ЦНС:**

- a. сложные фокальные
- b. типичные абсансы
- c. миоклонические
- d. атипичные абсансы
- e. простые фокальные

77. Выберите один правильный ответ. **НАЗОВИТЕ С КАКИМИ ПРИСТУПАМИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЙ СТАТУС НАИБОЛЕЕ УГРОЖАЕМ ДЛЯ ЖИЗНИ**

- a. сложные фокальные
- b. тонико-клонические
- c. миоклонические
- d. атипичные абсансы

е. простые фокальные

78. Выберите один правильный ответ. **ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ**

- a. барбитуратов
- b. бензодиазепинов
- c. топирамата
- d. вальпроевой кислоты
- e. ламотриджина

79. Выберите один правильный ответ. **СИНДРОМ ЛАЙЕЛЛА ВОЗНИКАЕТ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ**

- a. барбитуратов
- b. бензодиазепинов
- c. топирамата
- d. вальпроевой кислоты
- e. ламотриджина

80. Выберите один правильный ответ. **БОЛЬНЫЕ С РЕЗИСТЕНТНОЙ ЭПИЛЕПСИЕЙ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ НОМЕР**

- a. 1
- b. 2
- c. 3
- d. 4
- e. 5

81. Выберите один правильный ответ. **НАЛИЧИЕ У РЕБЕНКА СПАСТИЧЕСКИХ ПАРЕЗОВ (ПАРАЛИЧЕЙ) ВХОДИТ В СТРУКТУРУ ДИАГНОЗА**

- a. прогрессирующая мышечная дистрофия
- b. детский церебральный паралич
- c. гипердинамическое расстройство детства
- d. эпилепсия
- e. спинальная амиотрофия

82. Выберите один правильный ответ. **ПРИ СПАСТИЧЕСКОЙ ДИПЛЕГИИ У ДЕТЕЙ ОТМЕЧАЕТСЯ**

- a. центральный тетрапарез с преимущественным поражением рук
- b. центральный тетрапарез с преимущественным поражением ног
- c. центральный левосторонний гемипарез
- d. центральный правосторонний гемипарез
- e. только верхний парапарез

83. Выберите один правильный ответ. **К ТЯЖЕЛЫМ КОГНИТИВНЫМ НАРУШЕНИЯМ ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ ОТНОСИТСЯ**

- a. умственная отсталость
- b. аутизм
- c. дислексия
- d. дисграфия
- e. задержка психического развития

84. Выберите один правильный ответ. **ДЛЯ АТОНИЧЕСКИ-АСТАТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА ХАРАКТЕРНО**
- a. атаксия на фоне диффузной мышечной гипотонии
  - b. атаксия на фоне диффузного мышечного гипертонуса
  - c. атаксия на фоне гиперкинезов
  - d. атаксия на фоне мышечной дистонии
  - e. атаксия на фоне нормального мышечного тонуса
85. Выберите один правильный ответ. **К ОСНОВНЫМ НАРУШЕНИЯМ ПРИ ДЕТСКОМ ЦЕРЕБРАЛЬНОМ ПАРАЛИЧЕ ОТНОСЯТ**
- a. зрительные
  - b. слуховые
  - c. двигательные
  - d. речевые
  - e. психические
86. Выберите один правильный ответ. **КАКОЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЭФФЕКТИВНЫМ С ПОЗИЦИЙ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СПАСТИЧНОСТИ ПРИ ДЦП**
- a. применение оральных миорелаксантов
  - b. нейрохирургические операции
  - c. массаж мышц
  - d. местное воздействие на спастически измененную мышцу
87. Выберите один правильный ответ. **КАКОЙ МИНИМАЛЬНЫЙ ИНТЕРВАЛ МЕЖДУ ИНЪЕКЦИЯМИ БОТУЛИНИЧЕСКОГО ТОКСИНА ТИПА А НЕОБХОДИМО СОБЛЮДАТЬ**
- a. 2-3 мес.
  - b. 3-4 мес.
  - c. 4-5 мес.
  - d. 5-6 мес.
  - e. 6-7 мес.
88. Выберите один правильный ответ. **ПРИ ЛЕЧЕНИИ СПАСТИЧНОСТИ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 2 ЛЕТ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ**
- a. ботулинотерапия
  - b. физиолечение
  - c. эрготерапия
  - d. механотерапия
  - e. бальнеолечение
89. Выберите один правильный ответ. **ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ЭЛЕКТРОЛЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ С ДЦП ЯВЛЯЕТСЯ**
- a. эпилепсия, ремиссия
  - b. эпилепсия, приступный период
  - c. задержка психо-речевого развития
  - d. наличие гастростомы
  - e. гипотрофия 1-2 степени



