

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Стегний Кирилл Владимирович
Должность: И.о. ректора
Дата подписания: 06.10.2026 12:52:01
Уникальный программный идентификатор:
d59234ba928aea5c04c54eb9013a367220b6b2ae

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

«УТВЕРЖДАЮ»

Директор института
 /Т.А. Шуматова/

«01» июля 2026 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Дисциплины Б1.О.05 Заболевания органов ЖКТ у детей и подростков

Специальность	31.08.28 Гастроэнтерология
Уровень подготовки	ординатура
Направленность подготовки	02 здравоохранение (в сфере педиатрии)
Форма обучения	очная
Срок освоения ООП	2 года
Институт	педиатрии

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 31.08.28 Гастроэнтерология, направленности в сфере профессиональной деятельности 02 Здоровоохранение (в сфере педиатрии) универсальных (УК) компетенций, общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций

[https://tgmu.ru/sveden/files/eim/31.08.28_Gastroenterologiya\(5\).pdf](https://tgmu.ru/sveden/files/eim/31.08.28_Gastroenterologiya(5).pdf)

2. ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

2.1. Виды контроля и аттестации, формы оценочных средств

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

Оценочные средства для текущего контроля.

Оценочное средство 1

Тестовые задания

Вариант 1:

1. Наличие изжоги у ребенка 10 лет свидетельствует о

1. диафрагмальной грыже
2. повышенной кислотности желудочного содержимого
3. язвенной болезни желудка
4. забросе желудочного содержимого в пищевод

2. Заболевания ЖКТ, создающие высокий риск развития патологии пищевода

1. недостаточность эзофагокардиального отдела
2. спастический запор
3. ЖКБ
4. дисфункции билиарного тракта

3. Боли за грудиной связаны

1. с повышенной кислотностью
2. с раздражением слизистой оболочки пищевода при рефлюкс-эзофагите

3. с метеоризмом
4. с повышением внутрибрюшного давления

4. Заболевание ЖКТ, вызывающее осложнения со стороны респираторного тракта

1. гастроэзофагорефлюксная болезнь
2. панкреатит
3. гепатит
4. дисхолия

5. Укажите группы препаратов, применяемых при ГЭР

1. препараты висмута (де-нол)
2. прокинетики, корректоры моторики
3. вентер
4. препараты нифурателя

6. Продукты, снижающие тонус нижнего пищеводного сфинктера

1. овощи, фрукты
2. кофе, шоколад, цитрусовые, жиры
3. молоко, творог, яйца
4. рыба, морепродукты, мясо

7. Кислотный рефлюкс диагностируют при

1. снижении рН в пищеводе до уровня 4,0 и менее
2. повышении рН в пищеводе до уровня более 7,5
3. повышении рН в пищеводе до уровня более 5,0
4. снижении рН в пищеводе до уровня 5,0

8. Пищеводные проявления при ГЭРБ

1. дисфагия прогрессирующая
2. ночной кашель
3. изжога, аэрофагия
4. ларингит

9. Внепищеводные проявления при ГЭРБ

1. одышка и дисфагия
2. отрыжка, изжога
3. чувство горечи во рту
4. ночной кашель, поражение эмали зубов

10. "Золотым стандартом" определения патологического ГЭР считается

1. гастродуоденоскопия
2. суточное рН-мониторирование
3. УЗИ с водно-сифонной пробой
4. рентгенологическое исследование пищевода с барием

Вариант 2

1. Функциональная диспепсия возникает вследствие нарушений

1. желудочной секреции, гастродуоденальной моторики, висцеральной гиперчувствительности,
2. двигательной функции желчного пузыря
3. моторики толстого кишечника
4. эзофагоспазма, ГЭР

2. В желудке у детей и взрослых расщепляются

1. углеводы до дисахаридов
2. белки до три- и дипептидов
3. жиры до ди- и моноглицеридов
4. белки до полипептидов

3. Для выявления дуоденогастрального рефлюкса информативны

1. рвотные массы с кислым содержанием
2. обнаружение при гастроскопии темной желчи в желудке
3. данные УЗИ желудка, 12-перстной кишки с жидкостью
4. гиперацидность

4. Методы контроля за эффективностью эрадикационной терапии НР-ассоциированного хронического гастродуоденита

1. ГДС
2. дыхательный хелик-тест, антиген Нр в кале
3. бактериологический
4. уреазный тест

5. Для синдрома эпигастральной боли – (СЭБ) характерно

1. боли в эпигастрии, на ГДС – эритематозная гастропатия
2. эпигастральная боль, жжение, отсутствие изменений на ГДС
3. ранее насыщение, чувство переполнения после еды, отсутствие изменений на ГДС
4. эпигастральная боль поздняя, натошак, на ГДС – эрозивная гастропатия, дуоденопатия

6. Для лечения синдрома эпигастральной боли – (СЭБ) используются

1. тримебутин, тенотен
2. антациды, тенотен
3. венгер, тенотен
4. дебол, тенотен

7. Для лечения постпрандиального дистресс-синдрома – (ПДС) используются

1. венгер, тенотен
2. антациды, тенотен
3. тримебутин, тенотен
4. дебол, тенотен

8. Наиболее выраженным эффектом подавления секреции кислоты в желудке обладают

1. блокаторы «протонного насоса»
2. антациды
3. блокаторы гистаминовых рецепторов 2-го типа
4. м-холинолитики

9. Дуодено-гастральный рефлюкс способствует развитию

1. антрального гастрита
2. перегиба желудка
3. дивертикула желудка
4. эзофагеальной рефлюксной болезни

10. Из питания детей при обострении хронического гастродуоденита исключаются 1. макаронные изделия

2. сырые овощи и фрукты
3. отварное мясо и рыба
4. молоко и пресный творог

Вариант 3

1. В структуре язвенной болезни (ЯБ) у детей чаще встречаются

1. ЯБ желудка
2. сочетанная ЯБДПК и ЯБ желудка
3. язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК)
4. одинаково часто ЯБДПК и ЯБ желудка

2. Контроль эффективности эрадикационной терапии *H. pylori* целесообразно проводить

1. не ранее, чем через 4-6 недель после окончания лечения
2. сразу после окончания лечения
3. не ранее, чем через 6 месяцев после окончания лечения
4. контроль эффективности лечения не требуется

3. Продолжительность стандартной тройной терапии язвенной болезни у детей составляет (дней)

1. 10-14
2. 28
3. 21
4. 10

4. Наиболее достоверным клиническим признаком ЯБ является

1. поносы, боли в животе
2. тошноты, ночные боли в эпигастрии
3. рецидивирующая рвота
4. метеоризм, боли в животе

5. Мойнигамовский ритм болей в животе характеризуется

1. тошноты
2. ночной и "голодный" характер
3. "голод > боль > прием пищи > облегчение"
4. боли, не уменьшающиеся при приеме пищи

6. Клинические признаки острого кровотечения при ЯБ

1. рвота алой кровью
2. стул с примесью крови
3. рвота "кофейной гущей", мелика
4. стул по типу «малинового желе»

