


Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Кузнецов Владимир Вячеславович
Должность: И.о. ректора
Дата подписания: 30.01.2026 16:43:41
Уникальный программный ключ:
89bc0900301c561c0dcc38a48f0e7de679484a4c

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

«УТВЕРЖДАЮ»

Директор института
 /Т.А. Шуматова/
«28» апреля 2025г

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Дисциплины Б1.В.ДЭ.01.02 Детская онкогематология

Специальность	31.08.19 Педиатрия
Уровень подготовки	ординатура
Направленность подготовки	02 Здравоохранение (в сфере педиатрии)
Форма обучения	очная
Срок освоения ООП	2 года
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 подготовки 31.08.19 Педиатрия, направленности в сфере профессиональной деятельности 02 Здравоохранение (в сфере педиатрии) универсальных (УК) компетенций, общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций

[https://tgmu.ru/sveden/files/vim/31.08.19 Pediatrica\(6\).pdf](https://tgmu.ru/sveden/files/vim/31.08.19_Pediatrica(6).pdf)

2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

2.1. Виды контроля и аттестации, формы оценочных средств

№ п/п	Виды контроля	Оценочные средства
		Форма
1	Текущий контроль	Тесты
		Чек-листы
		Миникейсы
2	Промежуточная аттестация	Вопросы для собеседования
		Тесты
		Чек-листы

3. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме:

оценочное средство 1 Тесты,

оценочное средство 2 Чек-листы

оценочное средство 3 Миникейсы

Оценочные средства для текущего контроля.

Оценочное средство 1

Тестовые задания

- Злокачественные новообразования среди причин детской смертности занимают место
 - первое
 - второе
 - третье
 - четвертое
 - К особенностям детской онкологии относятся
 - врожденный характер большинства опухолей
 - связь многих опухолей с пороками развития
 - подавляющее преобладание саркоматозных опухолей
 - зависимость возникновения опухолей от трансплацентарных воздействий
- + д) все перечисленное

3. Особенности диагностики в детской онкологии связаны
- а) с невозможностью в большинстве случаев получения анамнеза от самого пациента
 - б) с малым числом визуально обнаруживаемых опухолей
 - в) с множеством "масок", под которыми скрываются злокачественные опухоли у детей
 - г) с необходимостью применения почти во всех случаях анестезиологического пособия
 - + д) со всем перечисленным
4. Особенности лечения детей со злокачественными опухолями являются
- а) нарушение топографо-анатомических соотношений при многих опухолях у детей в связи с их врожденным характером
 - б) большие оперативные вмешательства у маленьких детей
 - в) высокая чувствительность большинства опухолей у детей к ионизирующему излучению и химиопрепаратам
 - г) повреждающее действие ионизирующего излучения на зоны роста и репродуктивную функцию
 - + д) все перечисленные
5. Первое место в структуре онкогематологии у детей занимает
- + а) лейкоз
 - б) лимфогранулематоз
 - в) лимфосаркома
6. Опухоли симпатической нервной системы у детей в структуре солидных опухолей составляют
- + а) до 10% всех новообразований
 - б) до 25% всех новообразований
 - в) до 50% всех новообразований
 - г) до 75% всех новообразований
7. Опухоли симпатической нервной системы у детей наиболее часто метастазируют
- а) в костный мозг
 - б) в печень
 - + в) в лимфатические узлы
 - г) в кости
 - д) в легкие
8. Лимфогранулематоз у детей
- а) одна из самых редких форм гемобластозов
 - + б) уступает по частоте только лимфобластным лейкозам
 - в) уступает по частоте острому лейкозу и лимфосаркоме
9. Лимфогранулематоз у детей характеризуется
- + а) быстрым течением с частой генерализацией
 - б) медленным течением
 - в) редко генерализованный
 - г) такой же темп течения, как и у взрослых
10. Наиболее часто лимфогранулематоз у детей встречается в возрасте
- а) до 3 лет

- б) от 3 до 6 лет
- в) от 6 до 8 лет
- + г) старше 10 лет

Шкала оценивания

«Отлично» - 91-100% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

«Хорошо» - 81-90% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

«Удовлетворительно» - 71-80% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

«Неудовлетворительно» - 70% и менее правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

Оценочное средство 2

Чек-листы

Название практического навыка: Аускультация легких

С	Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия		
К	Код и наименование компетенции: ПК 2 Готовность к раннему выявлению, проведению обследования и лечения детей и подростков с онкогематологическими заболеваниями		
Ф	Профессиональный стандарт Врач-педиатр		
ТД	Трудовые действия, предусмотренные функцией: Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза		
	Действие	Проведено	Не проведено
1.	Получить согласие пациента на проведение методики. Озвучить ход процедуры	1 балл	-1 балл
2.	Провести аускультацию легких спереди последовательно и озвучить аускультативную картину	1 балл	-1 балл
3.	Провести аускультацию легких по боковым поверхностям последовательно и озвучить аускультативную картину	1 балл	-1 балл
4.	Провести аускультацию легких по задней поверхности последовательно и озвучить аускультативную картину	1 балл	-1 балл
5.	Дать заключение.	1 балл	-1 балл
	Итого	5	-5

Общая оценка:

Название практического навыка: Методика пальпации лимфатических узлов

С	Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия		
К	Код и наименование компетенции: ПК 2 - Готовность к раннему выявлению, проведению обследования и лечения детей и подростков с онкогематологическими заболеваниями		
Ф	Профессиональный стандарт Врач-педиатр		
ТД	Трудовые действия, предусмотренные функцией: Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза		
	Действие	Проведено	Не проведено
1.	Представиться, получить согласие пациента на проведение манипуляции, объяснить ход манипуляции.	1 балл	-1 балл

