

Детская кардиология

Ситуационные задачи

Купить: medkeys.ru/product/kardiolog-det/



Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девочка 6 лет госпитализирована по скорой помощи в связи синкопальным состоянием во время активных игр в детском саду.

Жалобы

На рецидивирующие синкопальные состояния, возникающие на фоне физического или эмоционального возбуждения. Время утраты сознания около 1 минуты, в момент утраты сознания ребенок бледный, отмечается хрипящее дыхание, тоническое сокращение дистальных отделов конечностей. В постсинкопальном периоде вялый, бледный сонливый.

Анамнез заболевания

Вышеописанные жалобы появились 6 месяцев назад. Всего было 3 синкопальных эпизода. К моменту приезда бригады скорой медицинской помощи ребенок в сознании, однако, вялый, сонливый. Электрокардиограмма не выполнялась. ЧСС 92 в мин. АД 90/60 мм рт. ст. Уровень глюкозы 4,8 ммоль/л. SpO₂ 98-99%.

Пациентке был выполнен лабораторный мониторинг, включающий клинический и биохимический анализ крови с оценкой электролитного состава, активности кардиоспецифических ферментов, тиреоидного статуса, по результатам которого патологических отклонений выявлено не было.

Обследована у невролога: результаты электроэнцефалографии, видео-ЭЭГ-мониторинга, магнитно-резонансной томографии головного мозга без патологии

Обследована у эндокринолога: патологии не выявлено.

Анамнез жизни

- * Ребенок от 1 беременности, протекавшей без особенностей.
- * Роды в срок.
- * При рождении масса тела 3200 г, длина тела 50 см
- * Период новорожденности без особенностей
- * Профилактические прививки выполнены согласно Национальному календарю профилактических прививок
- * Аллергологический анамнез не отягощен
- * Травмы, операции отрицает
- * Перенесенные состояния: ОРВИ 3-4 раза в год. В 1 год 8 месяцев острый гастроэнтерит (лечение амбулаторное)
- * Наследственность: двоюродная сестра по линии матери внезапно умерла в возрасте 13 лет, патологоанатомический диагноз: острая сердечно-сосудистая

недостаточность, однако, при проведении аутопсии патологии со стороны сердечно-сосудистой системы и легких не выявлено, у тети по линии матери – синкопальные состояния, получает бета-блокаторы

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 120 см. Вес 18 кг. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Небные дужки не гиперемированы, небные миндалины не увеличены. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, проводится равномерно во все отделы, хрипов нет. ЧД 22 в мин. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС 92 уд/мин., АД 95/60 мм рт. ст. SpO₂ ~ 99%. Пульсация на бедренных артериях удовлетворительная. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

При первичном обследовании данного пациента необходимо выполнение

Результаты обследования

В ходе дальнейшего обследования данному пациенту показано выполнение

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом после первичного обследования является

Диагноз

Данная нозологическая форма относится к заболеваниям из группы

- врожденных пороков сердца
- первичных электрических заболеваний сердца (каналопатий)
- кардиомиопатий
- приобретенных пороков сердца

Диагностика синдрома удлиненного интервала QT основана на критериях

- Дьюка
- Lake Louise
- Mc. Kenna
- Шварца

Характерным для синдрома удлиненного интервала QT электрокардиографическим феноменом, отражающим выраженную электрическую нестабильность миокарда, является

- укорочение интервала PQ
- макроальтернация зубца T
- наличие «дельта»-волны
- расширение комплекса QRS

Причиной синкопальных состояний у данной пациентки является развитие

- фибрилляции предсердий
- пароксизмальной ортодромной АВ реципрокной тахикардии
- криза легочной гипертензии
- желудочковой тахикардии типа «пируэт»

Для верификации диагноза Синдром удлинённого интервала QT требуется выполнение

- фибрилляции предсердий
- пароксизмальной ортодромной АВ реципрокной тахикардии
- криза легочной гипертензии
- желудочковой тахикардии типа «пируэт»

Результаты обследования

Данной пациентке показано назначение

- препаратов IC класса
- препаратов вальпроевой кислоты
- сердечных гликозидов
- β -блокаторов

При рецидиве синкопальных состояний вследствие развития пароксизмов желудочковой тахикардии на фоне приема максимальной дозы β -блокаторов/наличия имплантируемого кардиовертера-дефибриллятора пациенту может быть рекомендована

- радиочастотная абляция субстрата аритмии
- отмена медикаментозной терапии
- имплантация электрокардиостимулятора
- левосторонняя симпатэктомия

Больным с имплантированным кардиовертером-дефибриллятором контроль системы ИКД проводится не реже 1 раза в +__+ месяцев/месяца/месяц

- 6
- 12

- 3
- 1

Для синдрома Джарвела-Ланге-Нильсена характерно сочетание синдрома удлинённого интервала QT с

- 6
- 12
- 3
- 1

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мальчик 15 лет направлен педиатром по месту жительства на амбулаторный прием к детскому кардиологу в связи с аускультативно выявленной аритмией.

Жалобы

На перебои в работе сердца преимущественно в покое. Синкопальные, пресинкопальные состояния отрицает. Физическую нагрузку переносит удовлетворительно.

Анамнез заболевания

Ребенок ранее кардиологом не наблюдался.

При проведении ЭКГ, ЭХОКГ в декретированные сроки патологии выявлено не было.

При прохождении профилактического осмотра педиатром аускультативно выявлена аритмия.

Перенесенные накануне инфекционные заболевания, вакцинацию пациент отрицает.

Анамнез жизни

* Ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне токсикоза в 1 триместре.

Роды 1, срочные. При рождении масса тела 3400 г, длина тела 53 см

* Период новорожденности без особенностей

* Профилактические прививки выполнены согласно Национальному календарю профилактических прививок

* Аллергологический анамнез не отягощен

* Травмы, операции отрицает

* Перенесенные состояния: Ветряная оспа в 5 лет. ОРВИ 3-4 раза в год. В 3 года острый гастроэнтерит (амбулаторное лечение)

* Наследственность: У бабушки по линии матери артериальная гипертензия, ИБС. У матери аутоиммунный тиреоидит, эутиреоз

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое. Рост 176 см. Вес 82 кг. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Небные дужки не гиперемированы, небные миндалины не увеличены. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, проводится равномерно во все отделы, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС 68 уд/мин., АД 120/70 мм рт. ст. SpO₂ ~ 99%. Пульсация на бедренных артериях удовлетворительная. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 6
- 12
- 3
- 1

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- 6
- 12
- 3
- 1

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая данные лабораторных и инструментальных методов обследования, больному можно поставить диагноз в соответствии с классификацией:

Желудочковая экстрасистолия

- 6
- 12
- 3
- 1

Диагноз

Для уточнения этиологии возникновения аритмии и определения дальнейшей тактики ведения пациенту рекомендовано проведение

- эхокардиографии
- чреспищеводного электрофизиологического обследования
- стресс-эхокардиографии
- мультиспиральной компьютерной томографии сердца и магистральных сосудов

Решение о начале антиаритмической терапии для лечения частой желудочковой экстрасистолии у детей зависит от + _____ + , наличия сопутствующей патологии сердца и гемодинамических влияний желудочковой экстрасистолии

- длительности существования аритмии
- наличия симптомов заболевания
- толерантности пациента к физической нагрузке
- циркадности аритмии

Антиаритмическая терапия рекомендована

- детям с частой желудочковой экстрасистолией, которая явилась причиной развития аритмогенной дисфункции миокарда
- всем бессимптомным пациентам с частой желудочковой экстрасистолией, имеющим нормальную сократительную способность миокарда
- всем бессимптомным пациентам с ускоренным идиовентрикулярным ритмом, имеющим нормальную сократительную способность миокарда
- бессимптомным пациентам с редкой мономорфной желудочковой экстрасистолией

Препаратами первой линии у асимптомных пациентов с частой или полиморфной желудочковой экстрасистолией являются

- β -блокаторы
- антиаритмические препараты III класса
- антиаритмические препараты I класса
- сердечные гликозиды

Антиаритмический препарат для лечения идиопатической желудочковой экстрасистолии считается эффективным, если при его назначении количество

одиночных желудочковых экстрасистол за сутки уменьшается более чем на + ___ + %

- 30
- 25
- 70
- 50

К хирургическому методу лечения желудочковой экстрасистолии относится

- проведение радиочастотной катетерной аблации дополнительного пути проведения
- проведение радиочастотной катетерной аблации очага желудочковой эктопии
- имплантация кардиовертера-дефибриллятора
- проведение эндоэлектрофизиологического исследования

Проведение радиочастотной катетерной аблации очага желудочковой эктопии рекомендовано

- пациентам с признаками аритмогенной дисфункции миокарда, обусловленной желудочковой экстрасистолией
- всем бессимптомным пациентам с частой желудочковой экстрасистолией, имеющим нормальную сократительную способность миокарда
- бессимптомным пациентам с ускоренным идиовентрикулярным ритмом, имеющим нормальную сократительную способность миокарда
- бессимптомным пациентам с редкой полиморфной желудочковой экстрасистолией

Детям с редкой желудочковой экстрасистолией, в отсутствие данных за органическое поражение сердца, динамическое наблюдение осуществляется 1 раз в

- 6 месяцев
- 3 месяца
- 2 года
- 1 год

Больным, получающим длительное лечение антиаритмическими препаратами, ЭКГ должна регистрироваться не реже 1 раза в + _____ + месяц/месяца/месяцев

- 6 месяцев

- 3 месяца
- 2 года
- 1 год

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мальчик 13 лет экстренно поступил в стационар по месту жительства.

Жалобы

На ухудшение самочувствия, слабость, вялость, однократную рвоту, рецидивирующие синкопальные состояния в течение последних суток до госпитализации.

Анамнез заболевания

У пациента при рождении диагностирован врожденный порок сердца: единственный двуприточный желудочек сердца, мальпозиция магистральных сосудов, небольшой субаортальный стеноз, рестриктивный дефект бульбовентрикулярной перегородки, дефект межпредсердной перегородки, коарктация аорты.

Пациенту проведена многоэтапная паллиативная хирургическая коррекция В 6 месяцев: суживание легочной артерии, устранение коарктации аорты. В 6 лет наложение верхнего кавапульмонального анастомоза (операция Глена) В 10 лет наложение анастомоз между легочной артерией и нижней полую вену с помощью кондуита Gore-Tex (24 мм), расширение дефекта бульбовентрикулярной перегородки. В раннем послеоперационном периоде отмечалась полная АВ блокада, по поводу которой находился на ВЭКС с последующей имплантацией постоянного двухкамерного эпикардального ЭКС В настоящее время получает комбинированную терапию ХСН (лозартан 6,25 мг 2 раза в сутки, спиронолактон 1 мг/кг/сут) и ацетилсалициловую кислоту 2 мг/кг/сут

Со слов матери накануне упал и ударился областью живота. До данного эпизода предъявлял только жалобы на снижение толерантности к физической нагрузке, одышку при интенсивной физической нагрузке без отрицательной динамики в течение последних 2 лет.

На ЭКГ в приемном отделении (25 мм/сек):

Анамнез жизни

- * Ребенок от 2 беременности, протекавшей на фоне токсикоза в 1 триместре, ОРВИ на 8/9 неделе беременности (острый ринит)
- * Роды 2, срочные, Кесарево сечение
- * Длина тела при рождении 54 см, масса тела при рождении 3200 гр. Апгар 8/9

баллов

- * На 1 году жизни наблюдался неврологом с диагнозом: гипоксически-ишемическое поражение ЦНС
 - * Перенесенные заболевания: ОРВИ 6-8 раз в год. Фолликулярная ангина в 8 лет
 - * Операции, травмы: отрицает
 - * Привит по возрасту согласно Национальному календарю профилактических прививок
 - * Аллергические реакции отрицает
- Наследственность: неотягощена.

