

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

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по развитию
регионального

здравоохранения и
медицинской деятельности

О.Н. Барканова

«26»

2026 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ

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

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

Кафедра: **кардиологии, сердечнососудистой и торакальной хирургии
Института НМФО**

Форма обучения: очная

Для обучающихся 2025, 2026 годов поступления (актуализированная
редакция)

Волгоград, 2026

Разработчики программы:

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень/ звание	Кафедра (полное название)
1.	Ледяев М.Я.	профессор	д.м.н./профессор	Кардиологии, сердечно-сосудистой и торакальной хирургии Института НМФО
2.	Светлова Л.В.	доцент	к.м.н.	Кардиологии, сердечно-сосудистой и торакальной хирургии Института НМФО

Фонд оценочных средств для итоговой государственной аттестации обучающихся по ОПОП подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.13 – Детская кардиология.

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

Фонд оценочных средств рассмотрен на заседании кафедры кардиологии, сердечно-сосудистой и торакальной хирургии Института НМФО, протокол №11/26 от «25» __06__ 2026 года

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



Ю.М. Лопатин

Фонд оценочных средств согласован с учебно-методической комиссией Института НМФО ВолГМУ, №1 от «25» __08__ 2026 года

Председатель УМК



/Н.И.Свиридова/

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и
производственной практики



/М.Л.Науменко/

ФОС тестирования государственной (итоговой государственной) аттестации.

1. АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА СТЕНОЗА ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ ПРИЗНАКАМИ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:

усиления второго тона на основании сердца

грубого систолического шума

усиления первого тона

ослабления и отсутствия второго тона во втором межреберье слева от грудины

систолического тона изгнания.

2. ПРИ КОМБИНИРОВАННОМ СТЕНОЗЕ УСТЬЯ ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ЛЮБОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ДОСТУПОВ КРОМЕ:

правого предсердия

ствола легочной артерии

выходного отдела правого желудочка

трансанулярного, с рассечением фиброзного кольца легочной артерии через правый желудочек и легочную артерию

3. В ПРАВОЕ ПРЕДСЕРДИЕ ВПАДАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ СОСУДЫ, КРОМЕ:

непарной вены

верхней поллой вены

нижней поллой вены

венозного сердечного коронарного синуса

небольших вен сердца

4. ВРОЖДЕННЫЙ ПОРОК СЕРДЦА ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЕТСЯ В ВИДЕ СИНДРОМА ПРИ:

хромосомных абберациях

мультифакториальном наследовании

обычной популяции

5. ЦЕНТР АВТОМАТИЗМА ТРЕТЬЕГО ПОРЯДКА - ЭТО:

ветви пучка Гиса

АВ-узел

атриовентрикулярное соединение

ЦНС

6. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗУБЦА Р В НОРМЕ СОСТАВЛЯЕТ:

до 0,10с

до 0,12с

до 0,13с

до 0,15с

7. РАСЩЕПЛЕНИЕ СТОРОК АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНЫХ КЛАПАНОВ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

первичного дефекта межпредсердной перегородки

высокорасположенного дефекта межпредсердной перегородки

вторичного дефекта межпредсердной перегородки

дефекта межпредсердной перегородки у устья полых вен

нижнезаднего дефекта межпредсердной перегородки

8. В ПРЯМОЙ ПРОЕКЦИИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПО ЛЕВОМУ КОНТУРУ СЕРДЦА ПРОЕЦИРУЕТСЯ:

ствол легочной артерии

правое предсердие

левое предсердие

выводной отдел правого желудочка

приточный отдел правого желудочка

9. ПРИ НОРМАЛЬНОМ ПОЛОЖЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ОСИ СЕРДЦА УГОЛ альфа РАВЕН:

от 30 до 69°

от 0 до 29°

от -1 до -90°

от 70 до 90°

от 91 до -150°

10. ПРИ ОТКЛОНЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ОСИ СЕРДЦА ВЛЕВО УГОЛ альфа РАВЕН:

от -1 до -90°

от 0 до 29°

от 30 до 69°

от 70 до 90°

от 91 до -150°

11. ПРИ ОТКЛОНЕНИИ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ОСИ СЕРДЦА ВПРАВО УГОЛ альфа РАВЕН:

более 90°

от 0 до 29°

от 30 до 69°

от -1 до -90°

от 70 до 90°

12. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ДЕФЕКТА АОРТО-ЛЕГОЧНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

аортография

Аускультация

Электрокардиография

рентгенологическое исследование

катетеризация сердца

13. ПРИ ЕДИНСТВЕННОМ ЖЕЛУДОЧКЕ С УСИЛЕННЫМ ЛЕГОЧНЫМ КРОВОТОКОМ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИМЕЕТСЯ ГРУБЫЙ СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ВО ВТОРОМ МЕЖРЕБЕРЬЕ СЛЕВА, КОТОРЫЙ ОБУСЛОВЛЕН:

прохождением крови через бульбовентрикулярное отверстие

стенозом легочной артерии

стенозом устья аорты

митральной недостаточностью

трикуспидальной недостаточностью

14. ИЗ ДЕФЕКТОВ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ЧАЩЕ ВСЕГО САМОСТОЯТЕЛЬНО ЗАКРЫВАЮТСЯ:

небольшие мышечные дефекты

подлегочные дефекты

перимембранозные субтрикуспидальные
подаортальные дефекты

15. РЕБЕНОК С. 5-Х ЛЕТ СОСТОИТ НА УЧЕТЕ ПО ПОВОДУ ВПС. СО СЛОВ МАТЕРИ ПРЕДЪЯВЛЯЕТ ЖАЛОБЫ НА ЧАСТЫЕ ПРОСТУДНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ. ПРИ ОСМОТРЕ ГИПОТРОФИЯ 1 СТ., КОЖНЫЕ ПОКРОВЫ БЛЕДНЫЕ, ДВИГАТЕЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ УМЕРЕННО СНИЖЕНА. АУСКУЛЬТАТИВНО НАД СЕРДЦЕМ ТОНЫ ЯСНЫЕ, РИТМИЧНЫЕ, УСИЛЕНИЕ 1 ТОНА НА МИТРАЛЬНОМ КЛАПАНАЕ, 2 ТОНА НАД ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИЕЙ, ГРУБЫЙ, ИНТЕНСИВНЫЙ, СКРЕБУЩИЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНЫЙ СИСТОЛО-ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ ВО 2 МР ПО ЛЕВОМУ КРАЮ ГРУДИНЫ.
ВОЗМОЖНО ЛИ НА ОСНОВЕ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ КАРТИНЫ ВЫСТАВИТЬ ПРАВИЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ?

Да, возможно. Характерно для ОАП

Да, возможно. Характерно для субаортального ДМЖП.

Да, возможно. Характерно для неполной формы АВК.

Да, возможно. Характерно для дефектов аортолегочных перегородок.

Нет, невозможно. Подобная картина характерна для многих пороков.

16. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ АНГИОКАРДИОГРАФИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ ЧАСТИЧНО ОТКРЫТОГО АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО КАНАЛА ЯВЛЯЕТСЯ:

сужение путей оттока из левого желудочка

поступление контрастного вещества из левого желудочка в правый

контрастирование правого предсердия из левого желудочка

сужение выводного отдела правого желудочка

повторное контрастирование легочной артерии.

17. АУСКУЛЬТАТИВНО ТЕТРАДА ФАЛЛО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:

систолического шума вследствие сброса крови через дефект

усиления второго тона на аорте

систолического шума, обусловленного стенозом устья легочной артерии

усиления первого тона на верхушке.

ослабленного второго тона на легочной артерии

18. АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА ДВОЙНОГО ОТХОЖДЕНИЯ АОРТЫ И ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАЛИЧИЕМ:

акцента второго тона на легочной артерии

систолического шума, обусловленного стенозом устья легочной артерии

усиления первого тона на верхушке.

ослабленного второго тона на легочной артерии

19. КАТЕТЕРИЗАЦИЯ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ ПРИ ТЕТРАДЕ ФАЛЛО ОБЫЧНО ВЫЯВЛЯЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:

нормального давления в правом предсердии

высокой резистентности легочного клапана

нормального показателя системного кровотока

снижения насыщения кислородом системного артериального кровотока

как правило сброс справа налево.

20. ПРИ ПРОРЫВЕ АНЕВРИЗМЫ СИНУСА ВАЛЬСАЛЬВЫ АУСКУЛЬТАТИВНАЯ КАРТИНА БЛИЗКА К КАРТИНЕ:

открытого артериального протока

дефекта межпредсердной перегородки

дефекта межжелудочковой перегородки
стеноза легочной артерии
тетрады Фалло

21. НАРУШЕНИЕ РАЗВИТИЯ ПЕРВИЧНОЙ ПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ПРИВОДИТ К РАЗВИТИЮ:

первичного дефекта
вторичного центрального дефекта межпредсердной перегородки
нижнезаднего дефекта
дефекта у устья полых вен
переднего дефекта

22. АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА:

нормальное или повышенное систолическое и низкое диастолическое
нормальное
низкое систолическое и повышенное диастолическое
низкое систолическое и низкое диастолическое
высокое на руках и низкое на ногах.

23. К ЦЕНТРАМ АВТОМАТИЗМА ПЕРВОГО ПОРЯДКА ОТНОСЯТСЯ:

синусовый узел
предсердные (эктопические) автоматические клетки
автоматические клетки в атриовентрикулярном соединении
автоматические клетки в пучке Гиса и его ветвях
автоматические клетки в волокнах Пуркинье

24. РЕТРОГРАДНЫЙ КРОВОТОК ПО СИСТЕМЕ ИНТЕРКОСТЕЛЬНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ КОАРКТАЦИИ АОРТЫ ОБЪЯСНЯЕТ:

узурацию ребер
симптом «тройки»
расширение левой подключичной артерии
расширение аорты
расширение легочной артерии

25. ШИРОКИЙ ОТКРЫТЫЙ АРТЕРИАЛЬНЫЙ ПРОТОК ЧАЩЕ ОСЛОЖНЯЕТСЯ:

легочной гипертензией
инфекционным эндокардитом
нарушениями ритма сердца
инфекционным миокардитом

26. ДЕФЕКТ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ КОМПОНЕНТОМ СЛЕДУЮЩИХ ПОРОКОВ:

общего артериального ствола
открытого артериального протока
дефекта аортолегочной перегородки
прорыва аневризмы синуса Вальсальвы в правый желудочек
стеноза устья легочной артерии.

