

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ А.И. ЕВДОКИМОВА**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе,
академик РАН, профессор

И.В.Маев

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА

Кафедра	Паллиативной медицины
Программа	Повышения квалификации
Трудоемкость	144 ч.
Наименование программы	Паллиативная медицинская помощь
Контингент обучающихся (специальности)	Врачи лечебных специальностей
Год разработки	2019
Форма обучения	Очная
Программа одобрена на кафедральном заседании 04 февраля 2019 г. Протокол № 2 Зав. кафедрой паллиативной медицины, профессор Новиков Г.А.	
Программа одобрена Ученым советом ФДПО « ____ » _____ 2019 г. Протокол № ____ Декан ФДПО, профессор Крихели Н.И.	

1. Цель программы.

Качественное улучшение профессиональных компетенций в рамках имеющейся квалификации врача по лечебной специальности.

2. Планируемые результаты обучения

Перечень профессиональных компетенций в рамках имеющейся квалификации, качественное изменение которых осуществляется в результате обучения:

№ п/п	Перечень имеющихся компетенций	Совершенствуемые компетенции
1.	Универсальные компетенции	
1.1.	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);	Нет
1.2.	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать	Нет

	социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);	
1.3.	готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3)	Нет
2.	Профессиональные компетенции	
	Профилактическая деятельность:	
2.1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1)	Нет
2.2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2)	Да
2.3	готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3)	Нет
2.4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4)	Нет
	Диагностическая деятельность:	
2.5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5)	Да
	Лечебная деятельность:	
2.7	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи (ПК-6)	Да
	Реабилитационная деятельность:	
2.8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8)	Да
	Психолого-педагогическая деятельность:	
2.9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9)	Да
	Организационно-управленческая деятельность:	
2.10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10)	Да
2.11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11)	Да

3. Квалификационные требования, предъявляемые к медицинским работникам по направлению деятельности «Паллиативная медицинская помощь»

Уровень профессионального образования	Высшее образование - специалитет по одной из специальностей: «Лечебное дело» или «Педиатрия»
Дополнительное профессиональное образование	Подготовки в интернатуре/ординатуре по одной из специальностей: "Акушерство и гинекология", "Анестезиология-реаниматология", "Дерматовенерология", "Гастроэнтерология", "Гематология", "Гериатрия", "Инфекционные болезни", "Кардиология", "Колопроктология", "Нефрология", "Неврология", "Нейрохирургия", "Общая врачебная практика (семейная медицина)", "Онкология", "Оториноларингология", "Офтальмология", "Педиатрия", "Психиатрия", "Пульмонология", "Ревматология", "Скорая медицинская помощь", "Терапия", "Урология", "Фтизиатрия", "Хирургия", "Эндокринология" Повышение квалификации не реже одного раза в 3 года в течение всей трудовой деятельности
Должности	Врач по паллиативной помощи; заведующий структурного подразделения (отделения, кабинета, выездной патронажной службы и другое) медицинской организации; участковый терапевт, врач общей врачебной практики (семейный врач)

4. Учебный план.

№ п/п	Разделы дисциплины	Лекции	Практические занятия	Всего	Совершенствуемые проф. компетенции
1.	Нормативно-правовые и организационные аспекты паллиативной медицинской помощи	6	-	6	ПК-10, ПК-11
1.1.	Медико-социальные и экономические предпосылки развития паллиативной медицины	2	-	2	ПК-10, ПК-11
1.2.	Порядок оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению. Структура службы паллиативной медицинской помощи	4	-	4	ПК-10, ПК-11
2.	Основные принципы, философия и специфика паллиативной медицинской помощи	2	10	12	ПК-2, ПК-5, ПК-8, ПК-9
2.2.	Принципы и философия паллиативной медицинской помощи. Вопросы этики и деонтологии	2	-	2	ПК-8, ПК-9
2.3.	Оценка состояния пациента и критерии качества жизни в паллиативной медицине	-	2	2	ПК-2, ПК-5
2.6.	Междисциплинарный подход при оказании паллиативной медицинской помощи	-	2	2	ПК-2, ПК-9
3.	Диагностика и лечение хронической боли различного генеза	6	20	26	ПК-5, ПК-6, ПК-8
3.1.	Этиология и патогенез хронической боли	2	2	4	ПК-5
3.2.	Диагностика хронической боли	-	4	4	ПК-5
3.3.	Принципы лечения хронической боли	-	2	2	ПК-6
3.4.	Методы лечения хронической боли у неизлечимых пациентов	-	4	4	ПК-6

