

федеральное государственное  
бюджетное образовательное  
учреждение высшего  
образования  
«Волгоградский  
государственный  
медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации



**Фонд оценочных средств для проведения государственной (итоговой государственной аттестации).**

Наименование дисциплины: **Детская кардиология**

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.13 Детская кардиология.**

Квалификация (степень) выпускника: **врач-детский кардиолог**

Кафедра: **Кафедра кардиологии, сердечнососудистой и торакальной хирургии Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования.**

Форма обучения – очная


Для обучающихся 2023,2024 годов поступления (актуализированная редакция)

Волгоград, 2024

**Разработчики программы:**

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень / звание	Кафедра (полное название)
1.	Ледаев Михаил Яковлевич	профессор	д.м.н., профессор	Кафедра кардиологии, сердечно-сосудистой и торакальной хирургии Института НМФО
2.	Светлова Любовь Владимировна	доцент	к.м.н.	Кафедра кардиологии, сердечно-сосудистой и торакальной хирургии Института НМФО


**Фонд оценочных средств для проведения государственной итоговой аттестации ОПОП подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.13 «Детская кардиология» рассмотрена заседании кафедры протокол № 15 от «13» мая 2024 г.**

Заведующий кафедрой кардиологии, сердечно-сосудистой и торакальной хирургии Института НМФО, д.м.н., профессор  Ю.М.Лопатин

**Рецензент:** заведующий кафедрой госпитальной педиатрии и неонатологии ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения РФ, д.м.н., профессор, Черненко Ю.В.

**Рабочая программа согласована** с учебно-методической комиссией Института НМФО, протокол № 12 от «24 06» 2024г.

Председатель УМК  М.М.Королева

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики  /М.Л.Науменко/

**Рабочая программа утверждена** на заседании Ученого совета Института НМФО протокол № 18 от «18» 06 2024 г.

Секретарь Ученого совета  М.В.Кабытова

## ФОС тестирования государственной (итоговой государственной) аттестации.

001. Диафрагмальная (нижняя) поверхность сердца представлена в основном:

- а) Правым желудочком.
- б) Левым желудочком.
- в) Левым предсердием.

002. Коронарные артерии относятся к артериям:

- а) Эластического типа.
- б) Мышечно-эластического типа.
- в) Мышечного типа.

003. К проводящей системе сердца относится все перечисленное, кроме:

- а) Синусового узла.
- б) Клеток сократительного миокарда.
- в) Атрио-вентрикулярного узла.
- г) Пучка Гиса и его разветвлений.
- д) Волокон Пуркинье.

004. Наиболее высокая скорость проведения импульсов регистрируется в:

- а) Атрио-вентрикулярномузле.
- б) Атрио-вентрикулярномсоединении.
- в) Пучке Гиса.
- г) ВолокнахПуркинье.

005. К артериям мышечного типа относятся:

- а) Легочная артерия.
- б) Коронарные артерии.
- в) Почечная, мезентериальные артерии.
- г) Все перечисленное.
- д) Только б) и в)

006. Функциональное назначение атрио-вентрикулярного узла в норме:

- а) Замедление проведения импульсов.
- б) Ускорение проведения импульсов.
- в) Генерация импульсов.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

007. Изменения конечной части желудочкового комплекса у больных сахарным диабетом могут быть обусловлены:

- а) Ишемической болезнью сердца.
- б) Нарушением липидного обмена.
- в) Диабетической ангиопатией.
- г) Всем перечисленным.
- д) Правильно а) и в)

008. Систолическая артериальная гипертония в пожилом возрасте является:

- а) Фактором риска развития мозгового инсульта.
- б) Характеризует доброкачественное течение гипертонии.
- в) Часто приводит к развитию недостаточности кровообращения.
- г) Является вариантом нормы.

д) Все ответы правильные.

009. Основными условиями для возникновения аритмии по механизму повторного входа волны возбуждения являются:

- а) Наличие 2-х путей проведения возбуждения, разобщенных функционально или анатомически.
- б) Блокада проведения импульса по одному из них.
- в) Восстановление проводимости в определенный срок или сохранение ее лишь в ретроградном направлении.
- г) Все перечисленное.
- д) Только а) и б)

010. Наличие аритмии у больного всегда указывает на:

- а) Заболевание сердца.
- б) Плохой прогноз жизни у данного больного.
- в) Может выявляться у практически здоровых людей.
- г) Все перечисленное.
- д) Только а) и б)

011. Больные с тетрадой Фалло принимают вынужденное положение:

- а) Ортопноэ.
- б) Лежа на левом боку с приведенными к животу ногами.
- в) На корточках.
- г) Ни одного из перечисленных.

012. Усиленная пульсация сонных артерий характерна для:

- а) Аортальной недостаточности.
- б) Трикуспидальной недостаточности.
- в) Митральной недостаточности.
- г) Митрального стеноза.

013. Диффузный цианоз у больных с пороками сердца обусловлен:

- а) Сбросом крови слева-направо.
- б) Сбросом крови справа-налево.
- в) Наличие цианоза не зависит от направления сброса крови.

014. После возникновения сброса крови справа-налево встречаются барабанные палочки и цианоз ног, но не рук, при следующем пороке сердца:

- а) Незаращении артериального (Боталлова) протока.
- б) Дефекте межпредсердной перегородки.
- в) Дефекте межжелудочковой перегородки.
- г) Тетраде Фалло.

015. Утолщение ахиллова сухожилия характерно для:

- а) Семейной гипертриглицеридемии.
- б) Комбинированной семейной гиперлипидемии.
- в) Семейной гиперхолестеринемии.
- г) Семейной дисбеталипопротеидемии.

016. Выраженная асимметрия АД на руках характерна для:

- а) Синдрома Конна.
- б) Дефекта межжелудочковой перегородки.

- в) Триады Фалло.
- г) Неспецифического аортоартериита.

017. Более низкие цифры АД на ногах, чем на руках характерны для:

- а) Аортальной недостаточности.
- б) Коарктации аорты.
- в) Здоровых людей.
- г) Больных с недостаточностью кровообращения.

018. Положительный венный пульс наблюдается при:

- а) Аортальной недостаточности.
- б) Стенозе левого атриовентрикулярного отверстия.
- в) Трикуспидальной недостаточности.
- г) Митральной недостаточности.

019. Парадоксальный пульс может встречаться:

- а) При тампонаде сердца.
- б) При ожирении.
- в) При хронических обструктивных заболеваниях легких.
- г) При всех перечисленных состояниях.
- д) Ни при одном из них.

020. Выраженная систолическая пульсация печени характерна для:

- а) Митрального стеноза.
- б) Митральной недостаточности.
- в) Недостаточности трехстворчатого клапана.
- г) Стеноза устья аорты.

021. Внутренняя сторона клеточной мембраны миоцита в состоянии покоя заряжена:

- а) Отрицательно.
- б) Положительно.
- в) Заряд равен 0.
- г) Возможны все три варианта.

022. Внутри миоцита в состоянии покоя концентрация ионов калия:

- а) Больше, чем во внеклеточной жидкости.
- б) Меньше, чем во внеклеточной жидкости.
- в) Такая же, как во внеклеточной жидкости.

