

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
"Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

Паллиативная медицинская помощь взрослому населению и детям

Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации

по специальности

34.03.01 Сестринское дело (очная форма обучения)

Красноярск

2022

Составители:

Паллиативная медицинская помощь взрослому населению и детям : фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации по специальности 34.03.01 Сестринское дело (очная форма обучения). / сост. . - Красноярск : тип. КрасГМУ, 2022. - 16 с.

Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации является неотъемлемой частью учебно-методического комплекса дисциплины ОПОП ВО. Составлен в соответствии с ФГОС ВО 2017 по специальности 34.03.01 Сестринское дело, рабочей программой дисциплины (2022 г.) и СТО СМК 7.5.03/1-21. Выпуск 3.

Рекомендован к изданию по решению ЦКМС (Протокол № 10 от 26 мая 2022 г.)

© ФГБОУ ВО КрасГМУ
им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого
Минздрава России, 2022

Коды компетенций, проверяемых с помощью оценочных средств:
ОПК-4.1, ОПК-5.1, ПК-3.1, ПК-7.1, ПК-15.1, ОПК-1.1.

Вопросы

Критерии оценки для оценочного средства: Вопросы

Показатель оценки результатов обучения	Уровень сформированности компетенции	Шкала оценивания
Обучающийся показывает всесторонние и глубокие знания программного материала, знание основной и дополнительной литературы; последовательно и четко отвечает на вопросы и дополнительные вопросы; уверенно ориентируется в проблемных ситуациях; демонстрирует способность применять теоретические знания для анализа практических ситуаций, делать правильные выводы, проявляет творческие способности в понимании, изложении и использовании программного материала; подтверждает полное освоение компетенций, предусмотренных программой	Повышенный	5 - "отлично"
Обучающийся показывает полное знание программного материала, основной и дополнительной литературы; дает полные ответы на теоретические вопросы и дополнительные вопросы, допуская некоторые неточности; правильно применяет теоретические положения к оценке практических ситуаций; демонстрирует хороший уровень освоения материала и в целом подтверждает освоение компетенций, предусмотренных программой	Базовый	4 - "хорошо"
Обучающийся показывает знание основного материала в объеме, необходимом для предстоящей профессиональной деятельности; при ответе на вопросы и дополнительные вопросы не допускает грубых ошибок, но испытывает затруднения в последовательности их изложения; не в полной мере демонстрирует способность применять теоретические знания для анализа практических ситуаций, подтверждает освоение компетенций, предусмотренных программой на минимально допустимом уровне	Пороговый	3 - "удовлетворительно"
Обучающийся имеет существенные пробелы в знаниях основного учебного материала по дисциплине; не способен аргументированно и последовательно его излагать, допускает грубые ошибки в ответах, неправильно отвечает на дополнительные вопросы или затрудняется с ответом; не подтверждает освоение компетенций, предусмотренных программой - Оценка «2» (неудовлетворительно)	-/-	2 - "неудовлетворительно"

1. Парентеральное питание: показания, противопоказания, режимы.

ПК-3.1 , ПК-7.1 , ПК-15.1 , ОПК-4.1 , ОПК-5.1

2. Препараты для парентерального питания

ПК-3.1 , ПК-7.1 , ПК-15.1 , ОПК-4.1 , ОПК-5.1

3. Особенности нутритивной поддержки при опухолевом поражении ЖКТ

ПК-3.1 , ПК-7.1 , ПК-15.1 , ОПК-4.1 , ОПК-5.1

1. Доказанные эффекты нутритивной поддержки

ПК-3.1 , ПК-7.1 , ПК-15.1 , ОПК-4.1 , ОПК-5.1

2. Эметогенный потенциал системных противоопухолевых препаратов

ПК-3.1 , ПК-7.1 , ПК-15.1 , ОПК-1.1

3. Причины хронического болевого синдрома у онкологических больных

ПК-3.1 , ПК-7.1 , ПК-15.1 , ОПК-1.1

4. Методы оценки нутритивной недостаточности.

ПК-3.1 , ПК-7.1 , ПК-15.1 , ОПК-4.1 , ОПК-5.1

5. Энтеральное питание: показания, противопоказания, способы

ПК-3.1 , ПК-7.1 , ПК-15.1 , ОПК-4.1 , ОПК-5.1

1. Основные принципы терапии хронического болевого синдрома у онкологических больных

1) ступенчатый подбор анальгетиков; • индивидуальный подбор доз анальгетиков «по нарастающей»; • прием «по часам», а не «по требованию больного»; • активное применение адъювантов; • широкое назначение неинвазивных форм лекарственных препаратов.

ПК-3.1 , ОПК-4.1 , ОПК-5.1

2. Типы тошноты и рвоты на фоне применения цитостатиков.

