

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Косенок Сергей Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 01.07.2026 11:10:17
Уникальный программный ключ:
e3a68f3eaa1e62674b54f4998099d3d6bfdcf836

Бюджетное учреждение высшего образования
Ханты-Мансийского автономного округа-Югры
"Сургутский государственный университет"

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по УМР

Е.В. Коновалова

11 июня 2026 г., протокол УМС №5

Детская кардиология
рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Детских болезней**
Учебный план о310819-Педиат-26-1.plx
31.08.19 Педиатрия
Квалификация **врач-педиатр**
Форма обучения **очная**
Общая трудоемкость **2 ЗЕТ**

Часов по учебному плану 72
в том числе:
аудиторные занятия 32
самостоятельная работа 40

Виды контроля в семестрах:
зачет 2
контрольная работа 2

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>. <Семестр на курсе>)	2 (1.2)		Итого	
Неделя	14 4/6			
Вид занятий	УП	РП	УП	РП
Лекции	6	6	6	6
Практические	26	26	26	26
Итого ауд.	32	32	32	32
Контактная работа	32	32	32	32
Сам. работа	40	40	40	40
Итого	72	72	72	72

Программу составил(и):

к.м.н.,доцент, Зав.к., Тепляков А.А.

Рабочая программа дисциплины

Детская кардиология

разработана в соответствии с ФГОС:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования - по специальности 31.08.19 Педиатрия (приказ Минобрнауки России от 09.01.2023 г. № 9)

составлена на основании учебного плана:

31.08.19 Педиатрия

утвержденного УМС МИ от 23.04.2026 г. протокол № 8.

утвержденного учебно-методическим советом вуза от 11.06.2026 протокол № 5.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Детских болезней

Протокол от 13.04.2026 г. № 8.

Зав. кафедрой к.м.н.,доцент Тепляков А.А.

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ	
1.1	Цель освоения дисциплины детская кардиология — подготовка квалифицированного врача-специалиста Педиатра, обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях специализированной, в том числе неотложной и высокотехнологичной медицинской помощи детям с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП	
Цикл (раздел) ООП:	ФТД.В
2.1	Требования к предварительной подготовке обучающегося:
2.1.1	Педагогика
2.1.2	Патология
2.1.3	Социально-психологические основы профессиональной деятельности
2.1.4	Неотложные состояния в педиатрии
2.1.5	Неонатология
2.1.6	Детские инфекции
2.1.7	Педиатрия
2.2	Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:
2.2.1	Производственная (клиническая) практика
2.2.2	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
ПК-2.1: Осуществляет проведение специализированного обследования детей при заболеваниях и (или) состояниях детского возраста с целью установления диагноза и определения функционального статуса	
Знать:	
Уровень 1	-
ПК-2.2: Осуществляет назначение лечения детей при заболеваниях и (или) состояниях детского возраста, контроль его эффективности и безопасности	
Знать:	
Уровень 1	-

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	Знать:
3.1.1	новейшие данные об этиологии и патогенезе заболеваний сердечно-сосудистой системы, современные классификации и клиническую картину врожденных и приобретенных пороков сердца, миокардитов, кардиомиопатий, эндокардитов, перикардитов, миокардиодистрофий, вегето-сосудистой дистонии, артериальных гипертензий и гипотензий (эссенциальной и симптоматических), острой и хронической сердечной недостаточности, нарушений сердечного ритма и проводимости; аритмического шока, обморока, отека легких критерии и методы диагностики, меры профилактики, а также диагностические возможности современных методов лабораторного и инструментального обследования и клинико-фармакологическую характеристику основных групп лекарственных препаратов, которые применяются при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.
3.2	Уметь:
3.2.1	грамотно собрать анамнез, провести физикальное обследование пациента. Оценить состояние больного для принятия решения о необходимости оказания ему медицинской помощи, сформулировать клинический диагноз, разработать план терапевтических действий с учетом протекания болезни и ее лечения, наметить объем дополнительных исследований в соответствии с прогнозом болезни, сформулировать показания к избранному методу лечения с учетом этиотропных и патогенетических средств, обосновать фармакотерапию у конкретного больного.

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)						
Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Примечание
	Раздел 1. Кардиология.					

1.1	Структура, принципы организации и основные задачи кардиологической помощи детям. /Пр/	2	1	ПК-2.2	Л1.2 Л1.4 Л1.1 Л1.3Л2.2 Л2.1 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8	
1.2	Нарушение сердечного ритма у детей /Лек/	2	3		Л1.4 Л1.1 Л1.5 Л1.3Л2.5	
1.3	Нарушения сердечного ритма у детей и подростков. Механизмы возникновения. /Пр/	2	2	ПК-2.2	Л1.2 Л1.4 Л1.1 Л1.3Л2.2 Л2.1 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8	
1.4	Нарушения сердечного ритма у детей /Ср/	2	10		Л1.4 Л1.3Л2.3 Л2.5	
1.5	Синдром вегетативной дистонии у детей и подростков. /Пр/	2	8	ПК-2.2	Л1.2 Л1.4 Л1.1 Л1.3Л2.2 Л2.1 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8	
1.6	Синдром вегетативной дистонии у детей и подростков /Ср/	2	10		Л1.4 Л1.3Л2.3 Л2.5	
1.7	Первичные и вторичные артериальные гипертензии у детей и подростков. /Пр/	2	2	ПК-2.2	Л1.2 Л1.4 Л1.1 Л1.3Л2.2 Л2.1 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8	
1.8	Первичные и вторичные артериальные гипертензии у детей и подростков /Ср/	2	10		Л1.3Л2.4 Л2.5	
1.9	Заболевания соединительной ткани у детей /Лек/	2	3		Л1.4 Л1.1 Л1.5 Л1.3Л2.1 Л2.5	
1.10	Кардиты у детей и подростков (инфекционный эндокардит, перикадит). /Пр/	2	2	ПК-2.1 ПК-2.2	Л1.2 Л1.4 Л1.1 Л1.3Л2.2 Л2.1 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8	
1.11	Врожденные пороки сердца. /Пр/	2	8	ПК-2.2	Л1.2 Л1.4 Л1.1 Л1.3Л2.2 Л2.1 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8	
1.12	Острая ревматическая лихорадка у детей. /Пр/	2	2	ПК-2.2	Л1.2 Л1.4 Л1.1 Л1.3Л2.2 Л2.1 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8	

1.13	Диффузные заболевания соединительной ткани. /Пр/	2	1	ПК-2.2	Л1.2 Л1.4 Л1.1 Л1.3Л2.2 Л2.1 Л2.3 Л2.4 Л2.5 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8	
1.14	Диффузные заболевания соединительной ткани у детей /Ср/	2	10		Л1.4 Л1.1 Л1.3Л2.1 Л2.3 Л2.5	

5. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА						
5.1. Оценочные материалы для текущего контроля и промежуточной аттестации						
Представлены отдельным документом						
5.2. Оценочные материалы для диагностического тестирования						
Представлены отдельным документом						

