Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Стегний Кирилл Владимирович
Должность: И.о. ректора
Дата подписания: 07.10.2026 16:46:17
Уникальный программный ключ:
d59234ba928aea5c04c54eb9013e367220b6b2ae

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

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор института педиатрии
_____ / Т.А. Шуматова /
«01» июля 2026 г.

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, 2026

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.

1.2. 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/zic/31.08.19_Pediatriya(7).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

1. Злокачественные новообразования среди причин детской смертности занимают место

а) первое
+б) второе
в) третье
г) четвертое

2. К особенностям детской онкологии относятся

а) врожденный характер большинства опухолей
б) связь многих опухолей с пороками развития
в) подавляющее преобладание саркоматозных опухолей
г) 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. Особенностями 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.	Для клинического обследования могут быть доступны 13 основных групп лимфатических узлов: затылочные, заушные, подбородочные, подчелюстные, переднешейные, заднешейные, надключичные, подключичные, подмышечные, торакальные, локтевые,	1 балл	-1 балл

	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		
3.	Методика пальпации основных групп периферических лимфатических узлов 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. 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. 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. 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 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. 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	1 балл	-1 балла

	локтевом суставе под прямым углом. Указательным и средним пальцем другой руки продольными скользящими движениями прощупывают *sulcus bicipitalis medialis* на уровне локтя и нижних двух третей двуглавой мышцы плеча. 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. 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.		
4.	Оценивать лимфатические узлы по определенным критериям: • 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 средине 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 средине 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

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**	Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза Назначение и проведения лечения детям с заболеваниями и (или) состояниями контроль его эффективности и безопасности 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 Проведение медицинских экспертиз Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Мать с мальчиком 5 лет на приёме у врача-педиатра участкового жалуется на слабость, головные боли, рвоту в утренние часы, асимметрию лица у ребёнка. 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. 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. Общий анализ крови: гемоглобин – 62 г/л, эритроциты – 1,9×1012/л, тромбоциты – единичные, лейкоциты – 208×109/л, бласты – 76%, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 4%, лимфоциты – 19%, СОЭ – 64 мм/ч. 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. Иммунологическое исследование костного мозга: выявлены маркеры зрелой Т-клетки. В ликворе: цитоз – 200/3, белок – 960 ммоль/л, Панди+++, бласты – 100%.
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____

Вид	**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**	Проведение обследования детей в целях выявления заболеваний и (или) состояний и установления диагноза Назначение и проведения лечения детям с заболеваниями и (или) состояниями контроль его эффективности и безопасности 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 Проведение медицинских экспертиз Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала
И		**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**
У		Мать с мальчиком 5 лет на приёме у врача-педиатра участкового жалуется на слабость, головные боли, рвоту в утренние часы, асимметрию лица у ребёнка. 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. 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. Общий анализ крови: гемоглобин – 62 г/л, эритроциты – 1,9×1012/л, тромбоциты – единичные, лейкоциты – 208×109/л, бласты – 76%, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 4%, лимфоциты – 19%, СОЭ – 64 мм/ч. 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. Иммунологическое исследование костного мозга: выявлены маркеры зрелой Т-клетки. В ликворе: цитоз – 200/3, белок – 960 ммоль/л, Панди+++, бласты – 100%
В	1	Поставьте и обоснуйте диагноз
Э		Острый лейкоз, Т-клеточный вариант, период развѐрнутой клинической картины, нейролейкоз (парез лицевого нерва, гипертензионный синдром). Интоксикационно-воспалительный синдром, анемический синдром , геморрагический синдром, гиперпастический синдром, миненгиальный и гпертенизонный синдром Анализ крови: Hb 62 г/л, эр. 1,9×1012/л, тромб. Единичные, лейк. 208×109/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%. 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. Иммунологическое исследование костного мозга: выявлены маркеры зрелой Т-клетки.
Р2	отлично	Диагноз Острый лейкоз, Т-клеточный вариант, период развѐрнутой клинической картины картины, нейролейкоз (парез лицевого нерва, гипертензионный синдром) установлении на основании 1. Данных объективного обследования 2. Данных лабораторного клинического исследования 3. Данных цитологического, цитохимического исследования 4. Данных иммунологического исследования.