2.	<p>Для клинического обследования могут быть доступны 13 основных групп лимфатических узлов: затылочные, заушные, подбородочные, подчелюстные, переднешейные, заднешейные, надключичные, подключичные, подмышечные, торакальные, локтевые, паховые, подколенные. Пальпацию осуществляют симметрично, прижимая лимфатические узлы к подлежащей более плотной ткани (мышцам, костям) нежными, поглаживающими (поперечными, продольными, круговыми) движениями II, III и IV пальцем рук</p>	1 балл	-1 балл
3.	<p>Методика пальпации основных групп периферических лимфатических узлов</p> <p>1. Затылочные - расположены по сторонам от затылочного бугра затылочной кости; собирают лимфу с кожи волосистой части головы и задней части шеи. При их пальпации лоб ребенка фиксируют большими пальцами, остальными пальцами ощупывают затылочный бугор.</p> <p>2. Заушные (сосцевидные) - расположены на сосцевидном отростке, собирают лимфу с теменной области, ушной раковины и наружного слухового прохода. Для их определения тщательно прощупывают область сосцевидного отростка.</p> <p>3. Подбородочные - собирают лимфу с кожи подбородка и нижней губы, десен, зубов, языка. Для их пальпации голову слегка наклоняют вперед и фиксируют левой рукой. Слегка согнутые пальцы правой руки располагают посередине подбородочной области так, чтобы кончики пальцев упирались в переднюю поверхность шеи. Затем, пальпируя по направлению к подбородку, пытаются прижать лимфатические узлы к краю нижней челюсти.</p> <p>4. Подчелюстные - собирают лимфу с кожи губ, подбородка, щек, носа, нижних век, слизистой оболочки носа, нёба, десен, а также с зубов, языка и слюнных желез, расположены в подчелюстной области. Для их пальпации голову ребенка несколько опускают, при наклоненной голове достигается максимальное расслабление диафрагмы, что способствует более точному результату.левой рукой врач фиксирует голову ребенка, пальцами правой пальпирует под</p> <p>10. Торакальные (грудные) - расположены под нижним краем большой грудной мышцы; собирают лимфу с кожи грудной клетки, париетальной плевры, отчасти легких и грудных желез. Пальпацию проводят по передней поверхности груди под нижним краем большой грудной мышцы. Для этого исследователь располагает руки по передней аксиллярной линии, а II, III и IV палец рук вводит под большую грудную мышцу и круговыми движениями продвигает к грудине.</p>	1 балл	-1 балла

	<p>11. Локтевые (кубитальные) - собирают лимфу с медиальной и центральной части предплечья, тканей III, IV, V пальца кистей рук. Для исследования локтевых лимфатических узлов необходимо одноименной рукой захватить кисть и предплечье пациента. Рука согнута в локтевом суставе под прямым углом. Указательным и средним пальцем другой руки продольными скользящими движениями прощупывают <i>sulcus bicipitalis medialis</i> на уровне локтя и нижних двух третей двуглавой мышцы плеча.</p> <p>12. Паховые - расположены под пупартовой связкой, где и пальпируются; собирают лимфу с нижних конечностей, нижней части живота, ягодицы, от половых органов, промежности и заднего прохода.</p> <p>13. Подколенные - расположены в подколенной ямке; собирают лимфу с задней поверхности и тканей голени, пяточной области. Для исследования лимфатических узлов ребенок ложится на живот, а пальпацию подколенной ямки проводят при согнутой в коленном суставе ноге под прямым углом. Старших детей пальпируют в положении стоя, расположив колено на кушетке или сиденье стула. Врач встает позади пациента и пальпирует подколенную ямку согнутой в коленном суставе конечности сначала одной, затем другой ноги.</p>		
4.	<p>Оценивать лимфатические узлы по определенным критериям:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Локализация: в норме могут пальпироваться шейные, подчелюстные, подмышечные и паховые лимфатические узлы (до 3 групп). Другие узлы пальпируются реже. • Количество: единичные (в каждой группе пальпируется 3 лимфатических узла и менее), множественные (более 3). У здоровых детей могут пальпироваться единичные узлы. • Размеры: оцениваются в миллиметрах или сантиметрах. Нормальной величиной является размер лимфатического узла до 0,5-1 см. При увеличении узлов оценивают поперечный и продольный размеры в сантиметрах. • Консистенция: у здоровых детей консистенция узлов эластическая (мягкоили плотноэластическая); при патологии может быть выявлено размягчение или уплотнение. • Подвижность: у здоровых детей узлы подвижные, при патологии - малоподвижные, неподвижные. • Болезненность или чувствительность: обычно лимфатические узлы при пальпации безболезненные. При патологии может определяться болезненность. • Отношение к другим тканям (спаянность с кожей и между собой); у здоровых детей лимфатические узлы не спаяны между собой и окружающими тканями. При патологии могут быть спаяны с кожей и между собой, тогда говорят о «пакетах» узлов. 	1 балл	-1 балла

	• Изменение кожи над лимфатическими узлами: в норме цвет и температура кожи над узлами не изменены. При патологии кожа над узлом может быть горячей на ощупь, гиперемирована.		
5.	Дать заключение.	1 балл	-1 балла
	Итого	5	-5

Общая оценка:

Название практического навыка: Методика перкуссии селезенки

С	Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия		
К	Код и наименование компетенции: ПК 2 - Готовность к раннему выявлению, проведению обследования и лечения детей и подростков с онкогематологическими заболеваниями		
Ф	Профессиональный стандарт Врач-педиатр		
ТД	Трудовые действия, предусмотренные функцией: Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза		
	Действие	Проведено	Не проведено
1.	Представиться, получить согласие пациента на проведение манипуляции.	1 балл	-1 балл
2.	Перкуссию селезенки проводят в положении больного на правом боку. Если больного осматривают на правом боку, то ему стоит немного наклонить голову вперед, а левую руку согнуть. В то же время левую ногу следует согнуть, а правую — вытянуть. Такое положение тела позволит добиться максимальной расслабленности пресса, немного сместить селезенку вперед. Для определения размера применяют тихую перкуссию, так как селезенка граничит с кишечником, дающим тимпанический перкуторный звук.	1 балл	-1 балла
3.	Перкуссию слабой силы ведут от края реберной дуги непосредственно по X ребру. На месте появления притупленного звука ставят точку по краю пальца, обращенного к тимпаническому звуку. Затем палец-плессиметр переносят на заднюю подмышечную линию и располагают его перпендикулярно к X ребру, проводят также тихую перкуссию. При появлении притупленного перкуторного звука ставят отметку по краю пальца, который обращен к ясному перкуторному звуку. Таким образом определяют длинник селезенки.	1 балл	-1 балла
4.	далее переходят к определению ее поперечника. Для этого длинник селезенки делят пополам, палец-плессиметр устанавливают параллельно X ребру, смещают его на два межреберья вверх и перкутируют по направлению к середине селезенки, отмечая границу по краю пальца, направленного в сторону ясного звука. По этой же вертикальной линии осуществляют перкуссию от края реберной дуги по направлению	1 балл	-1 балла

	вверх к середине селезенки. Также отмечают границу по краю пальца, направленного в сторону ясного звука (иначе мы нарушаем общее правило перкуссии: идти от звука ясного к звуку тупому).																	
5.	<p>Дать заключение. Назвать нормы размеров селезенки в зависимости от возраста.</p> <table border="1"> <tr> <th rowspan="2">Линия измерения</th><th colspan="3">Возраст</th></tr> <tr> <th>дошкольники</th><th>школьники</th><th>подростки</th></tr> <tr> <td>Длинник</td><td>3-4</td><td>5-7</td><td>6-8</td></tr> <tr> <td>Поперечник</td><td>2-3</td><td>3-5</td><td>4-6</td></tr> </table> <p>Перкуторные размеры селезенки, см.</p>	Линия измерения	Возраст			дошкольники	школьники	подростки	Длинник	3-4	5-7	6-8	Поперечник	2-3	3-5	4-6	1 балл	-1 балла
Линия измерения	Возраст																	
	дошкольники	школьники	подростки															
Длинник	3-4	5-7	6-8															
Поперечник	2-3	3-5	4-6															
	Итого	5	-5															