Объективный статус

При поступлении состояние тяжелое. Сознание спутанное. Рост 154 см. Вес 64 кг. Не лихорадит. Кожные покровы бледные, чистые. В легких дыхание жесткое, проводится равномерно во все отделы, хрипов нет. ЧД 24 в мин. SpO₂ 88%. Пульс слабого наполнения. Тоны сердца приглушены, аритмичные. ЧСС 28-36 в мин. АД 90/50 мм рт. ст. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, симптомов мышечной защиты нет. В области левого подреберья пальпируется корпус ЭКС, кожные покровы над корпусом не изменены, патологической подвижности, болезненности при пальпации нет. Печень +1.5 см из-под реберной дуги. Селезенка не увеличена. Диурез со слов матери до госпитализации адекватный.

На основании данных анамнеза, объективного осмотра и электрокардиографии наиболее вероятной причиной синкопальных состояний у данного пациента является

- полная атриовентрикулярная блокада
- заблокированная предсердная экстрасистолия
- атриовентрикулярная диссоциация
- синдром слабости синусового узла

Необходимыми лабораторными методами обследования для уточнения причины возникновения полной атриовентрикулярной блокады у детей является выполнение

- полная атриовентрикулярная блокада
- заблокированная предсердная экстрасистолия
- атриовентрикулярная диссоциация
- синдром слабости синусового узла

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для оценки состояния и причины выявленных изменений инструментальным методам обследования у данного пациента относят

- полная атриовентрикулярная блокада
- блокированная предсердная экстрасистолия
- атриовентрикулярная диссоциация
- синдром слабости синусового узла

Результаты инструментальных методов обследования

Наиболее вероятной причиной развития нарушений ритма сердца у данного пациента является

- полная атриовентрикулярная блокада
- блокированная предсердная экстрасистолия
- атриовентрикулярная диссоциация
- синдром слабости синусового узла

Диагноз

Осложнением основного заболевания у данного пациента является

- тромбообразование
- наличие приступов Морганьи-Адамса-Стокса
- аритмогенная кардиомиопатия
- идиовентрикулярный желудочковый ритм

Для купирования критической брадикардии в неотложных ситуациях применяется + _____ + внутривенно

- аденозин
- дексаметазон
- s.glucosae 40%
- атропина сульфат

Максимальная общая доза Атропина сульфата для подростков составляет + ___ + мг

- 5
- 0,5
- 2
- 7

**Программирование выявило истощение батареи электрокардиостимулятора.
Пациенту необходимо**

- заменить электрокардиостимулятор в экстренном порядке
- провести повторное программирование через 6 часов
- продолжить динамическое наблюдение
- провести экстренную ревизию органов средостения

Показаниями к внеплановому стационарному обследованию у пациента с атриовентрикулярной блокадой является

- перенесенное интеркуррентное заболевание
- прогрессирование АВ блокады в ходе динамического наблюдения
- подготовка к хирургическому лечению ЛОР-патологии
- проведение вакцинации по эпидемиологическим показаниям

Хирургическим методом лечения полной атриовентрикулярной блокады является

- электростимуляция блуждающего нерва
- имплантация электрокардиостимулятора
- имплантация кардиовертера-дефибриллятора
- радиочастотная абляция атриовентрикулярного соединения

Согласно Федеральным клиническим рекомендациям «Атриовентрикулярная (предсердно-желудочковая) блокада у детей» эпикардиальная система для постоянной электрокардиостимуляции имплантируется пациентам с массой тела + ____ + кг

- более 30
- более 15
- менее 15
- менее 5

Амбулаторное наблюдение бессимптомных пациентов с атриовентрикулярной блокадой включает выполнение суточного мониторирования ЭКГ и ультразвукового исследования сердца не реже одного раза в +__+ месяцев/месяц/месяца

- более 30
- более 15
- менее 15
- менее 5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мальчик 7 лет, госпитализирован в детскую многопрофильную больницу по скорой помощи в связи синкопальным состоянием, сопровождавшимся судорожным синдромом, во время игры на площадке с детьми.

Жалобы

На рецидивирующие синкопальные состояния, возникающие на фоне физического или эмоционального возбуждения. Время утраты сознания от нескольких секунд до 5 минут, в момент утраты сознания ребенок бледный, отмечается хрипящее дыхание, тонико-клонические судороги. В постсинкопальном периоде - вялость, бледность сонливость.

Анамнез заболевания

Вышеописанные жалобы появились 6 месяцев назад. Всего было 6 синкопальных эпизодов. К моменту приезда бригады скорой медицинской помощи состояние ребенка было стабильным. На ЭКГ ритм синусовый с ЧСС 68 в мин., регистрировалась редкая полиморфная желудочковая экстрасистолия. АД 90/60 мм рт. ст. Уровень глюкозы 4,0 ммоль/л. SpO₂ 98-99%.

При поступлении была выполнена ЭХО-КГ, по результатам которой патология не выявлена.

Комплексное неврологическое обследование с проведением электроэнцефалографии, видео-ЭЭГ-мониторинга, магнитно-резонансной томографии головного мозга патологии не выявило.

Исключена эндокринная патология.

Анамнез жизни

- * ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания на 8 неделе, токсикоза 1 половины
- * роды 1, срочные
- * при рождении масса тела 3160 г, длина тела 50 см
- * период новорожденности: кефалогематома теменной области
- * профилактические прививки выполнены согласно национальному календарю профилактических прививок
- * аллергологический анамнез не отягощен
- * травмы, операции отрицает
- * перенесенные состояния: ОРВИ 2-3 раза в год. Ветряная оспа в 4 года
- * наследственность: не отягощена

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Телосложение астеническое. Рост 125 см. Вес

20 кг. Кожные покровы бледные, чистые. Небные дужки не гиперемированы, небные миндалины не увеличены. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, проводится равномерно во все отделы, хрипов нет. ЧД 18 в мин. Область сердца визуальна не изменена. Границы сердца перкуторно не расширены. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС 72 уд/мин., АД 105/60 мм рт. ст. SpO₂ 99%. Пульсация на бедренных артериях удовлетворительная. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Необходимыми лабораторными методами обследования для уточнения причины возникновения аритмии у данного пациента является выполнение

- более 30
- более 15
- менее 15
- менее 5

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- более 30
- более 15
- менее 15
- менее 5

Результаты инструментальных методов обследования

Для уточнения диагноза пациенту показано выполнение

- более 30
- более 15
- менее 15
- менее 5

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом после первичного обследования является

- более 30
- более 15
- менее 15

- менее 5

Диагноз

Данная нозологическая форма относится заболеваниям из группы

- первичных электрических заболеваний сердца (каналопатий)
- приобретенных пороков сердца
- врожденных пороков сердца
- кардиомиопатий

Причиной синкопальных состояний у данного пациента является развитие

- синус-ареста
- фибрилляции предсердий
- пароксизмальной ортодромной АВ реципрокной тахикардии
- полиморфной двунаправленной желудочковой тахикардии

В качестве немедикаментозной профилактики внезапной сердечной смерти у пациента необходимо в первую очередь

- запретить занятия физкультурой и спортом, ограничить бытовые физические нагрузки
- рекомендовать занятия тилт-тренингом
- исключить прием препаратов, удлиняющих интервал QT
- исключить живые вакцины при проведении вакцинации

Пациенту с катехоламинергической полиморфной желудочковой тахикардией показано назначение

- препаратов IC класса
- сердечных гликозидов
- β -блокаторов
- препаратов вальпроевой кислоты

Имплантация кардиовертера-дефибриллятора при катехоламинергической полиморфной желудочковой тахикардии показана

- бессимптомным пациентам с наличием положительного результата молекулярно – генетического анализа
- пациентам с внезапной остановкой кровообращения в анамнезе
- бессимптомным пациентам
- пациентам с рецидивирующими синкопальными состояниями до назначения терапии β -блокаторами

При рецидиве синкопальных состояний вследствие развития пароксизмов желудочковой тахикардии на фоне приема максимальной дозы β -блокаторов/наличия имплантируемого кардиовертера-дефибриллятора пациенту может быть рекомендована

- левосторонняя симпатэктомия
- радиочастотная абляция субстрата желудочковой аритмии
- отмена медикаментозной терапии
- имплантация электрокардиостимулятора

Больным с имплантированным кардиовертером-дефибриллятором контроль системы ИКД проводится не реже 1 раза в +__+ месяц/месяца/месяцев

- 3
- 12
- 6
- 1

В отсутствие синкопальных состояний мониторинг факторов риска в пубертатном периоде проводится не реже 1 раза в +__+ месяц/месяца/месяцев

- 3
- 12
- 6
- 1

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мальчик 15 лет направлен педиатром по месту жительства на амбулаторный прием к детскому кардиологу в связи с аускультативно выявленной аритмией.

Жалобы

На перебои в работе сердца преимущественно в покое. Синкопальные, пресинкопальные состояния отрицает. Физическую нагрузку переносит удовлетворительно.

Анамнез заболевания

Ребенок ранее кардиологом не наблюдался.

При проведении ЭКГ, ЭХОКГ в декретированные сроки патологии выявлено не было.

При прохождении профилактического осмотра педиатром аускультативно

выявлена аритмия.

Перенесенные накануне инфекционные заболевания, вакцинацию пациент отрицает.

Анамнез жизни

- * Ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне токсикоза в 1 триместре
- * Роды 1, срочные
- * При рождении масса тела 3400 г, длина тела 53 см
- * Период новорожденности без особенностей
- * Профилактические прививки выполнены согласно Национальному календарю профилактических прививок
- * Аллергологический анамнез не отягощен
- * Травмы, операции отрицает
- * Перенесенные состояния: ОРВИ 3-4 раза в год. В 3 года острый гастроэнтерит (амбулаторное лечение). Ветряная оспа в 5 лет
- * Наследственность: У бабушки по линии матери артериальная гипертензия, ИБС. У матери аутоиммунный тиреоидит, эутиреоз

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 173 см. Вес 80 кг. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Небные дужки не гиперемированы, небные миндалины не увеличены. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, проводится равномерно во все отделы, хрипов нет. ЧД 16 в мин. Область сердца визуально не изменена. Границы сердца перкуторно не расширены. Тоны сердца звучные, ритмичные. ЧСС 68 уд/мин., АД 120/70 мм рт. ст. SpO₂ ~ 99%. Пульсация на бедренных артериях удовлетворительная. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 3
- 12
- 6
- 1

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- 3
- 12
- 6
- 1

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая данные лабораторных и инструментальных методов обследования, больному в соответствии с классификацией можно поставить диагноз:

Желудочковая экстрасистолия

- 3
- 12
- 6
- 1

Диагноз

Для уточнения этиологии возникновения аритмии и определения дальнейшей тактики ведения пациенту рекомендовано проведение

- мультиспиральной компьютерной томографии сердца и магистральных сосудов
- стресс-эхокардиографии
- чреспищеводного электрофизиологического обследования
- эхокардиографии

Решение о начале антиаритмической терапии для лечения частой желудочковой экстрасистолии у детей зависит от

- толерантности пациента к физической нагрузке
- длительности существования аритмии
- наличия симптомов заболевания
- циркадности аритмии