1) По срокам и механизму развития выделяют 3 основных типа тошноты и рвоты, вызванной цитостатиками: острую, отсроченную и условно-рефлекторную (anticipatory - переводят также как «предшествующую», «преждевременную», «рвоту ожидания»), дополнительно выделяют неконтролируемую (breakthrough - «прорывную») и рефрактерную. Острая рвота развивается в первые 24 ч после химиотерапии, отличается высокой интенсивностью, редко сопровождается тошнотой. Отсроченная рвота развивается на 2-е-5-е сутки после начала химиотерапии, менее интенсивна, чем острая, и, как правило, сопровождается постоянной тошнотой. Механизмы развития остаются неясными. Ведущая роль отводится субстанции P, серотонин имеет меньшее значение. Условно-рефлекторная рвота представляет собой классический условный рефлекс на химиотерапию и / или сопутствующие ей манипуляции и окружающую обстановку. Формируется в тех случаях, когда противоопухолевая терапия сопровождается тошнотой и рвотой. Риск ее развития увеличивается пропорционально числу проведенных курсов и может сохраняться в течение длительного времени после окончания химиотерапии. Ведущую роль в формировании условного рефлекса играет многодневная умеренная или тяжелая тошнота. Лучшим методом профилактики условно-рефлекторной тошноты и рвоты является адекватная антиэметическая защита пациента уже с первого курса химиотерапии. Неконтролируемая (breakthrough -

«прорывная») тошнота и рвота развивается на фоне адекватной антиэметической профилактики и требует дополнительной коррекции. Рефрактерная рвота возникает на последующих циклах химиотерапии при неэффективности противорвотной профилактики и / или препаратов резерва на предыдущих курсах лечения.

ПК-3.1 , ПК-7.1 , ОПК-4.1 , ОПК-5.1

3. Основные и дополнительные критерии степени недостаточности питания

1) Для диагностики степени недостаточности питания предложено много критериев, из которых наиболее Распространенными являются: • произвольная потеря массы тела; • адекватность приема пищи за последний период; • индекс массы тела; • тяжесть заболевания. Однако для пациентов, получающих противоопухолевую терапию, учитываются дополнительные факторы: • рост, вес и темпы потери массы тела; • расположение первичной опухоли и метастазов; • общее состояние; • наличие отеков; • физическая активность; • характер проводимого лечения и его осложнения; • влияние опухоли на функцию органов пищеварения; • режим питания и аппетит; • лабораторные показатели.

ПК-3.1 , ПК-7.1 , ПК-15.1 , ОПК-1.1

Практические навыки

Критерии оценки для оценочного средства: Практические навыки

Показатель оценки результатов обучения	Уровень сформированности компетенции	Шкала оценивания
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу выполненных параметров 100% -90%	Повышенный	5 - "отлично"
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу выполненных параметров 89% -80%	Базовый	4 - "хорошо"
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу выполненных параметров 79% -70%	Пороговый	3 - "удовлетворительно"
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу выполненных параметров - менее 70%	-/-	2 - "неудовлетворительно"

1. Профилактика пролежней

1) 1. Надеть перчатки 2. Информировать пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения. 3. Вымойте руки. 4. Наденьте перчатки и фартук. 5. Осмотрите кожу пациента в местах возможного образования пролежней. 6. Обмойте эти участки кожи теплой водой и по мере необходимости. 7. Протрите их ватным тампоном, смоченным 10 % раствором камфорного спирта или 0,5 % раствором нашатырного спирта или 1%-2% спиртовым раствором танина. 8. Протирая кожу, этим же тампоном делайте легкий массаж. 9. Используйте подушки, наполненные поролоном или губкой, для уменьшения давления на кожу в местах соприкосновения пациента с кроватью (или под крестец и копчик подкладывайте резиновый круг, помещенный в чехол, а под пятки, локти, затылок - ватно-марлевые круги) или используйте противопролежневый матрас. 10. Снимите перчатки и фартук, обработайте их в соответствии с

требованиями санэпидрежима. 11.Вымойте руки.

ПК-7.1 , ОПК-5.1

2. Определение группы крови по системе АВО

1) 1. Надеть перчатки 2. Оценить температуру и освещенность в процедурном кабинете Приготовить оснащение для определения групп крови цоликлонами: 3. Планшет 4. Шприц для забора крови 5. Стеклянные палочки 6. Кровь в вакутейнерах 7. Направление в лабораторию 8. Цоликлоны анти-А (красного цвета) и анти-В (синего цвета) Техника определения группы крови: 9. Подписать планшет (ФИО больного, дата определения) 10. Нанести на планшет цоликлон анти-А и анти-В согласно подписанным лункам 11. Забрать из вакутейнера кровь шприцом 12. Рядом с каплями цоликлонов нанести в 10 раз меньшую каплю исследуемой крови 13. Смешать стеклянными палочками цоликлоны и кровь 14. Наблюдать за реакцией в течение 30 секунд, слегка покачивая планшет Прочитать реакцию: 15. I группа крови - агглютинации нет 16. II группа крови - агглютинация произошла с цоликлоном анти-А 17. III группа крови - агглютинация произошла с цоликлоном анти-В 18. IV группа крови - агглютинация произошла с цоликлонами анти-А и анти-В 19. Для исключения ложной агглютинации добавить физ.раствор 20. Заполнить направление в лабораторию