Общая оценка:

«Зачтено» не менее 80% выполнения

«Не зачтено» 79 и менее% выполнения

Оценочное средство 3

Миникейсы

Ситуационная задача 1

	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.19	Специальность Педиатрия
Ф	Б/01.8 Б/02.8 Б/03.8 Б/05.8 Б/06.8	<p>Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза</p> <p>Назначение и проведения лечения детям с заболеваниями и (или) состояниями контроль его эффективности и безопасности</p> <p>Проведение и контроль эффективности мероприятий медицинской реабилитации для детей с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов</p> <p>Проведение медицинских экспертиз</p> <p>Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала</p>
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		<p>Мать с мальчиком 5 лет на приеме у врача-педиатра участкового жалуется на слабость, головные боли, рвоту в утренние часы, асимметрию лица у ребёнка.</p> <p>Анамнез заболевания: 2 месяца назад перенес ОРВИ. После этого, со слов матери, появилась асимметрия лица, слабость. Лечение у врача-невролога эффекта не дало. Последние 3-4 дня ребёнка беспокоит головная боль с утра, рвота.</p> <p>При объективном осмотре: состояние тяжёлое, вялый. Кожные</p>

		<p>покровы бледноватые, на конечностях экхимозы. Пальпируются подчелюстные, шейные подмышечные, паховые лимфатические узлы размерами до 1,5 см в диаметре, подвижные, болезненные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичны, короткий систолический шум на верхушке, в точке Боткина. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 1,5 см выступает из-под края рёберной дуги, безболезненная, средней плотности. Селезёнка не пальпируется. Ригидность затылочных мышц. Симптом Кернига слабо положительный с обеих сторон.</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин – 62 г/л, эритроциты – $1,9 \times 10^{12}/л$, тромбоциты – единичные, лейкоциты – $208 \times 10^9/л$, бласты – 76%, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 4%, лимфоциты – 19%, СОЭ – 64 мм/ч.</p> <p>Миелограмма: костный мозг гиперплазирован, бласты – 96%, нейтрофильный росток – 3%, эритроидный росток – 1%, мегакарициты – не найдены.</p> <p>Цитохимическое исследование костного мозга: ШИК-реакция гранулярная в 95% бластов, реакция на миелопероксидазу и судан – отрицательная.</p> <p>Иммунологическое исследование костного мозга: выявлены маркеры зрелой Т-клетки.</p> <p>В ликворе: цитоз – 200/3, белок – 960 ммоль/л, Панди+++, бласты – 100%.</p>
В	1	Поставьте и обоснуйте диагноз
В	2	Тактика ведения пациента
В	3	Порядок выдачи листа нетрудоспособности в связи с госпитализацией
В	4	План диспансерного наблюдения
В	5	Порядок и условия признания данного ребенка инвалидом (категории, срок, документация)

Оценочный лист к ситуационной задаче по № 1

Ви д	Код	Текст компетенции / названия трудовой функции / названия трудового действия / текст элемента ситуационной задачи
С	31.08.19	Специальность Педиатрия
Ф	Б/01.8 Б/02.8 Б/03.8 Б/05.8 Б/06.8	<p>Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза</p> <p>Назначение и проведения лечения детям с заболеваниями и (или) состояниями контроль его эффективности и безопасности</p> <p>Проведение и контроль эффективности мероприятий медицинской реабилитации для детей с заболеваниями и (или) состояниями, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов</p> <p>Проведение медицинских экспертиз</p> <p>Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала</p>
И		ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ

		РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ
У		<p>Мать с мальчиком 5 лет на приёме у врача-педиатра участкового жалуется на слабость, головные боли, рвоту в утренние часы, асимметрию лица у ребёнка.</p> <p>Анамнез заболевания: 2 месяца назад перенес ОРВИ. После этого, со слов матери, появилась асимметрия лица, слабость. Лечение у врача-невролога эффекта не дало. Последние 3-4 дня ребёнка беспокоит головная боль с утра, рвота.</p> <p>При объективном осмотре: состояние тяжёлое, вялый. Кожные покровы бледноватые, на конечностях экхимозы. Пальпируются подчелюстные, шейные подмышечные, паховые лимфатические узлы размерами до 1,5 см в диаметре, подвижные, болезненные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичны, короткий систолический шум на верхушке, в точке Боткина. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 1,5 см выступает из-под края рёберной дуги, безболезненная, средней плотности. Селезёнка не пальпируется. Ригидность затылочных мышц. Симптом Кернига слабо положительный с обеих сторон.</p> <p>Общий анализ крови: гемоглобин – 62 г/л, эритроциты – $1,9 \times 10^{12}/л$, тромбоциты – единичные, лейкоциты – $208 \times 10^9/л$, бласты – 76%, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 4%, лимфоциты – 19%, СОЭ – 64 мм/ч.</p> <p>Миелограмма: костный мозг гиперплазирован, бласты – 96%, нейтрофильный росток – 3%, эритроидный росток – 1%, мегакариоциты – не найдены.</p> <p>Цитохимическое исследование костного мозга: ШИК-реакция гранулярная в 95% бластов, реакция на миелопероксидазу и судан – отрицательная.</p> <p>Иммунологическое исследование костного мозга: выявлены маркеры зрелой Т-клетки.</p> <p>В ликворе: цитоз – 200/3, белок – 960 ммоль/л, Панди+++, бласты – 100%</p>
В	1	Поставьте и обоснуйте диагноз
Э		<p>Острый лейкоз, Т-клеточный вариант, период развёрнутой клинической картины, нейролейкоз (парез лицевого нерва, гипертензионный синдром).</p> <p>Интоксикационно-воспалительный синдром, анемический синдром, геморрагический синдром, гиперпастический синдром, миненгиальный и гипертензионный синдром</p> <p>Анализ крови: Hb 62 г/л, эр. $1,9 \times 10^{12}/л$, тромб. Единичные, лейкоц. $208 \times 10^9/л$, бласты 76%, п/я 1%, с/я 4%, лимф. 19%. СОЭ 64 мм/ч. В ликворе: цитоз 200/3, белок 960 ммоль/л, Панди+++, бласты 100%.</p> <p>Миелограмма: костный мозг гиперплазирован, бласты 96%, нейтрофильный росток 3%, эритроидный росток 1%, мегакариоциты не найдены. Цитохимическое исследование костного мозга: ШИК-реакция гранулярная в 95% бластов, реакция на миелопероксидазу и судан – отрицательная.</p> <p>Иммунологическое исследование костного мозга: выявлены маркеры зрелой Т-клетки.</p>