Антиаритмическая терапия рекомендована

- бессимптомным пациентам с редкой мономорфной желудочковой экстрасистолией
- пациентам с частой желудочковой экстрасистолией, которая явилась причиной развития аритмогенной дисфункции миокарда
- бессимптомным пациентам с ускоренным идиовентрикулярным ритмом, имеющим нормальную сократительную способность миокарда

- бессимптомным пациентам с частой желудочковой экстрасистолией, имеющим нормальную сократительную способность миокарда

Препаратами первой линии у асимптомных пациентов с частой или полиморфной желудочковой экстрасистолией являются

- антиаритмические препараты I класса
- сердечные гликозиды
- β -блокаторы
- антиаритмические препараты III класса

Антиаритмический препарат для лечения идиопатической желудочковой экстрасистолии считается эффективным, если при его назначении количество одиночных желудочковых экстрасистол за сутки уменьшается более чем на + ___ + %

- 70
- 25
- 30
- 50

К хирургическому методу лечения желудочковой экстрасистолии относится

- имплантация кардиовертера-дефибриллятора
- проведение радиочастотной катетерной аблации дополнительного пути проведения
- проведение радиочастотной катетерной аблации очага желудочковой эктопии
- проведение эндоэлектрофизиологического исследования

Согласно Федеральным клиническим рекомендациям «Желудочковая экстрасистолия у детей» проведение радиочастотной катетерной аблации очага желудочковой эктопии рекомендовано

- бессимптомным пациентам с частой желудочковой экстрасистолией, имеющим нормальную сократительную способность миокарда
- бессимптомным пациентам с ускоренным идиовентрикулярным ритмом, имеющим нормальную сократительную способность миокарда
- пациентам при наличии аритмогенной дисфункции миокарда, обусловленной желудочковой экстрасистолией
- бессимптомным пациентам с редкой полиморфной желудочковой экстрасистолией

Детям с редкой желудочковой экстрасистолией, в отсутствие данных за органическое поражение сердца, динамическое наблюдение осуществляется 1 раз в

- 2 года
- 6 месяцев
- 1 год
- 3 месяца

Больным, получающим длительное лечение антиаритмическими препаратами, ЭКГ должна регистрироваться не реже 1 раза в +__+ месяц/месяца/месяцев

- 2 года
- 6 месяцев
- 1 год
- 3 месяца

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мальчик 15 лет госпитализирован в плановом порядке в кардиологическое отделение в связи с жалобами на рецидивирующие приступы учащенного сердцебиения.

Жалобы

На приступы тахикардии, возникающие 1 раз в 2-3 месяца без явного провоцирующего фактора, имеющие внезапное начало и окончание, продолжительностью от 30 секунд до 30 минут, сопровождающиеся головокружением, потемнением в глазах, слабостью, купирующиеся самостоятельно. Синкопальные состояния отрицает. Физическую нагрузку переносит удовлетворительно.

Анамнез заболевания

Вышеописанные жалобы беспокоят пациента в течение 3 лет.

Ребенок ранее кардиологом не наблюдался.

При проведении ЭКГ, ЭХОКГ в декретированные сроки патологии выявлено не было.

Анамнез жизни

* ребенок от 3 беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания беременности, раскрытие шейки матки на 20 неделе, обвитие пуповиной

* роды самостоятельные, стремительные на 43 неделе

- * длина тела при рождении 51 см, масса 3270 г
- * приложен к груди в первые сутки. Грудное вскармливание до 3 месяцев
- * на 1 году жизни наблюдался с диагнозом: гипоксически-ишемическое поражение ЦНС
- * перенесенные заболевания: инфекционный мононуклеоз в 2005 г (стационарное лечение). Ветряная оспа (на 4 день)
- * операции: пластика грыжи белой линии живота в возрасте 7 лет
- * травмы: отрицает
- * состоит на диспансерном учете у отоларинголога: хронический тонзиллит
- * привит по возрасту согласно Национальному календарю профилактических прививок
- * аллергические реакции отрицает
- * наследственность: у матери и у бабушки по материнской линии сахарный диабет 2 типа

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко
Эмоциональная лабильность выражена. В пространстве и времени ориентирован

Телосложение правильное. Состояние питания удовлетворительное: Вес 60.0 кг; Рост 170.0 см; индекс массы тела 20.8; площадь поверхности тела 1.68 м²

Кожные покровы чистые, обычной окраски. Склеры обычной окраски
Видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Костно-мышечная система развита удовлетворительно, движения в суставах в полном объеме. Зев чистый: миндалины не увеличены. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны, эластичны

Отеки не определяются. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 68 уд/мин ритмичный удовлетворительного наполнения. ЧСС 68 уд/мин. Артериальное давление 110/70 мм рт. ст. При осмотре патологические пульсации не определяются. Пульсации бедренных сосудов отчетливые. Тоны сердца: звучные, ритмичные

Число дыханий в 16 в мин. Грудная клетка правильной формы; дыхание везикулярное проводится равномерно во все отделы, хрипов нет. Язык влажный. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный.

Печень не увеличена. Селезенка не увеличена;

Симптом поколачивания по пояснице отрицательный; Физиологические отправления в норме.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 2 года

- 6 месяцев
- 1 год
- 3 месяца

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- 2 года
- 6 месяцев
- 1 год
- 3 месяца

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая жалобы, данные лабораторных и инструментальных методов обследования, для постановки точного диагноза пациенту требуется проведение

- 2 года
- 6 месяцев
- 1 год
- 3 месяца

Результаты обследования

По результатам обследования у пациента имеет место пароксизмальная + _____ + тахикардия

- 2 года
- 6 месяцев
- 1 год
- 3 месяца

Диагноз

К немедикаментозным методам купирования приступа пароксизмальной АВ узловой реципрокной тахикардии со стабильной гемодинамикой относится

- стимуляция болевых точек (носогубный треугольник, мочка уха)
- перевод пациента в горизонтальное положение
- проведение вагусных проб
- электрическая кардиоверсия

Вагусные приемы наиболее эффективны в первые + _____ + приступа

- 3-4 часа
- 20—25 минут
- 30-40 минут
- 2 часа

Неотложную терапию пароксизмальной АВ узловой реципрокной тахикардии со стабильной гемодинамикой начинают с внутривенного введения

- новокаинамида
- амиодарона
- аденозина
- лидокаина

Для купирования приступа пароксизмальной ортодромной АВ реципрокной тахикардии Аденозин необходимо вводить внутривенно

- в течение 2 минут, предварительно развести в 2 раза раствором S.NaCl 0,9%
- в виде инфузии в течение 30 минут, предварительно развести раствором S.Glucosae 5% 50-100 мл
- очень быстро болюсно, без разведения
- в течение 2 минут, предварительно развести в 2 раза раствором S.Glucosae 5%

К побочным эффектам от внутривенного болюсного введения Аденозина относят

- галлюцинации
- остановку дыхания
- судороги
- тошноту

К хирургическому методу лечения типичной пароксизмальной АВ узловой реципрокной тахикардии относится

- имплантация кардиовертера-дефибриллятора
- радиочастотная катетерная абляция зоны «медленных» путей АВ соединения
- эндоэлектрофизиологическое исследование
- радиочастотная катетерная абляция дополнительного пути проведения

После проведения инвазивного ЭФИ и операции РЧА контрольное обследование проводится через + _____ + месяца/месяцев

- 6 и 8
- 2
- 12
- 2 и 12

Больным, получающим длительное лечение антиаритмическими препаратами, ЭКГ должна регистрироваться не реже 1 раза в + __+ месяцев/месяц/месяца

- 6 и 8
- 2
- 12
- 2 и 12

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мальчик 15 лет госпитализирован для планового обследования в кардиологическое отделение детской больницы в связи с жалобами на рецидивирующие приступы учащенного сердцебиения.

Жалобы

На приступы тахикардии, возникающие 1 раз в 2-3 месяца без явного провоцирующего фактора, имеющие внезапное начало и окончание, продолжительностью от 5 минут до 2 часов, сопровождающиеся головокружением, слабостью, купирующиеся самостоятельно. Синкопальные состояния отрицает. Физическую нагрузку переносит удовлетворительно. Случаев ВСС в молодом возрасте в семье не было.

Анамнез заболевания

Вышеописанные жалобы беспокоят пациента в течение 3 лет.

Ребенок ранее кардиологом не наблюдался.

При проведении ЭКГ, ЭХОКГ в декретированные сроки патологии выявлено не было.

Обследован у невролога: патологии не выявлено.

Анамнез жизни

* ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне орви на 10/11 неделе, гестоза

* роды срочные, самостоятельные

- * длина тела при рождении 54 см, масса 3700 г
- * грудное вскармливание до 9 мес.
- * перенесенные заболевания: ОРВИ 2-3 раза в год. Острый ротавирусный гастроэнтерит в 3 года. Ветряная оспа в возрасте 5 лет
- * операции: аппендэктомия в возрасте 12 лет
- * травмы: отрицает
- * состоит на диспансерном учете у отоларинголога: хронический тонзиллит
- * привит по возрасту согласно Национальному календарю профилактических прививок
- * аллергические реакции отрицает
- * наследственность: у матери пароксизмальная тахикардия?

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко
Эмоциональная лабильность выражена. В пространстве и времени ориентирован

Телосложение правильное. Вес 58.0 кг; рост 172.0 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Склеры обычной окраски

Видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Костно-мышечная система развита удовлетворительно, движения в суставах в полном объеме. Зев чистый: миндалины не увеличены. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны, эластичны

Отеки не определяются. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 78 уд/мин ритмичный удовлетворительного наполнения. ЧСС 78 уд/мин. Артериальное давление 120/80 мм рт. ст. При осмотре патологические пульсации не определяются. Пульсации бедренных сосудов отчетливые. Тоны сердца: звучные, ритмичные

Число дыханий в 17 в мин. Грудная клетка правильной формы; дыхание везикулярное проводится равномерно во все отделы, хрипов нет. Язык влажный. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный; Физиологические отправления в норме.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 6 и 8
- 2
- 12
- 2 и 12

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- 6 и 8
- 2
- 12
- 2 и 12

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая жалобы, данные лабораторных и инструментальных методов обследования, для постановки точного диагноза пациенту требуется проведение

- 6 и 8
- 2
- 12
- 2 и 12

Результаты обследования

По результатам обследования у пациента имеет место пароксизмальная + _____ + тахикардия

- ортодромная АВ реципрокная
- желудочковая
- АВ узловая реципрокная, типичная форма
- антидромная АВ реципрокная

На основании полученных данных окончательный диагноз пациента звучит следующим образом: Синдром WPW, + _____ + тип. Пароксизмальная ортодромная АВ реципрокная тахикардия

- ортодромная АВ реципрокная
- желудочковая
- АВ узловая реципрокная, типичная форма
- антидромная АВ реципрокная

Диагноз

Субстратом для развития тахикардии при данном заболевании является наличие

- дополнительных путей проведения
- эктопического очага возбуждения в предсердии
- эктопического очага возбуждения в атриовентрикулярном соединении
- дуализма атриовентрикулярного соединения

К немедикаментозным методам купирования приступа пароксизмальной ортодромной АВ реципрокной тахикардии со стабильной гемодинамикой относятся

- проведение вагусных проб
- стимуляция болевых точек (носогубный треугольник, мочка уха)
- электрическая кардиоверсия
- перевод пациента в горизонтальное положение

Неотложную терапию пароксизмальной ортодромной АВ реципрокной тахикардии со стабильной гемодинамикой начинают с внутривенного введения

- лидокаина
- аденозина
- амиодарона
- новокаинамида

Для купирования приступа пароксизмальной ортодромной АВ реципрокной тахикардии Аденозин необходимо вводить внутривенно

- в течение 2 минут, предварительно развести в 2 раза раствором S.Glucosae 5%
- очень быстро болюсно, без разведения
- в виде инфузии в течение 30 минут, предварительно развести раствором S.Glucosae 5% 50-100 мл
- в течение 2 минут, предварительно развести в 2 раза раствором S.NaCl 0,9%

К побочным эффектам от внутривенного болюсного введения Аденозина относят

- галлюцинации
- остановку дыхания
- судороги
- головокружение

К хирургическому методу лечения пароксизмальной ортодромной АВ реципрокной тахикардии относится

- эндоэлектрофизиологическое исследование
- радиочастотная катетерная абляция зоны «медленных» путей АВ соединения
- радиочастотная катетерная абляция дополнительного пути проведения
- имплантация кардиовертера-дефибриллятора

После проведения инвазивного ЭФИ и операции РЧА контрольное обследование проводится через + _____ + месяца/месяцев

- эндоэлектрофизиологическое исследование
- радиочастотная катетерная абляция зоны «медленных» путей АВ соединения
- радиочастотная катетерная абляция дополнительного пути проведения
- имплантация кардиовертера-дефибриллятора

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мальчик 14 лет госпитализирован для планового обследования в кардиологическое отделение детской больницы в связи с жалобами на рецидивирующие приступы учащенного сердцебиения.

