

**Министерство здравоохранения Республики Беларусь
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»**

Кафедра педиатрии с курсом ФПКиП

Автор:
Т.Е. Бубневич, ассистент

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

для проведения практического занятия
со студентами 6 курса лечебного факультета,
обучающихся по специальности 1-79 01 01 «Лечебное дело»
профиля субординатуры «Общая врачебная практика»,
по дисциплине «Педиатрия
(в том числе неонатология, поликлиническая педиатрия)»

**Тема Заболевания сердца и системные заболевания
соединительной ткани у детей**

Время: 7 часов

Утверждено на заседании кафедры педиатрии
с курсом ФПКиП
(протокол № 8 от 14 июня 2022)

2022

УЧЕБНЫЕ И ВОСПИТАТЕЛЬНЫЕ ЦЕЛИ, ЗАДАЧИ, МОТИВАЦИЯ ДЛЯ УСВОЕНИЯ ТЕМЫ

Учебная цель:

– формирование у студентов базовой профессиональной компетенции при изучении дисциплины Педиатрия (в том числе неонатология, поликлиническая педиатрия) согласно учебной программе

– формирование у студентов научных знаний о болезнях системы кровообращения, ревматологической патологии и перспективах их использования в профессиональной деятельности; умений и навыков, необходимых для работы с пациентами разного возраста, знание клинических проявлений болезней, лечебно-диагностических мероприятий, основ реабилитации и профилактики.

Воспитательная цель:

– воспитание у студентов чувства профессиональной ответственности будущего работника медицины;

– формирование профессионально-значимых и социально-психологических качеств личности врача в системе отношений врач – медсестра – пациент;

– формирование у студентов ответственного отношения к своей будущей профессиональной деятельности.

– формирование учебной и трудовой дисциплины, обсуждение дисциплинарных вопросов (посещаемость лекций и практических занятий, пропуски без уважительных причин, опоздания, задолженности по пропущенным занятиям).

Задачи:

В результате проведения учебного занятия студент должен

знать:

– основные понятия кардиоревматологической патологии, анатомо-физиологические особенности сердечно-сосудистой системы у детей разного возраста;

– причины и механизмы возникновения врожденной и приобретенной патологии сердечно-сосудистой системы, ревматологических болезней у детей;

– классификацию и клинические проявления неревматических кардитов, острой ревматической лихорадки, пороков сердца, нарушений ритма, сердечной недостаточности, ювенильного идиопатического артрита, системной красной волчанки, ювенильной склеродермии дерматомиозита, узелкового полиартериита, системных васкулитов;

– диагностику и дифференциальную диагностику заболеваний кардиоревматологического профиля у детей;

– основные принципы лечения кардитов, нарушений ритма, сердечной недостаточности, пороков сердца, системных заболеваний;

– принципы диспансерного наблюдения за детьми с кардиоревматологической патологией.

уметь:

- проводить опрос пациента, осуществлять сбор анамнеза, объективный осмотр и выявление основных симптомов заболевания;
- определять план обследования пациента, интерпретировать полученные результаты;
- назначить адекватную терапию пациенту с заболеванием сердечно-сосудистой системы, ревматологическими заболеваниями.

владеть:

- методами объективного (пальпация, перкуссия, аускультация) и дополнительного (измерительные, лабораторные, инструментальные, гистологические, иммунологические и др.) обследования
- навыками общения с пациентами разного возраста и их родителями, медицинским персоналом.

Мотивация для усвоения темы:

- Полученные знания и умения в ходе изучения дисциплины педиатрия позволяют мотивировать студентов на необходимость совершенствования теоретических и практических знаний для осуществления ранней диагностики, лечения и проведения комплекса реабилитационных мероприятий детям с болезнями сердечно-сосудистой системы, тактики оказания неотложной помощи.

МАТЕРИАЛЬНОЕ ОСНАЩЕНИЕ

Таблицы по теме занятия, медицинские карты стационарных пациентов, набор гемограмм, гемостазиограмм, биохимических анализов крови, анализов мочи, электрокардиограмм, протоколов суточного мониторирования ЭКГ, артериального давления; вегетативных тестов для определения исходного вегетативного тонуса, вегетативной реактивности, вегетативного обеспечения, заключений УЗИ сердца, внутренних органов, почек надпочечников, щитовидной железы, брахиоцефальных, почечных, внутривисцеральных сосудов, суставов, мягких тканей, лимфатических узлов, набор рентгенограмм, тонометры фонендоскопы, весы, ростомер, сантиметровая лента; банк заданий для самостоятельной работы; подбор тематических пациентов в отделениях стационара.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ИЗ СМЕЖНЫХ ДИСЦИПЛИН

1. *«Акушерство и гинекология»:*
 - Факторы риска возникновения врождённой патологии сердечно-сосудистой системы у детей.
 - Пренатальная диагностика врождённых пороков сердца.
 - Анатомо-физиологические особенности сердечно-сосудистой системы у детей.
2. *«Неотложная кардиология и другие неотложные состояния»:*
 - Купирование неотложных состояний в кардиологии: гипертонический криз, кардиогенный шок, острая левожелудочковая недостаточность, пароксизмальная тахикардия, фибрилляция и трепетание, синкопальные состояния, коллапс, сердечно-лёгочная реанимация