P2	отлично	<p>Диагноз Острый лейкоз, Т-клеточный вариант, период развёрнутой клинической картины, нейролейкоз (парез лицевого нерва, гипертензионный синдром) установлен на основании</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Данных объективного обследования 2. Данных лабораторного клинического исследования 3. Данных цитологического, цитохимического исследования 4. Данных иммунологического исследования.
P1	Хорошо / удовлетворительно	<p>Для оценки «хорошо»: указаны 3 дескриптора из эталонного списка</p> <p>Для оценки «удовлетворительно»: 2 дескриптора из эталонного списка</p>
P0	неудовлетворительно	Не указан ни один из дескрипторов эталонного списка
V	2	Тактика ведения пациента
Э	-	<p>Госпитализация (с оформлением учетной формы 057/у-04) в гематологическое отделение.</p> <p>Биохимические показатели (мочевина, креатинин, электролиты, общий белок, билирубин, глюкоза); Рентгенографии грудной клетки (прямая, правая боковая проекция. Пункции костного мозга (цитологическое, цитохимическое, иммунологическое и молекулярно-биологическое исследования). Люмбальная пункции с забором ликвора для цитологического исследования. УЗИ органов брюшной полости. ЭКГ, ЭХО-КГ, ЭЭГ. Серологические (вирусологические) исследования: hbs, anti-HCV, CMV. Компьютерная томографии или МРТ головного мозга.</p> <p>Программа ALL IC – BFM 2002 (высокий риск - больные острым лимфобластным лейкозом с неблагоприятным прогнозом). Лучевая терапия на область головного мозга - 12 Гр. Эндолумбально Метотрексат (12 мг) или Метотрексат в сочетании с Цитарабином (30 мг) и Преднизолоном (10 мг) до получения 3 нормальных анализов спинномозговой жидкости. Наблюдение педиатра и гематолога на участке с проведением поддерживающей терапии.</p>
P2	отлично	<p>При определении тактики ведения пациента указаны:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Госпитализация (с оформлением учетной формы 057/у-04) в гематологическое отделение. 2. Проведение обследования для верификации диагноза. 3. Терапия. 4. Диспансеризация, реабилитация, направление на МСЭ

P1	Хорошо / удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: указаны 3 дескриптора из эталонного списка Для оценки «удовлетворительно»: 2 дескриптора из эталонного списка
P0	неудовлетворительно	Не указан ни один из дескрипторов эталонного списка
B	3	Порядок выдачи листа нетрудоспособности в связи с госпитализацией
Э		<p>Лист нетрудоспособности, выданный неврологом закрывается. На период госпитализации стационаром выдается новый лист нетрудоспособности.</p> <p>Лист нетрудоспособности выдается на весь период пребывания с ребенком в медицинской организации.</p> <p>В строке Причина нетрудоспособности» - будет указан код 09 - уход за больным членом семьи.</p> <p>Бланки листков нетрудоспособности регистрируются в первичной медицинской документации с указанием их номера, дат выдачи и продления, выписки гражданина на работу, сведений о направлении гражданина в другую медицинскую организацию.</p>
P2	отлично	<p>При выдаче листа нетрудоспособности по уходу учтены:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Дата установления нетрудоспособности 2. Продолжительность нетрудоспособности 3. Код строки Причина нетрудоспособности 4. Порядок регистрации выдачи бланка листка нетрудоспособности
P1	хорошо / удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: указаны 3 дескриптора из эталонного списка Для оценки «удовлетворительно»: 2 дескриптора из эталонного списка
P0	неудовлетворительно	Не указан ни один из дескрипторов эталонного списка
B	4	План диспансерного наблюдения
Э		<p>Педиатр 1 раз в 2 недели в период ремиссии, врач-гематолог 1 раз в 3 месяца до окончания поддерживающей терапии, 1 раз в 6 месяцев после окончания поддерживающей терапии и при подозрении на развитие рецидива заболевания. Другие специалисты по показаниям.</p> <p>Лабораторные исследования.</p> <p>Общий клинический анализ крови (обязателен подсчет лейкоцитарной формулы) проводится 1 раз в неделю до окончания поддерживающей терапии; далее 1 раз в месяц. Биохимический анализ крови до окончания поддерживающей терапии проводится 1 раз в 3 месяца; после окончания поддерживающей терапии – 1 раз в 6 месяцев.</p>

		<p>УЗИ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства до окончания поддерживающей терапии проводятся 1 раз в 3 месяца; после окончания поддерживающей терапии – 1 раз в 6 месяцев. Пункции костного мозга и люмбальная пункция при подозрени на развитие рецидива заболевания</p> <p>Пациент снимается с диспансерного учёта при условии окончания поддерживающей терапии, наличие полной ремиссии, отсутствия сопутствующих заболеваний и по истечении 5 лет после окончания лечения.</p>
P2	отлично	<p>В плане диспансерного наблюдения указаны:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Перечень специалистов и кратность осмотра. 2. Сроки и объем лабораторного обследования и 3. Сроки и объем инструментального обследования. 4. Длительность наблюдения.
P1	хорошо/ удовлетворительн о	<p>Для оценки «хорошо» - указаны 3 дескриптора из эталонного списка</p> <p>Для оценки «удовлетворительно» - 2 дескриптора из эталонного списка</p>
P0	неудовлетворител ьно	Не указан ни один из дескрипторов эталонного списка
B	5	Порядок и условия признания данного ребенка инвалидом (категории, срок, документация)
Э		<p>Порядок и условия признания данного ребенка инвалидом (категории, срок, документация):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Выявление острого лейкоза является основанием к отнесению ребенка к категории «ребенок-инвалид». 2. При первичном освидетельствовании эта категория устанавливается сроком на 5 лет. 3. В случае выявления признаков инвалидности по результатам обследования или лечения, рекомендация о направлении пациента на освидетельствование в учреждение медико-социальной экспертизы фиксируется в медицинской карте стационарного больного ф.003/у 4. Направление на ребенка до 16 лет для проведения медико-социальной экспертизы форма 080/у-97.
P2	отлично	<ol style="list-style-type: none"> 1. Выявление острого лейкоза является основанием к отнесению ребенка к категории «ребенок-инвалид». 2. При первичном освидетельствовании эта категория устанавливается сроком на 5 лет.

		3. Медицинская карта стационарного больного ф.003/у 4. Направление на ребенка до 16 лет для проведения медико-социальной экспертизы форма 080/у-97
P1	хорошо / удовлетворительн о	Для оценки «хорошо»: указаны 3 дескриптора из эталонного списка Для оценки «удовлетворительно»: 2 дескриптора из эталонного списка
P0	неудовлетворител ьно	Не указан ни один из дескрипторов эталонного списка
O	Итоговая оценка	
A	Ф.И.О. автора-составителя	Григорян Л.А.

4. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачёта

Оценочное средство 1

ВОПРОСЫ ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ

Организация детской онкогематологической помощи

1. Исторические этапы развития детской онкологии
2. Структура, показатели распространенности, заболеваемости и смертности от онкологических заболеваний у детей в Российской Федерации, Приморском крае.
3. Место педиатрической онкологической службы в системе специализированной медицинской помощи в России. Основные законодательные документы РФ в области здравоохранения. Стандарты оказания амбулаторно-поликлинической, специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи детям с онкологическими заболеваниями. Учетная документация. Перечень. Правила оформления
4. Структура учреждений онкологической службы (их функция и взаимодействие). Организация поликлинической и стационарной помощи детям с онкопатологией. Взаимосвязь врачей общепедиатрической сети с онкологической службой.
5. Организация помощи инкурабельным больным. Паллиативное лечение больных. Хосписы.
6. Принципы диспансеризации и реабилитационных мероприятий детям и подросткам с онкологическими заболеваниями. Вопросы МСЭ, протезирования, профориентации.
7. Принципы профилактической работы, направленной на раннее выявление онкозаболеваний.
8. Паллиативная помощь онкобольным детям V клинической группы: хосписное консультирование, качество дожития.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ДЕТСКОЙ ОНКОГЕМАТОЛОГИИ

1. Этиология опухолей. Теории канцерогенеза. Химический канцерогенез. Канцерогенные вещества: структура и канцерогенная активность. Физические бластомогенные факторы. Ионизирующая и ультрафиолетовая радиация.

Термическая и механическая травма. Эндокринный канцерогенез. Вирусный канцерогенез. Онкогены, их роль в канцерогенезе. Хромосомная теория наследственности. Понятие о трансплацентарном бластоогенезе.

2. Биология опухолевой клетки. Гистогенез и морфогенез опухолей. Особенности морфологии опухолей у детей. Характеристика доброкачественных опухолей, особенности роста, возможность и частота малигнизации. Степень дифференцировки злокачественных опухолей и связь с клиническим течением. Пороки развития и дизонтогенетические опухоли. Зависимость метастазирования от морфологической структуры опухоли, влияние степени дифференцировки на частоту метастазирования.
3. Основы генетики и цитогенетики опухолей. Понятие о генетическом полиморфизме опухолей. Методы генетического анализа предрасположения к опухолям
4. Основы иммунологии опухолей. Клеточный иммунитет. Гуморальный иммунитет. Неспецифические факторы иммунитета

ОПУХОЛИ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ (ЦНС)

1. Эпидемиология и статистика опухолей ЦНС у детей.
2. Основные локализации опухолей ЦНС у детей.
3. Классификация опухолей ЦНС у детей.
4. Основные клинические проявления опухолей ЦНС у детей в зависимости от морфологии и локализации.
5. Основные алгоритмы и современные технологии в диагностике опухолей ЦНС у детей.
6. Современные подходы к хирургическому лечению опухолей. Хирургическая коррекция осложнений опухолевого процесса.
7. Современные технологии лучевой терапии опухолей ЦНС у детей.
8. Основные принципы химиотерапии опухолей ЦНС у детей.
9. Побочные реакции и осложнения, их профилактика и лечение.
10. Реабилитация детей с нейроонкологическими заболеваниями.

ЛИМФОМЫ

Неходжскинские лимфомы

1. Статистические данные.
2. Клиническая, морфологическая и иммунологическая классификация
3. Особенности клинических проявлений Т- и В-клеточных лимфом, лимфом из клеток-предшественников.
4. Особенности метастазирования при различных видах неходжскинских лимфом.
5. Комплекс диагностических процедур в зависимости от локализации неходжскинских лимфом (лабораторная, лучевая диагностика (в том числе КТ, МРТ), ультразвуковая, радиоизотопная, ПЭТ, эндоскопическая, хирургическая).
6. Дифференциальная диагностика с гиперплазиями лимфатических узлов различного генеза.
7. Побочные реакции и осложнения, их профилактика и лечение.

Лимфома Ходжкина

1. Статистика. Вопросы этиологии и патогенеза.
2. Классификация морфологическая, иммуноморфологическая (современная классификация лимфомы Ходжкина).
3. Клиника. Особенности течения заболевания в разных возрастных группах.

4. Комплекс первичной диагностики с учетом различных факторов: жалоб, возраста, пола, длительности анамнеза и т.д.
5. Дифференциальная диагностика с гиперплазией лимфатических узлов различного генеза.
6. Принципы лечения. Побочные реакции и осложнения, их профилактика и лечение.
7. Отдаленные осложнения (виды, сроки возникновения, диагностика, лечение).
8. Вопросы инвалидизации и реабилитации.

НЕЙРОБЛАСТОМА

1. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Классификация.
2. Морфологическая характеристика.
3. Клинические проявления. Частые симптомы. Редкие, но характерные симптомы. Первичные локализации. Зависимость клинических признаков от размеров и локализации опухоли. Локализация опухоли и степень ее анаплазии как факторы прогноза. Метастазирование опухоли. Поражение костного мозга. Неврологическая симптоматика. Опухоль по типу песочных часов.
4. Диагностика. Клиническая и лабораторная оценка. Биологические типы нейробластомы. Молекулярная диагностика. Генетические исследования. Маркеры опухоли. Роль лучевых методов диагностики. Морфологическая верификация диагноза. Иммуногистохимия в диагностике опухоли. Значение N-туса онкогена.
5. Стадирование нейробластомы. Определение клинических групп риска.
6. Общие принципы лечения. Понятие о высокодозной химиотерапии с поддержкой периферическими стволовыми клетками. Побочное действия лучевой и химиотерапии. Результаты лечения и прогноз.
7. Вопросы инвалидизации и реабилитации.

ОПУХОЛИ ПОЧЕК

1. Эпидемиология и статистика злокачественных опухолей почек у детей. Частота злокачественных опухолей на фоне пороков развития. Группы риска развития злокачественных опухолей почек. Понятие о нефробластоматозе
2. Морфология, генетика, молекулярная биология. Гистологические типы опухолей.
3. Нефробластома (опухоль Вильмса). Классификация. Гистологические критерии групп риска. Метастазирование и рецидивирование в зависимости от морфологического строения опухоли.
4. Клиника. Зависимость клинического течения от морфологического строения опухоли. Зависимость клинических проявлений от локализации опухоли. Особенности течения у детей до 1 года. Клинические проявления билатеральной нефробластомы.
5. Диагностика. Лабораторные методы исследования. Пункционная диагностика. Лучевая диагностика. Дифференциальная диагностика
6. Принципы хирургического лечения, химиотерапии, лучевой терапии. Результаты лечения и прогноз.
7. Побочные реакции и осложнения химиотерапии, профилактика и лечение.