Жалобы

На приступы сердцебиений с внезапным началом и окончанием приступов, с периодичностью от 1 раза в 2 недели до 1 раза в 1 месяц, продолжительностью от 2 минут до 2 часов, купирующиеся глубоким вдохом или самостоятельно. Во время приступов — слабость, бледность, ощущение нехватки воздуха. Дважды мать подсчитывала ЧСС во время приступов - 170-180 в мин. и однократно заметила внезапность окончания приступа с переходом к ЧСС 120 в мин. Синкопальные состояния отрицает. Физическую нагрузку переносит удовлетворительно.

Анамнез заболевания

Ребенок ранее кардиологом не наблюдался.

Вышеописанные жалобы начали беспокоить пациента в течение последних 6 месяцев.

По ЭКГ выявлено укорочение PQ-интервала до 70 мс и наличие дельта волны.

По Холтеру ЭКГ ритм синусовый, ЧСС адекватная, постоянно регистрируется укорочение PQ-интервала до 70 мс и наличие дельта волны в комплексе QRS?

Патологических эктопических нарушений ритма, патологических пауз не выявлено.

По данным ЭХОКГ врожденных пороков сердца, нарушений гемодинамики не выявлено.

Анамнез жизни

- * ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне ОРВИ на 12/13 неделе, гестоза
- * роды срочные, самостоятельные
- * длина тела при рождении 54 см, масса 3670 г
- * перенесенные заболевания: ОРВИ 2-3 раза в год. Острый ротавирусный гастроэнтерит в 2 года. Ветряная оспа в возрасте 7 лет
- * операции, травмы: отрицает
- * состоит на диспансерном учете у отоларинголога хронический тонзиллит
- * привит по возрасту согласно Национальному календарю профилактических прививок
- * аллергические реакции отрицает
- * наследственность: у матери пароксизмальная тахикардия?
- * случаев внезапной сердечной смерти в молодом возрасте в семье не было

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко
Эмоциональная лабильность выражена. В пространстве и времени ориентирован

Телосложение правильное. Состояние питания повышенное. Вес 67.0 кг, рост 172.0 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Склеры обычной окраски
Видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Костно-мышечная система развита удовлетворительно, движения в суставах в полном объеме. Зев чистый: миндалины не увеличены. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны, эластичны

Отеки не определяются. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 68 уд/мин ритмичный удовлетворительного наполнения. ЧСС 68 уд/мин. АД давление 120/70 мм рт. ст. При осмотре патологические пульсации не определяются. Пульсации бедренных сосудов отчетливые. Тоны сердца: звучные, ритмичные
Число дыханий в 16 в мин. Грудная клетка правильной формы; дыхание везикулярное проводится равномерно во все отделы, хрипов нет. Язык влажный. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не увеличена.

Симптом поколачивания по пояснице отрицательный. Физиологические отправления в норме.

Учитывая жалобы пациента, необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- эндоэлектрофизиологическое исследование
- радиочастотная катетерная абляция зоны «медленных» путей АВ соединения
- радиочастотная катетерная абляция дополнительного пути проведения
- имплантация кардиовертера-дефибриллятора

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- эндоэлектрофизиологическое исследование
- радиочастотная катетерная абляция зоны «медленных» путей АВ соединения
- радиочастотная катетерная абляция дополнительного пути проведения
- имплантация кардиовертера-дефибриллятора

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая данные лабораторных и инструментальных методов обследования, для постановки точного диагноза пациенту требуется проведение

- эндоэлектрофизиологическое исследование
- радиочастотная катетерная абляция зоны «медленных» путей АВ соединения
- радиочастотная катетерная абляция дополнительного пути проведения
- имплантация кардиовертера-дефибриллятора

Результаты обследования

По результатам обследования у пациента имеет место пароксизмальная + _____ + тахикардия

- антидромная АВ реципрокная
- ортодромная АВ реципрокная
- предсердная
- АВ узловая реципрокная, типичная форма

На основании полученных данных окончательный диагноз пациента звучит следующим образом: Синдром WPW, + _____ + тип.

Пароксизмальная ортодромная АВ реципрокная тахикардия

- антидромная АВ реципрокная
- ортодромная АВ реципрокная

- предсердная
- АВ узловая реципрокная, типичная форма

Диагноз

Субстратом для развития тахикардии при данном заболевании является наличие

- дуализма атриовентрикулярного соединения
- эктопического очага возбуждения в предсердии
- эктопического очага возбуждения в атриовентрикулярном соединении
- дополнительных путей проведения

К немедикаментозным методам купирования приступа пароксизмальной ортодромной АВ реципрокной тахикардии со стабильной гемодинамикой относится

- перевод пациента в горизонтальное положение
- электрическая кардиоверсия
- стимуляция болевых точек (носогубный треугольник, мочка уха)
- проведение вагусных проб

Неотложную терапию пароксизмальной ортодромной АВ реципрокной тахикардии со стабильной гемодинамикой начинают с внутривенного введения

- амиодарона
- аденозина
- новокаинамида
- лидокаина

Для купирования приступа пароксизмальной ортодромной АВ реципрокной тахикардии Аденозин необходимо вводить внутривенно

- в течение 2 минут, предварительно развести в 2 раза раствором S.Glucosae 5%
- в течение 2 минут, предварительно развести в 2 раза раствором S.NaCl 0,9%
- очень быстро болюсно, без разведения
- в виде инфузии в течение 30 минут, предварительно развести раствором S.Glucosae 5% 50-100 мл

К побочным эффектам от внутривенного болюсного введения Аденозина относят

- головокружение
- галлюцинации
- остановку дыхания
- судороги

К хирургическому методу лечения пароксизмальной ортодромной АВ реципрокной тахикардии относится

- радиочастотная катетерная абляция зоны «медленных» путей АВ соединения
- имплантация кардиовертера-дефибриллятора
- эндоэлектрофизиологическое исследование
- радиочастотная катетерная абляция дополнительного пути проведения

После проведения инвазивного ЭФИ и операции РЧА контрольное обследование проводится через + _____ + месяца/месяцев

- радиочастотная катетерная абляция зоны «медленных» путей АВ соединения
- имплантация кардиовертера-дефибриллятора
- эндоэлектрофизиологическое исследование
- радиочастотная катетерная абляция дополнительного пути проведения

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девочка, 13 лет направлена на амбулаторный прием к детскому кардиологу в связи с аускультативно выявленной аритмией педиатром по месту жительства.

Жалобы

На перебои в работе сердца преимущественно в покое. Синкопальные, пресинкопальные состояния отрицает. Физическую нагрузку переносит удовлетворительно.

Анамнез заболевания

Ребенок ранее кардиологом не наблюдался.

При проведении ЭКГ, ЭХОКГ в декретированные сроки патологии выявлено не было.

При прохождении профилактического осмотра педиатром аускультативно выявлена аритмия.

Перенесенные накануне инфекционные заболевания, вакцинацию пациент отрицает.

Анамнез жизни

- * Ребенок от 2 беременности, протекавшей на фоне токсикоза, анемии в 1 триместре
- * Роды 1, срочные
- * При рождении масса тела 3200 г, длина 52 см
- * Период новорожденности без особенностей
- * Профилактические прививки выполнены согласно Национальному календарю профилактических прививок
- * Аллергологический анамнез не отягощен
- * Травмы, операции отрицает
- * Детские инфекции: ветряная оспа в 8 лет
- * Перенесенные состояния: ОРВИ 3-4 раза в год. В 2 года острый гастроэнтерит (амбулаторное лечение). В 8 лет инфекционный мононуклеоз
- * Наследственность: Бабушка по линии матери артериальная гипертензия, ИБС. У матери гипертоническая болезнь

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 148 см. Вес 42 кг. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Небные дужки не гиперемированы, небные миндалины не увеличены. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, проводится равномерно во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца звучные, аритмичные. ЧСС 74 уд/мин, АД 110/70 мм рт. ст. SpO₂ ~ 99%. Пульсация на бедренных артериях удовлетворительная. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- радиочастотная катетерная абляция зоны «медленных» путей АВ соединения
- имплантация кардиовертера-дефибриллятора
- эндоэлектрофизиологическое исследование
- радиочастотная катетерная абляция дополнительного пути проведения

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- радиочастотная катетерная абляция зоны «медленных» путей АВ соединения
- имплантация кардиовертера-дефибриллятора

- эндоэлектрофизиологическое исследование
- радиочастотная катетерная абляция дополнительного пути проведения

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая данные лабораторных и инструментальных методов обследования, больному, согласно классификации, можно поставить диагноз: Желудочковая экстрасистолия

- радиочастотная катетерная абляция зоны «медленных» путей АВ соединения
- имплантация кардиовертера-дефибриллятора
- эндоэлектрофизиологическое исследование
- радиочастотная катетерная абляция дополнительного пути проведения

Диагноз

Для уточнения этиологии возникновения аритмии и определения дальнейшей тактики ведения пациенту рекомендовано проведение

- мультиспиральной компьютерной томографии сердца и магистральных сосудов
- чреспищеводного электрофизиологического обследования
- эхокардиографии
- стресс-эхокардиографии

Решение о старте антиаритмической терапии для лечения частой желудочковой экстрасистолии у детей зависит от возраста, наличия симптомов заболевания, наличия сопутствующей патологии сердца и

- циркадности аритмии
- длительности существования аритмии
- толерантности пациента к физической нагрузке
- гемодинамических влияний желудочковой экстрасистолии

Антиаритмическая терапия рекомендована

- бессимптомным пациентам с редкой мономорфной желудочковой экстрасистолией.
- детям с частой желудочковой экстрасистолией, которая явилась причиной развития аритмогенной дисфункции миокарда
- всем бессимптомным пациентам с частой желудочковой экстрасистолией, имеющим нормальную сократительную способность миокарда

- всем бессимптомным пациентам с ускоренным идиовентрикулярным ритмом, имеющим нормальную сократительную способность миокарда

Препаратами первой линии у асимптомных пациентов с частой или полиморфной желудочковой экстрасистолией являются

- антиаритмические препараты III класса
- антиаритмические препараты I класса
- β -блокаторы
- сердечные гликозиды

Антиаритмический препарат для лечения идиопатической желудочковой экстрасистолии считается эффективным, если при его назначении количество одиночных желудочковых экстрасистол за сутки уменьшается более чем на +__+ %

- 25
- 30
- 70
- 50

К хирургическому методу лечения желудочковой экстрасистолии относится

- радиочастотная катетерная абляция дополнительного пути проведения
- радиочастотная катетерная абляция очага желудочковой эктопии
- имплантация кардиовертера-дефибриллятора
- эндоэлектрофизиологическое исследование

Проведение радиочастотной катетерной абляции очага желудочковой эктопии рекомендовано

- всем бессимптомным пациентам с частой желудочковой экстрасистолией, имеющим нормальную сократительную способность миокарда
- при наличии у пациента аритмогенной дисфункции миокарда, обусловленной желудочковой экстрасистолией
- всем бессимптомным пациентам с ускоренным идиовентрикулярным ритмом, имеющим нормальную сократительную способность миокарда
- бессимптомным пациентам с редкой полиморфной желудочковой экстрасистолией.