27. СИМПТОМ «СНЕЖНОЙ БАБЫ» ЯВЛЯЕТСЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ:

тотального аномального дренажа легочных вен в левую верхнюю полую вену
частичного аномального дренажа легочных вен

открытого общего атриовентрикулярного канала
неполного атриовентрикулярного канала
аномалии Эбштейна

28. ПРИ ТЕТРАДЕ ФАЛЛО ТЯЖЕСТЬ ГЕМОДИНАМИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО, ОБУСЛОВЛЕНО НАЛИЧИЕМ:

сужения устья легочной артерии
декстропозиции аорты
дефекта межжелудочковой перегородки
гипертрофии правого желудочка
гипоплазии левого желудочка.

29. ПРИ ДЕФЕКТЕ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ С АРТЕРИОВЕНОЗНЫМ СБРОСОМ КРОВИ ИМЕЕТ МЕСТО:

диастолическая перегрузка левого желудочка
систолическая перегрузка левого желудочка
комбинированная перегрузка левого желудочка
комбинированная перегрузка правых отделов сердца
отсутствие перегрузок

30. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ИЗОЛИРОВАННОГО СТЕНОЗА ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

раннее появление одышки
боли в области сердца
тахикардия
цианоз
недостаточность кровообращения

31. ПРИ ДЕФЕКТЕ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ МАКСИМУМ ШУМА ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

на груди
на вершине сердца
на легочной артерии
на верхней трети грудины

32. ПРИ НЕОТЛОЖНОМ СОСТОЯНИИ У РЕБЕНКА НАИБОЛЬШЕЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

ЭКГ
фонокардиограмма
эхокардиограмма
реокардиограмма

33. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ У КАРДИОРЕВМАТОЛОГА НЕ ТРЕБУЕТСЯ ДЕТЯМ

с неполной блокадой правой ножки пучка Гисса
с синдромом увеличенного интервала QT
синдромом Вольфа - Паркинсона - Уайта
неполной АВ-блокадой

34. К ГРУППЕ РИСКА ПО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ НЕ ОТНОСЯТСЯ ДЕТИ

с пиелонефритом

- с хроническим тонзиллитом
родители которых болеют ревматизмом
родители которых страдают гипертонической болезнью
35. АУСКУЛЬТАТИВНЫЕ ДАННЫЕ УТОЧНЯЮТСЯ
фонокардиограммой
реокардиограммой
апекскардиограммой
эхокардиограммой
тахисциллограммой
36. ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЕТСЯ ЭНДОКАРД
аортального клапана
митрального клапана
трехстворчатого клапана
легочной артерии
37. ЭХОКАРДИОГРАФИЯ ЧЕТКО ВЫЯВЛЯЕТ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, КРОМЕ
функциональной кардиопатии
врожденного порока сердца
идиопатических кардиомиопатий
опухоли левого предсердия
выпотного перикардита
38. ДЛЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ СЕРДЦА ХАРАКТЕРНО
гипертрофия межжелудочковой перегородки
увеличение полости левого желудочка
увеличение полости правого желудочка
гипертрофия предсердий
39. ИНТЕРВАЛ PQ НА ЭКГ У РЕБЕНКА ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА РАВЕН:
0,16-0,18 с
0,18-0,20 с
0,20-0,22 с
0,22-0,28 с
40. НА СОКРАТИТЕЛЬНУЮ СПОСОБНОСТЬ МИОКАРДИТА В БОЛЬШОЙ СТЕПЕНИ ВЛИЯЕТ
кальций
калий
натрий
магний
41. К ГРУППЕ РИСКА ПО СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ НЕ ОТНОСЯТСЯ ДЕТИ
с пиелонефритом
с хроническим тонзиллитом
родители которых болеют ревматизмом
родители которых страдают гипертонической болезнью
42. ДРОЖАНИЕ ВО 2-М МЕЖРЕБЕРЬЕ СЛЕВА ЧАЩЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ
при открытом артериальном протоке
при дефекте межжелудочковой перегородки

- при дефекте межпредсердной перегородки
при митральной недостаточности
43. У ДЕВОЧКИ 12 ЛЕТ ОТМЕЧАЮТСЯ ПЕРИОДИЧЕСКИЕ КОЛЮЩИЕ БОЛИ В ОБЛАСТИ СЕРДЦА. ЕЙ НЕОБХОДИМО НАЗНАЧИТЬ ПРЕЖДЕ ВСЕГО
клинический анализ крови и ЭКГ
ФКГ
рентгенографию сердца
пробу с физической нагрузкой
44. СНИЖЕНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ДАВЛЕНИЯ ХАРАКТЕРНО
для открытого артериального протока
для анемии
для стеноза аорты
для митральной недостаточности
45. ПРИ ПОЛНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ (ПОПЕРЕЧНОЙ) БЛОКАДЕ МОГУТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИСТУПЫ
потери сознания
резкого цианоза
сердцебиения
одышечно-цианотические
46. ДЕТИ С СИНДРОМОМ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ НА ЭКГ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ ГРУППУ РИСКА ПО ВОЗНИКНОВЕНИЮ
пароксизмальной тахикардии
ревматизма
идиопатической кардиомиопатии
перикардита
47. МЕТОД ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ ОТРАЖАЕТ МЕНЬШЕ ВСЕГО
сократимость
автоматизм
проводимость
возбудимость
48. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПОРОКОВ ПРОТЕКАЕТ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ
коарктация аорты
стеноз легочной артерии
стеноз аорты
дефект межпредсердной перегородки
49. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ СРОЧНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ
ЭКГ
рентгенография
ФКГ
исследование калия в крови
50. РЕБЕНКА С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННОЙ ЧАСТОЙ ЭКСТРАСИСТОЛИЕЙ СЛЕДУЕТ
госпитализировать для обследования
оставить дома, назначить постельный режим и противоревматическую терапию

- ограничить физические нагрузки
оставить под наблюдением, назначить индерал внутрь
51. В ПЕРВЫЕ ГОДЫ ЖИЗНИ РЕБЕНКА ОПЕРАТИВНО ЛЕЧАТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ
- открытого овального окна**
 - открытого артериального протока
 - коарктации аорты
 - транспозиции крупных сосудов
52. АКЦЕНТ II ТОНА НА ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ НАБЛЮДАЕТСЯ
- при легочной гипертензии**
 - при транспозиции аорты
 - при аномальных коронарных сосудах
 - значения не имеет
53. СООТНОШЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРАВИЛЬНО, КОГДА
- АД на ногах выше, чем на руках на 20-30 мм рт. ст.**
 - АД на руках и ногах одинаково
 - АД на руках выше, чем на ногах
54. У БОЛЬНОГО С ШИРОКИМ ОТКРЫТЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ПРОТОКОМ ВРЯД ЛИ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ
- цианоз и "барабанные пальцы"**
 - усиленный разлитой верхушечный толчок
 - выбухание грудной клетки над областью сердца слева
 - "машинный" шум
55. ДЛЯ ДИЛАТАЦИОННОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ХАРАКТЕРНО
- увеличение полостей желудочков**
 - гипертрофия левого желудочка
 - гипертрофия правого желудочка
 - гипертрофия межжелудочковой перегородки
56. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПРОЛАПСА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ЯВЛЯЕТСЯ
- ультразвуковое исследование**
 - ЭКГ
 - ФКГ
 - рентгенограмма сердца
57. ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКУЮ КАРДИОПАТИЮ (ДИСТРОФИЮ МИОКАРДА) ПРИ ПНЕВМОНИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТ
- снижение зубца Т**
 - нарушение проводимости (удлинение PQ)
 - перегрузка левого желудочка
 - блокада левой ножки пучка Гиса
58. ВОДИТЕЛЕМ СЕРДЕЧНОГО РИТМА В НОРМЕ ЯВЛЯЕТСЯ
- синусовый узел**
 - атриовентрикулярное соединение
 - центры правого предсердия
 - клетки в нижней части предсердия
59. ПЕРЕД НАЧАЛОМ ЗАНЯТИЙ В СПОРТИВНОЙ СЕКЦИИ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ

ЭКГ

ЭхоКГ

ФКГ

рентгенографии

60. В НОРМЕ У РЕБЕНКА ВО 2-М МЕЖРЕБЕРЬЕ СЛЕВА СООТНОШЕНИЕ ТОНОВ

II тон громче I тона

I тон равен II тону

II тон слабее I тона

I, II, III тоны равны

I тон громче II тона

61. ДЛЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ СЕРДЦА ХАРАКТЕРНО

гипертрофия межжелудочковой перегородки

увеличение полости левого желудочка

увеличение полости правого желудочка

гипертрофия предсердий

62. В НОРМЕ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ НА ЭКГ ПРЕОБЛАДАЮТ ПОТЕНЦИАЛЫ

правого желудочка

левого желудочка

увеличены потенциалы как левого, так и правого желудочков

63. ГРУДНОМУ РЕБЕНКУ ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ ПЛАВАНИЯ НУЖНО СДЕЛАТЬ ЭКГ, ТАК КАК

ЭКГ дает информацию, которую нельзя получить при клиническом исследовании (аускультации, перкуссии)

ЭКГ - неинвазивный метод

ЭКГ уточняет данные аускультации

ЭКГ позволит осуществлять наблюдение в динамике

64. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ КАРДИАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ У ДЕТЕЙ С НАСЛЕДСТВЕННЫМИ СИНДРОМАМИ МЕНЕЕ ИНФОРМАТИВНО

анализ крови клинический

ЭКГ

ультразвуковое исследование сердца

ФКГ

65. ПРИ ПОЛНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЕ (АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНАЯ БЛОКАДА III СТЕПЕНИ) НАБЛЮДАЕТСЯ

ритм 50-60 ударов в минуту

аритмия

ритм 90 ударов в минуту

дефицит пульса

66. У БОЛЬНОГО С ОТКРЫТЫМ АРТЕРИАЛЬНЫМ ПРОТОКОМ НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ

полицитемия

увеличение левого желудочка

выбухание легочной артерии на рентгенограмме

гиперволемию малого круга кровообращения

67. ДЛЯ ПОСТИНФЕКЦИОННОГО МИОКАРДИТА ХАРАКТЕРНО

СОЭ - 25 мм/ч

СОЭ - 60 мм/ч

гипер-г-глобулинемия до 25%

ДФА - 400 единиц оптической плотности

68. ПРИ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ

частота сердечных сокращений более 160-180 в минуту

частота сердечных сокращений 120 в минуту

частота сердечных сокращений 140 в минуту

перебои (выпадения) сердечных сокращений

69. PQ ПРИ СИНДРОМЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ (СИНДРОМЕ ВОЛЬФА - ПАРКИНСОНА - УАЙТА) СОСТАВЛЯЕТ

0.10 с

0.14 с

0.18 с

0.20 с

70. В ДИАГНОСТИКЕ ПОСТВИРУСНОГО МИОКАРДИТА НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ

рентгенограмма сердца

ФКГ

реограмма

исследование внешнего дыхания

71. ЗУБЕЦ Т В ОТВЕДЕНИЯХ II, V5, V6 РЕГИСТРИРУЕТСЯ

отрицательный

положительный

изоэлектрический

72.

ПРИ РЕГИСТРАЦИИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ К ПРАВОЙ НОГЕ ПРИКРЕПЛЯЕТСЯ ЭЛЕКТРОД:

черного цвета

красного цвета

белого цвета

синего цвета

73. НА ЭКГ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННЫХ СЛУЧАЯХ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА РЕГИСТРИРУЕТСЯ:

гипертрофия левых отделов

гипертрофия правых отделов

бивентрикулярная гипертрофия

74. СИМПТОМ «СНЕЖНОЙ БАБЫ» ЯВЛЯЕТСЯ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ:

тотального аномального дренажа легочных вен супракардиального типа

частичного аномального дренажа легочных вен

неполного атривентрикулярного канала

полной формы атривентрикулярного канала

аномалии Эбштейна

75. НА ЭКГ ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ ЗУБЕЦ R РАСПОЛАГАЕТСЯ ПОСЛЕ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО, НО НЕИЗМЕНЕННОГО КОМПЛЕКСА QRS. ЭТО:

атривентрикулярная экстрасистола

предсердная экстрасистола

желудочковая экстрасистола

76. ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИИ:
- отсутствие зубцов Р**
 - частота желудочковых комплексов более 120 в минуту
 - наличие преждевременных комплексов QRS
 - укорочение интервала Р-Q
77. ПРИ МИОКАРДИТЕ НА ЭКГ ВЫЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ, КРОМЕ:
- увеличение вольтажа зубцов**
 - снижение вольтажа зубцов
 - инверсия зубца Т
 - нарушение проводимости
 - нарушение возбудимости
78. АОРТАЛЬНАЯ КОНФИГУРАЦИЯ СЕРДЦА
- при увеличении левого желудочка**
 - при неизменных границах сердца
 - увеличение правого желудочка
 - увеличение обоих желудочков
 - при увеличении левого предсердия и конуса легочной артерии
79. ДЛЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ КАРДИОМИОПАТИИ ПРИ УЛЬТРАЗВУКОВОМ ИССЛЕДОВАНИИ СЕРДЦА ХАРАКТЕРНО:
- гипертрофия межжелудочковой перегородки**
 - увеличение полости левого желудочка
 - увеличение полости правого желудочка
 - гипертрофия предсердий
80. ВЕРХНЯЯ ПОЛАЯ ВЕНА В ПРЯМОЙ ПРОЕКЦИИ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ОБРАЗУЕТ:
- верхнюю дугу по правому контуру сердечно-сосудистой тени**
 - верхнюю дугу по левому контуру сердечно-сосудистой тени
 - нижнюю дугу справа
 - верхнюю дугу слева
81. К ПЕРВИЧНЫМ ЭЛЕКТРИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ СЕРДЦА (ПАТОЛОГИИ ИОННЫХ КАНАЛОВ) ОТНОСЯТСЯ ВСЕ, КРОМЕ:
- синдром Лауна-Ганонга-Левина**
 - синдром удлинения интервала Q-T
 - синдром Бругада
 - катехоламинергическая полиморфная желудочковая тахикардия
82. ВОЗМОЖНО ЛИ УСТРАНИТЬ ФИБРИЛЛЯЦИЮ ЖЕЛУДОЧКОВ ПУТЕМ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ:
- нет**
 - да
 - в некоторых случаях
83. РЕАНИМАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ОСТАНОВКЕ СЕРДЦА ВКЛЮЧАЮТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:
- прикладывания холода на магистральные сосуды**
 - подачи сигнала тревоги
 - непрямого массажа сердца
 - укладывания пострадавшего на твердую поверхность
 - ИВЛ

84. ВВЕДЕНИЕ АДРЕНАЛИНА ВЫЗЫВАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ЭФФЕКТЫ, КРОМЕ:

повышения температуры
стимуляции α - и β -рецепторов
сужения периферических сосудов и повышения артериального давления
повышения сократимости миокарда

85. ПЕРВИЧНЫМ ПУСКОВЫМ МЕХАНИЗМОМ ФОРМИРОВАНИЯ "СИНДРОМА МАЛОГО ВЫБРОСА" ПРИ ШОКОВОМ СОСТОЯНИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

гиповолемия
сосудистый спазм
сердечная недостаточность
метаболический ацидоз

86. ДЛЯ СИНДРОМА ДИССЕМНИРОВАННОГО ВНУТРИСОСУДИСТОГО СВЕРТЫВАНИЯ ХАРАКТЕРНО ВСЁ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

повышение уровня фибриногена
удлинение протромбинового и частичного тромбопластинового времени
снижение количества тромбоцитов
наличие продуктов деградации фибрина
повышение уровня продуктов деградации фибриногена/фибрина

87. ГИПЕРОКСИЧЕСКИ-ГИПЕРВЕНТИЛЯЦИОННЫЙ ТЕСТ ПОКАЗАН ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА МЕЖДУ:

ВПС синего типа и лёгочной гипертензией
респираторной патологией и лёгочной гипертензией
ВПС синего типа и респираторной патологией

88. К ЗАБОЛЕВАНИЯМ НОВОРОЖДЕННЫХ, СОПРОВОЖДАЮЩИМСЯ ЦИАНОЗОМ, ПРИ КОТОРЫХ ПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ ПГЕ1 ОТНОСЯТСЯ:

врожденные пороки синего типа
персистирующая лёгочная гипертензия
респираторный дистресс-синдром новорождённых
полицитемия

89. К ЗАБОЛЕВАНИЯМ, СОПРОВОЖДАЮЩИМСЯ ШУНТИРОВАНИЕМ КРОВИ ЧЕРЕЗ ОТКРЫТЫЙ АРТЕРИАЛЬНЫЙ ПРОТОК, ПРИ КОТОРЫХ ПРОТИВОПОКАЗАНО ВВЕДЕНИЕ ПГЕ1, ОТНОСЯТСЯ ВСЕ УКАЗАННЫЕ, КРОМЕ:

врожденные пороки синего типа
персистирующая легочная гипертензия
функционирующий артериальный проток

90. С НАЧАЛОМ ЛЕГОЧНОГО ДЫХАНИЯ В ПЕРВЫЕ МИНУТЫ ЖИЗНИ СОСУДИСТОЕ СОПРОТИВЛЕНИЕ В МАЛОМ КРУГЕ КРОВООБРАЩЕНИЯ:

уменьшается
увеличивается
не изменяется

91. НОВОРОЖДЕННЫЙ НУЖДАЕТСЯ В ПРОДОЛЖЕНИИ ПРОВЕДЕНИЯ НЕПРЯМОГО МАССАЖА СЕРДЦА ДО ТЕХ ПОР, ПОКА ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ УСТАНОВИТСЯ НЕ МЕНЕЕ:

60 ударов в минуту
80 ударов в минуту
100 ударов в минуту
120 ударов в минуту

140 ударов в минуту

92. ГИПОКАЛЬЦИЕМИЯ ЧАСТО СОПРОВОЖДАЕТСЯ СНИЖЕНИЕМ КОНЦЕНТРАЦИИ:

магния

калия

натрия

фосфора

глюкозы

93. ЦИАНОЗ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ У ДЕТЕЙ СТАРШЕ 1 МЕСЯЦА ЖИЗНИ ПОЯВЛЯЕТСЯ ПРИ УРОВНЕ НАСЫЩЕНИЯ ГЕМОГЛОБИНА КИСЛОРОДОМ МЕНЕЕ:

85%

45%

65%

75%

95%

94. ВРОЖДЕННЫЙ ПОРОК СЕРДЦА ФОРМИРУЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ:

первых двух месяцев эмбриогенеза

первого месяца эмбриогенеза

всего периода развития плода

последнего триместра развития плода

95. ВЫРАЖЕННАЯ «ПЛЯСКА КАРОТИД» ПУЛЬСАЦИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ НАБЛЮДАЕТСЯ:

при недостаточности аортального клапана

при митральном стенозе

при стенозе аорты

недостаточности трехстворчатого клапана

недостаточности митрального клапана

96. СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ – ЭТО:

неспособность системы кровообращения доставлять органам и тканям

необходимое для их нормального функционирования количество крови

снижение сократительной способности миокарда

снижение объема циркулирующей крови

недостаточность кровоснабжения сердца

97. ДАЙТЕ НАЗВАНИЕ СЛЕДУЮЩЕМУ ШУМУ. У БОЛЬНОГО С НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ КЛАПАНА АОРТЫ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРЕСИСТОЛИЧЕСКОЕ УСИЛЕНИЕ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО ШУМА:

шум Флинта

«шум волчка»

шум Кумбса

шум Грехема-Стилла

функциональный шум относительной недостаточности митрального клапана

98. РАЗДВОЕНИЕ 2 ТОНА ВЫСЛУШИВАЕТСЯ:

при неодновременном захлопывании полулунных клапанов

при одновременном захлопывании атриовентрикулярных клапанов

при неодновременном захлопывании атриовентрикулярных клапанов

при одновременном захлопывании полулунных клапанов

при закрытии клапанов аорты

99. ДЕФЕКТ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ КОМПОНЕНТОМ СЛЕДУЮЩИХ ПОРОКОВ:

тетрады Фалло

открытого артериального протока

дефекта аортолегочной перегородки

прорыва аневризмы синуса Вальсальвы в правый желудочек

общего артериального ствола

100. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДВОЙНОГО ОТХОЖДЕНИЯ АОРТЫ И ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ ОТ ПРАВОГО ЖЕЛУДОЧКА ВКЛЮЧАЕТ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННОЕ, КРОМЕ:

закрытия дефекта межжелудочковой перегородки

перемещения аорты в левый желудочек

устранения стеноза легочной артерии (при его наличии)

создания сообщения между аортой и левым желудочком чрез дефект

межжелудочковой перегородки

расширения дефекта межжелудочковой перегородки при рестриктивных дефектах

101. ТЕТРАДА ФАЛЛО ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕДУЮЩИМ ПОЛОЖЕНИЕМ ДЕФЕКТА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ:

субаортальным

межтрабекулярным в мышечной части перегородки

субтрикуспидальным

подлегочным

102. КАКОЙ ИЗ ФАКТОРОВ ОКАЗЫВАЕТ НАИБОЛЬШЕЕ ВЛИЯНИЕ НА УРОВЕНЬ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ:

процессы полового созревания

возраст

длина тела

избыточная масса тела

гипоэвалютивная форма сердца

103. ВЫБЕРИТЕ НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫЙ ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ:

наследственная предрасположенность

дефицит масса тела

потребление тонизирующих напитков

избыточное потребление белка

избыточное потребление соли

104. ДЕТИ С СИНДРОМОМ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ ЖЕЛУДОЧКОВ НА ЭКГ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ ГРУППУ РИСКА ПО ВОЗНИКНОВЕНИЮ:

пароксизмальной тахикардии

полной блокады левой ножки пучка Гиса

дилатационной кардиомиопатии

пролапса трикуспидального клапана

миокардиодистрофии

105. ДЛЯ ВАГОТОНИЧЕСКОГО ТИПА ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ НЕ ХАРАКТЕРНЫ:

белый дермографизм

гипергидроз
частые «вздохи»
склонность к обморокам
сильная головная боль

106. КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПО СИМПАТИКОТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ ЯВЛЯЮТСЯ:

сухость кожных покровов
склонность к брадикардии
вазо-вагальные обмороки
повышенная сальность кожи
мраморность кожных покровов

107. ПРЕОБЛАДАЮЩАЯ ПО ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОМУ ТИПУ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ КЛИНИЧЕСКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМИ ПРИЗНАКАМИ, КРОМЕ:

влажными хрипами в легких
тахикардией
периферическими отеками
увеличением размеров печени
увеличением размеров селезенки

108. ПРИ БОЛЬШОМ ДЕФЕКТЕ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ У РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ ТРЕХ МЕСЯЦЕВ НАБЛЮДАЮТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ПРИЗНАКИ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:

судорог
одышки и непереносимости физической нагрузки
гипотрофии
акцента второго тона на легочной артерии
мраморности кожных покровов

109. КАКИЕ СИМПТОМЫ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ ПОВОДОМ ДЛЯ ПОДОЗРЕНИЯ НА ИНФЕКЦИОННЫЙ ЭНДОКАРДИТ У БОЛЬНОГО С ПОРОКОМ СЕРДЦА ИЛИ У БОЛЬНОГО ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ ПОРОКА СЕРДЦА:

алопеция
петехиальная сыпь
субфебрилитет
носовые кровотечения

110. К ПРИЗНАКАМ ФИБРИЛЛЯЦИИ ЖЕЛУДОЧКОВ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

глухих тонов
отсутствия тонов
появления цианоза
характерной кривой на ЭКГ

111. ПРИ ТЕТРАДЕ ФАЛЛО НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ:

инфекционный эндокардит
тромбозы сосудов
отек легких
кровотечение

112. ЧАСТЫЕ ПНЕВМОНИИ МОГУТ НАБЛЮДАТЬСЯ ПРИ ПОРОКАХ СЕРДЦА, КРОМЕ:

тетрады Фалло

- атриовентрикулярной коммуникации
 - дефекта межжелудочковой перегородки
 - межпредсердного дефекта
 - частичного аномального дренажа легочных вен
113. ВЫСОКУЮ ГИПЕРТЕНЗИЮ ЧАЩЕ ОБУСЛОВЛИВАЕТ:
- порок развития сосудов почки**
 - пиелонефрит
 - удвоение чашечно-лоханочной системы
 - наследственный нефрит
114. ПРИ РЕЗКО ВЫРАЖЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ ОБЫЧНО:
- систолическое – нормальное или повышено, диастолическое – снижено**
 - нормальное
 - максимальное низкое и минимальное повышено
 - высокое на руках и низкое на ногах
115. ЧТО ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННОГО ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ В ДИАГНОСТИКЕ ЭКССУДАТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА:
- результаты ЭХОКГ**
 - наличие характерного болевого синдрома
 - данные рентгенографии
 - шум трения перикарда
116. АНОМАЛИЯ ЭБШТЕЙНА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВСЕМИ СЛЕДУЮЩИМИ АНАТОМИЧЕСКИМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ, ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ:
- аномалии впадения лёгочных вен**
 - смещение створок трикуспидального клапана в правый желудочек сердца
 - укорочения хорд и гипоплазии папиллярных мышц
 - вторичного дефекта межпредсердной перегородки или овального окна
 - увеличения правых отделов сердца
117. НАИБОЛЕЕ РАННИМ СИМПТОМОМ ВРОЖДЕННОГО СТЕНОЗА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ЯВЛЯЮТСЯ:
- одышка**
 - периферические отеки
 - боли в брюшной полости вслед за увеличением печени
 - сердцебиение вследствие предсердной аритмии
 - ортопноэ
118. АОРТА ПРИ СТЕНОЗЕ АОРТАЛЬНОГО КЛАПАНА:
- расширена в восходящем отделе**
 - расширена на всем протяжении
 - сужена на всем протяжении
 - сужена в восходящем отделе
 - диаметр не изменен
119. ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ОТКРЫТОМ СЕРДЦЕ ЧАЩЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ:
- продольная стернотомия**
 - боковая торакотомия слева
 - поперечная стернотомия
 - боковая торакотомия справа
 - двухплевральный доступ

120. ШУМ ГРЕХЕМА-СТИЛЛА ПРИ ЛЁГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ВОЗНИКАЕТ ПРИ:

недостаточности клапана лёгочной артерии

недостаточности трикуспидального клапана

недостаточности митрального клапана

недостаточности аортального клапана

первичном дефекте межпредсердной перегородки

121. ПЕРЕЧИСЛИТЕ ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА С КОТОРЫМИ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ПРИ ПОЛНОЙ АТРИО-ВЕНТРИКУЛЯРНОЙ КОММУНИКАЦИИ:

большой дефект межжелудочковой перегородки

атрезия ствола лёгочной артерии

атрезия аорты

полная транспозиция магистральных сосудов

122. ПРИ КАКОМ ВРОЖДЕННОМ ПОРОКЕ СЕРДЦА ВНУТРИУТРОБНО МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ И ВОДЯНКА ПЛОДА:

полная форма атрио-вентрикулярного канала

транспозиция магистральных сосудов

тетрада Фалло

коарктация аорты

корригированная транспозиция магистральных сосудов

123. АУСКУЛЬТАТИВНО ПРИ ОТКРЫТОМ АРТЕРИАЛЬНОМ ПРОТОКЕ К КОНЦУ ПЕРВОГО МЕСЯЦА ЖИЗНИ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ:

систолодиастолический «машиннообразный» шум во втором межреберье слева

систолический шум скребущего характера в 3-4 межреберье слева от грудины

систолический шум «дующего» характера в I и V точках аускультации сердца

диастолический шум на верхушке сердца

диастолический шум во втором межреберье справа

124. ПАРАДОКСАЛЬНАЯ ЭМБОЛИЯ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА МОЖЕТ ВОЗНИКНУТЬ ПРИ:

открытом овальном окне

аномалии Эбштейна

корригированной транспозиции магистральных сосудов

открытом артериальном протоке

болезни Толочинова-Роже

125. ОСЛАБЛЕНИЕ ИЛИ ОТСУТСТВИЕ ПУЛЬСА НА БЕДРЕННЫХ АРТЕРИЯХ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

аномального дренажа лёгочных вен

коарктации аорты

тетрады Фалло

дефекта межжелудочковой перегородки

открытого артериального протока

126. ЭХОКАРДИОГРАФИЯ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ пароксизмальной тахикардии

врожденного порока сердца
дилатационной кардиомиопатии
опухоли левого предсердия

127. ЭКГ – ПРИЗНАКАМИ СИНУСОВОЙ БРАДИКАРДИИ ЯВЛЯЮТСЯ
увеличение интервала Р-Р
уменьшение продолжительности интервала Р-Q(R)
отсутствие зубцов Р
укорочение интервала QRS
128. ЧАСТОТА КОМПРЕССИЙ ПРИ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ
100–120 в минуту
90 в минуту
60 в минуту
40–60 в мин
129. ФАКТОРЫ, ПРЕПЯТСТВУЮЩИЕ РЕАЛИЗАЦИИ НАСЛЕДСТВЕННОЙ
ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ
занятия физкультурой, правильное чередование труда и отдыха
психоэмоциональные нагрузки
мало подвижный образ жизни
курение
130. ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ ВПС, ПОСЛЕ
ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА, МИОКАРДИТА НЕ
ВКЛЮЧАЕТ
бег трусцой
лечебную гимнастику
дозированную ходьбу
дозированные подъемы на ступени
131. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ЗАКРЫТИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА
ПРОИСХОДИТ
через 10–20 часов после родов
через 1–2 часа после родов
через 24–48 часов после родов
на второй день после родов
132. УСИЛЕННАЯ ПУЛЬСАЦИЯ СОННЫХ АРТЕРИЙ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
аортальной недостаточности
трикуспидальной недостаточности
митральной недостаточности
митрального стеноза
133. УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СЕРДЦА НЕ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ
насыщение крови кислородом
размеры полостей сердца
состояние сердечных клапанов
состояние межжелудочковой перегородки

134. УКАЖИТЕ ХАРАКТЕРНУЮ И РАННЮЮ ГЕМОДИНАМИЧЕСКУЮ РЕАКЦИЮ НА ГИПОКСЕМИЮ

снижение АД и учащение пульса

снижение АД и урежение пульса

повышение АД и учащение пульса

повышение АД и урежение пульса

135. ТОЧКА НА НЕСЕНИЕ ПРЕКАРДИАЛЬНОГО УДАРА

на границе средней и нижней трети грудины

мечевидный отросток

4 межреберье

верхняя треть грудины

136. У БОЛЬНЫХ С КОАРКТАЦИЕЙ АОРТЫ НА ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЯХ ПОВЫШЕНО

как систолическое, так и диастолическое АД

только систолическое АД

только диастолическое АД

ни то, ни другое

137. УКАЖИТЕ СПОСОБ ВВЕДЕНИЯ АТФ ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА СУПРАВЕНТРИКУЛЯРНОЙ ТАХИКАРДИИ

внутривенно струйно быстро (1-3 сек) без разведения

внутривенно капельно

внутримышечно

перорально

138. СТАНДАРТНЫМИ ОТВЕДЕНИЯМИ ОТ КОНЕЧНОСТЕЙ ЯВЛЯЮТСЯ ОТВЕДЕНИЯ

I, II, III

aVR, aVL, aVF

V1-6

V7-V12

139. СРЕДНЕСУТОЧНАЯ ЧСС ПРИ ХМ-ЭКГ ВЫШЕ У

мальчиков

девочек

не имеет различий

не имеет значения

140. СРЕДИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА И СОСУДОВ КАРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ МОГУТ ПРИВЕСТИ

коарктация аорты

аортальная недостаточность

стеноз легочной артерии

ДМПП

141. СООТНОШЕНИЕ АД НА РУКАХ ИНОГДА В НОРМЕ

АД на ногах выше, чем на руках на 20-30 мм рт.ст.

АД на руках и ногах одинаково

АД на руках выше, чем на ногах

АД на ногах выше, чем на руках на 50-60 мм рт.ст.

