

№ ОРД-ПЕД-23

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра детских болезней №3

УТВЕРЖДЕНО

протоколом заседания Центрального
координационного учебно-методического
совета от «14» марта 2023 г. № 4

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

по дисциплине «Физикальное обследование пациента»

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы ординатуры по специальности 31.08.19 Педиатрия,
утвержденной 13.04.2023 г.

для ординаторов _____ 2 курса _____

по специальности _____ 31.08.19 Педиатрия _____

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от « 6 » марта 2023 г. (протокол № 7)

Заведующий кафедрой детских болезней №3,

д.м.н., профессор _____  _____ Касохов Т.Б.

г. Владикавказ, 2023 г.

СТРУКТУРА ФОС

1. Титульный лист
2. Структура ФОС
3. Рецензия на ФОС
4. Паспорт оценочных средств
5. Комплект оценочных средств
 - перечень вопросов по практическим навыкам
 - ситуационные задачи
 - перечень вопросов к зачету/экзамену

**ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ФИЗИКАЛЬНОМУ
ОБСЛЕДОВАНИЮ ПАЦИЕНТА**

| №П/П | Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины | Код формируемой компетенции (этапа) | Наименование оценочного средства |
|--------------|--|-------------------------------------|----------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Вид контроля | Физикальное обследование пациента | УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5. | БМ, КР, ДЗ, КЗ, Т, Пр, С |
| Зачет | Физикальное обследование пациента | УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5. | |

**Примерные тестовые задания по дисциплине (модулю)
«Физикальное обследование пациента»:**

1. Склонность детей первого полугодия к срыгиваниям обусловлена тем, что
 - 1) желудок расположен вертикально
 - 2) дно желудка лежит ниже антрально-пилорического сфинктера
 - 3) имеется высокий тонус кардиального сфинктера
 - 4) слабая запирающая функция нижнего пищеводного сфинктера
 - 5) высокий тонус пилорического отдела желудка
 - 6) тупой угол Гиса

2. Врожденный пилоростеноз проявляется
 - 1) рвотой молоком с рождения
 - 2) рвотой створоженным молоком с 3-4 недели
 - 3) симптомом «мокрой подушки»
 - 4) метаболическим алкалозом
 - 5) запорами
 - 6) полиурией

3. Ведущим фактором патогенеза гастроэзофагеальной рефлюксной болезни является
 - 1) нарушение функционального состояния нижнего пищеводного сфинктера
 - 2) угнетение пищеводного клиренса
 - 3) замедление опорожнения желудка
 - 4) наличие *Helicobacter pylori*

4. Комплекс лечебных мероприятий при ГЭРБ
 - 1) изменение образа жизни
 - 2) применение блокаторов протонной помпы
 - 3) применение прокинетиков
 - 4) лечебное питание

5. Пищевод Баретта является осложнением
 - 1) эзофагита
 - 2) гастроэзофагеальной рефлюксной болезни
 - 3) язвенной болезни
 - 4) хронического гастрита
 - 5) хронического холецистита

6. Рвота связана с движениями головы при
 - 1) остром аппендиците
 - 2) паралитической кишечной непроходимости
 - 3) отеке головного мозга
 - 4) остром гастрите
 - 5) инвагинации кишечника

7. Рвоту следует считать редкой, если она
 - 1) 2 раза в сутки
 - 2) 5 раз в сутки
 - 3) 10 раз в сутки
 - 4) превышает количество кормлений
 - 5) не превышает количество кормлений

8. Характер рвотных масс при рефлекторной рвоте бывает

- 1) съеденной пищей, с кислой реакцией
- 2) зеленью
- 3) кишечным содержимым
- 4) кровью

9. Из перечисленных заболеваний объём рвотных масс превышает количество съеденной при последнем кормлении пищи

- 1) при остром аппендиците
- 2) сотрясении головного мозга
- 3) высокой кишечной непроходимости
- 4) низкой кишечной непроходимости
- 5) при пилоростенозе

10. Клиническими признаками гастроэзофагеального рефлюкса у ребёнка первого года жизни являются

- 1) рвота створоженным молоком
- 2) рвота фонтаном
- 3) возникновение рвоты сразу после кормления
- 4) возникновение рвоты через час после кормления
- 5) замедление прибавки в массе тела ребенка

11. Рвота в период новорожденности может быть проявлением

- 1) пилоростеноза
- 2) пупочной грыжи
- 3) гастроэзофагеального рефлюкса
- 4) катарального омфалита
- 5) диафрагмальной грыжи