7. Достоверным рентгенологическим признаком язвенной болезни двенадцатиперстной кишки является

1. конвергенция складок
2. остаточное пятно бария
3. отечность складок
4. раздраженная луковица

8. В терапию первой линии эрадикации *helicobacter pylori* включена схема

1. висмута субцитрат + Ингибитор протонной помпы + Амоксициллин + Кларитромицин
2. ингибитор протонной помпы + Амоксициллин + Кларитромицин

3. ингибитор протонной помпы + Висмута субцитрат + Джозамицин
4. ингибитор протонной помпы + Метронидазол + Тетрациклин + Висмута субцитрат

9. К неинвазивным диагностическим методам выявления *Helicobacter pylori* (h. pylori) относится

1. биохимический метод (быстрый уреазный тест)
2. изотопный уреазный дыхательный тест
3. иммуногистохимический метод с применением моноклональных антител
4. выявление *H. pylori* в слизистой оболочке желудка методом полимеразной цепной

10. При диагностике язвенной болезни наиболее информативным является _____ метод

1. рентгенологический
2. эндоскопический
3. лабораторный
4. ультразвуковой

Вариант 4

1. Диагностические критерии дисфункции желчного пузыря

1. боль в эпигастрии или в правом подреберье, тошнота
2. отрыжка, изжога, горечь во рту
3. вздутие живота, диарея или запор
4. опоясывающая боль, метеоризм, запор

2. В копрограмме для нарушения желчевыделения характерно

1. нейтральный жир
2. зерна крахмала
3. иглы жирных кислот
4. мышечные волокна

3. При гиперкинетических расстройствах желчного пузыря отмечаются

1. коликообразные боли в правом подреберье, тошнота
2. тупые боли в правом подреберье
3. чувство давления, распирающего, которые усиливаются при изменении положения тела
4. вздутие живота, горечь во рту, неустойчивый стул

4. Лабораторные критерии холестаза

1. повышение уровня ШФ, ГГТ, холестерина, билирубина
2. нормальный уровень ЩФ, ГГТ,
3. повышение уровня холестерина
4. снижение уровня холестерина

5. Принципы терапии холестаза

1. диета №5. прием пищи 4-5 раз в день
2. достаточный прием жидкости, двигательный режим
3. назначение холеретиков, гепатопротекторов
4. все выше перечисленное

6. Продукты, обладающие желчегонным действием

1. жиры
2. фрукты
3. овощи

4. мясо

7. Действие жиров на функцию желчевыводящих путей

1. тормозят желчеотделение
2. способствуют расслаблению ЖП и сокращению сфинктера Одди
3. способствуют сокращению ЖП и расслаблению сфинктера Одди
4. способствуют выработке холецистокинина

8. Для заболевания желчного пузыря характерным является симптом

1. Мейо-Робсона
2. Менделя
3. Щеткина-Блюмберга
4. Мерфи

9. Холеретики

1. вызывают сокращение желчного пузыря, усиливают отток желчи
2. усиливают образование желчи
3. вызывают расслабление желчного пузыря, уменьшают отток желчи
4. снимают спазм сфинктера Одди, способствуют нормализации оттока желчи

10. При атрезии желчевыводящих путей наблюдается

1. олигурия
2. срыгивание
3. бледность кожи
4. обесцвеченный кал

Вариант 5

1. Жиры расщепляет фермент поджелудочного сока

1. эластаза
2. липаза
3. лактаза
4. сахараза

2. К патогенетическим средствам лечения острого панкреатита относятся

1. ингибиторы ферментов
2. антибиотики
3. ферменты
4. холинолитик

3. К ферментативным микросферическим препаратам относится

1. панзинорм
2. мезим
3. фестал
4. креон

4. Характерным клиническим признаком для острого панкреатита является

1. рвота
2. изжога
3. запор
4. зуд кожи

5. Изолированная ферментативная недостаточность липазы характерна для

1. муковисцидоза
2. синдром Швахмана-Даймонда, Шелдона-Рея
3. первичного склерозирующего холангита
4. липоматоз

6. Изменения в копрограмме, характерные для панкреатической недостаточности

1. стеаторея 2 типа
2. амилорея
3. стеаторея 1 типа
4. креаторея

7. Для заболевания поджелудочной железы характерным является симптом

1. Мейо-Робсона
2. Френикус» -симптом
3. Ортнера
4. Мерфи

8. Биохимическими маркерами острого панкреатита являются

1. повышение ШФ, ГГТ
2. гипергликемия
3. гиперамилаземия и гиперлипаземия
4. диспротеинемия

9. Ферменты поджелудочной железы, активируемые желчью

1. липаза
2. амилаза
3. трипсиноген
4. трипсин

10. При панкреатической недостаточности у детей страдает пищеварение

1. полостное
2. пристеночное
3. внутриклеточное
4. все виды пищеварения

Вариант 6

1. Двигательную функцию толстой кишки можно определить с помощью

1. копрограммы
2. колоноскопии
3. ректороманоскопии
4. ирригографии

2. Возрастной суточной нормой следует считать кратность опорожнения кишечника для детей от 4 месяцев до 4 лет

1. 1 раз в сутки
2. до 3 раз в сутки
3. более 4 раз в сутки
4. до 3 раз в неделю

3. Причины функциональных нарушений кишечника

1. связаны с воспалительными заболеваниями
2. связаны с пороком развития кишечника

3. лежат вне кишечника и связаны с измененной регуляцией его функции
4. связаны с нарушением обмена веществ

4. По Бристольской шкале кала к запорам относят стул

1. 1-2 тип
2. 4-5 тип
3. 6-7 тип
4. 3-4 тип

5. Детям с избыточной массой тела, с запорами в качестве первого основного прикорма целесообразно назначать

1. каши молочные промышленного производства
2. овощное пюре
3. фруктовое пюре
4. фруктовые соки

6. Диагностические критерии функционального запора у детей:

1. задержка опорожнения кишечника в течение 2 -3х дней
2. отсутствие запора при соблюдении режима питания и водной нагрузки
3. опорожнение кишечника чрез 5-7 дней после клизм
4. стул только на фоне слабительных

7. Критерии диагностики младенческих колик

1. приступы внезапного беспокойства и плача более 3 часов в день
2. нормальное самочувствие между эпизодами болей
3. у здоровых детей младше 5 месяцев
4. все вышеперечисленное

8. Причины младенческих кишечных колик у детей раннего возраста

1. незрелость ЭНС, висцеральная гиперчувствительность, нарушение мукозального гомеостаза
2. аллергические и псевдоаллергические реакции
3. функциональная, транзиторная лактазная недостаточность
4. все вышеперечисленное

9. Мероприятия при функциональных запорах

1. прием пищи 5 раз в день Диета № 3, достаточный прием жидкости, отвары из овощей и фруктов, соки
2. двигательный режим
3. формирование рефлекса на дефекацию. опорожнение кишечника в одно и тоже время
4. все выше перечисленное

10. Для младенческой дисхезии характерно:

1. приступы натуживания и плача перед дефекацией мягким стулом
2. сочетание болей в животе с запором
3. приступы беспокойства, метеоризма перед дефекацией плотным стулом
4. все вышеперечисленное

Эталоны ответов к тестовым заданиям:

№	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	4	1	2	1	2	2	2	3	4	2
2	1	4	2	2	2	2	3	1	1	2

3	3	1	1	2	3	3	2	2	2	2
4	1	3	1	1	4	1	3	4	2	4
5	2	1	4	1	2	3	1	3	1	1
6	4	2	3	1	2	1	4	4	4	1

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

Миникейсы

Ситуационная задача №1

На приеме у участкового педиатра школьница 15 лет.