ОПК-4.1

3. Уход за назогастральным зондом

1) Представился пациенту, объяснил цели и ход предстоящей процедуры, уточнил, испытывает ли он какой-либо дискомфорт от зонда (если пациент в сознании). Получил согласие. Обработал руки гигиеническим способом. Осмотрел место введения зонда на предмет признаков раздражения или давления. Надел перчатки. Проверил месторасположение зонда: попросил пациента открыть рот, чтобы увидеть зонд. Подсоединил шприц с 10-20 куб. см (10 куб. см для детей) воздуха к назогастральному зонду и ввел воздух, одновременно выслушивая звуки в животе при помощи стетоскопа (должны быть слышны булькающие звуки). Очистил ноздри увлажненными физиологическим раствором марлевыми салфетками. Нанес вазелин на область введения зонда. Каждые 4 часа выполнять уход за полостью рта: увлажнять полость рта и губы. Каждые 3 часа (по назначению врача) промывать зонд 20-30 мл физиологического раствора. Для этого подсоединить шприц, наполненный физиологическим раствором, к зонду, медленно и аккуратно ввести жидкость в зонд; аккуратно провести аспирацию жидкости, обратить внимание на ее внешний вид и вылить в лоток. Повторить промывание и аспирацию. Снять пластырь и наклеить заново, если он отклеился или сильно загрязнен Сбросить использованные материалы в емкость для дезинфекции или пакет для утилизации в соответствии с классом отходов. Снять перчатки, поместить их в контейнер для дезинфекции. Вымыть руки. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации

ПК-3.1 , ПК-7.1 , ОПК-4.1

4. Наложение калоприемника

1) 1. Объяснил пациенту цель и ход предстоящей процедуры 2. Проверил положение больного (лежа на спине, живот полностью освобожден от одежды) 3. Приготовил необходимое оснащение (калоприемник, ножницы, стомагизив, шпатель, раствор 70% спирта, стерильные салфетки, зажим или пинцет) 4. Надел перчатки 5. Осмотрел живот, уточнил расположения стомы (правое или левое подреберье, правая или левая подвздошная области), уточнил наличие препятствующих или мешающих наложению калоприемника компонентов (повязка на послеоперационной ране, наличие дренажей) 6. Очистил кожный покров от загрязнений и фрагментов клеящей поверхности удаленной пластины салфеткой смоченной раствором 700

спирта, высушил сухой стерильной салфеткой 7. Осмотрел стому и перистомальную области, определил наличие патологических изменений (рубцовые стриктуры, изъязвления, наличие новообразований, гиперемия и инфильтрация тканей вокруг стомы, наличие перистомального дерматита, втяжения кожи) (ОЗВУЧИЛ) 8. Оценил форму стомы (круглая или эллипсовидная), измерил ее размер с помощью шаблона 9. Вырезал в клеящей пластине калоприемника (комбигизив) отверстие под стому в соответствии с установленными формой и размером 10. Наложил на границе кожи и слизистой стомы герметизирующую пасту (стомагизив) 11. Убедился, что подготовленное отверстие точно соответствует форме и размеру стомы. Удалил защитный слой с клеящей пластины и аккуратно приложил пластину к коже, расположив стому в подготовленном отверстии и плотно прижал от стомы к краям. Удалил защитный слой, расправил и приклеил к коже защитную тканевую юбку клеящей пластины. Положение калоприемника выбрал в зависимости от активности больного (у лежачих больных емкость мешка должна быть расположена сбоку, у ходячих – внизу) 12. Закрыв дренажное отверстие калоприемника с помощью герметизирующего устройства 13. Снял и утилизировал перчатки как медицинские отходы «Класс Б»

ПК-7.1 , ОПК-4.1

5. Уход за назогастральным зондом

1) Представился пациенту, объяснил цели и ход предстоящей процедуры, уточнил, испытывает ли он какой-либо дискомфорт от зонда (если пациент в сознании). Получил согласие. Обработал руки гигиеническим способом. Осмотрел место введения зонда на предмет признаков раздражения или давления. Надел перчатки. Проверил месторасположение зонда: попросил пациента открыть рот, чтобы увидеть зонд. Подсоединил шприц с 10-20 куб. см (10 куб. см для детей) воздуха к назогастральному зонду и ввел воздух, одновременно выслушивая звуки в животе при помощи стетоскопа (должны быть слышны булькающие звуки). Очистил ноздри увлажненными физиологическим раствором марлевыми салфетками. Нанес вазелин на область введения зонда. Каждые 4 часа выполнять уход за полостью рта: увлажнять полость рта и губы. Каждые 3 часа (по назначению врача) промывать зонд 20-30 мл физиологического раствора. Для этого подсоединить шприц, наполненный физиологическим раствором, к зонду, медленно и аккуратно ввести жидкость в зонд; аккуратно провести аспирацию жидкости, обратить внимание на ее внешний вид и вылить в лоток. Повторить промывание и аспирацию. Снять пластырь и наклеить заново, если он отклеился или сильно загрязнен Сбросить использованные материалы в емкость для дезинфекции или пакет для утилизации в соответствии с классом отходов. Снять перчатки, поместить их в контейнер для дезинфекции. Вымыть руки. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации

ПК-3.1 , ПК-7.1 , ОПК-4.1

6. Профилактика пролежней

1) 1. Надеть перчатки 2. Информировать пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения. 3. Вымойте руки. 4. Наденьте перчатки и фартук. 5. Осмотрите кожу пациента в местах возможного образования пролежней. 6. Обмойте эти участки кожи теплой водой и по мере необходимости. 7. Протрите их ватным тампоном, смоченным 10 % раствором камфорного спирта или 0,5 % раствором нашатырного спирта или 1%-2% спиртовым раствором танина. 8. Протирая кожу, этим же тампоном делайте легкий массаж. 9. Используйте подушки, наполненные поролоном или губкой, для уменьшения давления на кожу в местах соприкосновения пациента с кроватью (или под крестец и копчик подкладывайте резиновый круг, помещенный в чехол, а под пятки, локти, затылок - ватно-марлевые круги) или используйте противопролежневый матрас. 10. Снимите перчатки и фартук, обработайте их в соответствии с требованиями санэпидрежима. 11. Вымойте руки.

7. Определение группы по системе АВО

1) 1. Надеть перчатки 2. Оценить температуру и освещенность в процедурном кабинете
 Приготовить оснащение для определения групп крови цоликлонами: 3. Планшет 4. Шприц для забора крови 5. Стеклянные палочки 6. Кровь в вакутейнерах 7. Направление в лабораторию 8. Цоликлоны анти-А (красного цвета) и анти-В (синего цвета) Техника определения группы крови: 9. Подписать планшет (ФИО больного, дата определения) 10. Нанести на планшет цоликлон анти-А и анти-В согласно подписанным лункам 11. Забрать из вакутейнера кровь шприцом 12. Рядом с каплями цоликлонов нанести в 10 раз меньшую каплю исследуемой крови 13. Смешать стеклянными палочками цоликлоны и кровь 14. Наблюдать за реакцией в течение 30 секунд, слегка покачивая планшет Прочитать реакцию: 15. I группа крови - агглютинации нет 16. II группа крови - агглютинация произошла с цоликлоном анти-А 17. III группа крови - агглютинация произошла с цоликлоном анти-В 18. IV группа крови - агглютинация произошла с цоликлонами анти-А и анти-В 19. Для исключения ложной агглютинации добавить физ.раствор 20. Заполнить направление в лабораторию

№ п/п	Практические умения/Навыки	Компетенции
1	Умение собрать сестринский анамнез (провести сбор информации о пациенте)	ОПК-1.1
2	Навыками кормления тяжелобольных	ОПК-4.1
3	Применять методы диагностики хронического болевого синдрома и оценки эффективности обезболивания	ПК-3.1, ОПК-5.1
4	Способностью определять степень риска развития пролежней	ПК-7.1, ОПК-5.1
5	Постановкой и уходом за назогастральным зондом.	ПК-7.1, ПК-3.1, ОПК-4.1
6	Осуществлять лекарственную терапию по назначению врача у онкологических больных	ПК-3.1
7	Методикой определения группы крови	ОПК-4.1
8	Уходом за дренажами у онкологических больных	ПК-7.1, ОПК-4.1
9	Техникой ухода за коло-, цисто-, нефро-, гастро- и трахеостомами.	ПК-7.1, ОПК-4.1
10	Общаться с инкурабельными пациентами и их родственниками с применением этических норм и деонтологических аспектов	ОПК-1.1, ПК-7.1
11	Правилами обращения с трупом	ОПК-1.1
12	Использовать знания об основах реабилитации онкологических больных	ПК-15.1
13	Уходом за катетерами (венозными портами)	ПК-7.1, ОПК-4.1
14	Уходом за полостью рта.	ПК-7.1, ОПК-4.1
15	Навыками оценки выраженности боли	ОПК-5.1
16	Навыками оценки общего состояния онкологического пациента (шкала ECOG, индекс Карновского)	ОПК-5.1
17	Определить ИМТ (индекс массы тела)	ОПК-5.1
18	Уходом за больными с осложнениями после лучевой терапии (желудочно-кишечные, кожные)	ПК-15.1, ПК-7.1, ПК-3.1, ОПК-4.1

19	Уходом за больными с нежелательными явлениями после системной лекарственной терапии (желудочно-кишечные, слизистой оболочки полости рта, алопеция, утомляемость)	ПК-15.1, ПК-7.1, ПК-3.1, ОПК-4.1
20	Уходом за ранами и свищами	ПК-7.1, ПК-3.1, ОПК-4.1