023. Внутри миоцита в состоянии покоя концентрация ионов натрия:

- а) Больше, чем во внеклеточной жидкости.
- б) Меньше, чем во внеклеточной жидкости.
- в) Такая же, как во внеклеточной жидкости.

024. Наименьшей по продолжительности фазой потенциала действия является:

- а) 0.
- б) 1
- в) 2
- г) 3
- д) 4

025. Самой продолжительной фазой потенциала действия миокарда является:

- а) 0
- б) 1
- в) 2
- г) 3

026. Для замещающего ритма из АВ-соединения характерна частота:

- а) Менее 20 в мин.
- б) 20-30 в мин.
- в) 40-50 в мин.
- г) 60-80 в мин.
- д) 90-100 в мин.

027. Для замещающего ритма из волокон Пуркинье характерна частота:

- а) Менее 20 в мин.
- б) 20-30 в мин.
- в) 40-50 в мин.
- г) 60-80 в мин.

028. Скорость проведения импульса зависит от:

- а) Скорости и амплитуды 0 фазы потенциала действия.
- б) Уровня потенциала покоя.
- в) И того, и другого.
- г) Ни от того и ни от другого.

029. Импульсы проводятся с наименьшей скоростью:

- а) В синоатриальной зоне.
- б) В межузловых предсердных трактах.
- в) В АВ - узле.
- г) В общем стволе пучка Гиса.
- д) Правильные ответы а) и в)

030. Деполяризация в миокарде желудочков в норме направлена:

- а) От эндокарда к эпикарду.
- б) От эпикарда к эндокарду.
- в) Возможны оба варианта.

031. На биодоступность нитратов при приеме внутрь в решающей степени влияет:

- а) Моторика желудочно-кишечного тракта.
- б) Связывание с белками плазмы.
- в) Метаболизм в печени.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

032. Развитие толерантности к нитратам обусловлено:

- а) Снижением чувствительности рецепторов сосудистой стенки.
- б) Активацией системы ренин-ангиотензин.
- в) Активацией симпатoadреналовой системы.
- г) Задержкой в организме натрия и воды.
- д) Активацией лизосомальных ферментов печени.

033. При развитии толерантности к нитратам следует:

- а) Полностью отказаться от их применения.

- б) Перейти на прием другого препарата данной группы.
- в) Временно отменить препарат.
- г) Уменьшить дозировку.

034. Синдром отмены нитратов описан:

- а) У больных со спонтанной стенокардией.
- б) У больных со стабильной стенокардией.
- в) У больных с недостаточностью кровообращения.
- г) Все ответы правильны.
- д) Правильного ответа нет.

035. У больных ИБС конечно-диастолическое давление в левом же-лудочке в результате приема нитратов:

- а) Повышается.
- б) Понижается.
- в) Не изменяется.
- г) Может как повышаться, так и понижаться.

036. Нитраты показаны при:

- а) Стенокардии напряжения.
- б) Спонтанной стенокардии.
- в) Сердечной астме.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильные только б) и в)

037. К антагонистам кальция относятся:

- а) Верапамил.
- б) Нифедипин.
- в) Дилтиазем.
- г) Все перечисленные.
- д) Ни один из перечисленных.

038. Антагонисты кальция влияют на функцию желудочка следующим образом:

- а) Уменьшая пред- и постнагрузку.
- б) Увеличивая пред- и постнагрузку.
- в) Уменьшая постнагрузку и существенно не влияя на преднагрузку.
- г) Уменьшая преднагрузку и существенно не влияя на постнагрузку.

039. Наиболее выраженным влиянием на сосудистый тонус из антаго-нистов кальция обладает:

- а) Нифедипин.
- б) Верапамил.
- в) Дилтиазем.
- г) Различий между данными препаратами нет.

040. Ортостатическую гипотонию вызывают следующие препараты из группы антагонистов кальция:

- а) Верапамил.
- б) Нифедипин.
- в) Дилтиазем.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильного ответа нет.

041. К факторам риска развития гипертонической болезни не могут быть отнесены:

- а) Большие нервно-эмоциональные нагрузки.
- б) Избыточное потребление жиров и углеводов.
- в) Отягощенная по гипертонии наследственность.
- г) Повышенная масса тела.
- д) Избыточное потребление поваренной соли.

042. Патогенетическими звеньями гипертонической болезни являются все перечисленные, кроме:

- а) Повышения активности симпато-адреналовой системы.
- б) Изменения ренин-ангиотензин-альдостероновой системы.
- в) Атеросклероза почечных артерий.
- г) Нарушения трансмембранного транспорта ионов.
- д) Изменения системы простагландинов.

043. Фактором, определяющим уровень АД, не может быть:

- а) Минутный объем сердца.
- б) Общее периферическое сосудистое сопротивление.
- в) Ренин-ангиотензиновая система.
- г) Уровень электролитов крови.

044. В зависимости от активности ренина можно выделить следующие формы артериальных гипертоний:

- а) Норморениновую.
- б) Гиперрениновую.
- в) Гипорениновую.
- г) Все перечисленные.
- д) Только б) и в)

045. Между активностью ренина и магистральным почечным кровотоком существует следующая взаимосвязь:

- а) Активность ренина не изменяется при уменьшении почечного кровотока.
- б) Активность ренина увеличивается при возрастании почечного кровотока.
- в) Активность ренина снижается при уменьшении почечного кровотока.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

046. При повышенном содержании ренина увеличивается образование:

- а) Ангиотензина II.
- б) Триглицеридов.
- в) Катехоламинов.
- г) Холестерина.

047. Избыточное образование альдостерона сопровождается:

- а) Задержкой натрия и воды.
- б) Повышением активности симпато-адреналовой системы.
- в) Уменьшением общего периферического сосудистого сопротивления.
- г) Уменьшением минутного объема сердца.
- д) Всем перечисленным.



048. Гиперрениновые формы артериальной гипертонии могут быть при всех перечисленных заболеваниях, кроме:

- а) Гипертонической болезни.
- б) Атеросклероза почечных артерий.
- в) Первичного гиперальдостеронизма (синдром Конна).

049. Для злокачественного течения артериальной гипертонии характерно:

- а) Поражение артерий сетчатки.
- б) Атеросклероз сосудов нижних конечностей.
- в) Нарушения ритма сердца.
- г) Появление блокад сердца.

050. Простагландины синтезируются из:

- а) Полиненасыщенных жирных кислот.
- б) Белков.
- в) Углеводов.
- г) Катехоламинов.

051. Кардиомиопатией называют:

- а) Поражения миокарда известной этиологии.
- б) Поражения миокарда, связанные с каким-либо системным заболеванием.
- в) Поражения миокарда неизвестной этиологии.
- г) Специфические заболевания миокарда.
- д) Все перечисленное.

052. Идиопатические формы поражения миокарда включают:

- а) Гипертрофическую форму кардиомиопатии.
- б) Дилатационную форму кардиомиопатии.
- в) Рестриктивную форму кардиомиопатии.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно а) и б)

053. Для дилатационной кардиомиопатии характерна:

- а) Левожелудочковая недостаточность.
- б) Правожелудочковая недостаточность.
- в) Одновременная недостаточность как левого, так и правого желудочков.