Жалобы. Дисфагия, болезненность при прохождении пищи по пищеводу, практически ежедневно изжога и кислый привкус во рту, осиплость голоса по утрам.

Анамнез заболевания. Периодически изжога беспокоит девочку в течение последних двух лет. Участилась изжога в последние полгода, стала возникать практически после каждого приема пищи, когда девочка перестала соблюдать режим питания, стала питаться два раза в день, большими порциями, наедаться на ночь. В течение последнего месяца беспокоит ощущение «кома» за грудиной и боли при прохождении пищи по пищеводу, отрыжка кислым и утренняя осиплость голоса.

Анамнез жизни. Росла и развивалась соответственно возрасту. Перенесенные заболевания и операции: лакунарные ангины 2 раза в год. Наблюдение специалистов: лор с диагнозом хронический тонзиллит. Наследственность: у бабушки по линии отца – сахарный диабет.

Аллергоанамнез не отягощен.

Вакцинирована в соответствии с Нац. календарем по возрасту

Объективный статус. При осмотре: состояние ребенка удовлетворительное, самочувствие хорошее. Рост 154 см, вес 55 кг. Жалоб на момент осмотра не предъявляет. Последний эпизод изжоги был с утра после завтрака. Зев рыхлый, миндалины гипертрофированы I-II степени, лакуны глубокие, с казеозными пробками. Зубы кариозно измененные. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации высоко в эпигастральной области. Печень и селезенка не увеличены. Пузырные симптомы отрицательные. Стул оформленный коричневого цвета, регулярный.

Вопросы

1. Какие инструментальные методы обследования необходимы для постановки диагноза?

2. Сформулируйте основной диагноз, учитывая результаты обследования:
Клинический анализ крови: эрит. $4,7 \times 10^{12}$, Нв -136 г\л, лейкоц. $7,3 \times 10^9$, СОЭ-2 мм\ч, тромбоциты 245×10^9 , э-2%, п-5%, с-45%, л-41% , м-7%. *Биохимический анализ крови:* АЛТ 35ед\л, АСТ 29ед\л, амилаза панкреатическая -78 ед\л, липаза 45 ед\л, общий белок 74 г\л, сывороточное железо 12,2 мкмоль\л, глюкоза 5,5 ммоль\л. *Билирубин общий* 18,2 мкмоль\л
Эзофагогастродуоденоскопия: Пищевод свободно проходит. Слизистая пищевода ярко гиперемизирована, отечна в н/3. «Зубчатая линия» прослеживается неравномерно на 2-3 см выше розетки кардии. Кардия смыкается вяло складки ее отечные, слизистые их ярко гиперемизированы, отечные, по передней стенке визуализируется эрозия размерами до 0,5-0,4

см, перистальтика вялая. В желудке немного прозрачного содержимого. Складки обычного калибра, хорошо расправляются воздухом. Слизистые желудка бледно-розовые, блестящие. Привратник округлой формы, перистальтика активная, смыкается полностью. Луковица 12 п.к. средних размеров, пустая. Слизистые розовые, блестящие. Б/Д переход проходим свободно. Постлуковичный отдел – складки мелкие, концентрично расположены. Слизистые розового цвета, блестящие. Фатеров сосок по медиальной стенке, конической формы. Желчь на проведение ФЭГДС не выделялась.

УЗИ верхних отделов желудочно-кишечного тракта с водно-сифонной пробой: в желудке натощак большое количество слизи. Отмечается усиление сосудистого рисунка в области пищевода, желудка и кишечника. При компрессии отмечается рефлюксный заброс содержимого желудка в просвет пищевода.

3. Дайте рекомендации по питанию и образу жизни

4. Назначьте терапию данному пациенту

5. Что необходимо сделать в случае персистенции симптомов, несмотря на применение ингибиторов протоновой помпы?

Оценочный лист к ситуационной задаче №1

1. Какие инструментальные методы обследования необходимы для постановки диагноза?

Эзофагогастродуоденоскопия, УЗИ верхних отделов желудочно-кишечного тракта с водно-сифонной пробой

2. Сформулируйте основной диагноз, учитывая результаты обследования:

1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (рефлюкс-эзофагит IIВ степени)

3. Дайте рекомендации по питанию и образу жизни

Диета: частое и дробное питание (5–6 раз в день), последний прием пищи должен быть не позднее, чем за 2–3 часа до сна, избегать употребления продуктов, усиливающих ГЭР (кофе, жиры, томаты, шоколад и т. д.); Образ жизни: спать на кровати, головной конец которой приподнят на 15-20 см; нежелателен прием препаратов, снижающих тонус нижнего пищеводного сфинктера (теофиллин, антидепрессанты, нитраты, антагонисты кальция, НПВС, доксициклин); избегать нагрузки на мышцы брюшного пресса, работы в наклон, ношения тугих поясов, ремней).

4. Назначьте терапию данному пациенту

Корректор моторики – Тримедат 0,2 х 3 раза 4 недели. При изжоге Альгинаты - Гевискон 1 ст. л. или Антациды - Маалокс по 1-2 таблетки через 1-1,5 часа после еды 3 раза в день и 4-й раз перед сном. Курс 10-14 дней. Ингибиторы протонной помпы - (при отсутствии хеликобактерной инфекции (отрицательный антиген Нр в кале) - Эзомепразол (Нексиум) 20 мг х 2 раз в день. Курс 4-6 недель.

5. Что необходимо сделать в случае персистенции симптомов, несмотря на применение ингибиторов протоновой помпы?

Направить к гастроэнтерологу для проведения ЭФГДС с биопсией

Ситуационная задача №2

Мальчик 11 лет

Жалобы: на боли в верхней половине живота ноющего характера, возникающие сразу после еды, особенно после обильной, жирной, иногда на голодный желудок. Обычно боли проходят самостоятельно. Часто беспокоит чувство тяжести, переполнения в эпигастральной области, быстрое насыщение. Иногда бывает отрыжка воздухом, тошнота, редко рвота съеденной пищей

Anamnesis morbi. Указанные жалобы появились у мальчика около 4 месяцев назад и первоначально отмечались редко, а в течение последних 3 месяцев беспокоят постоянно и стали более выраженными. Со слов матери, аппетит у мальчика избирательный.