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)				
6.1. Рекомендуемая литература				
6.1.1. Основная литература				
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л1.1	Шляхто Е. В.	Кардиология: национальное руководство	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020	3
Л1.2	Кильдиярова Р.Р.	Детские болезни: учебник	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021, https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970459645.h tml	2
Л1.3	Григорьев (null), Харитонов (null)	Детские болезни. Т. 1.: учебник	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023, https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970473658.h tml	2
Л1.4	Прахов А. В.	Детская кардиология для педиатров: Учебное пособие для вузов	Москва: Юрайт, 2022, https://urait.ru/bcod e/496624	1
Л1.5	Муртазин А. И.	Кардиология: стандарты медицинской помощи, критерии оценки качества, фармакологический справочник	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020	2
6.1.2. Дополнительная литература				
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л2.1	Огурцов П. П., Дворников В. Е.	Неотложная кардиология: учебное пособие	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020	2
Л2.2	Капустин, К. М., Лазарева, Г. Ю., Муллаярова, Э. А., Подколзина, В. А.	Детские болезни. Полный справочник	Саратов: Научная книга, 2019, http://www.iprbookshop.ru/80206.html	1
Л2.3	Кильдиярова Р. Р., Макарова В. И.	Поликлиническая и неотложная педиатрия: учебник для использования в образовательных учреждениях, реализующих основные профессиональные образовательные программы высшего образования уровня специалитета по направлению подготовки 31.05.02	Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021	15
Л2.4	Пырочкин В. М.	Клиническая электрокардиография: пособие	Гродно: ГрГМУ, 2021, https://e.lanbook.co m/book/237464	1

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л2.5	Резник Е. В., Пузенко Д. В., Лялина В. В., Катков А. И., Гудымович В. Г., Шебзухова М. М., Былова Н. А., Никитин И. Г.	Дифференциальная диагностика шумов в сердце. Все, что необходимо знать практикующему врачу: учебное пособие для вузов	Москва: Юрайт, 2022, https://urait.ru/bcode/496931	1
6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"				
Э1	Электронно-библиотечная система «КнигаФонд»			
Э2	http://elibrary.ru/defaultx.asp (Научная электронная библиотека)			
Э3	Электронная библиотека 1-го МГМУ им. И. М. Сеченова			
Э4	http://www.internist.ru/ (всероссийская образовательная интернет-программа для врачей)			
Э5	http://www.medlinks.ru (Вся медицина в Интернет)			
Э6	http://www.znaniium.com/ (коллекция электронных версий изданий (книг, журналов, статей и т.д.))			
Э7	Журнал "Кардиология"			
Э8	Журнал "Архив патологии"			
6.3.1 Перечень программного обеспечения				
6.3.1.1	Пакет прикладных программ Microsoft Office			
6.3.2 Перечень информационных справочных систем				
6.3.2.1	Гарант», «Консультант плюс», «Консультант-регион»			

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
7.1	1. Учебные комнаты кафедры детских болезней с оборудованием:
7.2	- проектор,
7.3	- ноутбук,
7.4	- фотоаппарат,
7.5	- персональные компьютеры.
7.6	2. Педиатрическое отделение №1, №2 больницы
7.7	3. Клинические лаборатории и диагностические отделения больницы
7.8	4. Сургутская клиническая городская поликлиника №1, №2, №5
7.9	5. Симуляционный класс «Педиатрия» оснащён фантомами, муляжами детей разного возраста, симуляторами новорожденного, грудного ребёнка и подростка с компьютерными программами различных неотложных ситуаций
7.10	6. Анатомический зал СурГУ
7.11	7. Электронно-библиотечная система СурГУ и электронная информационно-образовательная среда.

Оценочные материалы для текущего контроля и промежуточной аттестации

Детская кардиология

Код, направление подготовки	31.08.19 Педиатрия
Направленность (профиль)	-
Форма обучения	очная
Кафедра-разработчик	Детских болезней
Выпускающая кафедра	Детских болезней

Типовые контрольные задания, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы
ЭТАП: ПРОВЕДЕНИЕ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

1 Этап проведение текущей аттестации:**1.1 Список вопросов к занятиям для самостоятельной работы ординатора**

I. Раздел: Структура, принципы организации и основные задачи кардиологической помощи детям.

1) Вопросы к занятию:

1. Клинические и электрокардиографические проявления при различных патологических состояниях ССС врожденного и приобретенного генеза, их диагностика и дифференциальная диагностика.

- синусовая тахикардия, брадикардия, аритмия, миграция водителя ритма;
- узловой ритм, идиовентрикулярный ритм;
- блокады разных уровней;
- пароксизмальная тахикардия, мерцание, трепетание.

2. Принципы лечения и профилактики ССС:

- патогенетическая терапия;
- неотложная помощь;
- хирургическое лечение.

II. Раздел: Нарушения сердечного ритма у детей и подростков. Механизмы возникновения

1) Вопросы к занятию:

1. Клинические и электрокардиографические проявления нарушений сердечного ритма при различных патологических состояниях ССС врожденного и приобретенного генеза, их диагностика и дифференциальная диагностика.

- синусовая тахикардия, брадикардия, аритмия, миграция водителя ритма;
- узловой ритм, идиовентрикулярный ритм;
- блокады разных уровней;
- пароксизмальная тахикардия, мерцание, трепетание.

2. Лечение аритмий:

- патогенетическая терапия;
- противоритмические средства;
- показания и противопоказания к использованию противо-аритмических средств;
- неотложная помощь при пароксизмальной тахикардии.

III. Раздел: Синдром вегетативной дистонии у детей и подростков.

1) Вопросы к занятию:

1. Понятие и дисфункции вегетативной нервной системы.

2. Семейно-генетические факторы, «медленно» персистирующие инфекции, хронический стресс, органические поражения ЦНС, транзиторные нейроэндокринные особенности детей пубертатного возраста – в развитии НЦД.

3. Патофизиологическая система как субстрат НЦД – понятие о надсегментарном, сегментарном и подсегментарном уровнях как единой физиологической системе, поддерживающей гомеостаз организма.
4. Дисфункция вегетативной нервной системы у детей и подростков – проблема медико-социальная, основные принципы реабилитации больных, социальной адаптации и меры профилактики НЦД.

IV. Раздел: Первичные и вторичные артериальные гипертензии у детей и подростков/

1) Вопросы к занятию:

1. Причины, основные клинические проявления артериальных гипертензий и гипотензий у детей.
2. Состояние сердечно-сосудистой, вегетативной нервной системы и психоэмоционального статуса у детей с АГ.
3. Основные диагностические этапы АГ.
4. Дифференциальный диагноз первичных и вторичных АГ у детей;
6. Методы профилактики и терапии артериальной гипертензии в детском возрасте.

V. Раздел: Кардиты у детей и подростков (инфекционный эндокардит, перикардит).

1) Вопросы к занятию:

1. Современные представления о септическом инфекционном эндокардите.
2. Понятие о первичных и вторичных формах ИЭ.
3. Варианты течения и степени активности ИЭ у детей в современных условиях.
4. Дифференциально-диагностические критерии ИЭ.
5. Современная терапия ИЭ, прогноз, профилактика.

VI. Раздел: Врожденные пороки сердца у детей

1) Вопросы к занятию:

1. Этапы формирования сердца.
2. Профилактика эмбриопатий.
3. Клиника различных ВПС.
4. Причины приобретенных пороков сердца и их особенности у детей.
5. Осложнения при ВПС: стадии сердечной недостаточности, их критерии.
6. Лечение осложнений при ВПС.

VII. Раздел: Острая ревматическая лихорадка у детей

1) Вопросы для занятия:

1. Этиопатогенез ревматизма.
2. Клинические проявления ревматизма.
3. Диагностический алгоритм.
4. План и этапы лечения ревматизма.
5. Профилактика первичная и вторичная ревматизма.

VIII. Раздел: Диффузные заболевания соединительной ткани

1) Вопросы для занятия:

1. Основные свойства соединительной ткани (СТ).
2. Критерии дисплазии СТ, степени тяжести.
3. Системная красная волчанка: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, прогноз.
4. Склеродермия: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, прогноз.
5. Дерматомиозит: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, прогноз.
6. Узелковый периартериит: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, прогноз.
7. Смешанная болезнь соединительной ткани: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, прогноз.