142. СКОЛЬКО ВРЕМЕНИ ПРОДОЛЖАЮТ МЕРОПРИЯТИЯ СЕРДЕЧНО-ЛЕГОЧНОЙ РЕАНИМАЦИИ ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА

тридцать минут

пятнадцать минут

пятьдесят минут

один час

143. СИСТОЛИЧЕСКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДА РАССЧИТЫВАЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ

$90 + 2n$

$100 + n$

$60 + 2n$

$80 + 2n$

144. С ВОЗРАСТОМ ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ИМЕЕТ ТЕНДЕНЦИЮ К **урежению**

учащению

не меняется

склонность к аритмиям

145. ЗУБЕЦ Р НА ЭКГ СООТВЕТСТВУЕТ

деполяризации предсердий

деполяризации желудочков

реполяризации предсердий

реполяризации желудочков

146. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ СИМПТОМ ГИПОВОЛЕМИИ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ

уменьшение диаметра легочных сосудов

уменьшения правого желудочка

выбухание ствола легочной артерии

увеличение диаметра легочных сосудов

147. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ СИМПТОМ ГИПЕРВОЛЕМИИ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ

расширение второй дуги полевом контуре сердечно-сосудистой тени

западение второй дуги полевом контуре сердца

увеличение правого предсердия

уменьшение левого предсердия

148. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЙ СИМПТОМ ГИПЕРВОЛЕМИИ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ

**расширение второй дуги полевому контуру
сердечно-сосудистой тени**

западение второй дуги полевому контуру сердца
увеличение правого предсердия
увеличение правого желудочка

149. РЕНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НАИБОЛЕЕ
ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ
ренальная ангиография

цистография,
измерение АД на ногах
внутривенная урография

150. РЕАБИЛИТАЦИЕЙ В ДЕТСКОЙ КАРДИОЛОГИИ НАЗЫВАЕТСЯ
**программное осуществление комплекса последовательных медицинских и социальных
мероприятий, направленных на полное восстановление**

здоровья и трудоспособности детей и подростков с сердечно-сосудистой патологией
восстановительное лечение в течение 1-2 месяцев
после кардиохирургического вмешательства или перенесенного миокардита
санаторное лечение в течение 21 дня 1 раз в 3-5
стационарное лечение

151. ПРИЧИНЫ КОНСТРИКТИВНОГО ПЕРИКАРДИТА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ
вирусная инфекция

туберкулезная инфекция
грибковая инфекция
гемоперикард

152. ПРОВЕДЕНИЕ ХМ-ЭКГ ОБЯЗАТЕЛЬНО ВСЕМ ДЕТЯМ С
обмороками

с кардиомиопатией
с артериальной гипертонией
с ВПС

153. ПРИЗНАКОМ, УКАЗЫВАЮЩИМ НА
ПРЕОБЛАДАНИЕ ПАРАСИМПАТИЧЕСКОГО ОТДЕЛА ВЕГЕТАТИВНОЙ
НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ, ЯВЛЯЕТСЯ

стойкий красный дермографизм

белый дермографизм
беспокойный сон
повышение АД

154. ПРИСТУПЫ МОРГАНЬИ-АДАМСА-СТОКСА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ {
полной атриовентрикулярной блокады

систолической тахикардии
хронической непароксизмальной тахикардии
пароксизмальной тахикардии

155. ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ФЕНОМЕНА WPW (ВОЛЬФА – ПАРКИНСОНА – УАЙТА) ЯВЛЯЕТСЯ
проведение импульса по дополнительному проводящему атриовентрикулярному пучку

ускоренное проведение импульса через атриовентрикулярное соединение
замедленное проведение импульса через атриовентрикулярное соединение
ускоренное проведение импульса через синусовый узел

156. ПРИЗНАКОМ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ЯВЛЯЕТСЯ
диастолический шум на верхушке
систолический шум на верхушке
систолический шум в 5-й точке
диастолический шум во 2-м межреберье слева

157. ПРИ ТЕТРАДЕ ФАЛЛО НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ
бактериальный эндокардит
тромбозы сосудов
кровотечение
ОРЗ

158. ПРИ ТЕТРАДЕ ФАЛЛО ПРИМЕНЯЮТ
анаприлин
дигоксин
лазикс
целанид

159. ПРИ ТЯЖЕЛОМ ТЕЧЕНИИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЧАЩЕ ОТМЕЧАЕТСЯ
изолированный тяжелый миокардит
изолированный перикардит
изолированный эндокардит
эндомиокардит

160. ПРИ РЕГИСТРАЦИИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ К ПРАВОЙ РУКЕ ПРИСОЕДИНЯЕТСЯ ЭЛЕКТРОД
красного цвета
зеленого цвета
желтого цвета
черного цвета

161. ПРИ РЕШЕНИИ ВОПРОСА О ВОЗМОЖНОСТИ ПОСЕЩЕНИЯ РЕБЕНКОМ СПОРТИВНОЙ СЕКЦИИ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОВЕДЕНИЕ
ЭхоКГ
ФКГ
ЭКГ
Рентгенографии

162. ПРИ СКВ СПЕЦИФИЧНЫМИ КЛЕТОЧНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ
LE-клетки

тельца Каунсильмена

рисовые тельца

тельца Коундри

163. ПРИ ТЕТРАДЕ ФАЛЛО ВОЗМОЖНО СМЕРТЬ ОТ ОТЕКА ЛЕГКИХ
нет

да

редко

верно А и В

164. ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ НЕ ОТМЕЧАЕТСЯ
поражение мелких суставов

утренняя скованность суставов

длительное течение артрита

летучесть болей}

165. ПРИ РЕГИСТРАЦИИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ К ЛЕВОЙ НОГЕ
ПРИСОЕДИНЯЕТСЯ ЭЛЕКТРОД

зеленого цвета

красного цвета

желтого цвета

черного цвета

166. ПРИ РЕГИСТРАЦИИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ К ЛЕВОЙ РУКЕ
ПРИСОЕДИНЯЕТСЯ ЭЛЕКТРОД

желтого цвета

красного цвета

зеленого цвета

черного цвета

167. ПРИ РЕГИСТРАЦИИ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММЫ К ПРАВОЙ НОГЕ
ПРИСОЕДИНЯЕТСЯ ЭЛЕКТРОД

черного цвета

красного цвета

зеленого цвета

желтого цвета

168. ПРИ РЕВМАТИЗМЕ НАИБОЛЬШЕЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ
ревматоидный фактор

иммуноглобулины А

АСЛО

Иммуноглобулины G

169. ПРИ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ ИНВАЛИДИЗАЦИЯ ВОЗМОЖНА
ВСЛЕДСТВИЕ ПОРАЖЕНИЯ

поражения суставов

клапанного аппарата сердца

поражения сосудов

других органов и систем

170. ПРИ РЕВМАТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ СУСТАВОВ НАБЛЮДАЕТСЯ

утренняя скованность

рецидивирующий полиартрит

ночные локализованные боли

доброкачественное течение полиартрита

171. ПРИ РЕВМАТИЧЕСКОМ ЭНДОКАРДИТЕ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ
ПОРАЖЕНИЕ

аортального клапана

двухстворчатого клапана

трехстворчатого клапана

легочной артерии

172. ПРИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ С ОТЕКОМ ЛЕГКИХ ИЗ
УКА-ЗАННЫХ ДИУРЕТИКОВ НЕОБХОДИМО ВЫБРАТЬ

фуросемид

маннитол

спиронолактон

ацетазоламид

173. ПРИ ПОВЫШЕНИИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ МОГУТ БЫТЬ
ЖАЛОБЫ НА

головную боль

энурез

боли в животе

похолодание конечностей

174. ПРИ ПОДТВЕРЖДЕНИИ ДИАГНОЗА АГ РЕБЁНОК ДОЛЖЕН НАБЛЮДАТЬСЯ
ВРАЧОМ - ПЕДИАТРОМ 1 РАЗ В

1 месяц

3-4 месяца

6-8 месяцев

1 год

175. ПРИ ОДЫШЕЧНО-ЦИАНОТИЧЕСКОМ ПРИСТУПЕ У
РЕБЕНКА СТЕТРАДОЙ ФАЛЛОЦЕЛЕСООБРАЗНО

дать кислород

ввести строфантин

ввести коргликон

ввести анальгин

176. ПРИ ИНФЕКЦИОННОМ ЭНДОКАРДИТЕ ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК
характерно

не характерно
бывает редко
бывает часто

177. ПРИ МИОКАРДИТЕ НА ЭХОКАРДИОГРАММЕ МОЖНО ВЫЯВИТЬ
увеличение полостей сердца, снижение фракции выброса

уменьшение полостей сердца, наличие вегетаций на клапанах,
снижение фракции выброса, наличие вегетаций на клапанах
повышение фракции выброса, наличие вегетаций на клапанах

178. ПРИ ОБМОРОКАХ РЕБЕНКУ НУЖНО, ПРЕЖДЕ ВСЕГО, ПРОВЕСТИ
ОБСЛЕДОВАНИЕ

холтеровское мониторирование ЭКГ

рентгенографию органов грудной клетки
эхокардиографию
измерение АД

179. ПРИ ВПС-ТЕТРАДЕ ФАЛЛО ВОЗМОЖНО СМЕРТЬ ОТ ОТЕКА ЛЕГКИХ
нет

да
редко
часто

180. ПРИ ГИПЕРВОЛЕМИИ МАЛОГО КРУГА КРОВООБРАЩЕНИЯ ДИАМЕТР
КОРНЕЙ ЛЕГКИХ

увеличен
уменьшен
не изменен
деформирован

181. ПРИ ДИФТЕРИИ ВОЗНИКАЕТ ОСЛОЖНЕНИЕ

миокардит
перикардит
эндомиокардит
эндокардит аортального клапана

182. ПРИ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЕ II
СТЕПЕНИ НА ЭКГ ОТМЕЧАЮТСЯ

полная атриовентрикулярная диссоциация,
отсутствие взаимосвязи между зубцами R и комплексами QRS
эпизодическое выпадение комплексов QRS
выскальзывающие эктопические ритмы из АВ-соединения
укорочение интервала P-Q

183. ПРЕПАРАТЫ ВЫБОРА ПРИ СЛР

адреналин, атропин
промедол, кордиамин
кофеин, мезатон

сердечные гликозиды

184. ПРИ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЕ I СТЕПЕНИ НА ЭКГ ОТМЕЧАЕТСЯ{

выпадение комплексов QRS

удлинение интервала P-Q(R)

атриовентрикулярная диссоциация

укорочение интервала P-Q

185. ПРИ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЕ II СТЕПЕНИ НА ЭКГ ОТМЕЧАЕТСЯ{

выпадение комплексов QRS

укорочение интервала P-Q(R)