054. При аускультации у больных с дилатационной кардиомиопатией часто выслушивается:

- а) Дующий пансистолический шум.
- б) Поздний систолический шум.
- в) Четвертый тон.
- г) Диастолический шум.

055. Клиническими проявлениями гипертрофической кардиомиопатии являются:

- а) Одышка.
- б) Стенокардия напряжения.
- в) Обмороки.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно а) и в)

056. У больных гипертрофической кардиомиопатией в большей степени нарушена:

- а) Систолическая функция левого желудочка.
- б) Диастолическая функция левого желудочка.
- в) Степень нарушения примерно одинакова.
- г) Правильного ответа нет.

057. Основным механизмом обструкции выносящего тракта левого желудочка у больных с обструктивным вариантом гипертрофической кардиомиопатии является:

- а) Соприкосновение во время систолы межжелудочковой перегородки и боковой стенки левого желудочка.
- б) Движение передней створки митрального клапана во время систолы к межжелудочковой перегородке.
- в) Противопоставление межжелудочковой перегородки и створок аортального клапана.
- г) Все перечисленное.

058. При аускультации для больных гипертрофической кардиомиопатией характерно наличие:

- а) Дующего пансистолического шума в точке Боткина.
- б) Грубого среднесистолического шума в точке Боткина.
- в) Позднего систолического шума в точке Боткина.
- г) Все перечисленное.

059. Интенсивность шума у больных с обструктивным вариантом гипертрофической кардиомиопатии увеличивается при проведении всех нижеперечисленных приемов, за исключением:

- а) Перехода в положение приседания.
- б) Быстрого вставания из положения приседания.
- в) Натуживания.
- г) Приема нитроглицерина.

060. Интенсивность шума у больных с обструктивным вариантом гипертрофической кардиомиопатии уменьшается:

- а) В положении приседания.
- б) Во время быстрого вставания из приседания.
- в) Во время натуживания.
- г) После приема нитроглицерина.
- д) Правильного ответа нет.

#### Раздел 10. БОЛЕЗНИ ПЕРИКАРДА

061. В норме полость перикарда содержит:

- а) Около 5 мл жидкости.
- б) До 50 мл жидкости.
- в) 100-200 мл жидкости.
- г) 300-500 мл жидкости.

062. В норме толщина перикарда составляет:

- а) До 0,5 мм.
- б) 1-1,5 мм.
- в) 5-10 мм.

063. В кровоснабжении перикарда принимают участие:

- а) Внутренние грудные артерии и артерии, снабжающие кровью диафрагму.
- б) Артерии, кровоснабжающие щитовидную железу.
- в) Бронхиальные артерии.

- г) Пищеводные и медиастиальные артерии.
- д) Все перечисленные.

064. В кровоснабжении эндокарда участвуют:

- а) Внутренние грудные артерии.
- б) Бронхиальные артерии.
- в) Коронарные артерии.
- г) Все перечисленные.

065. Отток лимфы от перикарда осуществляется в:

- а) Лимфатические узлы средостения.
- б) Окологрудные лимфатические узлы.
- в) Аорто-каротидные и бронхо-пульмональные лимфатические узлы.
- г) Диафрагмальные лимфатические узлы.
- д) Все перечисленные.

066. Основными функциями перикарда являются:

- а) Предохранение сердца от чрезмерного растяжения.
- б) Фиксация сердца.
- в) Обеспечение свободного движения сердца в определенном объеме.
- г) Защита сердца от проникновения инфекции со стороны легких и средостения.
- д) Все перечисленное.

067. Наиболее частой причиной сдавливающего (констриктивного) перикардита у лиц молодого возраста является:

- а) Туберкулез.
- б) Сифилис.
- в) Ревматизм.
- г) Ранения перикарда.
- д) Системные заболевания соединительной ткани.

068. К асептическим поражениям перикарда следует отнести:

- а) Перикардиты при заболеваниях крови.
- б) Перикардиты при злокачественных опухолях.
- в) Аллергическое или аутоиммунное поражение миокарда.
- г) Все перечисленные формы.
- д) Ничего из перечисленного.

069. К асептическим перикардитам следует отнести:

- а) Постинфарктный перикардит.
- б) Посткомиссуротомный перикардит.
- в) Уремический.
- г) Все перечисленные.
- д) Ничего из перечисленного.

070. В острой стадии перикардита происходит:

- а) Выпадение нитей фибрина.
- б) Накопление экссудата.
- в) Ничего из перечисленного.
- г) Все перечисленное.

071. Наиболее часто вызывают поражение эндокарда:

- а) Лактобактерии.
- б) Синегнойная палочка.
- в) Зеленыящие стрептококки.
- г) Золотистые стафилококки.
- д) Менингококки.

072. Эндокардит могут вызывать:

- а) Вирусы.
- б) Бациллы лихорадки Ку.
- в) Сальмонеллы.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

073. Предрасполагающими к инфекционному эндокардиту факторами следует считать:

- а) Преходящую бактеремию.
- б) Проведение гемодиализа.
- в) Наличие искусственных клапанов сердца.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

074. Инфекционный эндокардит чаще возникает:

- а) У больных, имеющих поражение клапанного аппарата.
- б) При интактных клапанах.
- в) Частота возникновения эндокардита примерно одинакова у больных, имеющих поражение клапанного аппарата и не имеющих его.

075. Из перечисленного наиболее частым клиническим проявлением подострого инфекционного эндокардита является:

- а) Лихорадка.
- б) Артралгии.
- в) Петехии на коже и слизистых.
- г) Изменения формы ногтей.

076. При подостром инфекционном эндокардите может наблюдаться:

- а) Миокардит.
- б) Васкулиты мелких сосудов.
- в) Эмболии мелких сосудов с развитием абсцессов.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

077. Относительно редко при подостром инфекционном эндокардите встречается поражение:

- а) Митрального клапана.
- б) Аортального клапана.
- в) Трехстворчатого клапана.
- г) Правильно а) и в)

078. Инфаркт миокарда при инфекционном эндокардите может быть обусловлен:

- а) Эмболией сосудов бактериальными или тромботическими массами.
- б) Поражением *vazavazogum*.
- в) И тем, и другим.
- г) Ни тем, и ни другим.

079. При подостром инфекционном эндокардите может наблюдаться:

- а) Диффузный гломерулонефрит.
- б) Инфаркт почки.
- в) Очаговый нефрит.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

080. Признаком инфаркта почки при остром инфекционном эндокардите является:

- а) Боль в поясничной области.
- б) Гематурия.
- в) Дизурические явления.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильного ответа нет.

081. Причинами митрального стеноза могут быть:

- а) Синдром Марфана.
- б) Системная красная волчанка.
- в) Синдром Элерса-Данлоса.
- г) Все перечисленное.
- д) Ни одна из перечисленных.

082. Причиной недостаточности митрального клапана может быть:

- а) Ревматизм.
- б) Атеросклероз.
- в) Инфекционный эндокардит.
- г) Правильно а) и в)
- д) Все перечисленное.

083. Наиболее частой причиной трикуспидальной регургитации является:

- а) Пролапс створок клапана.
- б) Дилатация правого желудочка.
- в) Инфекционный эндокардит.
- г) Ревматоидный артрит.