3.5.	Фармакотерапия хронической боли анальгетиками	2	4	6	ПК-6
3.6.	Адьювантные препараты в лечении хронической боли	2	2	4	ПК-6
3.7.	Нелекарственные методы лечения боли	-	2	2	ПК-6, ПК-8
4.	Паллиативная медицинская помощь в терминальной стадии неонкологических заболеваний	16	24	40	ПК-5, ПК-6, ПК-8
4.1.	Болезни органов дыхания	2	4	6	ПК-5, ПК-6
4.2.	Болезни сердечно-сосудистой системы	2	2	4	ПК-5, ПК-6
4.3.	Болезни нервной системы	2	4	6	ПК-5, ПК-6
4.4.	Болезни почек	2	2	4	ПК-5, ПК-6
4.5.	Болезни печени	2	2	4	ПК-5, ПК-6
4.6.	Болезни пациентов пожилого и старческого возраста (60 лет и старше)	4	4	8	ПК-5, ПК-6
4.7.	Инфекционные заболевания (ВИЧ/СПИД, туберкулез)	2	2	4	ПК-5, ПК-6
4.9	Психические расстройства	-	4	4	ПК-5, ПК-6
5.	Паллиативная медицинская помощь онкологическим пациентам	14	34	48	ПК-5, ПК-6, ПК-8
5.1.	Контроль симптомов основного заболевания лекарственными препаратами	10	12	22	ПК-5, ПК-6
5.2.	Контроль симптомов основного заболевания хирургическими и миниинвазивными технологиями	2	8	10	ПК-5, ПК-6
5.3.	Симптоматическое лечение клинических проблем, не связанных с основным заболеванием	2	14	16	ПК-5, ПК-6
6.	Психологические, социальные и духовные аспекты паллиативной медицинской помощи	6	6	12	ПК-5, ПК-6, ПК-9
6.1.	Общение с неизлечимыми пациентами и их семьями. Психологические реакции на утрату близких	2	2	4	ПК-5, ПК-6, ПК-9
6.3.	Принципы и задачи социальной помощи неизлечимым пациентам и их семьями	2	2	4	ПК-6, ПК-9
6.4.	Духовная поддержка больных и их семей. Морально-этические проблемы эвтаназии	2	2	4	ПК-5, ПК-6
ИТОГО:		54	90	144	

5. Календарный учебный график

Календарный учебный график, а также место и время проведения занятий определяется расписанием занятий, формируемым в соответствии с утвержденным учебно-производственным планом университета и/или согласно договорам об оказании платных образовательных услуг.

6. Организационно-педагогические условия:

Практические занятия могут быть осуществлены в виде мастер-классов, мастерских и деловых игр, круглых столов, ролевых игр, тренингов, семинаров по обмену опытом, выездных занятий, консультаций.

Для всех видов аудиторных занятий академический час устанавливается продолжительностью 45 минут.

6.1. Средства обеспечения освоения дисциплины:

- иллюстративный материал к лекциям в виде слайдов, подготовленных с использованием результатов последних рекомендаций;
- методические пособия кафедры;

- учебники по паллиативной медицине в электронном виде;
- реферативный журнал «Паллиативная медицина и реабилитация».

6.2. Материально-техническое обеспечение.

Кафедра использует мультимедийный комплекс: ноутбук ASUS с программным обеспечением, проектор Toshiba, экран, Телевизор SONY, тонометр, фонендоскоп, весы медицинские.

6.3. Рекомендуемая литература:

1. Курс лекций по паллиативной медицине / Под ред. проф. Г.А.Новикова. - М.: Российская Ассоциация паллиативной медицины. - 2017. – стр.11-28.
2. Контроль симптомов в паллиативной медицине /под ред. Г.А. Новикова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2017. – 272 с.: ил.
3. Неотложные состояния в паллиативной медицинской помощи онкологическим пациентам. Учебно-методическое пособие / Новиков Г.А., Вайсман М.А., Рудой С.В.- М.: Российская Ассоциация паллиативной медицины. - 2017. – 35 с.
4. Минимально инвазивные хирургические технологии в паллиативной медицинской помощи: методические рекомендации. / С.И. Емельянов, Г.А. Новиков, Д.Ю. Богданов, И.А. Курганов, Матвеев Н.Л. и др. - М.: МГМСУ им. А.И. Евдокимова. - 2017. – 68 с.
5. Паллиативная медицинская помощь в онкологии: учебник / Под ред. проф. Г.А.Новикова и проф. Е.П. Куликова. - М.: Российская Ассоциация паллиативной медицины, 2016. – 352 с. : ил.
6. Технологии респираторной поддержки в паллиативной медицинской помощи. Методические рекомендации / Малявин А.Г., Новиков Г.А., Бабак С.Л., Горбунова М.В., Рудой С.В. - М.: РИО МГМСУ им. А.И. Евдокимова. – 2016. – 41 стр.

7. Формы аттестации

Для оценки исходного уровня знаний слушателей предусмотрено проведение входного контроля знаний (20 заданий в тестовой форме). Освоение программы завершается итоговой аттестацией, состоящей из решения 100 заданий в тестовой форме.

Лицам, не прошедшим итоговой аттестации или получившим на итоговой аттестации неудовлетворительные результаты, а также лицам, освоившим часть дополнительной профессиональной программы и (или) отчисленным из организации, выдается справка об обучении или о периоде обучения.

При освоении дополнительной профессиональной программы выдается удостоверение о краткосрочном повышении квалификации.

При освоении дополнительной профессиональной программы параллельно с получением высшего образования удостоверение о повышении квалификации выдается одновременно с получением соответствующего документа об образовании и о квалификации.

8. Оценочные материалы (см. Приложение 1).

9. Авторский коллектив:

Рабочая учебная программа составлена сотрудниками кафедры паллиативной медицины ФДПО Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова:

ФИО	Должность	Подпись
Новиков Г.А.	Зав. кафедрой, профессор, д.м.н.	
Рудой С.В.	Зав. учебной частью кафедры, доцент, к.м.н.	
Вайсман М.А.	Доцент, к.м.н.	