90. Выберите один правильный ответ. **В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ДЦП В СООТВЕТСТВИИ С ЕВРОПЕЙСКИМ КОНСЕНСУСОМ 2010 г. ВКЛЮЧЕНО ВСЕ, КРОМЕ:**
- ипотерапия
  - антиспастическая терапия
  - ортопедо-хирургическое лечение
  - ботулинотерапия
  - баклофеновая помпа
91. Выберите один правильный ответ. **ДЛЯ ИЗМЕРЕНИЯ ОБЪЕМА ДВИЖЕНИЙ СУСТАВОВ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ МЕТОДИКА**
- шкала GMFCS
  - гонеометрия
  - электронейромиография
  - шкала Глазго
  - шкала ASA
92. Выберите один правильный ответ. **ПОСТУРАЛЬНЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ - ОСНОВА ДЛЯ:**
- расчета питания при гипотрофии
  - определения необходимости установки гастростомы
  - принятия мер по поддержанию позы
  - определения необходимости установки помпы
  - определения необходимости установки трахеостомы
93. Выберите один правильный ответ. **ВЕРТИКАЛИЗАЦИЯ – КОМПЛЕКС МЕР, НАПРАВЛЕННЫХ НА ВСЕ, КРОМЕ:**
- улучшения циркуляции крови
  - уменьшения спастичности
  - противодействия неправильному положению суставов
  - урегия судорожных пароксизмов
  - предупреждения риска образования пролежней
94. Выберите один правильный ответ. **УКАЖИТЕ ПОХОДКУ, СВЯЗАННУЮ С ПОРАЖЕНИЕМ ЛОБНОЙ ДОЛИ**
- гемипаретическая походка
  - мозжечковая походка
  - паркинсоническая походка
  - хореическая походка
  - утиная походка
95. Выберите один правильный ответ. **ПРАКТИЧЕСКИ ВСЕ ВРОЖДЕННЫЕ РЕФЛЕКСЫ ОРАЛЬНОГО АВТОМАТИЗМА УГАСАЮТ В НОРМЕ В ВОЗРАСТЕ:**
- 1 – 2 мес.
  - 2 – 4 мес.
  - 4 – 6 мес.
  - 6 – 8 мес.
  - 8 – 10 мес.
96. Выберите один правильный ответ. **ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦНС ЯВЛЯЕТСЯ:**
- метаболические нарушения
  - родовой травматизм

- c. гипоксия
- d. внутриутробная инфекция
- e. токсическое воздействие

97. Выберите один правильный ответ. **УКАЖИТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТУЮ ФОРМУ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА**

- a. атактическая
- b. гиперкинетическая
- c. спастическая
- d. дискинетическая
- e. гемипаретическая

98. Выберите один правильный ответ. **У РЕБЕНКА В НОРМЕ БОЛЬШОЙ РОДНИЧОК ЗАКРЫВАЕТСЯ**

- a. в 2 – 3 мес.
- b. в 4 – 6 мес.
- c. в 7 – 9 мес.
- d. в 9 – 11 мес.
- e. в 12 – 18 мес.

99. Выберите один правильный ответ. **ДЛЯ ДИСКИНЕТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ**

- a. атаксии
- b. гиперкинезов
- c. гемипареза
- d. анестезии
- e. гиперпатии

100. Выберите один правильный ответ. **ОДНОЙ ИЗ ГЛАВНЫХ ПРИЧИН ДЕТСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛИЧА ЯВЛЯЕТСЯ**

- a. черепно-мозговая травма
- b. нейроинфекции
- c. нарушение обмена веществ
- d. перинатальное поражение ЦНС
- e. инсульт

101. Выберите один правильный ответ. **К ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ВАРИАНТАМ БОЛЕВЫХ СИНДРОМОВ ОТНОСИТСЯ**

- a. ноцицептивная боль
- b. невропатическая боль
- c. отраженная боль
- d. психогенная боль
- e. a, b, d

102. Выберите один правильный ответ. **БАЗОВОЙ ТЕРАПИЕЙ НЕВРОПАТИЧЕСКОЙ БОЛИ ЯВЛЯЮТСЯ**

- a. нестероидные противовоспалительные препараты
- b. антиконвульсанты
- c. опиоидные анальгетики
- d. нейролептики
- e. анальгетики

103. Выберите один правильный ответ. **НОЦИЦЕПТИВНАЯ БОЛЬ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ**
- a. артроза
  - b. желчекаменной болезни
  - c. синингомиелии
  - d. радикулопатии
  - e. а, b
104. Выберите один правильный ответ. **КАКИЕ АНТИДЕПРЕССАНТЫ ОТНОСЯТСЯ К ПРЕПАРАТАМ ПЕРВОЙ ЛИНИИ В ЛЕЧЕНИИ НЕВРОПАТИЧЕСКОЙ БОЛИ**
- a. трициклические антидепрессанты
  - b. ингибиторы обратного захвата серотонина
  - c. ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина
  - d. а, b
  - e. а, с
105. Выберите один правильный ответ. **К ПОДОСТРЫМ И ХРОНИЧЕСКИМ ВАРИАНТАМ НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ ОТНОСЯТСЯ**
- a. сопор
  - b. кома
  - c. оглушение
  - d. апалический синдром
  - e. сомноленция
106. Выберите один правильный ответ. **К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ВЕГЕТАТИВНОГО СОСТОЯНИЯ ОТНОСЯТСЯ**
- a. самопроизвольное открывание глаз на внешние стимулы
  - b. целенаправленные двигательные реакции
  - c. сохранность циклической смены сна и бодрствования
  - d. а, b
  - e. а, с
107. Выберите один правильный ответ. **ОСНОВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ В ФАРМАКОТЕРАПИИ НОЦИЦЕПТИВНОЙ БОЛИ ЯВЛЯЮТСЯ**
- a. антидепрессанты
  - b. антиконвульсанты
  - c. опиоидные анальгетики
  - d. нестероидные противовоспалительные препараты
  - e. анальгетики
108. Выберите один правильный ответ. **К КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ НЕВРОПАТИЧЕСКОЙ БОЛИ ОТНОСЯТСЯ**
- a. острая боль
  - b. локализованная боль
  - c. аллодиния
  - d. пульсирующая боль
  - e. режущая боль
109. Выберите один правильный ответ. **К ВЕГЕТАТИВНЫМ НАРУШЕНИЯМ ЦЕНТРАЛЬНОГО ХАРАКТЕРА ОТНОСЯТСЯ**
- a. нарушения терморегуляции

