Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Стегний Кирилл Владимирович
Должность: И.о. ректора
Дата подписания: 28.05.2026 09:15:38
Уникальный программный ключ:
d59234ba928aea5c04c54eb9013e367220b6b2ae

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

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор института педиатрии
_____/Т.А. Шуматова/
«14» апреля 2025 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
Дисциплины (Модуля) Б1.О.57 Паллиативная педиатрия
Индекс, наименование
основной образовательной программы
высшего образования

Специальность	31.05.02 Педиатрия
Уровень подготовки	Специалитет
Направленность подготовки	02 Здравоохранение (в сфере оказания первичной медико-санитарной помощи, специализированной, скорой, паллиативной медицинской помощи детям, включающей мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения)
Форма обучения	очная
Срок освоения ООП	6 лет
Институт	педиатрии

Владивосток – 2025

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1.1. **Фонд оценочных средств** регламентирует формы, содержание, виды оценочных средств для текущего контроля, промежуточной аттестации и итоговой (государственной итоговой) аттестации, критерии оценивания дифференцированно по каждому виду оценочных средств.

1.3. Фонд оценочных средств определяет уровень формирования у обучающихся установленных в ФГОС ВО и определенных в основной образовательной программе высшего образования по направлению специальности 31.05.02 Педиатрия, направленности 02 Здравоохранение, (в сфере (оказания первичной медико-санитарной помощи, специализированной, скорой, паллиативной медицинской помощи детям, включающей мероприятия по профилактике, диагностике, лечению заболеваний и состояний, медицинской реабилитации, формированию здорового образа жизни и санитарно-просвещению населения); **универсальных (УК) компетенций, общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций.**

2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

2.1. Виды контроля и аттестации, формы оценочных средств

№ п/п	**Виды контроля**	**Оценочные средства***
		Форма
1	**Текущий контроль**	**Тесты**
		Миникейсы
2	**Промежуточная аттестация**	**Не предусмотрена**

3. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: тестирования, миникейсов.

Оценочные средства для текущего контроля.

Тесты:

Выберите один правильный ответ

1. **Оптимальная мощность специализированного отделения паллиативной медицинской помощи или хосписа составляет:**
2. 30 коек;
3. от 40 до 50 коек;
4. от 60 до 70 коек;
5. от 80до 90 коек;
6. от 90 до 120 коек.

Ответ: 1

Выберите несколько правильных ответов

2. Принципами ВОЗ назначения анальгетиков для купирования хронической боли являются:

1. назначение неинвазивной формы препарата;
2. по восходящей;
3. вне зависимости от приема пищи;
4. по часам;
5. вне зависимости от времени суток.

Ответ: 1,2,4

Выберите один правильный ответ

3. В законе 323-ФЗ паллиативная медицинская помощь определяется как:

1. комплекс мероприятий, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан;
2. мероприятия, направленные на оказание помощи престарелым людям оказание медико-социальной помощи престарелым и инвалидам;
3. мероприятия, направленные на оказание медико-социальной помощи престарелым, инвалидам и детям – инвалидам;
4. комплекс мероприятий, направленных на реабилитацию и социальную поддержку населения;
5. мероприятия на не оставлении опасности престарелых людей, престарелых и инвалидов.

Ответ: 1

Выберите один правильный ответ

4. При оказании паллиативной медицинской помощи в домашних условиях медицинские изделия и лекарственные препараты

1. не предоставляются на дому, только в условиях стационара;
2. предоставляются, кроме наркотических и психотропных препаратов;
3. предоставляются, но с условием частичной оплаты;
4. предоставляются, перечень медицинских изделий утверждается уполномоченным федеральным органом исполнительной власти. +

Ответ: 4

Выберите один правильный ответ

5. Инкурабельный больной – это

1. больной в крайне тяжелом состоянии;
2. больной, находящейся в коме;
3. неизлечимый больной; +
4. онкологический больной.

Ответ: 3

Выберите один правильный ответ

6. Дискоммуникация – это

1) разобщение органов чувств;
2) патогномоничный симптом детского аутизма;
3) признак инфекционной энцефалопатии;
4) **одно из нарушений коммуникативных навыков в общении.**

Ответ: 4

Выберите один правильный ответ

7. Ребенок, нуждающийся в паллиативной помощи при неврологических заболеваниях, не должен находиться:

1) дома;
2) в хосписе/ в палате паллиативной помощи в стационаре;
3) в реанимации;
4) в доме ребенка / в интернате.