Anamnesis vitae Рос и развивался нормально, ребенок эмоциональный.

Несмотря на интенсивный линейный рост в течение последних 6 месяцев, вес ребёнка не увеличился.

Из анамнеза известно, что у отца ребёнка хронический гастродуоденит, у деда по линии отца язвенная болезнь, у бабушки ЖКБ.

Объективные данные: Рост - 148 см, масса тела - 35 кг. При клиническом обследовании состояние мальчика удовлетворительное. Активный, контактный. Астенического телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски, чистые. Выражен гипергидроз ладоней, стоп. Отмечается стойкий красный дермографизм. Язык влажный. На языке налёт белого цвета. АД - 110/70 мм рт.ст., пульс - 72 удара в минуту. Тоны сердца звучные, чистые. В лёгких выслушивается везикулярное дыхание. Живот округлой формы, активно участвует в акте дыхания, умеренно болезненный в эпигастральной области и пилорoduоденальной зоне при глубокой пальпации. Печень и селезёнка не пальпируются. Пузырные симптомы отрицательные. Мочеиспускание безболезненное. Стул, со слов мальчика, бывает ежедневно, оформленный, коричневой окраски. Щитовидная железа не пальпируется. Половое развитие по мужскому типу, яички в мошонке.

Результаты дополнительного обследования:

Общий анализ крови: гемоглобин – 132 г/л, цветовой показатель – 0,9, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $7,2 \times 10^9/л$; палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 51%, эозинофилы – 3%, лимфоциты – 36%, моноциты – 7%, СОЭ – 6 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет – светло-жёлтый, прозрачная, pH – 6,0; плотность – 1,017; белок – нет; сахар – нет; эпителиальные клетки – 1-2-3 в поле зрения; лейкоциты – 2-3 в поле зрения.

Эзофагогастродуоденоскопия: слизистая пищевода розовая, кардия смыкается. В желудке мутная слизь, слизистая розовая. Слизистая луковицы дуоденум бледно розовая, желчь поступает ритмически. Тест на НР-инфекцию: быстрый уреазный тест отрицательный (-).

Дыхательный Хелик тест отрицательный

Вопросы

1. Какой наиболее вероятный диагноз?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз
3. Составьте план дополнительного обследования ребёнка
4. Назначьте лечение ребёнку
5. Укажите «золотой стандарт» диагностики *helicobacter pylori* в современной гастроэнтерологии

Оценочный лист к ситуационной задаче по № 2

1. Какой наиболее вероятный диагноз?

Функциональная диспепсия (ФД). Синдром эпигастральной боли (СЭБ). Постпрандиальный дистресс-синдром (ПДС).

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз

На основании жалоб больного на чувство тяжести, переполнения в эпигастральной области, быстрое насыщение, отрыжку воздухом, данных осмотра умеренная болезненность в эпигастральной области и пилорoduоденальной зоне при глубокой пальпации живота, отсутствие изменений на ЭФГДС, быстрый уреазный тест отрицательный, дыхательный Хелик тест отрицательный

3. Составьте план дополнительного обследования ребёнка УЗИ органов брюшной полости; биохимический анализ крови (определение уровня билирубина, трансаминаз, амилазы, липазы, ЩФ, ГГТ); копрограмма + кал на цисты лямблии; анализ кала на скрытую кровь.

4. Назначьте лечение ребёнку

Диета № 5; Тенотен детский по 2 таб х 3 раза 2-3 месяца; Алюминия фосфат (Фосфолюгель), или Алгелдрат+магния гидроксид (Маалокс) по 10-15 мл х 3 раза через 1,5 часа после еды и 4 раз на ночь и при болях – 2-3 недели; Трибепутин (Тримедат 0,1 по 1 таблетке х 3 раза). Курс лечения - 4 недели.

5. Укажите «золотой стандарт» диагностики *helicobacter pylori* в современной гастроэнтерологии

Инвазивный - ЭГДС с биопсией и гистологическим изучением образцов тканей; неинвазивный: дыхательный уреазный тест меченым нерадиоактивным углеродом, Антиген Hp в кале.

Ситуационная задача №3

На приеме у участкового педиатра подросток 14 лет

Жалобы. На боли в эпигастрии, возникающие натощак или через 2,5-3 часа после еды; ночные боли.

Анамнез заболевания

В течение последних 2 месяцев отмечаются эпизодические боли в эпигастрии и пилородуоденальной области, возникающие натощак или через 2,5-3 часа после еды; последние 3-4 недели присоединились ночные боли. К врачу ранее не обращался. Терапию не получал.

Анамнез жизни

Мальчик от 2 беременности, протекавшей без особенностей, 2 срочных родов путем кесарева сечения. Масса при рождении 4150 г, длина тела 52 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Грудное вскармливание до 1 года. Аллергологический анамнез не отягощён. Перенес ветряную оспу, краснуху. Наблюдается дерматологом по поводу себореи волосистой части головы (в настоящее время ремиссия).

Семейный анамнез: мать – 55 лет, эндемический зоб щитовидной железы; отец – 53 года, практически здоров; сестра – 17 лет, практически здорова. У дедушки по линии отца – язвенная болезнь 12-перстной кишки.

Объективный статус

Состояние ребенка удовлетворительное, самочувствие хорошее. Рост 186 см, вес 71 кг. Жалоб на момент осмотра не предъявляет. Последний эпизод болей в животе был 3 часа назад, после еды боли купировались. Кожные покровы и видимые слизистые влажные, чистые. Язык обложен белым налетом у корня. Живот мягкий, умеренно болезненный при глубокой пальпации в эпигастриальной, пилородуоденальной области. Печень и селезенка не пальпируются. Пузырные симптомы отрицательные. Стул оформленный темно-коричневого цвета, ежедневно. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Вопросы.

1. Какие инструментальные методы обследования необходимы для постановки диагноза и исключения сопутствующей патологии?

2. Какие лабораторные методы обследования необходимы для определения инфицированности *Helicobacter pylori*?

3. Сформулируйте окончательный диагноз на основании имеющихся данных обследований. *Эзофагогастродуоденоскопия:* Слизистая пищевода розовая. Кардия смыкается полностью. Слизистая желудка розовая. Привратник сомкнут. Луковица двенадцатиперстной кишки не деформирована. По передней и задней стенкам в средней трети определяются 2 язвенных дефекта до 0,5 см с выраженной конвергенцией к ним

складок. В постбульбарных отделах рыхлая слизистая. *УЗИ органов брюшной полости* без патологии. *Анализ кала на антиген Helicobacter pylori*-положительный. *Уреазный дыхательный тест* с C_{13} -меченым атомом углерода- положительный.

4. Какой препарат всегда включен в схему квадротерапии данной патологии?

5. Что необходимо с целью профилактики рецидивов данного заболевания?

Оценочный лист к ситуационной задаче по № 3

1. Какие инструментальные методы обследования необходимые для постановки диагноза и исключения сопутствующей патологии?