Вывод: Подготовка к устному опросу по предложенным темам позволяет оценить сформированность части следующих компетенций: ПК-5, ПК-6.

1.2 Темы рефератов раздел 1-8:

1. Критические периоды внутриутробного развития сердечно-сосудистой системы плода. Факторы риска развития ВПС.
2. Антенатальная диагностика ВПС. Современные представления.
3. Функциональные методы исследования в кардиологии.
4. Тактика ведения детей с ВПС.
5. Тактика ведения детей после хирургической коррекции ВПС
6. Дифференциальная диагностика артритов у детей.
7. Периодическая болезнь в детской практике.
8. Системные васкулиты: диагностика, дифференциальная диагностика и терапия.

9. Дифференциальная диагностика диффузных болезней соединительной ткани.
10. Ревматические пороки сердца и их терапия.
11. Дифференциальная диагностика функциональных и органических нарушений сердечного ритма.
12. Жизнеугрожающие аритмии у детей: принципы диагностики и терапии.
13. Дифференциальная диагностика синкопальных состояний у детей.

Вывод: Написание рефератов по предложенным темам позволяет оценить сформированность части следующих компетенций: ПК-5, ПК-6.

2. Этап: промежуточный контроль

Вопросы к зачету

1. Клинические и электрокардиографические проявления нарушений сердечного ритма при различных патологических состояниях ССС врожденного и приобретенного генеза, их диагностика и дифференциальная диагностика.
 - синусовая тахикардия, брадикардия, аритмия, миграция водителя ритма;
 - узловый ритм, идиовентрикулярный ритм;
 - блокады разных уровней;
 - пароксизмальная тахикардия, мерцание, трепетание.
2. Лечение аритмий:
 - патогенетическая терапия;
 - противоаритмические средства;
 - показания и противопоказания к использованию противо-аритмических средств;
 - неотложная помощь при пароксизмальной тахикардии.
3. Этиология ВПС: факторы риска развития плода.
 4. Патогенез гемодинамических нарушений.
 5. Фазы течения ВПС.
 6. Классификация.
 7. Клиника и гемодинамика при ВПС:
 - а) с обогащением малого круга;
 - б) с обеднением малого круга;
 - в) с препятствием выбросу крови из желудочков в магистральные сосуды.
 8. Диагностика ВПС: ЭхоКС, ЭКГ, ФКГ, рентгенодиагностика.
 9. Выбор лечебной тактики при ВПС.
 10. Лечение и диспансерное наблюдение больных с ВПС.
 11. Диагностика приобретенных пороков сердца.
 12. Дифференциальная диагностика врожденных и приобретенных пороков сердца.
 13. Сердечная недостаточность.
 14. Понятие и дисфункции вегетативной нервной системы.
 15. Семейно-генетические факторы, «медленно» персистирующие инфекции, хронический стресс, органические поражения ЦНС, транзиторные нейроэндокринные особенности детей пубертатного возраста – в развитии НЦД.
 16. Патофизиологическая система как субстрат НЦД – понятие о надсегментарном, сегментарном и подсегментарном уровнях, как единой физиологической системе, поддерживающей гомеостаз организма.
 17. Дисфункция вегетативной нервной системы у детей и подростков – проблема медико-социальная, основные принципы реабилитации больных, социальной адаптации и меры профилактики НЦД.
 18. Клинические синдромы и их характеристика. Клинические признаки ВСД по ваготоническому, симпатикотоническому, смешанному типам;
 19. Дифференциальный диагноз ВСД с кардиопатиями.
 20. Методы диагностики ВСД:
 - оценка исходного вегетативного тонуса;
 - кардиоинтервалография;
 - клиноортостатическая проба;
 - психологическое тестирование;
 - неврологическое обследование.
 21. Методы коррекции вегетативного тонуса. Лечение и профилактика ВСД.
 22. Характеристика соединительной ткани.
 23. Этиология и патогенез ДЗСТ.
 24. Дифференциальная диагностика ДЗСТ.
 25. Основные клинико- лабораторные критерии ДЗСТ.
 26. Профилактика осложнений. Лечение при ДЗСТ у детей.
 27. Основные свойства соединительной ткани (СТ).
 28. Критерии дисплазии СТ, степени тяжести.
 29. Системная красная волчанка: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, прогноз.
 30. Склеродермия: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, прогноз.
 31. Дерматомиозит: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, прогноз.
 32. Узелковый периартериит: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, прогноз.
 33. Смешанная болезнь соединительной ткани: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, прогноз.
 34. Определение ревматизма.
 35. Классификация группы ревматических заболеваний.

36. Особенности современного течения ревматизма у детей.
37. Этиология ревматизма. Патогенез. Морфологические изменения.
38. Клиническая эволюция ревматизма (А.И. Нестеров). Периоды.
39. Клиническая картина. Кардит. Суставной синдром. Малая хорея. Ревматические узелки. Аннулярная сыпь.
40. Критерии ревматизма (Киселя-Джонса).
41. Лабораторные и инструментальные исследования.
42. Терапия. Этиотропная, патогенетическая, симптоматическая.
43. Первичная и вторичная профилактика ревматизма.

Вывод: в результате проведения собеседования, сформированы части следующих компетенций: ПК 1, ПК 2, ПК 5, ПК 6.

2.2 Тестирование

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ:

1. **Анатомическими признаками тетрады Фалло являются:**

- а) стеноз аорты
- б) стеноз легочной артерий
- в) смещение аорты вправо
- г) дефект межпредсердной перегородки
- д) дефект межжелудочковой перегородки

2. **Необходимый объем исследований при подозрении на врожденный порок сердца включает:**

- а) общий анализ крови
- б) общий анализ мочи
- в) электрокардиографию
- г) эхокардиографию
- д) холтеровское мониторирование

ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ:

3. **При дефекте межжелудочковой перегородки наиболее характерна топка шума:**

- а) на верхушке
- б) во втором межреберье слева
- в) во втором межреберье справа
- г) в третьем-четвертом межреберье слева у грудины
- д) между лопатками

4. **При открытом артериальном протоке наиболее типичен шум:**

- а) систолический во втором межреберье слева
- б) систоло-диастолический во втором межреберье слева
- в) систолический во втором межреберье справа
- г) диастолический во втором межреберье слева

5. **При дефекте межпредсердной перегородки систолический шум во втором межреберье слева обусловлен:**

- а) сбросом крови через дефект межпредсердной перегородки
- б) относительным стенозом легочной артерии

6. **Для тетрады Фалло характерным клиническим признаком является:**

- а) усиление второго тона над легочной артерией
- б) ослабление второго тона над легочной артерией
- в) хрипы в легких
- г) увеличение размеров печени

7. **Остроту течения ревматического процесса определяет выраженность:**

- а) деструктивных изменений соединительной ткани
- б) неспецифического экссудативного компонента воспаления

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ:

8. **Лечение ревматизма (острой ревматической лихорадки) с явлениями кардита обязательно включает:**

- а) антибактериальные препараты пенициллинового ряда

- б) нестероидные противовоспалительные препараты
- в) глюкокортикостероиды
- г) сульфаниламиды
- д) седативные препараты

9. Основными клиническими проявлениями миокардита являются:

- а) тахикардия
- б) расширение границ относительной сердечной тупости преимущественно влево
- в) приглушение сердечных тонов
- г) снижение вольтажа желудочкового комплекса на ЭКГ
- д) грубый скребущий характер систолического шума вдоль левого края грудины