Ситуационные задачи

Критерии оценки для оценочного средства: Ситуационные задачи

Показатель оценки результатов обучения	Уровень сформированности компетенции	Шкала оценивания
<p>Полно раскрыто содержание материала; материал изложен грамотно, в определенной логической последовательности; продемонстрировано системное и глубокое знание программного материала; точно используется терминология; показано умение иллюстрировать теоретические положения конкретными примерами, применять их в новой ситуации; продемонстрировано усвоение ранее изученных сопутствующих вопросов, сформированность и устойчивость компетенций, умений и навыков; продемонстрирована способность творчески применять знание теории к решению профессиональных задач; продемонстрировано знание современной учебной и научной литературы</p>	Повышенный	5 - "отлично"
<p>Вопросы излагаются систематизированно и последовательно; продемонстрировано умение анализировать материал, однако не все выводы носят аргументированный и доказательный характер; продемонстрировано усвоение основной литературы; в изложении допущены небольшие пробелы, не исказившие содержание; допущены один - два недочета при освещении основного содержания, исправленные по замечанию преподавателя</p>	Базовый	4 - "хорошо"
<p>Неполно или непоследовательно раскрыто содержание материала, но показано общее понимание вопроса и продемонстрированы умения, достаточные для дальнейшего усвоения материала; усвоены основные категории по рассматриваемому вопросу; имелись затруднения или допущены ошибки в определении понятий, использовании терминологии; при неполном знании теоретического материала выявлена недостаточная сформированность компетенций, умений и навыков, студент не может применить теорию в новой ситуации; продемонстрировано усвоение основной литературы</p>	Пороговый	3 - "удовлетворительно"
<p>Не раскрыто основное содержание учебного материала; обнаружено незнание или непонимание большей или наиболее важной части учебного материала; допущены ошибки в определении понятий, при использовании терминологии, которые не исправлены после нескольких наводящих вопросов; не сформированы компетенции, умения и навыки</p>	-/-	2 - "неудовлетворительно"

1. Ситуационная задача №1: Участковая медицинская сестра посещает на дому онкологического пациента с наложенной эпицистостомой. Пациент очень слаб, с постели не встает. Для профилактики развития гнойно-септического процесса рекомендовано ежедневное промывание мочевого пузыря по катетеру, введенному в стому.

- 1) Составьте план сестринского ухода.
- 2) Определите нарушенные потребности.
- 3) Какое осложнение профилактируется медицинским уходом.

Ответ 1: Осуществлять ежедневное промывание катетера антисептиком. Обрабатывать края

раны и окружающую область. Накладывать антисептические повязки. Создать функционирование герметичной асептической системы (катетер и контейнер мочесборника). Многократно в течении суток опорожнять мочесборник через отводной портал. Осуществлять проведение антибактериальной терапии по назначению врача. Определить уровень знаний родственников относительно процедуры промывания мочевого пузыря. Обучить выполнению процедуры.

Ответ 2: В выделительной функции, комфортного состояния, в безопасности.

Ответ 3: Инфицирование мочевого пузыря.

ПК-7.1 , ОПК-4.1 , ОПК-5.1

2. Ситуационная задача №2: Боль – субъективное явление, с трудом поддающееся объективной оценке. Тем не менее, правильная первичная и последующая динамическая диагностика, включающая анализ жалоб и оценку поведенческих характеристик, позволяет оценить состояние пациента и эффективность лечения.

1) Опишите способы элементарного диагностического тестирования, которые могут быть использованы для оценки интенсивности хронической боли.

2) Что такое «болевое поведение»?

3) Какое диагностическое значение имеет наличие «болевого поведения» у пациента?

4) Перечислите и опишите обязательные составляющие «болевого поведения» пациента с хронической болью.

Ответ 1: Визуально-аналоговые и вербально-оценочные шкалы (ВАШ, ШВО)

Ответ 2: «болевое поведение» – специфическое поведение субъекта (больного), позволяющее окружающим (врачу) заключить, что он испытывает боль.

Ответ 3: «болевое поведение» является основным проявлением психосоматической значимости боли, как фактора ухудшения качества жизни пациента

Ответ 4: снижение функционирования в результате вынужденного ограничения двигательной активности, сексуальной активности, профессиональной деятельности; - потребность в «соматических» манипуляциях (вмешательствах): применение медикаментов (анальгетики, адьюванты), лечебные блокады, облегчающая терапия; - болевые эквиваленты: лексика, выражение лица, гримасы, альгические позы, изменение походки.

ПК-3.1 , ПК-7.1 , ПК-15.1 , ОПК-1.1

3. Ситуационная задача №3: Несмотря на множество индивидуальных особенностей, существуют общие типы реагирования на известие о приближающейся смерти. Большинство исследователей фиксируют несколько основных психологических реакций больного, осматриваемые как фазы адаптации больного к экстремальной ситуации близкой смерти. Определите их по описанию.

1) Сознание больного наполнено картиной неотвратимой гибели, психическая боль этой стадии трудноописуема. Частые словесные определения - «все оборвалось», «сердце остановилось», «я заледенел», «информация ударила, как топор по голове: и т. д. Пациент зовет на помощь, требует срочно что-нибудь сделать, чтобы удержать жизнь, мечется, рыдает, проклинает всех и все...

2) У больного возникают спасительные мысли о врачебной ошибке, о возможности нахождения чудотворных лекарств или целителя. Нарушения сна со страхом уснуть и не проснуться, и страх

темноты и одиночества, явления во сне «покойников», ситуаций угрозы жизни.

3) Полученная информация признается и личность реагирует поиском причины и виноватых. Протест против судьбы, негодование на обстоятельства, ненависть к тем, кто, возможно, явился причиной болезни, — все это выплескивается наружу.

4) Больной вступает в переговоры за продление своей жизни, обещая, например, стать послушным пациентом или примерным верующим.