ОПУХОЛИ ПЕЧЕНИ

1. Гепатобластома. Гепатоцеллюлярный рак.
2. Статистика и эпидемиология. Возрастные особенности. Этиология.
3. Морфологическое строение и генетические особенности опухоли. Закономерности метастазирования

4. Клиника основного заболевания и возможных осложнений.
5. Диагностика. Значение альфа-фетопротеина. Биохимические методы. Лучевые и радиоизотопные методы. Морфологическое и иммуногистохимическое исследование. Дифференциальная диагностика.
6. Международная классификация по PRETEXT и POST-TEXT и стадирование
7. Хирургическое лечение. Понятие о операбельности и резектабельности.
8. Принципы лекарственной терапии, региональная химиотерапия. Химиоэмболизация. Осложнения. Симптоматическое лечение.
9. Оказания к пересадке печени.
10. Результаты лечения и прогноз.
11. Принципы реабилитации и диспансеризации

ГЕРМИНОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ

1. Статистика и эпидемиология. Этиология, патогенез
2. Морфологические типы герминогенной опухоли в зависимости от ее локализации
3. Герминогенные опухоли яичников у детей
4. Герминогенные опухоли яичка
5. Герминогенные опухоли экстрагонадной локализации. Тератома.
6. Клиника, диагностика в зависимости от локализации. Опухолевые маркеры.
7. Принципы лечения. Прогноз. Реабилитация и диспансеризация.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ КОСТЕЙ

1. Статистика и эпидемиология. Заболеваемость и смертность. Биологические особенности и классификация
2. Гистологические классификации (ВОЗ и TNM)
3. Клиника злокачественных опухолей костей (остеосаркома, саркома Юинга и редкие формы)
4. Диагностика. Лучевые методы исследования. Рентгенологическая семиотика. Радиоизотопная диагностика. Лабораторные методы.
5. Пункционная, трепано- и открытая биопсии. Морфологическое исследование
6. Дифференциальная диагностика
7. Принципы лечения опухолей костей. Понятие о риск-адаптированной терапии злокачественных опухолей костей. Органосохраняющие операции при злокачественных опухолях костей. Калечащие операции (ампутация и экзартикуляция, показания, противопоказания, методика, осложнения). Лучевая терапия при лечении метастазов. Особенности лечебных подходов в зависимости от морфологического строения
8. Осложнения лекарственной терапии, их профилактика и лечение
9. Результаты лечения. Вопросы инвалидизации и реабилитации

ОПУХОЛИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

1. Статистика. Биологические особенности и классификации. Международная номенклатура и классификация.
2. Клинические проявления рабдомиосаркомы в зависимости от локализации от локализации и морфологической структуры (орбита и параменингеальные локализации, в области туловища и конечностей, в области мочевого пузыря). Закономерности метастазирования.

3. Вторичные синдромы. Приступы гипогликемии, гипертиреозидизма, дисфункции гипофиза при больших размерах ретроперитонеально и экстраплеврально расположенных опухолей.
4. Диагностический алгоритм при мягкой тканевой опухоли, значение современных методов диагностики, дифференциальная диагностика с доброкачественными новообразованиями.
5. Принципы лечения опухолей мягких тканей. Зависимость выбора метода лечения от локализации и гистологической структуры опухоли. Показания к хирургическому лечению. Понятие о принципе зональности при операциях по поводу опухолей мягких тканей по Enneking, операции «second-look».
6. Принципы лучевой терапии, химиотерапии и иммунотерапии. Показания. Реакции и осложнения, их профилактика и лечение.
7. Прогноз. Принципы диспансеризации и реабилитации.

ОПУХОЛИ КОЖИ

Меланома и пигментные невусы

1. Пигментные невусы как предопухолевые состояния меланомы. Гистологическая классификация. Клинические формы, особенности течения.
2. Меланоз Дюбрея. Понятие о фазе активности невуса. Показания к лечению
3. Меланома. Эпидемиология и статистика, Биологические особенности. Эндокринные факторы. Травма. Течение меланомы в зависимости от локализации и формы роста. Влияние иммунного статуса.
4. Особенности клиники в зависимости от локализации в зависимости от степени распространенности меланомы. Редкие формы (меланома глаза, прямой кишки)
5. Диагностика. Дерматоскопия, эпилюминесцентная микроскопия. Цитологическое исследование. Радиоизотопная диагностика. Диагностика метастазов. Дифференциальная диагностика.
6. Принципы лечения в зависимости от локализации, темпов роста, стадии заболевания и общего состояния. Принципы лечения регионарных метастазов. Особенности хирургического лечения. Лекарственная и иммунотерапия в лечении распространенных форм. Лучевая терапия в лечении рецидивов и метастазов. Побочные эффекты, профилактика и лечение
7. Результаты лечения и прогноз. Вопросы инвалидизации и реабилитации

Неэпителиальные опухоли кожи и мягких тканей

8. Клиника и диагностика неэпителиальных опухолей кожи. Классификация. Диагностика, дифференциальная диагностика.
9. Клиника и диагностика опухолей сосудов кожи и мягких тканей (ангиома, гемангиоэпителиома, гемангиоперицитомы, неклассифицированные ангиогенные саркомы, саркома Капоши)
10. Клиника и диагностика неврогенных опухолей кожи и мягких тканей (нейрофиброматоз)
11. Принципы лечения.
12. Результаты лечения и прогноз. Вопросы диспансеризации, инвалидизации и реабилитации

Оценочное средство 2

Тестовые задания

1. Различают следующие варианты лимфогранулематоза у детей

- а) лимфоидное преобладание
 - б) смешанно-клеточный
 - в) лимфоидное истощение
 - г) нодулярный склероз
 - + д) все перечисленные
2. При лимфогранулематозе у детей прогноз особенно неблагоприятен в возрасте
- а) от 2 до 6 лет
 - б) от 8 до 10 лет
 - в) до 12 лет
 - + г) старше 12 лет
3. При лимфогранулематозе у детей наиболее часто поражаются
- + а) шейные лимфатические узлы
 - б) ягулярные лимфатические узлы
 - в) лимфатические узлы средостения
 - г) забрюшинные и паховые лимфатические узлы
 - д) локтевые лимфатические узлы
4. При лимфогранулематозе у детей младшей возрастной группы поражение лимфатических узлов средостения встречается
- а) часто
 - б) редко
 - + в) крайне редко
 - г) никогда не встречается
5. При лимфогранулематозе у детей старшей возрастной группы поражение лимфатических узлов средостения встречается
- + а) часто
 - б) редко
 - в) крайне редко
 - г) никогда не встречается
6. К симптомам лимфогранулематоза, которые учитываются при установлении стадии заболевания, относятся
- а) необъяснимая лихорадка свыше 38-С
 - б) ночные проливные поты
 - в) прогрессирующее похудание
 - г) выраженный кожный зуд
 - + д) все перечисленные
7. При лимфогранулематозе у детей дифференциальный диагноз проводится
- а) с сифилитическим лимфаденитом
 - + б) с туберкулезным и банальным лимфаденитом
 - в) с грибковым поражением лимфатических узлов
 - г) с болезнью "кошачьей царапины"
 - д) с бруцеллезом и туляремией
8. Первая стадия лимфогранулематоза у детей характеризуется
- а) поражением только одной группы лимфатических узлов
 - б) поражением двух смежных групп лимфатических узлов по одну сторону диафрагмы

