

№ ОРД-ПЕД-19

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 «28» августа 2020 г. № 1

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

по дисциплине «Детская эндокринология»

основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы ординатуры по специальности 31.08.19 Педиатрия,
утвержденной 31.08.2020 г.

для ординаторов _____ 1 курса _____

по специальности 31.08.19 Педиатрия

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры
от «26» августа 2020 г. (протокол № 1)

Заведующий кафедрой детских болезней №3,

д.м.н., профессор _____  Касохов Т.Б.

г. Владикавказ, 2020 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 ДЕТСКОЙ ЭНДОКРИНОЛОГИИ

№П/П	Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины	Код формируемой компетенции (этапа)	Наименование оценочного средства
1	2	3	4
Вид контроля	Детская эндокринология	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9.	БМ, КР, ДЗ, КЗ, Т, Пр, С
Зачет	Детская эндокринология	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9.	

**Примерные тестовые задания по дисциплине (модулю)
«Детская эндокринология»:**

1. Наиболее информативным лабораторным критерием при хроническом панкреатите является

- 1) амилаза сыворотки крови
- 2) липаза сыворотки крови
- 3) изоамилаза сыворотки крови
- 4) трипсин сыворотки крови

2. Скрининговые методы определения функционального состояния поджелудочной железы следующие

- 1) исследование ферментов в крови
- 2) исследование активности ферментов в моче
- 3) эхография поджелудочной железы
- 4) исследование панкреатического сока

3. Болевой синдром при панкреатите характеризуется

- 1) иррадиацией болей в спину, левую лопатку
- 2) ослаблением болей в положении на спине
- 3) усилением болей при наклоне вперед
- 4) усилением болей в положении на боку с поджатыми к животу ногами

4. Диспептический синдром при панкреатите характеризуется

- 1) стойкий метеоризм
- 2) отвращение к жирной, сладкой пище
- 3) гиперсаливация
- 4) понос
- 5) снижение аппетита

5. Наиболее информативным лабораторным критерием при хроническом панкреатите является

- 1) амилаза сыворотки крови
- 2) липаза сыворотки крови
- 3) изоамилаза сыворотки крови
- 4) трипсин сыворотки крови

6. Скрининговые методы определения функционального состояния поджелудочной железы следующие

- 1) исследование ферментов в крови
- 2) исследование активности ферментов в моче
- 3) эхография поджелудочной железы
- 4) исследование панкреатического сока

7. Препараты, обладающие холеретическим эффектом следующие

- 1) аллохол
- 2) оксафенамид
- 3) сульфат магнезии
- 4) никодин
- 5) холензим

8. Наиболее часто встречающаяся форма панкреатита у детей
- 1) катаральная
 - 2) геморрагическая
 - 3) гнойная
 - 4) панкреонекроз
9. В развитии язвенной болезни 12-ти перстной кишки важная роль отводится следующим возбудителям
- 1) вирус гриппа
 - 2) клебсиелла
 - 3) хеликобактерии
 - 4) стафилококк
 - 5) синегнойная палочка
10. Наиболее частая локализация язвенной болезни у детей
- 1) дно желудка
 - 2) тело желудка
 - 3) пилорический отдел желудка
 - 4) луковица 12-ти перстной кишки
 - 5) постбульбарный отдел 12-ти перстной кишки
11. Наиболее частое осложнение язвенной болезни у детей
- 1) пенетрация
 - 2) кровотечение
 - 3) перфорация
 - 4) перивисцерит
 - 5) стеноз привратника
12. Оптимальная частота приема пищи при язвенной болезни
- 1) 3-4 раза в день
 - 2) 4-5 раз в день
 - 3) 6-7 раз в день
 - 4) свободный режим питания
13. Типы хронических гепатитов у детей следующие
- 1) активный
 - 2) холестатический
 - 3) персистирующий
 - 4) активный гепатит-цирроз
14. Необходимое лабораторное обследование больного с хроническим гепатитом следующее
- 1) повышение активности АЛТ
 - 2) гипербилирубинемией
 - 3) гиперхолестеринемией
 - 4) гиперфосфатаземией
 - 5) гипергамма-глобулинемией
15. Доза преднизолона при хроническом активном гепатите
- 1) 1 мг/кг в сутки
 - 2) 2 мг/кг в сутки
 - 3) 5 мг/кг в сутки