12. У ребёнка 3-недельного возраста появилась рвота фонтаном, что требует подумать в первую очередь о

- 1) гастроэзофагеальном рефлюксе
- 2) адреногенитальном синдроме
- 3) кишечной инфекции
- 4) пилоростенозе
- 5) диафрагмальной грыже

13. Для подтверждения диагноза гастроэзофагеальный рефлюкс необходимы следующие исследования

- 1) обзорная Р-грамма брюшной полости
- 2) УЗИ брюшной полости
- 3) Rh-грамму грудной клетки
- 4) ирригографию
- 5) R-контрастирование пищевода и желудка

14. Лечение гастроэзофагеального рефлюкса в первые 3 месяца жизни

- 1) позиционная терапия
- 2) хирургическое лечение
- 3) диетотерапия
- 4) медикаментозное лечение
- 5) дозированное растяжение пищевода

15. Показания к хирургическому лечению гастроэзофагеального рефлюкса

- 1) неэффективность консервативной терапии в течение 4-6 месяцев
- 2) выраженный эзофагит
- 3) пептический стеноз пищевода
- 4) сохраняющийся аспирационный синдром
- 5) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

16. К неспецифическим факторам защиты относятся

- 1) лизоцим
- 2) лактоферрин
- 3) Т-лимфоциты
- 4) лактоферрин
- 5) фагоцитоз
- 6) В-лимфоциты

17. К специфическим факторам защиты относятся

- 1) пропердин
- 2) Т-лимфоциты
- 3) В-лимфоциты
- 4) лизоцим
- 5) нейтрофилы
- 6) лимфоциты во взаимодействии с макрофагами

18. К особенностям неспецифических факторов защиты у детей первых месяцев жизни относятся

- 1) фагоцитоз незавершенный
- 2) фагоцитоз завершенный
- 3) уровни лизоцима, пропердина низкие
- 4) уровни лизоцима, пропердина высокие
- 5) способность к образованию интерферона высокая

19. Образование секреторного иммуноглобулина А у детей раннего возраста

- 1) происходит интенсивно
- 2) снижено
- 3) отсутствует
- 4) повышено

20. К особенностям системы иммунитета у детей от 6 месяцев до 1 года относятся

- 1) преимущественно пассивный характер (материнские антитела)
- 2) собственный синтез антител при быстром их потреблении
- 3) органический синтез субклассов IgG₂ и IgG₄
- 4) недостаточность местного иммунитета
- 5) перестройка супрессорной направленности иммунных реакций на хелперную

Вопросы по модулю «Физикальное обследование пациента»

1. Термин «Физическое развитие»
2. Показатели физического развития
3. Нормативы показателей физического развития у детей разных возрастных групп
4. Нервно-психическое развитие. Параметры.
5. Морфо-функциональные особенности ЦНС у детей раннего возраста
6. Средние сроки и динамика развития органов чувств у детей
7. Основные этапы формирования речевых навыков
8. Этапы развития двигательно-статических умений
9. АФО особенности системы кровообращения в различные возрастные периоды
10. АФО особенности пищеварительной системы в различные возрастные периоды
11. АФО особенности системы мочеиспускания в различные возрастные периоды
12. Основные критерии состояния здоровья
13. Группы здоровья
14. Периоды жизни детей, анатомо-физиологические особенности возрастной патологии
15. Оценка физического развития с использованием центильных шкал

**Примеры ситуационных задач по дисциплине (модулю)
«Физикальное обследование пациента»:**

Задача №1

К участковому педиатру на плановый профилактический приём пришла мать с девочкой 6 месяцев. Матери 24 года, страдает хроническим пиелонефритом, ожирением, курит. Ребенок от 2 беременности, протекавшей на фоне ОРВИ в последнем триместре. Роды в срок, на дому, преждевременное излитие околоплодных вод. Масса тела при рождении 4100 г, длина - 53 см. Искусственное вскармливание с 2 месяцев. В настоящее время кормление 5 раз в день (смесь «Агуша» 220 мл на прием, каша 180-200 г, фруктовое пюре, соки, яичный желток). В возрасте 3, 4 и 5 месяцев проведена вакцинация АКДС + полиомиелит. В 1,5 месяца переболела ОРВИ с обструктивным синдромом. При осмотре: состояние удовлетворительное. Масса тела 8700 г, длина — 67 см, окружность грудной клетки - 44 см. Хорошо держит голову, переворачивается, пытается ползать, самостоятельно не сидит, гулит. Кожа и слизистые оболочки чистые. Питание повышено. Большой родничок 1x1 см, не напряжен. Зубов нет. Со стороны опорно-двигательного аппарата без видимой патологии. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень +2 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул 2-3 раза в день, кашицеобразный, без патологических примесей.

