

№ 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 «Детская гастроэнтерология»

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

для ординаторов \_\_\_\_\_ 1 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  
ДЕТСКОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ**

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

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

1. 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

2. 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

3. Наиболее частое осложнение язвенной болезни у детей

- 1) пенетрация
- 2) кровотечение
- 3) перфорация
- 4) перивисцерит
- 5) стеноз привратника

4. 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

5. Типы хронических гепатитов у детей следующие

- 1) активный
- 2) холестатический
- 3) персистирующий
- 4) активный гепатит-цирроз

6. Необходимое лабораторное обследование больного с хроническим гепатитом следующее

- 1) повышение активности АЛТ
- 2) гипербилирубинемией
- 3) гиперхолестеринемией
- 4) гиперфосфатаземией
- 5) гипергамма-глобулинемией

7. 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

8. 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

9. Диспептический синдром при панкреатите характеризуется

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

10. Наиболее информативным лабораторным критерием при хроническом панкреатите является

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

11. 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

12. Органические заболевания желчевыводящих путей

- 1) холецистит
- 2) аномалия развития желчного пузыря
- 3) холелитиаз
- 4) дисхолии

13. Дискинезии желчевыводящих путей и желчного пузыря характеризуются

- 1) выраженная эмоциональная лабильность
- 2) боли в животе
- 3) кардиалгии
- 4) головная боль
- 5) изжога

14. Гиперкинетическая дискинезия желчного пузыря характеризуется его сокращением после приема желчегонного завтрака на

- 1) 55% первоначального объема
- 2) 40% первоначального объема
- 3) 85% первоначального объема

15. В развитии неспецифического язвенного колита ведущая роль принадлежит

- 1) вирусной инфекции
- 2) бактериальной инфекции
- 3) аутоиммунным реакциям
- 4) дисбактериозу кишечника
- 5) гельминтозам

16. Характер стула при НЯК характеризуется

- 1) учащение стула (7-10раз в сутки)
- 2) наличие крови в каловых массах при неизменном характере стула
- 3) наличие крови в каловых массах при патологическом характере стула

17. Наличие крови в испражнениях требуют проведения дифференциального диагноза со следующими заболеваниями

- 1) полипоз кишечника
- 2) портальная гипертензия
- 3) системные васкулиты
- 4) болезнь Крона
- 5) НЯК
- 6) язвенная болезнь 12-ти перстной кишки

18. Осложнения при НЯК следующие

- 1) перфорация язвы
- 2) стриктура прямой кишки
- 3) перфузное кишечное кровотечение
- 4) желудочное кровотечение
- 5) токсическая дилатация толстого кишечника

19. Перфорация язвы при НЯК характеризуется следующим

- 1) резким падением АД
- 2) тахикардией
- 3) резким ухудшением общего состояния
- 4) усилением кишечного кровотечения
- 5) резкой болью в животе

20. Показанием к назначению антибиотиков при НЯК является

- 1) усиление кровотечения
- 2) учащение стула
- 3) появление в испражнениях слизи, гноя
- 4) септические осложнения
- 5) усиление болей в животе

21. Пути инфицирования вирусом гепатита В у детей следующие

- 1) оральный
- 2) бытовой
- 3) вертикальный
- 4) инокуляционный

22. Длительность заболевания вирусным гепатитом, являющаяся критерием для постановки диагноза «хронический гепатит»

- 1) 3 мес
- 2) 6 мес
- 3) 1 год
- 4) 2 года

23. Особенность течения гастроуденальной патологии в настоящее время следующая

- 1) сезонность обострения

- 2) нивелирование клинических проявлений
- 3) торпидность течения
- 4) акцентуация личности
- 5) склонность к полиморбидности

24. Осложнения язвенной болезни 12-ти перстной кишки у детей следующие

- 1) кровотечение
- 2) пенетрация
- 3) перфорация
- 4) стеноз привратника
- 5) анемия

25. Наиболее частым осложнением гастродуоденита является

- 1) кровотечение из эрозий
- 2) рефлюкс-эзофагит
- 3) перивисцерит
- 4) дуоденогастральный рефлюкс

26. При язвенной болезни используются следующие антацидные препараты

- 1) альмагель
- 2) фосфалюгель
- 3) де-нол
- 4) вентер
- 5) сода

27. 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

### **Вопросы по модулю «Детская гастроэнтерология»**

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

18. Наиболее часто встречающиеся формы панкреатита
19. Осложнения вирусного гепатита
20. Наиболее частые осложнения язвенной болезни
21. клинические проявления Острого панкреатита
22. Показания к хирургическому лечению при НЯК
23. Характеристика болевого синдрома при рефлюкс-эзофагите
24. Дополнительные методы исследования дискинезии желчевыводящих путей
25. Диетотерапия при НЯК
26. Рентгенологические критерии гастродуоденита
27. Клинические проявления острого панкреатита
28. лечение язвенной болезни. антацидные препараты
29. Осложнения язвенной болезни 12-ти перстной кишки у детей
30. Особенности течения гастродуоденальной патологии в настоящее время
31. Пути инфицирования вирусом гепатита В у детей
32. Показанием к назначению антибиотиков при НЯК
33. клинические проявления Перфорации язвы при НЯК



