

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Ковтун Ольга Петровна
Должность: ректор
Дата подписания: 24.08.2023 07:18:17
Уникальный программный ключ:
f590ada38fac7f9d3be3160b34c218b72d197576

Приложение к РПД

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

Кафедра детской хирургии



УТВЕРЖДАЮ

Проректор по образовательной
деятельности и молодежной
политике

Т.В. Бородулина

17 мая 2023 г.

Фонд оценочных средств по дисциплине
Б1.В.ДВ.01.02 Ортопедия детского возраста

Уровень высшего образования: *подготовка кадров высшей квалификации*

Специальность: *31.08.16 – Детская хирургия*

Квалификация: *Врач-детский хирург*

г. Екатеринбург,
2023

Фонд оценочных средств по дисциплине «Ортопедия детского возраста» составлен в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности 31.08.16 Детская хирургия(уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденного приказом Минобрнауки России от 25.08.2014 N 1058(зарегистрирован в Минюсте России 24.10.2014 N 34438)и с учетом требований профессионального стандарта "Врач - детский хирург", утвержденного приказом Минтруда России от 14.03.2018 N134н(зарегистрирован в Минюсте России 05.04.2018 N 50631).

Фонд оценочных средств составлен

зав. кафедрой детской хирургии, д.м.н., проф. Цап Н.А.

доцент кафедры детской хирургии к.м.н. Гордиенко И.И.

доцент кафедры детской хирургии, к.м.н. Комарова С.Ю.

ассистент кафедры детской хирургии Огнев С.И.

Фонд оценочных средств рецензирована Волокитиной Е.А. д.м.н., профессор, зав. кафедрой травматологии и ортопедии ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России

Фонд оценочных средств обсужден и одобрен

- на заседании кафедры детской хирургии (протокол №10 от 03.04.2023 г.);

- методической комиссией специальностей ординатуры (протокол №5 от 10.05.2023 г.)

1. Кодификатор

Структурированный перечень объектов оценивания – знаний, умений, навыков, учитывающий ФГОС и ПС представлен в таблице:

Дидактическая единица		Индикаторы достижения			УК, ПК	Трудовые функции (ПС)
№	Наименование	Знания	Умения	Навыки		
1	Методика клинического обследования ортопедического больного.	Методика клинического, инструментального и лабораторного исследования пациентов.	Проводить клиническое обследование опорно-двигательного аппарата; Распознавать на ранних стадиях заболевания опорно-двигательного аппарата приобретенного и врожденного характера; Определить алгоритм специальных методов исследования (биохимических, рентгенологических ультразвуковых и др.); Интерпретировать результаты наиболее распространенных методов лабораторной и инструментальной диагностики, для выявления патологии опорно-двигательного аппарата; Оформлять необходимую медицинскую документацию;	Антропометрия, выявление угловых деформации и асимметрий сегментов конечностей; Определение объема движений в суставах, уровня мышечной силы; Обследование позвоночника, выявление патологических деформаций; Выявление отека мягких тканей, флюктуации, крепитации, наличия болевых точек.	УК-1, ПК – 1, ПК – 2, ПК – 5, ПК-9	A/06.8 A/01.8
2	Дисплазия тазобедренного сустава, врожденный вывих бедра.	Этиологии, патогенеза, ведущих проявлений и исходов дисплазии тазобедренного сустава и врожденного вывиха бедра. Методик	Проводить клиническое обследование опорно-двигательного аппарата, определить алгоритм специальных методов исследования, интерпретировать результаты	Обследования пациента с патологией тазобедренного сустава. Постановка ортопедического диагноза, проведение диф. диагностики и алгоритм обследования детей с патологией	УК-1, ПК – 1, ПК – 2, ПК – 5, ПК-9	A/06.8 A/01.8