084. Митральный стеноз чаще всего является следствием:

- а) Ревматизма.
- б) Инфекционного эндокардита.
- в) Системной красной волчанки.
- г) Атеросклероза.

085. Площадь левого атриовентрикулярного отверстия в норме составляет:

- а) 1-2 кв.см.
- б) 4-6 кв.см.
- в) 8-10 кв.см.
- г) Все ответы неправильные.

086. Систолическое артериальное давление в левом предсердии в норме составляет:

- а) 4-5 мм рт.ст.
- б) 8-10 мм рт.ст.
- в) 20-25 мм рт.ст.
- г) Все ответы неправильные.

087. При появлении мерцательной аритмии у больных с митральным стенозом пресистолический шум:

- а) Не изменяется.
- б) Усиливается.
- в) Исчезает.
- г) Ослабевает.

088. При рентгенологическом исследовании с контрастированным пищеводом у больных митральным стенозом пищевод отклоняется по дуге:

- а) Малого радиуса.
- б) Большого радиуса.
- в) Как правило, не отклоняется.

089. У больных митральным стенозом при перкуссии относительная тупость сердца увеличена:

- а) Вверх и вправо.
- б) Вверх и влево.
- в) Влево.
- г) Правильного ответа нет.

090. Протодиастолический шум при митральном стенозе имеет:

- а) Убывающий характер.
- б) Нарастающий характер.
- в) Характер шума не изменяется в течение всей диастолы.

091. Первичной клинической формой нарушения ритма сердца не является:

- а) Экстрасистолия.
- б) Атриовентрикулярная диссоциация.
- в) Ускоренные эктопические ритмы сердца.
- г) Атриовентрикулярная блокада.
- д) Ни одно из перечисленных.

092. Экстрасистолией называют:

- а) Преждевременные импульсы.
- б) Импульсы, появляющиеся после паузы.
- в) И то, и другое.
- г) Ни то, ни другое.

093. К выскальзывающим сокращениям относят:

- а) Эктопические импульсы.
- б) Преждевременные импульсы.
- в) Импульсы, появляющиеся после паузы.
- г) Все перечисленное.
- д) Правильно а) и б)

094. Среди дополнительных путей атриовентрикулярного проведения чаще встречается:

- а) Пучок Джеймса.
- б) Пучок Махайма.
- в) Пучок Кента.

095. У больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта наиболее часто возникает:

- а) Мерцательная аритмия.
- б) Пароксизмальная атриовентрикулярная тахикардия.
- в) Желудочковая тахикардия.
- г) Атриовентрикулярная блокада.
- д) Правильно б) и г)

096. Дополнительные пути проведения импульсов часто сочетаются с:

- а) Другими врожденными заболеваниями сердца.
- б) Семейной отягощенностью в плане наличия дополнительных путей.
- в) И то, и другое.
- г) Правильного ответа нет.

097. Основным признаком феномена Вольфа-Паркинсона-Уайта на ЭКГ является:

- а) Укорочение интервала PR.
- б) Дельта-волна.
- в) Уширение комплекса QRS.
- г) Дискордантное смещение сегмента ST.

098. Наиболее опасным вариантом тахиаритмии у больных с синдромом Вольф-Паркинсон-Уайта является:

- а) Мерцательная аритмия.
- б) Пароксизмальная атриовентрикулярная тахикардия.
- в) Правильного ответа нет.
- г) И то, и другое.

099. Основным показанием для назначения длительного мониторирования ЭКГ у больных с заболеваниями сердца является:

- а) Выявление бессимптомных аритмий.
- б) Уточнение диагноза у больных с частыми клиническими симптомами, если не удалось зарегистрировать аритмию на обычной ЭКГ.
- в) Оба ответа правильные.
- г) Правильного ответа нет.

100. Основное назначение проведения чреспищеводной электростимуляции сердца у больных с пароксизмальными тахиаритмиями:

- а) Уточнение электрофизиологического механизма развития тахикардии.
- б) Ускорение подбора антиаритмической терапии у больных с пароксизмальными наджелудочковыми тахиаритмиями.
- в) Оба ответа правильные.
- г) Правильного ответа нет.

**Ответы к тестовым заданиям:**

001 - б	051 - в
002 - в	052 - г
003 - б	053 - в
004 - г	054 - а
005 - д	055 - г
006 - а	056 - б
007 - д	057 - б
008 - а	058 - б
009 - г	059 - а
010 - в	060 - а
011 - в	061 - б
012 - а	062 - в
013 - б	063 - д
014 - а	064 - в
015 - в	065 - а
016 - г	066 - д
017 - б	067 - а
018 - в	068 - г
019 - г	069 - г
020 - в	070 - г
021 - а	071 - в
022 - а	072 - г
023 - б	073 - г
024 - а	074 - а
025 - в	075 - а
026 - в	076 - г
027 - б	077 - в
028 - в	078 - а
029 - д	079 - г
030 - а	080 - г
031 - в	081 - б
032 - а	082 - д
033 - в	083 - б
034 - д	084 - а
035 - б	085 - б
036 - г	086 - б
037 - г	087 - в
038 - в	088 - а
039 - а	089 - а
040 - д	090 - а
041 - б	091 - б
042 - в	092 - а
043 - г	093 - в
044 - г	094 - в
045 - д	095 - б
046 - а	096 - в
047 - а	097 - б
048 - в	098 - а
049 - а	099 - в
050 - а	100 - б



## **ФОС практических навыков государственной (итоговой государственной) аттестации.**

### Врач-специалист детский кардиолог должен владеть:

- методикой сбора анамнеза при обследовании ребенка, составления генеалогического дерева;
- методикой физикального обследования больного ребенка, критериями оценки тяжести состояния при различных заболеваниях детского и подросткового возраста;
- методами функциональных исследований сердечно-сосудистой системы (ЭКГ, ХМ, ЭХО-КГ, стресс-тест, клино-ортостатическую пробу, СМАД);
- методиками расчета объема инфузионной терапии, в том числе, детям первого года жизни и раннего возраста;
- проведением терапевтического лечения у детей с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

### Врач-специалист детский кардиолог должен обладать:

- навыками оформления больничных листов и медицинских справок;
- навыками сбора анамнеза при обследовании ребенка, составления генеалогического дерева;
- навыками выполнения и интерпритации:
  - ЭКГ
  - ЭКГ по Холтеру
  - нагрузочные тесты
  - рентгенографического исследования грудной клетки
  - ЭХО кардиологического исследования
  - компьютерной томографии сердца;
  - ядерно-магнитно-резонансное исследование сердца и сосудов;
- навыками расчета суточной потребности ребенка в основных питательных веществах и энергии, составления рациона питания здорового и больного ребенка в зависимости от возрастных особенностей;
- навыками постановки периферического венозного катетера, расчета и проведения инфузионной терапии ребенку при дегидратации, выраженном интоксикационном синдроме, токсико-аллергических реакциях, остром обструктивном синдроме;
- навыками проведения гемотрансфузии;
- навыками постановки интрагастрального зонда;
- навыками оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе при острой сердечной и дыхательной недостаточности;
- навыками проведением закрытого массажа сердца и искусственного дыхания;