- b. несахарный диабет
- c. недержание мочи
- d. нарушения терморегуляции, несахарный диабет
- e. нарушения терморегуляции, недержание мочи

110. Выберите один правильный ответ. **К НАДСЕГМЕНТАРНЫМ ВЕГЕТАТИВНЫМ СТРУКТУРАМ ОТНОСЯТСЯ**

- a. спинно-мозговые ганглии
- b. лимбико-ретикулярный комплекс
- c. эпифиз
- d. ядра боковых рогов спинного мозга
- e. вегетативные ядра черепных нервов

111. Выберите один правильный ответ. **ОПАСЕНИЕ НЕГАТИВНЫХ СОБЫТИЙ В БУДУЩЕМ СООТНОСИТСЯ С ТРЕВОГОЙ В ОТВЕТ НА ТЕКУЩУЮ СИТУАЦИЮ КАК:**

- a. страх и тревога
- b. тревога и страх
- c. фобии и паника
- d. obsессии и компульсии

112. Выберите один правильный ответ. **ЕСЛИ РЕЧЬ ИДЕТ О ТРЕВОЖНОМ РАССТРОЙСТВЕ У РЕБЕНКА 4-Х ЛЕТ, ТО ЭТО, СКОРЕЕ ВСЕГО**

- a. возрастное проявление панических атак
- b. дебют генерализованного тревожного расстройства
- c. сепарационная тревога
- d. агорафобия

113. Выберите один правильный ответ. **КОГДА СТРАХ В ОТВЕТ НА СПЕЦИФИЧЕСКУЮ СИТУАЦИЮ ИЛИ ОБЪЕКТ НЕАДЕКВАТЕН ВЫЗВАВШЕМУ ЕГО СТИМУЛУ, РЕЧЬ ИДЕТ О:**

- a. тревоге
- b. компульсии
- c. аверсивной реакции
- d. фобии

114. Выберите один правильный ответ. **СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ФОБИИ МОГУТ ПОЯВИТЬСЯ:**

- a. в раннем детстве
- b. не ранее 10-ти лет
- c. не ранее 15-ти лет
- d. в 18 лет и позже

115. Выберите один правильный ответ. **КАКОЕ ИЗ УТВЕРЖДЕНИЙ ВЕРНО ПЕРЕДАЕТ СОДЕРЖАНИЕ ПОНЯТИЯ «ТЯЖЕЛЫЙ СТРЕСС»:**

- a. тяжелое переживание травмирующей ситуации
- b. исключительно сильные, угрожающие жизни или физической целостности человека события
- c. неадекватно сильный ответ на психическую травму

116. Выберите один правильный ответ. **КАКОЕ ИЗ УТВЕРЖДЕНИЙ ВЕРНО ОПИСЫВАЕТ ОСТРОЕ ГОРЕ:**

- a. это определенный синдром, включающий в себя психологические и соматические симптомы
- b. может возникать сразу после кризиса или отсрочено
- c. может проявляться как скрыто, так и утрированно ярко
- d. может проявляться вместо типичного синдрома искаженными картинками, представляющими собой отдельные аспекты синдрома горя
- e. искаженные картины могут трансформироваться в нормальное горевание
- f. все приведенные утверждения верны

117. Выберите один правильный ответ. **ПРОЦЕСС КРИЗИСНОЙ ИНТЕРВЕНЦИИ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ТОМ, ЧТОБЫ:**

- a. решить проблему
- b. сделать возможной работу над проблемой
- c. снять эмоциональные симптомы кризиса
- d. снизить значимость проблемы в восприятии пациента.