10. Клиническими признаками миокардита являются:

- а) глухость сердечных тонов
- б) расширение границ относительной сердечной тупости преимущественно влево
- в) лимфополиадения
- г) тахикардия

11. Поводом для подозрения на инфекционный эндокардит у больного с пороком сердца или у больного после радикальной коррекции порока сердца может быть:

- а) субфебрилитет
- б) петехиальная сыпь
- в) носовые кровотечения
- г) энурез
- д) появление аускультативных феноменов в сердце

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ:

12. В план обследования больного с подозрением на инфекционный эндокардит включается:

- а) общий анализ крови
- б) общий анализ мочи
- в) электрокардиография
- г) биоценоз кишечника
- д) эхокардиография

13. Повышение артериального давления в качестве побочного эффекта может отмечаться при приеме:

- а) симпатомиметиков
- б) ганглиоблокаторов
- в) глюкокортикоидов
- г) Р-адреноблокаторов
- д) диуретиков

14. При артериальной гипертензии возможны жалобы на:

- а) головную боль .
- б) энурез
- в) боли в животе
- г) рвоту

15. Причинами вазоренальной (реноваскулярной) гипертензии у детей могут быть:

- а) аорто-артериит
- б) добавочные почечные артерии
- в) гипоплазия почки и почечных сосудов
- г) пиелонефрит

16. Острая сосудистая недостаточность может сопровождаться:

- а) влажным кашлем .
- б) влажными хрипами в легких
- в) сухими хрипами в легких
- г) падением артериального давления

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ:

17. **Левожелудочковая сердечная недостаточность клинически характеризуется:**

- а) появлением влажных хрипов в легких
- б) тахипноэ
- в) увеличением размеров печени
- г) появлением ритма «галопа»
- д) тахикардией .

18. **Преобладающая по правожелудочковому типу сердечная недостаточность клинически характеризуется:**

- а) тахикардией
- б) периферическими отеками
- в) увеличением размеров печени
- г) влажными хрипами в легких

19. **Синдром сердечной недостаточности подтверждается изменением показателей:**

- а) рентгенографии сердца
- б) эхокардиографии
- в) ЭКГ
- г) реоэнцефалографии

20. **Для лечения синдрома сердечной недостаточности используют:**

- а) периферические вазодилататоры
- б) диуретики
- в) антибактериальные препараты
- г) ингибиторы АПФ
- д) сердечные гликозиды

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ:

21. **Обязательное обследование при ювенильном ревматоидном артрите включает:**

- а) определение ревматоидного фактора
- б) эхокардиографию
- в) холтеровское мониторирование
- г) общий анализ крови

22. **Поражение глаз при ювенильном ревматоидном артрите проявляется:**

- а) глаукомой .
- б) передним иридоциклитом
- в) катарактой
- г) лентовидной дистрофией роговицы

УКАЖИТЕ ОДИН ПРАВИЛЬНЫЙ ОТВЕТ:

23. **Наиболее выражены изменения кожи в виде индурации и атрофии при:**

- а) склеродермии
- б) узелковом полиартериите
- в) системной красной волчанке
- г) ювенильном ревматоидном артрите

24. **При подозрении на заболевание из группы системных поражений соединительной ткани в план обследования необходимо включить:**

- а) эхокардиографию
- б) велоэргометрию
- в) ЭКГ
- г) анализ протеинограммы
- д) общий анализ крови

25. **Клиническими симптомами синдрома вегетативной дисфункции по симпатикотоническому типу являются:**

- а) сухость кожных покровов
- б) склонность к брадикардии
- в) склонность к тахикардии
- г) повышенная сальность кожи
- д) вазо-вагальные (вазо-депрессивные) обмороки

26. При подозрении на синдром вегетативной дисфункции рекомендуется проведение:

- а) исследования исходного вегетативного тонуса
- б) ЭКГ

УКАЖИТЕ ВСЕ ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ:

27. ЭКГ-феномен Вольфа-Паркинсона-Уайта характеризуется:

- а) укорочением интервала PQ (PR) менее 0,10с
- б) удлинением интервала PQ (PR) более 0,18 с
- в) узким комплексом QRS
- г) уширенным комплексом QRS
- д) появлением дельта-волны

Эталонные ответы к тестовому контролю

1 – б в д	10 – а б г	19 – а б в
2 – в г	11 – а б в д	20 – а б г д
3 – г	12 – а б в д	21 – а г
4 – б	13 – а в	22 – б в г
5 – б	14 – а г	23 – а
6 – б	15 – а б в	24 – а в г д
7 – б	16 – г	25 – а в
8 – а б в	17 – а б г д	26 – а б в г
9 – а б в г	18 – а б в	27 – а г д

Вывод: в результате проведения тестового контроля сформированы части следующих компетенций: **ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2.**

2.3 Ситуационные задачи:

Задача 1

Больная 3 лет, планово поступила в стационар. Из анамнеза известно, что у ребенка с рождения отмечался диффузный цианоз кожи и видимых слизистых. В возрасте 7 дней проведена процедура Рашкинда (закрытая атриостомия). С 3 месяцев и до настоящего времени находилась в доме ребенка.

При поступлении: кожные покровы и видимые слизистые умеренно цианотичные, акроцианоз, пальцы в виде "барабанных палочек", ногти в виде "часовых стекол", деформация грудной клетки. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1,0 см вправо от правой парастеральной 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.

Общий анализ крови: Нв - 148 г/л; Эр - $4,9 \times 10^{12}/л$; Ц.п. - 0,9; Лейк - $6,3 \times 10^9/л$, п/я - 4%, с - 21%, э - 1%, л - 70%, м - 4%, СОЭ - 3 мм/час.

Общий анализ мочи: цвет - светло-желтый, удельный вес - 1014, белок - отсутствует, глюкоза - отсутствует, эпителий плоский - немного, лейкоциты - 0-1 в п/з, эритроциты - нет, слизь - немного.

Биохимический анализ крови: 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 - 180 (норма - до 200).

Задание

- Сформулируйте предварительный диагноз.
- Перечислите дополнительные методы обследования для подтверждения диагноза.
- Как объяснить появление симптомов "барабанных палочек" и "часовых стекол"?
- Почему диффузный цианоз выявляется с рождения?
- С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
- Сроки оперативного лечения?
- Нуждаются ли дети с данной патологией в получении сердечных гликозидов?
- Каковы наиболее частые осложнения врожденных пороков сердца синего типа?

Задача 2

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 пузырьное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: гематокрит - 49% (норма - 31-47%), Hb - 170 г/л. Эр - $3,0 \times 10^9$ /л, Ц.п. - 0,91, Лейк - $6,1 \times 10^{12}$ /л, п/я - 3%, с - 26%, э - 1%, л - 64%, м - 6%, СОЭ - 2 мм/час.

Общий анализ мочи: 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.

Биохимический анализ крови: 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).

Кислотно-основное состояние крови: рН; - 7,29, ВЕ - 8,5 ммоль/д (норма - +-2,3), рСО₂ - 50 мм рт. ст. (норма - 36-40), рН - 7,29, ВЕ - 8,5 ммоль/д (норма - +-2,3).

Задание

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. Определите тактику терапии.
10. Какие нарушения сердечного ритма и проводимости являются наиболее частыми в послеоперационном периоде?

Задача 3

При диспансерном осмотре школьным врачом у девочки 11 лет выявлена экстрасистолия. Пациентка жалоб не предъявляет, давность возникновения аритмии неизвестна.