5) Чувства обиды и вины, раскаяния и прощения перемешиваются. В попытках оплакивать себя, составить завещание пациент ищет надежду на прощение и пытается что-то исправить. Больные не разрешают заглянуть в свой внутренний мир и отделяются от участливых вопросов обычным: «ничего».

Ответ 1: «шок»

Ответ 2: «отрицание»

Ответ 3: «агрессия»

Ответ 4: «торг»

Ответ 5: «депрессия»

ПК-7.1

4. Ситуационная задача №4: У больной Р, 70 лет с диагнозом рак молочной железы IV ст., множественными метастазами в легкие и лимфоузлы средостения отмечается прогрессирующее похудание – 10 кг за последние 3 мес, нарастающая слабость. ИМТ - 18,5, общий белок – 58 г/л.

1) Какое состояние развилось у пациентки?

2) Показатели, говорящие о наличии питательной недостаточности?

3) Основные принципы нутритивной поддержки?

4) Наиболее оптимальный способ нутритивной поддержки у данной пациентки?

5) Какова рекомендуемая суточная потребность в энергии и белке у данной пациентки?

Ответ 1: Синдром анорексии-кахексии

Ответ 2: Похудение более 5% массы тела, ИМТ менее 19, белок менее 60 г/л

Ответ 3: Своевременность, оптимальность, адекватность

Ответ 4: Энтеральное питание

Ответ 5: Белок 1-1,5 г на кг массы и 25-35 ккал на кг массы тела (при стационарном лечении 35-40 ккал/ кг)

ПК-3.1 , ПК-7.1 , ПК-15.1 , ОПК-4.1 , ОПК-5.1

5. Ситуационная задача №5: Больная К., 36 лет. Жалобы на боли в эпигастральной области, рвоту съеденной пищей, увеличение живота в объеме. Похудела за последние 2 месяца на 15 кг (с 78 кг до 63 кг на момент осмотра), ИМТ= 18кг/м² . В биохимическом крови: альбумины 28 г/л; общий белок 55 г/л. При ЭГДС и рентгеноконтрастном исследовании желудка и пищевода установлено наличие опухоли, инфильтрирующей слизистую желудка по большой и малой кривизне на всем протяжении от кардиального жома до привратника. Выполнена биопсия, гистологическое исследование: умереннодифференцированная аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: имеется свободная жидкость в брюшной полости, по брюшине определяются очаги

инфильтрации до 1 см в диаметре.

- 1) Диагноз
- 2) Какое состояние развилось у пациентки
- 3) Показатели, говорящие о наличии питательной недостаточности
- 4) Какова суточная потребность в энергии и белке у данной пациентки в случае стационарного лечения
- 5) Рассчитать индекс нарушения питания по BUZBY

Ответ 1: Рак желудка 4 ст. Канцероматоз брюшной полости. Асцит

Ответ 2: Синдром анорексии-кахексии

Ответ 3: Потеря массы тела, ИМТ= 18кг/м². Гипопротеинемия, гипоальбуминемия

Ответ 4: 20–25 ккал / кг массы тела

Ответ 5: ИНР = 1,519 × уровень альбумина (г/л) × m тела (кг) исходная / m тела (кг) в наст. момент. ИНР= 1,519 × 28 × (78/63) = 52.67(тяжелая степень недостаточности питания)

ПК-3.1 , ПК-7.1 , ПК-15.1 , ОПК-4.1 , ОПК-5.1

6. Ситуационная задача №6: Пациент Р., 76 лет. Обратился к терапевту по месту жительства с жалобами на прохождение твердой и полужидкой пищи около 2 мес, слабость. Похудел за 2 мес на 10 кг (с 72 кг до 62 кг на момент осмотра). Рост 179 см. При осмотре кожные покровы бледные, чистые, дряблые. АД 110/70 мм рт. ст. Пульс 80 в мин. Дыхание везикулярное, проводится по всем легочным полям. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптом 12 ребра отрицателен с обеих сторон. Мочится свободно, моча светлая. Стул 1 раз в 2 дня, оформленный.

- 1) Степень дисфагии?
- 2) Наиболее вероятная причина дисфагии?
- 3) Какой синдром осложнил течение заболевания?
- 4) Оцените недостаточность питания, какие дополнительные данные необходимы для этого
- 5) Наиболее оптимальный способ нутритивной поддержки?

Ответ 1: 3 степень (прохождение только жидкой пищи)

Ответ 2: Опухоль пищевода или кардиального отдела пищевода

Ответ 3: Анорексии-кахексии

Ответ 4: Индекс массы тела по Кетле $62 / 1,79 \times 1,79 = 19,35$ кг / м² (истощение отчетливое - до 20 кг / м²); для расчета ИНР по BUZBY необходимо определение уровня альбумина