Эзофагогастродуоденоскопия, УЗИ органов брюшной полости

2. Какие лабораторные методы обследования необходимые для определения инфицированности Helicobacter pylori?

Акала на антиген H. Pylori, уреазный дыхательный тест с C_{13} -меченым атомом углерода

3. Сформулируйте окончательный диагноз на основании имеющихся данных обследований. *Эзофагогастродуоденоскопия:* Слизистая пищевода розовая. Кардия смыкается полностью. Слизистая желудка розовая. Привратник сомкнут. Луковица двенадцатиперстной кишки не деформирована. По передней и задней стенкам в средней трети определяются 2 язвенных дефекта до 0,5 см с выраженной конвергенцией к ним складок. В постбульбарных отделах рыхлая слизистая. *УЗИ органов брюшной полости* без патологии. *Анализ кала на антиген Helicobacter pylori*-положительный. *Уреазный дыхательный тест* с C_{13} -меченым атомом углерода- положительный.

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки с локализацией в луковице, впервые выявленная, фаза обострения, H. pylori-позитивная.

4. Какой препарат всегда включен в схему квадротерапии данной патологии?

Висмута субцитрат

5. Что необходимо с целью профилактики рецидивов данного заболевания?

Нормализовать режим дня и характер питания

Ситуационная задача №4

На амбулаторном приеме у участкового педиатра девочка 5 лет.

Жалобы. На периодические боли в животе в области правого подреберья, тошноту, горечь во рту, эпизод рвоты.

Анамнез заболевания. Периодические боли в животе, в области правого подреберья беспокоят в течение 6 месяцев, при соблюдении диеты (ограничение в еде жареной, жирной пищи, колбас, копченостей), состояние улучшалось. В течение нескольких дней девочка вновь стала жаловаться на боли в животе. Ранее не обследовались, не лечились.

Анамнез жизни. Росла и развивалась соответственно возрасту. Посещает детский сад с 3 лет. Перенесенные заболевания: ОРВИ 4-5 раз в год. Травм и операций не было. Узкими специалистами не наблюдается.

Аллергоанамнез: неотягощен.

Вакцинирована согласно национальному календарю профилактических прививок.

Семейный анамнез: у матери – желчнокаменная болезнь (холецистэктомия), у отца – хронический гастрит, гастро-эзофагеальная рефлюксная болезнь.

Объективный статус. Состояние удовлетворительное, самочувствие не страдает, последний эпизод болей в животе накануне утром, купировался спазмолитиками. Не лихорадит. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, чистые, умеренной влажности. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот округлой формы, симметричен, не вздут, при пальпации умеренно болезненный в правом подреберье. Симптом Кера, Ортнера, Мерфи – положительные.

Печень +1,0 см из-под края рёберной дуги, край упругий, безболезненный. Селезёнка не пальпируется. Стул оформленный, 1 раз в сутки, без патологических примесей.

Вопросы

1. Какие лабораторные методы обследования необходимы для постановки диагноза?

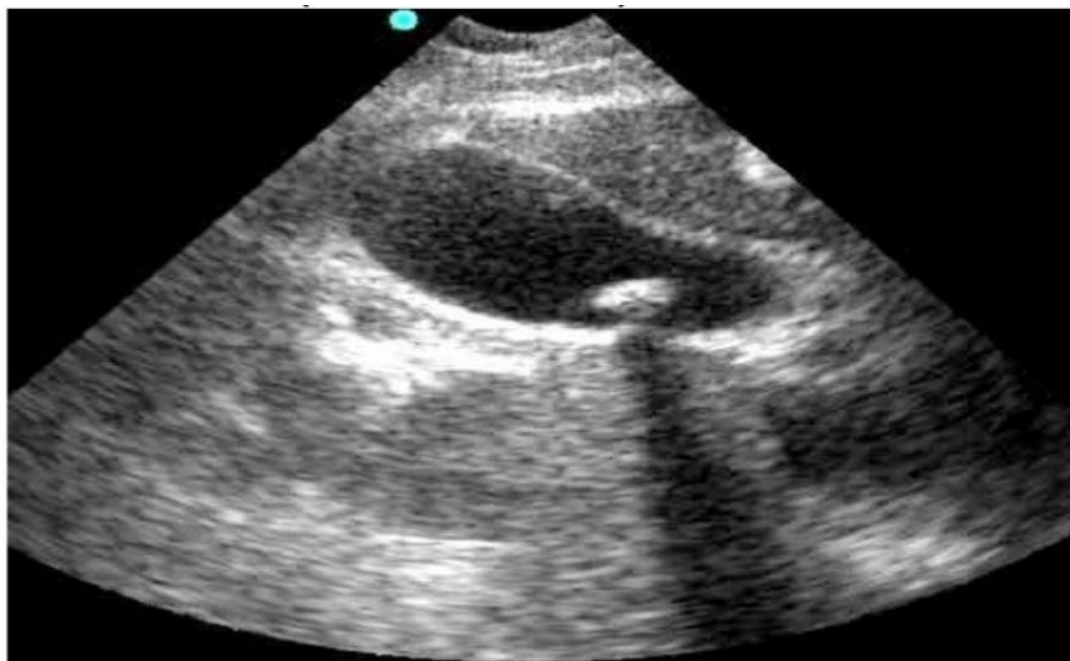
2. Какие инструментальные методы обследования необходимы для постановки диагноза?

3. Сформулируйте основной диагноз, исходя из полученных данных:

В результате обследования получены следующие данные:

Биохимический анализ крови: АЛТ – 27 U/L, АСТ- 22 U/L, Щелочная фосфатаза – 650 Ед/л (норма до 370 Ед/л), ГГТ – 56 Ед/мл (норма 0-50). Общий билирубин – 26,3 мкмоль/л (норма до 21 мкмоль/л). Прямой билирубин – 15,5 мкмоль/л. Непрямой билирубин – 10,8 мкмоль/л. Липидограмма: Общий холестерин – 6,8 ммоль/л, триглицериды – 1,07 ммоль/л, ЛПНП – 3,9 ммоль/л, ЛПВП – 1,1 ммоль/л, ИА – 3,6.

УЗИ органов брюшной полости: печень – не увеличена, контуры ровные, паренхима однородная, эхогенность усилена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена; желчный пузырь – обычной формы, толщина стенок до 4 мм (норма – до 2 мм), в области шейки обнаружено гиперэхогенное образование размером 8x10 мм, со слабой акустической тенью; поджелудочная железа – паренхима эхо неоднородная, головка – 19 мм (N – до 18), тело – 15 мм (N – до 15), хвост – 20 мм (N – до 18).



Магнитно-резонансная холангиопанкреатография: конкремент 8*10 мм в шейке желчного пузыря

Гепатобилисцинтиграфия: выявлены признаки гипофункции желчного пузыря

4. Какой препарат назначают для растворения желчных камней?

5. Какие факторы риска развития данной патологии в детском возрасте?