## **Общеврачебные диагностические процедуры.**

### **Клинические исследования кардиологического больного:**

- Особенности анамнеза с акцентом на заболевания сердечно-сосудистую систему
- Осмотр больного с акцентом на сердечно-сосудистую систему
- Исследование костно-мышечной системы
- Малые аномалии (признаки дисплазии, дисэмбриогенеза) развития
- Исследование сердца и сосудов
- Катетеризация сосудов

- Внутрисердечная катетеризация
- Основы метода, показания
- Пункция перикарда
- Основы метода, показания
- Измерение артериального давления, подсчет ЧСС

## **Функциональная диагностика сердечно-сосудистой системы**

### **Электрокардиография**

- ЭКГ при нарушениях ритма сердца и проводимости
- Нарушение функции автоматизма синусового узла
- Синусовая тахикардия
- Синусовая брадикардия
- Синдром слабости синусового узла
- Варианты миграции водителя ритма
- Эктопические ритмы
- Нарушения функции проводимости
- Синоатриальная блокада
- Внутрисердечная блокада
- Нарушения атриовентрикулярной проводимости (неполные АВ блокады, полная АВ блокада)
- Нарушение внутрижелудочковой проводимости (блокада левой, правой ножки пучка Гиса, сочетанная блокада ножек)
- Нарушение ритма сложного генеза
- Синдром преждевременного возбуждения желудочков
- Фибрилляция предсердий/желудочков
- Синдром удлиненного и укороченного интервала QT
- Экстрасистолия
- Пароксизмальная тахикардия
- Особенности ЭКГ при различных заболеваниях:
- Нарушения электролитного обмена
- Инфекционно-токсических кардиопатиях (дистрофиях миокарда)
- Миокардитах
- Перикардитах
- Приобретенных пороках сердца
- Врожденных пороках сердца
- Заболеваниях легких
- ЭКГ при инфарктах
- ЭКГ при гипертрофиях и перегрузках сердца
- Особенности ЭКГ при применении различных лекарственных препаратов.
- Сердечных гликозидов
- В-адреноблокаторов
- Диуретиков

### **Холтеровское мониторирование**

- Диагностические возможности
- Показания, методика проведения у детей
- Интерпретация данных

### **Поверхностное ЭКГ картирование**

- Диагностические возможности
- Показания, методика проведения у детей
- Интерпретация данных

### **ЭКГ высокого разрешения**

- Диагностические возможности
- Показания, методика проведения у детей
- Интерпретация данных

### **Стресс-тесты**

- Диагностические возможности
- Показания, методика проведения у детей
- Интерпретация данных

### **Суточное мониторирование артериального давления**

- Диагностические возможности
- Показания, методика проведения у детей
- Интерпретация данных

### **Ультразвуковые исследования сердца и сосудов**

- Физиологические основы метода, аппаратура
- Методика визуальной оценки ЭХО- КГ
- Методика регистрации ЭХО- КГ
- Одномерное (М-ЭХО)
- Двумерное (М-ЭХО)
- Допплеровское ЭХО-КГ исследование
- Анализ ЭХО-КГ:
  - Миокарда
  - Эндокарда
  - Клапанов и подклапанных структур
  - Размеров полостей сердца
  - Состояние магистральных сосудов
- Показатели гемодинамики (ударный объем, минутный объем, фракция изгнания, периферическое сосудистое сопротивление, систолическая и диастолическая дисфункция миокарда и др.)
- Допплеровское исследование кровотока
- Эхокардиограмма при некоторых заболеваниях:
  - При перикардите
  - При миокардите
  - При эндокардите
  - При фиброэластозе
  - При врожденных пороках сердца
  - При приобретенных пороках сердца
  - Аномалии подклапанных структур

### **Другие методы исследования**

- Электрофизиологическое исследование
- Чреспищеводная электрокардиостимуляция
- Основы метода, показания

### **Методы визуализации**

- Методы лучевой диагностики (сцинтиграфия и др.)
- Рентгенодиагностика заболеваний сердца и сосудов
- Рентгеноскопия
- Рентгенография
- Ангиография
- Компьютерная томография

- Радиологические методы диагностики
- Ядерно-магнитно-резонансное исследование сердца и сосудов
- Методы диагностики наследственных болезней:
- Генеологический метод
- Цитогенетический метод
- Биохимические методы исследования
- Понятие о просеивающих программах

## **ФОС К УСТНОМУ СОБЕСЕДОВАНИЮ ГОСУДАРСТВЕННОЙ (ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ) АТТЕСТАЦИИ.**

1. Антигипертензивные препараты, показания к применению в детской кардиологии.
2. Артериальная гипертензия: классификация, диагностика, факторы риска в детском и подростковом возрасте.
3. Артериальная гипотензия в детском возрасте: клиника, диагностика, лечение согласно клиническим рекомендациям.
4. Вегетативная дистония: понятие, классификация, клиника в зависимости от вида дисрегуляции вегетативной нервной системы, лечение.
5. Возрастные особенности электрокардиографии у детей.
6. Вопросы первичной профилактики в детской кардиоревматологии.
7. Вопросы профилактики сердечно-сосудистых и ревматических болезней в педиатрии.
8. Врожденные пороки сердца с цианозом: тетрада Фалло, транспозиция магистральных артерий, общий артериальный ствол.
9. Врожденные пороки сердца: дефект межжелудочковой перегородки, клиника, лечение.
10. Врожденные пороки сердца: дефект межпредсердной перегородки, клиника, диагностика, лечение.
11. Врожденные пороки сердца: коарктация аорты, диагностика, клиника, лечение.
12. Врожденные пороки сердца: открытый артериальный проток, клинические симптомы, диагностика, лечение.
13. Дифференциальная диагностика ревматических заболеваний и заболеваний крови (гемофилия, гематоонкология).
14. Дифференциальная диагностика ревматических и инфекционных заболеваний.
15. Иммунологические методы диагностики в детской кардиоревматологии.
16. Инфекционный эндокардит: этиология, диагностика, клиника, лечение.
17. Кардиальные предикторы синдрома внезапной смерти у детей.
18. Кардиологические аспекты эндокринных заболеваний: сахарный диабет, гипер- и гипотиреоз.
19. Кардиомиопатии, классификация, клинические проявления, диагностика, лечение, прогноз.
20. Клинические и лабораторные методы исследования в кардиологии.
21. Лабораторные методы диагностики в детской кардиоревматологии.
22. Легочная гипертензия: понятие, патоморфология, классификация, клинические проявления, лечение.
23. Лечение диффузных заболеваний соединительной ткани: общие принципы терапии и особенности лечения отдельных нозологических форм.
24. Малые аномалии развития сердца у детей.
25. Методы диагностики врожденных пороков сердца у детей.
26. Миокардиты у детей: этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение.
27. Морфофункциональные особенности сердечно - сосудистой системы у детей.
28. Наджелудочковые и желудочковые тахикардии, диагностика, лечение, показания к интервенционной терапии.
29. Нарушения проводимости, атриовентрикулярные блокады: клиника, диагностика, виды

терапии, прогноз.