		клинического, инструментального и лабораторного исследования пациентов с дисплазией и врожденным вывихом бедра. Основ профилактики, лечения и реабилитации дисплазии тазобедренного сустава и врожденного вывиха бедра. Показаний и сроков проведения оперативной коррекции при дисплазии тазобедренного сустава и врожденном вывихе бедра.	диагностики, определить тактику лечения и маршрутизацию пациентов с дисплазией тазобедренного сустава и врожденном вывихе бедра.	тазобедренного сустава.		
3	Кривошея. Врожденные деформации верхних конечностей и кисти.	Этиологии, патогенеза, ведущих проявлений и исходов кривошеи и деформаций верхних конечностей. Методик клинического, инструментального и лабораторного исследования пациентов с кривошеей и деформацией верхних конечностей. Основ профилактики, лечения и реабилитации кривошеи и деформаций	Проводить клиническое обследование опорно-двигательного аппарата, определить алгоритм специальных методов исследования, интерпретировать результаты диагностики, определить тактику лечения и маршрутизацию пациентов с кривошеей и деформациями верхних конечностей.	Обследование пациента с патологией шеи и верхних конечностей. Постановка ортопедического диагноза, проведение дифференциальной диагностики и алгоритм обследования детей с патологией шеи и верхних конечностей	УК-1, ПК – 1, ПК – 2, ПК – 5, ПК-9	A/06.8 A/01.8

		верхних конечностей. Показаний и сроков проведения оперативной коррекции при кривошеи и деформаций верхних конечностей.				
4	Патология позвоночника: нарушения осанки, врожденные и приобретенные деформации, сколиоз.	Этиологии, патогенеза, ведущих проявлений и исходов патологии позвоночника. Методик клинического, инструментального и лабораторного исследования пациентов с патологией позвоночника. Основ профилактики, лечения и реабилитации нарушений осанки и сколиоза. Показаний и сроков проведения оперативной коррекции при сколиозе.	Проводить клиническое обследование опорно-двигательного аппарата, определить алгоритм специальных методов исследования, интерпретировать результаты диагностики, определить тактику лечения и маршрутизацию пациентов с нарушениями осанки и сколиозами. Проводить профилактическую работу с детьми и их родителями по формированию правильной осанки.	Обследование пациента с патологией позвоночника. Постановка ортопедического диагноза, проведение дифференциальной диагностики и алгоритм обследования детей с патологией позвоночника. Проведение комплекса профилактических мероприятий направленных на формирование правильной осанки у ребенка.	УК-1, ПК – 1, ПК – 2, ПК – 5, ПК-9	A/06.8 A/01.8
5	Врожденные деформации стопы, косолапость.	Этиологии, патогенеза, ведущих проявлений и исходов косолапости и других деформаций стопы. Методик клинического, инструментального и лабораторного исследования пациентов с патологией нижних	Проводить клиническое обследование опорно-двигательного аппарата, определить алгоритм специальных методов исследования, интерпретировать результаты диагностики, определить тактику лечения и маршрутизацию пациентов с	Обследование пациента с патологией стопы. Постановка ортопедического диагноза, проведение дифференциальной диагностики и алгоритм обследования детей с патологией стопы	УК-1, ПК–1, ПК – 2, ПК – 5, ПК-9	A/06.8 A/01.8

		конечностей. Основ профилактики, лечения и реабилитации косолапости. Показаний и сроков проведения оперативной коррекции при косолапости.	косолапостью и другими деформациями стопы.			
6	Остеохондропатии у детей и подростков.	Этиологии, патогенеза, ведущих проявлений и исходов остеохондропатий. Методик клинического, инструментального и лабораторного исследования пациентов с остеохондропатией. Основ профилактики, лечения и реабилитации пациентов с остеохондропатиями	Проводить клиническое обследование опорно-двигательного аппарата, определить алгоритм специальных методов исследования, интерпретировать результаты диагностики, определить тактику лечения и маршрутизацию пациентов с остеохондропатиями.	Обследование пациента с остеохондропатиями. Постановка ортопедического диагноза, проведение дифференциальной диагностики и алгоритм обследования детей с остеохондропатиями.	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-9	A/06.8 A/01.8

2. Аттестационные материалы

2.1. Вопросы к промежуточной аттестации (с указанием УК, ПК)