3. *«Внутренние болезни»:*
 - Фармакокинетика и фармакодинамика антиаритмических, нестероидных и стероидных противовоспалительных препаратов.
 - Остеопороз и остеопения.
 - Полиорганные нарушения при системных заболеваниях соединительной ткани.
4. *«Травматология и ортопедия»:*
 - Дифференциальная диагностика суставного синдрома.
 - Остеопороз и остеопения.
5. *«Инфекционные болезни»:*
 - Болезни с аэрозольным механизмом передачи.
6. *«Хирургические болезни»:*
 - Дифференциальная диагностика суставного синдрома.
 - Остеопороз и остеопения.
 - Полиорганные нарушения при системных заболеваниях соединительной ткани.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ

1. Причины врожденных пороков сердца. Классификация.
2. Сердечная недостаточность. Принципы лечения.
3. Этиопатогенез острой ревматической лихорадки. Большие и малые критерии. Диагностика. Этапное лечение ревматизма. Первичная и вторичная профилактика ревматизма.
4. Дифференциальная диагностика с неревматическим кардитом.
5. Оценка вегетативного статуса ребенка. Клинические проявления, диагностика вегетативной дисфункции. Диспансерное наблюдение.
6. Клиническая, ЭКГ-диагностика и врачебная тактика при различных вариантах нарушения ритма: нарушении автоматизма, нарушении возбудимости, нарушении проводимости.
7. Неотложная помощь при пароксизмальной тахикардии.
8. Дифференциальная диагностика системных заболеваний соединительной ткани.
9. Диспансерное наблюдение за детьми с заболеваниями органов сердечно-сосудистой системы.

ХОД ЗАНЯТИЯ

Теоретическая часть

На сегодняшний день болезни системы кровообращения, системные заболевания соединительной ткани являются крайне актуальной проблемой, поскольку определяют более половины случаев инвалидности и смертности взрослого населения. Это один из важнейших факторов формирования тяжелой демографической ситуации в стране, от которой общество несет значительные людские потери и экономический ущерб.

Согласно данным ВОЗ заболевания сердечно-сосудистой системы занимают одно из ведущих мест в структуре заболеваемости детей.

Структура заболеваний сердечно-сосудистой системы у детей и взрослых значительно отличается. Большой удельный вес в структуре заболеваний занимают врожденные пороки сердца. Наличие пороков сердца тесно связано с внутриутробным развитием ребенка, поэтому для понимания механизмов возникновения этих заболеваний необходимо знание эмбриогенеза сердечно-сосудистой системы. Наиболее часто заболевания сердечно-сосудистой системы у детей проявляются различными аритмиями, миокардитами. Благодаря усилиям медиков самых разных специальностей в настоящее время значительно уменьшилось количество ревматизма у детей. Клинические проявления сердечно-сосудистой недостаточности отличаются у детей разных возрастных групп. Все это обусловлено анатомо-физиологическими особенностями сердечно-сосудистой системы у детей и требует тщательного изучения этой темы. Клиническое обследование сердечно-сосудистой системы является рутинным при осмотре ребенка как при обращении за медицинской помощью, так и при проведении профилактических осмотров.

Практическая часть

Проводится инструктаж студентов, обращается внимание на правила внутреннего распорядка, особенности работы в педиатрическом отделении №2 (профиль кардиоревматологический). Подбор пациентов осуществляется в соответствии с темой занятия. В ходе практической работы студент должен осуществлять:

- сбор жалоб и анамнеза заболевания,
- клиническое обследование ребенка,
- постановку предварительного диагноза и составление плана обследования,
- интерпретацию результатов лабораторных и инструментальных методов исследования,
- формулировку окончательного клинического диагноза,
- составление плана лечения и реабилитации,
- выписку рецептов на лекарственные средства.

Контроль усвоения темы

1. Демонстрация тематических пациентов с разбором клинических случаев:

- врожденный порок сердца,
- нарушение ритма сердца,
- острая ревматическая лихорадка,
- хроническая ревматическая болезнь сердца,
- неревматический кардит,
- сердечная недостаточность,
- ювенильный идиопатический артрит,
- системная красная волчанка,
- ювенильная склеродермия,
- вегетативная дисфункция: нейроциркуляторная дистония по гипотоническому и гипертоническому типу.

2. Расшифровать предложенные электрокардиограммы детей разного возраста с нарушением ритма сердца.

3. Решение ситуационных задач

Задача 1

Ребенок 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 среднеключичной 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 среднеключичной 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. Частота сердечных сокращений 100 уд/мин. АД 105/40 мм рт. ст.

Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень и селезенка не увеличены.

Общий анализ крови: Нb - 115 г/л, Эр - $4,3 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $10,0 \times 10^9$ /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 RQ 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 ребенку.
3. Проведите дифференциальный диагноз изменений со стороны сердечно-сосудистой системы.
4. Составьте план лечения данного пациента.

Задача 2

Ребенок 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 продолжительностью до 10-12 месяцев, однако заболевание постепенно прогрессировало. В периоды обострения ребенок предъявлял жалобы на 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 среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумов нет.

Общий анализ крови: Нб - 110 г/л, Эр - $4,2 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $15,0 \times 10^9$ /л, п/я - 10%, с - 54%, э - 2%, л - 31%, м - 3%, СОЭ - 46 мм/час.

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

Биохимический анализ крови: общий белок - 83 г/л, альбумин 48%, глобулины: альфа 1 - 11%, альфа 2 - 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 данному пациенту.
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз в начале процесса.
4. Составьте план лечения ребенка.
5. Как объяснить частоту поражения глаз при этой патологии. Назовите симптомы поражения глаз при этом заболевании.