118. Выберите один правильный ответ. **ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО НАЗЫВАЕТСЯ В МКБ-10 В КАЧЕСТВЕ УСТОЙЧИВОГО ПРЕДИКТОРА РАССТРОЙСТВА СОЦИАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ:**

- a. жестокое обращение со стороны родителей/воспитателей
- b. патологические роды
- c. снижение интеллекта
- d. хроническое отвергание сверстниками

119. Выберите один правильный ответ. **ПИК ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ РЕБЕНКА К РАЗЛУКЕ С МАТЕРЬЮ ПРИХОДИТСЯ НА ВОЗРАСТ**

- a. 6 мес. – 3 года
- b. 3 – 4 года
- c. 4 – 6 лет
- d. 6 – 8 лет

120. Выберите несколько правильных ответов. **КАКИЕ ДВА УТВЕРЖДЕНИЯ О РОДИТЕЛЬСКИХ ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЯХ ПО ОТНОШЕНИЮ К ДЕТЯМ ВЕРНЫ:**

- a. злоупотребляющие родители в детстве обычно сами были объектами родительских злоупотреблений
- b. такие злоупотребления удовлетворяют критериям диагностики диссоциального расстройства личности у родителей
- c. психотерапия не может изменить поведения родителей
- d. агрессия одного из родителей совершается при прямом или косвенном потворствовании другого

121. Выберите один правильный ответ. **ИДЕИ, УКОРЕНИВШИЕСЯ ТАК ГЛУБОКО, ЧТО ЧЕЛОВЕК ДАЖЕ НЕ ОСОЗНАЕТ ТОГО, ЧТО ОНИ ВЕДУТ К ЧУВСТВУ ПОДАВЛЕННОСТИ И НЕСЧАСТЬЯ:**

- a. дисфункциональные установки
- b. интеллектуальные конструкты
- c. автоматические мысли
- d. паттерны несчастья.

122. Выберите один правильный ответ. **СТАТУСА «РЕБЕНОК-ИНВАЛИД» В РОССИИ НЕ СУЩЕСТВОВАЛО ДО**

- a. 1967 года
- b. 1970 года

- c. 1981 года
- d. 2000 года

123. Выберите один правильный ответ. **ВОЗРАСТ РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА ОГРАНИЧИВАЕТСЯ**

- a. 14-летним возрастом
- b. 16-летним возрастом
- c. 18-летним возрастом
- d. 21 годом жизни

124. Выберите один правильный ответ. **ПРОБЛЕМАМИ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ ЗАНИМАЮТСЯ ЦЕНТРЫ**

- a. коррекции
- b. реабилитации
- c. абилитации
- d. хосписы

125. Выберите один правильный ответ. **ОСНОВНОЙ АКЦЕНТ В СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ С РЕБЕНКОМ-ИНВАЛИДОМ ДЕЛАЕТСЯ НА**

- a. диагностике и оценке дефектов его развития
- b. выявлении и развитии личностных способностей и качеств
- c. диагностике функциональных нарушений ребенка
- d. адаптации членов семьи к проблемам ребенка-инвалида

126. Выберите один правильный ответ. **ПРОЦЕСС КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ НА**

- a. интеграционном этапе реабилитации
- b. коррекционном этапе реабилитации
- c. диагностическом этапе реабилитации
- d. всем вышеперечисленном

127. Выберите один правильный ответ. **В 1971 ГОДУ ГЕНЕРАЛЬНАЯ АССАМБЛЕЯ ООН ПРИНЯЛА ДЕКЛАРАЦИЮ**

- a. «О сохранении здоровья детей-инвалидов»
- b. «О правах умственно отсталых лиц (в том числе детей)»
- c. «О борьбе с врожденной инвалидностью»
- d. «О признании прав детей-инвалидов»

128. Выберите один правильный ответ. **ИЗВЕСТНО, ЧТО ЖИЗНЬ РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА ПРОТЕКАЕТ В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНОЙ ДЕПРИВАЦИИ. ДАННОЕ ПОНЯТИЕ ОЗНАЧАЕТ**

- a. отчуждение
- b. отклонение
- c. исключение
- d. отторжение

129. Выберите один правильный ответ. **ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ, ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРОВОДИТСЯ НА ЭТАПЕ**

- a. коррекции
- b. адаптационной диагностики
- c. интеграции

d. прогнозирования

130. Выберите один правильный ответ. **ГЛАВНЫЙ ФАКТОР, СПОСОБСТВУЮЩИЙ РАЗВИТИЮ ВОЗМОЖНОСТЕЙ РЕБЕНКА-ИНВАЛИДА, ЭТО**

- a. учреждения здравоохранения
- b. специализированные реабилитационные учреждения
- c. семья ребенка-инвалида
- d. учреждения социальной защиты населения

131. Выберите один правильный ответ. **ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ**

- a. не имеет намерений продления или сокращения срока жизни
- b. старается насколько возможно долго обеспечить пациенту активный образ жизни
- c. улучшает качество жизни пациента и членов его семьи.
- d. при достаточно своевременном проведении мероприятий в совокупности с другими методами лечения может продлить жизнь больного

132. Выберите один правильный ответ. **ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ЯВЛЯЕТСЯ**

- a. контроль физических симптомов в аспекте холистической модели болезни с учетом психосоциальных и духовных причин возникновения симптомов.
- b. поддержка семьи и близких родственников неизлечимо больного ребенка. Социализация. Содействие в оказании адресной благотворительной помощи.
- c. максимальное сохранение/повышение качества жизни пациента с тяжелыми хроническими заболеваниями, при которых снижен или отсутствует реабилитационный потенциал.
- d. всё вышеперечисленное