Оценочные материалы - задания в тестовой форме

1. ЦЕЛЬЮ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕИЗЛЕЧИМЫМ ПАЦИЕНТАМ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) продление жизни
- Б) улучшение психологического статуса
- В) лечение хронической боли
- Г) улучшение качества жизни
- Д) симптоматическое лечение

2. ПРАВИЛА ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ УСТАНОВЛЕННЫ:

- А) Федеральным законом РФ от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
- Б) Приказом от 31 мая 2019 г. Минздрава России № 345н и Минтрудсоцзащиты России № 372н
- В) приказом Минздрава России от 15 ноября 2012 г. N 915н
- Г) приказом Минздрава России от 6 августа 2013 г. N 529н
- Д) приказом Минздрава России от 14 апреля 2015 г. № 187н

3. ОКАЗАНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ:

- А) государственной и муниципальной
- Б) муниципальной и частной
- В) государственной, муниципальной и частной
- Г) государственной и частной
- Д) государственной, муниципальной и ведомственной

4. ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ КЛАССИФИЦИРУЕТСЯ КАК:

- А) направление медико-социальной деятельности
- Б) условие оказания медицинской помощи
- В) форма оказания медицинской помощи
- Г) комплекс медицинских вмешательств
- Д) вид медицинской помощи

5. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЗАВИСИТ ОТ ПАРАМЕТРОВ ЛИЧНОСТИ:

- А) социальных
- Б) психологических
- В) духовных
- Г) физиологических

6. АНТИНОЦИЦЕПТИВНАЯ СИСТЕМА – ЭТО

- А) генератор патологически усиленного возбуждения
- Б) совокупность нервных структур, способная подавлять формирование болевого ощущения
- В) иерархическая совокупность нервных структур разных уровней ЦНС
- Г) система, обеспечивающая формирование эпикритической боли
- Д) система, обеспечивающая формирование протопатической боли

7. ГЕНЕРАТОР ПАТОЛОГИЧЕСКИ УСИЛЕННОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- А) усилении потока эфферентных импульсов
- Б) парабриозе нервных клеток
- В) усилении потока афферентных импульсов
- Г) разлитом возбуждении в коре головного мозга
- Д) развитии нейрогенной дистрофии

8. К НОЦИЦЕПТИВНОЙ БОЛИ ОТНОСИТСЯ:

- А) соматическая боль
- Б) висцеральная боль
- В) аллодиния и каузалгия
- Г) соматическая и висцеральная боль
- Д) дисфункциональная боль

9. К НЕВРОГЕННОЙ БОЛИ ОТНОСИТСЯ:

- А) соматическая боль
- Б) висцеральная боль
- В) дисфункциональная боль
- Г) соматическая и висцеральная боль
- Д) аллодиния и каузалгия

10. НОЦИЦЕПТИВНАЯ БОЛЬ ВЫЗЫВАЕТСЯ ПОВРЕЖДЕНИЕМ:

- А) внутренних органов
- Б) костей и суставов
- В) периферических нервов
- Г) серозных оболочек и сосудов
- Д) сухожилий, связок и мягких тканей

11. ЧРЕЗМЕРНОЕ БОЛЕВОЕ ОЩУЩЕНИЕ, ВОЗНИКАЮЩЕЕ ПРИ НЕБОЛЕВОМ РАЗДРАЖЕНИИ, ЭТО:

- А) гипестезия
- Б) аллодиния
- В) гипоалгезия
- Г) гиперестезия
- Д) гипералгезия

12. ФАКТОРАМИ, ВЛИЯЮЩИМИ НА ВОСПРИЯТИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ ПАЦИЕНТОМ ЯВЛЯЮТСЯ:

- А) физический статус
- Б) физическое и психоэмоциональное состояние
- В) социальный статус
- Г) духовные потребности
- Д) психологический статус

13. ВЕДУЩЕЕ МЕСТО В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ ЗАНИМАЕТ:

- А) этиотропная терапия
- Б) системная фармакотерапия анальгетиками и адъювантами
- В) регионарная анестезия
- Г) деструктивная нейрохирургия
- Д) патогенетическая терапия

14. ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ АНАЛЬГЕТИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ ОБЛАДАЮТ ПРОИЗВОДНЫЕ:

- А) пара-аминофенола (парацетамол)
- Б) индолуксусной кислоты (индометацин, сулиндак)
- В) салициловой кислоты (ацетилсалициловая кислота, аспирин)
- Г) пиразолона (анальгин)
- Д) фенилуксусной кислоты (диклофенак-натрий, ортофен)

15. НЕНАРКОТИЧЕСКИЕ АНАЛЬГЕТИКИ ОБЛАДАЮТ СЛЕДУЮЩИМИ СВОЙСТВАМИ:

- А) эффективны при острой и хронической боли различной этиологии
- Б) имеют верхний предел аналгезии
- В) вызывают развитие толерантности
- Г) обладают жаропонижающим действием
- Д) ингибируют синтез простагландинов

16. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ АНАЛЬГЕТИКИ НАЗНАЧАЮТСЯ:

- А) ступенчато от слабого к более сильному
- Б) наиболее сильные
- В) по желанию пациента

Г) при непереносимых болях

Д) в виде инъекций

17. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ ОПИОИДЫ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНО ВВОДИТЬ:

А) внутримышечно и подкожно

Б) внутривенно

В) перорально и трансдермально

Г) транстекально

Д) эпидурально и эндолюмбально

18. МОРФИН ПОНИЖАЕТ:

А) чувствительность мочевого пузыря

Б) тонус сфинктера мочевого пузыря

В) тонус детрузора

Г) тонус и амплитуду сокращений мочеточника

19. МОРФИН ПОВЫШАЕТ:

А) чувствительность мочевого пузыря

Б) тонус сфинктера мочевого пузыря

В) тонус детрузора

Г) тонус и амплитуду сокращений мочеточника

Д) верно б, в и г

Е) все верно

20. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА ДОЗА ОПИОИДНОГО АНАЛЬГЕТИКА ЗАВИСИТ ОТ:

А) локализации и распространенности опухолевого процесса

Б) возраста пациента

В) физического статуса пациента

Г) наличия патологии ЦНС

Д) наличия дыхательной недостаточности

21. СНИЖЕНИЕ КАЧЕСТВА И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ АНАЛГЕЗИИ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ОПИОИДНЫМИ АНАЛЬГЕТИКАМИ ОБУСЛОВЛЕНО:

А) толерантностью

Б) физической зависимостью

В) психической зависимостью

Г) сопутствующей патологией

Д) побочными эффектами анальгетика

22. ВОЗМОЖНОЕ РАЗВИТИЕ АБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ ОТМЕНЫ ОПИОИДНОГО АНАЛЬГЕТИКА ОБУСЛОВЛЕНО:

А) толерантностью

Б) физической зависимостью

В) психической зависимостью

Г) прогрессированием основного заболевания

Д) побочными эффектами анальгетика

23. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ АДЬЮВАНТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ С ЦЕЛЮ:

А) купирования симптомов основного заболевания

Б) купирования симптомов сопутствующих заболеваний

В) сдерживания прогрессирования основного заболевания

Г) поддержания физического статуса

Д) повышения эффективности анальгетиков

24. ЕСЛИ ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЬ БЕСПОКОИТ ПАЦИЕНТА БОЛЬШУЮ ЧАСТЬ СУТОК, НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ АНАЛЬГЕТИК:

А) при первых признаках боли

Б) при умеренной выраженности боли

В) при усилении боли до непереносимой

Г) перед физической активностью и перед сном

Д) регулярно по часам

25. РЕДКИМ ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЕМ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ОПИОИДНЫХ АНАЛЬГЕТИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ:

А) тошнота

Б) сухость во рту

В) запор

Г) агранулоцитоз

Д) умеренная седация

26. ЧАСТЫМ ПОБОЧНЫМ ДЕЙСТВИЕМ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ ЯВЛЯЕТСЯ:

А) запор

Б) склонность к кровоточивости

В) гипернатриемия, повышение артериального давления

Г) диспептические расстройства

Д) раздражение слизистой ЖКТ до возникновения язв

27. НЕПОСРЕДСТВЕННЫМ МЕХАНИЗМОМ ДЕЙСТВИЯ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ЯВЛЯЕТСЯ:

А) высвобождение субстанции P

Б) угнетение синтеза простагландинов

В) прямое действие на μ - рецепторы

Г) повышение активности антиноцептивной системы

Д) снижение интенсивности стимуляции нейронов

28. К НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ ОТНОСИТСЯ:

А) чрескожная электронейростимуляция

Б) иглоукалывание

В) методы психологической коррекции

Г) метод «обратной биологической связи»

Д) галотерапия

29. ЛИХОРАДКА ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ГИПЕРТЕРМИИ:

А) повышением температуры тела

Б) сохранением теплорегуляции

В) усиленным потоотделением

Г) независимостью от температуры среды

Д) трехфазным развитием

30. НАИБОЛЕЕ «ЖЕСТКИМ» ПОКАЗАТЕЛЕМ ГОМЕОСТАЗА ЯВЛЯЕТСЯ:

А) артериальное давление

Б) уровень питательных веществ в крови

В) содержание в крови O_2/CO_2

Г) осмотическое давление

Д) температура тела

31. ОТЕКИ МОГУТ БЫТЬ ВЫЗВАНЫ:

А) нарушением лимфооттока

Б) низким онкотическим давлением плазмы

В) задержкой ионов натрия

Г) задержкой ионов калия

32. ТОШНОТА И РВОТА ЧАЩЕ ВОЗНИКАЮТ ПРИ:

А) раке желудка

Б) ХОБЛ

В) почечной недостаточности

Г) раке толстой кишки

Д) хронической сердечной недостаточности

33. КУПИРОВАТЬ ИКОТУ ПОМОГАЕТ:

А) обильное питье

- Б) слабительные
- В) метоклопрамид
- Г) морфин
- Д) феназепам

34. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ВЕРХНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ ЯВЛЯЮТСЯ:

- А) хроническая сердечная недостаточность
- Б) сдавливание вены извне
- В) прорастание стенки вены злокачественной опухолью
- Г) тромбоз верхней полой вены

35. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫ В ЛЕЧЕНИИ НЕПРОДУКТИВНОГО КАШЛЯ:

- А) кортикостероиды
- Б) ингаляция увлажненного кислорода
- В) опиоиды
- Г) методы управления дыханием
- Д) верно все перечисленное

53. При тошноте и рвоте на фоне снижения моторики желудка наиболее эффективен:

- А) зофран
- Б) галоперидол
- В) метоклопрамид
- Г) гиосцин

36. МОЧЕВОЙ ПУЗЫРЬ ИННЕРВИРУЕТСЯ ОТДЕЛОМ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ:

- А) вегетативным (автономным)
- Б) симпатическим
- В) соматическим

37. ЦЕНТР ДЫХАНИЯ РАСПОЛОЖЕН В:

- А) продолговатом мозге
- Б) мосту
- В) мозжечке
- Г) среднем мозге

38. НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ СОПРОВОЖДАЕТСЯ

- А) увеличением парциального давления кислорода (pO_2) и углекислого газа (pCO_2) в крови
- Б) увеличением pO_2 и уменьшением pCO_2 в крови
- В) уменьшением pO_2 и pCO_2 в крови
- Г) уменьшением pO_2 и увеличением pCO_2 в крови
- Д) увеличением pO_2 и нормальным pCO_2 в крови

39. ДЫХАТЕЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ – ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ, ПРИ КОТОРОМ:

- А) система внешнего дыхания не обеспечивает поддержание нормального газового состава крови, или он достигается интенсивной работой аппарата внешнего дыхания, что проявляется одышкой
- Б) возникает гипоксия, обусловленная низким парциальным давлением кислорода в атмосфере
- В) происходит нарушение транспорта газов между легкими и клетками организма вследствие сердечной или сосудистой недостаточности
- Г) происходят изменения концентрации в крови гемоглобина или его свойств
- Д) происходит блокада ферментов тканевого дыхания на клеточном уровне

40. О НАЛИЧИИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ:

- А) признаки гипоксемии
- Б) одышка
- В) признаки гиперкапнии
- Г) признаки утомления и слабости дыхательной мускулатуры
- Д) боль в грудной клетке

41. ОДЫШКА – ЭТО:

- А) гиперноэ
- Б) тахипноэ
- В) брадипноэ

Г) гаспинг-дыхание

Д) диспноэ

42. ОДЫШКУ ХАРАКТЕРИЗУЕТ:

А) частое глубокое дыхание

Б) частое поверхностное дыхание

В) редкое глубокое дыхание

Г) редкое поверхностное дыхание

Д) ощущение нехватки воздуха

43. СТАДИЯ ДЕКОМПЕНСАЦИИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ:

А) цианозом

Б) отеками

В) увеличением систолического (ударного) объема

Г) увеличением остаточного объема крови в полостях сердца

Д) анемией

44. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ, НА ОСНОВАНИИ КОТОРЫХ УСТАНОВЛИВАЮТСЯ ПОКАЗАНИЯ К ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, У ПАЦИЕНТОВ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ, ЭТО:

А) подтвержденный диагноз хронической сердечной недостаточности вследствие поражения миокарда необратимого характера

Б) клинические проявления хронической сердечной недостаточности III - IV ФК (по классификации NYHA) на фоне оптимальной терапии ХСН медикаментозными и немедикаментозными методами

В) повторные госпитализации в течение года по поводу декомпенсации ХСН с необходимостью инотропной поддержки и/или реанимационные мероприятия

Г) вторичные специфические критерии – сопутствующие состояния, определяющие тяжесть состояния больного (сердечная кахексия, органная недостаточность)

45. ОСНОВНЫМИ СИМПТОМАМИ (ЖАЛОБАМИ), ВСТРЕЧАЮЩИМИСЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ХСН ЯВЛЯЮТСЯ:

А) одышка

Б) быстрая утомляемость

В) сердцебиение

Г) ортопноэ

Д) кашель

46. К ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОЙ ХСН ОТНОСИТСЯ:

А) диета

Б) дозированная физическая активность

В) психологическая реабилитация, организация врачебного контроля

Г) медикаментозная терапия

Д) электрофизиологические, хирургические и механические методы терапии

47. ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ III-IV ФК ПО NYHA ПРИ ХСН ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:

А) ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента или антагонисты рецепторов АП II

Б) антиагреганты

В) β -адреноблокаторы

Г) комбинация диуретиков с включением антагонистов минералокортикоидных рецепторов

48. ПРИНЦИПАМИ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПРИ СЕРДЕЧНОЙ КАХЕКСИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

А) начинать нутритивную поддержку с малых доз (не более 5–10% от уровня истинной энергопотребности)

Б) постепенно увеличивать объем потребляемой пищи

В) постепенно увеличивать объем питательной смеси каждые 5-7 дней

49. КОМОРБИДНОСТЬ ЭТО:

А) наличие отдельных заболеваний, которые существуют или развиваются на фоне основного, главного заболевания и носят вторичный, «подчинённый» характер, при этом не исключается их

влияние на течение и лечение основной патологии

Б) состояние организма, сопровождающееся нарушением его нормальной жизнедеятельности, способности поддерживать гомеостаз и сокращающее продолжительность жизни

50. К НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ СОПУТСТВУЮЩИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ХОБЛ ОТНОСЯТСЯ:

- А) ишемическая болезнь сердца
- Б) гипертрофическая кардиомиопатия
- В) артериальная гипертензия
- Г) нарушения ритма сердца
- Д) анемия

51. СТРУКТУРА КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:

- А) сердечно-сосудистые заболевания
- Б) острые воспалительные заболевания мочевыводящих путей
- В) метаболические нарушения
- Г) заболевания опорно-двигательного аппарата

52. К ОСНОВНЫМ МЕХАНИЗМАМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ХОБЛ ОТНОСЯТ:

- А) гипоксемия
- Б) перегрузка правых камер сердца
- В) электролитный дисбаланс
- Г) медикаментозные механизмы (использование теофиллинов, сердечных гликозидов, β_2 -агонистов, нерациональные комбинации диуретиков)
- Д) анемия