Задача 3

Девочка Д., 14 лет, поступила с жалобами на частые головные боли, сердцебиение, беспокойный сон и раздражительность.

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. Анамнез жизни: девочка росла и развивалась нормально.

Наблюдалась в поликлинике по поводу хронического тонзиллита. Мать ребенка страдает нейроциркуляторной дистонией, у бабушки по линии матери - гипертоническая болезнь.

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.

Общий анализ крови: Нб - 125 г/л, Эр - $4,6 \times 10^{12}$ /л, Лейк - $5,1 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с - 63%, э - 2%, л - 30%, м - 3%, СОЭ - 8 мм/час.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1024, белок - 0,15 г/л, лейкоциты - 2-3 в п/з, эритроциты - отсутствуют.

Биохимические анализ крови: общий белок - 73 г/л, альбумины - 60%, глобулины: альфа 1- 4%, альфа 2 - 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.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 96 уд/мин, вертикальное положение электрической оси сердца.

Задание

1. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз ребенку.
2. Составьте план обследования.
3. Какие факторы способствовали возникновению данного заболевания.
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз.
5. Наметьте план лечения данного пациента.

Задача 4

Мальчик Б., 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 ОРИ, 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.

При поступлении состояние средней тяжести. Ребенок 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 среднеключичной линии.

Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, шумов нет.

Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: Нб - 100 г/л, Эр - 4, 2×10^{12} /л, Тромб - 90×10^9 /л, Лейк - $1,5 \times 10^9$ /л, п/я - 2%, с - 62%, э - 2%, л - 31%, м - 3%, СОЭ - 50 мм/час

Общий анализ мочи: удельный вес - 1012, белок - 0, 33‰, лейкоциты - 3-4 в п/з, эритроциты - 20-25 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок - 83 г/л, альбумины - 46%, глобулины: альфа 1 - 5%, альфа 2 - 12%, бета - 5%, гамма - 32%, серомукоид - 0,8 (норма - до 0,2), АЛТ - 32 Ед/л, АСТ - 25 Ед/л, мочевины - 4,5 ммоль/л, креатинин - 98 ммоль/л.

Проба Зимницкого: удельный вес 1006-1014, дневной диурез - 320, ночной диурез - 460. Клиренс по креатинину 80 мл/мин.

Задание

1. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз.
2. Перечислите диагностические критерии данного заболевания.
3. Каково одно из самых грозных осложнений данного заболевания и есть ли его признаки у пациента.
4. Какие дополнительные обследования необходимы пациенту, что бы подтвердить диагноз?
5. Назовите принципы лечения данного заболевания.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ВЫПОЛНЕНИЮ СРС

Время, отведенное на самостоятельную работу используется студентами на:

- проработку тем (вопросов), вынесенных на самостоятельное изучение;
- решение задач;
- выполнение исследовательских и творческих заданий;
- подготовку тематических докладов, презентаций;
- выполнение практических заданий;
- оформление информационных и демонстрационных материалов (стенды, плакаты, графики, таблицы, газеты и др.);
- составление тематической подборки литературных источников, интернет-источников;
- дежурство в организациях здравоохранения;
- составление обзора научной литературы по вопросам занятия.
- подготовка лекций, бесед с пациентами по вопросам профилактики заболеваний сердечно-сосудистой системы и формированию здорового образа жизни;
- составление ситуационных задач по теме занятия.

Основные методы организации самостоятельной работы:

- выступление с докладом;
- изучение тем и проблем, не освещаемых на учебных занятиях;
- подготовка и участие в активных формах обучения.

Перечень заданий СРС:

– изучение клинических рекомендаций (протоколы обследования и лечения детей) с врожденными пороками сердца, сердечной недостаточностью, острой ревматической лихорадкой, неревматическим кардитом, системными заболеваниями соединительной ткани.

- составление ситуационных задач по теме занятия:

врожденный порок сердца,

нарушение ритма сердца,

острая ревматическая лихорадка,

хроническая ревматическая болезнь сердца,

неревматический кардит,

сердечная недостаточность,

ювенильный идиопатический артрит,

системная красная волчанка,

ювенильная склеродермия,

вегетативная дисфункция: нейроциркуляторная дистония по гипотоническому и гипертоническому типу ;

– выписать рецепты основных групп препаратов, используемых в кардиоревматологии.

- выполнение научно-исследовательской работы по теме занятия.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ВЫПОЛНЕНИЮ УСРС

Рекомендуемыми формами организации УСРС являются:

1. подготовка рефератов по предложенным темам;
2. решение ситуационных задач по теме занятия;
3. тесты по теме занятия.

Перечень заданий УСРС:

1. Подготовить реферат по предложенной теме:

- Синдром Кортагенера.
- Системные васкулиты.
- Синдром Рейно
- Антифосфолипидный синдром

2. Решение ситуационных задач:

Задача 1

Девочка К. 3-х лет, планово поступила в стационар.

Из анамнеза известно, что у ребенка с рождения отмечался диффузный цианоз кожи и видимых слизистых оболочек. В возрасте 7 дней проведена процедура Рашкинда (закрытая атриосептостомия). С 3-х месяцев и до настоящего времени находилась в доме ребенка.