Из анамнеза: девочка родилась в срок от первой, протекавшей с токсикозом беременности, быстрых родов, массой 3300 г, длиной 52 см. Росла и развивалась в соответствии с возрастом. До трехлетнего возраста часто болела ОРВИ. Кардиологом не наблюдалась. Учится в двух школах: музыкальной и общеобразовательной.

При осмотре состояние больной удовлетворительное. Телосложение правильное. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Подкожно-жировой слой развит избыточно. Лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Визуально область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, верхняя - III ребро, левая - на 0,5 см кнутри от средне-ключичной линии. При аускультации тоны сердца слегка приглушены, в положении лежа выслушивается 6-7 экстрасистол в минуту. В положении стоя тоны сердца ритмичные, экстрасистолы не выслушиваются, при проведении пробы с физической нагрузкой (десять приседаний) количество экстрасистол уменьшилось до 1 в минуту. Живот мягкий, слегка болезненный в правом подреберье. Печень, селезенка не пальпируются. Симптомы Кера, Ортугера слабо положительные. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Общий анализ крови: Hb - 120 г/л, Лейк - $7,0 \times 10^9$ /л, п/я - 5%, с - 60%, л - 31%, м - 4%, СОЭ - 7 мм/час.

Биохимический анализ крови: АЛТ - 40 Ед/л (норма - до 40), АСТ - 35 Ед/л (норма - до 40), СРВ - отрицательный.

ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС 64 уд/мин, горизонтальное положение электрической оси сердца.

Суправентрикулярные экстрасистолы. Высокий зубец Т в грудных отведениях. В положении стоя экстрасистолы не зарегистрированы.

ЭхоКГ: полости, толщина, экскурсия стенок не изменены. Проплапс митрального клапана без регургитации. Фракция выброса 64%.

Задание

1. Поставьте диагноз.
2. Каков механизм развития аритмии у данной больной?
3. Какие еще обследования необходимо провести данной больной?
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
5. Какова тактика лечения больной?
6. С какими специалистами желательно проконсультировать больную?
7. Какие функциональные пробы показаны больному с экстрасистолией?
8. Какие дополнительные исследования нужно провести в данном случае?
9. Как Вы относитесь к назначению антиаритмических препаратов в данном случае?
10. Каков прогноз заболевания?

Задача 4

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 кг в течение 2 месяцев.

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.

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 - 6×10^9 /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.

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 среднеключичной линии, селезенка +2 см. Мочится мало, стул оформлен.

Общий анализ крови: НЬ - 100 г/л, Лейк - $6,3 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с - 48%, э - 1%, б - 1%, л - 40%, м - 8%, СОЭ - 10 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1015, белок, глюкоза - отсутствуют, лейкоциты - 1-2 в п/з, эритроциты - отсутствуют.

Задание

1. Какой предварительный диагноз Вы поставите ребенку?
2. Предположительно, какой этиологии данное заболевание?
3. Какие вирусы имеют тропность к миокарду?
4. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
5. Какие изменения могут быть на ЭКГ?
6. Какие показатели по данным эхокардиограммы могут быть изменены?
7. Назначьте лечение данному ребенку.
8. Каково соотношение громкости тонов на верхушке у здорового ребенка?
9. Какой из механизмов действия сердечных гликозидов используется в данной ситуации, если Вы рекомендуете их назначить?
10. Какие диуретики Вы назначите больному и почему?

Задача 5

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

Из анамнеза известно, что до 1 года ребенок развивался в соответствии с возрастом, ходит самостоятельно с 10 месяцев. В возрасте 11,5 месяцев перенес острое респираторное заболевание, сопровождавшееся катаральными явлениями и абдоминальным синдромом (боли в животе, жидкий стул), отмечалась субфебрильная температура. Указанные изменения сохранялись в течение 7 дней.

Через 2-3 недели после выздоровления родители отметили, что ребенок стал быстро уставать при физической нагрузке во время игр, отмечалась одышка. Состояние постепенно ухудшалось: периодически появлялись симптомы беспокойства и влажного кашля в ночные часы, рвота, ухудшился аппетит, мальчик потерял в весе, обращала на себя внимание бледность кожных покровов. Температура не повышалась. Участковым педиатром состояние расценено как проявление железодефицитной анемии, ребенок направлен на госпитализацию для обследования.

При поступлении состояние расценено как тяжелое, аппетит снижен, неактивен. Кожные покровы, зев бледно-розовые. Частота дыхания 44 в 1 минуту, в легких выслушиваются единичные влажные хрипы в нижних отделах. Область сердца: визуально - небольшой сердечный левосторонний горб, пальпаторно - верхушечный толчок разлитой, площадь его составляет примерно 8 см², 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.

Общий анализ крови: НЬ - 110 г/л, Эр - $4,1 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $3,0 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с - 56%, л - 40%, м - 2%, СОЭ - 10 мм/час.

ЭЛТ: 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 < RV6.

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

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

Задание

1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз.
2. Оцените представленные результаты обследования.
3. Какие еще обследования хотели бы Вы провести ребенку?
4. Проведите дифференциальный диагноз.

5. Чем обусловлены некоторые экстракардиальные жалобы (боли в животе и рвота)?
6. Составьте план лечения данного ребенка.
7. Какие биохимические показатели крови надо определить для подтверждения диагноза?
8. Возможен ли врожденный характер заболевания?
9. Какие по сравнению с нормой показатели артериального давления можно ожидать и почему?
10. Какими морфологическими изменениями объясняются нарушения на ЭКГ?

Задача 6

Мальчик И., 11 лет, поступил в отделение самотеком. Из анамнеза известно, что 2,5 месяца назад он перенес скарлатину (типичная форма, средней степени тяжести). Получал антибактериальную терапию. Через месяц был выписан в школу. Тогда же стали отмечать изменения почерка, мальчик стал неусидчивым, снизилась успеваемость в школе, появилась плаксивость. Вскоре мама стала замечать у мальчика подергивания лицевой мускулатуры, неточность движений при одевании и во время еды. Периодически повышалась температура до субфебрильных цифр, катаральных явлений не было. Обратились к врачу, был сделан анализ крови, в котором не выявлено изменений. Был поставлен диагноз: грипп, астенический синдром. Получал оксациллин в течение 7 дней без эффекта. Неврологические расстройства нарастали: усилились проявления гримасничанья, мальчик не мог самостоятельно одеться, иногда требовалась помощь при еде, сохранялась плаксивость и раздражительность, в связи с чем больной был госпитализирован.

При поступлении состояние тяжелое. Мальчик плаксив, раздражителен, быстро устает, отмечается скандированность речи, неточное выполнение координационных проб, мышечная гипотония, гримасничанье. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, верхняя - по III ребру, левая - на 1 см кнутри от среднеключичной линии. Тоны сердца умеренно приглушены, выслушивается негрубый систолический шум на верхушке, занимающий 1/6 систолы, не проводится, в ортостазе его интенсивность уменьшается. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: НЬ - 120 г/л. Эр - $4,5 \times 10^{12}/л$, Лейк - $4,5 \times 10^9/л$ п/я - 2%, с - 46%, э - 2%, л - 48%, м - 2%, СОЭ - 10 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1018, белок - отр., лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - отсутствуют.

Задание

1. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз по классификации.
2. Какие клинические проявления определяют в данном случае активность процесса?
3. Какие еще обследования следует провести больному для уточнения диагноза и определения характера сердечных изменений?
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Составьте план лечения больного.
6. Какие патоморфологические изменения определяют сущность клапанных изменений? Назовите стадии процесса.
7. Какие патоморфологические изменения являются абсолютными маркерами (маркером) заболевания?
8. Если показана кортикостероидная терапия, то с какой целью?