Задание:

1. Оцените состояние и укажите группу здоровья ребенка.
2. Соответствует ли физическое и психомоторное развитие возрасту? Вычислите и оцените индекс Эрисмана.
3. **План наблюдения за ребенком на первом году. Рекомендации?**

Задача № 2

Ребёнок 6 лет поступил в детское хирургическое отделение с жалобами на задержку стула до 4-5 дней, метеоризм, иногда наличие жидкого стула с большим количеством слизи, зловонием. Из анамнеза известно, что страдает постоянными запорами с 6-тимесячного возраста. Добивались стула только с помощью очистительных и масляных клизм. На участке врачом-педиатром рекомендовано соблюдение диеты, слабительные средства и очистительные клизмы. В течение последних 7 дней отмечается отсутствие стула, многократная рвота, увеличение живота в объёме. Второй ребёнок в семье от третьей беременности, протекавшей с гестозом во второй половине. У первого ребёнка имеется патология толстой кишки. При осмотре: состояние ребёнка тяжёлое, температура тела 37,6°C.

Задание:

1. Поставьте и обоснуйте диагноз. С, кожные покровы бледно-серой окраски, подкожно-жировой слой слабо развит, живот увеличен в размерах, нижняя апертура грудной клетки расширена, при пальпации живота определяются раздутые петли кишечника и опухолевидные образования эластической консистенции.
2. Патогенез интоксикационного синдрома.

3. Составьте план обследования и укажите, какие методы позволят уточнить тяжесть данной патологии?
4. Неотложные мероприятия при поступлении ребенка в стационар.
5. Укажите общие принципы лечения данного больного.

Задача № 3

Мальчик 5 лет заболел остро с подъема температуры до 39°, выраженных болей в горле, головной боли, озноба. Врач при осмотре находит яркую распространенную гиперемию в ротоглотке, миндалины II ст., наложения по лакунам желто-белого цвета, которые по краю легко снимаются и растираются. Тонзиллярные лимфоузлы до 1,5 см, болезненные. Другой патологии нет. Привит против дифтерии вакциной АКДС (в 2,5 года получил первичный иммунный комплекс).

При активном наблюдении больного врач отмечает, что к 4 дню миндалины очистились от наложений, уменьшилась гиперемия слизистой ротоглотки, нормализовалась температура. Из лаборатории сообщили о выделении токсигенной коринебактерии дифтерии *gravis*. Больной направлен в стационар с диагнозом дифтерия ротоглотки. В отделении состояние удовлетворительное. Температура нормальная. В ротоглотке умеренная гиперемия слизистой, миндалины II ст., свободные от налетов и наложений. Тонзиллярные лимфоузлы до 1 см, мягкие, б/болезненные. Патологии со стороны внутренних органов не выявлено. При изучении амбулаторной карты выяснено, что ребенок привит с соблюдением декретированных сроков. Имеет I группу здоровья. При 3-кратном бактериологическом обследовании в отделении — результат на токсигенные коринебактерии отрицательный, РПГА на 4 день болезни 1:40.

Задание:

1. Поставьте окончательный клинический диагноз.
2. Приведите обоснование диагноза.
3. Тактика ведения больного в стационаре.
4. Укажите показания для госпитализации в стационар больных с острыми тонзиллитами.

Какие противоэпидемические мероприятия будете проводить в очаге?

Задача №4

У ребенка 1 года после перенесенной острой пневмонии отмечается бледность кожи и слизистых оболочек. Мать сообщила, что ребенок быстро утомляется, раздражителен, неактивен, потерял аппетит.

Из анамнеза: девочка от I беременности, протекавшей с гестозом второй половины, срочных родов. Масса при рождении 3200,0 г, длина 52 см. С рождения находится на грудном вскармливании. Психомоторное развитие по возрасту. В возрасте 2-х мес перенесла кишечную инфекцию в среднетяжелой форме. В год перенесла пневмонию. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре: кожа и видимые слизистые оболочки бледные, ангулярный стоматит. Большой родничок 0,5×0,5 см. Мышечный тонус снижен. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧД 32/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, систолический шум на верхушке мягкого тембра. ЧСС 120 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 1,5 см выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Стул, диурез в норме.