При поступлении: кожа и видимые слизистые оболочки умеренно цианотичные, акроцианоз, пальцы в виде «барабанных палочек», ногти —

«часовых стекол», умеренная деформация грудной клетки за счет срединно расположенного сердечного горба. Границы относительной сердечной тупости: правая — на 1,0 см вправо от правой парастернальной линии, левая — по левой аксиллярной линии, верхняя — II ребро. Аускультативно: тоны звучные, ритмичные, ЧСС — 160 уд./мин., во II — III межреберье по левому краю грудины выслушивается средней интенсивности систолический шум, без проведения за пределы области сердца, акцент второго тона во II межреберье слева. ЧД — 40 в 1 мин., дыхание глубокое, шумное. Печень выступает из-под реберного края на 3,0 см. Пастозность стоп.

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

Общий анализ мочи: цвет — светло-желтый, относительная плотность мочи — 1014, белок, глюкоза — отсутствуют, эпителий плоский — 1–2 в п/з, лейкоциты — 0–1 в п/з, эритроциты — нет, слизь — немного.

Биохимический анализ крови: общий белок — 69 г/л, СРБ — отрицательный.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Какова дальнейшая тактика ведения ребенка.

Задача 2

Мальчик И., 1 год 2 месяца, поступил в отделение с жалобами на снижение аппетита, потерю массы, влажный кашель.

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

При поступлении состояние расценено как тяжелое, ребенок вялый, аппетит снижен. Кожа, зев бледно-розовые. Частота дыхания 44 в 1 мин., в легких выслушиваются единичные влажные хрипы в нижних отделах. Область сердца: визуально — небольшой сердечный левосторонний горб, пальпаторно — верхушечный толчок разлитой, перкуторно — границы относительной сердечной тупости: правая — по правому краю грудины, левая — по передней подмышечной линии, верхняя — II межреберье, аускультативно — ЧСС — 146 уд./мин, тоны сердца приглушены, в большей степени I тон, на верхушке

выслушивается негрубого тембра систолический шум, занимающий 1/3 систолы, связанный с I тоном. Живот мягкий, печень +5 см по правой срединно-ключичной линии, селезенка +1 см. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Общий анализ крови: эр.— $4,1 \times 10^{12}/л$, Нв — 110 г/л, лейкоц.— $5,0 \times 10^9/л$, п/я — 2%, с — 56%, л — 40%, м — 2%, СОЭ — 10 мм/час.

ЭКГ: низкий вольтаж комплексов QRS в стандартных отведениях, синусовая тахикардия до 140 уд./мин., ЭОС отклонена влево. Признаки перегрузки левого предсердия и левого желудочка. Отрицательные зубцы Т в I, II, aVL, V5, V6 отведениях.

Рентгенография грудной клетки в прямой проекции: легочный рисунок усилен. Кардиоторакальный индекс (КТИ) — 60%.

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

Задание

1. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз.
2. Предположительно какой этиологии данное заболевание.
3. Какие дополнительные обследования необходимо провести.
5. Дифференциальная диагностика.
6. Назначьте лечение.

Задача 3

Алеша 5 лет. Жалобы: появление сыпи на коже туловища и конечности, периодически повторяющиеся боли в животе. Сыпь появилась 3 дня тому назад, но родители не придали ей должного значения, к врачу не обращались, мальчик продолжал посещать школу и спортивную секцию. Со вчерашнего дня мама заметила, что сыпь стала значительно обильнее, ночь спал беспокойно, просыпался из-за болей в животе. Две недели назад перенес ОРИ, лечился амбулаторно.

Объективно: состояние средней тяжести, выражены боли в животе, температура субфебрильная, обращает на себя внимание: сыпь на коже верхних и нижних конечностей, преимущественно на разгибательной поверхности, в области ягодиц, на ушных раковинах. Сыпь рельефно выступает над поверхностью кожи, не исчезает при надавливании, симметрично расположена, имеются участки сливного характера сыпи с некрозом в центре, на стопах. Слизистые полости рта чистые. Суставы не деформированы, активные и пассивные движения в полном объеме. В легких и сердце без патологии, пульс 98 в мин. А/Д 110/70, живот обычной конфигурации, участвует в акте дыхания, при поверхностной пальпации мягкий, разлитая болезненность, симптомы раздражения брюшины отрицательны. Печень и селезенка не увеличены. Стул был утром черного цвета, оформленный, мочится регулярно.

Анализ крови: Эр- $4,2 \times 10^{12}/л$, тромбоциты - $245 \times 10^9 /л$, Нв-134 г/л, лейкоциты - $10,8 \times 10^9 /л$, П-8%, С-60%, Э-4%, Л-22%, М-6%, СОЭ-32 мм/час.

Длительность кровотечения по Дюке 3 мин.

Анализ мочи без патологии.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

2. Назовите дополнительные симптомы для уточнения диагноза, расскажите о методике их выявления.

3. Расскажите об объеме доврачебной помощи и правилах транспортировки по назначению.

4. Составьте план диагностических исследований в стационаре, расскажите о подготовке к ним пациента и принципах лечения.

5. Техника оказания неотложной помощи при артериальном кровотечении.

Задача 4

Больная Р., 6 лет, поступает в стационар в неотложном порядке с жалобами на боли, нарушение движений, припухлость левого коленного и голеностопного суставов.

Из анамнеза известно, что 2 недели назад ребенок перенес острую респираторную инфекцию, протекавшую с конъюнктивитом. Сегодня утром не смогла встать на левую ногу. При осмотре в стационаре состояние девочки средней тяжести. Ребенок щадит левую ногу, хромот. Кожа физиологической окраски, катаральных явлений нет. Отмечается умеренное увеличение передне- и заднешейных лимфоузлов. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет.