- в) изолированным поражением органа
- г) поражением не более двух смежных групп лимфатических узлов по одну сторону диафрагмы
- + д) правильные ответы а) и г)

9. Вторая стадия лимфогранулематоза у детей может быть установлена, если
- а) поражено не более двух смежных групп лимфатических узлов по обе стороны диафрагмы
 - + б) поражены две и более смежные группы лимфатических узлов по одну сторону диафрагмы
 - в) изолированное поражение органа
 - г) поражение только лимфатических узлов средостения

10. Третья стадия лимфогранулематоза у детей может быть установлена, если
- а) поражено более трех групп лимфатических узлов
 - б) поражено не более двух смежных групп лимфатических узлов по обе стороны диафрагмы
 - в) поражены забрюшинные лимфатические узлы и селезенка
 - + г) поражены лимфатические узлы, расположенные по обе стороны диафрагмы с поражением, или без поражения селезенки
 - д) поражены все группы лимфатических узлов средостения

11. Основным морфологическим критерием для постановки диагноза лимфогранулематоза у детей является

- а) стертый рисунок строения лимфатического узла
- + б) наличие клеток Березовского - Штернберга
- в) наличие клеток Ходжкина
- г) наличие клеток Пирогова - Ланганса

12. Основным критерием для установления диагноза лимфогранулематоза является

- а) определение СОЭ
- б) рентгенологическое обследование органов грудной клетки
- в) ультразвуковая томография органов брюшной полости
- + г) морфологическое подтверждение диагноза

13. Наиболее часто наблюдаемыми признаками при нейробластоме у детей являются
- а) гиперемия кожи, наличие а-фетопротеина в сыворотке крови, артериальная гипотония

+ б) бледность кожных покровов, артериальная гипертония, повышение экскреции с мочой катехоламинов и метаболитов

в) бледность кожных покровов, гематурия, увеличение показателей трансаминаз в сыворотке крови

14. Нефробластома наиболее часто встречается в возрасте

- а) до 1 года
- + б) от 2 до 5 лет
- в) от 6 до 9 лет
- г) от 10 до 15 лет

15. Наиболее часто встречающимся морфологическим вариантом нефробластомы является

- + а) типичный
- б) тубулярный
- в) кистозный
- г) фетальный рабдомиоматозный
- д) саркоматозный

16. Частота нефробластомы среди других злокачественных солидных опухолей детского возраста составляет

- а) до 10%
- + б) 20-30%
- в) 30-50%
- г) свыше 50%

17. Наиболее благоприятный прогноз у больных со следующим морфологическим вариантом нефробластомы

- а) анапластический
- + б) тубулярный
- в) кистозный
- г) саркоматозный
- д) с преобладанием неэпителиального компонента

18. Ранними клиническими признаками нефробластомы являются

- а) небольшая бледность кожных покровов
- б) отсутствие аппетита
- в) микрогематурия
- г) анемия
- + д) все перечисленное

19. Поздними клиническими признаками нефробластомы являются

- а) бледность кожных покровов
- б) наличие пальпируемой опухоли в животе
- в) вялость, выраженная слабость
- г) отсутствие аппетита
- + д) все перечисленное

20. Дифференцировать нефробластому следует

- а) с опухолями забрюшинного пространства
- б) с гидронефрозом
- в) с лимфосаркомой брюшной полости
- г) со спленомагалией
- + д) со всем перечисленным

Шкала оценивания

«Отлично» - 91-100% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

«Хорошо» - 81-90% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

«Удовлетворительно» - 71-80% правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

«Неудовлетворительно» - 70% и менее правильных ответов на тестовые задания каждого уровня

Оценочное средство 3

Чек-лист оценки практических навыков

Название практического навыка: Аускультация легких

С	Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия		
К	Код и наименование компетенции: ПК 2 - Готовность к раннему выявлению, проведению обследования и лечения детей и подростков с онкогематологическими заболеваниями		
Ф	Профессиональный стандарт Врач-педиатр		
ТД	Трудовые действия, предусмотренные функцией: Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза		
	Действие	Проведено	Не проведено
1.	Получить согласие пациента на проведение методики. Озвучить ход процедуры	1 балл	-1 балл
2.	Провести аускультацию легких спереди последовательно и озвучить аускультативную картину	1 балл	-1 балл
3.	Провести аускультацию легких по боковым поверхностям последовательно и озвучить аускультативную картину	1 балл	-1 балл
4.	Провести аускультацию легких по задней поверхности последовательно и озвучить аускультативную картину	1 балл	-1 балл
5.	Дать заключение.	1 балл	-1 балл
	Итого	5	-5

Общая оценка:

Название практического навыка: Методика пальпации лимфатических узлов

С	Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия		
К	Код и наименование компетенции: ПК 2 - Готовность к раннему выявлению, проведению обследования и лечения детей и подростков с онкогематологическими заболеваниями		
Ф	Профессиональный стандарт Врач-педиатр		
ТД	Трудовые действия, предусмотренные функцией: Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза		
	Действие	Проведено	Не проведено
1.	Представиться, получить согласие пациента на проведение манипуляции, объяснить ход манипуляции.	1 балл	-1 балл
2.	Для клинического обследования могут быть доступны 13 основных групп лимфатических узлов: затылочные, заушные, подбородочные, подчелюстные, переднешейные, заднешейные, надключичные, подключичные, подмышечные, торакальные, локтевые, паховые, подколенные. Пальпацию осуществляют симметрично, прижимая лимфатические узлы к подлежащей более плотной ткани (мышцам, костям) нежными, поглаживающими (поперечными, продольными, круговыми) движениями II, III и IV пальцем рук	1 балл	-1 балл