Ответ 5: Сиппинг после установки пищевода стента, либо питание через гастростому

ПК-3.1 , ПК-7.1 , ПК-15.1 , ОПК-4.1 , ОПК-5.1

Тесты

Критерии оценки для оценочного средства: Тесты

Показатель оценки результатов обучения	Уровень сформированности компетенции	Шкала оценивания
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу тестовых заданий 100% -90%	Повышенный	5 - "отлично"
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу тестовых заданий 89% -80%	Базовый	4 - "хорошо"
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу тестовых заданий 79% -70%	Пороговый	3 - "удовлетворительно"
Показатель рассчитывается в процентном соотношении верных ответов к общему числу тестовых заданий - менее 70%	-/-	2 - "неудовлетворительно"

1. ОНКОЛОГИЧЕСКОМУ БОЛЬНОМУ ЧАСТО ТРЕБУЕТСЯ ПОМОЩЬ И МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ - ПО ИНДЕКСУ КАРНОВСКОГО СООТВЕТСТВУЕТ

- 1) 80%
- 2) 70%
- 3) 60%
- 4) 50%**
- 5) 40%

Правильный ответ: 4

ОПК-1.1 , ОПК-5.1

2. ИНДЕКС НАРУШЕНИЯ ПИТАНИЯ ПО ВUЗВУ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ

- 1) более 97,5
- 2) 93,5
- 3) 90,5
- 4) 87,5
- 5) менее 83,5**

Правильный ответ: 5

ПК-3.1 , ПК-7.1 , ПК-15.1 , ОПК-4.1 , ОПК-5.1

3. ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ БОЛЬНОЙ СПОСОБЕН ВЫПОЛНЯТЬ ЛЕГКУЮ И СИДЯЧУЮ РАБОТУ - ПО ШКАЛЕ ЕСОГ СООТВЕТСТВУЕТ

- 1) 0
- 2) 1**
- 3) 2
- 4) 3

5) 4

Правильный ответ: 2

ОПК-1.1 , ОПК-5.1

4. ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ РИГИДНОГО ЧЕЛОВЕКА У ОНКОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ

1) головного мозга

2) черепных нервов

3) спинного мозга

4) нейро-мышечных синапсов

5) периферических нервов

Правильный ответ: 3

ПК-3.1 , ПК-7.1 , ОПК-1.1

5. ДЛЯ СТАДИИ ПРЕКАХЕКСИИ СИНДРОМА АНОРЕКСИИ-КАХЕКСИИ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО ХАРАКТЕРНО

1) потеря массы тела менее 5% за последние 6 месяцев

2) потеря массы тела более 5% за последние 6 месяцев

3) продолжающаяся потеря массы тела более 2%

4) анорексия

5) потеря скелетной мускулатуры

Правильный ответ: 1

ОПК-5.1

6. УМЕРЕННЫЙ ЭМЕТОГЕННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ПРОТИВООПУХОЛЕВЫХ ПРЕПАРАТОВ

1) рвота у 90% больных и более

2) рвота у 30-90% больных

3) рвота у 20-30% больных

4) рвота у 10-20% больных

5) рвота у 10% больных и менее

Правильный ответ: 2

ПК-3.1 , ПК-7.1 , ПК-15.1 , ОПК-1.1

7. СИЛЬНАЯ ИНТЕНСИВНОСТЬ БОЛИ ПО ШКАЛЕ ВЕРБАЛЬНЫХ ОЦЕНОК У ОНКОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО СООТВЕТСТВУЕТ КОЛИЧЕСТВУ БАЛЛОВ

1) 0

2) 1

3) 2

4) 3

5) 4

Правильный ответ: 4

ПК-3.1 , ОПК-4.1 , ОПК-5.1

8. ИНДЕКС НАРУШЕНИЯ ПИТАНИЯ ПО ВУЗВУ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ СОСТАВЛЯЕТ:

1) более 97,5;

2) 93,5

3) 90,5

4) 87,5

5) менее 83,5

Правильный ответ: 5

ПК-3.1 , ПК-7.1 , ПК-15.1 , ОПК-1.1

9. НОРМАТИВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИНДЕКСА МАССЫ ТЕЛА ПО КЕТЛЕ

1) до 16,5

2) 16,5-18,5

3) 18,5-21,0

4) 21,0-25,0

5) 25,0-30,0

Правильный ответ: 4

ОПК-1.1 , ОПК-4.1 , ОПК-5.1

10. ПОКАЗАНИЯ К ПАРЕНТЕРАЛЬНОМУ ПИТАНИЮ

1) анурия / гипергидратация без диализа

2) сывороточный лактат > 3 ммоль / л

3) гипоксия рО₂ < 60 мм рт. ст.

4) ацидоз - рН < 7,2

5) невозможность проведения энтерального питания

Правильный ответ: 5

ОПК-5.1

11. ОПРОСНИКИ ДЛЯ СКРИНИНГА НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПИТАНИЯ

1) IPSS

2) MSKCC

3) NRS-2002

4) МИЭФ-5

5) EGOC

Правильный ответ: 3

ОПК-1.1

12. СПОСОБ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ

1) инфузия через порт

2) сиппинг

3) дриппинг

4) мувинг

5) миссинг

Правильный ответ: 2

ПК-3.1

13. ПОТРЕБНОСТИ В ЭНЕРГИИ ДЛЯ АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ESPEN