Задание:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Какое дополнительное обследование может уточнить диагноз?
3. Какие лечебные мероприятия необходимо провести?

Задача №5.

Мальчик 5 месяцев. Болен в течение 3 дней: повысилась температура тела до 37,5-38,6 градусов, ухудшился аппетит, появилась слабость, срыгивания, затем рвота (2-3 раза в сутки), жидкий стул (5-6 раз в сутки). На третий день состояние ухудшилось, наросла адинамия, сонливость, отказался от еды, стул участился до 12 раз в сутки (жидкий, обильный, водянистый, с большим количеством слизи и зелени, в некоторых порциях примесь крови).

На 4-й день болезни госпитализирован в тяжелом состоянии: резкая бледность, вялость, адинамия, отказ от еды, температура тела 38,8 градусов. Кожа сухая, бледная, с мраморным рисунком, периоральный цианоз, конечности холодные. Тургор снижен. Язык сухой, обложен налетом. Дыхание пуэрильное, ЧД 46¹. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС 150¹. Живот умеренно вздут газами, при пальпации урчание и болезненность во всех отделах. Сигмовидная кишка не спазмирована, анус сомкнут, кожа вокруг ануса мацерирована. Печень + 2,5 см, селезенка + 21 см, стул за прошедшие сутки 10 раз, энтероколитного характера, сохраняется примесь слизи, зелени, крови. Накануне заболевания ел творог, хранившийся в холодильнике 3 дня, манную кашу на молоке. В семье есть стера 4-х лет, посещает детсад, где были случаи сальмонеллеза.

Клинический анализ крови: Нб -120 г/л, Эр-3,5x10¹² /л, лейкоц-12,5x10⁹ /л, п/я-10 %, с/я - 60%, л-28 %, м-2 %, СОЭ-25 мм/час.

КОС: Ph крови-7,32, PCO₂-30 мм рт. Ст., BE- (-8,0), PO₂-78 мм.

Электролиты крови: калий плазмы-2,5 ммоль/л, натрий-130 ммоль/л.

Общий анализ мочи: удельный вес-1010, белок-0,033 %, глюкоза-нет, ацетон (++) , лейкоциты-3-5 п/з.

1. Поставьте предварительный клинический диагноз с указанием ведущего клинического синдрома, определяющего тяжесть состояния больного.
2. Предполагаемая этиология, и с какими заболеваниями следует дифференцировать в первую очередь?
3. Какой тип диареи и патогенетические механизмы развития диарейного синдрома при этом заболевании имеют место?
4. Назначьте диету ребенку на день поступления в стационар при искусственном вскармливании.
5. Из чего будет складываться суточный объем жидкости, необходимый данному ребенку? Какой процент от суточного объема введете внутривенно капельно? Укажите соотношение коллоидов и кристаллоидов. Вы берите стартовый раствор для проведения инфузии внутривенно капельно.

Задача №6

Девочка 7 лет госпитализирована с жалобами на отеки, изменения цвета мочи, болеет 2 день

Из анамнеза: за 2 недели до появления выше указанных жалоб, перенесла фолликулярную ангину. Родилась в срок от 3 нормально протекавшей беременности. Редко болеет.

Объективно состояние тяжелое, выражены отеки на лице, нижних конечностях. Над легкими везикулярное дыхание, прослушивается на всем протяжении. Ритм сердечных сокращений правильный, тоны сердца приглушены. АД-130/80 мм.ртст. Зев чистый. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличена. Моча красноватая, мучная.

Анализ крови: Эр. $4,2 \cdot 10^9$ /л ; Гб- 130 г/л ; лейкоц- $8,5 \cdot 10^9$ /л; э-5%; п-4%, с/я-67%, лим-20%, моно-6%, СОЭ-25мм/час.

Биохимический анализ крови: общий белок-58 г/л, креатинин-90 мкмоль/л, мочевины-6,2ммоль/л

Клубочковая фильтрация- 50 мл/мин , канальцевая реабсорбция воды-98,9%,
липопротеиды 45 ед (норм50)

Анализ мочи : удельный вес- 1020, белок-1,2г/л, лейкоциты 7-8 в п/з, эритроциты сплошь.

Вопросы:

Поставьте диагноз по классификации.

Обоснуйте диагноз.

Назначьте лечение.