Детям с редкой ЖЭ, в отсутствие данных за органическое поражение сердца, динамическое наблюдение осуществляется 1 раз в

- 3 месяца
- год
- 2 года
- 6 месяцев

Больным, получающим длительное лечение антиаритмическими препаратами, ЭКГ должна регистрироваться не реже 1 раза в +__+ месяц/месяца/месяцев

- 3 месяца
- год
- 2 года
- 6 месяцев

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девочка 16 лет госпитализирована в плановом порядке в кардиологическое отделение в связи с жалобами на рецидивирующие приступы учащенного сердцебиения.

Жалобы

На приступы тахикардии, возникающие 1 раз в месяц без явного провоцирующего фактора, имеющие внезапное начало и окончание, продолжительностью от 20 минут до 2 часов, сопровождающиеся головокружением, потемнением в глазах, слабостью, купирующиеся самостоятельно. Синкопальные состояния отрицает. Физическую нагрузку переносит удовлетворительно.

Анамнез заболевания

Вышеописанные жалобы беспокоят пациентку в течение последнего года. Ребенок ранее кардиологом не наблюдался.

При проведении ЭКГ, ЭХОКГ в декретированные сроки патологии выявлено не было.

Анамнез жизни

- * ребенок от 1 беременности, угроза прерывания беременности на ранних сроках
- * роды срочные, самостоятельные
- * длина тела при рождении 52 см, масса 3600 г
- * приложена к груди в первые сутки
- * грудное вскармливание до 10 мес., прикормы с 6 месяцев

- * на 1 году жизни наблюдалась с диагнозом: гипоксически-ишемическое поражение ЦНС
- * перенесенные заболевания: ОРВИ 3-4 раза в год
- * детские инфекции: ветряная оспа (на 4 день)
- * операции: отрицает
- * травмы: перелом костей левого предплечья в 12 лет
- * состоит на диспансерном учете у отоларинголога хронический тонзиллит
- * привит по возрасту согласно Национальному календарю профилактических прививок
- * аллергические реакции отрицает
- * наследственность: у матери и у бабушки по материнской линии артериальная гипертензия

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко
Эмоциональная лабильность выражена. В пространстве и времени ориентирован

Телосложение правильное. Состояние питания удовлетворительное: Вес 54.0 кг; рост 164.0 см

Кожные покровы чистые, обычной окраски. Склеры обычной окраски
Видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Костно-мышечная система развита удовлетворительно, движения в суставах в полном объеме. Зев чистый: миндалины не увеличены. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны, эластичны

Отеки не определяются. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 72 уд/мин ритмичный удовлетворительного наполнения. ЧСС 72 уд/мин. АД 120/70 мм рт. ст. При осмотре патологические пульсации не определяются. Пульсации бедренных сосудов отчетливые. Тоны сердца: звучные, ритмичные
Число дыханий в 16 в мин. Грудная клетка правильной формы; дыхание везикулярное проводится равномерно во все отделы, хрипов нет. Язык влажный. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не увеличена.

Симптом поколачивания по пояснице отрицательный. Физиологические отправления в норме.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 3 месяца
- год
- 2 года
- 6 месяцев

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- 3 месяца
- год
- 2 года
- 6 месяцев

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая данные лабораторных и инструментальных методов обследования, для постановки точного диагноза пациенту требуется проведение

- 3 месяца
- год
- 2 года
- 6 месяцев

Результаты обследования

По результатам обследования у пациента имеет место

- 3 месяца
- год
- 2 года
- 6 месяцев

Диагноз

Субстратом для развития данного типа аритмии является

- дуализм атриовентрикулярного соединения
- эктопический очаг в атриовентрикулярном соединении
- эктопический очаг в миокарде предсердий
- дополнительный путь проведения

К немедикаментозным методам купирования приступа пароксизмальной АВ узловой реципрокной тахикардии со стабильной гемодинамикой относится

- проведение вагусных проб
- стимуляция болевых точек (носогубный треугольник, мочка уха)
- перевод пациента в горизонтальное положение

- электрическая кардиоверсия

Вагусные приемы наиболее эффективны в первые + _____ + приступа

- 20—25 минут
- 2 часа
- 3-4 часа
- 30-40 минут

Неотложную терапию пароксизмальной АВ узловой реципрокной тахикардии со стабильной гемодинамикой начинают с внутривенного введения

- аденозина
- лидокаина
- амиодарона
- новокаинамида

К побочным эффектам от внутривенного болюсного введения Аденозина относят

- судороги
- галлюцинации
- остановку дыхания
- тошноту

К хирургическому методу лечения типичной пароксизмальной АВ узловой реципрокной тахикардии относится

- имплантация кардиовертера-дефибриллятора
- радиочастотная катетерная абляция зоны «медленных» путей АВ соединения
- радиочастотная катетерная абляция дополнительного пути проведения
- эндоэлектрофизиологическое исследование

После проведения инвазивного ЭФИ и операции РЧА контрольное обследование проводится через + _____ + месяца/месяцев

- 2
- 12
- 6 и 8
- 2 и 12

Больным, получающим длительное лечение антиаритмическими препаратами, ЭКГ должна регистрироваться не реже 1 раза в +_____+ месяцев/месяц/месяца

- 2
- 12
- 6 и 8
- 2 и 12

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девочка 14 лет переведена из стационара по месту жительства в специализированную клинику в связи с прогрессированием симптомов хронической сердечной недостаточности, сложными нарушениями ритма сердца.

Жалобы

На одышку при минимальной физической активности, слабость, ощущение сердцебиения.

Анамнез заболевания

Впервые обратилась к кардиологу с жалобами на повышенную утомляемость 2 года назад.

Аускультативно на приеме были выслушаны аритмичные тоны, в связи с чем была госпитализирована в кардиологическое отделение в больницу по месту жительства.

После проведения комплексного обследования по данным ЭКГ, суточного мониторирования ЭКГ зарегистрирована частая желудочковая экстрасистолия.

По данным эхокардиографического исследования выявлена минимальная дилатация полости правого желудочка. Назначена терапия β -блокаторами, ингибиторами АПФ с положительным эффектом (уменьшение количества экстрасистол)

В динамике отмечается прогрессирование дилатации полости правого желудочка, нарушения ритма сердца представлены частой желудочковой экстрасистолией, неустойчивыми пароксизмами желудочковой тахикардии. В настоящее время эффекта от проводимой антиаритмической терапии нет. Синкопальные состояния отрицает.

Наследственность отягощена по внезапной сердечной смерти: сестра матери умерла во время утренней пробежки в возрасте 29 лет.

Анамнез жизни

- * ребенок от 4 беременности, протекавшей на фоне токсикоза в 1 триместре
- * роды 2, срочные
- * при рождении масса тела 2850 г, длина тела 52 см
- * период новорожденности — отставание в психомоторном развитии
- * профилактические прививки выполнены по индивидуальному плану
- * аллергологический анамнез не отягощен
- * травмы, операции отрицает
- * «детские» инфекции: ветряная оспа в 1 год
- * перенесенные состояния: ОРВИ 3-4 раз в год. В 5 лет вирусный гепатит А (стационарное лечение)
- * Наследственность: у бабушки по линии матери — ИБС. У матери — артериальная гипертензия. Сестра матери умерла во время утренней пробежки в возрасте 29 лет. У отца девочки — сахарный диабет 2 типа.

Объективный статус

Состояние средней тяжести, стабильное. Сознание ясное. Вес 64 кг. Рост 170 см. Кожные покровы бледные, чистые. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Периферические отеки голеней, стоп. В легких дыхание жесткое, равномерно проводится во все отделы. Тоны сердца приглушены, аритмичные. ЧСС 56-72 уд/мин., АД 90/55 мм рт. ст. SpO₂ ~ 99%. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень выступает на + 3,0 см из-под реберной дуги, плотная, край печени острый. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Перкуторно признаки асцита не выявляются.

К необходимым для динамического контроля состояния лабораторным методам обследования относят определение

- 2
- 12
- 6 и 8
- 2 и 12

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым инструментальным методам обследования относят

- 2
- 12
- 6 и 8
- 2 и 12

Результаты инструментальных методов обследования

На основании анамнеза, физикального обследования, данных лабораторного, инструментального обследования наиболее вероятным предполагаемым диагнозом у данной пациентки является

- 2
- 12
- 6 и 8
- 2 и 12

Диагноз

Наиболее перспективным визуализирующим методом диагностики аритмогенной дисплазии правого желудочка является

- стресс-эхокардиография
- позитронно-эмиссионная томография
- рентгенография органов грудной клетки
- магнитно-резонансная томография

Характерным признаком при гистологическом исследовании биоптатов у пациентов с аритмогенной дисплазией правого желудочка является + _____ + миокарда

- интерстициальный отек
- инфильтрация макрофагами
- жировая инфильтрация миокарда
- гипертрофия кардиомиоцитов

У пациентов с аритмогенной дисплазией правого желудочка продолжительность желудочковых комплексов в правых грудных отведениях может превышать продолжительность QRS-комплексов в левых грудных отведениях и составляет + ____ + мсек и более

- 90
- 110
- 100
- 80

Одним из эхокардиографических критериев аритмогенной дисплазии правого желудочка является

- локальное выпячивание и дискинезия нижней стенки или верхушки сердца
- недостаточность трикуспидального клапана 1 степени
- дилатация правого предсердия
- повышение расчётного систолического давления в лёгочной артерии

Одним из основных методов лечения у пациентов с аритмогенной дисплазией правого желудочка является

- назначение дезагрегантной терапии
- подбор эффективной антиаритмической терапии
- коррекция водно-электролитного баланса
- применение метаболической терапии

Проведение радиочастотной катетерной аблации показано пациентам с аритмогенной дисплазией правого желудочка при наличии

- редкой желудочковой экстрасистолии
- предсердной экстрасистолии
- неустойчивой мономорфной желудочковой тахикардии
- устойчивой желудочковой тахикардии

Оценка эффективности терапии в амбулаторно-поликлинических условиях должна проводиться 1 раз в +__+ месяца/месяцев

- 3
- 6
- 9
- 12

Пациент с диагностированной аритмогенной дисплазией правого желудочка находится на диспансерном наблюдении детского кардиолога до достижения возраста +____+ лет

- 18
- 12
- 16
- 14

Основной причиной смерти у пациентов с аритмогенной дисплазией правого желудочка является

- 18
- 12

- 16
- 14

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мальчик в возрасте 14 лет направлен детским кардиологом в детскую многопрофильную больницу для обследования.