4) 0.5 мг/кг в сутки

16. Показатели, характеризующие печеночную кому следующие

- 1) нарастание прямого билирубина
- 2) нарастание активности АЛТ
- 3) снижение активности АЛТ
- 4) снижение уровня альбуминов
- 5) снижение уровня протромбина

17. Диспептический синдром при панкреатите характеризуется

- 1) стойкий метеоризм
- 2) отвращение к жирной, сладкой пище
- 3) гиперсаливация
- 4) понос
- 5) снижение аппетита

18. Наиболее информативным лабораторным критерием при хроническом панкреатите является

- 1) амилаза сыворотки крови
- 2) липаза сыворотки крови
- 3) изоамилаза сыворотки крови
- 4) трипсин сыворотки крови

Вопросы по модулю «Детская эндокринология»

1. Механизмы развития хронического панкреатита у детей
2. Клинические проявления Острого панкреатита
3. Факторы риска по развитию заболеваний поджелудочной железы
4. Особенности язвенной болезни у подростков
5. Основная причина желудочно-кишечного кровотечения у детей
6. Диетотерапия при рефлюкс-эзофагите
7. этиологические факторы Болевого синдрома при гастродуодените
8. Стадии холелитиаза у детей
9. Стадии цирроза
10. Иммунологические нарушения при хроническом активном гепатите
11. Стадии острой печеночной энцефалопатии
12. Клинические особенности Острого желудочно-кишечного кровотечения
13. Особенности лечения гастритов, ассоциированных хеликобактер-пилори. препараты выбора

**Примеры ситуационных задач по дисциплине (модулю)
«Детская эндокринология»:**

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

Задача № 1

Девочка в возрасте 1 года 10 мес, доставлена в реанимационное отделение областной больницы из центральной районной больницы. В ЦРБ была госпитализирована с умеренно выраженной ОРВИ и кишечной дисфункцией. За 7 дней

пребывания в стационар: состояние ребенка ухудшилось: фебрильная лихорадка, резкая слабость, участилась рвота. Девочка жадно пьет часто и обильно мочится, стул 1-2 раза в сутки, скудный, с зеленью. Несмотря на постоянную регидратационную терапию (5 % раствор глюкозы, гемодез, реополиглюкин), нарастают явления эксикоза. На день госпитализации определен сахар крови натощак — 50,3 ммоль/л (!). Ребенок был срочно доставлен в реанимационное отделение областной больницы.

При поступлении состояние расценено как прекоматозное, выраженный эксикоз. Сахар крови определен трижды: 68,3-69,7-70,1 ммоль/л. Реакция на ацетон в моче сомнительная (±). Концентрация натрия в плазме составила 180 ммоль/л, осмолярность плазмы — ММ) мосм/л, мочевины — 15,3 ммоль/л, холестерин — 16 ммоль/л. Общий анализ мочи: белок — 0,99 г/л, лейкоциты — 10-15 в поле зрения, эритроциты — 3-5 в поле зрения, единичные зернистые цилиндры.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Каковы принципы интенсивной терапии?

Задача № 2

Девочка 14 лет доставлена в стационар с жалобами на тошноту, многократную рвоту, боли в эпигастральной области, сильную жажду и полиурию, слабость, отказ от еды. Со слов матери больна третий день, стула не было. Состояние ухудшилось после детского праздника, где девочка ела много сладкого (виноград, бананы).

Из анамнеза известно, что в 3 года 6 мес девочка перенесла ОРВИ с фебрильными судорогами, до 7 лет получала фенобарбитал. С 11 лет наблюдается эндокринологом по поводу увеличения щитовидной железы II степени (эутиреоз). Последние 2 мес жаловалась на боли в эпигастрии натощак. Наследственность: у дяди сахарный диабет.