Ответ: 3

Выберите несколько правильных ответов

8. Характерными симптомами терминальной стадии хронической сердечной недостаточности являются:
1. Боль
2. Сильная слабость
3. Многократная рвота
4. Выраженная одышка
Ответ: 2, 4

Выберите несколько правильных ответов
9. К критериям направления на педиатрическую паллиативную помощь относятся сердечно-сосудистые заболевания:
1. Кардиомиопатии,
2. Сложные врожденные болезни сердца
3. Миокардит
4. Склеротическая легочная гипертензия
Ответ: 1, 2, 4

Выберите несколько правильных ответов
10. К проблемам паллиативных пациентов относятся:
1. Физические,
2. Психологические,
3. Социальные
4. Духовные страдания пациентов
Ответ: 1, 2, 3, 4

Выберите один правильный ответ
11. Основные направления деятельности по оказанию паллиативной помощи детям с орфанными заболеваниями и ВИЧ-инфекцией должны быть сосредоточены на обеспечении комфорта. Что понимается под термином комфорт (Morse , 1992)**:**
1. Комфорт - конечное состояние терапевтических сестринских действий, направленных на пациента, состояние благополучия, которого можно достичь на любой стадии континуума болезни-здоровья
2. Комфорт – обеспечение физически удобных условий для проживания пациента в терминальной стадии
3. Комфорт – обеспечение физиологических потребностей пациента на терминальной стадии
4. Комфорт – работа со страхом смерти, которую нужно проводить на любой стадии континуума болезни-здоровья
Ответ:1

Выберите один правильный ответ
12. Существуют следующие типы достижения комфорта, кроме:
1. Ментальный
2. Эмоциональный
3. Физический
4. Духовный
Ответ: 4

Выберите один правильный ответ
13. Возможность не проводить реанимационные мероприятия при достоверно установленном неизлечимом заболевании закреплена в
1. Стандартах оказания медицинской помощи по соответствующему заболеванию
2. 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 декабря 2012 г. №1343н
4. Конституции Российской Федерации

Ответ: 2

Выберите один правильный ответ
14. Согласно «Лестнице обезболивания» (ВОЗ, 2012) боль считается сильной при количестве баллов
1. 1-3
2. 4-6
3. 7-10
4. 10-12
Ответ: 3

Выберите один правильный ответ
15. К кризисным ситуациям в паллиативной помощи у детей относятся:
1. Судороги
2. Нарушение ритма сердца по типу экстрасистолии
3. Выраженная головная боль
4. Синкопе
Ответ: 1

Миникейсы:
Ситуационная задача № 1

Тема: Паллиативная помощь в России. Паллиативный прорыв и проблемы сегодняшнего дня. Нормативно – правовое регулирование оказания паллиативной помощи в Российской Федерации

Девочка Д., возраст 10-лет, диагноз: Диссеминированная лимфома, рецидив 3, поражение головного мозга, костей, органов грудной и брюшной полости, выраженный болевой синдром. Госпитализирована в детское отделение для решения вопроса о проведении химиотерапии и обезболивающей/ симптоматической терапии.

Из анамнеза известно, что родилась от четвертой беременности, протекавшей с фетоплацентарной недостаточностью, гестозом во второй половине. Роды на 32-й неделе, отмечалось дородовое излитие вод, однократное тугое обвитие пуповины вокруг шеи. Масса тела 1480 г, длиной тела 40 см, окружностью головы 29 см, окружностью груди 26 см. Ее мама погибла в автокатастрофе 2 года назад, отец девочки – единственный опекун, который еще заботится о двух младших детях, с девочкой не присутствует. За девочкой ухаживает тетя, родственница по отцовской линии.

Состояние тяжелое. Девочка способна отвечать на любые вопросы по поводу своей боли. Кожные покровы бледные, чистые. Дыхание проводится во все отделы легких, хрипов нет. ЧД 26 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, 88 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает на 1 см из-под края реберной дуги. Стул оформленный. Диурез в норме.

Общий анализ крови: Hb-90 г/л, эр-2,5х10^{12}/л, Ц.п. - 1,0, лейк - 9,8х10^{9}/л, п/я -3%, с -44%, э -0%, л -47%, м -6%, СОЭ - 10 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - соломенно-желтый, прозрачность полная, белок - отсутствует, глюкоза – отсутствует, лейкоциты – 3-4 в п/з, эритроциты - нет, цилиндры - нет.
Вопросы:

1. Является ли лицо, оказывающее уход за девочкой, объектом паллиативной медицинской помощи?
2. Какие специалисты должны входить в мультидисциплинарную команду, оказывающую паллиативную медицинскую помощь?
3. Облегчение страданий при онкологии это….

4. При остром болевом синдроме сильной интенсивности для обезболивания в качестве основных мер применяют:
5. К организациям, оказывающим паллиативную медицинскую помощь некурабельным больным, относятся:

Эталон ответа:

1 - Да, в период жизни паллиативного пациента и в период после утраты (в горевании);
2 – Медсестра, врач, психолог;
3 - Действие, направленное на уменьшение боли при заболевании;
4 - Промедол, морфин или просидол в сочетании с неопиоидным анальгетиком;
5 – Хосписы, выездные патронажные службы паллиативной медицинской помощи, отделения паллиативной медицинской помощи.