133. Выберите один правильный ответ. **К ЗАДАЧАМ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ ОТНОСЯТСЯ**

- a. адекватное обезболивание и купирование других физических симптомов
- b. психологическая поддержка ребенка с паллиативным состоянием и членов его семьи.
- c. решение социальных и юридических вопросов, семей воспитывающих детей-инвалидов
- \*d. всё вышеперечисленное

134. Выберите один правильный ответ. **ПРИНЦИПЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ**

- a. мультидисциплинарный подход. Преемственность.
- b. паллиативная помощь детям является отдельной отраслью в системе здравоохранения и социальной системе и не должна дублировать уже имеющиеся медицинские и социальные учреждения.
- c. доступность 24 часа, 7 дней в неделю, бесплатность. Качество. Гуманность. Общественная значимость.
- d. все выше перечисленное

135. Выберите один правильный ответ. **СТАЦИОНАРНЫМИ ОТДЕЛЕНИЯМИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В СООТВЕТСТВИИ С «ПОРЯДКОМ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ» (ПРИКАЗ МЗ РФ №193Н) ЯВЛЯЮТСЯ**

- a. дневные стационары
- b. хосписы. Отделения паллиативной помощи.
- c. центры паллиативной медицинской помощи детям

d. всё вышеперечисленное

136. Выберите один правильный ответ. **ОКАЗАНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ТРЕБУЕТСЯ ПАЦИЕНТАМ**

- a. со злокачественными новообразованиями 4 стадии
- \*b. диагноз не имеет значения. Значение имеет тяжесть состояния.
- c. больных СПИДом в терминальной стадии
- d. с декомпенсированной ХПН

137. Выберите один правильный ответ. **СОГЛАСНО ОПРЕДЕЛЕНИЮ ВОЗ ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ДОЛЖНА НАЧИНАТЬСЯ**

- a. с момента возникновения болевого синдрома
- b. с момента установления диагноза неизлечимого заболевания, при котором неизбежен летальный исход в обозримом будущем, который приводит к преждевременной смерти ребенка.
- c. по требованию родителей или близких родственников больного ребенка
- d. при невозможности пациента к самообслуживанию

138. Выберите один правильный ответ. **КРИТЕРИЯМИ ОТБОРА ПАЦИЕНТОВ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ЯВЛЯЮТСЯ**

- a. прогрессирование основного заболевания, ухудшение самочувствия в течение 1-3-6 мес. и отсутствие реабилитационного потенциала.
- b. ожидаемая продолжительность жизни не более года
- c. наличие у больного жалоб и симптомов (дискомфорта), которые требуют специальных знаний и умений для проведения симптоматической терапии и ухода.
- d. очевидность того факта, что последующие попытки лечения нецелесообразны

139. Выберите один правильный ответ. **К ЗАПОВЕДЯМ ХОСПИСНОЙ И ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ОТНОСИТСЯ**

- a. нельзя торопить смерть и нельзя тормозить смерть. Каждый человек проживает свою жизнь, время ее завершения не знает ни кто.
- b. пациент и его близкие – единое целое. Будь деликатен, входя в семью. Не суди, а помогай. Нельзя навязывать пациенту своих убеждений.
- c. если пациента нельзя вылечить, это не значит, что для него ничего нельзя сделать.
- d. все выше перечисленное.

140. Выберите один правильный ответ. **ПРИОРИТЕТНАЯ МОДЕЛЬ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ (ПМПД) – ЭТО**

- a. выездная патронажная служба ПМПД
- b. стационарное отделение ПМПД
- c. детский хоспис
- d. дома ребенка

141. Выберите один правильный ответ. **КАКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ВЫПИСАНЫ РЕЦЕПТУРНЫМ БЛАНКОМ ФОРМЫ N 107/У-НП**

- a. наркотические лекарственные препараты Списка III Перечня
- b. лекарственные препараты, обладающие анаболической активностью
- c. наркотические лекарственные препараты Списка I Перечня
- d. наркотические лекарственные препараты Списка II Перечня, включая лекарственные препараты в виде трансдермальных терапевтических систем
- e. наркотические лекарственные препараты Списка II Перечня, за исключением лекарственных препаратов в виде трансдермальных терапевтических систем



142. Выберите один правильный ответ. **УКАЖИТЕ ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА ФОРМЫ N 107/У-НП**

- a. указать код категории граждан (SSS), имеющих право на получение лекарственных препаратов и код нозологической формы (LLLLL) по МКБ-10
- b. сделать отметку об источнике финансирования
- c. на одном рецептурном бланке выписывается два наименования лекарственных препаратов
- d. в строке «Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования» указывается номер полиса ОМС
- e. количество выписываемого наркотического лекарственного препарата указывается только цифрой

143. Выберите один правильный ответ. **УКАЖИТЕ ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА ФОРМЫ N 107/У-НП**