1) 5-10 ккал / кг массы тела

2) 15-20 ккал / кг массы тела

3) 20-25 ккал / кг массы тела

4) 25-30 ккал / кг массы тела

5) 30-35 ккал / кг массы тела

Правильный ответ: 5

ОПК-5.1

Рефераты

Критерии оценки для оценочного средства: Рефераты

Показатель оценки результатов обучения	Уровень сформированности компетенции	Шкала оценивания
--	--------------------------------------	------------------

<p>Выполнены все требования к написанию и защите реферата. Содержание реферата соответствует заявленной в названии тематике, реферат имеет чёткую композицию и структуру, в тексте отсутствуют логические нарушения в представлении материала, обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция. Сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём. Реферат представляет собой самостоятельное исследование, представлен качественный анализ найденного материала, отсутствуют факты плагиата. Корректно оформлены и в полном объёме представлены список использованной литературы и ссылки на использованную литературу в тексте реферата. Отсутствуют орфографические, пунктуационные, грамматические, лексические, стилистические и иные ошибки в авторском тексте. Соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы. Обучающийся подтверждает полное освоение компетенций, предусмотренных программой.</p>	<p>Повышенный</p>	<p>5 - "отлично"</p>
<p>Основные требования к реферату и его защите выполнены, но при этом допущены недочёты. Имеются неточности в изложении материала, отсутствует логическая последовательность в суждениях, не выдержан объём реферата. Содержание реферата соответствует заявленной в названии тематике, реферат оформлен в соответствии с общими требованиями написания реферата, но есть погрешности в техническом оформлении. Реферат представляет собой самостоятельное исследование, представлен качественный анализ найденного материала, отсутствуют факты плагиата. В полном объёме представлены список использованной литературы, но есть ошибки в оформлении, корректно оформлены и в полном объёме представлены ссылки на использованную литературу в тексте реферата. Отсутствуют орфографические, пунктуационные, грамматические, лексические, стилистические и иные ошибки в авторском тексте. На дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы. В целом обучающийся подтверждает освоение компетенций, предусмотренных программой.</p>	<p>Базовый</p>	<p>4 - "хорошо"</p>
<p>Имеются существенные отступления от требований к реферированию. Тема освещена лишь частично, допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы. во время защиты отсутствует вывод. Есть погрешности в техническом оформлении. Не в полном объёме представлен список использованной литературы, есть ошибки в оформлении, некорректно оформлены или не в полном объёме представлены ссылки на использованную литературу в тексте реферата. Есть единичные орфографические, пунктуационные, грамматические, лексические, стилистические и иные ошибки в авторском тексте, отсутствуют факты плагиата. Обучающийся подтверждает освоение компетенций, предусмотренных программой, на минимально допустимом уровне.</p>	<p>Пороговый</p>	<p>3 - "удовлетворительно"</p>
<p>Тема реферата не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы, в тексте реферата есть логические нарушения в представлении материала. Есть погрешности в техническом оформлении. Допущены грубые ошибки в ответах. Не в полном объёме представлен список использованной литературы, есть ошибки в оформлении, некорректно оформлены или не в полном объёме представлены ссылки на использованную литературу в тексте реферата. Есть частые орфографические, пунктуационные, грамматические, лексические, стилистические и иные ошибки в авторском тексте, присутствуют факты плагиата. Обучающийся не подтверждает освоение компетенций, предусмотренных программой.</p>	<p>-/-</p>	<p>2 - "неудовлетворительно"</p>

№ п/п	Темы рефератов	Компетенции
1	Организация медицинской помощи в России.	ПК-7.1, ПК-15.1
2	Паллиативная медицинская помощь: стратегия, цели и задачи.	ПК-7.1
3	Биоэтические аспекты паллиативной медицинской помощи	ПК-7.1
4	Психологические аспекты паллиативной медицинской помощи.	ПК-7.1
5	Основы терапии хронической боли	ПК-7.1, ПК-15.1
6	Страдание как эмоциональная реакция организма на боль.	ПК-7.1, ПК-15.1
7	Принципы питания онкологических больных.	ПК-7.1, ПК-15.1
8	Анальгетический и побочные эффекты опиоидов разных классов	ПК-7.1, ПК-15.1
9	Особенности коммуникаций с пациентами, страдающими заболеваниями, угрожающими их жизни, и членами его семьи.	ПК-7.1, ПК-15.1
10	Хосписный уход как неотъемлемая часть паллиативной медицинской помощи онкологическим больным.	ПК-7.1
11	Преимущества и этапность оказания паллиативной медицинской помощи в стационарных и амбулаторных условиях.	ПК-7.1
12	Принципы работы медицинской сестры при осуществлении ухода за онкологическим больным.	ПК-7.1, ПК-15.1
13	Правила обеспечения комфорта пациента на терминальной стадии болезни.	ПК-7.1, ПК-15.1
14	Особенности паллиативной медицинской помощи больным с рефрактерной дыхательной недостаточностью (задачи медицинской сестры)	ПК-7.1, ПК-15.1
15	Юридические аспекты работы с умирающими больными.	ПК-7.1
16	Экстренные состояния в паллиативной помощи.	ПК-7.1
17	Синдром эмоционального выгорания.	ПК-7.1