Р1	Хорошо / удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: указаны 3 дескриптора из эталонного списка Для оценки «удовлетворительно»: 2 дескриптора из эталонного списка
Р0	неудовлетворительно	Не указан ни один из дескрипторов эталонного списка
В	2	Тактика ведения пациента
Э	-	Госпитализация (с оформлением учетной формы 057/у-04) в гематологическое отделение. 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). Люмбальнная 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. Программа ALL IC – BFM 2002 (высокий риск - больные острым лимфобластным лейкозом с неблагоприятным прогнозом). Лучевая терапия на область головного мозга - 12 Гр. Эндолюмбально 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.
Р2	отлично	При определении тактики ведения пациента указаны: 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
Р1	Хорошо / удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: указаны 3 дескриптора из эталонного списка Для оценки «удовлетворительно»: 2 дескриптора из эталонного списка
Р0	неудовлетворительно	Не указан ни один из дескрипторов эталонного списка
В	3	Порядок выдачи листа нетрудоспособности в связи с госпитализацией
Э		Лист нетрудоспособности, выданный неврологом закрывается. На период госпитализации стационаром выдается новый лист нетрудоспособности. Лист нетрудоспособности выдается на весь период пребывания с ребенком в медицинской организации. В строке Причина нетрудоспособности» - будет указан код 09 -

		уход за больным членом семьи. 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.
Р2	отлично	При выдаче листа нетрудоспособности по уходу учтены: 1. Дата установления нетрудоспособности 2. Продолжительность нетрудоспособности 3. Код строки Причина нетрудоспособности 4. Порядок регистрации выдачи бланка листка нетрудоспособности
Р1	хорошо / удовлетворительно	Для оценки «хорошо»: указаны 3 дескриптора из эталонного списка Для оценки «удовлетворительно»: 2 дескриптора из эталонного списка
Р0	неудовлетворительно	Не указан ни один из дескрипторов эталонного списка
В	4	План диспансерного наблюдения
Э		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. Лабораторные исследования. Общий клинический анализ крови (обязателен подсчѐт 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. 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 Пациент снимается с диспансерного учѐта при условии окончания поддерживающей терапии, наличие полной ремиссии, отсутствия сопутствующих заболеваний и по истечении 5 лет после окончания лечения.
Р2	отлично	В плане диспансерного наблюдения указаны: 1. Перечень специалистов и кратность осмотра. 2. Сроки и объем лабораторного обследования и 3. Сроки и объем инструментального обследования. 4. Длительность наблюдения.
Р1	хорошо/ удовлетворите	Для оценки «хорошо» - указаны 3 дескриптора из эталонного списка

	льно	Для оценки «удовлетворительно» - 2 дескриптора из эталонного списка
Р0	неудовлетвори тельно	Не указан ни один из дескрипторов эталонного списка
В	5	Порядок и условия признания данного ребенка инвалидом (категории, срок, документация)
Э		Порядок и условия признания данного ребенка инвалидом (категории, срок, документация): 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.
Р2	отлично	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 форма080/у-97
Р1	хорошо / удовлетворите льно	Для оценки «хорошо»: указаны 3 дескриптора из эталонного списка Для оценки «удовлетворительно»: 2 дескриптора из эталонного списка
Р0	неудовлетвори тельно	Не указан ни один из дескрипторов эталонного списка
О	Итоговая оценка	
А	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 бластомогенезе.
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 неходжкинских лимфом.
5. Комплекс диагностических процедур в зависимости от локализации неходжкинских 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-myc 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 морфологической 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, гипертиреоидизма, дисфункции гипофиза при больших размерах ретроперитонеально и экстраплеврально расположенных опухолей.
4. Диагностический алгоритм при мягкотканой опухоли, значение современных метод 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, гемангиоперицитома, 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 спленомегалией
+ 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.	Методика пальпации основных групп периферических лимфатических узлов 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. 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. 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	1 балл	-1 балла

	лимфатические узлы к краю нижней челюсти. 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 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. 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 *sulcus bicipitalis medialis* на уровне локтя и нижних двух третей двуглавой мышцы плеча. 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. 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.		
4.	Оценивать лимфатические узлы по определенным критериям: • Локализация: в норме могут пальпироваться шейные, подчелюстные, подмышечные и паховые лимфатические узлы (до 3 групп). Другие узлы пальпируются реже. • Количество: единичные (в каждой группе	1 балл	-1 балла

	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.		
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	1 балл	-1 балла

<table>
<tr><td></td><td>пресса, немного сместить селезенку вперед. Для определения размера применяют тихую перкуссию, так как селезенка граничит с кишечником, дающим тимпанический перкуторный звук.</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>3.</td><td>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.</td><td>1 балл</td><td>-1 балла</td></tr>
<tr><td>4.</td><td>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 средине 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 средине 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).</td><td>1 балл</td><td>-1 балла</td></tr>
<tr><td>5.</td><td>Дать заключение. Назвать нормы размеров селезенки в зависимости от возраста.
<table><tr><td rowspan="2">Линия измерения</td><td colspan="3">Возраст</td></tr><tr><td>дошкольники</td><td>школьники</td><td>подростки</td></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>Перкуторные размеры селезенки, см.</td><td>1 балл</td><td>-1 балла</td></tr>
<tr><td></td><td>Итого</td><td>5</td><td>-5</td></tr>
</table>

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.