Тема: Вопросы оказания паллиативной помощи детям с орфанными заболеваниями и ВИЧ-инфекцией

Пациент Н.(2 года 2 мес). Жалобы родителей на утрату ребенком двигательных и психо-речевых навыков, снижение слуха и зрения, затруднение носового дыхания.
Анамнез жизни и заболевания: Ребенок от III беременности, протекавшей на фоне анемии, во 2 половине 44 беременности мать перенесла ОРВИ. Роды срочные, стремительные. Оценка по Апгар 7/8 баллов. Вес при рождении 4000г, длина тела 53 см, окр. головы 36 см, окр. груди 34 см. Выписан из родильного дома на 6 сутки с диагнозом: Водянка правого яичка. Правосторонняя пахово-мошоночная грыжа. В периоде новорожденности перенес гнойный двухсторонний отит, острый бронхит с обструкцией. Голову держит с 2 месяцев. Переворачивается с 5 месяцев, зубы с 8 месяцев. С 6 месяцев стала заметна деформация позвоночника (грудной и поясничнокрестцовый кифоз), увеличение размера головы, тугоподвижность тазобедренных и коленных суставов. По данным МРТ (11 мес) – аномалия развития позвоночника, врожденный патологический кифоз нижне-грудного и поясничного отдела, тело L I - клиновидной формы. В 11 мес – осмотрен генетиком, диагноз: синдром системной дисплазии соединительной ткани с выраженным поражением костной ткани. К году появилось помутнение роговицы, начал ходить, но в полуприседе. К 2 годам – тугоподвижность мелких суставов кистей рук и изменение черт лица по типу «гаргоилизма». В 2 года проведен генетический анализ на МПС. Обнаружены мутации Q70X/R89QR89Q .

Вопросы:

1. Для какого заболевания характерна клиническая картина
2. Обоснуйте клинический диагноз.
3. Укажите тип наследования.
4. Когда должны быть привлечены к паллиативной помощи семьи детей с орфанными заболеваниями
5. Перечислите особенности подхода к оказанию паллиативной помощи детям с орфанными заболеваниями

Эталон ответа:

1. Мукополисахаридоз I типа, синдром Гурлера.

2. На основании жалоб на отставание двигательных и психо-речевых навыков у ребенка, снижение слуха и зрения, затруднение носового дыхания. Наличие клинических и параклинических признаков прогрессирующей аномалии развития позвоночника и суставов (на МРТ врожденный патологический кифоз нижне-грудного и поясничного отдела, клиновидная деформация тела LI позвонка); заключения генетика, диагносцировавшего грубую дисплазию костной и соединительной ткани; заключения окулиста - признаки катаракты; гепатомегалия по данным УЗИ. По результатам ферментного и генетического

анализ на МПС полное отсутствие активности α-L- идуронидазы, мутации Q70X/R89QR89Q выставляется клинический диагноз: Мукополисахаридоз I типа, синдром Гурлера.

3. Мукополисахаридоз I типа является аутосомно-рецессивным прогрессирующим заболеванием. Патологические изменения бусловлены дефицитом энзима альфа-L-идуронидазы, которая является главным ферментом катаболизма мукополисахаридов. Дефицит идуронидазы приводит к аккумуляции в клетках тела мукополисахаридов – гепарансульфата и дерматансульфата, что приводит к изменению свойств слизистых, разрастанию соединительных тканей

4. Семьи детей с диагнозом, излечение которого может оказаться невозможным, в идеале должны быть привлечены к паллиативной помощи вскоре после постановки диагноза.
Паллиативная помощь вводится с самого начала лечения, признавая, что она помогает обеспечить постоянную сосредоточенность на качестве жизни с облегчением симптомов, чтобы ребенок мог продолжать получать удовольствие от жизни.
Паллиативная помощь может быть введена в любой из следующих моментов времени:
● Пренатально, когда ставится опасный для жизни плода диагноз.
● Когда ребенку ставят новый опасный для жизни диагноз.
● Когда эффективность лечения хронического заболевания, модифицирующего заболевание, начинает снижаться.
● Когда бремя болезни начинает сказываться на качестве жизни ребенка

5. Интеграция паллиативной помощи ребенку с орфанным заболеванием требует индивидуального плана ухода, разработанного на основе целей, направленных на повышение качества жизни пациента и его семьи. Цели и план лечения разрабатываются совместно с пациентами и их семьями.
Междисциплинарная команда.
● Общение и построение отношений – построение доверительных отношений между медицинской бригадой, ребенком и семьей.
● Разработка планов ухода на основе целей – Принятие решений о продолжении лечения на основе целей комплексного ухода за ребенком и семьей, а не лечения изолированной клинической проблемы.
● Лечение симптомов – устранение симптомов (например, боли, тошноты, рвоты и дыхательной недостаточности), связанных с основным заболеванием и продолжающимся лечением. Управление включает в себя предвидение и предотвращение симптомов, когда это возможно.
● Уход в конце жизни – подготовка пациентов и их семей к уходу в конце жизни, включая поддержку семей в связи с тяжелой утратой.

Критерии оценивания

Отлично - Указываются все дескрипторы правильного ответа
Хорошо - Указывается не менее 3-х дескрипторов правильного ответа
Удовлетворительно - Указывается не менее 2-х дескрипторов правильного ответа
Неудовлетворительно - Указан один или не указан ни один из дескрипторов правильного ответа.