Жалобы

На эпизоды головных болей без тошноты и рвоты, слабость и одышку после физической нагрузки, боли в области сердца. Также мальчик отмечает два эпизода головокружения на высоте физической нагрузке. Синкопальные состояния отрицает.

Анамнез заболевания

Данные жалобы возникли месяц назад, осмотрен участковым педиатром, выслушан систолический шум сердца. Направлен к кардиологу по месту жительства. Ранее на выполненных в декретированные сроки эхокардиографии и электрокардиографии — патологических изменений выявлено не было.

На приеме у кардиолога, выслушан систолический шум. АД на левой руке 120/90 мм рт. ст. на правой - 125/85 мм рт. ст. На ЭКГ синусовая брадикардия с ЧСС 49 в минуту, нарушение процессов реполяризации.

Комплексное неврологическое обследование патологии не выявило.

Исключена эндокринная патология.

Рекомендовано пройти комплексное кардиологическое обследование в рамках стационара.

Анамнез жизни

- * ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне угрозы токсикоза 2 половины беременности
- * роды 1, преждевременные, на сроке 34 недели
- * при рождении масса тела 2450 г, длина тела 48 см, по шкале Апгар 6/7 баллов
- * профилактические прививки по национальному календарю
- * аллергологический анамнез не отягощен
- * травмы, операции отрицает
- * «детские» инфекции: ветряная оспа в возрасте 4 лет
- * перенесенные состояния: ОРВИ 3-4 раза в год, бронхит год назад
- * наследственность отягощена: у бабушки по материнской линии — гипертоническая болезнь с 26 лет.
- * случаи ВСС у лиц молодого возраста в семье: старший брат мамы в 32 года

утонул (обстоятельства неизвестны, по результатам патологоанатомического обследования – со слов матери кардиомиопатия).

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 67 кг, рост 170 см. Кожные покровы физиологической окраски. Небные дужки не гиперемированы, небные миндалины не увеличены. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, проводится равномерно во все отделы, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца звучные, ритмичные. При аускультации сердца выслушивается грубый систолический шум по левому краю грудины с эпицентром на верхушке сердца. ЧСС 60 уд/мин., АД 120/85 мм рт.ст. SpO₂ ~ 98%. Пульсация на бедренных артериях удовлетворительная. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличена. Физиологические отправления в норме.

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- 18
- 12
- 16
- 14

Результаты инструментальных методов обследования

Наиболее вероятным диагнозом после первичного обследования является Кардиомиопатия

- 18
- 12
- 16
- 14

Диагноз

Наиболее информативным методом обследования для верификации формы предполагаемого диагноза по гемодинамическим параметрам является

- эхокардиография
- суточное мониторирование ЭКГ
- электрокардиография
- рентгенография органов грудной клетки

К критериям УЗИ-диагностики обструктивной формы гипертрофической кардиомиопатии не относится

- систолическая дисфункция миокарда
- переднесистолическое движение передней створки митрального клапана
- митральная регургитация
- размер МЖП у детей ≥ 2 -х стандартных отклонений ($z \text{ score} \leq 2$) принятых норм для данного пола, возраста

При данной патологии характерной аускультативной картиной является + _____ + шум(а)

- диастолический
- отсутствие
- грубый систолический
- систоло-диастолический

При постановке диагноза Гипертрофическая кардиомиопатия рекомендуется выполнить + _____ + исследование

- генетическое
- вирусологическое
- серологическое
- бактериологическое

ЭХОКГ критерием обструктивной формы гипертрофической кардиомиопатии является ускорение кровотока в ВОЛЖ с градиентом в покое, превышающим или равным + ___ + мм рт. ст

- 30
- 15
- 25
- 20

Основой терапии при обструктивной гипертрофической кардиомиопатии является назначение

- ингибиторов АПФ
- диуретиков
- блокаторов рецепторов ангиотензина
- β -блокаторов

При обструктивной форме гипертрофической кардиомиопатии рекомендованная доза Атенолола для детей составляет + _____ + мг/кг/сутки в 2 приема

- 2-5
- 0,8–1
- 0,2-0,5
- 1,5-2

При отсутствии клинического эффекта от медикаментозной терапии, при наличии выраженной латентной обструкции выходного отдела левого желудочка и значительных клинических проявлений показано/показана

- терапия препаратами L-карнитина
- хирургическое лечение
- имплантация кардиовертера – дефибриллятора
- динамическое наблюдение без терапии

Показанием к имплантации кардиовертера – дефибриллятора у больных с гипертрофической кардиомиопатией является

- наличие признаков проведения по дополнительному пути
- наличие рецидивирующих синкопальных состояний до назначения терапии β -блокаторами
- остановка сердца вследствие желудочковой тахикардии в анамнезе
- наличие положительного результата молекулярно – генетического анализа

Кратность наблюдения у детей с обструктивной гипертрофической кардиомиопатией и с имплантированным кардиовертером-дефибриллятором составляет 1 раз в + ____ + месяца/месяцев

- наличие признаков проведения по дополнительному пути
- наличие рецидивирующих синкопальных состояний до назначения терапии β -блокаторами
- остановка сердца вследствие желудочковой тахикардии в анамнезе
- наличие положительного результата молекулярно – генетического анализа

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мальчик 15 лет направлен на амбулаторный прием к детскому кардиологу в связи с возникшим синкопальным состоянием.

Жалобы

На сердцебиение, одышку при физической нагрузке, однократное синкопальное состояние во время бега.

Анамнез заболевания

Ребенок ранее кардиологом не наблюдался.

При проведении ЭКГ, ЭХОКГ в декретированные сроки патологии выявлено не было.

2 дня назад на уроке физической культуры во время сдачи кросса резко потемнело в глазах, мальчик почувствовал испуг и потерял сознание. Со слов окружающих, мальчик побледнел, судорог во время обморока не было.

Перенесенные накануне инфекционные заболевания, вакцинацию пациент отрицает.

Анамнез жизни

- * ребенок от 2 беременности, протекавшей на фоне токсикоза в 3 триместре
- * роды 1, срочные. при рождении масса тела 3800 г, длина 54 см
- * период новорожденности без особенностей
- * профилактические прививки выполнены согласно Национальному календарю профилактических прививок
- * Аллергологический анамнез не отягощен
- * травмы: перелом лучевой кости на правой руке в возрасте 10 лет
- * «детские» инфекции: ветряная оспа в 5 лет, скарлатина в 8 лет (амбулаторное лечение)
- * перенесенные состояния: ОРВИ 3-4 раза в год. Острый тонзиллит в возрасте 5, 6, 8 лет. (амбулаторное лечение)
- * наследственность: у бабушки по линии матери артериальная гипертензия, ИБС. У матери артериальная гипертензия.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 182 см. Вес 78 кг. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Небные дужки не гиперемированы, небные миндалины не увеличены. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, проводится равномерно во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Грубый систолический шум вдоль левого края грудины. ЧСС 62 уд/мин., АД 130/70 мм рт. ст. SpO₂ ~ 99%. Пульсация на бедренных артериях удовлетворительная. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Мочеиспускание безболезненное, стул регулярный.

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- наличие признаков проведения по дополнительному пути
- наличие рецидивирующих синкопальных состояний до назначения терапии β -блокаторами
- остановка сердца вследствие желудочковой тахикардии в анамнезе
- наличие положительного результата молекулярно – генетического анализа

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая данные анамнеза, объективного осмотра, инструментальных методов обследования, больному можно поставить диагноз

Гипертрофическая кардиомиопатия, + _____ + форма

- наличие признаков проведения по дополнительному пути
- наличие рецидивирующих синкопальных состояний до назначения терапии β -блокаторами
- остановка сердца вследствие желудочковой тахикардии в анамнезе
- наличие положительного результата молекулярно – генетического анализа

Диагноз

При подозрении на гипертрофическую кардиомиопатию, обусловленную нарушением обмена веществ, митохондриальной патологией показано проведение специфических тестов, включающих определение уровня

- ретинола
- оксигемоглобина
- лактата и пирувата
- аденозинтрифосфата

По данным эхокардиографии при обструктивной форме гипертрофической кардиомиопатии градиент давления в покое равен или превышает + _____ + мм рт. ст

- 40
- 30
- 20
- 50

Наиболее информативным методом исследования в диагностике верхушечной формы заболевания и гипертрофии нижней части межжелудочковой перегородки и правого желудочка является

- чрезнащеводная эхокардиография
- позитронно-эмиссионная томография миокарда
- магнитно-резонансная томография сердца
- нагрузочный тест

Основу терапии у пациентов с гипертрофической кардиомиопатией составляют препараты с + _____ + действием

- положительным дромотропным
- отрицательным инотропным
- положительным инотропным
- отрицательным батмотропным

β-адреноблокаторы при гипертрофической кардиомиопатии назначаются с целью

- уменьшения потребности миокарда в кислороде
- улучшения сократительной способности миокарда левого желудочка
- повышения общего периферического сосудистого сопротивления
- снижения преднагрузки

Доза Атенолола для данного пациента составляет

- 15-20 мг/сутки в два приема
- 25 мг/сутки в один прием
- 25-50 мг/сутки в два приема
- 15-20 мг/сутки в один прием

При тяжёлых нарушениях ритма у пациентов с гипертрофической кардиомиопатией предпочтение отдается антиаритмическим препаратам + _____ + класса

- I
- IV
- II
- III

Имплантация кардиовертера-дефибриллятора пациентам детского возраста с гипертрофической кардиомиопатией показана при наличии

- анамнеза остановки сердца вследствие желудочковой тахикардии
- пароксизмов предсердной тахикардии, компенсируемых эффективной антиаритмической терапией
- редких неустойчивых пароксизмов желудочковой тахикардии, компенсируемых эффективной антиаритмической терапией
- частой желудочковой экстрасистолии

Хирургическое лечение показано при отсутствии клинического эффекта от активной медикаментозной терапии у симптомных больных с выраженной асимметричной гипертрофией межжелудочковой перегородки и субаортальным градиентом давления в покое, равным + _____ + мм рт. ст. и более

- 40
- 35
- 50
- 45

К критериям риска внезапной смерти у пациентов с гипертрофической кардиомиопатией относится молодой возраст с наличием

- 40
- 35
- 50
- 45

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мальчик 14 лет направлен детским кардиологом на стационарное обследование в связи синкопальным состоянием на фоне физической нагрузки.

Жалобы

На сердцебиение, одышку при физической нагрузке, однократное синкопальное состояние во время бега.

Анамнез заболевания

Ребенок ранее кардиологом не наблюдался.

При проведении ЭКГ, ЭХОКГ в декретированные сроки патологии выявлено не было.

2 дня назад на уроке физической культуры во время сдачи кросса резко потемнело в глазах, мальчик почувствовал сердцебиение и потерял сознание. Со слов окружающих, мальчик побледнел, судорог во время обморока не было.

Перенесенные накануне инфекционные заболевания, вакцинацию пациент отрицает.