- a. разрешается давать общие указания «Внутреннее» и «Известно»
- b. заверяется подписью и личной печатью, а также печатью медицинской организации «Для рецептов»
- c. на бланках в правом верхнем углу проставляется штамп медицинской организации с указанием ее наименования, адреса и телефона
- d. в строке «Номер медицинской карты амбулаторного больного (истории развития ребенка)» указывается номер медицинской карты амбулаторного больного (истории развития ребенка)
- e. в графе «СНИЛС» указывается страховой номер индивидуального лицевого счета гражданина в Пенсионном фонде Российской Федерации

144. Выберите один правильный ответ. **УКАЖИТЕ ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА ФОРМЫ N 107/У-НП**

- a. указать код медицинской организации
- b. указать код категории граждан (SSS), имеющих право на получение лекарственных препаратов и код нозологической формы (LLLLL) по МКБ-10
- c. сделать отметку об источнике финансирования
- d. указать код медицинского работника в соответствии перечнем кодов медицинских работников, имеющих право на выписку лекарственных препаратов
- e. количество выписываемого наркотического лекарственного препарата указывается цифрой и дополнительно прописью

145. Выберите один правильный ответ. **УКАЖИТЕ ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА ФОРМЫ N 107/У-НП**

- a. заверяется только подписью и личной печатью врача
- b. заверяется подписью и личной печатью врача, подписью руководителя медицинской организации, а также круглой печатью медицинской организации, в оттиске которой должно быть идентифицировано полное наименование медицинской организации
- c. заверяется подписью и личной печатью, а также печатью медицинской организации «Для рецептов»
- d. на бланках в правом верхнем углу проставляется штамп медицинской организации с указанием ее наименования, адреса и телефона
- e. заверяется подписью и личной печатью врача, а также круглой печати медицинской организации, в оттиске которой должно быть идентифицировано полное наименование медицинской организации

146. Выберите один правильный ответ. **УКАЖИТЕ СРОК ДЕЙСТВИЯ РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА ФОРМЫ N 107/У-НП СО ДНЯ ЕГО ВЫПИСЫВАНИЯ**

- a. 30 дней
- b. 60 дней
- c. 5 дней
- d. 2 дня
- e. 1 год

147. Выберите один правильный ответ. **УКАЖИТЕ ПРЕДЕЛЬНО ДОПУСТИМОЕ КОЛИЧЕСТВО ДЛЯ ВЫПИСЫВАНИЯ НА ОДИН РЕЦЕПТ ТАБЛЕТОК ТРИМЕПЕРИДИНА (ПРОМЕДОЛА) ДЛЯ ПРИЕМА ВНУТРЬ ПО 25 МГ**

- a. 30
- b. 60
- c. 50
- d. 20
- e. 10

148. Выберите один правильный ответ. **УКАЖИТЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ТРИМЕПЕРИДИНА (ПРОМЕДОЛА)**

- a. детский возраст до 2-х лет
- b. детский возраст до 12-ти лет
- c. детский возраст до 10-ти лет
- d. детский возраст до 5-ти лет
- e. до 18 лет

149. Выберите один правильный ответ. **УКАЖИТЕ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ МОРФИНА (МОРФИНА)**

- a. до 18 лет
- b. детский возраст до 12-ти лет
- c. детский возраст до 10-ти лет
- d. детский возраст до 5-ти лет
- e. детский возраст до 2-х лет

150. Выберите один правильный ответ. **УКАЖИТЕ ПРЕДЕЛЬНО ДОПУСТИМОЕ КОЛИЧЕСТВО НА ОДИН РЕЦЕПТ ДЛЯ ВЫПИСЫВАНИЯ РАСТВОРА ДЛЯ ИНЪЕКЦИЙ МОРФИНА (МОРФИНА) 10 МГ/МЛ 1 МЛ В АМПУЛАХ**

- a. 30
- b. 60
- c. 50
- d. 20
- e. 10

151. Выберите один правильный ответ. **ПОКАЗАНИЕМ К НАЛОЖЕНИЮ ГАСТРОСТОМЫ РЕБЕНКУ**

- a. эрозивный гастрит
- b. грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- c. бульбарные расстройства
- d. постгеморрагическая гидроцефалия
- e. гипотрофия неясного генеза

152. Выберите один правильный ответ. **ЧТО ТАКОЕ ГАСТРОСТОМИЯ?**

- a. операция по формированию искусственного свища на тощей кишке

- b. операция по формированию искусственного свища на подвздошной кишке
- c. операция по формированию искусственного свища на восходящей толстой кишке
- d. операция по формированию искусственного свища между желудком и тощей кишкой
- e. операция по формированию искусственного свища на желудке

153. Выберите один правильный ответ. **ТИПИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ГАСТРОСТОМЫ НА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКЕ ЯВЛЯЕТСЯ**

- a. левое подреберье
- b. правое подреберье
- c. область пупка
- d. левая подвздошная область
- e. правая подвздошная область

154. Выберите один правильный ответ. **КАКОЙ ПУТЬ ПИТАНИЯ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ ЧЕРЕЗ ГАСТРОСТОМУ?**

