

**Оценочные средства для проведения аттестации  
по дисциплине «Детская кардиология»  
для обучающихся 2020 года поступления  
по образовательной программе 31.05.02 Педиатрия,  
(специалитет),  
форма обучения очная,  
2024-2025 учебный год**

Промежуточная аттестация проводится в форме зачёта.

Промежуточная аттестация включает следующие типы заданий: собеседование (решение ситуационной задачи).

Ситуационные задачи

Проверяемые компетенции: ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-15, ПК-16, ПК-17

Мальчик Ц., 1 года 2 месяцев, поступил в отделение с жалобами на снижение аппетита, рвоту, потерю массы тела, влажный кашель.

Из анамнеза известно, что до 1 года ребенок развивался в соответствии с возрастом, ходит самостоятельно с 10 месяцев. В возрасте 11,5 месяцев перенес острое респираторное заболевание, сопровождавшееся катаральными явлениями и абдоминальным синдромом (боли в животе, жидкий стул), отмечалась субфебрильная температура. Указанные изменения сохранялись в течение 7 дней. Через 2-3 недели после выздоровления родители отметили, что ребенок стал быстро уставать при физической нагрузке во время игр, отмечалась одышка. Состояние постепенно ухудшалось: периодически появлялись симптомы беспокойства и влажного кашля в ночные часы, рвота, ухудшился аппетит, мальчик потерял в весе, обращала на себя внимание бледность кожных покровов. Температура не повышалась. Участковым педиатром состояние расценено как проявление железодефицитной анемии, ребенок направлен на госпитализацию для обследования.

При поступлении состояние расценено как тяжелое, аппетит снижен, неактивен. Кожные покровы, зев бледно-розовые. Частота дыхания 44 в 1 минуту, в легких выслушиваются единичные влажные хрипы в нижних отделах. Область сердца: визуально - небольшой сердечный левосторонний горб, пальпаторно - верхушечный толчок разлитой, площадь его составляет примерно 8 см<sup>2</sup>, перкуторно - границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, левая - по передней подмышечной линии, верхняя - II межреберье, аускультативно - ЧСС 140 ударов в мин, тоны сердца приглушены, в большей степени I тон на верхушке, на верхушке выслушивается негрубого тембра систолический шум, занимающий 1/3 систолы, связанный с I тоном. Живот мягкий, печень +6 см по правой срединно-ключичной линии, селезенка +1 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: гемоглобин - 110 г/л, эритроциты -  $4,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты -  $5,0 \times 10^9$ /л, палочкоядерные - 2%, сегментоядерные - 56%, лимфоциты - 40%, моноциты - 2%, СОЭ - 10 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1015, белок, глюкоза - отсутствуют, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эритроциты - отсутствуют.

ЭКГ: низкий вольтаж комплексов QRS в стандартных отведениях, синусовая тахикардия до 140 в минуту, угол  $\alpha$  составляет  $-5^\circ$ . Признаки перегрузки левого предсердия и левого желудочка. Отрицательные зубцы Т в I, II, aVL, V5, V6 отведениях,  $RV_5 < RV_6$ .

Рентгенография грудной клетки в прямой проекции: легочный рисунок усилен. КТИ - 60%.


ЭхоКГ: увеличение полости левого желудочка и левого предсердия, фракция изгнания составляет 40%.

Задание:

1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз. Оцените представленные результаты обследования.
2. Какие еще обследования хотели бы Вы провести ребенку? Проведите дифференциальный диагноз.
3. Чем обусловлены некоторые экстракардиальные жалобы (боли в животе и рвота)?
4. Составьте план лечения данного ребенка.
5. Какой биохимический показатель крови надо определить для подтверждения диагноза?
6. Какие по сравнению с нормой показатели артериального давления можно ожидать и почему?
7. На чем основан метод ЭхоКГ? Каковы его возможности в настоящее время?
8. Какими морфологическими изменениями объясняются нарушения на ЭКГ?
9. Возможен ли врожденный характер заболевания? Каков морфологический субстрат заболевания?

В полном объеме фонд оценочных средств по дисциплине доступен в ЭИОС ВолгГМУ по ссылке: <https://elearning.volgmed.ru/course/view.php?id=10255>

Рассмотрено на заседании кафедры детских болезней педиатрического факультета «13» мая 2024 г., протокол № 10

Заведующий кафедрой детских болезней  
педиатрического факультета, д.м.н., профессор  Н.В.Малюжинская