

*Приложение к рабочей программе*

Владимирский филиал федерального государственного бюджетного  
образовательного учреждения высшего образования  
«Приволжский исследовательский медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ**

**КАРДИОЛОГИЯ ДЕТСКАЯ**

Направление подготовки (специальность): **31.05.02 ПЕДИАТРИЯ**

Форма обучения: **ОЧНАЯ**

## 1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине/практике

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине является неотъемлемым приложением к рабочей программе. На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

*(Фонды оценочных средств позволяют оценить достижение запланированных результатов, заявленных в образовательной программе.)*

*Оценочные средства – фонд контрольных заданий, а также описание форм и процедур, предназначенных для определения качества освоения обучающимися учебного материала.)*

## 2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Тест №1	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
2	Коллоквиум	Средство контроля усвоения учебного материала темы, раздела или разделов дисциплины, организованное как учебное занятие в виде собеседования преподавателя с обучающимися.	Вопросы по темам/разделам дисциплины
3	Контрольная работа	Средство проверки умений применять полученные знания для решения задач определенного типа по теме или разделу	Комплект контрольных заданий по вариантам
4	Реферат	Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.	Перечень тем рефератов
5	Индивидуальный опрос	Средство контроля, позволяющий оценить степень раскрытия материала	Перечень вопросов
6	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины	Код контролируемой	Результаты обучения по дисциплине	Наименование оценочного средства
-------	--	--------------------	-----------------------------------	----------------------------------

		компетенции		вид	колич
1.	Системные заболевания соединительной ткани.	УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ПК-5 ПК-8 ПК-9 ПК-10	<b>ЗНАТЬ:</b> 1. Основы этики и деонтологии врачебной деятельности с учетом социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий 2. Основы и требования по ведению медицинской документации в соответствии с законодательством РФ 3. Клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов и рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении основных патологических синдромов, заболеваний и неотложных состояний у больных детей и подростков 4. Анатомо-физиологические	Тестовые задания	ество 20
2.	Сердечная недостаточность.	УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ПК-5 ПК-8 ПК-9 ПК-10		Тестовые задания	2
3.	Пороки сердца и крупных сосудов.	УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ПК-5 ПК-8 ПК-9 ПК-10		Тестовые задания	2
4.	Эндокардиты.	УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ПК-5 ПК-8 ПК-9 ПК-10		Тестовые задания	2
5.	Кардиомиопатии.	УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ПК-5 ПК-8 ПК-9 ПК-10		Тестовые задания	2
				Ситуационные задачи	
				Опрос	
				Опрос	
				Опрос	
				Опрос	
				Опрос	

распространенных

6.	Ювенильный ревматоидный артрит.	УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ПК-5 ПК-8 ПК-9 ПК-10	заболеваний у детей. 9. Принципы и методы оказания медицинской помощи при различных неотложных состояниях у детей, показания к госпитализации. 10.Оценку качества оказания медицинской помощи детям с использованием основных медико-статистических показателей	Тестовые задания  Ситуационные задачи  Опрос	20  2
7.	Синдром вегетативной дистонии. Артериальная гипертензия.	УК-1 ОПК-4 ОПК-5 ОПК-7 ПК-5 ПК-8 ПК-9 ПК-10	11.Теоретические основы информатики, сбор, хранение, переработка, преобразование, распространение информации в медицинских и биологических системах, использование информационных компьютерных систем в медицине и здравоохранении. Основы доказательной медицины. <b>УМЕТЬ:</b> 1. Использовать этические и деонтологические принципы в работе врача педиатра с учетом социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий. 2. Оформить медицинскую документацию различного характера в медицинских организациях педиатрического профиля. 3. Обосновать принципы терапии наиболее распространенных заболеваний; назначить рациональную терапию, применить лекарственные препараты, их комбинации для лечения детей, выписать рецепты	Тестовые задания  Ситуационные задачи  Опрос	20  2

лекарственных средств.

4. Собрать анамнез, провести физикальное обследование пациента различного возраста; интерпретировать результаты обследования, обосновать диагноз, определить план обследования и лечения.

5. Заполнять медицинскую документацию различного характера в медицинских организациях педиатрического профиля

6. Выявлять жизнеугрожающие состояния у детей и оказывать неотложную помощь.

7. Анализировать и оценивать качество медицинской помощи, состояние здоровья детского населения с использованием основных медико-статистических показателей.

8. Пользоваться учебной, научной, научно-популярной литературой, сетью Интернет для профессиональной деятельности, методами статистической обработки материала.

**ВЛАДЕТЬ:**

1. Принципами этики и деонтологии врача педиатра в клинической практике.

2. Оформлением истории болезни как юридического документа и другой документации в медицинских организациях педиатрического профиля.

3. Алгоритмом назначения терапии; современными порядками,

			<p>стандартами и протоколами оказания медицинской помощи детям.</p> <p>4. Сбором анамнеза, методами общего клинического обследования детей и подростков, интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики, постановки клинического диагноза.</p> <p>5. Алгоритмом и протоколами выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий, назначением терапии.</p> <p>6. Алгоритмом и протоколами оказания врачебной помощи при неотложных и угрожающих жизни состояниях у детей.</p> <p>7. Алгоритмом оценки качества оказанной медицинской помощи.</p> <p>Алгоритмом оценки основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий по оказанию помощи детям на основе доказательной медицины; представлением результатов анализа для публичного обсуждения.</p>	
--	--	--	---	--

**Тестовые задания для студентов шестого курса педиатрического факультета по дисциплине «КАРДИОЛОГИЯ ДЕТСКАЯ» (дисциплина по выбору)**

**Тесты по теме: «Синдром вегетативной дистонии. Артериальная гипертензия»**

**1. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ**

- 1) системная красная волчанка
- 2) геморрагический васкулит\*
- 3) узелковый периартериит\*

- 4) открытый артериальный проток\*
- 5) аортальная недостаточность\*

2. ВЫСОКУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ ЧАЩЕ ОБУСЛАВЛИВАЕТ

- 1) порок развития сосудов почки\*
- 2) пиелонефрит
- 3) удвоение чашечно-лоханочной системы\*
- 4) наследственный нефрит\*
- 5) вегетодистония\*

3. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) цистография\*
- 2) измерение артериального давления на ногах\*
- 3) внутривенная урография
- 4) ренальная ангиография\*
- 5) УЗИ сосудов почек\*

4. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПОРОКОВ ПРОТЕКАЕТ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

- 1) стеноз легочной артерии
- 2) стеноз аорты
- 3) дефект межжелудочковой перегородки
- 4) дефект межпредсердной перегородки\*
- 5) коарктация аорты

5. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) повышение в моче уровня альдостерона
- 2) нормальное содержание в моче 17-кетостероидов\*
- 3) артериальное давление на ногах ниже, чем на руках\*
- 4) снижение в моче уровня катехоламинов\*
- 5) артериальное давление на ногах выше, чем на руках\*

6. ПОВЫШЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ В КАЧЕСТВЕ ПОБОЧНОГО ЯВЛЕНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ ПРИ ПРИЕМЕ

- 1) антибиотиков\*
- 2) глюкокортикоидов
- 3) ганглиоблокаторов\*
- 4) бета-адреноблокаторов\*
- 5) диуретиков\*

7. ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВОЗМОЖНЫ ЖАЛОБЫ

- 1) заложенность носа\*
- 2) рвота\*
- 3) энурез\*
- 4) боли в животе

8. ПРИЧИНАМИ ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ (РЕНОВАСКУЛЯРНОЙ) ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ МОГУТ БЫТЬ

- 1) аорто-артериит\*
- 2) добавочные почечные артерии\*

- 3) гипоплазия почки и почечных сосудов\*
- 4) пиелонефрит\*

9. ПРИЗНАКАМИ КРИЗА ПРИ ФЕОХРОМОЦИТОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) тахикардия
- 2) гипергликемия
- 3) рвота
- 4) гипогликемия\*
- 5) повышение температуры

10. АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ МОЖЕТ СОПРОВОЖДАТЬСЯ СЛЕДУЮЩИЙ ВРОЖДЕННЫЙ ПОРОК

- 1) стеноз митрального отверстия\*
- 2) стеноз легочной артерии
- 3) коарктация аорты\*

11. КРИЗОВЫЕ ПОДЪЕМЫ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1) феохромоцитомы\*
- 2) болезни Крона
- 3) гломерулонефрита
- 4) стеноза легочной артерии
- 5) коарктации аорты

12. СНИЖАЕТ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ПУТЕМ ИЗМЕНЕНИЯ ВОДНО-ЭЛЕКТРОЛИТНОГО БАЛАНСА

- 1) гипотиазид\*
- 2) дибазол
- 3) нитропруссид натрия
- 4) резерпин
- 5) ганглиоблокаторы\*

13. ДЛЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ХАРАКТЕРНЫ

- 1) сердечная недостаточность
- 2) нарушение сердечного ритма
- 3) судороги, потеря сознания\*
- 4) одышка, хрипы в легких
- 5) анасарка

14. ВЕРАПАМИЛ (ИЗОПТИН) ОТНОСИТСЯ К

- 1) блокаторам кальциевых каналов
- 2) ингибиторам АПФ
- 3) адреноблокаторам\*
- 4) адреноблокаторам
- 5) диуретическим препаратам

15. ДЛЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО КРИЗА ХАРАКТЕРНЫ

- 1) внезапное начало\*
- 2) высокий подъем артериального давления\*
- 3) общемозговые и очаговые симптомы длительностью не более 24 часов\*
- 4) рвота\*

16. МЕТОДИКА ИЗМЕРЕНИЯ АД (СТАНДАРТЫ ВОЗ)



- 1) обстановка – тихая, спокойная, удобная, комфортная температура
- 2) пациент должен сидеть на стуле с прямой спинкой рядом со столом, с расслабленными не скрещенными ногами
- 3) АД необходимо измерять через 1-2 часа после приема пищи
- 4) размер манжеты – ширина, не менее 40% окружности плеча и не менее 80% его длины
- 5) нижний край манжеты должен быть на 2,5 см выше локтевой ямки
- 6) плотность наложения манжеты – между ней и поверхностью плеча пациента должен проходить палец
- 7) все вышеперечисленное\*

#### 17. ПОЛОЖЕНИЕ СТЕТОСКОПА ПРИ ИЗМЕРЕНИИ АД ПО КОРОТКОВУ

- 1) пальпаторно определяется точка максимальной пульсации плечевой артерии
- 2) мембрана стетоскопа должна полностью плотно прилегать к поверхности плеча
- 3) следует избегать слишком сильного давления стетоскопа, т.к. оно может вызвать дополнительную компрессию плечевой артерии\*
- 4) рекомендуется использовать низкочастотную мембрану
- 5) головка стетоскопа не должна касаться манжеты или трубок, т.к. звук от соприкосновения с ними может нарушить восприятие тонов Короткова

#### 18. НАКАЧИВАНИЕ И СДУВАНИЕ МАНЖЕТЫ

- 1) нагнетание воздуха в манжету до максимального уровня должно производиться быстро\*
- 2) воздух из манжеты выпускают со скоростью 2 мм рт ст в секунду до появления тонов Короткова, затем со скоростью 2 мм рт ст от удара к удару\*
- 3) медленное выпускание воздуха позволяет определить систолическое и диастолическое АД по началу фаз Короткова\*