30. Нарушения сердечного ритма, экстрасистолия в детском возрасте, клиника, диагностика.
31. Нарушения сердечного ритма: экстрасистолия, комплексная терапия, показания к назначению антиаритмических препаратов.
32. Наследственные заболевания, проявляющиеся сердечно-сосудистой патологией (болезнь Дауна, синдром Марфана, синдром Элерса-Данлоса).
33. Недостаточность кровообращения у детей, этиология, патогенез, классификация, понятие о функциональных классах, лечение хронической сердечной недостаточности.
34. Общая характеристика иммунной системы и неспецифических факторов защиты у детей.
35. Организация кардиологической службы, правовые основы деятельности врача- детского кардиолога.
36. Организация медицинской помощи детям с сердечно-сосудистой патологией.
37. Особенности клиники реактивных артритов различной этиологии.
38. Ревматическая лихорадка у детей: эпидемиология, этиология, патоморфология, классификация.
39. Острая сердечная недостаточность: клиника, интенсивная терапия.
40. Пароксизмальные и непароксизмальные тахикардии, клинические особенности, диагностика, лечение.
41. Перикардиты у детей: этиология, клинические проявления, диагностика, лечение.
42. Пренатальная диагностика врожденных пороков сердца.
43. Приобретенные пороки сердца у детей: этиология, клиника, лечение.
44. Проплап митрального клапана, классификация, клиника, дифференциальная диагностика, прогноз.
45. Реабилитация и диспансеризация детей с патологией сердца и суставов.
46. Реактивные артриты: этиопатогенез, значение инфекции в иммунном ответе.
47. Ревматическая лихорадка у детей: клиническая характеристика на современном этапе, диагностика.
48. Ревматические заболевания, терапия: противовоспалительные препараты, характеристика, основные группы нестероидных противовоспалительных средств, применение в детской кардиоревматологии, показания к назначению, способы введения, характеристика стероидных препаратов.
49. Рентгенологическая диагностика заболеваний сердца и сосудов у детей.
50. Сердечные гликозиды, диуретики: показания и способы применения в детской кардиологии, побочные действия.
51. Синдром слабости синусового узла, классификация, клинические проявления, диагностика, лечение.
52. Системная красная волчанка: критерии диагностики, дифференциальный диагноз с другими заболеваниями соединительной ткани.
53. Современное состояние детской ревматологии, эпидемиология, общие принципы диагностики.
54. Суточное мониторирование ЭКГ и АД у детей, показания к применению и значение результатов исследований в практике врача- детского кардиолога.
55. Хроническая сердечная недостаточность у новорожденных: этиология, клиника, диагностика, лечение.
56. Этапное лечение ревматической лихорадки у детей, реабилитация.
57. Ювенильный идиопатический артрит: дифференциальная диагностика с другими болезнями суставов.
58. Ювенильный идиопатический артрит: клинические особенности различных форм заболевания.
59. Ювенильный идиопатический артрит: принципы терапии.
60. Ювенильный идиопатический артрит: эпидемиология, классификация, диагностические критерии

**ФОС ситуационных задач государственной (итоговой государственной) аттестации.**

**Задача № 1**

Саша И., 12 лет поступил в отделение с жалобами на одышку, усиливающуюся при физической нагрузке, боли и отечность в коленных и голеностопных суставах. Мальчик уже лечился в больнице по поводу ревматизма год назад. Получал антибиотики, салицилаты, гормоны. Последнее обострение началось с болей и отечности в коленных суставах, через 2 дня возникли боли и отечность голеностопных суставов. Состояние средней тяжести. Кожа и слизистые чистые. Миндалины выступают на две трети из-за дужек, разрыхлены. Со стороны легких - без особенностей.

При осмотре отмечается пульсация шейных сосудов. Верхушечный толчок в V межреберье на 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии слева, усилен и разлитой. ЧСС 96 в минуту, высокий и скорый пульс. АД 120/50 мм.рт.ст. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - II межреберье, левая - на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. При аускультации - I тон ослаблен на верхушке, II тон на аорте ослаблен. Нежный, дующий систолический шум на верхушке, в III-IV межреберье у края грудины дующий диастолический шум. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Анализ крови: Эр. -  $4,2 \times 10^{12}/л$ , Нв - 124 г/л, Л. -  $12 \times 10^9/л$ , э - 4%, п - 5%, с - 60%, л - 26%, м - 5%, СОЭ 45 мм/ч. Серомукоиды - 0,4, СРБ - 10 мг/л, ДФА - 0,31 ед., общий белок - 60 г/л, альбумины - 45%, глобулины:  $\alpha_1$  - 4%,  $\alpha_2$  - 16%,  $\beta$  - 13%,  $\gamma$  - 22%, коэффициент А/Г - 0,8. Анализ мочи - без патологии.

**ВОПРОСЫ:**

1. Поставьте диагноз согласно классификации.
2. Наметьте план дополнительного обследования.
3. Составьте план лечения.

### **Ответ к задаче № 1:**

- 1.Ревматизм 2, активная фаза, акт. 3, возвратный рев-мокардит, аортальная недостаточность, относительная митральная недостаточность, полиартрит острое течение, НК 2а.
- 2.Титры стрептококковых антител, ЭКГ, ФКГ, ЭхоКГ.
- 3.Режим, стол 10. Медикаментозная терапия:преднизолон с 30 мг в сутки по схеме, ацетилсалициловая кислота 0,5х4 раза после еды по схеме, пенициллин 500 000 ЕД х 3 р в/м с переходом на бицил-лин-3, затем бициллин-5, кардиотрофики: ККБ 100 мг в/м №10. Делагил 0,25 на ночь в течение года. Витаминотерапия.

### **Задача № 2**

Никита А., 13 лет, поступил в отделение с жалобами на слабость после физической нагрузки, одышку при подъеме по лестнице, утомляемость. Перенес 3 недели назад ОРВИ с лихорадкой в течение 3-х дней, насморком, кашлем. Лечился парацетамолом, бромгексином. При повторном осмотре педиатром выявлен систолический шум на верхушке сердца, наличие экстрасистолии.

Состояние средней тяжести, сознание ясное. Правильного телосложения. Масса 42 кг, рост 154 см. Кожа чистая, несколько бледная, цианоза нет. Отмечается пастозность голеней. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 20 в минуту. Границы относительной сердечной тупости расширены влево до 2 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены на верхушке, акцент II тона над легочной артерией, ЧСС - 100 ударов в минуту, АД - 90/55 мм.рт.ст. Выслушиваются экстрасистолы до 10 в мин., на верхушке и в точке Боткина - систолический шум средней интенсивности, не проводится за пределы сердца, стоя не меняется. Живот мягкий, безболезненный, печень +1,5 см из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Анализ крови - ускорение СОЭ до 20 мм/час. Серомукоиды 0,25, СРБ >6 мг/л; билирубин, трансаминазы - в норме. Анализ мочи - без патологии. На ЭКГ - признаки перегрузки и гипертрофии левого желудочка, единичные суправентрикулярные экстрасистолы.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Ваш диагноз?
2. Наметьте план дополнительного обследования.
3. Составьте план лечения.