№	Вопрос	Компетенции
1	Методика клинического, инструментального и лабораторного исследования пациентов с ортопедическими деформациями.	УК – 1, ПК – 2, ПК - 5
2	Этиология, патогенез, ведущие проявления и исходы дисплазии тазобедренного сустава и врожденного вывиха бедра.	УК – 1, ПК - 1, ПК - 2, ПК - 5
3	Методика клинического, инструментального и лабораторного исследования пациентов с дисплазией и врожденным вывихом бедра.	УК - 1, ПК - 2, ПК - 5
4	Основы профилактики, лечения и реабилитации дисплазии тазобедренного сустава и врожденного вывиха бедра. Показания и сроки проведения оперативной коррекции при врожденном вывихе бедра.	УК - 1, ПК - 1, ПК – 2, ПК - 9
5	Этиология, патогенез, ведущие проявления и исходы кривошеи.	УК - 1, ПК - 1, ПК - 2, ПК - 5
6	Методика клинического, инструментального и лабораторного исследования пациентов с кривошеей.	УК - 1, ПК - 2, ПК - 5
7	Основы профилактики, лечения и реабилитации кривошеи. Показания и сроки проведения оперативной коррекции при кривошеи.	УК - 1, ПК - 1, ПК - 2, ПК - 5, ПК - 9
8	Этиология, патогенез, ведущие проявления и исходы деформаций верхних конечностей.	УК - 1, ПК - 1, ПК - 2, ПК - 5
9	Методика клинического, инструментального и лабораторного исследования пациентов с деформацией верхних конечностей.	УК - 1, ПК - 2, ПК - 5
10	Основы профилактики, лечения и реабилитации деформаций верхних конечностей. Показания и сроки проведения оперативной коррекции при деформациях верхних конечностей.	УК - 1, ПК - 1, ПК - 2, ПК - 9
11	Этиология, патогенез, ведущие проявления и исходы патологии позвоночника. Методика клинического, инструментального и лабораторного исследования пациентов с патологией позвоночника.	УК - 1, ПК - 1, ПК - 2, ПК - 5
12	Основы профилактики, лечения и реабилитации нарушений осанки и сколиоза. Показания и сроки проведения оперативной коррекции при сколиозе.	УК - 1, ПК - 1, ПК - 2, ПК - 9
13	Этиология, патогенез, ведущие проявления и исходы косолапости и других деформаций стопы.	УК - 1, ПК - 1, ПК - 2, ПК - 5
14	Методика клинического, инструментального и лабораторного исследования пациентов с патологией нижних конечностей.	УК - 1, ПК - 2, ПК - 5
15	Основы профилактики, лечения и реабилитации косолапости. Показания и сроки проведения оперативной коррекции при косолапости.	УК - 1, ПК - 1, ПК - 2, ПК - 9
16	Этиология, патогенез, ведущие проявления и исходы остеохондропатий.	УК - 1, ПК - 1, ПК - 2, ПК - 5
17	Основы профилактики, лечения и реабилитации пациентов с остеохондропатиями	УК - 1, ПК - 1, ПК - 2, ПК - 9

2.2. Тестовые задания

Тестовые задания разработаны для каждой ДЕ. В тестовом задании студенту задаются 20 вопросов с возможностью выбора одного правильного ответа из 5 предложенных.

Примеры тестовых заданий:

1. Дифференциальную диагностику врожденной мышечной кривошеи проводят
 - A. с болезнью Гризеля
 - B. с родовой ЧМТ
 - C. с болезнью Шойермана-Мау
 - D. с болезнью Пертеса
 - E. с болезнью Осгуд-Шляттера

2. Формы синдактилии у детей
 - A. костная
 - B. кожная
 - C. перепончатая
 - D. концевая
 - E. все перечисленные

3. При выявлении у новорожденного дисплазии тазобедренных суставов клинически, необходимо провести
 - A. УЗИ и рентгенографию тазобедренных суставов с оценкой по схеме Хильгенрейнера
 - B. УЗИ и рентгенографию тазобедренных суставов с оценкой по схеме Рейнберга
 - C. Только УЗИ тазобедренных суставов
 - D. Только рентгенографию тазобедренных суставов
 - E. Рентгенографию костей таза и позвоночника

4. Болезнь Шойермана-Мау – это
 - A. Остеохондропатия тел позвонков
 - B. Остеохондропатия апофизов позвонков
 - C. Остеохондропатия позвоночника
 - D. Спондилоартроз
 - E. Аутоиммунное воспаление позвонков