#### 19. ПРЕИМУЩЕСТВА СУТОЧНОГО МОНИТОРИРОВАНИЯ АД (СМАД)

- 1) многократность измерений\*
- 2) автоматическое проведение измерений\*
- 3) измерение АД во время привычного ритма жизни ребенка\*
- 4) оценка циркадного ритма АД\*
- 5) измерение АД во время сна\*

#### 20. ПО ЗАКЛЮЧЕНИЮ ЭКСПЕРТОВ ВОЗ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ЛЯБИЛЬНОЙ ФОРМЫ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, РЕКОМЕНДОВАННЫЕ В КАЧЕСТВЕ ОСНОВНОГО И ДАЖЕ ЕДИНСТВЕННОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ

- 1) нормализация режима дня\*
- 2) фитотерапия (седативные травы, мочегонные травы)\*
- 3) физиотерапия (гальванизация, диатермия синокаротидной зоны, электрофорез по Вермелю, электросон)
- 4) ингибиторы АПФ
- 5) при неэффективности показано назначение базисной терапии, включающей сосудистые и ноотропные препараты\*

#### Тесты по теме: «Пороки сердца и крупных сосудов»

#### 21. ДЛЯ ВПС ТИПИЧНЫ ПРИЗНАКИ

- 1) одышка с рождения инспираторного характера
- 2) нормальная масса ребенка при рождении\*
- 3) малая прибавка массы ребенка на первом году жизни\*

- 4) стойкий систолический шум в сердце\*
- 5) склонность к респираторным инфекциям\*

22. ДЛЯ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА ТИПИЧНЫ ПРИЗНАКИ

- 1) частые бронхолегочные заболевания\*
- 2) усиление I тона на верхушке
- 3) усиление и расщепление II тона на легочной артерии\*
- 4) систолодиастолический шум с эпицентром во II межреберье слева\*
- 5) расширение границ сердца\*

23. ДЛЯ ДЕФЕКТА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ТИПИЧНЫ ПРИЗНАКИ

- 1) рецидивирующий бронхит, повторные пневмонии\*
- 2) ослабление I тона на верхушке сердца\*
- 3) акцент II тона на легочной артерии
- 4) систолическое дрожание в III- IV межреберье слева от грудины\*
- 5) пансистолический шум с эпицентром в IV межреберье слева от грудины\*

24. УКАЖИТЕ ВЕДУЩИЙ СИМПТОМ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ

- 1) астеническая конституция
- 2) синусовая тахикардия
- 3) акцент II тона на легочной артерии
- 4) отсутствие пульса на бедренной артерии\*
- 5) лабильность артериального давления

25. ТЕТРАДА ФАЛЛО ВКЛЮЧАЕТ АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ

- 1) стеноз аорты
- 2) дефект межжелудочковой перегородки\*
- 3) декстрапозиция аорты\*
- 4) стеноз легочной артерии\*
- 5) гипертрофия правого желудочка\*

26. ДЛЯ ТЕТРАДЫ ФАЛЛО В ФАЗУ ПЕРВИЧНОЙ АДАПТАЦИИ ТИПИЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯ

- 1) одышечно-цианотические приступы\*
- 2) частые бронхолегочные заболевания
- 3) полицитемия\*
- 4) релятивная анемия\*
- 5) отставание в психомоторном развитии\*

27. НАРУШЕНИЕ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКАХ СЕРДЦА БЫВАЮТ

- 1) с обогащением малого круга кровообращения\*
- 2) с обеднением малого круга кровообращения\*
- 3) с обеднением большого круга кровообращения\*
- 4) с обогащением большого круга кровообращения

28. К ПОРОКАМ СЕРДЦА С ОБОГАЩЕНИЕМ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ БЕЗ ЦИАНОЗА ОТНОСЯТСЯ

- 1) дефект межпредсердной перегородки\*
- 2) дефект межжелудочковой перегородки\*
- 3) открытый артериальный проток\*
- 4) атриовентрикулярная коммуникация\*

5) болезнь Фалло

29. К ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА БЕЗ ЦИАНОЗА С ОБЕДНЕНИЕМ БОЛЬШОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ

- 1) общий артериальный ствол
- 2) болезнь Фалло
- 3) коарктация аорты
- 4) транспозиция магистральных сосудов\*

30. РАЗЛИЧАЮТ ФАЗЫ ТЕЧЕНИЯ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ

- 1) фаза первичной адаптации \*
- 2) фаза обострения
- 3) фаза относительной компенсации\*
- 4) терминальная фаза

31. ОСЛОЖНЕНИЯМИ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА СЕРДЦА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) недостаточность кровообращения \*
- 2) дистрофия (гипоплазия, гипотрофия)
- 3) гипостатическая пневмония
- 4) септический эндокардит
- 5) склонность к интеркуррентным заболеваниям
- 6) коллаптоидные состояния
- 7) аритмии
- 8) тромбозы сосудов
- 9) все перечисленное

32. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ВРОЖДЕННОГО ПОРОКА СЕРДЦА ВКЛЮЧАЕТ

- 1) сбор и анализ биологического и генеалогического анализа ребенка\*
- 2) оценка антропометрических данных
- 3) кардиомегалия
- 4) органический характер шума
- 5) признаки нарушения кровообращения\*
- 6) изменения АД
- 7) ФКГ, ЭКГ
- 8) ЭХОКГ
- 9) стерильная пункция

33. НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПО ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОМУ ТИПУ II<sub>A</sub> СТЕПЕНИ

- 1) проявляется в покое или после нагрузки
- 2) ЧСС увеличено на 30-50 и ЧДД на 50-70% относительно нормы, акроцианоз, навязчивый кашель, влажные мелкопузырчатые хрипы в легких
- 3) число сердечных отношений и дыханий увеличено на 15-30 и 30-50 относительно нормы\*
- 4) число сердечных сокращений и дыханий в 1 мин увеличено на 50-60 и 70-100% относительно клиническая картина предотека и отека легких
- 5) гепатомегалия, отечный синдром (отеки на лице, ногах, гидроторакс, гидроперикард, асцит)

34. УКАЖИТЕ СИМПТОМЫ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ II<sub>Б</sub> СТЕПЕНИ

- 1) акроцианоз, навязчивый кашель, влажные мелкопузырчатые хрипы в легких
- 2) одышка, тахикардия появляются после нагрузки
- 3) пастозность, набухание шейных вен, печень выступает на 3-5 см из-под реберной дуги, одышка, тахикардия\*
- 4) гепатомегалия отечный синдром (отеки на лице, ногах, гидроторакс, гидроперикард, асцит)

### 35. ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ

- 1) постельный режим\*
- 2) диета \*
- 3) сердечные гликозиды\*
- 4) препараты калия\*
- 5) мочегонные препараты
- 6) кардиотропные препараты
- 7) инсулинотерапия

### 36. ОСНОВНЫЕ ПУТИ ОЗДОРОВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА, КРОМЕ

- 1) санация очагов хронической инфекции
- 2) своевременное тщательное лечение интеркуррентных заболеваний
- 3) средства, улучшающие метаболические процессы в миокарде 1-2 раза в год
- 4) сердечные гликозиды, мочегонные препараты, вазодилататоры – по показаниям
- 5) пребывание на свежем воздухе не менее 3-4 часов в сутки
- 6) симптоматическая терапия по показаниям
- 7) регидратационная терапия\*

### 37. РЕШИТЕ ВОПРОС ОБ ИММУНОПРОФИЛАКТИКЕ РЕБЕНКА С ДМПП В ФАЗЕ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ КОМПЕНСАЦИЙ

- 1) освободить от прививок
- 2) проводить прививки по общим правилам
- 3) проводить прививки по индивидуальному графику\*
- 4) проводить прививки по эпид- показаниям

### 38. К ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА БЕЗ ЦИАНОЗА С ОБЕДНЕНИЕМ БОЛЬШОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ

- 1) общий артериальный ствол
- 2) болезнь Фалло
- 3) коарктация аорты
- 4) транспозиция магистральных сосудов\*

### 39. ДЛЯ ТЕТРАДЫ ФАЛЛО В ФАЗУ ПЕРВИЧНОЙ АДАПТАЦИИ ТИПИЧНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯ

- 1) одышечно-цианотические приступы\*
- 2) частые бронхолегочные заболевания
- 3) полицитемия\*
- 4) релятивная анемия\*
- 5) отставание в психомоторном развитии\*

### 40. ДЛЯ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА ТИПИЧНЫ ПРИЗНАКИ

- 1) частые бронхолегочные заболевания\*
- 2) усиление I тона на верхушке

- 3) усиление и расщепление II тона на легочной артерии\*
- 4) систолодиастолический шум с эпицентром во II межреберье слева\*
- 5) расширение границ сердца\*

### Тесты по теме: «Кардиомиопатии»

41. ДЛЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ СЕРДЦА ХАРАКТЕРНО

- 1) гипертрофия межжелудочковой перегородки\*
- 2) увеличение полости левого желудочка
- 3) увеличение полости правого желудочка
- 4) гипертрофия предсердий\*
- 5) аномальное крепление митральных хорд\*

42. ПЕРЕД НАЧАЛОМ ЗАНЯТИЙ В СПОРТИВНОЙ СЕКЦИИ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ

- 1) ЭхоКГ\*
- 2) ФКГ\*
- 3) ЭКГ\*
- 4) Рентгенографии
- 5) Реографии

43. ДЛЯ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ХАРАКТЕРНО

- 1) гипертрофия левого желудочка\*
- 2) увеличение полостей сердца\*
- 3) гипертрофия правого желудочка
- 4) гипертрофия межжелудочковой перегородки\*
- 5) аномальная трабекула

44. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНО

- 1) ЭХО-КГ\*
- 2) Рентгенография
- 3) Радиоизотопное исследование
- 4) ЭКГ\*
- 5) ФКГ + рентгенограмма

45. УКАЖИТЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

- 1) нарушение роста эмбриона\*
- 2) гиперпродукция и действие на миокард катехоламинов
- 3) первичное нарушение метаболизма миокарда\*
- 4) поражение мелких интрамуральных сосудов сердца

46. ВНЕЗАПНАЯ СЕРДЕЧНАЯ СМЕРТЬ ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

- 1) первичная электрическая нестабильность миокарда желудочка
- 2) брадиаритмия в результате дисфункции синусового узла или полной атриовентрикулярной блокады\*
- 3) острые нарушения гемодинамики

47. ПРИЗНАКИ ОБСТРУКЦИИ ВЫХОДЯЩЕГО ТРАКТА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА ПРИ ОБСТРУКТИВНОЙ ФОРМЕ АСИММЕТРИЧНОЙ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

- 1) неравномерный точкообразный пульс
- 2) пальпаторное определение систолы левого предсердия (двойной верхушечный толчок)\*
- 3) парадоксальное расщепление II тона
- 4) поздний систолический шум над верхушкой и в точке Боткина\*

48. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ЖАЛОБАМИ БОЛЬНЫХ ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) одышка при физической нагрузке\*
- 2) болевые ощущения в грудной клетке\*
- 3) нарушение ритма сердечной деятельности
- 4) головокружение
- 5) синкопальные состояния

49. СПЕКТР АРИТМИЙ У ДЕТЕЙ С ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИЕЙ

- 1) трепетание предсердий
- 2) суправентрикулярные и желудочковые экстрасистолы\*
- 3) залпы желудочковой тахикардии\*
- 4) синдром W-P-W

50. ПРИЧИНЫ СИНКОПАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПРИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

- 1) развитие синдрома малого выброса\*
- 2) возникновение жизнеугрожаемых нарушений сердечного ритма
- 3) брадиформы нарушения сердечного ритма на фоне синдрома слабости синусового узла\*
- 4) трепетание предсердий

51. В РАЗВИТИИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ИГРАЮТ РОЛЬ

- 1) да\*
- 2) нет

52. КАКИЕ ВАРИАНТЫ НАСЛЕДОВАНИЯ ВОЗМОЖНЫ ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

- 1) аутосомно-доминантный\*
- 2) аутосомно-рецессивный\*
- 3) X-сцепленный\*
- 4) митохондриальный

53. ИЗ 4Х ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВАРИАНТОВ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) аутосомно-доминантный
- 2) аутосомно-рецессивный\*
- 3) X-сцепленный
- 4) митохондриальный

54. ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) кардиомегалия\*
- 2) синдром слабости синусового узла\*
- 3) снижение систолического АД
- 4) левосторонний сердечный горб
- 5) легочная гипертензия

55. НАРУШЕНИЕ СЕРДЕЧНОГО РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ ПРИ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ

- 1) суправентрикулярная и желудочковая экстрасистолия\*
- 2) фибрилляция или мерцание предсердий
- 3) идиовентрикулярный ритм
- 4) синдром слабости синусового узла\*

56. ДИАГНОЗ ИДИОПАТИЧЕСКОЙ РЕСТРИКТИВНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ СТАВИТСЯ ТОЛЬКО ПОСЛЕ ИСКЛЮЧЕНИЯ

- 1) артериальной гипертензии\*
- 2) констриктивного перикардита\*
- 3) инфильтративных и системных заболеваний миокарда
- 4) болезней накопления

57. ДЛЯ РЕСТРИКТИВНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ НАРУШЕНИЯ ВНУТРИСЕРДЕЧНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ

- 1) нарушение диастолического расслабления миокарда\*
- 2) повышение конечно-диастолического давления в левом желудочке\*
- 3) повышение давления в легочной артерии\*
- 4) повышение давления в системных легочных венах\*

58. В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ РЕСТРИКТИВНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ МОЖНО ОТМЕТИТЬ ВСЕ, КРОМЕ

- 1) выраженная одышка и слабость, появляющаяся при незначительной физической нагрузке
- 2) возможно нарастание периферических отеков, возникновение асцита
- 3) нередко жалобы на боли в животе, обусловленные явлениями гепатомегалии
- 4) снижение артериального давления\*

59. ПРИ ОБЪЕКТИВНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ПРИ РЕСТРИКТИВНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ОТМЕЧАЕТСЯ ВСЕ, КРОМЕ

- 1) набухание шейных вен, выраженность этого признака увеличивается на вдохе (симптом Куссмауля)
- 2) размеры сердца не увеличены
- 3) приглушенность тонов сердца
- 4) тоны сердца обычной громкости, в ряде случаев выслушивается громкий III тон
- 5) протодиастолический, пресистолический или суммационный галоп\*

60. ОСНОВНЫЕ ПУТИ ОЗДОРОВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА, КРОМЕ

- 1) санация очагов хронической инфекции
- 2) своевременное тщательное лечение интеркуррентных заболеваний
- 3) средства, улучшающие метаболические процессы в миокарде 1-2 раза в год
- 4) сердечные гликозиды, мочегонные препараты, вазодилататоры – по показаниям
- 5) пребывание на свежем воздухе не менее 3-4 часов в сутки
- 6) симптоматическая терапия по показаниям

- 7) регидратационная терапия
- 8) аппендэктомии\*

### Тесты по теме: «Эндокардиты»

61. КАКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ВОЗМОЖНЫ ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ

- 1) инфекционно-воспалительный
- 2) тромбоземболический
- 3) клапанных поражений
- 4) интоксикации
- 5) все перечисленное\*

62. ДЛЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ТИПИЧНЫ ВСЕ СИНДРОМЫ, КРОМЕ

- 1) тромбоземболический
- 2) поражение миокарда
- 3) иммунные поражения
- 4) суставной\*
- 5) дистрофический

63. ВОЗБУДИТЕЛЕМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) зеленящий стрептококк
- 2) энтерококк
- 3) грамотрицательные микроорганизмы
- 4) микст-инфекция
- 5) грибы
- 6) все перечисленное\*

64. СИСТЕМНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ ДЛЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА

- 1) характерно\*
- 2) встречается редко
- 3) не характерно

65. КАКОЙ ТИП ЛИХОРАДКИ ТИПИЧЕН ДЛЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА

- 1) возвратная
- 2) волнообразная
- 3) неопределенного типа, с ознобами\*

66. ДЛЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ТИПИЧНЫ ВСЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, КРОМЕ

- 1) длительная лихорадка неопределенного типа, с ознобами
- 2) спленомегалия
- 3) систолический шум на верхушке сердца в сочетании с глухостью 1 тона\*
- 4) тромбоземболия\*

67. ИСХОДОМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) полное выздоровление
- 2) ранняя смерть от прогрессирования инфекции
- 3) летальные эмболии
- 4) хроническое рецидивирующее течение
- 5) формирование клапанного порока сердца



б) все перечисленное\*

68. ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ РЕБЕНКА, ПЕРЕНЕСШЕГО ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ С ВЫЗДОРОВЛЕНИЕМ

- 1) 1 год
- 2) 3 года
- 3) 5 лет\*

69. ДЛЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО (ИНФЕКЦИОННОГО) КАРДИТА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ

- 1) лихорадка\*
- 2) поражение аортального клапана\*
- 3) увеличение СОЭ\*
- 4) гиперкоагуляция\*

70. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКУЮ КОРРЕКЦИЮ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КЛАПАННЫХ ПРОТЕЗОВ, МОГУТ БЫТЬ

- 1) бактерии\*
- 2) риккетсии
- 3) грибы

71. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ ЭНДОКАРДИТЫ

- 1) первичные
- 2) вторичные\*

72. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ

- 1) антибактериальных препаратов\*
- 2) глюкокортикоидов

73. ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОМ ПОРАЖЕНИИ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) увеличение селезенки\*
- 2) лихорадка\*
- 3) увеличение СОЭ\*
- 4) анемия\*

74. ДЛЯ БАКТЕРИАЛЬНОГО (ИНФЕКЦИОННОГО) ЭНДОКАРДИТА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ

- 1) лихорадка\*
- 2) поражение аортального клапана\*
- 3) увеличение СОЭ\*
- 4) гиперкоагуляция\*

75. УКАЖИТЕ САМЫЕ РАННИЕ ПРИЗНАКИ БАКТЕРИАЛЬНОГО ЭНДОКАРДИТА

- 1) подъем температуры
- 2) увеличение СОЭ
- 3) изменение окраска кожных покровов\*
- 4) увеличение печени\*

76. ПРИЧИНОЙ АСЕПТИЧЕСКИХ ПЕРИКАРДИТОВ МОГУТ БЫТЬ

- 1) аллергические заболевания\*
- 2) системная склеродермия\*
- 3) системная красная волчанка\*
- 4) ревматоидный артрит\*
- 5) травма перикарда\*

77. ПРИЧИНОЙ АСЕПТИЧЕСКОГО ПЕРИКАРДИТА МОЖЕТ БЫТЬ

- 1) комиссуротомия\*
- 2) системные заболевания крови\*
- 3) злокачественные опухоли\*
- 4) гормонотерапия\*

78. ОСТРОЕ ТЕЧЕНИЕ МОГУТ ИМЕТЬ ПЕРИКАРДИТЫ

- 1) фибринозный\*
- 2) экссудативный\*
- 3) гнойный\*

79. ХРОНИЧЕСКИЙ АДГЕЗИВНЫЙ ПЕРИКАРДИТ ПРОТЕКАЕТ

- 1) бессимптомно
- 2) с нарушением сердечной деятельности\*
- 3) с отложением извести («панцирное» сердце)\*
- 4) в виде констриктивного перикардита\*
- 5) с экстраперикардальными спайками\*

80. ДЛЯ СУХОГО ИЛИ ФИБРИНОЗНОГО ПЕРИКАРДИТА ТИПИЧНЫ ВСЕ СИМПТОМЫ, КРОМЕ

- 1) тупая давящая боль в сердце\*
- 2) инфекционно-воспалительный синдром\*
- 3) перикардальный трехфазный шум в сердце, не проводящийся за его пределы\*
- 4) шум трения перикарда\*  
на ЭКГ - конкордантный подъем S-T<sub>I,II,III</sub>
- 5) на ЭКГ - дискордантный S-T<sub>I,II,III</sub>, отрицательный T\*

#### Тесты по теме: «Сердечная недостаточность»

81. ПРИЧИНАМИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МОГУТ БЫТЬ

- 1) врожденные пороки сердца\*
- 2) неревматический кардит\*
- 3) заболевания легких\*
- 4) заболевания желудочно-кишечного тракта

82. СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПО ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОМУ ТИПУ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) тахикардией\*
- 2) тахипноэ\*
- 3) появлением ритма галопа\*
- 4) увеличением размеров печени

83. ПРИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- 1) размеры печени увеличены\*
- 2) размеры печени не изменяются

84. ПРИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- 1) появляется влажный кашель и влажные хрипы\*
- 2) влажный кашель и влажные хрипы отсутствуют

85. ОРТОСТАТИЧЕСКИЙ КОЛЛАПС НЕ МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ

- 1) нифедипин
- 2) престариум\*
- 3) атенолол
- 4) анаприлин
- 5) преднизолон

86. ПРИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕ ПОКАЗАН

- 1) допамин
- 2) преднизолон
- 3) мезатон
- 4) пропранолол (анаприлин, индерал)\*
- 5) инфузионная терапия

87. К ПРОЯВЛЕНИЯМ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НЕ ОТНОСИТСЯ

- 1) бледность кожных покровов
- 2) нитевидный пульс
- 3) падение артериального давления
- 4) гиперемия кожи\*
- 5) одышка

88. ПРИ ОТЕКЕ ЛЕГКИХ НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) одышка
- 2) ортопноэ
- 3) большое количество влажных хрипов в легких
- 4) учащенное мочеиспускание\*
- 5) задержка мочеиспускания

89. ОСНОВНЫМИ ЦЕЛЯМИ ЛЕЧЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) снижение нагрузки на поврежденное сердце\*
- 2) повышение сократительных свойств миокарда\*
- 3) устранение гипергидратации и отеков
- 4) предотвращение тяжелых нарушений водно-электролитного и кислотно-основного равновесия\*
- 5) все перечисленное

90. ПРИ КАКИХ СТЕПЕНЯХ НАРУШЕНИЯ КРОВООБРАЩЕНИЯ НАЗНАЧАЕТСЯ СТРОГИЙ ПОСТЕЛЬНЫЙ РЕЖИМ

- 1) НК I
- 2) НК IIa
- 3) НК IIb
- 4) НК III\*

91. ДИЕТА ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- 1) уменьшение содержания столовой соли в пище до 1,5 г в сутки\*
- 2) ограничение жидкости до 700-1000 мл\*