### **Ответ к задаче № 2:**

- 1.Неревматический миокардит, относительная недостаточность митрального клапана, экстрасистолия, АВ-блокада I степени. НК 2б.
- 2.ФКГ, ЭхоКГ+ доплерЭхоКГ, рентгенография органов грудной клетки, УЗИ печени, кровь на ЦИК, кровь на антивирусные антитела.
- 3.Постельный режим, стол 10. Медикаментозная терапия: преднизолон 40 мг в сутки на 2 недели, с постепенной отменой, фуросемид, верошпирон в возрастной дозе, вольтарен или ортофен, при снижении сократительной функции миокарда (снижение ФВ на ЭхоКГ) - дигитализация, кардиотрофики, метаболиты.

### **Задача № 3**

Больной И., 9 лет, поступил с жалобами на сердцебиение, одышку при физической нагрузке, слабость, утомляемость. Указанные жалобы появились полгода назад. С двухмесячного возраста был обнаружен систолический шум в области II-IIIмежреберья слева от грудины. В анамнезе – частые простудные заболевания, бронхиты.

Состояние средней тяжести, сознание ясное. Правильного телосложения, кожные покровы бледные, чистые, отеков нет. В легких выслушивается везикулярное дыхание, ЧД- 24 в

минуту. Верхушечный толчок разлитой, приподнимающийся, усилен, в V межреберье на 1 см кнаружи от левой СКЛ. ЧСС 108 в минуту, АД- 120/60 мм.рт. ст. Границы относительной сердечной тупости: правая - по правой парастернальной линии, верхняя - III ребро, левая - 1 см кнаружи от среднеключичной линии. При аускультации - I тон на верхушке сохранен, акцент II тона над легочной артерией. Выслушивается громкий, скребущий, систоло-диастолический шум во II-III межреберье слева, усиливающийся ко II тону при нагрузке, проводится в подмышечную область. Живот мягкий, печень пальпируется на 1,5 см ниже края реберной дуги. Стул и мочеиспускание не нарушены. Вес 28 кг, рост 125 см.

Анализ крови и мочи - без патологии. ЭКГ - признаки гипертрофии левого предсердия, левого и правого желудочков.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Составьте план дополнительного обследования.
3. Составьте план лечения.

#### **Ответ к задаче № 3:**

1. ВПС с обогащением малого круга кровообращения, ОАП, НКГ.
2. Рентгенография органов грудной клетки, ЭхоКГ, доплерография ЭхоКГ.
3. Оперативное.

#### **Задача № 4**

Девочка 14 лет обратилась к врачу с жалобами на боли и припухлость в межфаланговых суставах II и III пальцев обеих кистей, а также обоих лучезапястных суставов. Температура при этом не повышалась.

В анамнезе - ОРЗ по 3 - 4 раза в год, хронический тонзиллит. Летом обычно ездит в пионерлагерь, где много загорает.

При осмотре хорошо физически развита. Со стороны внутренних органов выраженной патологии нет. Оба лучезапястных сустава сглажены. Имеется также припухлость и ограничение движений в проксимальных межфаланговых суставах II и III пальцев обеих кистей.

#### **ВОПРОСЫ:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Где обследовать больную (в поликлинике или в стационаре)?
3. Какова лечебная тактика при подтверждении диагноза?

#### **Ответ к задаче № 4:**

1. Диагноз ЮРА можно предположить на основании болей в симметрично расположенных суставах, припухлости их и ограничение подвижности. Локализация поражения типична для ЮРА.
2. Больную следует обследовать амбулаторно: общие анализы крови, мочи, кровь на ревматоидный фактор, дальнейшее углубленное обследование - в стационаре.
3. Лечебная тактика будет зависеть от степени активности процесса. Терапия должна состоять из нестероидных противовоспалительных средств, хинолиновых производных, ЛФК, физиопроцедур.

#### **Задача № 5**

Ребенок 2,5 лет осмотрен на дому. Заболел остро: повысилась температура тела до 38,5°C, появилась папулезная, розовая сыпь на внутренней поверхности верхних и нижних



конечностей, боли в руках и ногах. За неделю до появления сыпи перенес ОРВИ. В течение недели продолжает лихорадить до 39°C, появилась отечность сначала в одном, а затем в другом коленном суставах.

Объективно: состояние тяжелое, температура тела 39,2°C, кожные покровы бледные, на верхних и нижних конечностях, а также на туловище, мелкопапулезная розовая сыпь. Отмечается увеличение всех групп лимфоузлов. Коленные суставы отечны, болезненные при пальпации, движения в них ограничены. Границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, частота сердечных сокращений 130 в мин. Живот мягкий, печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, селезенка - на 2 см.

Анализ крови: эритроциты  $3,5 \times 10^{12}/л$ , Нв - 88 г/л, лейкоциты  $15,0 \times 10^9$ , нейтрофилы: палочкоядерные 10 %/ сегментоядерные 72 %, лимфоциты - 14 %, моноциты - 4 % ,СОЭ 47 мм/час.

#### ВОПРОСЫ:

- 1.Какова Ваша тактика?
- 2.Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
- 3.Каков предположительный диагноз?

#### Ответ к задаче № 5:

- 1.Больного необходимо госпитализировать.
- 2.Для уточнения диагноза, необходимо:а) биохимические показатели крови (общий белок, протеинограмма, ДФА), б) иммунологические показатели (ревматоидный фактор , иммуноглобулин, комплемент), в) рентгенография суставов, г) при наличии жидкости в коленном суставе - диагностическая пункция сустава.
- 3.Если лабораторные исследования подтвердят ЮРА, то следует предположить аллергосептический вариант (Висслера-Фанкони).

#### Задача № 6

Больной А., 6 лет поступил с жалобами на частые простудные заболевания. Из анамнеза: с 2-х месячного возраста выслушивается систолический шум в IV-Vмежреберье слева от грудины. Направлен для уточнения диагноза.

При осмотре состояние удовлетворительное, кожа чистая, обычной окраски. Грудная клетка нормостеническая, равномерно участвует в акте дыхания. Дыхание везикулярное, ЧД 24 в минуту. Верхушечный толчок в V межреберьякнутри от среднеключичной линии, 2 см в диаметре, ЧСС 94 в минуту, АД 115/60 мм.рт.ст. Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. При аускультации I тон на верхушке не изменен, акцент и расщепление II тона над легочной артерией, грубый, скребущий систолический шум, с максимумом в IV-V межреберье слева, не иррадирует. Живот мягкий, безболезненный. Печень по Курлову 6-5-4 см. Селезенка не пальпируется. Мочится свободно. Вес 22 кг, рост 120 см.

Анализ крови - без патологии, на ЭКГ – признаки перегрузки левого желудочка.

#### ВОПРОСЫ:

- 1.Поставьте предварительный диагноз?
- 2.Наметьте план дополнительного обследования?
- 3.Обоснуйте тактику лечения.

#### Ответ к задаче № 6:

- 1.ВПС, дефект межжелудочковой перегородки в мышечной части (болезнь Толочинова - Роже), НК 0.

2.Рентгенография органов грудной клетки, ЭхоКГ, доплерЭхоКГ

3.В лечении не нуждается.

### Задача № 7

Света И., 9 лет, поступила в клинику с жалобами на вялость, сонливость, слабость в руках и ногах, артралгии. Больна около 2-х месяцев: учителя обратили внимание, что девочка стала невнимательной на уроках, раздражительной и плаксивой, стала неряшливо писать, возникли нарушения речи.