Границы сердца: правая — по правому краю грудины, верхняя — по III ребру, левая — по левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумов нет, ЧСС 92 в 1 мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Отмечается повышение местной температуры, увеличение в объеме, болезненность и значительное ограничение движений в левом коленном и голеностопном суставах.

Общий анализ крови: Нв — 118 г/л, лейкоц. — $10,0 \times 10^9$ /л, э — 2%, п/я — 4%, с — 42%, л — 49%, м — 3%, СОЭ — 20 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность — 1018, белок, глюкоза — отсутствуют, лейкоциты — 1–3 в п/з, эритроциты — отсутствуют.

Биохимический анализ крови: общий белок — 78 г/л, общий билирубин — 20,0 мкмоль/л, непрямой билирубин — 18,0 мкмоль/л, АЛТ — 32 Ед/л, АСТ — 30 Ед/л, мочевины — 4,5 ммоль/л.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Какова дальнейшая тактика ведения ребенка.

Задача 5

Пациент Г., 12 лет, был госпитализирован с жалобами на колющие боли в области сердца, продолжающиеся по 10–20 мин., а также эпизоды головной боли, возникающие в вечернее время с частотой 2–3 раза в месяц. Иногда приступ головной боли сопровождается рвотой, похолоданием конечностей, снижением артериального давления. Мальчик плохо переносит транспорт, душные помещения. За последнее время отмечает снижение аппетита, повышенную утомляемость, неустойчивое настроение. Имеющиеся жалобы появились около года назад после развода родителей. В школе часто вступает в конфликт с одноклассниками и учителями.

Из анамнеза известно, что мальчик родился в срок, от первой беременности, протекавшей с гестозом. Продолжительность родов — 2 часа, закричал сразу. Рос и развивался в соответствии с возрастом. В школе учился хорошо, но за последнее время успеваемость несколько снизилась. Наблюдается у отоларинголога по поводу хронического тонзиллита.

Наследственность отягощена: мать страдает нейроциркуляторной дистонией, у отца — язвенная болезнь желудка, у бабушки по линии матери — гипертоническая болезнь.

При осмотре активен, температура нормальная, задает много вопросов по поводу своего заболевания. Кожа чистая, с склонностью к покраснению, отмечается «мраморность» конечностей, цианоз кистей при опущенных руках. На лице угревая сыпь. Выражен гипергидроз. Масса тела повышена. Пальпируются подчелюстные и переднешейные лимфоузлы. Гипертрофия миндалин II степени, гиперемии в зеве нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. Верхушечный толчок расположен в V межреберье на 1,5 см кнутри от левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, звучные, шумы не выслушиваются. Частота сердечных сокращений 60 в 1 мин. АД 90/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Общий анализ крови: эр.— $4,0 \times 10^{12}/л$, Нв— 120 г/л, лейкоц.— $7,8 \times 10^9 /л$, э — 1%, п/я — 4%, с — 68%, л — 25%, м — 2%, СОЭ — 5 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность — 1025, белок, глюкоза — отсутствуют, лейкоциты — 1–2 в п/з, эритроциты — отсутствуют.

Биохимический анализ крови: СРБ — 2 мг/л, АСЛО — 200 МЕ/ мл, глюкоза — 4,5 ммоль/л, АЛТ — 30 Ед/л, АСТ — 25 Ед/л.

ЭКГ: синусовая брадикардия с ЧСС 60 уд./мин., электрическая ось сердца не отклонена. Синдром ранней реполяризации желудочков. В положении стоя учащение ЧСС до 96 уд./мин.

Задание

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какие еще обследования следует провести больному.
3. Консультации каких специалистов необходимы данному пациенту.
4. Наметьте план лечения

Задача 6

Девочка Д., 14 лет, поступила с жалобами на частые головные боли, диффузные, ощущения сердцебиений при волнении, беспокойный сон и раздражительность.

Анамнез заболевания: указанные жалобы появились впервые около года назад после переезда и смены школы. В это время ухудшилась успеваемость и начались конфликты с одноклассниками. Эпизоды головной боли в последнее время отмечаются по несколько раз в месяц, преимущественно после умственной и эмоциональной нагрузки, проходят после приема анальгетиков или самостоятельно после отдыха.

Анамнез жизни: девочка росла и развивалась нормально.

На диспансерном учете не состояла.

Мать ребенка страдает нейроциркуляторной дистонией, у бабушки по линии матери — гипертоническая болезнь.

При поступлении состояние больной удовлетворительное, температура нормальная. Девочка астенического телосложения, рост 172 см. Кожа обычной окраски. Зев не гиперемирован, миндалины гипертрофированы до 2-й ст., рыхлые. В легких дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости: правая — по правому краю грудины, верхняя — по III ребру, левая — на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС — 96 в 1 мин., в положении лежа выслушивается короткий негрубый систолический шум на верхушке, исчезающий в положении стоя. Пульс удовлетворительного наполнения, симметричный на обеих руках. Периферическая пульсация на нижних конечностях сохранена, удовлетворительная. АД 140/70 мм рт. ст. на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: эр.— $4,6 \times 10^{12}/л$, Нв— 125 г/л, лейкоц.— $5,1 \times 10^9 /л$, э — 2%, п/я — 2%, с — 63%, л — 30%, м — 3%, СОЭ — 8 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность мочи — 1024, белок, глюкоза — отсутствуют, лейкоциты — 2–3 в п/з, эритроциты — отсутствуют.