- 3) увеличение потребления калия и магния (курага, изюм, грецкие орехи, печеная картошка)\*

92. ОСНОВНЫМИ КОМПЕНСАТОРНЫМИ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИМИ МЕХАНИЗМАМИ ПРИ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) увеличение преднагрузки\*
- 2) повышение частоты сердечных сокращений\*
- 3) повышение общего периферического сосудистого сопротивления\*
- 4) гипертрофия миокарда

93. В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВЕДУЩЕГО МЕХАНИЗМА РАЗВИТИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫДЕЛЯТЬ СЛЕДУЮЩИЕ ВАРИАНТЫ ЭТОГО СИНДРОМА

- 1) миокардиальный\*
- 2) циркуляторный (перегрузка давлением и \ или объемом)\*
- 3) связанный с нарушением диастолического расслабления левого желудочка\*
- 4) токсико-аллергический

94. МИОКАРДИАЛЬНАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МОЖЕТ БЫТЬ

- 1) первичной\*
- 2) вторичной

95. ПЕРЕГРУЗКА СЕРДЕЧНОЙ МЫШЦЫ ДАВЛЕНИЕМ ВОЗНИКАЕТ ПРИ

- 1) недостаточности митрального клапана
- 2) клапанный стеноз аорты или легочной артерии\*
- 3) стеноз митрального и трикуспидального клапанов\*
- 4) артериальной или легочной гипертензии\*

96. ПЕРЕГРУЗКА СЕРДЕЧНОЙ МЫШЦЫ ОБЪЕМОМ СВЯЗАНА С

- 1) недостаточностью клапанов\*
- 2) стеноз клапанов
- 3) наличием внутрисердечных шунтов\*
- 4) на фоне врожденных пороков сердца\*

97. НАРУШЕНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО НАПОЛНЕНИЯ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА СВЯЗАНО С

- 1) гипертрофическая кардиомиопатия
- 2) рестриктивная кардиомиопатия
- 3) констриктивный перикардит\*

98. НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

- 1) повышение активности симпатoadреналовой системы\*
- 2) повышение активности ренин-ангиотензин-альдостероновой системы\*
- 3) повышение секреции альдостерона и вазопрессина\*

99. УКАЖИТЕ СИМПТОМЫ ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ II<sub>Б</sub> СТЕПЕНИ

- 1) акроцианоз, навязчивый кашель, влажные мелкопузырчатые хрипы в легких
- 2) одышка, тахикардия появляются после нагрузки
- 3) пастозность, набухание шейных вен, печень выступает на 3-5 см из-под реберной дуги, одышка, тахикардия\*

- 4) гепатомегалия отечный синдром (отеки на лице, ногах, гидроторакс, гидроперикард, асцит)

**100. НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КРОВООБРАЩЕНИЯ ПО ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВОМУ ТИПУ  
II<sub>A</sub> СТЕПЕНИ**

- 1) проявляется в покое или после нагрузки
- 2) ЧСС увеличено на 30-50 и ЧДД на 50-70% относительно нормы, акроцианоз, навязчивый кашель, влажные мелкопузырчатые хрипы в легких\*
- 3) число сердечных отношений и дыханий увеличено на 15-30 и 30-50 относительно нормы.  
число сердечных сокращений и дыханий в 1 мин увеличено на 50-60 и 70-100% относительно клиническая картина предотека и отека легких

**Тесты по теме: «Системные заболевания соединительной ткани»**

**101. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ОТНОСЯТСЯ К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ СКВ**

- 1) артралгии\*
- 2) нефрит\*
- 3) феномен Рейно
- 4) серозит
- 5) дискоидная сыпь\*

**102. КАКИЕ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ ЛАБОРАТОРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ОТНОСЯТСЯ К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ СКВ**

- 1) ускорение СОЭ\*
- 2) лейкопения менее  $4 \times 10^9$
- 3) антитела к ДНК
- 4) тромбоцитопения менее  $150 \times 10^9$  \*
- 5) антиядерные антитела\*

**103. КАКИЕ КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ БОЛЬНЫХ СКВ:**

- 1) фотодерматит
- 2) дискоидная сыпь\*
- 3) витилиго
- 4) алопеция \*
- 5) узловатая эритема\*

**104. ЧТО НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ СУСТАВНОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ СКВ**

- 1) наличие эрозий суставных поверхностей
- 2) артралгии\*
- 3) асимметричный олиго- и моноартрит суставов стопы
- 4) поражение суставов позвоночника\*
- 5) развитие в большинстве случаев стойких деформаций суставов\*

**105. КАКИЕ ВИДЫ ПОРАЖЕНИЯ СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ СКВ**

- 1) резко болезненные афты на слизистой полости рта\*
- 2) глоссит\*
- 3) язвенный стоматит, хейлит\*
- 4) оральный кандидоз

**106. ОТМЕТЬТЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ВИДЫ ПОРАЖЕНИЯ ЦНС ПРИ СКВ**

- 1) головная боль\*
- 2) эпилептические припадки\*
- 3) геморрагический инсульт
- 4) менингит\*
- 5) полиневропатии

107. К МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ВИДАМ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК ПРИ СКВ ОТНОСЯТ ВСЕ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ

- 1) интерстициального нефрита
- 2) мезангиального нефрита\*
- 3) диффузного пролиферативного нефрита
- 4) острого канальцевого некроза

108. КАКИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ НЕ ОТНОСЯТСЯ К ДИАГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЯМ СКВ

- 1) антиядерные антитела\*
- 2) антитела к ДНК
- 3) РФ\*
- 4) криоглобулины
- 5) антитела к Sm-антигену\*

109. НА ОСНОВАНИИ КАКИХ ПРИЗНАКОВ МОЖНО ДИАГНОСТИРОВАТЬ НЕФРИТ С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ ПРИ СКВ

- 1) гипопроотеинемия \*
- 2) макрогематурия
- 3) отеки нижних конечностей\*
- 4) уменьшение клубочковой фильтрации до 20 мл/мин
- 5) протеинурия \*

110. ЧТО ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОГО ОТНОСЯТ К ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТАМ ЛЕЧЕНИЯ КОРТИКОСТЕРОИДАМИ

- 1) остеопороз\*
- 2) геморрагический цистит
- 3) «лунообразное» лицо\*
- 4) артериальную гипертензию \*
- 5) алопецию

111. ЧТО ТАКОЕ ПУЛЬС-ТЕРАПИЯ?

- 1) пероральный прием высоких доз кортикостероидов (1 мг/кг в сутки)
- 2) ежедневное внутримышечное введение кортикостероидов
- 3) внутривенное болюсное введение кортикостероидов \*

112. ФАКТОРАМИ, ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМИ К РАЗВИТИЮ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ, МОГУТ БЫТЬ

- 1) возраст женщин от 14 до 24 лет\*
- 2) гиперинсоляция\*
- 3) переохлаждение
- 4) возраст до 1 года

113. СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ (СКВ) ЧАЩЕ БОЛЕЮТ

- 1) взрослые, женщины\*
- 2) дети

3) мужчины

114.СКВ МОЖЕТ ВКЛЮЧАТЬ СИНДРОМЫ ВСЕ, КРОМЕ

- 1) кожный
- 2) суставной
- 3) висцеральный
- 4) менингеальный\*

115.ВИСЦЕРАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ПРИ СКВ МОЖЕТ ВКЛЮЧАТЬ ВСЕ, КРОМЕ

- 1) поражение миокарда
- 2) поражение почек
- 3) поражение ЦНС
- 4) поражение перикарда
- 5) периферический полилимфаденит\*

116.ПРИ СКВ НАИБОЛЬШУЮ ДИАГНОСТИЧЕСКУЮ ЗНАЧИМОСТЬ ИМЕЕТ

- 1) повышение иммуноглобулинов
- 2) диспротеинемия
- 3) LE-клетки\*
- 4) увеличение СОЭ
- 5) изменения в моче

117.КАКОЙ ПРЕПАРАТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ ПРИ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ ДАЕТ ПОЛОЖИТЕЛЬНУЮ ДИНАМИКУ

- 1) колхицин
- 2) Д-пеницилламин\*
- 3) кортикостероиды
- 4) циклоспорин

118.ВОЗДЕЙСТВИЕ КАКИХ ХИМИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ СКЛЕРОДЕРМОПОДОБНЫХ СОСТОЯНИЙ

- 1) винилохлорид
- 2) органические растворители
- 3) ароматические углеводороды (бензол, толуол)
- 4) эпоксидная смола
- 5) все перечисленное\*

119.НАЗОВИТЕ ОДНО ИЗ САМЫХ ТЯЖЕЛЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ СИСТЕМНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

- 1) поражение сердца
- 2) острый почечный криз\*
- 3) длительно текущая артериальная гипертензия

120.ПОРАЖЕНИЕ СУСТАВОВ И КОЖИ ПРИ СКЛЕРОДЕРМИИ

- 1) кожа уплотнена, натянута, что приводит к деформации и ограничению подвижности пальцев
- 2) склеродактилия
- 3) изъязвление ногтевых фаланг
- 4) все перечисленное\*

**Тесты по теме: «Ювенильный ревматоидный артрит»**

121. БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ЧАЩЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) в ранние утренние часы\*
- 2) вечером
- 3) ночью

122. ПРИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО СУСТАВНОЙ ФОРМЕ ЮВЕНИЛЬНОМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ДИСПРОПОРЦИОНАЛЬНОСТЬ РОСТА КОНЕЧНОСТЕЙ (УДЛИНЕНИЕ) ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

- 1) здоровой конечности
- 2) больной конечности\*

123. ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ПОРАЖЕННАЯ КОНЕЧНОСТЬ НАХОДИТСЯ В СОСТОЯНИИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СГИБАНИЯ ЗА СЧЕТ

- 1) слабости мышц разгибателей\*
- 2) гипертонуса мышц сгибателей

124. ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ВКЛЮЧАЕТ

- 1) определение ревматоидного фактора, общий анализ крови
- 2) ЭхоКГ
- 3) холтеровское мониторирование
- 4) все перечисленное\*

125. ПОРАЖЕНИЕ ГЛАЗ ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) глаукомой
- 2) передним иридоциклитом\*
- 3) катарактой\*
- 4) лентовидной дистрофией роговицы\*

126. ЧТО СООТВЕТСТВУЕТ КЛАССИФИКАЦИИ АМЕРИКАНСКОЙ КОЛЛЕГИИ РЕВМАТОЛОГОВ

- 1) Ювенильный ревматоидный артрит\*
- 2) Ювенильный хронический артрит
- 3) Полиартикулярный\*
- 4) Олигопауци-артикулярный\*

127. ЧТО ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ СУСТАВНОЙ СИНДРОМ ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ ХРОНИЧЕСКОМ АРТРИТЕ:

- 1) боль только при движении\*
- 2) боль в покое
- 3) пальпация суставов безболезненная\*
- 4) утренняя скованность\*

128. ОЛИГОАРТИКУЛЯРНЫЙ ВАРИАНТ ЮВЕНИЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОРАЖЕНИЕМ

- 1) одного сустава
- 2) поражением более 4х суставов
- 3) поражение от одного до четырех суставов\*



129. ДЕБЮТ СИСТЕМНОГО ВАРИАНТА ЮВЕНИЛЬНОГО РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1) сыпь\*
- 2) лихорадку\*
- 3) лимфаденопатию\*
- 4) ангину