3.	<p>Методика пальпации основных групп периферических лимфатических узлов</p> <p>1. Затылочные - расположены по сторонам от затылочного бугра затылочной кости; собирают лимфу с кожи волосистой части головы и задней части шеи. При их пальпации лоб ребенка фиксируют большими пальцами, остальными пальцами ощупывают затылочный бугор.</p> <p>2. Заушные (сосцевидные) - расположены на сосцевидном отростке, собирают лимфу с теменной области, ушной раковины и наружного слухового прохода. Для их определения тщательно прощупывают область сосцевидного отростка.</p> <p>3. Подбородочные - собирают лимфу с кожи подбородка и нижней губы, десен, зубов, языка. Для их пальпации голову слегка наклоняют вперед и фиксируют левой рукой. Слегка согнутые пальцы правой руки располагают посередине подбородочной области так, чтобы кончики пальцев упирались в переднюю поверхность шеи. Затем, пальпируя по направлению к подбородку, пытаются прижать лимфатические узлы к краю нижней челюсти.</p> <p>4. Подчелюстные - собирают лимфу с кожи губ, подбородка, щек, носа, нижних век, слизистой оболочки носа, нёба, десен, а также с зубов, языка и слюнных желез, расположены в подчелюстной области. Для их пальпации голову ребенка несколько опускают, при наклоненной голове достигается максимальное расслабление диафрагмы, что способствует более точному результату.левой рукой врач фиксирует голову ребенка, пальцами правой пальпирует под</p> <p>10. Торакальные (грудные) - расположены под нижним краем большой грудной мышцы; собирают лимфу с кожи грудной клетки, париетальной плевры, отчасти легких и грудных желез. Пальпацию проводят по передней поверхности груди под нижним краем большой грудной мышцы. Для этого исследователь располагает руки по передней аксиллярной линии, а II, III и IV палец рук вводит под большую грудную мышцу и круговыми движениями продвигает к грудине.</p> <p>11. Локтевые (кубитальные) - собирают лимфу с медиальной и центральной части предплечья, тканей III, IV, V пальца кистей рук. Для исследования локтевых лимфатических узлов необходимо одноименной рукой захватить кисть и предплечье пациента. Рука согнута в локтевом суставе под прямым углом. Указательным и средним пальцем другой руки продольными скользящими движениями прощупывают <i>sulcus bicipitalis medialis</i> на уровне локтя и нижних двух третей двуглавой мышцы плеча.</p> <p>12. Паховые - расположены под пупартовой связкой, где</p>	1 балл	-1 балла
----	---	--------	----------

	<p>и пальпируются; собирают лимфу с нижних конечностей, нижней части живота, ягодицы, от половых органов, промежности и заднего прохода.</p> <p>13. Подколенные - расположены в подколенной ямке; собирают лимфу с задней поверхности и тканей голени, пяточной области. Для исследования лимфатических узлов ребенок ложится на живот, а пальпацию подколенной ямки проводят при согнутой в коленном суставе ноге под прямым углом. Старших детей пальпируют в положении стоя, расположив колено на кушетке или сиденье стула. Врач встает позади пациента и пальпирует подколенную ямку согнутой в коленном суставе конечности сначала одной, затем другой ноги.</p>		
4.	<p>Оценивать лимфатические узлы по определенным критериям:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Локализация: в норме могут пальпироваться шейные, подчелюстные, подмышечные и паховые лимфатические узлы (до 3 групп). Другие узлы пальпируются реже. • Количество: единичные (в каждой группе пальпируется 3 лимфатических узла и менее), множественные (более 3). У здоровых детей могут пальпироваться единичные узлы. • Размеры: оцениваются в миллиметрах или сантиметрах. Нормальной величиной является размер лимфатического узла до 0,5-1 см. При увеличении узлов оценивают поперечный и продольный размеры в сантиметрах. • Консистенция: у здоровых детей консистенция узлов эластическая (мягкоили плотноэластическая); при патологии может быть выявлено размягчение или уплотнение. • Подвижность: у здоровых детей узлы подвижные, при патологии - малоподвижные, неподвижные. • Болезненность или чувствительность: обычно лимфатические узлы при пальпации безболезненные. При патологии может определяться болезненность. • Отношение к другим тканям (спаянность с кожей и между собой); у здоровых детей лимфатические узлы не спаяны между собой и окружающими тканями. При патологии могут быть спаяны с кожей и между собой, тогда говорят о «пакетах» узлов. • Изменение кожи над лимфатическими узлами: в норме цвет и температура кожи над узлами не изменены. При патологии кожа над узлом может быть горячей на ощупь, гиперемирована. 	1 балл	-1 балла
5.	Дать заключение.	1 балл	-1 балла
	Итого	5	-5

Общая оценка:

Название практического навыка: Методика перкуссии селезенки

С	Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия		
К	Код и наименование компетенции: ПК 2 - Готовность к раннему выявлению, проведению обследования и лечения детей и подростков с онкогематологическими заболеваниями		
Ф	Профессиональный стандарт Врач-педиатр		
ТД	Трудовые действия, предусмотренные функцией: Б/01.8 Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза		
	Действие	Проведено	Не проведено
1.	Представиться, получить согласие пациента на проведение манипуляции.	1 балл	-1 балл
2.	Перкуссию селезенки проводят в положении больного на правом боку. Если больного осматривают на правом боку, то ему стоит немного наклонить голову вперед, а левую руку согнуть. В то же время левую ногу следует согнуть, а правую — вытянуть. Такое положение тела позволит добиться максимальной расслабленности пресса, немного сместить селезенку вперед. Для определения размера применяют тихую перкуссию, так как селезенка граничит с кишечником, дающим тимпанический перкуторный звук.	1 балл	-1 балла
3.	Перкуссию слабой силы ведут от края реберной дуги непосредственно по X ребру. На месте появления притупленного звука ставят точку по краю пальца, обращенного к тимпаническому звуку. Затем палец-плессиметр переносят на заднюю подмышечную линию и располагают его перпендикулярно к X ребру, проводят также тихую перкуссию. При появлении притупленного перкуторного звука ставят отметку по краю пальца, который обращен к ясному перкуторному звуку. Таким образом определяют длинник селезенки.	1 балл	-1 балла
4.	далее переходят к определению ее поперечника. Для этого длинник селезенки делят пополам, палец-плессиметр устанавливают параллельно X ребру, смещают его на два межреберья вверх и перкутируют по направлению к середине селезенки, отмечая границу по краю пальца, направленного в сторону ясного звука. По этой же вертикальной линии осуществляют перкуссию от края реберной дуги по направлению вверх к середине селезенки. Также отмечают границу по краю пальца, направленного в сторону ясного звука (иначе мы нарушаем общее правило перкуссии: идти от звука ясного к звуку тупому).	1 балл	-1 балла
5.	Дать заключение. Назвать нормы размеров селезенки в зависимости от возраста. Перкуторные размеры селезенки, см.	1 балл	-1 балла

	Линия измерения	Возраст				
		дошкольники	школьники	подростки		
	Длинник	3-4	5-7	6-8		
	Поперечник	2-3	3-5	4-6		
Итого					5	-5

Общая оценка:

«Зачтено» не менее 80% выполнения

«Не зачтено» 79 и менее% выполнения

5. Критерии оценивания результатов обучения

«Зачтено» выставляется обучающемуся, если он показал достаточно прочные знания основных положений учебной дисциплины, умение самостоятельно решать конкретные практические задачи, предусмотренные рабочей программой, ориентироваться в рекомендованной справочной литературе, умеет правильно оценить полученные результаты.

«Не зачтено» выставляется обучающемуся, если при ответе выявились существенные пробелы в знаниях основных положений учебной дисциплины, неумение с помощью преподавателя получить правильное решение конкретной практической задачи из числа предусмотренных рабочей программой учебной дисциплины.