исчезновение зубцов P

уширение комплексов QRS

186. ПРЕПАРАТ ВЫБОРА ПРИ ОТЕКЕ ЛЕГКИХ

фуросемид

маннитол

эналаприл

кларитин

187. ПОВЫШЕННЫЙ КРОВОТОК ЧЕРЕЗ ЖЕЛУДОЧКИ СЕРДЦА

приводит к усиленному развитию этих отделов

приводит к торможению развития этих отделов

приводит к уменьшению объема камер сердца

не влияет на их развитие

188. ПОКАЗАНИЕМ К ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕФЕКТА МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПЕРЕГОРОДКИ В ВОЗРАСТЕ ДО ОДНОГО ГОДА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

большого артериовенозного сброса крови

нарастающей легочной гипертензии

недостаточности кровообращения

цианоза

189. ПОЛНАЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНАЯ БЛОКАДА У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ЯВЛЯЕТСЯ **наследственной**

приобретенной

врожденной

зависит от факторов внешней среды

190. ПЕТЛЕВЫМ ДИУРЕТИКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

Фуросемид

гипотиазид

спиронолактон

индапамид

191. ПО ПЕРИОДУ ВОЗНИКНОВЕНИЯ МИОКАРДИТ МОЖЕТ БЫТЬ
приобретенным, врожденным
приобретенным, наследственным
врожденным, наследственным
приобретенным, врожденным, наследственным}

192. ПО ТЕЧЕНИЮ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ МОЖЕТ БЫТЬ
острой
подострой
рецидивирующей
пароксизмальной

193. ПЕРЕД ПРОВЕДЕНИЕМ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРОБ НЕОБХОДИМО
взять информированное согласие родителей
собрать семейный анамнез
провести пробус ФН
провести неинвазивное электрофизиологическое исследование

194. ОЦЕНКА СТЕПЕНИ КОМЫ ПО ШКАЛЕ ГЛАЗГО ОСНОВАНА
на активности пациента, возможности контакта с ним, открывании глаз
на оценке коленного рефлекса
на оценке размера зрачка и его реакции на свет
на оценке адекватности функции внешнего дыхания

195. ПАТОЛОГИЯ КАЛИЕВЫХ И /ИЛИ НАТРИЕВЫХ КАНАЛОВ ДЛЯ
наследственного синдрома удлинённого интервала QT
синдром Марфана
катехоламинергической желудочковой тахикардии
синдром Патау

196. ОСНОВОЙ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭНДОКАРДИТА ЯВЛЯЕТСЯ
антибактериальная терапия
иммуномодулирующая терапия
сердечные гликозиды
гормональная терапия

197. ОСТРЫЙ КАРДИОГЕННЫЙ ОТЕК ЛЕГКИХ ОБУСЛОВЛЕН
повышенной легочной капиллярной проницаемостью
повышением гидростатического давления в легочных капиллярах
недостаточностью левого желудочка
недостаточностью правого желудочка

198. ОТКЛОНЕНИЕ ЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ ОСИ СЕРДЦА В НОРМЕ У
НОВОРОЖДЕННЫХ
вправо
влево
нормальная
вертикальная

199. ОТСУТСТВИЕ ПУЛЬСА НА ОДНОЙ РУКЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

болезнь Такаясу

узелковый периартериит

периодическая болезнь

болезнь Стилла

200. ОСНОВНЫМ ПОБОЧНЫМ ЭФФЕКТОМ НЕСТЕРОИДНЫХ
ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ

гастротоксический

гепатотоксический

нефротоксический

кардиотоксический

201. ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ СЕРДЕЧНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НЕ ЯВЛЯЕТСЯ

срыгивание

утомляемость при кормлении

увеличение печени

приглушение сердечных тонов

202. ОСНОВНЫМИ ЭТАПАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ В ДЕТСКОЙ КАРДИОЛОГИИ НЕ
ЯВЛЯЮТСЯ

нерегулярные обращения к врачу

стационарный

санаторно-курортный

амбулаторно-поликлинический

203. ОЛИГОАРТИКУЛЯРНЫЙ ВАРИАНТ ЮВЕНИЛЬНОГО ХРОНИЧЕСКОГО
АРТРИТА ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ

3-5 лет

1-2 года

7-11 лет

12-15 лет

204. ОРТОСТАТИЧЕСКИЙ КОЛЛАПС МОЖЕТ ВЫЗВАТЬ

бета-адреноблокаторы

ингибиторы АПФ

папаверин

сердечные гликозиды

205. ОСЛОЖНЕНИЕМ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЧАЩЕ ЯВЛЯЕТСЯ
СЛЕДУЮЩИЙ ПРИОБРЕТЕННЫЙ ПОРОК СЕРДЦА

недостаточность аортального клапана

недостаточность клапана легочной артерии

недостаточность трехстворчатого клапана

дефект межжелудочковой перегородки}

206. ОСНОВНЫМ МЕХАНИЗМОМ ДЕЙСТВИЯ НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СРЕДСТВ

антипростагландиновый

антибактериальный

стабилизация мембран лизосом

торможение реакции «антиген+антитело»

207. ОДЫШЕЧНО-ЦИАНОТИЧЕСКИЕ ПРИСТУПЫ НАБЛЮДАЮТСЯ
при тетраде Фалло

при дефекте межжелудочковой перегородки

при открытом артериальном протоке

при дефекте межжелудочковой перегородки

208. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ ЗАДАЧ МЕДИКО-ГЕНЕТИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

определение типа наследования заболевания в данной семье, установления точного диагноза

лечение членов семьи, у которых

диагностировано наследственное заболевание

профилактика родовых осложнений

лечение детей у которых диагностировано наследственное заболевание

209. ОДЫШЕЧНО-ЦИАНОТИЧЕСКИЕ ПРИСТУПЫ НАБЛЮДАЮТСЯ:
при тетраде Фалло

при дефекте межжелудочковой перегородки

при открытом артериальном протоке

при дефекте межжелудочковой перегородки}

210. НИЗКИЙ ФИКСИРОВАННЫЙ СЕРДЕЧНЫЙ ВЫБРОС
НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ: НИЗКИЙ ФИКСИРОВАННЫЙ
СЕРДЕЧНЫЙ ВЫБРОС НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ {

аортальном стенозе

острой сердечной недостаточности

легочном сердце

токсическом действии дигоксина

211. НОРМАЛИЗАЦИЯ РИТМА СЕРДЦА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОБЫ С АТРОПИНОМ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ В ПОЛЬЗУ

функционального характера аритмии

органического характера аритмии

стресс-индуцированной аритмии

сердечной недостаточности}

212. ОБРАЗНОЕ НАЗВАНИЕ СЕРДЦА ПРИ ФИБРИНОЗНОМ ПЕРИКАРДИТЕ
волосатое

тигровое

шаровидное

панцирное

213. ОДНИМИЗ ОСНОВНЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ КРИТЕРИЕВ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ЯВЛЯЮТСЯ

артралгия

очаговая инфекция

кардит

общее недомогание

214. НАСЛЕДСТВЕННАЯ ФОРМА ВРОЖДЕННОЙ ПОЛНОЙ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

муковисцидоза

болезни Фабри

синдрома Нунан

синдром Патау

215. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ АПФ

сахарный диабет

гиперкалиемия

стеноз почечных артерий

стеноз печеночных артерий

216. НЕ СПЕЦИФИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПО ПОСТНАТАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ НЕ ВКЛЮЧАЮТ

при искусственном вскармливании использование адаптированных смесей, обогащенных железом

естественное вскармливание

соблюдение режима дня и питания

своевременная вакцинация

217. НАИЛУЧШЕЙ ЗОНОЙ ВЫСЛУШИВАНИЯ ШУМА ТРЕНИЯ ПЕРИКАРДА ЯВЛЯЕТСЯ

III-IV межреберье слева от грудины

область верхушки сердца

межлопаточная область

II межреберье справа от грудины}

218. НАРУЖНЫЙ МАССАЖ СЕРДЦА СОЗДАЕТ КРОВООБРАЩЕНИЕ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩЕЕ ДО

80% кровотока

50% кровотока

30% кровотока

обеспечивает полностью

219. НАРУШЕНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В ВИДЕ ФЕНОМЕНА РЕЙНО НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

системной красной волчанки

дерматомиозита
системной склеродермии
болезни Такаясу

220. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВПС ПРИ СИНДРОМЕ ДАУНА ЯВЛЯЮТСЯ
общий открытый атриовентрикулярный канал
стеноз легочной артерии
стеноз аорты
транспозиция магистральных артерий

221. НАИБОЛЕЕ ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ ЗАСТОЙНОЙ
ПРАВОЖЕЛУДОЧКОВОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ
асцит
одышка
тахикардия
отек легких

222. НАИБОЛЕЕ ЧАСТАЯ ПРИЧИНА АГ У ПОДРОСТКОВ
эссенциальная АГ
реноваскулярная
паренхиматозные заболевания почек
феохромацитома

223. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ВОЗБУДИТЕЛЕМ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА
ЯВЛЯЕТСЯ
грамположительная микрофлора
граммотрицательная микрофлора
грибы
L-формы бактерий

224. МИНИМАЛЬНАЯ ЧСС ПРИ ХМ-ЭКГ РЕГИСТРИРУЕТСЯ
ПРЕИМУЩЕСТВЕННО
во сне
покое в дневное время
при засыпании
во время активностей

225. НА ВЕЛИЧИНУ АД НЕ ОКАЗЫВАЕТ ВЛИЯНИЕ
содержание гемоглобина в крови
общее периферическое сопротивление
насосная функция сердца
объем циркулирующей крови

226. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ
ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА МОГУТ БЫТЬ
стрептококки
микоплазмы
хламидии

вирусы

227. ЛЕГОЧНЫЙ РИСУНОК ПРИ ОТКРЫТОМ АРТЕРИАЛЬНОМ ПРОТОКЕ
усилен
обеднен
не изменен
деформирован

228. ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ОБОЗНАЧАЮТ СОСТОЯНИЕ
среднее давление в легочной артерии превышает 25 мм рт.ст.
давление в легочной артерии больше, чем системное
систолическое давление в легочной артерии превышает 50 мм рт.ст.
систолическое давление в легочной артерии превышает 70 мм рт.ст.