Задача 7

Больной И., 12 лет, поступил в стационар с жалобами на слабость, утомляемость, субфебрильную температуру.

Анамнез заболевания: 2 года назад перенес ревматическую атаку с полиартритом, поражением митрального клапана, следствием чего было формирование недостаточности митрального клапана. Настоящее ухудшение состояния наступило после переохлаждения.

При поступлении обращает на себя внимание бледность, одышка до 26 в минуту в покое. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. 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 IV-V межреберья слева определяется систолическое дрожание. Границы сердца при перкуссии: правая - по правому краю грудины, верхняя - во II межреберье, левая - на 2 см кнаружи от средне-ключичной линии. При аускультации на верхушке сердца выслушивается дующий систолический шум, связанный с I тоном и занимающий 2/3 систолы; шум проводится в подмышечную область и на спину, сохраняется в положении стоя и усиливается в положении на левом боку. Во II-III межреберье слева от грудины выслушивается протодиастолический шум, проводящийся вдоль левого края грудины. Частоты сердечных сокращений 100 уд/мин. АД 105/40 мм рт.ст. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: НЬ - 115 г/л, Эр - $4,3 \times 10^{12}/л$, Лейк - $10 \times 10^9/л$, п/я - 4%, с - 54%, э - 3%, л - 36%, м - 3%, СОЭ - 35 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1015, белок - следы, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - отсутствуют.

ЭКГ: синусовая тахикардия, отклонение электрической оси сердца влево, интервал PQ 0,16 мм, признаки перегрузки левого желудочка и левого предсердия. Признаки субэндокардиальной ишемии миокарда левого желудочка.

Задание

1. Обоснуйте и сформулируйте диагноз по классификации.
2. Какие еще обследования необходимо провести больному?

3. Какие патоморфологические характеристики соединительной ткани определяют патологические признаки со стороны сердца?
4. Какие морфологические изменения определяют остроту течения процесса?
5. Проведите дифференциальный диагноз изменений со стороны сердечно-сосудистой системы.
6. Составьте план лечения данного больного.
7. Какие морфологические изменения являются маркерами (маркером) ревматизма?
8. Возможны ли в данной ситуации жалобы на боли в области сердца и почему?
9. Почему снижено диастолическое давление?
10. Назовите особенности ревматического процесса в детском возрасте.
11. Назовите место проекции митрального клапана.
12. Назовите место проекции аортального клапана.

Задача 8

Больная Р., 9 лет, поступила в стационар с жалобами на длительный субфебрилитет, слабость и утомляемость, плохой аппетит.

Анамнез заболевания: данные жалобы появились после удаления кариозного зуба 4 недели назад. К врачу родители не обращались, проводили лечение самостоятельно жаропонижающими средствами. Однако лихорадка сохранялась, слабость и ухудшение самочувствия нарастали, в связи с чем ребенок был госпитализирован.

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 *up-c-tuip maximum* 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.

При поступлении состояние больной тяжелое, очень бледна, вялая, отмечается одышка в покое до 28 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. 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 над 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.

Общий анализ крови: Нб - 105 г/л. Эр - $4,1 \times 10^{12}/л$, Лейк - $10 \times 10^9/л$, п/я - 7%, с - 37%, э - 3%, л - 50%, м - 3%, СОЭ - 40 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1018, белок - 0,05‰, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - отсутствуют.

ЭКГ: синусовая тахикардия, нормальное положение электрической оси сердца, признаки перегрузки правого и левого желудочков.

Задание

1. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назовите основные клинические критерии данного заболевания, в том числе и не представленные у больной.
3. Что явилось предрасполагающим фактором при развитии данного заболевания?
4. Какие еще обследования необходимо провести данной больной? Каковы их предполагаемые результаты?
5. Проведите дифференциальный диагноз.
6. Составьте план лечения больного.
7. Какие патоморфологические варианты процесса возможны?
8. Назовите патоморфологические стадии процесса.
9. Назовите место проекции аортального клапана на грудной клетке.
10. Ожидаемые эхокардиографические результаты.

Задача 9

Больной О., 13 лет, поступил в отделение повторно для проведения комплексной терапии.

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, однако заболевание постепенно прогрессировало. В периоды обострения больной предъявлял жалобы на утреннюю скованность. При поступлении состояние тяжелое, отмечается деформация 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.

Общий анализ крови: Но - 110 г/л. Эр - $4,2 \times 10^{12}/л$, Лейк - $15,0 \times 10^9/л$, л/я - 4%, с - 44%, э - 2%, л - 47%, м - 3%, СОЭ - 46 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1014, белок - 0,06‰, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - отсутствуют.

Биохимические анализ крови: общий белок - 83 г/л, альбумины -48%, глобулины: альфа -11%, альфа? -10%, бета - 5%, гамма - 26%, серомукоид - 0,8 (норма - до 0,2), АЛТ - 32 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, мочевина -4,5 ммоль/л.

Рентгенологически определяется эпифизарный остеопороз, сужение суставной щели.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
2. Какие еще обследования следует провести больному?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз в начале процесса?
4. Каков прогноз данного заболевания и чем он определяется?
5. Составьте план лечения больного.
6. Какова патоморфологическая основа процесса?
7. Насколько целесообразна терапия кортикостероидами в дебюте заболевания?
8. Как объяснить частоту поражения глаз при этой патологии?
9. Назовите симптомы поражения глаз при этом заболевании.
10. Что определяет жизненный прогноз?

Задача 10

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. 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.

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 (2х2 см) и кубитальных (1,5х1,5 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.

Общий анализ крови: НЬ - 90 г/л, Лейк -6,3х10⁹/л, п/я - 4%, с -42%, э - 2%, л - 49%, м - 3%, СОЭ - 50 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес -1014, белок - 0,33 %, лейкоциты - 1-3 в п/з, эритроциты - отсутствуют.

Биохимические анализ крови: общий белок - 83 г/л, альбумины -48%, глобулины: альфа - 5%, альфа; - 12%, бета - 5%, гамма - 30%, серомукоид - 0,8 (норма - до 0,2), АЛТ - 32 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, мочевина -4,5 ммоль/л.

Задание

1. О каком заболевании можно думать в первую очередь?
2. Оцените результаты представленных дополнительных методов исследования.
3. Какие еще обследования следует провести больной?
4. Консультации каких специалистов необходимы при данном заболевании?
5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз в начале процесса?
6. Каковы принципы терапии данного заболевания?
7. Объясните изменения в анализе мочи.
8. Каков прогноз данного заболевания и чем он определяется?
9. Как объяснить частоту поражения глаз при данной патологии?
10. Назовите варианты поражения глаз при этом заболевании.
11. Какие клинические синдромы определяют жизненный прогноз?

Эталонные ответы.

1. Врожденный порок сердца синего типа - полная транспозиция магистральных сосудов. НКПБ степени.
2. Врожденный порок сердца синего типа, тетрада Фалло.
3. Функциональная кардиопатия (суправентрикулярная экстрасистолия, пролапс митрального клапана). Сопутствующий – Дискинезия желчевыводящих путей.
4. Неревматический кардит, предположительно вирусной этиологии, с преимущественным поражением миокарда, острое течение, ЛЖН II Б степени, ПЖНПБ степени.
5. Неревматический кардит, предположительно вирусной этиологии, с преимущественным поражением миокарда, острое течение, ЛЖН II Б степени, ПЖН ПБ степени.
6. Ревматизм I, активная фаза, активность II-III степени, без выраженных сердечных изменений, хорея, острое течение.
7. Ревматизм II, активная фаза, активность II-III степени; ревмокардит возвратный, недостаточность митрального клапана, поражение аортального клапана, острое течение, сердечная недостаточность I-П А стадии.
8. Инфекционный эндокардит, вторичный, на фоне дефекта межжелудочковой перегородки, поражение аортального клапана, острое течение, сердечная недостаточность IIБ степени.