130. ХРОНИЧЕСКИЙ ИРИДОЦИКЛИТ ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЕТ У

- 1) детей раннего возраста\*
- 2) подросткового возраста

131. С КАКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

- 1) реактивный артрит\*
- 2) нефротический синдром
- 3) остеомиелит\*
- 4) болезнь Бехчета\*

132. БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ ХРОНИЧЕСКОМ АРТРИТЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1) сульфсалазин\*
- 2) преднизолон\*
- 3) интерферон
- 4) диклофенак\*

133. К НЕСТЕРОИДНЫМ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСЯТСЯ

- 1) вольтарен\*
- 2) напроксен\*
- 3) метипред
- 4) бутадион\*

134. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫЕ ПОБОЧНЫЕ ДЕЙСТВИЯ СУЛЬФАСАЛАЗИНА

- 1) диспепсические явления\*
- 2) агранулоцитоз\*
- 3) повышение кровоточивости
- 4) бронхоспазм

135. К ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСЯТСЯ

- 1) инфликсимаб\*
- 2) интерфероны
- 3) анакинра\*
- 4) метипред

136. МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ИНФЛИКСИМАБА

- 1) ингибирует фактор некроза опухоли- $\alpha$ \*
- 2) ингибирует интерлейкин-1
- 3) ингибирует активацию Т-лктков

137. В НАЧАЛЕ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПОРАЖАЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ СУСТАВЫ

- ) пястно-фаланговые и проксимальные межфаланговые\*

- 2) лучезапястные
- 3) коленные
- 4) шейный отдел позвоночника
- 5) локтевые

**138. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ РАНЕЕ ВСЕГО ОБНАРУЖИВАЮТСЯ**

- 1) в локтевых суставах
- 2) в плечевых суставах
- 3) в проксимальных межфаланговых или пястно-фаланговых суставах\*
- 4) в коленных суставах
- 5) в голеностопных суставах

**139. ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ АКТИВНОСТИ ЮРА**

- 1) ускоренное СОЭ\*
- 2) положительный СРБ\*
- 3) гипопроотеинемия
- 4) ретикулоцитоз

**140. РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ЮРА ВКЛЮЧАЮТ В СЕБЯ**

- 1) ортопедическую коррекцию
- 2) лечебная физкультура\*
- 3) бассейн\*

<b>Ключ к тестам</b>							
<b>№</b>	<b>Ответ</b>	<b>№</b>	<b>Ответ</b>	<b>№</b>	<b>Ответ</b>	<b>№</b>	<b>Ответ</b>
<b>вопроса</b>		<b>вопроса</b>		<b>вопроса</b>		<b>вопроса</b>	
1.	2,3,4,5	36.	7	71.	2	106.	1,2,4
2.	1,3,4,5	37.	3	72.	1	107.	2
3.	1,2,4,5	38.	4	73.	1,2,3,4	108.	1,5
4.	4	39.	1,3,4,5	74.	1,2,3,4	109.	1,3,5
5.	2,3,4,5	40.	1,3,4,5	75.	3,4	110.	1,3,4
6.	1,3,4,5	41.	1,4,5	76.	1,2,3,4,5	111.	3
7.	1,2,3	42.	1,2,3	77.	1,2,3,4	112.	1,2
8.	1,2,3,4	43.	1,2,4	78.	1,2,3	113.	1
9.	4	44.	1,4	79.	2,3,4,5	114.	4
10.	1,3	45.	1,3	80.	1,2,3,4,6	115.	5
11.	1	46.	2	81.	1,2,3	116.	3
12.	1,5	47.	2,4	82.	1,2,3	117.	2
13.	3	48.	1,2	83.	1	118.	5
14.	3	49.	2,3	84.	1	119.	2
15.	1,2,3,4	50.	1,3	85.	2	120.	4
16.	7	51.	1	86.	4	121.	1
17.	3	52.	1,2,3	87.	4	122.	2
18.	1,3	53.	2	88.	4	123.	1
19.	1,2,3,4,5	54.	1,2	89.	1,2,4	124.	4

20.	1,2,5	55.	1,4	90.	4	125.	2,3,4
21.	2,3,4,5	56.	1,2	91.	1,2,3	126.	1,3,4
22.	1,3,4,5	57.	1,2,3,4	92.	1,2,3	127.	1,3,4
23.	1,2,4,5	58.	4	93.	1,2,3	128.	3
24.	4	59.	5	94.	1	129.	1,2,3
25.	2,3,4,5	60.	8	95.	2,3,4	130.	1
26.	1,3,4,5	61.	5	96.	1,3,4	131.	1,3,4
27.	1,2,3	62.	4	97.	3	132.	1,2,4
28.	1,2,3,4	63.	6	98.	1,2,3	133.	1,2,4
29.	4	64.	1	99.	3	134.	1,2
30.	1,3	65.	3	100.	2	135.	1,3
31.	1	66.	3,4	101.	1,2,5	136.	1
32.	1,5	67.	6	102.	1,4,5	137.	1
33.	3	68.	3	103.	2,4,5	138.	3
34.	3	69.	1,2,3,4	104.	2,4,5	139.	1,2
35.	1,2,3,4	70.	1	105.	1,2,3	140.	2,3

**Ситуационные задачи для студентов шестого курса педиатрического  
факультета по дисциплине  
«Кардиология детская» (дисциплина по выбору)**

**Ситуационная задача №1**

~~**ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОП**~~

	<b>Поставьте предварительный диагноз больной.</b>
	<b>Какие еще обследования необходимо сделать?</b>
	<b>Каким специалистам необходимо показать больную?</b>
	<b>Какие факторы способствовали возникновению данного заболевания?</b>

5.	С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
6.	Наметьте план лечения больной.
7.	Показаны ли больной гипотензивные препараты?
8.	Какие специалисты должны проводить наблюдение за ребенком на участке?
9.	Каков прогноз данного заболевания?
10.	Каков механизм клинических симптомов при данном заболевании?
11.	Меняется ли артериальное давление с возрастом ребенка и как?
12.	Как изменяется с возрастом частота сердечных сокращений у детей?

### Ситуационная задача №2

<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>	
	<p>Больная Д., 14 лет, поступила с жалобами на частые головные боли, сердцебиение, беспокойный сон и раздражительность.</p> <p>Анамнез заболевания: данные жалобы появились впервые около года назад после развода родителей. В это время ухудшилась успеваемость и начались конфликты с товарищами по школе. Приступы головной боли в последнее время отмечаются по несколько раз в месяц, проходят после анальгетиков или самостоятельно после отдыха.</p> <p>Анамнез жизни: девочка росла и развивалась нормально. Наблюдалась в поликлинике по поводу хронического тонзиллита. Мать страдает нейроциркуляторной дистонией, у бабушки по линии матери - гипертоническая болезнь.</p> <p>При поступлении состояние ребенка удовлетворительное, температура нормальная. Девочка астенического телосложения. Кожные покровы обычной окраски, на коже лица угревая сыпь. Отмечается гипергидроз подмышечных впадин, кистей рук и стоп. Конечности холодные. Пальпируются увеличенные тонзиллярные лимфоузлы. Зев не гиперемирован миндалины гипертрофированы. 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 средне-ключичной линии. Тоны сердца звучные, ритмичные, в положении лежа выслушивается короткий негрубый систолический шум на верхушке, исчезающий в положении стоя. Пульс 96 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, симметричный на обеих руках. Периферическая пульсация на нижних конечностях сохранена. АД 150/80 мм рт.ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено.</p> <p><b>Общий анализ крови:</b> Нб - 125 г/л, Эр - <math>4,6 \times 10^{12}/л</math>, Лейк - <math>5,1 \times 10^9/л</math>, п/я - 2%, с - 63%, э - 2%, л - 30%, м - 3%, СОЭ - 8 мм/час.</p> <p><b>Общий анализ мочи:</b> удельный вес - 1024, белок - abs, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - отсутствуют.</p> <p><b>Биохимический анализ крови:</b> общий белок - 73 г/л, альбумины - 60%, глобулины: альфа<sub>1</sub> - 4%, альфа<sub>2</sub> - 9%, бета - 12%, гамма - 15%, серомукоид - 0,18 (норма - до 0,2), АЛТ - 32 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, мочевины - 4,5 ммоль/л.</p> <p><b>ЭКГ:</b> ритм синусовый, ЧСС 96 уд/мин, вертикальное положение электрической оси сердца.</p>
1	Поставьте предварительный диагноз больной.
2	Какие еще обследования необходимо сделать?
3	Каким специалистам необходимо показать больную?
4	Какие факторы способствовали возникновению данного заболевания?

5.	С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
6.	Наметьте план лечения больной.
7.	Показаны ли больной гипотензивные препараты?
8.	Какие специалисты должны проводить наблюдение за ребенком на участке?
9.	Каков прогноз данного заболевания?
10.	Каков механизм клинических симптомов при данном заболевании?
11.	Меняется ли артериальное давление с возрастом ребенка и как?
12.	Как изменяется с возрастом частота сердечных сокращений у детей?

### Ситуационная задача №3

	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
	<p>Больная 3., 3 лет, планово поступила в стационар.</p> <p>Из анамнеза известно, что у ребенка с рождения отмечался диффузный цианоз кожи и видимых слизистых. В возрасте 7 дней проведена процедура Рашкинда (закрытая атриосептостомия). С 3 месяцев и до настоящего времени находилась в доме ребенка.</p> <p>При поступлении: кожные покровы и видимые слизистые умеренно цианотичные, акроцианоз, пальцы в виде "барабанных палочек", ногти - "часовых стекол", деформация грудной клетки. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1,0 см вправо от правой парастернальной линии, левая - по левой аксиллярной линии, верхняя - II ребро. Аускультативно: тоны ритмичные, ЧСС - 160 уд/мин, в III межреберье по левому краю грудины выслушивается средней интенсивности систолический шум, акцент второго тона во II межреберье слева. ЧД - 40 в 1 минуту, дыхание глубокое, шумное. Печень выступает из-под реберного края на 3,0 см.</p> <p><b>Общий анализ крови:</b> НЬ - 148 г/л, Эр - <math>4,9 \times 10^{12}/л</math>, Ц.п. - 0,9, Лейк - <math>6,3 \times 10^9/л</math>, п/я - 4%, с - 21%, э - 1%, л - 70%, м - 4%, СОЭ - 3 мм/час.</p> <p><b>Общий анализ мочи:</b> цвет - светло-желтый, удельный вес - 1014, белок - отсутствует, глюкоза - отсутствует, эпителий плоский - немного, лейкоциты - 0-1 в п/з, эритроциты - нет, слизь - немного.</p> <p><b>Биохимический анализ крови:</b> общий белок - 69 г/л, мочевины - 5,1 ммоль/л, холестерин - 3,3 ммоль/л, калий - 4,8 ммоль/л, натрий - 143 ммоль/л, кальций - 1,8 ммоль/л, фосфор - 1,5 ммоль/л, АЛТ - 23 Ед/л (норма - до 40), АСТ - 19 Ед/л (норма - до 40), серомукоид - 0,180 (норма - до 0,200).</p>
1.	Сформулируйте предварительный диагноз.
2.	Перечислите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
3.	Как объяснить появление симптомов "барабанных палочек" и "часовых стекол"?
4.	Почему диффузный цианоз выявляется с рождения?
5.	С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
6.	Сроки оперативного лечения?
7.	С какой целью проводится процедура Рашкинда таким больным?
8.	Нуждаются ли дети с данной патологией в получении сердечных
9.	
0.	