Оценочный лист к ситуационной задаче по №4

1. Какие лабораторные методы обследования необходимы для постановки диагноза?

Исследование АСТ, АЛТ, ЩФ, ГГТ, билирубина (общий, фракции), липидограмма, клинический анализ крови, копрограмма

2. Какие инструментальные методы обследования необходимы для постановки диагноза?

УЗИ органов брюшной полости, магнитно-резонансная холангиопанкреатография, гепатобилисцинтиграфия

3. Сформулируйте основной диагноз, исходя из полученных данных:

Желчнокаменная болезнь, конкремент желчного пузыря, 2 стадия, неосложнённая форма

4. Какой препарат назначают для растворения желчных камней?

Урсодезоксихолевую кислоту

5. Какие факторы риска развития данной патологии в детском возрасте?

Женский пол, сахарный диабет, ожирение

Ситуационная задача №5

Жалобы на недостаточные прибавки массы тела, зловонный стул, периодически выпадение прямой кишки.

Анамнез. Родился от 1 беременности, 1 родов в срок. Беременность, роды протекали без патологии. Масса 3100, длина 50 см, закричал сразу. К груди приложен в первые сутки, сосал активно, лактация у матери достаточная. От скрининга в роддоме мать отказалась. Нервно-психическое развитие соответствует возрасту: голову держит с 1,5 месяцев, сидит с 7 месяцев, ходит с 1,2 года. С рождения недостаточная ежемесячная прибавка массы тела, роста. В 4,5 месяца введен прикорм овощное пюре, далее каша и мясное пюре, аппетит хороший, в массе постоянно отставал. Грудное вскармливание до 1 года. Далее общий стол. Стул зловонный, жирный, горшок после дефекации можно промыть только с мылом. Иногда отмечалось выпадение прямой кишки. В 1 год масса 8000, рост 73 см. Родители здоровы.

Ген анамнез: неотягощен

Объективно: вес 8200 г., рост 74 см. Мальчик пониженного питания, контурируются ребра, суставы, подкожно жировая клетчатка истончена на груди, животе, тургор тканей снижен. Аппетит хороший. Бледный. Тоны сердца громкие, шумов нет. Дыхание над лёгкими пуэрильное. Живот увеличен в размере, мягкий. Печень выступает из-под реберной дуги на 2,0 см. Стул 1-3 раза, кал серого цвета, блестящий, зловонный. Мочится свободно.

Ребенок не привит (отказ родителей). В поликлинику мать с ребенком не ходила.

Результаты обследования

УЗИ органов брюшной полости: Печень – немного увеличена, ПКР-7,8 см ЛКР – 4,3 см. Контур ровный, паренхима однородная, эхогенность сохранена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный пузырь с перегибом в теле и шейке, натощак желчный пузырь 5,8 x 2,1 см., стенка желчного пузыря ровная 1-2 мм, содержимое анэхогенное. Поджелудочная железа -: контур ровный, чёткий, головка - 7 мм, тело 9 мм, хвост 9 мм, **структура** неоднородная, эхогенность повышена.

Копрограмма: детрит ++, иглы жирных кислот +, мыла+, нейтральный жир +++, бактерии +++

Вопросы:

- 1. Сформулируйте предварительный наиболее вероятный диагноз**
- 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз**
- 3. Составьте план обследования больного**
- 4. Какой тип наследования, вероятность рождения больного ребенка при кистозном фиброзе поджелудочной железы (муковисцидозе)?**
- 5. Укажите принципы диетотерапии и заместительной ферментной терапии данного пациента**

Оценочный лист к ситуационной задаче по № 5

- 1. Сформулируйте предварительный наиболее вероятный диагноз**

Первичная экзокринная недостаточность поджелудочной железы. Возможно кистозно-фиброзное заболевание поджелудочной железы (муковисцидоз). Недостаточность питания 1 степени (Постнатальная гипотрофия 1 ст). Выпадение прямой кишки. Перегиб желчного пузыря.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз

Диагноз установлен на основании жалоб - на недостаточные прибавки массы тела с первых месяцев жизни, жирный, зловонный стул, периодически выпадение прямой кишки; объективных данных - мальчик пониженного питания (дефицит массы тела 20%), увеличение печени; лабораторных данных - в копрограмме стеаторея 1 типа за счет нейтрального жира +++; на УЗИ - увеличение печени, структура поджелудочной железы неоднородная, эхогенность повышена.

3. Составьте план обследования больного

Копрограмма в динамике, Эластаза кала -1. 3-х кратный потовый тест, ДНК диагностика. Консультация генетика

4. Какой тип наследования, вероятность рождения больного ребенка при кистозно-фиброзе поджелудочной железы (муковисцидозе)?

Аутосомно-рецессивный. У гетерозиготных родителей, клинически здоровых, рождается больной ребенок. Степень риска рождения больного ребенка высокая - 25%, 50% детей носители гена

5. Укажите принципы диетотерапии и заместительной ферментной терапии данного пациента

Диетотерапия с увеличением квоты белка, калорийности без ограничения жира, молочные смеси с повышенной квотой белка и калорийностью с включением СЦТ, пищу подсаливать, обильное питье; заместительная ферментотерапия - минимикросферические препараты панкреатина в каждый прием пищи.

Ситуационная задача №6

Мальчик 3,5 -х лет

Жалобы на боли в животе, чаще после жирной, мучной пищи, периодически боли во время акта дефекации, задержку стула до 3-4-х дней, стул по типу «овечьего», долго тужится на горшке, не всегда успешно. Появилась боязнь горшка.

Из анамнеза: задержка стула в течение 3-4 месяцев, когда ребенок пошел в сад. Аппетит избирательный. Ребенок любит жирную, жареную и мучную пищу, мясо. Воду пьет неохотно. Практически не ест овощи, фрукты. В саду аппетит снижен.

Ген анамнез: не отягощен

Объективно. Мальчик хорошего питания. Бледный, темные круги под глазами. Тоны сердца громкие, шумов нет. Дыхание над легкими везикулярное. Живот мягкий, увеличен в объеме, метеоризм, отмечается болезненность при пальпации по ходу кишечника. Печень пальпируется на 1 см из-под края реберной дуги. Мочится свободно. Стул был 3 дня назад

Результаты обследования

УЗИ органов брюшной полости: Печень – немного увеличена, ПКР-8,8 см ЛКР – 5см, контуры ровные, паренхима однородная, эхогенность сохранена, сосудистая сеть не расширена, портальная вена не изменена. Желчный пузырь с перегибом в теле и шейке, натощак желчный пузырь 6,8 x 2,6 см, стенка желчного пузыря ровная 1-2 мм, пристеночно неоднородный осадок желчи. Поджелудочная железа - головка - 7мм, тело 9мм, хвост 9мм, структура однородная, эхогенность сохранена.