9. Ювенильный ревматоидный артрит, преимущественно суставная форма, активность III степени, медленно прогрессирующее течение, серопозитивный вариант (?), рентгенологическая стадия процесса II—III степени, функциональная недостаточность II степени.
10. Ювенильный ревматоидный артрит. Суставно-висцеральная форма. Активность III степени. Хроническое течение. Серонегативный вариант. Рентгенологическая стадия процесса III степени. Функциональная недостаточность IIБ степени.

Вывод: в результате решения ситуационных задач, сформированы части следующих компетенций: **ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2.**

ЭТАП: ПРОВЕДЕНИЕ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ УСПЕВАЕМОСТИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

1. Оценка фронтального опроса

Рекомендации по оцениванию фронтального опроса

Требования к оценке: при выставлении оценки преподаватель учитывает:

- полноту знания учебного материала по теме,
- логичность изложения материала;
- аргументированность ответа, уровень самостоятельного мышления;
- умение связывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью.

Критерии оценки:

По результатам собеседования ординаторы получают количественную оценку («отлично», «хорошо», «удовлетворительно» и «неудовлетворительно»).

Тип задания	Проверяемые компетенции	Критерии оценки	Оценка
Фронтальный опрос	ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2	заслуживает ординатор, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала занятия, усвоивший основную рекомендованную литературу и знакомый с дополнительной литературой. Как правило, оценка «отлично» выставляется ординатору, усвоившему взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для приобретаемой профессии, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно- программногo материала.	Отлично
		заслуживает ординатор, обнаруживший полное знание учебного материала, усвоивший основную рекомендованную литературу. Как правило, оценка «хорошо» выставляется ординатору, показавшему систематический характер знаний по дисциплине и способному к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности, но допустившему при ответе отдельные неточности, не имеющие принципиального характера и способному самостоятельно их исправить.	Хорошо

		заслуживает ординатор, обнаруживший знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знакомый с основной рекомендованной литературой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется ординатору, допустившему неточности при изложении материала, но обладающему необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.	Удовлетворительно
		выставляется ординатору, обнаружившему существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допустившему принципиальные ошибки при ответе на вопросы.	Неудовлетворительно

2. Оценка ситуационных задач

Рекомендации по оцениванию результатов решения задач

Процент от максимального количества баллов	Правильность (ошибочность) решения
100	Полное верное решение. В логическом рассуждении и решении нет ошибок, задача решена рациональным способом. Получен правильный ответ. Ясно описан способ решения.
81-100	Верное решение, но имеются небольшие недочеты, в целом не влияющие на решение, такие как небольшие логические пропуски, не связанные с основной идеей решения. Решение оформлено не вполне аккуратно, но это не мешает пониманию решения.
66-80	Решение в целом верное. В логическом рассуждении и решении нет существенных ошибок, но задача решена неоптимальным способом или допущено не более двух незначительных ошибок. В работе присутствуют арифметическая ошибка, механическая ошибка или описка при переписывании выкладок или ответа, не исказившие содержание ответа.
46-65	В логическом рассуждении и решении нет ошибок, но допущена существенная ошибка в расчетах. При объяснении сложного явления указаны не все существенные факторы.
31-45	Имеются существенные ошибки в логическом рассуждении и в решении. Рассчитанное значение искомой величины искажает содержание ответа. Доказаны вспомогательные утверждения, помогающие в решении задачи.
0-30	Рассмотрены отдельные случаи при отсутствии решения. Отсутствует окончательный численный ответ (если он предусмотрен в задаче). Правильный ответ угадан, а выстроенное под него решение - безосновательно.
0	Решение неверное или отсутствует

Критерии оценки результатов решения задач

Оценка (стандартная)	Оценка (тестовые нормы)
Отлично	80 – 100%
Хорошо	66 – 80%
Удовлетворительно	46 – 65%
Неудовлетворительно	Менее 46%

3. Рекомендации по оцениванию рефератов

Написание реферата предполагает глубокое изучение обозначенной проблемы.

Критерии оценки реферата

Оценка «отлично» – выполнены все требования к написанию и защите реферата: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, выдержан объём, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.

Оценка «хорошо» – основные требования к реферату и его защите выполнены, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем реферата; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.

Оценка «удовлетворительно» – имеются существенные отступления от требований к реферированию. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в содержании реферата или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.

Оценка «неудовлетворительно» – тема реферата не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

КОНТРОЛЬНАЯ РАБОТА

Рекомендации по оцениванию презентаций

Создание презентации предполагает глубокое изучение обозначенной проблемы (клинического случая).

Критерии оценки

Оценка «отлично» – выполнены все требования к написанию и созданию презентации: обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему и логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, тема раскрыта полностью, соблюдены требования к внешнему оформлению, даны правильные ответы на дополнительные вопросы.

Оценка «хорошо» – основные требования к созданию презентации и ее защите выполнены, но при этом допущены недочеты. В частности, имеются неточности в изложении материала; отсутствует логическая последовательность в суждениях; не выдержан объем презентации; имеются упущения в оформлении; на дополнительные вопросы при защите даны неполные ответы.

Оценка «удовлетворительно» – имеются существенные отступления от требований к созданию презентации. В частности, тема освещена лишь частично; допущены фактические ошибки в создании презентации или при ответе на дополнительные вопросы; во время защиты отсутствует вывод.

Оценка «неудовлетворительно» – тема презентации не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы.

ЭТАП: ПРОВЕДЕНИЕ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ (ЗАЧЕТ)

Рекомендации по оцениванию теоретического вопроса

Требования к оценке: при выставлении оценки преподаватель учитывает:

- полноту знания учебного материала по теме,
- логичность изложения материала;
- аргументированность ответа, уровень самостоятельного мышления;
- умение связывать теоретические положения с практикой, в том числе и с будущей профессиональной деятельностью.

Критерии оценки:

По результатам собеседования ординаторы получают количественную оценку («отлично», «хорошо», «удовлетворительно» и «неудовлетворительно»).

Тип задания	Проверяемые компетенции	Критерии оценки	Оценка
Устный ответ	ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2	заслуживает ординатор, обнаруживший всестороннее, систематическое и глубокое знание учебного материала занятия, усвоивший основную рекомендованную литературу и знакомый с дополнительной литературой. Как правило, оценка «отлично» выставляется ординатору, усвоившему взаимосвязь основных понятий дисциплины в их значении для	Отлично

		приобретаемой профессии, проявившему творческие способности в понимании, изложении и использовании учебно- программно материала.	
		заслуживает ординатор, обнаруживший полное знание учебного материала, усвоивший основную рекомендованную литературу. Как правило, оценка «хорошо» выставляется ординатору, показавшему систематический характер знаний по дисциплине и способному к их самостоятельному пополнению и обновлению в ходе дальнейшей учебной работы и профессиональной деятельности, но допустившему при ответе отдельные неточности, не имеющие принципиального характера и способному самостоятельно их исправить.	Хорошо
		заслуживает ординатор, обнаруживший знание учебного материала в объеме, необходимом для дальнейшего освоения дисциплины, знакомый с основной рекомендованной литературой. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется ординатору, допустившему неточности при изложении материала, но обладающему необходимыми знаниями для их устранения под руководством преподавателя.	Удовлетворительно
		выставляется ординатору, обнаружившему существенные пробелы в знаниях основного учебного материала, допустившему принципиальные ошибки при ответе на вопросы.	Неудовлетворительно

Рекомендации по оцениванию тестовых заданий:

Критерии оценки результатов тестирования

Оценка (стандартная)	Оценка (тестовые нормы)
Отлично	90 – 100%
Хорошо	80 – 89,9%
Удовлетворительно	70 – 79,9%
Неудовлетворительно	от 0% до 69,9%

Схема итогового оценивания ответа при промежуточном контроле (зачет).