5. Оперативное лечение кривошеи проводится в возрасте
 - A. 6 месяцев
 - B. 8 месяцев
 - C. 1 год
 - D. 6 лет
 - E. 2,5-3 года

6. Суммарная длина нижней конечности включает в себя расстояние от передней верхней ости таза
 - A. до большого вертела бедра
 - B. до суставной щели коленного сустава
 - C. до бугристости большеберцовой кости
 - D. до края наружной лодыжки
 - E. до 1 пальца стопы

7. Длина бедра от передней верхней подвздошной ости до суставной щели коленного сустава называется
 - A. суммарной
 - B. абсолютной

- С. относительной
- Д. функциональной
- Е. стандартной

9. Измерение абсолютной длины предплечья производят

- А. от локтевого отростка до шиловидного отростка локтевой кости
- В. от локтевого отростка до шиловидного отростка лучевой кости
- С. от внутреннего надмыщелка до шиловидного отростка локтевой кости
- Д. от наружного надмыщелка до шиловидного отростка лучевой кости
- Е. от локтевого отростка до конца 3 пальца

10. Линия и треугольник Гютера применяется при исследовании нормального локтевого сустава. Для его определения необходимо знать все перечисленные ориентиры, кроме

- А. оси плеча
- В. расположения надмыщелков
- С. расположения вершины локтевого отростка
- Д. при разгибании указанные три точки (надмыщелки и локтевой отросток) составляют прямую линию
- Е. при сгибании указанные три точки составляют равнобедренный треугольник

11. Болезнь Гяглунда – это

- А. Остеохондропатия позвоночника
- В. Остеохондропатия апофизов позвонка
- С. Остеохондропатия апофиза пяточной кости
- Д. Остеохондропатия бугристости большеберцовой кости
- Е. Подвывих шейного позвонка при воспалении кольца Пирогова

12. Линия Розер-Нелатона применяется при исследовании нормального тазобедренного сустава.

Ее определяют все перечисленные образования, кроме

- А. точки верхней передней ости подвздошной кости
- В. точки нижней передней ости подвздошной кости
- С. точки седалищного бугра
- Д. точки большого вертела при сгибании бедра под углом в 135° , которая располагается выше этой линии
- Е. точки большого вертела при сгибании бедра под углом в 135° , которая располагается на этой линии

13. Разгибание и сгибание конечности – это движения

- А. в сагитальной плоскости
- В. во фронтальной плоскости
- С. в аксиальной плоскости
- Д. внутреннее движение вокруг продольной оси
- Е. наружное движение вокруг продольной оси

14. В нормальном (здоровом) тазобедренном суставе не бывает движений

- А. сгибания – 130°
- В. ротации внутренней – 90°
- С. ротации наружной – 90°
- Д. разгибания – 45°
- Е. отведения – 70°

15. Состояние сустава, при котором отсутствуют активные и пассивные движения, называют
- A. анкилоз
 - B. вывих
 - C. подвывих
 - D. контрактура
 - E. гипермобильность
16. Линия надмышечков Маркса в норме
- A. перпендикулярна оси плеча и делится ей пополам
 - B. перпендикулярна оси предплечья и делится ей пополам
 - C. перпендикулярна оси плеча и делится ей в отношении 1/2
 - D. перпендикулярна оси предплечья и делится ей в отношении 1/2
 - E. нет такой линии
17. Основное направление в профилактике нарушений осанки
- A. массаж мышц спины
 - B. прием витаминов
 - C. электрофорез на спину
 - D. укрепление мышц за счет ЛФК и плавания
 - E. укрепление мышц спины за счет корсета
18. Патологическая установка стопы при косолапости включает следующие элементы
- A. аддукция, супинация
 - B. аддукция, супинация, эквинус
 - C. аддукция, супинация, варус
 - D. аддукция, супинация, варус, эквинус
 - E. аддукция, супинация, вальгус, эквинус
19. Полидактилия – это
- A. увеличение размера пальца
 - B. сращение пальцев
 - C. добавочный палец
 - D. искривление фаланги пальца
 - E. увеличение количества фаланг пальца
20. Принципиальным отличием сколиоза от других деформаций позвоночника является
- A. дугообразное отклонение оси позвоночника
 - B. усиление поясничного лордоза
 - C. усиление грудного кифоза
 - D. S-образное искривление оси позвоночника
 - E. торсия позвонков

2.3. Ситуационные задачи (пример)

Ситуационная задача № 1

У мальчика родившегося с массой 3800, от I беременности, протекавшей с токсикозом и нормальных родов при первичном обследовании в родильном доме выявлено: симптом соскальзывания справа в виде характерного щелчка, ограничение отведения правого бедра, при несколько повышенной ротации внутрь, асимметрия кожных складок, укорочение правой нижней конечности на 1 см.