53. К ОСНОВНЫМ МЕХАНИЗМАМ ПОРАЖЕНИЯ МИОКАРДА У БОЛЬНЫХ ХОБЛ ОТНОСЯТ:

- А) повышение вязкости крови
- Б) хроническое воспаление и гипоксия
- В) коронарную недостаточность
- Г) анемию

54. ПОКАЗАНИЯМИ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ОТДЕЛЕНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) хроническая рефрактерная сердечная недостаточность III-IV ФК NYHA
- Б) цирроз печени в стадии декомпенсации
- В) рассеянный склероз, вторично прогрессирующее течение
- Г) трофические нарушения с присоединением вторичной инфекции

55. К НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМ ФАКТОРАМ ВЕНОЗНЫХ ТРОМБОЗОВ И ТРОМБОЭМБОЛИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПАЛЛИАТИВНОГО ПРОФИЛЯ ОТНОСЯТСЯ:

- А) переломы нижних конечностей
- Б) госпитализация по поводу ХСН или ФП/ТП за последние 3 месяца
- В) пожилой возраст
- Г) тяжелая травма

56. К ОСНОВНЫМ СИМПТОМАМ ЛЕГОЧНОЙ ЭМБОЛИИ У МАЛОМОБИЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:

- А) перебои в работе сердца
- Б) обморок
- В) одышка
- Г) боль в грудной клетке постоянного характера, подобная боли при плеврите

57. К НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ЛЕГОЧНОЙ ЭМБОЛИИ ОТНОСЯТ:

- А) ателектаз или инфильтрат
- Б) все ответы верны
- В) «ампутация» артерии корня легкого

- Г) признаки клапанной эмфиземы одного или нескольких сегментов легкого
- Д) инфаркт легкого (затемнение)

58. К НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ЛЕГОЧНОЙ ЭМБОЛИИ ОТНОСЯТ:

- А) остро возникшую блокаду правой ножки пучка Гиса
- Б) отклонение электрической оси сердца вправо
- В) ось сердца S_1 , Q_{II-III}
- Г) остро возникшая блокада левой ножки пучка Гиса

59. ПРОЛЕЖНИ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ:

- А) нарушение анатомической целостности покровных или внутренних тканей на всю их толщину, а иногда также и внутренних органов, вызванное механическим воздействием
- Б) дистрофические, язвенно-некротические изменения кожи, подкожной клетчатки и других мягких тканей, развивающиеся вследствие их длительного сдавления, сдвига или трения из-за нарушения местного кровообращения и нервной трофики

60. К ВНУТРЕННИМ НЕОБРАТИМЫМ ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ ОТНОСИТСЯ:

- А) гипотензия
- Б) недержание мочи и кала
- В) спутанное сознание
- Г) старческий возраст

61. К ОСНОВНЫМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМ МЕРОПРИЯТИЯМ РАЗВИТИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ ОТНОСИТСЯ:

- А) уменьшение давления на мягкие ткани в области костных выступов*
- Б) поддержание гигиены и умеренной влажности кожи*
- В) предупреждение сдвига и трения тканей при перемещении больного*
- Г) обеспечение пациента полноценным питанием и достаточным питьем*
- Д) адекватное обезболивание

62. К ОСНОВНЫМ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ЗВЕНЬЯМ, ПРИВОДЯЩИМ К РАЗВИТИЮ ДЕФИЦИТА МАССЫ ТЕЛА У НЕИЗЛЕЧИМЫХ ПАЦИЕНТОВ ОТНОСИТСЯ:

- А) мощный выброс стрессовых гормонов – катехоламинов, обладающих выраженным катаболическим действием
- Б) усиление синтеза инсулина и развитие инсулинорезистентности
- В) развитие отрицательного белкового баланса, который проявляется отрицательным азотным балансом и потерей мышечной массы

63. ПОСЛЕДСТВИЯМИ НАРУШЕНИЯ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА ЯВЛЯЮТСЯ:

- А) снижение качества жизни
- Б) снижение реакции организма на лекарственную терапию
- В) развитие мышечной дисфункции
- Г) снижение выживаемости
- Д) гиперкальциемия

64. ЗАДАЧАМИ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ ЯВЛЯЮТСЯ:

- А) восстановление водно-электролитного баланса
- Б) возмещение потерь белка, связанных с глюконеогенезом и плазмопотерей
- В) возмещение повышенных энергозатрат и перевод метаболических процессов из катаболической в анаболическую фазу
- Г) коррекция содержания ионов кальция в крови

65. К ПРИНЦИПАМ КОНТРОЛЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ У ПАЦИЕНТОВ С ТЕРМИНАЛЬНОЙ ХСН ОТНОСЯТСЯ:

- А) оценка адекватности схемы лечения сердечной недостаточности
- Б) оценка спектра получаемых пациентом препаратов на предмет возможной кардиотоксичности и неблагоприятных лекарственных взаимодействий
- В) оценка выраженности всех симптомов с целью проведения их коррекции
- Г) ежедневная профилактика вторичных осложнений (гипостатическая пневмония, трофические нарушения)

Д) профилактика развития мышечной дисфункции

66. ПОМИМО СЛАБОСТИ И КАХЕКСИИ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ПРОБЛЕМАМИ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ И ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫМ ЦИРРОЗОМ ЯВЛЯЮТСЯ:

А) тошнота

Б) нарушения сознания

В) отеки

Г) боль

Д) геморрагические осложнения

67. К ГРУППЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, ОБЛАДАЮЩИХ НАИБОЛЬШЕЙ НЕФРОТОКСИЧНОСТЬЮ И ПРИВОДЯЩИХ К СНИЖЕНИЮ СКОРОСТИ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ, ОТНОСЯТСЯ:

А) ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента

Б) антагонисты кальция

В) нестероидные противовоспалительные препараты

Г) β -адреноблокаторы

68. ДИСФАГИЯ - ЭТО

А) отсутствие аппетита

Б) чувство преждевременного насыщения

В) чрезмерно усиленный аппетит

Г) повышенное потребление пищи

Д) нарушение глотания

69. МАЛЬАБСОРБЦИЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ

А) синдром, обусловленный усилением поступления желчи в кишечник

Б) синдром, обусловленный нарушением всасывания питательных веществ в тонком кишечнике

В) синдром, обусловленный усилением перистальтики кишечника

Г) синдром, обусловленный голоданием

Д) синдром, обусловленный нарушением эндокринной функции поджелудочной железы

70. АТОНИЧЕСКИЕ ЗАПОРЫ ВОЗНИКАЮТ ПРИ

А) дефиците клетчатки в пище

Б) спазмах кишечника

В) нарушении функции поджелудочной железы

Г) мальабсорбции

Д) голодании

71. МЕХАНИЧЕСКАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ВОЗНИКАЕТ

А) при спазме или параличе кишечной мускулатуры

Б) при тромбозе сосудов кишечной стенки

В) при парезах кишечной мускулатуры

Г) при опухолях и гельминтозах кишечника

Д) при параличе сосудов кишечной стенки

72. ПАТОГЕНЕЗ КИШЕЧНОЙ АУТОИНТОКСИКАЦИИ ОБУСЛОВЛЕН ТОКСИЧЕСКИМ ВЛИЯНИЕМ:

А) продуктов гниения белков и биогенных аминов (кадаверин, путресцин)

Б) непрямого билирубина

В) кетоновых тел

Г) желчных кислот

Д) прямого билирубина

73. К ПРОЯВЛЕНИЯМ СИНДРОМА МАЛЬАБСОРБЦИИ ОТНОСИТСЯ:

А) метеоризм

Б) понос

В) запор

Г) уменьшение массы тела

Д) гипопропротеинемия*

74. ОПРЕДЕЛИТЕ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ СТАДИЙ НАРУШЕНИЯ ДИУРЕЗА ПРИ

ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ:

- А) полиурия — никтурия — олиго-, анурия
- Б) олиго — анурия — никтурия — полиурия
- В) скрытая — полиурия — олиго-, анурия
- Г) полиурия — скрытая — олиго-, анурии
- Д) скрытая — изостенурия — олиго-, -анурии

75. ТЕРМИНАЛЬНАЯ (III) СТАДИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- А) полиурией
- Б) уремией
- В) гиперстенурией
- Г) гиперфльтрацией в клубочках
- Д) гиперсекрецией к эпителии почечных канальцев

76. ЭФФЕКТИВНОЕ СНИЖЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ В КРОВИ ТОКСИЧЕСКИХ ПРОДУКТОВ ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ДОСТИГАЕТСЯ:

- А) переливанием крови
- Б) инфузией больших количеств гипертонических растворов
- В) почечным гемодиализом
- Г) форсированным диурезом
- Д) антибактериальной терапией

77. К ФАКТОРАМ, СПОСОБСТВУЮЩИМ РАЗВИТИЮ АНУРИИ, ОТНОСИТСЯ:

- А) тяжелая психическая травма
- Б) интенсивная хроническая боль
- В) выраженная билирубинемия
- Г) закупорка, перегиб или сдавление мочеточников
- Д) снижение системного артериального давления ниже 55 мм.рт.ст.

78. ВОЗМОЖНОЙ ПРИЧИНОЙ ВТОРИЧНОЙ ЛИМФЭДЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) рожистое воспаление
- Б) низкое онкотическое давление плазмы крови
- В) злокачественные опухоли с метастазами в лимфатические узлы
- Г) отмена приема мочегонных
- Д) хирургические операции, связанные с удалением лимфатических узлов

79. ТОШНОТА И РВОТА РЕЖЕ ВОЗНИКАЮТ ПРИ:

- А) раке желудка
- Б) ХОБЛ
- В) сахарном диабете (кетоацидоз, тиреотоксикоз)
- Г) опухолях и травмах головного мозга, повышенном внутричерепном давлении
- Д) психогенных реакциях (страх и тревога, истерика)

80. ДЛЯ ДЕЗОДОРАЦИИ РАНЫ ПРИ АНАЭРОБНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИМЕНЯЮТ:

- А) увлажняющие рану аэрозоли
- Б) подсушивающие рану препараты
- В) метронидазол внутрь
- Г) промывание раны перекисью водорода
- Д) припудривание тальком

81. ВЫБОР ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКОМУ ПАЦЕНТУ ЗАВИСИТ ОТ:

- А) локализации опухоли
- Б) возраста пациента
- В) возраста пациента и распространения опухолевого процесса
- Г) стадии опухолевого процесса и жизненного прогноза

82. ПРИ ОДЫШКЕ, ВЫЗВАННОЙ КАНЦЕРОМАТОЗОМ ЛЕГКИХ, ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ:

- А) кортикостероиды

- Б) опиоиды
- В) бензодиазепины
- Г) кислородотерапию

83. ДИСФАГИЯ У ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПАЦИЕНТА МОЖЕТ БЫТЬ ОБУСЛОВЛЕНА:

- А) грибковой инфекцией
- Б) опухолью пищевода
- В) опухолью шеи или средостения
- Г) кишечной непроходимостью

84. ПРИ ПЕРЕПОЛНЕНИИ КИШЕЧНИКА КАЛОВЫМИ МАССАМИ ЧАЩЕ ВОЗНИКАЕТ:

- А) запор
- Б) диарея
- В) боль в животе
- Г) одышка

85. ПРИЧИНОЙ ОДЫШКИ У НЕИЗЛЕЧИМОГО БОЛЬНОГО МОЖЕТ БЫТЬ:

- А) анемия
- Б) почечная недостаточность
- В) прием морфина
- Г) анорексия

86. ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ:

- А) наличием капсулы
- Б) инфильтративным ростом в окружающие органы и ткани
- В) снижением силы сцепления клеток
- Г) оттеснением окружающих тканей

87. ПРИЧИНОЙ КАШЛЯ У ОНКОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО МОЖЕТ БЫТЬ:

- А) опухоль средостения
- Б) кахексия
- В) прием кортикостероидов
- Г) хронический бронхит

88. ДИСПЕПСИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ВЫЗВАНА:

- А) метастатическим поражением костей скелета
- Б) почечной недостаточностью
- В) приемом НПВП
- Г) приемом транквилизаторов

89. ПРИ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НА ФОНЕ КАНЦЕРОМАТОЗА БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И/ЛИ МАССИВНОГО БЫСТРО ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ПОСЛЕ ЛАПАРОЦЕНТЕЗА АСЦИТА БОЛЬНОМУ ПОКАЗАНО:

- А) срочное хирургическое вмешательство
- Б) тактика лечения зависит от общего состояния
- В) парентеральное питание и инфузионная терапия
- Г) только симптоматическая терапия

90. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЙ СИМПТОМ ПРИ КОМПРЕССИИ СПИННОГО МОЗГА:

- А) нарушение сна
- Б) боль
- В) потеря аппетита
- Г) тошнота и рвота

91. ПРИ КОМПРЕССИИ СПИННОГО МОЗГА ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ:

- А) НПВП
- Б) опиоидные анальгетики
- В) бисфосфонаты
- Г) кортикостероиды

92. ПРИЧИНОЙ КОЖНОГО ЗУДА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ МОЖЕТ БЫТЬ:

- А) гиперкальциемия
- Б) почечная недостаточность
- В) паранеопластический синдром

- Г) кахексия
- Д) анемия

93. КРОВОХАРКАНИЕ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ ЖЕЛУДОЧНОГО ИЛИ НОСОГЛОТОЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ:

- А) предшествующим или сопутствующим кашлем, при этом кровь яркая, пенная, часто с примесью мокроты
- Б) наличием рвотных движений, более темным или коричневым цветом крови, иногда с примесью пищи
- В) ярким цветом крови, причина кровотечения часто обнаруживается при исследовании полости рта и носоглотки

94. ОБСУЖДЕНИЕ С ПАЦИЕНТОМ ДИАГНОЗА И ПРОГНОЗА ЗАБОЛЕВАНИЯ ЗАВИСИТ ОТ ЖЕЛАНИЯ:

- А) семьи больного
- Б) пациента
- В) врача
- Г) проводится в любом случае

95. ЧАЩЕ ВСЕГО МОЖНО УСЛЫШАТЬ ОТ НЕИЗЛЕЧИМОГО ПАЦИЕНТА УТВЕРЖДЕНИЕ: «МНЕ СТАЛО ПЛОХО ИЗ-ЗА ОШИБКИ ВРАЧА, КОТОРЫЙ НЕ ИЗМЕРИЛ У МЕНЯ ДАВЛЕНИЕ КРОВИ ВО ВРЕМЯ ПОСЛЕДНЕГО ВИЗИТА» НА ЭТАПЕ:

- А) отрицание
- Б) гнев
- В) торг
- Г) депрессия
- Д) принятие

96. ЦЕЛЬЮ ДУХОВНОЙ ПОДДЕРЖКИ НЕИЗЛЕЧИМО БОЛЬНЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) усиление глубокого личного взаимодействия между пациентом, семьей и медицинскими работниками
- Б) вселение надежды на выздоровление
- В) отвлечение от прогрессирующего ухудшения состояния

97. МОМЕНТОМ СМЕРТИ ЧЕЛОВЕКА ЯВЛЯЕТСЯ:

- А) остановка кровообращения
- Б) остановка дыхания
- В) смерть мозга
- Г) биологическая смерть

98. РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПАЦИЕНТАМ НЕ ПРОВОДЯТСЯ:

- А) при остановке кровообращения и/или дыхания
- Б) при наличии признаков биологической смерти
- В) при клинической смерти на фоне прогрессирования заболевания у неизлечимого пациента

99. ВСТАВЬТЕ ПРОПУЩЕННЫЕ СЛОВА:

В Российской Федерации эвтаназия _____, в рамках закона эта процедура
«запрещена»
рассматривается как _____.
«убийство»

100. УСТАНОВИТЕ СООТВЕТСТВИЕ:

1. Активная эвтаназия	<u>А</u> . Намеренное прекращение поддерживающей терапии неизлечимого пациента.
2. Пассивная эвтаназия	<u>Б</u> . Введение неизлечимому пациенту лекарственных средств либо другие действия, которые влекут за собой быструю смерть.