- a. эксклюзивный
- b. энтеральный
- c. парентеральный
- d. эндолимфатический
- e. сбалансированный

155. Выберите один правильный ответ. **АНАТОМИЧЕСКОЙ ЗОНОЙ ДЛЯ НАЛОЖЕНИЯ ГАСТРОСТОМЫ НА ЖЕЛУДОК ЯВЛЯЕТСЯ**

- a. дно
- b. малая кривизна
- c. антральный отдел
- d. передняя стенка
- e. задняя стенка

156. Выберите один правильный ответ. **В ПРОСВЕТ ЖЕЛУДКА ЧЕРЕЗ ГАСТРОСТОМУ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПИТАНИЯ ВВОДИТСЯ**

- a. зонд Блекмора
- \*b. катетер Фолея
- c. катетер Кларка
- d. желудочный зонд
- e. интестинальный зонд

157. Выберите один правильный ответ. **СОВРЕМЕННЫЙ ВАРИАНТ ГАСТРОСТОМЫ, ОБЛЕГЧАЮЩИЙ УХОД,**

- a. «пуговичная» Мак-кейна
- b. точечная по Штаммму
- c. «кнопочная» Кимберли Кларк
- d. прикрытая по Гольварту
- e. открытая по Кадеру

158. Выберите один правильный ответ. **НАИБОЛЕЕ ОПАСНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ОПЕРАЦИИ ГАСТРОСТОМИИ**

- a. несостоятельность швов и отхождение желудка от передней брюшной стенки
- b. эвагинация гастростомы
- c. выпадение катетера для питания
- d. стенозирование устья гастростомы
- e. подтекание желудочного содержимого помимо трубки

159. Выберите один правильный ответ. **ОСНОВНЫМ ПРИНЦИПОМ УХОДА ЗА ГАСТРОСТОМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ**

- a. применение современных перевязочных средств
- b. вводить питательные смеси по требованию и тщательно перекрывать катетер
- c. вводить питательные смеси через 3-4 часа и тщательно перекрывать катетер
- d. вводить питательные смеси через 3-4 часа, профилактировать мацерацию кожи
- e. вводить питательные смеси по требованию, через 30 минут декомпрессия желудка

160. Выберите один правильный ответ. **С ПОМОЩЬЮ КАКОГО ИНСТРУМЕНТА ВВОДИТСЯ ПИТАТЕЛЬНАЯ СМЕСЬ В ЖЕЛУДОК?**

- a. кружка Эсмарха
- b. шприц-дозатор
- c. банка Боброва
- d. стакан Витцеля
- e. шприц не более 10 мл

161. Выберите один правильный ответ. **ОСНОВНЫМИ ФАКТОРАМИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ ОТ ИНФЕКЦИОННОГО АГЕНТА У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ:**

- a. фагоцитоз, НК-клетки, интерфероны
- b. специфические антитела
- c. сенсibilизированные Т-лимфоциты
- d. эозинофилы

162. Выберите один правильный ответ. **ДЛЯ МУКОПОЛИСАХАРИДОЗА И БОЛЕЗНИ ГОШЕ ХАРАКТЕРНА ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ГИБЕЛЬ СЛЕДУЮЩИХ КЛЕТОК:**

- a. эритроцитов
- b. тромбоцитов
- c. макрофагов
- d. хроматофильных клеток

163. Выберите один правильный ответ. **ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДИСБАЛАНСОМ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ:**

- a. избыток лимфоцитов
- b. гиперпродукция иммуноглобулинов, дефект sIgA, снижение интерферонообразования
- c. избыток и неполноценность макрофагов
- d. дефицит в системе комплемента

164. Выберите один правильный ответ. **ПОЯВЛЕНИЕ НА КОЖЕ РЕБЕНКА С ОНКОЗАБОЛЕВАНИЕМ ОКРУГЛОГО УЧАСТКА НЕКРОЗА ОБУСЛОВЛЕНО**

- a. синегнойной палочкой
- b. сахаромицетами
- c. микоплазмами
- d. криптококками

165. Выберите один правильный ответ. **ЧАСТОТА ЭПИЗОДОВ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ, ТРЕБУЮЩИХ ПАЛЛИАТИВНУЮ ПОМОЩЬ, МОЖЕТ КОЛЕБАТЬСЯ:**

- a. 1 – 3 раза в год
- b. 2 – 4 раза в год

- c. 7 – 12 раз в год
- d. 3 – 5 раз в год

166. Выберите один правильный ответ. **ОСНОВНЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ДИАРЕИ С ПРИМЕСЬЮ КРОВИ И СЛИЗИ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ:**

- a. ротавирусы, норовирусы
- b. НАГ-вибрионы
- c. энтеропатогенные эшерихии
- d. шигеллы, сальмонеллы, кампилобактер

167. Выберите один правильный ответ. **ОСОБЕННОСТЬЮ КОРИ У ЛИЦ С НАРУШЕННОЙ ИММУННОЙ СИСТЕМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ:**

- a. короткий инкубационный период
- b. атипичная сыпь, ранние осложнения в виде пневмонии, энцефалита
- c. диарейный синдром
- d. отсутствие лихорадки, интоксикации