11.	Какое направление действия сердечных гликозидов реализуется при данном пороке?
12.	Почему при сердечной недостаточности отмечается повышенная потливость?

#### Ситуационная задача №4

<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ</b>	
<b>ОПРОСЫ</b>	
<p>Мальчик К., 11 месяцев, поступил в стационар с жалобами на отставание в физическом развитии (масса тела 7,0 кг), появление одышки и периорального цианоза при физическом или эмоциональном напряжении. Из анамнеза известно, что недостаточная прибавка в массе тела отмечается с 2-месячного возраста, при кормлении отмечалась быстрая утомляемость вплоть до отказа от груди. Бронхитами и пневмониями не болел. При осмотре: кожные покровы с цианотичным оттенком, периферический цианоз, симптом "барабанных палочек" и "часовых стекол". Область сердца визуально не изменена, границы относительной сердечной тупости левая - по левой средне-ключичной линии, правая - по правой парастернальной линии, верхняя - II межреберье. Тоны сердца удовлетворительной громкости, ЧСС - 140 уд/мин, ЧД - 40 в 1 минуту. Вдоль левого края грудины выслушивается систолический шум жесткого тембра, II тон ослаблен во втором межреберье слева. В легких пуэрильное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены.</p> <p><b>Общий анализ крови:</b> гематокрит - 49% (норма - 31-47%), НЬ 170 г/л, Эр - <math>5,4 \cdot 10^{12}/л</math>, Ц.п. - 0,91, Лейк - <math>6,1 \cdot 10^9/л</math>, п/я - 3%, с - 26% э - 1%, л - 64%, м - 6%, СОЭ - 2 мм/час.</p> <p><b>Общий анализ мочи:</b> цвет - светло-желтый, удельный вес - 1004, белок - отсутствует, глюкоза - нет, эпителий плоский - немного, лейкоциты 0-1 в п/з, эритроциты - нет, цилиндры - нет, слизь - немного.</p> <p><b>Биохимический анализ крови:</b> общий белок - 69 г/л, мочевины - 5,1 ммоль/л, холестерин - 3,3 ммоль/л, калий - 4,8 ммоль/л, натрий - 143 ммоль/л, АЛТ - 23 Ед/л (норма - до 40), АСТ - 19 ЕД/л (норма - до 40), серомукоид - 0,180 (норма - до 0,200).</p> <p><b>Кислотно-основное состояние крови:</b> <math>pO_2</math> - 62 мм рт.ст. (норма - 80-100), <math>pCO_2</math> - 50 мм рт.ст. (норма - 36-40), pH - 7,29, BE - -8,5 ммоль/л (норма - +2,3).</p>	
1.	Сформулируйте предварительный диагноз.
2.	Какова анатомия данного порока?
3.	Какие дополнительные обследования следует провести для уточнения диагноза?
4.	Как объяснить появление симптомов "барабанных палочек" и "часовых стрелок"?
5.	Когда отмечается появление диффузного цианоза при этом пороке - с рождения или позже? Почему?
6.	Чем объяснить наличие тахикардии и одышки?
7.	Какие изменения возможны на рентгенограмме?
8.	Ваше отношение к назначению сердечных гликозидов у данного больного?
9.	Если назначение сердечных гликозидов не показано, то почему? Какое направление действия сердечных гликозидов оказывает порочное действие в конкретной ситуации?
10.	Определите тактику терапии.
11.	Каковы наиболее частые осложнения оперативного лечения и почему?

12.	Какие нарушения сердечного ритма и проводимости являются наиболее частыми в послеоперационном периоде?
-----	--

**Ситуационная задача №5**

<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ</b>	
<b>НА ВОПРОСЫ</b>	
<p>Больной 17 лет поступил в стационар с жалобами на одышку. С раннего детства со слов матери в сердце выслушивали шум. Однако диагноз не уточнялся. Последние три года периодически стал отмечать эпизоды головокружения, сердцебиения, «потемнения» в глазах и давящих болей за грудиной при физической нагрузке, проходящие в покое.</p> <p>При поступлении состояние средней тяжести. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные, акроцианоз. 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 средне-ключичной линии. При аускультации сердца выслушивается систолический шум с максимумом в точке Боткина. ЧСС = 80 уд/мин., АД = 130/80 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2см. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание не нарушено.</p> <p>При обследовании:</p> <p><b>Общий анализ крови:</b> Нв - 125 г/л, Эр - <math>4,6 \times 10^{12}/л</math>, Лейк <math>-5,1 \times 10^9/л</math>, п/я - 2%, с - 63%, э - 2%, л - 30%, м - 3%, СОЭ - 8 мм/час.</p> <p><b>Общий анализ мочи:</b> удельный вес - 1024, белок - abs, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - отсутствуют.</p> <p><b>Биохимический анализ крови:</b> общий белок - 73 г/л, альбумины - 60%, глобулины: альфа<sub>1</sub> - 4%, альфа<sub>2</sub> - 9%, бета - 12%, гамма - 15%, серомукоид - 0,18 (норма - до 0,2), АЛТ - 32 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, мочевины - 4,5 ммоль/л.</p> <p><b>ЭКГ:</b> Ритм синусовый 80 уд/мин. Одиночная предсердная экстрасистолия. Признаки ГЛЖ характера перенапряжения.</p> <p><b>ЭХОКГ:</b> ЛП = 4,4 см, КДР = 4,4 см, КСР = 2,8 см, Тмжп = 2,2 см, Тзс = 1,1 см. Определяется систолический прогиб передней створки митрального клапана и систолическое прикрытие правой коронарной створки аортального клапана. При Д-ЭХОКГ - высокоскоростной турбулентный ток в выносящем тракте ЛЖ.</p>	
1.	Сформулируйте предварительный диагноз пациента.
2.	Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения особенностей течения заболевания?
3.	Каким специалистам необходимо показать больного?
4.	Какие факторы способствовали возникновению данного заболевания?
5.	Каков механизм клинических симптомов при данном заболевании?
6.	С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
7.	Наметьте план лечения больной.
8.	Какие препараты противопоказаны при данном заболевании и почему?
9.	Показания к хирургическому лечению.
10.	Какие специалисты должны проводить наблюдение за ребенком на участке?
11.	Каков прогноз данного заболевания?

**Ситуационная задача №6**

<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>	
---	--

	<p>Больному М. 15 лет поступил в стационар с жалобами на давящие боли в груди слева, одышку. Из анамнеза заболевания известно, что в раннем возрасте плохо прибывал в весе. Постоянно наблюдается цианоз носогубного треугольника, усиливающийся при плаче. С раннего детства со слов матери в сердце выслушивали шум. При диспансерном обследовании на ЭКГ с 10 лет регистрируются признаки гипертрофии левого желудочка. Последние два года периодически стал отмечать эпизоды сердцебиения, «потемнения» в глазах и давящих болей за грудиной при физической нагрузке, проходящие в покое. В течение месяца, после перенесенной ОРВИ появилась одышка при физической нагрузке.</p> <p>При поступлении состояние средней тяжести. Физическое развитие дисгармоничное, за счет дефицита массы тела. Кожные покровы бледные, акроцианоз. В легких перкуторный звук легочный, дыхание жестковатое. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, верхняя – по III ребру, левая – на ,51 см кнаруже от средне-ключичной линии. При аускультации сердца выслушивается систолический шум с максимумом в точке Боткина. ЧСС = 80 уд/мин., АД = 130/80 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2см. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание не нарушено.</p> <p>При обследовании:</p> <p><b>Общий анализ крови:</b> Нв - 145 г/л, Эр - <math>5,6 \times 10^{12}/л</math>, Лейк - <math>6,1 \times 10^9/л</math>, п/я - 2%, с - 63%, э - 2%, л - 30%, м - 3%, СОЭ - 10 мм/час.</p> <p><b>Общий анализ мочи:</b> удельный вес - 1024, белок – отр., лейкоциты -0-1 в п/з, эритроциты - отсутствуют.</p> <p><b>Биохимические анализ крови:</b> общий белок - 73 г/л, альбумины -60%, глобулины: альфа<sub>1</sub> - 4%, альфа<sub>2</sub> - 9%, бета - 12%, гамма - 15%, серомукоид - 0,18 (норма - до 0,2), АЛТ - 32 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, мочевины -4,5 ммоль/л, ЛДГ 500 ЕД/л.</p> <p><b>ЭКГ:</b> Ритм синусовый 80 уд/мин. Одиночная предсердная экстрасистолия. Признаки гипертрофии левого желудочка.</p> <p><b>ЭХОКГ:</b> ЛП = 4,4 см, КДР = 4.4 см, КСР = 2,8 см, Тмжп = 2,2 см, Тзс = 1,1 см. Определяется систолический прогиб передней створки митрального клапана и систолическое прикрытие правой коронарной створки аортального клапана. При Д-ЭХОКГ - высокоскоростной турбулентный ток в выносящем тракте ЛЖ.</p>
1.	<b>Сформулируйте предварительный диагноз пациента.</b>
2.	<b>Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения особенностей течения заболевания?</b>
3.	<b>Каким специалистам необходимо показать больного?</b>
4.	<b>Какие факторы способствовали возникновению данного заболевания?</b>
5.	<b>Каков механизм клинических симптомов при данном заболевании?</b>
6.	<b>С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?</b>
7.	<b>Наметьте план лечения больной.</b>
8.	<b>Какие препараты противопоказаны при данном заболевании и почему?</b>
9.	<b>Показания к хирургическому лечению.</b>
10.	<b>Какие специалисты должны проводить наблюдение за ребенком на участке?</b>
11.	<b>Каков прогноз данного заболевания?</b>

#### Ситуационная задача №7

	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
	Больной Р., 1 года 3 месяцев, поступил в отделение с жалобами на рвоту, боли в животе, утомляемость, значительное снижение аппетита, потерю массы тела на 2