229. ЛЕГОЧНЫЙ КРОВОТОК У ПЛОДА
меньше, чем системный кровоток
больше, чем системный кровоток
равен системному кровотоку
не изменен

230. ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПРИ ВПС В ГРУДНОМ ВОЗРАСТЕ
ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО
гиперволемией малого круга кровообращения
нормоволемией малого круга кровообращения
гиповолемией малого круга кровообращения
обструктивным поражением сосудов малого круга, кровообращения

231. КРИТЕРИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ СЛР
сужение зрачков, появление пульса на сонных артериях, дыхания
восстановление сознания, дыхания, АД
подъем АД, двигательная активность
расширение зрачков, нитевидный пульс }

232. ЛЕВЫЙ ЖЕЛУДОЧЕК ПРИ МЕЖЖЕЛУДОЧКОВОМ ДЕФЕКТЕ
увеличен
не изменен
уменьшен
стенки истончены

233. ЛЕГОЧНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ НЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ
изолированном стенозе легочной артерии
открытом артериальном протоке
дефекте межпредсердной перегородки
дефекте межжелудочковой перегородки

234. КРИЗОВЫЕ СОСТОЯНИЯ ПРИ ПРЕОБЛАДАНИИ ВАГОТОНИИ
ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ
вагоинсулярными кризами

симпатоадреналовыми кризами
повышением давления
учащением сердцебиения

235. КРИТЕРИЕМ ПРЕКРАЩЕНИЯ ПРОБЫ С ДОЗИРОВАННОЙ ФН ЯВЛЯЕТСЯ
появление одышки до 60 в минуту

синусовая тахикардия свыше 160 ударов в минуту
САД выше 140 мм рт.ст.
появление суправентрикулярной экстрасистолии

236. КРИТЕРИЕМ ДИАГНОСТИКИ ОРТОСТАТИЧЕСКИХ ОБМОРОКОВ НЕ
ЯВЛЯЕТСЯ

связь артериальной гипотензии и обморока

снижение САД в ортостаз.е. более чем на 20 мм рт. ст. и/или ДАД более чем на 10 мм рт. ст.

снижение САД менее 90 мм. рт. ст. в течение 3 минут ортостаза

снижение САД в ортостаз.е. более чем на 10 мм рт. ст. или ДАД более чем на 30 мм. ст.

237. КАКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОДЛЕЖАТ МАССОВОМУ БИОХИМИЧЕСКОМУ
СКРИНИНГУ

врожденный гипотиреоз

наследственный синдром удлиненного интервала QT

синдром Марфана

синдром слабости синусового узла}

238. КАКОЙ ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ НИЖЕ МЕТОДОВ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОДОМ
ТОЧНОЙ ДИАГНОСТИКИ ХРОМОСОМНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

цитогенетический

клинический

клинико-генеалогический

ИФА

239. КАКОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ НЕ УЧИТЫВАЕТСЯ ПРИ ОЦЕНКЕ ГЛУБИНЫ КОМЫ
ПО ШКАЛЕ ГЛАЗГО

реакция зрачков

открывание глаз

двигательная реакция

речь

240. К ПРОТИВОРЕЦИДИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ДЕТЕЙ С РЕВМАТИЧЕСКОЙ
ЛИХОРАДКОЙ НЕ ОТНОСИТСЯ {

гепатопротекторы

бициллин-5—один раз в 3 недели,

нестероидные противовоспалительные препараты,

десенсибилизирующие препараты

241. К МОНОГЕННЫМ НАСЛЕДСТВЕННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ СЕРДЕЧНО-
СОСУДИСТОЙ СИСТЕМ ОТНОСЯТСЯ

наследственный синдром удлиненного интервала QT

гипертоническая болезнь

ишемическая болезнь сердца

атеросклероз

242. К НЕПРЯМЫМ АНТИКОАГУЛЯНТАМ ОТНОСИТСЯ

варфарин

дипиридамо

пентоксифиллин

гепарин

243. КИНГИБИТОРАМАНГИОТЕНЗИН ПРЕВРАЩАЮЩЕГО ФЕРМЕНТА ОТНОСИТСЯ

каптоприл

нифедипин

метопролол,

карведилол

244. ИСЧЕЗНОВЕНИЕ АРИТМИИ ПРИ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ ЯВЛЯЕТСЯ

благоприятным прогностическим признаком

неблагоприятным прогностическим признаком

фактором риска жизнеугрожающих аритмий

основанием для назначения обзидана

245. ИСЧЕЗНОВЕНИЕ АРИТМИИ ПРИ ФН ЯВЛЯЕТСЯ

благоприятным прогностическим признаком

неблагоприятным прогностическим признаком

фактором риска жизнеугрожающих аритмий

основанием для назначения обзидана

246. К ПОРОКАМ БЛЕДНОГО ТИПА ОТНОСИТСЯ{

открытый артериальный проток

транспозиция магистральных артерий

тетрада Фалло

стеноз аорты

247. К ВИДАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НЕ ОТНОСИТСЯ

паллиативная помощь

восстановительная медицинская помощь

скорая, в том числе скорая специализированная

специализированная, в том числе высокотехнологичная

248. ИНДИВИДУАЛЬНОЕ ВРАЧЕБНОЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ О СОСТОЯНИИ
ЗДОРОВЬЯРЕБЕНКАПО РЕЗУЛЬТАТАМКОМПЛЕКСНОГО ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО
ОСМОТРА НЕВКЛЮЧАЕТ ВСЕБЯ

оформлениепсихиатрическогозаключения

заключительныйдиагноз–основнойисопутствующие

оценка физического и психического развития
ребенка

определение группы здоровья, группы для занятия физкультурой

249. ИСКУССТВЕННОЕ КРОВООБРАЩЕНИЕ

ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ СЖИМАНИЕМ СЕРДЦА

между грудной и позвоночником

между грудной и ребрами

между диафрагмой и грудной

между грудной и п. Vagus

250. ИВЛ ПРИ РЕАНИМАЦИИ ДЕТЕЙ ДО 14 ЛЕТ ПРОВОДИТСЯ

100% кислородом

50% кислородом

не проводится

95% кислородом

251. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ПРИЗНАКОВ В ОСНОВНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ
КРИТЕРИИ ОСТРОЙ РЕВМАТИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ ВХОДИТ

хорея

полиартралгии

лихорадка

увеличение СОЭ

252. ИЗ ПЕРЕЧИСЛЕННЫХ СИМПТОМОВ ВЫБРАТЬ СИМПТОМ
ЛЕВОЖЕЛУДОЧКОВ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

хрипы в легких

кардиалгии

боли в животе

гепатомегалия

253. ИММУНОДЕФИЦИТНОЕ СОСТОЯНИЕ ЭТО

**врожденные нарушения системы иммунитета или отдельных её компонентов,
связанные генетическими дефектами**

нарушения системы иммунитета, возникшие в 1-м году жизни

нарушения системы иммунитета, возникшие после перенесенного инфекционного процесса
предрасположенность к атопии

254. ЖЕЛУДОЧКОВЫЕ ЭКСТРАСИСТОЛЫ НА ЭКГ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ {

увеличением продолжительности комплекса QRS более 0,12-0,14 сек.

наличием зубца Р перед желудочковым комплексом

нормальной продолжительностью комплекса QRS

уменьшением продолжительности комплекса QRS

255. ЗАКРЫТИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА У РЕБЕНКА НАБЛЮДАЕТСЯ В
ВОЗРАСТЕ

до 1 месяца

3-4 лет

до 6 месяцев

до 12 месяцев

256. ЗАЛП ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ТАХИКАРДИИ – ЭТО
три и более желудочковых комплекса подряд
два и более желудочковых комплекса подряд
четыре и более желудочковых комплекса подряд
пять и более желудочковых комплекса подряд

257. ЗДОРОВЫЕ ДЕТИ НАХОДЯТСЯ НА ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ
ВКЛЮЧИТЕЛЬНО
до 17 лет 11 мес. 29 дней
до 1 года
до 3 лет
до 7 лет

258. ЗУБЕЦ R НА ЭКГ СООТВЕТСТВУЕТ {
деполяризации желудочков
деполяризации предсердий,
реполяризации предсердий,
реполяризации желудочков

259. ЗУБЕЦ T НА ЭКГ СООТВЕТСТВУЕТ {
реполяризации желудочков
деполяризации предсердий
деполяризации желудочков
реполяризации предсердий

260. ЗУБЕЦ P НА ЭКГ СООТВЕТСТВУЕТ
деполяризации предсердий
деполяризации желудочков,
реполяризации предсердий,
реполяризации желудочков

261. ДОЗА МЕТИЛПРЕДНИЗОЛОНА ДЛЯ ПУЛЬС-ТЕРАПИИ СОСТАВЛЯЕТ {
20-30 мг/кг
1-5мг/кг
5-10 мг/кг
40-50 мг/кг

262. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫМ ПРОВОДЯЩИМ ПУЧКОМ ЯВЛЯЕТСЯ
пучок Кента
пучок Бахмана
пучок Тореля
пучок Венкебаха

263. ДОСТОВЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ
«СПОРТИВНОГО СЕРДЦА» ЯВЛЯЮТСЯ
увеличение размеров сердца спортсмена

изменений конечной части желудочкового комплекса по ЭКГ
снижение насосной и сократительной функции миокарда
сочетание данных признаков

264. ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ СВД У ДЕТЕЙ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ

нормализация режима дня

проведение профилактических прививок

закаливание

профилактика инфекционных заболеваний

265. ДЛЯ СВД ПО ВАГОТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ ХАРАКТЕРНЫ СИМПТОМЫ
повышение потоотделения, цианоз конечностей сердцебиение

уменьшение потоотделения

горячие ладони

266. ДЛЯ СИНУСОВОГО РИТМА ХАРАКТЕРЕН
положительный зубец Р в отведениях I, II, aVF, V5-6

отрицательный зубец Р в отведениях I, II, aVF, V5-6

положительный зубец Р в отведении aVR

отрицательный зубец Р V7-V12}

267. ДЛЯ ТЕТРАДЫ ФАЛЛО НЕХАРАКТЕРНО

бессимптомное течение

вынужденное положение

одышка

приступы цианоза

268. ДЛЯ МУЛЬТИФАКТОРИАЛЬНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ХАРАКТЕРНО

высокая частота в популяции

низкая частота в популяции

имеет инфекционную этиологию

возникает при соблюдении ЗОЖ

269. ДЛЯ ПОРАЖЕНИЯ СУСТАВОВ ПРИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКЕ
ХАРАКТЕРНО

неэрозивный характер артрит

поражение мелких суставов кистей,

стойкий характер артрита,

развитие костно-хрящевой деструкции,

270. ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА «АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ»

обязательна регистрация АД более 95 процентиля не менее, чем при трех посещениях с интервалом 10-14 дней,

достаточно однократной регистрации повышенного АД

необходимо, чтобы повышенное АД было выше нормы не менее, чем при двух

посещениях в разные дни

необходимо, чтобы повышенное АД было выше нормы не менее, чем при пяти посещениях в разные дни

271. ДЛЯ КУПИРОВАНИЯ ПРИСТУПА ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ ЯВЛЯЕТСЯ

лидокаин

сердечные гликозиды

панангин

мочегонные препараты }

272. ДЛЯ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЭНДОКАРДИТА ХАРАКТЕРНО

повышение НСТ-теста

изменение количества тромбоцитов

гематурия

лейкопения

273. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СВДПО ВАГОТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ

ноотропные препараты

антибиотики

глюкокортикостероиды

НПВС

274. ДЛЯ ЖЕЛУДОЧКОВОЙ ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ ТАХИКАРДИИ