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

**ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ**

**Задача № 1**

Мальчик Коля 12 лет поступил в ДРКБ с жалобами на боли в эпигастрии, тошноту. Боль усиливается после приема пищи через 2 часа, чаще после соленой пищи. Болен около 6 месяцев, лечение не проводилось.

Состояние ребенка при поступлении: кожные покровы бледные, отстают в массе тела. Со стороны органов грудной клетки патологии не выявлено. При пальпации живота отмечается выраженная болезненность в эпигастральной области средней линии живота, реже в области левого подреберья. Печень, селезенка не увеличены. Склонность к запорам.

**Вопросы:**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие следуют исключить заболевания?
3. Необходимые дополнительные исследования.
4. Лечебные мероприятия.

**Задача № 2**

Света К. 12 лет поступила в клинику с жалобами на приступообразные боли в животе, подложечной области в правом подреберье на протяжении 5 лет. В начале болевой синдром был слабо выражен, в последние 3 года стал более интенсивным. Боли чаще бывают натощак, а также в ночное время. После приема пищи боли прекращаются. Выраженные диспепсические явления – тошнота, изжога, реже – рвота. Режим питания соблюдает плохо, питается нерегулярно, часто нарушает диету. Бабушка по материнской линии страдает язвенной болезнью желудка.

Телосложение правильное, по росту соответствует возрасту, питание пониженное. Язык покрыт белым налетом. Со стороны органов грудной клетки патологии не выявлено. Живот мягкий, болезненный при пальпации в эпигастральной области и правом подреберье. Положительный симптом Менделя. Печень и селезенка не увеличены. Стул не регулярный, склонность к запорам.

При фракционном исследовании желудочного содержимого в тощакковой порции выявлено повышение общей кислотности и свободной соляной кислоты соответственно до 120 и 90 титрованных единиц. Данные рентгенологического исследования: в желудке натощак определяется значительное количество жидкости, слизистая его на всем протяжении складками, луковица 12-перстной кишки раздражена, деформирована, на задней ее стенке – ниша с воспалительным валом.

**Вопросы:**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимые дополнительные исследования?
3. Ваша врачебная тактика.

**Задача № 3**

Марина 10 лет поступила в ДРКБ с жалобами на постоянную боль в эпигастрии чаще после обеда, возникает тошнота, тяжесть в животе. Облегчение наступает после рвоты, похудела за время болезни. При осмотре: девочка пониженного питания.

Бледность кожных покровов. Сор стороны органов грудной клетки патологии нет. Живот – при пальпации болезнен в эпигастрии, пилородуоденальной зоне. Печень, селезенка не увеличен, стул неустойчив. В анализе периферической крови анемия, высокое СОЭ.

**Вопросы:**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
3. Врачебная тактика.

**Задача № 4**

Саша 14 лет поступил в ДРКБ с жалобами на боли в эпигастрии, изжогу после физической нагрузке. Appetit сохранен, со стороны органов грудной клетки изменений нет. Живот мягкий, болезнен в эпигастрии. Печень, селезенка не увеличены. R-грамма желудка – язвенная ниша с воспалительным валом. Рубцовая деформация контуров желудка с радикальной конвергенцией складок слизистой оболочки по направлению к нише.

**Вопросы:**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Необходимые исследования?
3. Ваша врачебная тактика.

**Задача № 5**

Мальчик 14 лет страдает хроническим гастродуоденитом с 9-летнего возраста. Наследственность отягощена: у бабушки по отцу и у отца язвенная болезнь. Бабушка умер от прободной язвы желудка. Ребенок наблюдается и лечится в поликлинике по месту жительства. За последний год наблюдается ухудшение состояния. Стал более раздражительным, сон беспокойный, появилась отчетливая сезонность обострений, мойнигановский ритм болей. Последние 2 недели беспокоят интенсивные боли в эпигастрии и пилородуоденальной зоне, с иррадиацией в спину, ночные, натощак, поздние; иногда возникает рвота, без примесей крови.

При пальпации живота мышечный дефанс. Положительный симптом Менделя. Фиброгастродуоденоскопия: выраженные воспалительные изменения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. На слизистой оболочке луковицы овальной формы дефект размером 1,5 см в диаметре, окруженный воспалительным валом с четкими краями.

**Вопросы:**

1. Ваш диагноз.
2. Укажите план терапии.