Биохимический анализ крови: общий белок — 73 г/л, АЛТ — 32 Ед/л, АСТ — 25 Ед/л, мочевины — 4,5 ммоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС — 96 уд./мин, вертикальное положение электрической оси сердца.

Задание

1. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие еще обследования необходимо провести.
3. Консультации каких специалистов необходимы данному пациента.
4. Какие факторы способствовали возникновению заболевания.
5. Наметьте план лечения.

Задача №7

Девочка 3., 13 лет, поступила на обследование с жалобами на полиартралгию в течение последних 4-х месяцев, повышенную утомляемость, высыпания на лице, периодически субфебрильную температуру до 37,3–37,8 °С.

Анамнез заболевания: начало заболевания связывают с перенесенной ОРИ, протекавшей с высокой лихорадкой. Уже на фоне сохраняющегося субфебрилитета девочка отдыхала летом в Крыму, после чего указанные жалобы усилились.

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

При поступлении состояние средней тяжести. Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа бледная. Отмечаются бледно окрашенные эритематозно-дескваматозные элементы на лице, преимущественно на щеках и переносице, ладонный капиллярит. Имеются изменения суставов в виде припухлости и умеренной болезненности лучезапястных, локтевых и

голеностопных суставов, движения в полном объеме. Подмышечные, задние шейные и кубитальные лимфоузлы умеренно увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости: правая — по правому краю грудины, верхняя — по III ребру, левая — на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные, ЧСС — 68 уд./мин., шумов нет. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный, мочеиспускание не нарушено.

Общий анализ крови: эр. — $3,2 \times 10^{12}/л$, Нв — 92 г/л, тромб. — $90 \times 10^9 /л$, лейкоц. — $2,5 \times 10^9 /л$, э — 2%, п/я — 2%, с — 62%, л — 31%, м — 3%, СОЭ — 45 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность мочи — 1012, белок — 0,33 мкг/л, лейкоциты — 3–4 в п/з, эритроциты — 20–25 в п/з.

Биохимический анализ крови: общий белок — 63 г/л, альбумины — 46%, глобулины: альфа1 — 5%, альфа2 — 12%, бета — 5%, гамма — 32%, АЛТ — 32 Ед/л, АСТ — 25 Ед/л, мочевины — 4,5 ммоль/л, креатинин — 98 ммоль/л.

Проба Зимницкого: относительная плотность мочи: 1006–1014, дневной диурез — 320, ночной диурез — 460.

Клиренс по эндогенному креатинину — 80 мл/мин.

Задание

1. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие еще обследования необходимо провести.
4. Дифференциальная диагностика.
5. План лечения.

Задача 8

Мальчик К., 6 лет, заболел через 10 дней после перенесенной ангины. Появились жалобы на боли и опухание голеностопных суставов, сыпь на их разгибательных поверхностях, боли в животе без определенной локализации, вечерами подъем температуры до $37,5^\circ\text{C}$. Обратились к участковому врачу.

При объективном обследовании: состояние средней тяжести. Кожа бледная, на передних поверхностях голеней и разгибательных поверхностях голеностопных суставов, передней брюшной стенке, ягодицах симметрично расположенная папулезно-геморрагическая сыпь. Голеностопные суставы увеличены в объеме, движения в них ограничены из-за боли. В легких везикулярное дыхание. Границы сердца не расширены. Аускультативно — тоны сердца звучные, ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС — 96 в мин. Живот мягкий, умеренно болезненный по всей поверхности. Печень на 1,5 см выступает из-под края реберной дуги. Физиологические отправления не нарушены. Стул черного цвета.

Результаты лабораторных исследований: общий анализ крови: эр. — $3,8 \times 10^{12}/л$, Нв — 100 г/л, цв. п. — 0,8, тромбоциты — $290 \times 10^9 /л$, лейкоц. — $11,0 \times 10^9 /л$, э — 4%, п — 2%, с — 68%, лимф. — 20%, мон. — 6%, СОЭ — 18 мм/ч.

Общий анализ мочи без изменений.

Реакция кала на скрытую кровь положительная.

Время свертывания крови по Ли-Уайту — 4 мин., длительность кровотечения по Дьюку — 3 мин.; фибриноген плазмы — 6 г/л.

Задание

1. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие еще обследования необходимо провести.
3. Дифференциальная диагностика.
4. План лечения.

Задача 9

Девочка О., 10 лет, заболела 7 дней назад, когда у нее повысилась температура тела до 38,0°C, появились насморк, кашель, боль в горле при глотании. К врачу не обращались, лечились симптоматически (жаропонижающее, полоскание горла, сосудосуживающие капли в нос). Со вчерашнего дня стала жаловаться на боли и «перебои» в сердце, слабость, недомогание, обратились в приемное отделение педиатрического стационара.

При объективном обследовании обнаружена бледность, повышенная влажность кожи. Зев умеренно гиперемирован, миндалины рыхлые. В легких дыхание везикулярное. Верхушечный толчок сердца ослаблен, разлитой. Границы относительной сердечной тупости: правая — на 1 см вправо от правого края грудины, верхняя — III ребро, левая — на 1,5 см влево от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, I тон ослаблен, на верхушке выслушивается «мягкий» систолический шум, который не проводится за пределы сердечной области, частые экстрасистолы. Пульс 106 уд./мин., аритмичный, слабого наполнения и напряжения. АД — 90/50 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень у реберного края. Физиологические отправления в норме.