НА ЭКГ ХАРАКТЕРНО

широкие комплексы QRS

ритм нерегулярный

узкие комплексы QRS

недоформированные комплексы QRS

275. ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА ОТ ПРОЛАПСА МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ

Эхокардиография

ЭКГ

рентгенография

векторкардиография

276. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЧАСТИЧНО ОТКРЫТОГО АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОГО КАНАЛА КОНТРАСТНОЕ ВЕЩЕСТВО ПРИ АНГИОКАРДИОГРАФИИ СЛЕДУЕТ ВВОДИТЬ В

левый желудочек

правое предсердие

левое предсердие

правый желудочек

277. ДЛЯ ДЕТЕЙ С СВДПО СИМПАТОТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ ХАРАКТЕРНА БОЛЬШАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ

послеобеда

дообед
независимо от времени суток
вечернее время

278. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА НЕ ИМЕЮТ ЗНАЧЕНИЯ АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ НА **отягощенный анамнез посердечно-сосудистой патологии**
связь с перенесенной инфекцией
связь с экстракцией зуба или малым хирургическим вмешательством
внутривенные инъекции катетеризации

279. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ФИБРИНОЗНОГО ПЕРИКАРДИТА НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ СИМПТОМОМ ЯВЛЯЕТСЯ **шум трения перикарда**
тахикардия
боль за грудиной
дисфагия

280. ДЛЯ ДЕТЕЙ С СВДПО ВАГОТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ ХАРАКТЕРНА БОЛЬШАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ
дообед
послеобед
независимо от времени суток
вечернее время

281. ДЛЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ОСТРОМ ПЕРИКАРДИТЕ НЕ ХАРАКТЕРНО **уменьшение боли после приема нитроглицерина**
тупой, давящий характер боли
продолжительность боли более 30 мин
локализация боли за грудиной

282. ДЛЯ ВСД ВАГОТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ ХАРАКТЕРНЫ **головокружения, обмороки**
кардиалгии
повышенный аппетит
тахикардия

283. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ **ренальная ангиография**
цистография
измерение АД на ногах
внутривенная урография

284. ДЛЯ АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ II СТЕПЕНИ I ТИПА (МОБИТЦ I) ХАРАКТЕРНО **прогрессивное удлинение интервала P-Q перед выпадением QRS**
отсутствие удлинения интервала P-Q(R)

блокада ветвей пучка Гиса
депрессия сегмента ST

285. ДЛЯ ТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДЫ II СТЕПЕНИ ТИПА (МОБИТЦ II) ХАРАКТЕРНО

постоянство интервалов P-Q(R)

прогрессивное удлинение интервала P-Q(R) перед выпадением комплексов QRS

укорочение интервала P-Q

депрессия сегмента ST

286. ДЛЯ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ КАРТИНЫ ПЕРВИЧНОЙ ЛЕГОЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ХАРАКТЕРНО

акцент второго тона над легочной артерией

грубый систолический шум во втором межреберье справа

грубый систолический шум во втором межреберье слева

акцент второго тона в 5-й точке

287. ДЛЯ ВСД ВАГОТОНИЧЕСКОМУ ТИПУ ХАРАКТЕРНЫ

головокружения, обмороки

кардиалгии

повышенный аппетит

тахикардия

288. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

ренальная ангиография

цистография

измерение АД на ногах

внутривенная урография

289. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ВСД ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВЕСТИ

Калий-обзидановая проба

ВЭМ

Эхо-КГ

исследование внешнего дыхания

290. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ДЕТИМИ С ВРОЖДЕННЫМИ ПОРОКАМИ СЕРДЦА ОСУЩЕСТВЛЯЕТ

врач-детский кардиолог

врач-педиатр

врач-кардиохирург

врач-стоматолог

291. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИ УЗЕЛКОВОМ ПЕРИАРТЕРИИТЕ ИМЕЮТ

узелки по ходу сосудов

пятнисто-папулезная сыпь на голенях

болезненные узлы в подкожной клетчатке голеней

лейкопения

292. ДИАСТОЛИЧЕСКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ У ДЕТЕЙ
СТАРШЕГО ДОДА РАССЧИТЫВАЕТСЯ ПО ФОРМУЛЕ

$60+n$

$40+2n$

$50+n$

$70+2n$

293. ДЕТАМ С АТРИОВЕНТРИКУЛЯРНОЙ БЛОКАДОЙ ПРОВОДИТСЯ
ЛЕКАРСТВЕННАЯ ЭКГ-ПРОБА С

атропином

обзиданом

гилуритмалом

хлоридом калия

294. ДИАГНОСТИРОВАТЬ ФИБРИЛЛЯЦИЮ ЖЕЛУДОЧКОВ СЕРДЦА МОЖНО
на ЭКГ

по пульсу на артериях

при аускультации

по изменению окраски кожных покровов

295. ГИПОТЕНЗИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ КАПТОПРИЛА ОБУСЛОВЛЕНО
уменьшением образования ангиотензина II

уменьшением образования ренина

блокадой альфа-адренорецепторов

влиянием на калликреин-кининовую систему

296. ГИПОВОЛЕМИЧЕСКИЙ ШОК В РЕЗУЛЬТАТЕ ТРАВМЫ СОПРОВОЖДАЕТСЯ
артериальной и венозной гипотензией с тахикардией

артериальной гипотензией и брадикардией

венозной гипертонией и тахикардией

артериальной гипотензией и венозной гипертонией

297. ВРОЖДЕННЫЙ ПОРОК СЕРДЦА ФОРМИРУЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ
первых двух месяцев эмбриогенеза

первого месяца эмбриогенеза

всего периода развития плода

формирования порока происходит после рождения

298. ВЫСОКИЙ РИСК РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА С
ВРОЖДЕННЫМ ПОРОКОМ СЕРДЦА ОТМЕЧАЕТСЯ ПРИ ПЕРЕНЕСЕНИИ МАТЕРЬЮ
В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ {

краснухи

дифтерии

ветряной оспы

менингита

299. ГИПЕРВЕНТИЛЯЦИОННЫЕ НАРУШЕНИЯ(ЖАЛОБЫ
НА ЧУВСТВО НЕХВАТКИ ВОЗДУХА, «ВЗДОХИ») ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ
с ваготонией
с симпатикотонией
с миокардитами
с эндокардитами

300. ВОРОНКООБРАЗНАЯ ГРУДЬ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДСТВИЕМ
наследственной патологии
рахита
дефицита витаминов
родовой травмы

ФОС практических навыков государственной (итоговой государственной) аттестации.

Врач-специалист детский кардиолог должен владеть:

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

Врач-специалист детский кардиолог должен обладать:

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

Общеврачебные диагностические процедуры.

Клинические исследования кардиологического больного:

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

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

Функциональная диагностика сердечно-сосудистой системы

Электрокардиография

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

Холтеровское мониторирование

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

Поверхностное ЭКГ картирование

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

ЭКГ высокого разрешения

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

Стресс-тесты

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

Суточное мониторирование артериального давления

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

Ультразвуковые исследования сердца и сосудов

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

Другие методы исследования

- Электрофизиологическое исследование
- Чреспищеводная электрокардиостимуляция
- Основы метода, показания

Методы визуализации

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

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

ФОС К УСТНОМУ СОБЕСЕДОВАНИЮ ГОСУДАРСТВЕННОЙ (ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ) АТТЕСТАЦИИ.

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

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

ФОС ситуационных задач государственной (итоговой государственной) аттестации.

Задача № 1

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

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

Анализ крови: Эр. - $4,2 \times 10^{12}/л$, Нб - 124 г/л, Л. - $12 \times 10^9/л$, э - 4%, п - 5%, с - 60%, л - 26%, м - 5%, СОЭ 45 мм/ч. Серомукоиды - 0,4, СРБ - 10 мг/л, ДФА - 0,31 ед., общий белок - 60 г/л, альбумины - 45%, глобулины: α_1 - 4%, α_2 - 16%, β - 13%, γ - 22%, коэффициент А/Г - 0,8. Анализ мочи - без патологии.

ВОПРОСЫ:

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

Ответ к задаче № 1:

1.Ревматизм 2, активная фаза, акт. 3, возвратный рев-мокардит, аортальная недостаточность, относительная митральная недостаточность, полиартрит острое течение, НК 2а.
2.Титры стрептококковых антител, ЭКГ, ФКГ, ЭхоКГ.
3.Режим, стол 10. Медикаментозная терапия:преднизолон с 30 мг в сутки по схеме, ацетилсалициловая кислота 0, 5х 4 раза после еды по схеме, пенициллин 500 000 ЕД х 3 р в/м с переходом на бицил-лин-3, затем бициллин-5, кардиотрофики: ККБ 100 мг в/м №10. Делалил 0, 25 на ночь в течение года. Витаминотерапия.

Задача № 2

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

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

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

ВОПРОСЫ:

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

Ответ к задаче № 2:

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

Задача № 3

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

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

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

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

ВОПРОСЫ:

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

Ответ к задаче № 3:

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

Задача № 4

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

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

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

ВОПРОСЫ:

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

Ответ к задаче № 4:

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

Задача № 5

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

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

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

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

ВОПРОСЫ:

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

Ответ к задаче № 5:

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

Задача № 6

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

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

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

ВОПРОСЫ:

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

Ответ к задаче № 6:

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

2.Рентгенография органов грудной клетки, ЭхоКГ, доплерЭхоКГ

3.В лечении не нуждается.

Задача № 7

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

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

Анализ крови: Эр. $4,2 \times 10^{12}/л$, Hb - 120 г/л, ЦП - 0,9, Л - $8,5 \times 10^9/л$, э-5%, п-4%, с-63%, лимф.-22%, мон.-6%, СОЭ-15 мм/ч. Анализ мочи - без патологии. СРБ - отрицателен, серомукоиды - 0,15, ДФА - 0,250. Общий белок 69 г/л, альбумины – 50%, глобулины: α_1 – 8%, α_2 – 12%, β – 13%, γ - 17%, коэффициент А/Г - 1,0.

ВОПРОСЫ:

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

Ответ к задаче № 7:

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

Задача № 8

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

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

ВОПРОСЫ:

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

Ответ к задаче № 8:

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

Задача № 9

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

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

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

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

ВОПРОСЫ:

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

Ответ к задаче № 9:

1. ВПС с обогащением малого круга кровообращения. ОАП, II стадия, НК₁.
2. Рентгенография органов грудной клетки. ЭхоКГ, доплер-ЭхоКГ.
3. Лечение оперативное.

Задача № 10

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

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

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

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

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

ВОПРОСЫ:

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

Ответ к задаче № 10:

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

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ "ВОЛГОГРАДСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ" МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**, Барканова Ольга
Николаевна

27.08.26 09:13 (MSK)

Простая подпись