Общее состояние удовлетворительное. В легких пуэрильное дыхание. Сердце - тоны чистые, 138 ударов в минуту. Живот - мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Рефлексы живые. Патологических рефлексов и очаговой неврологической симптоматики нет.

ОАК: RBC - $5,2 \cdot 10^{12}/L$, HGB- 140 g/L, WBC- $30,8 \cdot 10^9/L$.

ОАМ: цвет - соломенно-желтый; удельная плотность - 1005, лейкоциты - 0-1 в п/з.

1. Поставить и обосновать предварительный диагноз.
2. Тактика оказания неотложной помощи.
3. Назначение (с обоснованием) необходимого больному лечения.
4. Возможные осложнения.

Эталон ответа к задаче № 1

Врожденный вывих бедра.

Для уточнения диагноза в месячном возрасте выполняют УЗИ тазобедренных суставов.

Лечение, начиная с роддома: широкое пеленание, ЛФК.

В 3 мес. возрасте выполняют рентгенографию. Для анализа рентгенограммы используют схему Хильгенрейнера - ацетабулярный индекс (норма 30°), высота-h = 10 мм., d = 5 мм.

Проводится консервативное лечение отводящей шиной, при неэффективности, этапное вправление вывиха с использованием вытяжения и фиксаций по Лоренцу.

Ситуационная задача № 2

На прием к детскому хирургу обратилась мать 2-х летней девочки с жалобами на асимметрию лица, наклон головы вправо.

Из анамнеза известно, что в 2-х недельном возрасте в области шеи справа при пальпации определялось опухолевидное образование веретенообразной формы, безболезненное при пальпации. Кожа изменена не была. Утолщение постепенно уменьшилось и самостоятельно исчезло. Никакого лечения не проводилось. После года мать стала замечать, что у девочки голова наклонена вправо. Затем появилось ограничение движения в правую сторону, асимметрия лица.

Ребенок от II доношенной беременности. Тазовое предлежание. Длительный безводный период. Росла и развивалась соответственно возрасту. Перенесла заболевания: ОРВИ. Прививки по возрасту. Травм, операций не было. Кровь не переливали. Аллергоанамнез спокоен.

Общее состояние ребенка удовлетворительное. Девочка активна. Кожа и слизистые чистые, физиологической окраски. Лицо асимметрично. Глазная щель справа сужена, расположена несколько ниже, контур щеки справа сглажен. Угол рта справа приподнят. Голова наклонена вправо с поворотом подбородка в левую сторону. Движения вшейном отделе ограничены и затруднены. На шее справа выше ключицы пальпируется уплотненный безболезненный тяж, идущий к сосцевидному отростку. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 94 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул и диурез нормальный.

ОАК: RBC- $3,5 \cdot 10^{12}/L$, HGB 120 g/L, WBC $9,2 \cdot 10^9/L$, BASO-0, EOS-0, NEU-38, LYM- 50, MONO- 12, СОЭ - 5 мм/час.

ОАМ: цвет желтый, относительная плотность 1004, реакция кислая, лейкоциты 3-4 в п/з.

1. Поставить и обосновать предварительный диагноз.
2. Тактика оказания неотложной помощи.
3. Назначение (с обоснованием) необходимого больному лечения.
4. Возможные осложнения.

Эталон ответа к задаче № 2

У ребенка врожденная мышечная кривошея.

Дифференциальную диагностику следует проводить с синдромом Клиппеля-Фейля, добавочными шейными полупозвонками, синдромом Шерешевского-Тернера, болезнью Гризеля (ротационный подвывих атланта).