В анализе крови: эр. — $4,0 \times 10^{12}$ /л, Нв — 120 г/л, цв. п. — 0,8, лейкоц. — $11,0 \times 10^9$ /л, э — 4%, п — 2%, с — 46%, лимф. — 42%, мон. — 6%, СОЭ — 18 мм/ч.

Общий белок — 70,0 г/л, альбумины — 60,0%, глобулины — 40%, СРБ — 12 мг/л.

На рентгенограмме органов грудной клетки: легочные поля без инфильтративных теней, легочный рисунок не изменен. Тень сердца расширена влево за счет левого желудочка.

На ЭКГ — синусовая аритмия 110 в 1 мин. с частыми суправентрикулярными экстрасистолами, интервал PQ — 0,10 сек, интервал ST ниже изолинии на 1,5 мм во II, III, а VF, V5—V6, зубец T в левых грудных отведениях отрицательный, признаки перегрузки левого желудочка.

На ЭхоКГ — расширение полости левого желудочка сердца, снижение сократительной способности миокарда (фракция выброса — 52%).

Задание

1. Обоснуйте и сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие еще обследования необходимо провести.
3. Консультации каких специалистов необходимы данного пациента.
4. Наметьте план лечения.

Задача 10

Девочка Г., 12 лет, поступила в педиатрический стационар для уточнения диагноза и лечения. Известно, что 3 недели назад переболела респираторной инфекцией, отмечала боль в горле, позже наблюдалось шелушение ладоней. Через 2 недели после выздоровления стала жаловаться на мигрирующие боли и припухлость коленных и голеностопных суставов, ощущения сердцебиений, одышку при физической нагрузке, слабость, утомляемость, повышение температуры вечерами до 37,5°C.

При объективном обследовании: девочка бледная, пониженного питания. В легких дыхание везикулярное. Верхушечный толчок сердца разлитой, низкоамплитудный, определяется в V межреберье на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая — на 1,5 см вправо от правого края грудины, верхняя — III ребро, левая — на 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, I тон умеренно ослаблен, дующий систолический шум на верхушке, усиливающийся на левом боку. Пульс 105 уд./мин., ритмичный, слабого наполнения и напряжения. АД=100/60 мм рт. ст. Печень на 2 см выступает из-под реберного края.

Общий анализ крови: эр.— $3,6 \times 10^{12}$ /л, Нв — 112 г/л, цв. п.— 0,9, лейкоц.— $11,6 \times 10^9$ /л, э — 2%, п — 7%, с — 70%, лимф.— 18%, мон.— 3%, СОЭ — 35 мм/час, СРБ — 10 мг/л, АСЛ-О — 640 МЕ/ мл.

Протеинограмма: общий белок — 68 г/л, альбумины — 45%, глобулины — 55%.

На рентгенограмме органов грудной клетки — увеличение размеров сердца в обе стороны за счет обоих желудочков.

На ЭКГ — синусовая тахикардия 110 в 1 мин., интервал PQ — 0,22 сек; зубцы T I, II, III, V4 и P I, II, III снижены, интервал ST ниже изолинии на 1–1,5 мм в правых и левых грудных отведениях.

Задание

1. Поставьте диагноз по классификации.
2. Определите диагностические критерии.
3. Назначьте лечение.
4. Какая профилактика должна проводиться ребенку.

Задача 11

К участковому педиатру на прием обратилась девочка-подросток 14 лет с жалобами на головные боли, преимущественно к вечеру, головокружение при быстром вставании, чувство нехватки воздуха по вечерам, утомляемость, которая требует почти ежедневного сна после обеда. При дополнительном расспросе выяснилось, что ее часто укачивает в автотранспорте, она плохо переносит душные помещения.

При осмотре врач отметил повышенную влажность и прохладность ладоней. Область сердца не изменена, границы не расширены. При аускультации в положении лежа I тон умеренно ослаблен на верхушке, выслушивается III тон, дыхательная аритмия, ЧСС — 68 в 1 мин. При аускультации в положении стоя тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС — 88 в 1 мин., шумов нет. АД на обеих руках — 90/50 мм рт. ст.

Задание

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какие минимальные инструментальные исследования вы считаете необходимыми?
3. Ваши рекомендации.

Задача 12

После длительной психоэмоциональной нагрузки у 16-летнего подростка в школе внезапно появилось чувство тревоги, страха, резкая головная боль, ощущение сердцебиения, учащенные мочеиспускания. Обратился в медицинский кабинет. При осмотре беспокоен, отмечает сухость во рту, температура тела 37,9 °С. Кожа бледная, высыпаний нет. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧД — 20 в 1 мин. Область сердца не изменена, границы не расширены. Верхушечный толчок не смещен, усилен. Тоны сердца звучные, ритмичные, выраженная тахикардия — 132 в 1 мин., шумы не выслушиваются. Живот умеренно напряжен, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Периферических отеков нет. АД на обеих руках 150/70.

Задание

1. Обоснуйте сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие еще обследования необходимо провести.
3. План лечения.
4. Основные принципы неотложной помощи при данном состоянии.

3. Тестовый контроль

1. Частота сердечных сокращений (ударов в 1 мин) у новорожденных составляет:

- а) 100–110;
- б) 110–120;
- в) 120–140;
- г) 140–150;
- д) 115–120.