## ХОЛЕПАТИИ

**Задача №6**

Девочка 9 лет поступила в клинику с жалобами на приступ резчайших болей в животе, сопровождающихся тошнотой и рвотой. Ребенок живет в семье, где трое детей болели лямблиозным холециститом и регулярного лечения не получали. Страдает лямблиозным ангиохолециститом (холецистохолангитом) с трехлетнего возраста. В первый год болезни приступы возникали 2-3 раза в месяц и были настолько мучительными, что каждый раз думали о хирургическом заболевании. Через год острые

приступы прекратились, но осталась почти постоянная ноющая боль. В последующие 6 лет сохранялись симптомы интоксикации: частая тошнота и головная боль, субфебрилитет, упорная анорексия, потливость, бледность кожных покровов, быстрая утомляемость, периодически отмечали проявления нейродермита в локтевых сгибах. При исследовании кала обнаружены цисты лямблий.

Объективно: отставание в физическом развитии, которое соответствует возрасту 6-7 лет. При пальпации живота: печень увеличена на 2см, резко выражены пузырьные симптомы.

**Вопросы:**

1. Ваш предполагаемый диагноз и план обследования?
2. Ваши рекомендации по режиму, диете, лечению?
3. Укажите мероприятия диспансерного наблюдения.

**Задача №7**

Мальчик 7 лет поступил в клинику по поводу болей в животе, которые давали картину острого живота. Болен 2-й год. Сначала заболевание сопровождалось приступами острых болей, через год боль стала тупой и постоянной. Ребенок отстает в физическом развитии, капризен, раздражителен, с трудом встает утром с постели, плохо ест. Часто жалуется на боли в суставах, потливость, тупые и ноющие постоянные бели в правом подреберье.

Отмечается резистентность мышц при пальпации правого верхнего квадранта живота. Пузырные симптомы выражены отчетливо. При дуоденальном зондировании во всех порциях желчи обнаружены слизь, спущенный эпителий, лейкоциты и в большом количестве лямблии.

В анализе кала — цисты лямблий.

**Вопросы:**

1. Ваш предварительный диагноз
2. План дополнительного обследования.
3. Ваши рекомендации больному при выписке из клиники.

**Задача №8**

Девочка 8 лет госпитализирована с жалобами на постоянные боли в правом подреберье, тупые, ноющие, давящие, периодически усиливающиеся. Возникают через 1-1,5 ч после приема жирной пищи (жареная свинина, пирожные с кремом) или физических нагрузок. Боли длятся 1-2 ч. Девочка жалуется на слабость, быструю утомляемость, тошноту. При пальпации живота отмечена болезненность в области правого подреберья и увеличение печени. Положительны пузырьные симптомы. Длительность заболевания — 1 год.

**Вопросы:**

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Укажите режим и диету, принципы медикаментозного лечения.

**Задача №9**

Мальчик 14 лет госпитализирован с жалобами на острые, приступообразные, режущие и колющие боли в животе, возникшие во время контрольной работы в школе. В прошлом отмечались подобные боли при приеме мороженого, холодных напитков и во время спортивных соревнований. Боли возникают после приема холодной пищи через 30 мин, локализуются в правом подреберье. Длительность болей обычно не превышает 5-15 мин. У подростка отмечена повышенная нервная возбудимость, лабильность вегетативной нервной системы. При пальпации живота — болезненность в правом подреберье. Пузырные симптомы (Лепине, Георгиевского, Глинчикова, Ляховицкого, Образцова и Ортнера) слабо положительные.

Длительность заболевания — около 6 мес. Подобные болевые приступы были и у матери.

**Вопросы:**

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Каков план дополнительного обследования?
3. Ваши рекомендации по диете?
4. Каковы принципы лечения?

## ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА

### Задача №10

Мальчик 2 лет. В течение 6 мес. у ребенка разжиженный стул до 5-6 раз в сутки, со слизью, а последние 2 мес. в кале появились прожилки крови, редко сгустки, за последние 3 нед. Примесь крови в кале стала постоянной; беспокоят боли в животе, часто перед дефекацией, снижение аппетита, похудание, субфебрильная температура.

Ребенок доношенный, 1 ребенок в семье, на естественном вскармливании до 6 мес. С 1 года атопический дерматит, пищевая аллергия на морковь, цитрусовые, белок коровьего молока.

Об-но: рост – 85 см, вес – 11,5 кг. Бледность кожных покровов и слизистых оболочек. На коже лица и голени участки гиперемии, расчесов, корочек. ЧСС-116 в мин. Тоны звучные, систолический шум в 5 точке. Живот вздут, болезненный при пальпации ободочной кишки, петли сигмы и слепой кишки спазмированы. Печень +1,5 см; симптомы Мерфи, Кера положительны.