Состояние средней тяжести, на вопросы отвечает с трудом из-за невнятности речи. Зев и слизистые чистые, признаки хронического тонзиллита. Мышечный тонус снижен. При осмотре выявлены гиперкинезы, положительный симптом "дряблых плеч", Черни, Гордона, Филатова, нарушение координации. Суставы внешне не изменены, движения в суставах в полном объеме. Легкие - без особенностей. Границы сердца в пределах возрастной нормы. Тоны сердца ясные, АД 110/60 мм.рт. ст. Пульс 86 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Анализ крови: Эр.  $4,2 \times 10^{12}/л$ , Нб - 120 г/л, ЦП - 0,9, Л -  $8,5 \times 10^9/л$ , э-5%, п-4%, с-63%, лимф.-22%, мон.-6%, СОЭ-15 мм/ч. Анализ мочи - без патологии. СРБ - отрицателен, серомукоиды - 0,15, ДФА - 0,250. Общий белок 69 г/л, альбумины – 50%, глобулины:  $\alpha 1 - 8\%$ ,  $\alpha 2 - 12\%$ ,  $\beta - 13\%$ ,  $\gamma - 17\%$ , коэффициент А/Г - 1,0.

### ВОПРОСЫ:

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Проведите дифференциальную диагностику.
- 3.Назначьте лечение.

### Ответ к задаче № 7:

1. Острая ревматическая лихорадка, активная фаза, активность I степени без поражения сердца, хорея, острое течение, НКо.
- 2.Дифференцировать с: энцефалитом с гиперкинезами, неврозом навязчивых движений, нервными тиками
3. Режим постельный, стол 15. Медикаментозная терапия : пенициллин 500000 ЕД x 3 в/м с последующим переходом на бициллин - 3, ацетилсалициловая кислота 0,5 x 4 р. после еды, седативные препараты, ноотро-пы, поливитамины, ФТЛ (электросон).

### Задача № 8

У девочки 2 лет, повысилась температура до 38°C и появились боли и отечность в левом локтевом суставе. В анализе крови лейкоцитоз и повышенная СОЭ.

Девочка была госпитализирована в больницу, где ей был поставлен диагноз остеомиелита левого плеча, по поводу которого произведен разрез и ревизия раны. Диагноз не подтвердился. Вскоре присоединилась болезненность и отечность в другом локтевом суставе, а затем в обоих коленных и голеностопных суставах, ребенок перестал ходить, развилась анемия. Больная была переведена для дальнейшего обследования в клинику детских болезней.

### ВОПРОСЫ:

- 1.Поставьте предварительный диагноз.
- 2.С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
- 3.Составьте план обследования.

### Ответ к задаче № 8:

1. При наличии перечисленных симптомов диагноз ЮРА с уверенностью поставить нельзя, т. к. первоначальные симптомы болезни, такие как лихорадка, артралгия, лейкоцитоз и повышенная СОЭ являются неспецифическими. ЮРА нужно было заподозрить.
2. Дифференциальный диагноз в данном случае следует проводить между ЮРА и ревматизмом, с системной красной волчанкой и склеродермией, а также с травмой сустава в начале заболевания и туберкулезным поражением сустава.
3. Чтобы правильно поставить диагноз необходимо тщательно обследовать больную, уточнить анамнез, использовать дополнительные методы обследования

### Задача № 9

Мальчик 9 лет поступил в отделение с жалобами на сердцебиение, одышку при физической нагрузке, слабость, утомляемость. Указанные жалобы появились около 2 месяцев назад.

Из анамнеза: с 2-х месячного возраста был обнаружен систолический шум в области II-III межреберья слева от грудины, с 8 мес. часто болеет простудными заболеваниями.

При осмотре состояние средней тяжести, сознание ясное. Правильного телосложения. Кожные покровы бледные, чистые. Дыхание везикулярное, ЧД 22 в минуту. Верхушечный толчок разлитой, приподнимающийся, усилен, в V межреберье слева. ЧСС 94 в 1 мин. АД 120/40 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости: правая по правой парастернальной линии, верхняя – III ребро, левая по среднеключичной линии. При аускультации определяется акцент II тона над легочной артерией, выслушивается интенсивный, скребущий систоло-диастолический шум во II межреберье слева от грудины. Шум усиливается ко II тону при нагрузке, проводится в левую подмышечную область. Живот мягкий, печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены.

На ЭКГ - признаки гипертрофии левого желудочка. На ФКГ - систоло-диастолический шум.

### ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие дополнительные исследования следует провести?
3. Назначьте лечение.

### Ответ к задаче № 9:

1. ВПС с обогащением малого круга кровообращения. ОАП, II стадия, НК<sub>1</sub>.
2. Рентгенография органов грудной клетки. ЭхоКГ, доплер-ЭхоКГ.
3. Лечение оперативное.

### Задача № 10

Девочка 12 лет поступила в детское отделение на обследование с жалобами на боли в суставах в течение последних 3 месяцев, длительный субфебрилитет, повышенную утомляемость. Начало заболевания родители связывают с перенесенной ОРВИ, протекавшей с высокой лихорадкой. На фоне сохраняющегося субфебрилитета летом девочка отдыхала у бабушки в деревне, много находилась на солнце, загорала, после чего указанные жалобы усилились.

Из анамнеза жизни известно, что до настоящего заболевания росла и развивалась нормально, болела 2-3 раза в год ОРВИ, протекавшими относительно нетяжело.

При поступлении состояние средней тяжести. Девочка правильного телосложения, пониженного питания. Кожные покровы бледные. Отмечаются бледно окрашенные эритематозно-дескваматозные элементы на лице, преимущественно на щеках и переносице. Лимфатические узлы умеренно увеличены, при пальпации безболезненны.

Лучезапястные, локтевые и голеностопные суставы отечны, движения в них умеренно болезненны. В легких перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, верхняя - по III ребру, левая - на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень + 1 см из-под края реберной дуги, селезенка по краю реберной дуги. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: НЬ - 100 г/л, Эр -  $3,9 \times 10^{12}$  /л, Тромб -  $120 \times 10^9$  /л, Лейк -  $3,5 \times 10^9$ /л, э - 2%, п/я - 2%, с - 62%, л - 31%, м - 3%, СОЭ - 50 мм/час. Биохимические анализы крови: общий белок - 83 г/л, альбумины - 46%, глобулины: альфа 1 - 5%, альфа 2 - 12%, бета - 5%, гамма - 32%, серомукоиды - 0,3 ед, СРБ - 15 мг/л, АЛТ - 32 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, мочевины - 4,5 ммоль/л, креатинин - 98 ммоль/л. Общий анализ мочи: удельный вес - 1012, белок - 0,1 г/л, лейкоциты - 3-4 в п/зр, эритроциты - 20-25 в п/зр.

**ВОПРОСЫ:**

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие еще исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
4. Наметьте план лечения.

**Ответ к задаче № 10:**

1. Диффузное заболевание соединительной ткани (системная красная волчанка?)

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Свиридова Наталия Ивановна

09.09.24 14:28 (MSK)

Сертификат 0475ADC000A0B0E2824A08502DAA023B6C