168. Выберите один правильный ответ. **ГОЛОВНАЯ БОЛЬ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ОБУСЛОВЛЕНА**

- a. гипоксией мозга
- b. эндокринными нарушениями
- c. токсоплазмозом, криптококками, лимфомой мозга
- d. напряжением мышц шеи и спины

169. Выберите один правильный ответ. **ХАРАКТЕРНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПРИ КОКЛЮШЕ У ДЕТЕЙ С ТЯЖЕЛОЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКОЙ ЯВЛЯЮТСЯ:**

- a. медиастинальная эмфизема, пневмоторакс, кома
- b. стоматит, язва уздечки языка
- c. ложный круп, ларингит
- d. неврит зрительного нерва, тризм нижней челюсти

170. Выберите один правильный ответ. **У ДЕТЕЙ С ВЫРАЖЕННОЙ НЕЙТРОПЕНИЕЙ ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЯХ ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫРАЖЕН ОДИН СИМПТОМ:**

- a. диарея
- b. экзантема
- c. фебрильная лихорадка
- d. геморрагические высыпания

171. Выберите несколько правильных ответов. **НАЗОВИТЕ ХАРАКТЕРНЫЕ НАРУШЕНИЯ ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ С ДЦП**

- a. нарушение ритма дыхания
- b. периодически глубокие вдохи на фоне поверхностного учащенного дыхания
- c. укорочение вдоха и выдоха
- d. повышение жизненной емкости легких

172. Выберите несколько правильных ответов. **НАЗОВИТЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ДЫХАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ДЦП**

- a. слабость инспираторных мышц (в основном диафрагмы).
- b. нарушение механики дыхания (снижение растяжимости и повышение нагрузки с риском развития усталости мышц)

- c. неэффективность кашля из-за слабости дыхательных мышц
- d. повышение силы орофарингеальных мышц

173. Выберите несколько правильных ответов. **НАЗОВИТЕ ПРИЧИНЫ БЫСТРОГО РАЗВИТИЯ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ С ДЦП**

- a. снижение иммунной резистентности организма
- b. грубое нарушение мукоциллиарного клиренса
- c. склонность к аспирации
- d. отсроченное появление клинической симптоматики на фоне нормальной температуры

174. Выберите несколько правильных ответов. **НАЗОВИТЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ С ДЦП**

- a. тяжелое течение пневмонического процесса
- b. наличие длительной стойкой высокой лихорадки
- c. на рентгенограмме четко очерченная инфильтративная тень, чаще слева
- d. быстрое развитие гипоксии и гиперкапнии, метаболического ацидоза

175. Выберите несколько правильных ответов. **НАЗОВИТЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ С ДЦП**

- a. раннее начало этиотропной терапии
- b. санация дыхательных путей, восстановление мукоциллиарного клиренса
- c. проведение ИВЛ с первых суток заболевания
- d. назначение иммунокорригирующей терапии

176. Выберите несколько правильных ответов. **НАЗОВИТЕ ВИДЫ РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ С ДЦП**

- a. небулайзерная ингаляционная терапия
- b. паро-кислородные ингаляции
- c. проведение ИВЛ при выраженном нарушении легочной функции
- d. дренирующий массаж, аппаратная аспирация

177. Выберите несколько правильных ответов. **ПРОФИЛАКТИКА АСПИРАЦИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ С ДЦП ВКЛЮЧАЕТ**

- a. использование специальных приемов для облегчения глотания и прием пищи в вертикальном положении не зависимо от факта аспирации
- b. применение гастростомического зонда
- c. применение низкодозированных опиоидов
- d. ингаляции изотонического раствора для улучшения мукоциллиарного клиренса

178. Выберите несколько правильных ответов. **ПОСТАНОВКА ТРАХЕОСТОМЫ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ НА ФОНЕ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ С ДЦП ПОКАЗАНА**

- a. при неэффективности как НВЛ, так и ассистированного откашливания
- b. при остром поражении легких
- c. при тяжелом прогрессировании слабости дыхательных мышц
- d. при наличии любых бульбарных нарушений

179. Выберите несколько правильных ответов. **НЕИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РЕСПИРАТОРНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ДЦП ПОКАЗАНО**

- a. при симптоме усталости дыхательных мышц (ортопноэ)

- b. на фоне функциональных дисфункций (снижение ФЖЕЛ/МІР)
- c. при понижении парциального напряжения углекислоты ( $P_aCO_2$ )
- d. при симптомах гиповентиляции на фоне гиперкапнии или ночной десатурации

180. Выберите несколько правильных ответов. **ИССЛЕДОВАНИЕ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ ПРИ ДЦП ДОЛЖНО ПРОВОДИТЬСЯ КАК МОЖНО РАНЬШЕ**

- a. для раннего прогнозирования респираторных нарушений
- b. для поддержания адекватной растяжимости легких, грудной клетки и поддержания адекватного дренажа
- c. позволяет выявить дисфункцию диафрагмы на ранних стадиях заболевания
- d. для адекватного и своевременного лечения.