ОАК: Нб -96 г/л, Эр- $3,7 \cdot 10^{12}$ /л, рет.-18%, тромб.- $330 \cdot 10^9$ /л, лейкоц.- $12,0 \cdot 10^9$ /л, п/я-7%, с/я-43%, э-5%, лимф.-36%, мон.-9%, СОЭ – 18 мм/ч.

ОАМ: плот.-1018, белок-отр, сахар-отр., лейкоц.-2-3 в п/зр., эритроц.-нет.

Б/х анализ крови: общий белок – 68 г/л, АлАт-40 Ед/л, АсАт-36 Ед/л, ЩФ-162 Ед/л, амилаза 45 Ед/л, Тим.проба – 3ед, о. билирубин-13мкм/л, Fe – 7мкм/л, ОЖСС - 79 мкм/л, СРБ +++

Копрограмма: кал полужидкой консистенции, коричневого цвета с красными вкраплениями, мышечные волокна непереваренные в умеренном количестве. Резко положительная реакция Грегерсона, лейкоц.-12-15-30 в п/зр., эритроц.- 30-40-50 в п/зр.

Колонофиброскопия: осмотрена ободочная и 30 см подвздошной кишки. Слизистая оболочка подвздошной кишки бледно-розовая, очагово гиперемирована, отечна со смазанным сосудистым рисунком, множественными кровоизлияниями, линейными язвами до 0,6 см. Выражена контактная кровоточивость.

**Вопросы:**

1. Диагноз
2. Оценить ОАК
3. Клинические особенности
4. Критерии тяжести заболевания
5. Осложнения данного заболевания

### Задача №11

Девочка 14 лет, на протяжении 1,5 лет предъявляет жалобы на боли в животе, появляющиеся во время дефекации. Стул 2-3 раза в сутки, неоформленный, с примесью крови и гноя. В течение последнего года наблюдается нарастающая слабость, снижение аппетита, похудание.

Об-но: Кожные покровы бледные. Живот умеренно вздут. При глубокой пальпации по ходу толстой кишки отмечается болезненность, урчание. Печень +1см.

ОАК: Нб -114 г/л, Эр-3,8\*10<sup>12</sup>/л, тромб.-330\*10<sup>9</sup>/л, лейкоц.-11,8\*10<sup>9</sup>/л, п/я-14%, с/я-43%, э-2%, лимф.-23%, мон.-6%, СОЭ – 18 мм/ч.

ОАМ: плот.-1020, белок-отр, сахар-отр., лейкоц.-2-3 в п/зр., эритроцит.-нет.

Б/х анализ крови: о.белок – 56 г/л, АлАт-40 Ед/л, АсАт-36 Ед/л, ЩФ-162Ед/л, амилаза 54 Ед/л, Тим.проба – 4ед, о. билирубин-12мкм/л.

Копрограмма: кал полужидкой консистенции, темно- коричневого цвета, мышечные волокна непереваренные в умеренном количестве, слизь-много; лейкоц.-12-15-30 в п/зр., эритроцит.- 14-17 в п/зр.

Колонофиброскопия: осмотрена ободочная и 30 см подвздошной кишки. Слизистая оболочка подвздошной кишки в виде булыжной мостовой. Подвздошная кишка представлена чередованием пораженных и непораженных зон. Неравномерный отек слизистой оболочки чередуются с участками глубоких изъязвлений. Язвы продольные, определяются поперечные фиссуры.

Гистология: поражены все оболочки кишечной стенки, отмечается глубокий фиброз, клетки ПИРОГОВА-ЛАНГЕРГАНСА.

**Вопросы:**

1. Диагноз.
2. Алгоритм дифференциальной диагностики
3. Осложнения данного заболевания
4. Клинические особенности

**Задача № 12**

У девочки 7 лет периодически ухудшается стул - учащается до 3-5 раз в сутки, становится жидким с примесью слизи и крови. Нарушение стула сопровождается болями в животе. Впервые девочка заболела в три года. Лечилась в инфекционной больнице, где был поставлен диагноз – клиническая дизентерия, однако бактериологически диагноз не был подтвержден. Были проведены два курса антибактериальной терапии, ребенок выписан с улучшением. С тех пор стул неустойчивый, 2-3 раза в год отмечались обострения. Патогенных возбудителей из кала ни разу не высевалось. От антибиотиков улучшения не наступало. Родители здоровы.

Дед по отцовской линии умер в 65 лет от рака прямой кишки. Девочка пониженного питания, вялая, бледная. Живот слегка вздут, болезненный при пальпации в левой подвздошной области. Печень выступает на 3см ниже края реберной дуги.

**Вопросы:**

1. Назовите наиболее вероятный диагноз.
2. Диагностические мероприятия.