	<p>кг в течение 2 месяцев.</p> <p>Из анамнеза известно, что мальчик от второй беременности и родов, протекавших физиологически. Развивался 10 месяцев по возрасту. Ходит с 9 мес, в весе прибавлял хорошо. Всегда был подвижен, активен. В возрасте 1 года 2 мес перенес ОРВИ (?). Заболевание сопровождалось умеренно выраженными катаральными явлениями в течение 5 дней (насморк, кашель), в это же время отмечался жидкий стул, температура - 37,2-37,5°C в течение 2 дней.</p> <p>С этого времени мальчик стал вялым, периодически отмечалась рвота, преимущественно по ночам возникали приступы беспокойства, влажного кашля. Стал уставать "ходить ножками". Значительно снизился аппетит. Обращались к врачу, состояние расценено как астенический синдром. В общем анализе крови: НЬ - 100 г/д, лейкоциты – 6,4*10<sup>9</sup>/л, п/я - 2%, с -43%, э - 1%, б - 1%, м - 3%, л - 40%, СОЭ - 11 мм рт.ст. С диагнозом: "Железодефицитная анемия" ребенок госпитализирован. Накануне поступления состояние мальчика резко ухудшилось: был крайне беспокоен, отмечалась повторная рвота, выявлена гепатомегалия до +7 см из-под реберной дуги.</p> <p>При поступлении состояние тяжелое. Выражены вялость, адинамия, аппетит отсутствует. Кожа бледная, цианоз носогубного треугольника, на голених - отеки. В легких жестковатое дыхание, в нижних отделах - влажные хрипы. ЧД - 60 в 1 минуту. Границы относительной сердечной тупости расширены влево до передней подмышечной линии. Тоны глухие, систолический шум на верхушке, ЧСС - 160 уд/мин. Печень +7 см по правой средне-ключичной линии, селезенка +2 см. Мочится мало, стул оформлен.</p> <p><b>Общий анализ крови:</b> НЬ - 100 г/л, Лейк – 6,3*10<sup>9</sup>/л, п/я- 2%, с - 48%, э - 1%, б - 1%, л - 40%, м - 8%, СОЭ -10 мм/час.</p> <p><b>Общий анализ мочи:</b> удельный вес - 1015, белок, глюкоза - отсутствуют, лейкоциты - 1-2 в п/з, эритроциты - отсутствуют.</p>
1.	<b>Какой предварительный диагноз Вы поставите ребенку?</b>
2.	<b>Предположительно, какой этиологии данное заболевание?</b>
3.	<b>Какие изменения могут быть на ЭКГ?</b>
4.	<b>Каков генез абдоминального синдрома на фоне ОРВИ? Каков генез абдоминального синдрома на фоне настоящего заболевания?</b>
5.	<b>Назначьте лечение данному ребенку.</b>
6.	<b>Какие дополнительные обследования необходимо провести?</b>
7.	<b>Какие показатели по данным эхокардиограммы могут быть изменены?</b>
8.	<b>Какие вирусы тропны к миокарду?</b>
9.	<b>Каково соотношение громкости тонов на верхушке у здорового ребенка?</b>
10.	<b>Изменяются ли с возрастом ребенка границы относительной сердечной тупости? Если да, то как?</b>
11.	<b>Какой из механизмов действия сердечных гликозидов используется в данной ситуации, если Вы рекомендуете их назначить?</b>
12.	<b>Какие диуретики Вы назначите больному и почему?</b>

#### Ситуационная задача №8

	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
	<p>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,</p>

	<p>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 уд/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.</p> <p><b>Общий анализ крови:</b> НЬ - 110 г/л. Эр - <math>4,1 \times 10^{12}/л</math>, Лейк - <math>5,0 \times 10^9/л</math>, п/я - 2%, с - 56%, л - 40%, м - 2%, СОЭ - 10 мм/час.</p> <p><b>ЭКГ:</b> низкий вольтаж комплексов QRS в стандартных отведениях, синусовая тахикардия до 140 в минуту, угол альфа составляет -5°. Признаки перегрузки левого предсердия и левого желудочка. Отрицательные зубцы Т в I, II, aVL, V5, V6 отведениях, RV5 &lt; RV6.</p> <p><b>Рентгенография грудной клетки в прямой проекции:</b> легочный рисунок усилен. КТИ - 60%.</p> <p><b>ЭхоКГ:</b> увеличение полости левого желудочка и левого предсердия, фракция изгнания составляет 40%.</p>
1.	<b>Обоснуйте и сформулируйте диагноз.</b>
2.	<b>Оцените представленные результаты обследования.</b>
3.	<b>Какие еще обследования хотели бы Вы провести ребенку?</b>
4.	<b>Проведите дифференциальный диагноз.</b>
5.	<b>Чем обусловлены некоторые экстракардиальные жалобы (боли в животе и рвота)?</b>
6.	<b>Составьте план лечения данного ребенка.</b>
7.	<b>Какой биохимический показатель крови надо определить для подтверждения диагноза?</b>
8.	<b>Возможен ли врожденный характер заболевания?</b>
9.	<b>Каков морфологический субстрат заболевания?</b>
10.	<b>Какие по сравнению с нормой показатели артериального давления можно ожидать и почему?</b>
11.	<b>На чем основан метод ЭхоКГ? Каковы его возможности в настоящее время?</b>
12.	<b>Какими морфологическими изменениями объясняются нарушения на ЭКГ?</b>

#### Ситуационная задача №9

	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
--	---

	<p>Больной Р., 6 лет, поступила в стационар в связи с резким ухудшением самочувствия: выраженная одышка, лихорадка до 39<sup>0</sup>С.</p> <p>Анамнез заболевания: после удаления кариозного зуба 1 месяц назад у мальчика наблюдается длительный субфебрилитет, слабость и утомляемость, плохой аппетит. В лечении участковым педиатром назначена антибактериальная терапия. На фоне лечения наблюдалась положительная динамика. Резкое ухудшение состояние появилось на третий день от начал ОРВИ.</p> <p>Анамнез жизни: мальчик родился от второй нормально протекавшей беременности, срочных родов, в физическом и психомоторном развитии не отставала. После диспансерном обследовании в 3 года на УЗИ диагностирован дефект межжелудочковой перегородки небольших размеров, расположенный в мембранозной части субаортально.</p> <p>При поступлении состояние больного тяжелое, кожа очень бледная выраженная вялость, отмечается одышка в покое до 60 в минуту. В легких дыхание жесткое, выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Область сердца визуалью не изменена. При пальпации верхушечный толчок разлитой и усиленный, расположен в IV-V межреберье на 2 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. В области III-IV межреберья слева определяется систолическое дрожание, диастолическое дрожание во II-III межреберье слева от грудины. Границы сердца при перкуссии: правая - по правому краю грудины, верхняя - во II межреберье, левая - на 2 см кнаружи от средне-ключичной линии. При аускультации: в III-IV межреберье слева от грудины выслушивается грубый, скребущего тембра систолический шум, связанный с I тоном и занимающий 3/4 систолы; шум проводится практически надо всей областью сердца. Во II-III межреберье слева от грудины выслушивается протодиастолический шум, проводящийся вдоль левого края грудины. Во II межреберье слева – акцент II тона. Частота сердечных сокращений 100 уд/мнп. АД 115/40 мм рт. ст. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень выступает на 4 см из-под края реберной дуги по правой средне-ключичной линии.</p> <p><b>Общий анализ крови:</b> НЬ - 100 г/л. Эр - <math>3,1 \times 10^{12}/л</math>, Лейк - <math>13,0 \times 10^9/л</math>. п/я - 7%, с - 37%, э - 3%, л - 50%, м - 3%, СОЭ - 20 мм/час.</p> <p><b>Общий анализ мочи:</b> удельный вес - 1018, белок - 0,05%. лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - отсутствуют.</p> <p><b>ЭКГ:</b> синусовая тахикардия, нормальное положение электрической оси сердца,</p>
	признаки перегрузки правого и левого желудочков.
1.	<b>Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз.</b>
2.	<b>Назовите основные клинические критерии данного заболевания, в том числе и не представленные у больной.</b>
3.	<b>Что явилось предрасполагающим фактором при развитии данного заболевания?</b>
4.	<b>Какие еще обследования необходимо провести данной больной'? Каковы их предполагаемые результаты?</b>
5.	<b>Ожидаемые эхокардиографические результаты.</b>
6.	<b>Проведите дифференциальный диагноз.</b>
7.	<b>Составьте план лечения больного.</b>
8.	<b>Какие патоморфологические варианты процесса возможны?</b>
9.	<b>Почему именно данный вариант анатомического расположения ДМЖП осложнен?</b>
10.	<b>Почему снижено диастолическое давление?</b>
11.	<b>Показания к назначению сердечных гликозидов.</b>
12.	<b>Прогноз заболевания.</b>
13.	<b>Диспансерное наблюдение.</b>

**Ситуационная задача №10**

<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>	
	<p>Больная Р., 9 лет, поступила в стационар с жалобами резкое ухудшение самочувствия.</p> <p>Анамнез заболевания: жалобы на длительный субфебрилитет, слабость и утомляемость, плохой аппетит. появились после удаления кариозного зуба 4 недели назад. К врачу родители не обращались, проводили лечение самостоятельно жаропонижающими средствами.</p> <p>Анамнез жизни: девочка родилась от первой нормально протекавшей беременности, срочных родов, в физическом и психомоторном развитии не отставала. В возрасте 1 месяца был выслушан систолический шум с <i>punctum maximum</i> в III-IV межреберье слева от грудины. После обследования диагностирован дефект межжелудочковой перегородки небольших размеров, расположенный в мембранозной части субаортально. В дальнейшем самочувствие девочки оставалось хорошим, признаков сердечной недостаточности не наблюдалось, лечения не получала.</p> <p>При поступлении состояние больной тяжелое, очень бледна, вялая, отмечается одышка в покое до 38 в минут, набухание шейных вен. В легких дыхание жесткое, выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Область сердца визуально не изменена. При пальпации верхушечный толчок разлитой и усиленный, расположен в IV-V межреберье на 2 см кнаружи от левой средне-ключичной линии. В области III-IV межреберья слева определяется систолическое дрожание, диастолическое дрожание во II-III межреберье слева от грудины. Границы сердца при перкуссии: правая - по правому краю грудины, верхняя - во II межреберье, левая - на 2 см кнаружи от средне-ключичной линии. При аускультации: в III-IV межреберье слева от грудины выслушивается грубый, скребущего тембра систолический шум, связанный с I тоном и занимающий 3/4 систолы; шум проводится практически надо всей областью сердца. Во II-III межреберье слева от грудины выслушивается протодиастолический шум, проводящийся вдоль левого края грудины. Во II межреберье слева – акцент II тона. Частота сердечных сокращений 100 уд/мин. АД 115/40 мм рт. ст. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги по правой средне-ключичной линии.</p> <p><b>Общий анализ крови:</b> НЬ - 105 г/л. Эр - <math>4,1 \times 10^{12}/л</math>, Лейк - <math>12,0 \times 10^9/л</math>. п/я - 7%, с - 37%, э - 3%, л - 50%, м - 3%, СОЭ - 40 мм/час.</p> <p><b>Общий анализ мочи:</b> удельный вес - 1018, белок - 0,05‰. лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - отсутствуют.</p> <p><b>ЭКГ:</b> синусовая тахикардия, нормальное положение электрической оси сердца,</p>
	признаки перегрузки правого и левого желудочков.
1.	<b>Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз.</b>
2.	<b>Назовите основные клинические критерии данного заболевания, в том числе и не представленные у больной.</b>
3.	<b>Что явилось предрасполагающим фактором при развитии данного заболевания?</b>
4.	<b>Какие еще обследования необходимо провести данной больной'? Каковы их предполагаемые результаты?</b>
5.	<b>Проведите дифференциальный диагноз.</b>
6.	<b>Составьте план лечения больного.</b>
7.	<b>Какие патоморфологические варианты процесса возможны?</b>
8.	<b>Назовите патоморфологические стадии процесса.</b>

9.	Почему именно данный вариант анатомического расположения ДМЖП осложнен?
10.	Почему снижено диастолическое давление?
11.	Назовите место проекции аортального клапана на грудной клетке.
12.	Ожидаемые эхокардиографические результаты.