2. Для ЭКГ ребенка раннего возраста характерно:

- а) отклонение электрической оси сердца вправо;
- б) отклонение электрической оси сердца влево;
- в) горизонтальное положение электрической оси сердца;
- г) отклонение электрической оси вверх;
- д) все ответы верны.

3. Артериальное давление у ребенка 1 года составляет:

- а) 80/55 мм.рт.ст.;
- б) 90/60 мм.рт.ст.;
- в) 100/65 мм.рт.ст.;
- г) 110/70 мм.рт.ст.;
- д) 100/90 мм.рт.ст.

4. Укажите наиболее распространенный ВПС:

- а) дефект межпредсердной перегородки;

- б) коарктация аорты;
 - в) транспозиция магистральных сосудов;
 - г) гипоплазия левых отделов сердца;
 - д) АВ-коммуникация.
5. Для дефекта межпредсердной перегородки характерны признаки:
- а) ЭКГ-правограмма ;
 - б) перегрузка левого желудочка;
 - в) перегрузка правого желудочка;
 - г) перегрузка правого предсердия;
 - д) все признаки верны.
6. Левая граница относительной сердечной тупости у здорового ребенка одного года находится:
- а) по левой сосковой линии;
 - б) на 1–2 см кнаружи от левой среднеключичной линии в IV межреберье;
 - в) на 3 см кнаружи от левой среднеключичной линии;
 - г) кнутри на 1 см от левой среднеключичной линии;
 - д) на 2 см кнутри от левой среднеключичной линии в V межреберье.
7. Тетрада Фалло включает все перечисленные дефекты, кроме:
- а) ДМПП;
 - б) ДМЖП;
 - в) стеноза легочной артерии;
 - г) гипертрофии правого желудочка;
 - д) декстрапозиции аорты.
8. При интоксикации сердечными гликозидами на ЭКГ могут появиться следующие признаки, кроме:
- а) тахикардия;
 - б) нарушение светоощущения;
 - в) удлинение интервала PQ;
 - г) мерцательная аритмия;
 - д) блокады.
9. Какие признаки не относятся к основным критериям острой ревматической лихорадки по Нестерову-Джонсону?
- а) кардит;
 - б) полиартрит;
 - в) хорея;
 - г) подкожные узелки;
 - д) лихорадка.
10. Для ревматического артрита у детей не характерно:
- а) поражение крупных суставов;
 - б) летучий характер артрита;
 - в) вовлечение нескольких суставов;
 - г) поражение мелких суставов;
 - д) быстрая динамика на фоне лечения.
11. Клиническими признаками кардита являются все, кроме:
- а) расширения границ сердца;

- б) систолического шума;
- в) приглушенности сердечных тонов;
- г) тахикардии;
- д) брадикардии.

12. Проведение вторичной профилактики ревматизма больному школьного возраста включает:

- а) круглогодичное назначение нестероидных противовоспалительных препаратов;
- б) круглогодичное назначение аминохинолиновых препаратов;
- в) ежемесячное введение бициллина-5 по 1,5 млн. ЕД;
- г) ежемесячное введение бициллина-5 по 750 000 ЕД 1 раз в 2 недели;
- д) сезонное введение бициллина.

13. Появление рогацитов в синовиальной жидкости характерно для:

- а) ревматоидного артрита;
- б) ревматизма;
- в) системной красной волчанки;
- г) подагры;
- д) псориаза.

14. Левая граница относительной сердечной тупости у здорового ребенка 7 лет находится:

- а) на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии в IV межреберье;
- б) на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии в V межреберье;
- в) по левой среднеключичной линии в V межреберье;
- г) на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии в IV межреберье;
- д) на 2 см кнутри от левой среднеключичной линии в V межреберье.

15. Для какой патологии характерны: мышечная слабость, дисфагия, периорбитальная эритема?

- а) системная красная волчанка;
- б) дерматомиозит;
- в) системный склероз;
- г) хроническая ревматическая болезнь сердца;
- д) ревматоидный артрит.

16. Для желудочковой экстрасистолии характерны признаки, кроме:

- а) отсутствие зубца Р;
- б) деформированный, уширенный желудочковый комплекс;
- в) дискордантный зубец Т;
- г) неполная компенсаторная пауза;
- д) полная компенсаторная пауза.

17. Для эйтонии характерен индекс напряжения:

- а) менее 30;
- б) 30–90;
- в) 40–50;
- г) больше 90;
- д) больше 100.

18. К лабораторным критериям диагностики СКВ относятся:

- а) снижение титра комплемента;
- б) повышение СОЭ;
- в) обнаружение большого количества LE клеток;
- г) повышение уровня антител к ДНК;
- д) все ответы верны.

19. Наиболее характерными изменениями в периферическом анализе крови при системной красной волчанке являются все, кроме:

- а) лейкопения;
- б) лейкоцитоз;
- в) повышение СОЭ;
- г) лимфопения;
- д) гемолитическая анемия.

20. ЮИА с системным началом характеризуется:

- а) лихорадкой;
- б) полиморфной сыпью;
- в) лимфаденопатией;
- г) гепатолиенальным синдромом;
- д) все ответы верны.

Ответы: 1 – в; 2 – а; 3 – б; 4 – а; 5 – г; 6 – б; 7 – а; 8 – а; 9 – д; 10 – г; 11 – б; 12 – в; 13 – а; 14 – в; 15 – б; 16 – г; 17 – б; 18 – д; 19 – б; 20 – д