Анамнез жизни

- * Ребенок от 2 беременности, протекавшей на фоне токсикоза в 3 триместре
- * Роды 1, срочные. При рождении масса тела 3800 г, длина тела 54 см
- * Период новорожденности без особенностей
- * Профилактические прививки выполнены согласно Национальному календарю профилактических прививок
- * Аллергологический анамнез не отягощен
- * Травмы отрицает
- * «Детские» инфекции: ветряная оспа в 5 лет, скарлатина в 8 лет (амбулаторное лечение)
- * Перенесенные состояния: ОРВИ 3-4 раза в год. Острый тонзиллит в возрасте 5, 6, 8 лет (амбулаторное лечение)
- * Наследственность: у матери артериальная гипертензия

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 166 см. Вес 52 кг. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Небные дужки не гиперемированы, небные миндалины не увеличены. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, проводится равномерно во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Грубый систолический шум вдоль левого края грудины. ЧСС 64 уд/мин., АД 130/70 мм рт. ст. SpO₂ ~ 99%. Пульсация на бедренных артериях удовлетворительная. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Мочеиспускание безболезненное, стул регулярный.

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- 40
- 35
- 50
- 45

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая данные анамнеза, объективного осмотра, инструментальных методов обследования, больному можно поставить диагноз Гипертрофическая кардиомиопатия, + _____ + форма

- 40
- 35
- 50
- 45

Диагноз

В основе развития гипертрофической кардиомиопатии наиболее часто лежат патогенные варианты в генах, кодирующих белки

- белки цитоскелета
- сократительные белки саркомера
- белки ядерной оболочки
- белки ионных каналов

По данным эхокардиографии при обструктивной форме гипертрофической кардиомиопатии градиент давления в покое равен или превышает + _____ + мм рт. ст

- 30
- 50
- 40
- 20

Наиболее точно оценить морфологические изменения, оценить распространенность и выраженность гипертрофии миокарда позволяет

- чрезпищеводная эхокардиография
- стресс-эхокардиография
- позитронно-эмиссионная томография миокарда
- магнитно-резонансная томография сердца

Основу терапии у пациентов с гипертрофической кардиомиопатией составляют препараты с + _____ + действием

- отрицательным инотропным
- положительным батмотропным
- положительным инотропным
- положительным дромотропным

β-адреноблокаторы при гипертрофической кардиомиопатии назначаются с целью

- уменьшения потребности миокарда в кислороде

- повышения общего периферического сосудистого сопротивления
- улучшения сократительной способности миокарда левого желудочка
- снижения преднагрузки

Доза Атенолола для данного пациента составляет

- 5 мг/сутки в один прием
- 25-50 мг/сутки в два приема
- 5-10 мг/сутки в один прием
- 15-20 мг/сутки в два приема

При получении данных о наличии патогенной мутации, ассоциированной с развитием гипертрофической кардиомиопатии, данный пациент будет являться генотипом + _____ + /фенотипом

- отрицательным; положительным
- положительным; отрицательным
- отрицательным; отрицательным
- положительным; положительным

Имплантация кардиовертера-дефибриллятора пациентам детского возраста с гипертрофической кардиомиопатией показана при наличии

- редких неустойчивых пароксизмов желудочковой тахикардии, компенсируемых эффективной антиаритмической терапией
- анамнеза остановки сердца вследствие желудочковой тахикардии
- частой желудочковой экстрасистолии
- пароксизмов предсердной тахикардии, компенсируемых эффективной антиаритмической терапией

Хирургическое лечение показано при отсутствии клинического эффекта от активной медикаментозной терапии у симптомных больных с выраженной асимметричной гипертрофией межжелудочковой перегородки и субаортальным градиентом давления в покое, равным + _____ + мм рт. ст. и более

- 35
- 45
- 40
- 50

К критериям риска внезапной смерти у пациентов с гипертрофической кардиомиопатией относится

- 35
- 45
- 40
- 50

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мальчик 10 лет направлен педиатром на амбулаторный прием к детскому кардиологу в связи с выслушанным грубым систолическим шумом.

Жалобы

На одышку, повышенную утомляемость.

Анамнез заболевания

Ребенок ранее кардиологом не наблюдался.

При проведении ЭКГ, ЭХОКГ в декретированные сроки патологии выявлено не было.

Накануне (2 недели назад) перенес острый тонзиллит с подъёмом температуры до 39°C, в течение 2 дней, получил курс антибактериальной терапии. В связи с выслушанным шумом в сердце направлен к кардиологу.

Синкопальные, пресинкопальные состояния отрицает.

Анамнез по внезапной сердечной смерти не отягощён.

Анамнез жизни

* ребенок от 1 беременности, протекавшей без особенностей

* роды 1, срочные

* при рождении масса тела 3850 г, длина тела 54 см

* период новорожденности без особенностей

* профилактические прививки выполнены согласно Национальному календарю профилактических прививок

* аллергологический анамнез не отягощен

* травмы, операции отрицает

* «детские» инфекции: ветряная оспа в 5 лет

* перенесенные состояния: ОРВИ 1-2 раза в год. Острый тонзиллит в возрасте 10 лет (амбулаторное лечение)

* наследственность: не отягощена

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 137 см. Вес 32 кг. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Небные дужки не гиперемированы, небные миндалины не увеличены. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, проводится равномерно во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Грубый систолический шум вдоль левого края грудины. ЧСС 78 уд/мин., АД 110/70 мм рт. ст. SpO₂ ~ 100%. Пульсация на бедренных артериях удовлетворительная. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Мочеиспускание безболезненное, стул регулярный.

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- 35
- 45
- 40
- 50

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая данные объективного осмотра, инструментальных методов обследования, больному можно поставить диагноз Гипертрофическая кардиомиопатия, + _____ + форма

- 35
- 45
- 40
- 50

Диагноз

Одним из постоянных ультразвуковых критериев обструктивной формы гипертрофической кардиомиопатии является толщина межжелудочковой перегородки у детей > + _____ + стандартных отклонений принятых норм для данного пола, возраста, веса

- 1.5
- 2
- 2.5
- 3

Одним из непостоянных критериев ультразвуковой диагностики обструктивной формы гипертрофической кардиомиопатии является

- повышение расчётного систолического давления в лёгочной артерии
- дилатация ствола лёгочной артерии

- повышение расчётного диастолического давления в лёгочной артерии
- дилатация полости левого предсердия

Наиболее информативным методом исследования в диагностике и оценке степени нарушения регионарной перфузии и метаболизма миокарда является

- велоэргометрия
- магнитно-резонансная томография
- стресс-эхокардиографическое исследование
- позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ)

У пациентов с гипертрофической кардиомиопатией при обструктивной форме противопоказано применение

- антиагрегантов
- β -блокаторов
- вазодилататоров
- гепатопротекторов

β -адреноблокаторы при гипертрофической кардиомиопатии назначаются с целью

- снижения преднагрузки
- уменьшения потребности миокарда в кислороде
- улучшения сократительной способности миокарда левого желудочка
- повышения общего периферического сосудистого сопротивления

Доза Атенолола для детей составляет + ____ + мг/кг/сутки в 2 приёма

- 2-3
- 1.5-2
- 0.8-1
- 1-1.5

Доза Верапамила для детей составляет + ____ + мг/кг/сутки в 3 приёма

- 1-2
- 2-4
- 4-6
- 10

Имплантация кардиовертера-дефибриллятора пациентам детского возраста с гипертрофической кардиомиопатией показана при наличии

- частой желудочковой экстрасистолии

- редких неустойчивых пароксизмов желудочковой тахикардии, компенсируемых эффективной антиаритмической терапией
- анамнеза остановки сердца вследствие желудочковой тахикардии
- пароксизмов предсердной тахикардии, компенсируемых эффективной антиаритмической терапией

Хирургическое лечение при гипертрофической кардиомиопатии показано при отсутствии клинического эффекта от активной медикаментозной терапии у симптомных больных с выраженной асимметричной гипертрофией межжелудочковой перегородки и субаортальным градиентом давления в покое, равным + ____ + мм рт. ст. и более

- 40
- 50
- 30
- 25

Профилактика инфекционного эндокардита показана пациентам с гипертрофической кардиомиопатией при + _____ + форме

- 40
- 50
- 30
- 25

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мальчик 10 лет направлен на обследование в специализированный стационар в связи с рецидивирующими пресинкопальными состояниями.

Жалобы

На утомляемость, головные боли, пресинкопальные состояния, развивающиеся преимущественно на фоне физической нагрузки или сразу после нее.

Анамнез заболевания

Ребенок ранее кардиологом не наблюдался.

Данные жалобы беспокоят в течение 1 года, при проведении ЭКГ, ЭХОКГ в декретированные сроки патологии выявлено не было. В связи с головными болями, головокружением в амбулаторном звене обследован неврологом: патологии не выявлено. Рекомендовано комплексное кардиологическое обследование.

Перенесенные накануне инфекционные заболевания, вакцинацию пациент отрицает.

Анамнез жизни

- * ребенок от 2 беременности, протекавшей на фоне токсикоза в 3 триместре
- * роды 1, срочные
- * при рождении масса тела 4000 г, длина тела 54 см
- * период новорожденности без особенностей
- * профилактические прививки выполнены согласно Национальному календарю профилактических прививок
- * аллергологический анамнез не отягощен
- * травмы. операции отрицает
- * «детские» инфекции: ветряная оспа в 6 лет (амбулаторное лечение)
- * перенесенные состояния: ОРВИ 3-4 раза в год. Острый гастроэнтерит в возрасте 4 лет (стационарное лечение)
- * наследственность: отягощена по материнской линии по артериальной гипертензии
- * отец мальчика: Внезапная сердечная смерть в возрасте 33 лет

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 137 см. Вес 33 кг. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Небные дужки не гиперемированы, небные миндалины не увеличены. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, проводится равномерно во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. Систолический шум вдоль левого края грудины. ЧСС 80 уд/мин., АД 100/70 мм рт. ст. SpO₂ ~ 99%. Пульсация на бедренных артериях удовлетворительная. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Мочеиспускание безболезненное, стул регулярный.

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- 40
- 50
- 30
- 25

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая данные анамнеза, объективного осмотра, инструментальных методов обследования, больному можно поставить диагноз

Гипертрофическая кардиомиопатия, + _____ + форма

- 40
- 50
- 30
- 25

Диагноз

Доза Атенолола для детей составляет + ___ + мг/кг/сут в 2 приёма

- 1.5-2
- 0.8-1
- 2-3
- 1-1.5

При тяжёлых нарушениях ритма у пациентов с гипертрофической кардиомиопатией предпочтение отдается антиаритмическим препаратам + _____ + класса

- I
- II
- III
- IV

Применение верапамила в сочетании с бета-блокаторами сопряжено с высоким риском развития побочного действия препаратов в виде развития выраженной

- мигрени
- тошноты
- гипертензии
- брадикардии

По данным эхокардиографии при латентной форме гипертрофической кардиомиопатии градиент давления в покое составляет менее + _____ + мм рт. ст

- 30
- 50
- 10
- 40

Оценка эффективности терапии должна проводиться 1 раз в + _____ + месяцев в амбулаторно-поликлинических условиях

- 12
- 10
- 6
- 9

Проведение профилактических прививок детям с гипертрофической кардиомиопатией

- не противопоказано
- возможно при компенсации клинических проявлений и стабильном состоянии
- противопоказано
- возможно только при необструктивной форме

Одним из факторов риска, приводящим к развитию сердечной недостаточности у пациентов детского возраста с гипертрофической кардиомиопатией, является отношение размера левого предсердия к конечно-диастолическому размеру левого желудочка

- >5,0
- >1,5
- >1,0
- <1,0

Имплантация кардиовертера-дефибриллятора пациентам детского возраста с гипертрофической кардиомиопатией показана при наличии

- частой желудочковой экстрасистолии
- пароксизмов предсердной тахикардии, компенсируемых эффективной антиаритмической терапией
- анамнеза остановки сердца вследствие желудочковой тахикардии
- редких неустойчивых пароксизмов желудочковой тахикардии, компенсируемых эффективной антиаритмической терапией

Пациент с диагностированной гипертрофической кардиомиопатией находится на диспансерном наблюдении детского кардиолога до достижения возраста + _____ + лет

- 12
- 16
- 18

- 14

К критериям риска внезапной смерти при гипертрофической кардиомиопатии относят

- 12
- 16
- 18
- 14

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мальчик 16 лет госпитализирован в специализированный стационар для комплексного обследования, верификации диагноза, выработки тактики дальнейшего ведения.