Задания в билете	Проверяемые компетенции	Оценка	Набранные баллы
Теоретический вопрос	ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2	отлично	5
		хорошо	4
		удовлетворительно	3
		неудовлетворительно	2

Тестовый контроль	ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2	отлично	5
		хорошо	4
		удовлетворительно	3
		неудовлетворительно	2
Общая оценка	ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2	отлично	9-10
		хорошо	7-8
		удовлетворительно	5-6
		неудовлетворительно	До 5

Вывод: В результате выполнения заданий: теоретический опрос, решение тестового контроля и ситуационных задач по предложенным темам сформированы следующие компетенции: ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-2.1, ПК-2.2.

Тестовое задание для диагностического тестирования по дисциплине:

*Название дисциплины – детская кардиология
Семестр 2*

Код, направление подготовки

31.08.19 Педиатрия

Направленность (профиль)

Педиатрия

Форма обучения

очная

Кафедра-разработчик

Детских болезней

Выпускающая кафедра

Детских болезней

№ п/п	Проверяемая компетенция	Задание	Варианты ответов	Тип сложности вопроса	Кол-во баллов за правильный ответ
1	ПК-1	К группе риска по сердечно-сосудистой патологии не относятся дети :	1) с хроническим тонзиллитом 2) родители которых болеют ревматизмом 3) с пиелонефритом 4) родители которых страдают гипертонической болезнью	Низкий	2
2	ПК-2	Для ваготонического типа вегетодистонии не характерны	1) гипергидроз 2) тахикардия 3) красный дермографизм 4) склонность к обморокам	Низкий	2
3	ПК-2	На сократительную способность миокарда в большей степени влияет	1) калий 2) кальций 3) натрий магний	Низкий	2
4	ПК-6	Наиболее частой причиной стойкого повышения артериального давления в детском возрасте является	1) вегетососудистая дистония 2) болезни почек 3) гипертоническая болезнь	Низкий	2

5	ПК-1	Для правильной оценки звуков сердечной деятельности аускультацию ребёнка необходимо проводить в положении	1) лежа и стоя 2) стоя 3) лежа 4) сидя	Низкий	2
6	ПК-5	При ревматизме наибольшее диагностическое значение имеет	1) Иммуноглобулины А 2) АСЛО 3) Иммуноглобулины G 4) Ревматоидный фактор	Средний	5
7	ПК-5	При ревматическом эндокардите чаще всего наблюдается поражение	1) аортального клапана 2) двухстворчатого клапана 3) трехстворчатого клапана легочной артерии	Средний	5
8	ПК-5	Артрит «летучего» характера, появившийся после ангины, заставляет прежде всего предполагать:	1) ревматоидный артрит 2) атаку ревматизма 3) синдром Шенлейна-Геноха 4) системную красную волчанку	Средний	5
9	ПК-6	Систолический шум с максимумом на верхушке сердца чаще всего связан с патологией	1) аортального клапана 2) митрального клапана 3) трехстворчатого клапана 4) клапана легочной артерии	Средний	5
10	ПК-5	Ребенок, страдающий пароксизмальной тахикардией нейровегетативного генеза, может заниматься физкультурой в школе в общей группе	1) через 1 месяц после приступа 2) через 6 месяцев после приступа 3) через 1 год после приступа 4) через 5 лет после приступа	Средний	5

11	ПК-5	У мальчика 5 лет утомляемость, усиление пульсации левого желудочка, дрожание во 2-м межреберье слева, на ЭКГ перегрузка левого желудочка, на рентгенограмме – гиперволемиа малого круга, увеличение левого желудочка. Ваш предварительный диагноз	1) стеноз легочной артерии 2) Дефект межжелудочковой перегородки 3) Субаортальный стеноз 4) Открытый артериальный проток	Средний	5
12	ПК-5	Ребенку в первые дни активной фазы ревматизма рекомендуется	1) стол без соли и без мяса 2) общий стол 3) гипохлоридный стол с хорошей кулинарной обработкой 4) разгрузочный стол фруктовый	Средний	5
13	ПК-6	При ревматоидном артрите может наблюдаться	1) высокая лихорадка 2) перикардит 3) увеличение лимфоузлов 4) СОЭ 60 мм/ч гипотермия	Средний	5
14	ПК-6	При открытом артериальном протоке обычно не развивается	1) Бактериальный эндокардит 2) Отек легких 3) Сердечная недостаточность 4) Одышно-цианотические приступы	Средний	5
15	ПК-5	Синусовая тахикардия на ЭКГ встречается	1) При миокардите 2) При выпотном перикардите 3) При слипчивом перикардите 4) При эндокардите	Средний	5

16	ПК-6	Сужение выводного тракта правого желудочка при тетраде Фалло происходит за счет всех следующих нарушений, за исключением:	1) удлинения конусной перегородки 2) высокого отхождения «модераторного тяжа» 3) гипертрофии переднекраевой трабекулы 4) декстропозиции аорты 5) низкого внедрения конусной перегородки	сложный	8
17	ПК-1	Для неполной атриовентрикулярной блокады 1 степени у ребенка 5 лет характерно	1) PQ = 0,18 2) PQ = 0,20 3) PQ = 0,25 4) PQ = 0,10	сложный	8
18	ПК-6	При поствирусном миокардите наиболее часто отмечается	1) Систолодиастолический шум 2) Длинный дующий систолический шум на верхушке 3) Мезодиастолический шум 4) Глухие тоны, мягкий, короткий систолический шум	сложный	8
19	ПК-5	Для какого врожденного порока у грудного ребенка характерно на ЭКГ картина инфаркта (глубокий зубец Q, смещение ST, отрицательный T в отведениях I, V5, V6	1) для тетрады Фалло 2) для аномалии отхождения левой коронарной артерии 3) для коарктации аорты 4) для атрезии трехстворчатого клапана	Сложный	8
20	ПК-2	Период полувыведения дигоксина при пероральном приеме составляет (в часах)	1) 36-48 2) 6-12 3) 1-2 4) 18-24		

Ключ к решению тестового заданию для диагностического тестирования по дисциплине

- 2 – тахикардия
- 3 – кальций
- 4 – болезни почек
- 5 – лежа и стоя
- 6 – АСЛЮ
- 7 – двухстворчатого клапана
- 8 – атаку ревматизма
- 9 – митрального клапана
- 10 – через 5 лет после приступа
- 11 – ОАП
- 12 – гипохлоридный стол с хорошей кулинарной обработкой
- 13 – высокая лихорадка, перикардит, увеличение лимфоузлов
- 14 – одышечно-цианотические приступы
- 15 – миокардите, выпотном перикардите, слипчивом перикардите
- 16 – дэкстрапозиции аорты
- 17 – 123
- 18 – глухие тоны, мягкий, короткий систолический шум
- 19 – для аномалии отхождения левой коронарной артерии
- 20 – 36-48