Лечение - корригирующая гимнастика с 2-х недельного возраста. Для удержания головы в положении гиперкоррекции картонно-ватно-марлевый воротник, УВЧ-терапия на область уплотнения, электрофорез с йодистым калием, лидазой, парафиновые аппликации.

Оперативное лечение, при безуспешности консервативной терапии с 3-х лет. Операция Микулича - миотомия грудинно-ключично-сосцевидной мышцы. После операции применяют гипсовый воротник на 4 нед.

Прогноз - при своевременном обращении благоприятный. При позднем обращении формируется тяжелая косметическая деформация головы, лица, позвоночника.

Ситуационная задача № 3

Родители ребенка 3 мес. обратились на прием с жалобами на порочное положение правой стопы с рождения.

От II беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине.

В 8 недель мать переболела гриппом. Родился с массой 3100. Выписан из родильного дома на 6 сутки.

Состояние удовлетворительное. Кожный покров и видимые слизистые чистые. Незначительное ослабление мышечной силы правой нижней конечности. Дыхание везикулярное. Тоны сердца чистые, 115 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличена. Стул и диурез не нарушен. Неврологическая симптоматика отсутствует. Внутренний отдел стопы приподнят, наружный опущен, передний отдел стопы - подошвенное сгибание, укорочение продольного свода стопы. Движение в голеностопном суставе ограничено, отмечается гипотрофия мышц голени. При попытке коррекции патологической установки стопы отмечается пружинистое сопротивление в основном за счет мягких тканей, препятствующее устранению.

ОАК: RBC - $4,2 \cdot 10^{12}/L$, HGB - 130 g/L, WBC $6,0 \cdot 10^9/L$.

ОАМ: Цвет - соломенно-желтый; удельная плотность - 1005, реакция - кислая, белок - нет; лейкоциты - 0-2 в п/з.

Рентгенограмма стопы - отмечается изменение суставных поверхностей костей правой стопы, подвывих таранной кости.

1. Поставить и обосновать предварительный диагноз.
2. Тактика оказания неотложной помощи.
3. Назначение (с обоснованием) необходимого больному лечения.
4. Возможные осложнения.
5. Укажите задачи, функции, особенности организации работы детской поликлиники по медицинскому обслуживанию детей первого года жизни. Какие государственные программы направлены на повышение доступности и качества медицинской помощи детям первого года жизни; каков порядок их реализации в медицинских организациях?

Эталон ответа к задаче № 3

У ребенка правосторонняя врожденная косолапость.

К лечению приступают с первых дней жизни. Основой консервативного лечения является ручное исправление деформации и удержание достигнутой коррекции. Ручное исправление деформации проводится в следующей последовательности: устранение аддукции, супинации и эквинуса. Процедура проводится перед кормлением в течение 3-5 мин., 3-4 раза в день. Стопу после корригирующей гимнастики удерживают путем специального бинтования по Финку-Эттингену.

С 2 недельного возраста для коррекции деформации используют этапные корригирующие гипсовые повязки, которые сменяют каждые 7 дней. Такое лечение проводят до 6-9 мес. возраста. При неудаче консервативного лечения и при позднем обращении (старше 1,5 лет) показано оперативное лечение - тенолигаментокапсулотомия по Т.С.Зацепину. После операции - фиксация гипсовой повязкой в течение 4-6 мес., ношение ортопедической обуви.

Прогноз. Ранее консервативное лечение позволяет получить до 90% благоприятных исходов. Возможны рецидивы. Судить о полном излечении можно не ранее чем через 5 лет. Диспансерное наблюдение до 7-14 лет.

3. Технологии и критерии оценивания

Аттестация по окончании дисциплины «Ортопедия детского возраста» проводится в форме зачета без оценки.

Этапы проведения зачета:

1. Тестирование (билет-тест из 20 вопросов),
2. Демонстрация навыков (проводится во время курации больных в отделении в текущем режиме. При отсутствии пациентов с нозологиями по теме ДЕ навык оценивается по ситуационным задачам и на «симуляционном пациенте»),
3. На выбор :
 - а. Собеседование по вопросам промежуточной аттестации,
 - б. Презентация реферата.