Объективно в приемном отделении: состояние очень тяжелое, в сознании, но заторможена. Слизистые сухие, глаза запали. Склеры инъектированы. Ригидность затылочных мышц. Одышка. Число дыханий 48 в 1 мин, дыхание глубокое и шумное. Пульс 120 уд/мин. АД 100/75 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Живот болезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги. Симптомов раздражения брюшины нет.

При срочном лабораторном обследовании уровень сахара крови — 17.6 ммоль/л, ацетон мочи (+++).

Вопросы:

1. Какова причина неотложного состояния?
2. Ваш план срочного лабораторного обследования?
3. Какова схема неотложной помощи?

Задача № 3

Мальчик 8 лет болен сахарным диабетом четыре года. Заболевание протекает тяжело. Несколько раз экстренно был госпитализирован по поводу кетоацидоза. Получает инсулин пролонгированного действия (2 инъекции в сутки). Систематический контроль за уровнем сахара в крови и моче отсутствует.

Вечером ребенок вел себя довольно агрессивно, отказался от ужина. Ночью проснулся с чувством страха, беспокойства: замечен тремор рук, тризм челюстей; обильное потоотделение.

Вопросы:

1. Какова причина возникшего состояния?

2. Какова тактика ведения больного?

Задача № 4

Девочка 13 лет поступила в детское эндокринологическое отделение в состоянии декомпенсации сахарного диабета (сахар крови натощак — 14-15 ммоль/л, ацетон в моче). Декомпенсация отмечена после ОРВИ в течение 2 нед. Сахарный диабет выявлен около 5 лет назад. Течение диабета лабильное, со склонностью к кетозу. В возрасте 11 лет девочке была проведена трансплантация β -клеток.

Ранние периоды развития — без особенностей. Наследственность отягощена: у обеих бабушек сахарный диабет II типа.

При поступлении состояние средней тяжести. Физическое развитие среднее. Кожа сухая, слизистые влажные. Слабый запах ацетона изо рта. Тоны сердца приглушены. Щитовидная железа увеличена до I—II степени. Дыхательная система — без особенностей. Печень выступает из-под реберной дуги на 1 см.

Основные данные дополнительного обследования: гемоглобин — 157-132 г/л, лейкоциты — $4,3-5,0 \times 10^9$ /л, СОЭ — 18-20 мм/ч; протеинограмма без особенностей, холестерин — 5 ммоль/л, мочевины — 5,3 ммоль/л, креатинин — 0,038 ммоль/л. Анализ мочи: удельная плотность — 1020-1031, лейкоциты — 1-3 в поле зрения, эритроцитов нет, единичные гиалиновые цилиндры, белок — 0,066-0,99 г/л. Суточная протеинурия — 840 мг. По пробе на очищение по эндогенному креатинину клубочковая фильтрация — 188 мл/мин, канальцевая реабсорбция — 99 %. СБИ (йод, связанный с белком) — 8,5 мкг%, антитела к щитовидной железе не обнаружены.

По данным тепловидения — признаки ангиопатии нижних конечностей, более выраженные справа. При неврологическом обследовании выявлено снижение поверхностной кожной чувствительности справа до уровня нижней трети голени, слева — до уровня голеностопного сустава

При осмотре глазного дна артерии сетчатки извиты.

УЗИ органов брюшной полости аномалий не выявило.

В клинике проведена коррекция инсулинотерапии с увеличением кратности инъекций инсулина с одной до двух, пересмотрена диета, назначен комплекс препаратов, улучшающих обменные процессы.

Вопросы:

1. О каких осложнениях сахарного диабета следует думать в данном случае?
2. Дайте рекомендации по их лечению.

Задача № 5

Девочка 10 лет поступила в клинику, доставлена скорой помощью. Больная заторможена, сознание спутанное, на вопросы отвечает односложно.

Кожа сухая, красно-розовой окраски на скуловых дугах, лбу, подбородке. Дыхание редкое, глубокое, мутное, в выдыхаемом воздухе запах ацетона. Тонус мышц снижен, температура тела нормальная, давление низкое, пульс ритмичный, малого наполнения. Живот мягкий, печень увеличена. Мочеиспускание учащенное.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
4. Ваша тактика.