Копрограмма: детрит +++, иглы жирных кислот +++, мыла++, нейтральный жир +, бактерии +++

Вопросы

1. Укажите наиболее вероятный диагноз

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз

3. Укажите причины задержки стула у данного ребенка. План дополнительного обследования ребёнка

4. Дайте рекомендации по питанию и образу жизни

5. Медикаментозная терапия

Оценочный лист к ситуационной задаче по № 6

1. Укажите наиболее вероятный диагноз

Дисфункция желчного пузыря по гипотоническому типу. Дисхолия. Перегиб желчного пузыря. Функциональный запор.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз

Диагноз установлен на основании жалоб- периодически боли в животе чаще после мучной и жирной пищи, задержку стула до 3-4х дней; анамнеза боли беспокоят в течении 3-4 мес., когда ребенок пошел в сад, избирательный аппетит, недостаточное употребление овощей, фруктов, жидкости; объективных данных- увеличение живота, метеоризм; лабораторных данных – в копрограмме стеаторея 2 типа за счет игл жирных кислот, мыла, бактерии. на УЗИ –увеличение печени, желчного пузыря -6,8 x 2,6 см, пристеночно неоднородный осадок желчи, перегиб желчного пузыря.

3. Причины задержки стула у данного ребенка. План дополнительного обследования ребёнка

Дисфункция желчного пузыря. Дисхолия. Нерациональная диета ребенка. Низкое потребление пищевых волокон (отсутствие овощей и фруктов). Недостаточный прием жидкости. Возможное подавление позывов на дефекацию.

Дополнительное обследование: УЗИ органов брюшной полости через 1-2 месяца для решения вопроса о лечении дисхолии. Биохимический анализ крови: билирубин и его фракции, холестерин, ЛПВП, ЛПНП, АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТ. Кал на антиген лямблий.

4. Дайте рекомендации по питанию и образу жизни

Диета № 5, 3. Механически и термически щадящая. Прием пищи 5-6 раз в день, прием пищи улучшает отток желчи, последний прием пищи за 2 часа до сна. Исключить жаренную, жирную пищу. Не рекомендуются кондитерские изделия с кремом, сдобное тесто, шоколад, какао, натуральный кофе, колбасные изделия. Рекомендуются разнообразные овощи, фрукты и ягоды в сыром или отварном виде, растительное и сливочное масло в соответствии с физиологической потребностью. Жиры обладают желчегонным эффектом и мягким послабляющим действием. Растительные масла также повышают бактерицидные свойства желчи. Рекомендуются кисломолочные продукты 1-2 дня, яйца, нежирные сорта мяса и рыбы, крупы (гречневая, овсяная и др.).

Достаточный прием пищевых волокон – $(5-10) + 3 = 8-13$ г

Достаточное количество жидкости 30-50мл/кг

Активный двигательный режим. Формирование рефлекса на дефекацию. Опорожнение кишечника в одно и то же время, ведение листа опорожнения кишечника.

5. Медикаментозная терапия

Учитывая дисфункцию ЖП, дисхолию показаны - желчегонные (хофитол по 0.5 -1,0 мл x 3 раза за 20 мин до еды- 4 недели. Возможно назначение – Тримедата (суспензия, либо таблетки для рассасывания) – 25 мг x 3 раза - 4 недели. При отсутствии эффекта от диетотерапии и желчегонных показано назначение слабительных до 3-х месяцев на весь период формирования рефлекса на дефекацию.

4. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачёта

ВОПРОСЫ ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ

1. Организация гастроэнтерологической помощи детям и подросткам

2. Анатомо-физиологические особенности ЖКТ у детей грудного и раннего возраста, способствующие развитию гастроэнтерологических нарушений.
3. Особенности лабораторно – инструментальной диагностики заболеваний ЖКТ у детей и подростков.
4. Основные функциональные расстройства пищевода встречаются у детей в зависимости от возраста
5. Особенности органических заболеваний пищевода у подростков по сравнению с взрослыми
6. Основные симптомы, подтверждающие органические заболевания пищевода у ребёнка
7. Диагностика функциональной диспепсии у детей (Римские критерии). Основные проявления ФД у детей. Основные различия между гастритом и функциональной диспепсией у детей. Эффективные методы лечения ФД у детей.
8. Основные воспалительные заболевания желудка у детей и подростков. Клиника, диагностика и основные методы лечения воспалительных заболеваний желудка у детей.
9. Основные воспалительные заболевания двенадцатиперстной кишки у детей и подростков. Клиника, диагностика и основные методы лечения воспалительных заболеваний двенадцатиперстной кишки у детей и подростков.
10. Язвенная болезнь желудка у детей и подростков, этиология, патогенез, диагностика и особенности лечения, осложнения и исходы.
11. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки у детей и подростков, этиология, патогенез, диагностика и особенности лечения, осложнения и исходы.
12. Основные заболевания гепатобилиарной системы у детей и подростков. Гепатиты и гепатозы у детей у детей и подростков, особенности течения, вопросы лабораторно-инструментальной диагностики, дифференциального диагноза, лечения и диспансерного наблюдения
13. Заболевания желчного пузыря у детей и подростков. Клиника, диагностика и основные методы лечения, диспансерное наблюдение. Показания к оперативному лечению.
14. Заболевания поджелудочной железы у детей и подростков. Клиника, диагностика и основные методы лечения, диспансерное наблюдение.
15. Функциональные расстройства кишечника бывают у детей и подростков. Клиника, диагностика и основные методы лечения, диспансерное наблюдение.
16. Воспалительные заболевания у детей и подростков. Клиника, диагностика и основные методы лечения, диспансерное наблюдение. Различия между синдромом раздраженного кишечника и воспалительными заболеваниями кишечника.

Оценочное средство 3

Чек-лист оценки практических навыков

Название практического навыка: Методика определения отеков при патологии ЖКТ			
С	Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия		
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.	Определить положение больного (активное, пассивное,	1 балл	-1 балла

	вынужденное)		
3.	Осмотр кожных покровов и видимых слизистых, определение цвета, влажности.	1 балл	-1 балла
4.	Определить наличие отеков (наличие асцита, анасарки, отеков нижних конечностей, отеков лица, мошонки (для мальчиков))	1 балл	-1 балла
5.	Дать заключение.	1 балл	-1 балл
	Итого	5	-5

Общая оценка:

Название практического навыка: Демонстрация симптомов прободения язвы желудка и/или двенадцатиперстной кишки

С	Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия		
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.	Симптом Дзельфауа — резкая боль, напоминающая «удар кинжала», в эпигастральной области	1 балл	-1 балла
3.	Напряжение мышц брюшной стенки («живот как доска»).	1 балл	-1 балла
4.	Симптом Кларка — исчезновение притупления перкуторного звука над печенью.	1 балл	-1 балла
5.	Дать заключение.	1 балл	-1 балл
	Итого	5	-5

Общая оценка:

Название практического навыка: Осмотр слизистых оболочек ротовой полости

С	Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия		
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.	Осмотр слизистых рта включает осмотр губ, слизистой оболочки полости рта, языка, зубов, зева и глотки, а также определение запаха изо рта.	1 балл	-1 балла
3.	Сначала обращают внимание на цвет губ, их влажность, наличие трещин, высыпаний (герпес), изъязвлений в углах рта (ангулярный хейлит).	1 балл	-1 балла
4.	Осмотр полости ротоглотки включает: оценку состояния	1 балл	-1 балла

	слизистой оболочки полости рта, миндалин, нёбных дужек, задней стенки глотки. Обращают внимание на наличие высыпаний, афт (округлой формы эрозий, желтоватого или белесоватого цвета), лейкоплакий (участков ороговения эпителия слизистой оболочки щек), пятен Вельского-Филатова-Коплика (при кори), изменений десен (гингивит), поражений языка (глоссит)		
5.	Дать заключение.	1 балл	-1 балл
	Итого	5	-5

Общая оценка:

Название практического навыка: Поверхностная пальпация живота

С	Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия		
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.	Пальпацию живота проводят у ребенка в положении лежа на спине, на плотной поверхности, ноги обследуемый должен согнуть в тазобедренных и коленных суставах под углом 45%, руки ребенка расположены вдоль туловища, голова на плоской поверхности без подушки	1 балл	-1 балл
2.	Врач садится с правой стороны от пациента и укладывает руку ладонной поверхностью на брюшную стенку, легкое надавливание осуществляет II, III, IV, V пальцем пальпируемой руки неглубокими круговыми движениями, начиная против часовой стрелки от левой подвздошной области к левому фланку, левому подреберью, затем к правому подреберью, правому фланку, правой подвздошной области. Затем пальпирующую руку устанавливают в собственно эпигастральную область, далее в околопупочную и надлобковую области	1 балл	-1 балла
3.	2 вариант проведения поверхностной ориентировочной пальпации живота проводится над симметричными участками живота, болезненную область осматривают в последнюю очередь, начиная с левой подвздошной области к правой подвздошной, от левого фланка к правому фланку, от левого подреберья к правому, далее надлобковая область, околопупочная и собственно эпигастральная.	1 балл	-1 балла
4.	При этом оценивают наличие болезненности, резистентности (напряжения мышц передней брюшной стенки), наличие грыжевых выпячиваний, состояние	1 балл	-1 балла

	«слабых мест» передней брюшной стенки (апоневроз белой линии живота, состояние пупочного кольца, степень расхождения прямых мышц живота), Значительное увеличение органов брюшной полости (печени, селезенки) или наличие крупной опухоли.		
5.	Дать заключение.	1 балл	-1 балл
	Итого	5	-5

Общая оценка:

Название практического навыка: Методика глубокой (методической, скользящей, топографической) пальпации сигмовидной и слепой кишки по Образцову-Стражеско

С	Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия		
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.	Пальпацию сигмовидной кишки проводят у ребенка в положении лежа на спине, на плотной поверхности, ноги обследуемый должен согнуть в тазобедренных и коленных суставах под углом 45%, руки ребенка расположены вдоль туловища, голова на плоской поверхности без подушки	1 балл	-1 балла
3.	Врач садится с правой стороны от пациента и укладывает правую руку ладонной поверхностью плашмя с несколько согнутыми пальцами на левую подвздошную область так, чтобы линия концевых фаланг была расположена параллельно длиннику сигмовидной кишки. Поверхностным движением II, III, IV, V пальцев пальпируемой руки кожу сдвигают медленно, постепенно, на выдохе проникают вглубь живота до его задней стенки. Затем рукой скользят в направлении, перпендикулярном к продольной оси кишки. При этом необходимо охарактеризовать следующие свойства пальпируемого отдела: локализацию, форму, консистенцию, размер, подвижность, наличие урчания и болезненности.	1 балл	-1 балла
4.	Далее врач проводит пальпацию слепой кишки в том же положении пациента. Врач также сидит с правой стороны от пациента и укладывает правую руку ладонной поверхностью плашмя с несколько согнутыми пальцами на правую подвздошную область так, чтобы линия концевых фаланг была расположена параллельно длиннику слепой кишки. Поверхностным движением II, III, IV, V пальцев пальпируемой руки кожу сдвигают	1 балл	-1 балла

	медленно, постепенно, на выдохе проникают вглубь живота до его задней стенки. Затем рукой скользят в направлении, перпендикулярном к продольной оси кишки. При этом необходимо охарактеризовать следующие свойства пальпируемого отдела: локализацию, форму, консистенцию, размер, подвижность, наличие урчания и болезненности.		
5.	Дать заключение.	1 балл	-1 балла
	Итого	5	-5

Общая оценка:

Название практического навыка: Методика перкуссии печени по Курлову
(для детей старше 5 лет)

С	Код и наименование специальности: Направление подготовки 31.08.19 Педиатрия		
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.	Методика проводится в положении ребенка лежа на спине, на плотной поверхности, ноги обследуемый должен согнуть в тазобедренных и коленных суставах под углом 45°, руки вдоль туловища или за головой. Освободить исследуемую область от одежды	1 балл	-1 балла
3.	Определяют три перкуторных размера печени: - По правой среднеключичной линии производят перкуссию от пупка до нижней границы печени и от ясного лёгочного звука вниз по межреберьям до появления печёночной тупости (границу перехода ясного или тимпанического звука в тупой отмечают по наружному краю пальца – плессиметра, т.е. со стороны ясного или тимпанического звука). Соединив две точки, измеряют первый размер печени по Курлову. Обычно он составляет 9±2 см. Верхнюю границу печёночной тупости используют для определения двух других размеров.	1 балл	-1 балла
4.	- По срединной линии живота перкутируют вверх до появления печёночной тупости. Верхнюю границу по срединной линии определить сложно из-за расположения под кожей плотной грудины, гасящей перкуторные звуки, поэтому за верхнюю точку этого размера условно принимают точку, лежащую на одном уровне с верхней границей первого размера печёночной тупости (через эту точку проводят горизонталь до пересечения со срединной линией). Соединив эти точки,	1 балл	-1 балла

	измеряют второй размер печени по Курлову, обычно составляющий 8 ± 2 см.		
5.	- Третий размер печени по Курлову определяют при перкуссии вблизи левой рёберной дуги параллельно ей, начиная перкуссию приблизительно с передней подмышечной линии. Верхняя точка соответствует верхней точке второго размера печени по Курлову. Третий размер обычно составляет 7 ± 2 см. Если печень увеличена, то первый большой размер обозначают дробью, в числителе которой - общий размер по правой среднеключичной линии, а в знаменателе – его часть, соответствующая размеру, выходящему за рёберную дугу вниз. Дайте 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		
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-	1 балл	-1 балла

	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).																	
5.	Дать заключение. Назвать нормы размеров селезенки в зависимости от возраста. <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Линия измерения</th><th colspan="3">Возраст</th></tr> <tr> <th>дошкольники</th><th>школьники</th><th>подростки</th></tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </table> Перкуторные размеры селезенки, см	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

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.