Критерии оценивания:

Вид деятельности	Показатели	Критерии	Балл
Тест	Правильное выполнение заданий	91-100%	5
		81-90%	4
		70- 80%	3
		Ниже 70%	0
Демонстрация навыков	Соблюдение этики и деонтологии, эпидемиологических и правовых норм при работе с пациентами и общении с коллегами, преподавателями и сотрудниками клинической базы.	Соблюдает все нормы, не имеет замечаний по поведению.	1
		Не знает основ этики и деонтологии или не умеет их применить. Груб в общении с пациентами и коллегами, не соблюдает субординацию с преподавателями и сотрудниками клинической базы.	0
	Способность к письменной и устной коммуникации, ведению медицинской документации.	Грамотно разговаривает с пациентами и их родителями. Не имеет замечаний по ведению медицинской документации.	1
		Не владеет навыком общения с пациентом и его родителями. Имеет неоднократные замечания по ведению медицинской документации.	0
	Способность применять полученные знания и умения для сбора анамнеза, осмотра, постановки предварительного диагноза, интерпретации обследования, назначения лечения и реабилитации.	Грамотно проводит сбор анамнеза, осмотр больного ребенка. Проводит диф.диагностику и устанавливает предварительный диагноз. Назначает необходимые методы обследования и лечения под контролем преподавателя или зав.отделением. В полном объеме планирует реабилитацию и профилактику возможных осложнений.	5

	Грамотно, но неуверенно проводит сбор анамнеза, осмотр больного ребенка. Затрудняется в проведении диф.диагностики, использует при ее проведении учебные пособия. Назначает неполный или избыточный объем обследования и лечения пациента. Не в полном объеме планирует реабилитацию и профилактику возможных осложнений.	4
	Сбор анамнеза и осмотр больного проводит не в полном объеме, но способен их провести после наводящих вопросов преподавателя. Диф.диагностику и постановку предварительного диагноза способен провести только с использованием методических рекомендаций. Назначает неполный или избыточный объем обследования и лечения пациента. Не в полном объеме планирует реабилитацию и профилактику возможных осложнений.	3
	Не владеет навыком сбора анамнеза, осмотра и постановкой предварительного диагноза.	0
Собеседование	Изученный материал изложен полно, в логической последовательности, даны правильные определения понятий, ординатор демонстрирует понимание материала, обосновывает свои суждения, приводит ссылки на данные литературы по теме.	5
	Изученный материал изложен полно, даны правильные определения понятий, но допущены несущественные ошибки или неточности, которые обучающийся исправляет самостоятельно при коррекции со стороны преподавателя, при этом имеется понимание материала, даются обоснованные суждения.	4
	Ординатор демонстрирует знание и понимание основных положений изучаемой темы, однако материал изложен неполно, допущены существенные ошибки, недостаточно доказательно обоснованы суждения. Ответ сформулирован с помощью наводящих вопросов преподавателя.	3
	Отсутствие ответа либо абсолютно неверное изложение материала по поставленному вопросу.	0
Презентация реферата	Содержание работы отражено полностью. Материал сообщения зачитывается без использования дополнительных источников или редкое использование тезисов, работа с аудиторией (вопрос-ответ) – активна, ответы на вопросы преподавателя полные, в материале темы ориентируется хорошо, быстро. Презентация выполнена	5

	качественно, наглядно.	
	Содержание работы отражено не полностью. Материал сообщения зачитывается с использованием доп. источников или с использованием тезисов, работа с аудиторией (вопрос-ответ) – активна, ответы на вопросы преподавателя не полные, в материале темы ориентируется с небольшими затруднениями. Презентация выполнена наглядно, с небольшими техническими ошибками.	4
	Содержание работы отражено не полностью, докладчик ориентируется в материале с затруднениями, ответы на вопросы студентов и преподавателя не полные. Презентация выполнена не наглядно, с техническими ошибками.	3
	Ординатор не подготовил доклад и презентацию.	0

БРС оценивания учебных достижений ординаторов заключается в формировании итогового рейтинга по дисциплине «Ортопедия детского возраста». Сумма, которую может набрать ординатор по дисциплине для получения зачета, составляет:

- 17 баллов – максимальный рейтинг
- 11 баллов – минимальный рейтинг

По результатам положительной аттестации ординатору выставляется зачет.