**Ситуационная задача №11**

	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
	<p>Девочка С., 12 лет, поступила на обследование с жалобами на полиартралгию в течение последних 4 месяцев, длительный субфебрилитет, повышенную утомляемость. Анамнез заболевания: начало данного заболевания связывают после поездки на юг. Из анамнеза жизни известно, что до настоящего заболевания ребенок рос и развивался нормально, болел до 6 раза в год простудными заболеваниями, протекавшими относительно нетяжело, хронический тонзилит.</p> <p>При поступлении состояние средней тяжести. Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные. Отмечаются бледно окрашенные эритематозно-дескваматозные элементы на лице, преимущественно на щеках и переносице. Имеются изменения суставов в виде припухлости и умеренной болезненности лучезапястных, локтевых и голеностопных суставов. Подмышечные, задние шейные и кубитальные лимфоузлы умеренно увеличены. 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 средне-ключичной линии. Тоны сердца отчетливые, ритмичные, систолический шум на верхушке. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено.</p> <p><b>Общий анализ крови:</b> Нв- 110 г/л, Эр - <math>4,2 \times 10^{12}/л</math>, Тромб - <math>90 \times 10^9/л</math>, Лейк - <math>1,5 \times 10^9/л</math>, п/я - 2%, с - 62%, э - 2%, л - 31%, м - 3%, СОЭ - 70 мм/час.</p> <p><b>Общий анализ мочи:</b> удельный вес - 1012, белок - 0,33‰, лейкоциты - 3-4 в п/з, эритроциты - 20-25 в п/з.</p> <p><b>Биохимический анализ крови:</b> общий белок - 83 г/л, альбумины -46%, глобулины: альфа<sub>1</sub> - 5%, альфа<sub>2</sub> - 12%, бета - 5%, гамма - 32%, серомукоид - 0,8 (норма - до 0,2), АлАт- 0,32 мккат/л, АсАт - 0,25 мккат/л, мочевины -4,5 ммоль/л, креатинин - 98 мкмоль/л.</p> <p><b>Проба Зимницкого:</b> удельный вес 1006-1014, дневной диурез - 320, ночной диурез - 460.</p>
	<b>Назовите принципы лечения данного заболевания.</b>
	<b>Какие эндогенные факторы способствуют развитию данного заболевания?</b>

10.	Что является патоморфологической основой заболевания?
11.	Почему отмечается анемический синдром и снижение числа лейкоцитов?
12.	Каков характер патоморфологических изменений в почках?

**Ситуационная задача №12**

	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
	<p>Мальчик 3., 13 лет, поступил на обследование с жалобами на полиартралгию в течение последних 4 месяцев, длительный субфебрилитет, повышенную утомляемость. Анамнез заболевания: начало данного заболевания связывают с перенесенной ОРВИ, протекавшей с высокой лихорадкой. Уже на фоне сохраняющегося субфебрилитета мальчик отдыхал летом в Крыму, после чего указанные жалобы усилились. Из анамнеза жизни известно, что до настоящего заболевания ребенок рос и развивался нормально, болел 2-3 раза в год простудными заболеваниями, протекавшими относительно нетяжело.</p> <p>При поступлении состояние средней тяжести. Больной правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы бледные. Отмечаются бледно окрашенные эритематозно-дескваматозные элементы на лице, преимущественно на щеках и переносице. Имеются изменения суставов в виде припухлости и умеренной болезненности лучезапястных, локтевых и голеностопных суставов. Подмышечные, задние шейные и кубитальные лимфоузлы умеренно увеличены. 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 средне-ключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено.</p> <p><b>Общий анализ крови:</b> Нв- 100 г/л, Эр - <math>4,2 \times 10^{12}/л</math>, Тромб - <math>90 \times 10^9/л</math>, Лейк - <math>1,5 \times 10^9/л</math>, п/я - 2%, с - 62%, э - 2%, л - 31%, м - 3%, СОЭ - 50 мм/час.</p> <p><b>Общий анализ мочи:</b> удельный вес - 1012, белок - 0,33‰, лейкоциты - 3-4 в п/з, эритроциты - 20-25 в п/з.</p> <p><b>Биохимический анализ крови:</b> общий белок - 83 г/л, альбумины -46%, глобулины: альфа<sub>1</sub> - 5%, альфа<sub>2</sub> - 12%, бета - 5%, гамма - 32%, серомукоид - 0,8 (норма - до 0,2), АлАт- 0,32 мккат/л, АсАт - 0,25 мккат/л, мочевины -4,5 ммоль/л, креатинин - 98 мкмоль/л.</p> <p><b>Проба Зимницкого:</b> удельный вес 1006-1014, дневной диурез - 320, ночной диурез - 460.</p>
	<b>Клиренс по креатинину</b> - 80 мл/мин.
1.	
2.	
3.	
	<b>Назовите принципы лечения данного заболевания.</b>
	<b>Какие эндогенные факторы способствуют развитию данного заболевания?</b>

10.	Что является патоморфологической основой заболевания?
11.	Почему отмечается анемический синдром и снижение числа лейкоцитов?
12.	Каков характер патоморфологических изменений в почках?

**Ситуационная задача №13**

	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
	<p>Больной О., 13 лет, поступил в отделение повторно для проведения комплексной терапии.</p> <p>Из анамнеза известно, что заболевание началось в 3-летнем возрасте, когда после перенесенного гриппа мальчик стал хромать - как оказалось при осмотре, из-за поражения коленного сустава. Сустав был шаровидной формы, горячий на ощупь, отмечалось ограничение объема движений. В дальнейшем отмечалось вовлечение других суставов в патологический процесс. Практически постоянно ребенок получал нестероидные противовоспалительные препараты, на этом фоне отмечались периоды ремиссии продолжительностью до 10-12 месяцев, однако заболевание постепенно прогрессировало. В периоды обострения больной предъявлял жалобы утреннюю скованность. При поступлении состояние тяжелое, отмечается дефигурация и припухлость межфаланговых, лучезапястных, локтевых суставов, ограничение движений в правом тазобедренном суставе. В легких хрипов нет. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, верхняя - по III ребру, левая - на 1 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумов нет.</p> <p><b>Общий анализ крови:</b> НЬ - 110 г/л. Эр - <math>4,2 \times 10^{12}/л</math>, Лейк - <math>15,0 \times 10^9/л</math>, п/я - 4%, с - 44%, э - 2%, л - 47%, м - 3%, СОЭ - 46 мм/час.</p> <p><b>Общий анализ мочи:</b> удельный вес - 1014, белок - 0,06‰, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - отсутствуют.</p> <p><b>Биохимический анализ крови:</b> общий белок - 83 г/л, альбумины - 48%, глобулины: альфа<sub>1</sub> - 11%, альфа<sub>2</sub> - 10%, бета - 5%, гамма - 26%, серомукоид - 0,8 (норма - до 0,2), АЛТ - 32 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, мочевины - 4,5 ммоль/л.</p> <p><b>Рентгенологически</b> определяется эпифизарный остеопороз, сужение суставной щели.</p>
1.	Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2.	Какие еще обследования следует провести больному?
3.	Консультации каких специалистов необходимы при данном заболевании?
4.	С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз в начале процесса?
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	

	<b>ОЗНАКОМЬТЕСЬ С СИТУАЦИЕЙ И ДАЙТЕ РАЗВЕРНУТЫЕ ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ</b>
--	---

	<p>Больная Р., 6 лет, поступает в стационар планово повторно с жалобами на боли в области коленных, голеностопных, лучезапястных и тазобедренных суставов, боли и нарушение движений в тазобедренных суставах, утреннюю скованность суставов.</p> <p>Из анамнеза известно, что ребенок болен с 2 лет, когда после перенесенной ОРВИ отмечалось повторное повышение температуры, боли, припухлость и нарушение движений в коленных, голеностопных и лучезапястных суставах. Суставной синдром сохранялся в течение 6 месяцев и сопровождался увеличением СОЭ, гиперлейкоцитозом, умеренной анемией. В течение этого времени девочка с положительным эффектом получала нестероидные противовоспалительные препараты, однако он был временным, в дальнейшем отмечалось вовлечение в процесс и других суставов.</p> <p>При осмотре в стационаре состояние девочки тяжелое. Ребенок пониженного питания, отстает в физическом развитии. Пользуется костылями в связи с поражением тазобедренных суставов. Отмечается увеличение подмышечных (2x2 см) и кубитальных (1,5x1,5 см) лимфоузлов. Отмечается повышение местной температуры, увеличение в объеме и значительное ограничение движений в коленных, голеностопных и лучезапястных суставах. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, верхняя - по III ребру, левая - по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумов нет, постоянная тахикардия до 110 в минуту. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень +5 см, селезенка +1 см.</p> <p><b>Общий анализ крови:</b> НЬ - 90 г/л, Лейк – 15,0*10<sup>9</sup>/л, п/я - 4%, с -42%, э - 2%, л - 49%, м - 3%, СОЭ - 50 мм/час.</p> <p><b>Общий анализ мочи:</b> удельный вес - 1014, белок - 0,33 ‰, лейкоциты - 1-3 в п/з, эритроциты - отсутствуют.</p> <p><b>Биохимический анализ крови:</b> общий белок - 83 г/л, альбумины -48%, глобулины: альфа<sub>1</sub> - 5%, альфа<sub>2</sub> - 12%, бета - 5%, гамма - 30%, серомукоид - 0,8 (норма - до 0,2), АЛТ - 32 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, мочевины -4,5 ммоль/л.</p>
1.	<b>О каком заболевании можно думать в первую очередь?</b>
2.	<b>Оцените результаты представленных дополнительных методов исследования.</b>
3.	<b>Какие еще обследования следует провести больной?</b>
4.	<b>Консультации каких специалистов необходимы при данном заболевании?</b>
5.	<b>С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз в начале процесса?</b>
6.	<b>Каковы принципы терапии данного заболевания?</b>
7.	<b>Объясните изменения в анализе мочи.</b>
8.	<b>Каков прогноз данного заболевания и чем он определяется?</b>
9.	<b>Как объяснить частоту поражения глаз при данной патологии?</b>
10.	<b>Назовите варианты поражения глаз при этом заболевании.</b>
11.	<b>Какие клинические синдромы определяют жизненный прогноз?</b>
12.	<b>Почему отмечается утренняя скованность?</b>

### Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета (пример)

--	--	--

Зачтено



<b>Полнота знаний</b>	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место <b>грубые ошибки</b> .	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены <b>несущественные ошибки</b>
<b>Наличие умений</b>	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место <b>грубые ошибки</b> .	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены <b>несущественные ошибки</b>
<b>Наличие навыков (владение опытом)</b>	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место <b>грубые ошибки</b> .	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены <b>несущественные ошибки</b> .
<b>Мотивация (личностное отношение)</b>	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
<b>Характеристика сформированности компетенции*</b>	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения <b>практических (профессиональных) задач</b> .	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения <b>практических (профессиональных) задач</b> .
<b>Уровень сформированности компетенций*</b>	Требуется повторное обучение	


отдельными  
несущественны

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительн о	удовлетворительн о	хорошо	отлично
	о	о полном объеме.	негрубыми ошибками. Выполнены все задания, в полном объеме, но некоторые с недочетами	ми недочетами, выполнены все задания в полном объеме
<b>Наличие навыков (владение опытом)</b>	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки	Имеется минимальный набор навыков для решения стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы навыки при решении нестандартных задач без ошибок и

*Для тестирования:*

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

*Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»*

Полный комплект оценочных средств для дисциплины представлен на портале СДО Приволжского исследовательского медицинского университета – (<https://sdo.pimunn.net/>)