Жалобы

На момент госпитализации не предъявляет. Сердцебиения, перебои в работе сердца отрицает. Синкопальных, пресинкопальных состояний не было. Наследственность по ВСС не отягощена.

Анамнез заболевания

Мальчик занимается водным поло в течение 7 лет по 2 часа 6 раз в неделю. Ранее у кардиолога не наблюдался.

При проведении ежегодной диспансеризации на электрокардиограмме зарегистрировано отклонение электрической оси сердца влево. По данным эхокардиографии выявлена дилатация полости левого желудочка.

Анамнез жизни

- * ребенок от 2 беременности, протекающей на фоне токсикоза в I триместре
- * роды 1, срочные
- * при рождении масса тела 3670 г, длина тела 51 см
- * на первом году жизни рос и развивался без особенностей
- * профилактические прививки выполнены согласно Национальному календарю профилактических прививок
- * аллергологический анамнез: пищевая аллергия на цитрусовые
- * травмы, операции отрицает
- * «детские» инфекции: ветряная оспа в возрасте 4 лет
- * перенесенные состояния: ОРВИ редко. В возрасте 6 лет — острый тонзиллит
- * наследственность: по сердечно-сосудистым заболеваниям не отягощена.

Объективный статус

Состояние стабильное. Рост 180 см. Вес 82 кг. Кожные покровы чистые. Небные дужки не гиперемированы, периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. ЧДД 15 в минуту. Тоны сердца ритмичные, звучные, выслушивается систолический шум вдоль левого края грудины. При пальпации отмечается смещение верхушечного толчка влево на 0,5 см. ЧСС 90 уд/мин., АД правая рука 100/55 мм рт. ст. АД левая рука 105/55 мм рт. ст. АД нога 120/75 мм рт. ст. SpO₂ ~ 100%. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул регулярный, мочеиспускание безболезненное. Пастозности, отёков нет.

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относятся

- 12
- 16
- 18
- 14

Результаты инструментальных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

- 12
- 16
- 18
- 14

Результаты лабораторных методов обследования

На основании данных анамнеза, физикального осмотра, инструментального и лабораторного обследования у данного пациента имеет место

+ _____ + кардиомиопатия

- 12
- 16
- 18
- 14

Диагноз

Для определения функционального класса сердечной недостаточности у детей старшей возрастной группы используется классификация

- Ryan
- Ross
- NYHA
- Тура

Выраженность клинических проявлений хронической сердечной недостаточности у данного пациента соответствует +__+ функциональному классу по NYHA

- I
- II
- III
- IV

К средствам, применяемым у всех больных и доказавшим способность к снижению смертности и заболеваемости именно при хронической сердечной недостаточности относят

- глюкокортикоиды
- блокаторы медленных кальциевых каналов
- ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
- сердечные гликозиды

К препаратам, не влияющим на прогноз при хронической сердечной недостаточности, но улучшающим симптоматику в определенных клинических ситуациях относят

- блокаторы медленных кальциевых каналов
- антагонисты минералокортикоидных рецепторов
- диуретики
- цитопротекторы

Абсолютным противопоказанием к назначению ингибиторов АПФ является

- артериальная гипотония
- ангионевротический отек
- бронхиальная астма
- сахарный диабет

Повышение дозы ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента при хорошем самочувствии и отсутствии побочных реакций возможно

- не чаще 1 раза в неделю
- строго 1 раз в месяц
- несколько раз в неделю
- 2 раза в месяц

Оценка эффективности терапии у детей с дилатационной кардиомиопатией на уровне амбулаторно-поликлинического звена должна проводиться 1 раз в ___+ месяца/ месяц/месяцев

- 3
- 12
- 1
- 6

Физическая реабилитация рекомендуется всем пациентам с ХСН в стабильном состоянии + _____+ функционального класса

- до III
- не более I
- до II
- вне зависимости от

Плановое стационарное обследование пациентов с ХСН при стабильном состоянии для контроля и коррекции терапии необходимо

- до III
- не более I
- до II
- вне зависимости от

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девочка 8 месяцев направлена на стационарное обследование.

Жалобы

На повышенную утомляемость при кормлении из рожка, одышку, сниженный аппетит (со слов мамы).

Анамнез заболевания

Данные жалобы беспокоят в течение последних 3-4 месяцев. Ранее к кардиологу не обращались. При скрининговой эхокардиографии в возрасте 1 месяца патологии не выявлено.

На электрокардиографии, выполненной 2 недели назад, ритм синусовый с ЧСС 152 в мин. PQ 150 мсек. QRS 65 мсек. QT 280 мсек. Положение ЭОС нормальное. Зарегистрированы признаки увеличения левого предсердия.

Анамнез жизни

- * ребенок от 1 беременности, течение беременности без особенностей
- * роды 1, срочные
- * при рождении масса тела 3500 г, длина тела 53 см
- * в первые 6 месяцев жизни отмечалось незначительное отставание в психомоторном развитии, погранично низкие прибавки в массе тела.
- * профилактические прививки выполнены по индивидуальному плану
- * аллергологический анамнез: аллергия на белок коровьего молока
- * травмы, операции отрицает
- * «детские» инфекции: не болела
- * перенесенные состояния: ОРВИ в возрасте 6 месяцев
- * наследственность: по материнской линии отягощена по дилатационной кардиомиопатии

Объективный статус

Состояние средней тяжести, стабильное. Рост 67 см, масса тела 7 кг. Кожные покровы бледные, чистые. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД 30 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. При пальпации смещение верхушечного толчка влево. ЧСС 152 уд/мин., АД 85/55 мм рт. ст. SpO₂ ~ 99%. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень выступает на + 2,0 см, плотная, край печени острый. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул регулярный, мочеиспускание безболезненное.

Необходимыми инструментальными методами обследования для уточнения диагноза являются

- до III
- не более I
- до II
- вне зависимости от

Результаты инструментальных методов обследования

К необходимым лабораторным методам обследования относятся

- до III
- не более I
- до II

- вне зависимости от

Результаты лабораторных методов обследования

На основании полученных данных физикального осмотра, инструментального и лабораторного обследования у данной пациентки имеет место

+ _____ + кардиомиопатия

- до III
- не более I
- до II
- вне зависимости от

Диагноз

В основе систолической сердечной недостаточности лежит

- уменьшение объема полостей сердца
- нарушение расслабления миокарда в диастоле
- снижение сократительной функции миокарда
- повышенное напряжение артериального русла

Для определения функционального класса сердечной недостаточности, для данной пациентки целесообразно использовать классификацию

- Росс
- ВОЗ
- NYHA
- Тура

Препаратами первой линии в лечении систолической хронической сердечной недостаточности являются

- ингибиторы АПФ
- сердечные гликозиды
- петлевые диуретики
- глюкокортикоиды

Стартовая доза каптоприла в структуре терапии хронической сердечной недостаточности у данной пациентки составляет + __ + мг/кг/сутки

- 2,5
- 0,2
- 1,0

- 0,01

Абсолютным противопоказанием к назначению ингибиторов АПФ является

- сахарный диабет
- двусторонний стеноз почечных артерий
- артериальная гипотония
- бронхиальная астма

Для лечения систолической хронической сердечной недостаточности у детей в качестве основного препарата из группы β -адреноблокаторов рекомендуется назначать

- метопролола тартрат
- метопролола сулцинат
- атенолол
- карведилол

Оценка эффективности терапии у детей с дилатационной кардиомиопатией в амбулаторно-поликлинических условиях должна проводиться 1 раз в ___+ месяца/месяц/месяцев

- 6
- 12
- 3
- 1

В качестве радикального лечения дилатационной кардиомиопатии при рефрактерной сердечной недостаточности может быть рекомендовано проведение

- имплантации кардиовертера-дефибриллятора
- имплантации аппарата ресинхронизирующей терапии
- трансплантации сердца
- инфузии левосимендана

Плановое стационарное обследование пациентов с ХСН при стабильном состоянии для контроля и коррекции терапии необходимо

- имплантации кардиовертера-дефибриллятора
- имплантации аппарата ресинхронизирующей терапии
- трансплантации сердца
- инфузии левосимендана

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мальчик 17 лет госпитализирован в специализированный стационар для комплексного обследования, верификации диагноза, выработки тактики дальнейшего ведения.

Жалобы

На момент госпитализации не предъявляет. Сердцебиения, перебои в работе сердца отрицает. Синкопальных, пресинкопальных состояний не было.

Анамнез заболевания

Мальчик профессиональный спортсмен. Занимается гандболом в течение 7 лет по 2 часа 6 раз в неделю. Ранее у кардиолога не наблюдался. При проведении ежегодной диспансеризации на электрокардиограмме зарегистрировано отклонение электрической оси сердца влево. По данным эхокардиографии выявлена дилатация полости левого желудочка.

Анамнез жизни

- * ребенок от 2 беременности, протекающей на фоне токсикоза в I триместре
- * роды 1, срочные
- * при рождении масса тела 3670 г, длина тела 51 см
- * на первом году жизни рос и развивался без особенностей
- * профилактические прививки выполнены согласно национальному календарю профилактических прививок
- * аллергологический анамнез: пищевая аллергия на цитрусовые
- * травмы, операции отрицает
- * «детские» инфекции: ветряная оспа в возрасте 4 лет
- * перенесенные состояния: ОРВИ редко
- * в возрасте 6 лет — острый тонзиллит
- * наследственность: по сердечно-сосудистым заболеваниям неотягощена, случаев внезапной сердечной смерти в молодом возрасте в семье не было

Объективный статус

Состояние стабильное. Рост 186 см. Вес 90 кг. Кожные покровы чистые. Небные дужки не гиперемированы. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, звучные, выслушивается систолический шум вдоль левого края грудины. Смещение верхушечного толчка влево на 0,5 см. ЧСС 72 уд/мин, АД 130/75 мм рт. ст. SpO₂ ~ 100%. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Стул регулярный, мочеиспускание безболезненное. Пастозности мягких тканей, отёков нет.

К необходимым инструментальным методам обследования относятся

- имплантации кардиовертера-дефибриллятора
- имплантации аппарата ресинхронизирующей терапии
- трансплантации сердца
- инфузии левосимендана

Результаты инструментальных методов обследования

К необходимым лабораторным методам обследования относят определение

- имплантации кардиовертера-дефибриллятора
- имплантации аппарата ресинхронизирующей терапии
- трансплантации сердца
- инфузии левосимендана

Результаты лабораторных методов обследования

На основании данных анамнеза, физикального осмотра, инструментального и лабораторного обследования у данного пациента имеет место

+ _____ + кардиомиопатия

- имплантации кардиовертера-дефибриллятора
- имплантации аппарата ресинхронизирующей терапии
- трансплантации сердца
- инфузии левосимендана

Диагноз

Для определения функционального класса сердечной недостаточности у данного пациента используется классификация

- Тура
- Ryan
- Ross
- NYHA

Выраженность клинических проявлений хронической сердечной недостаточности у данного пациента соответствует + _____ + функциональному классу по NYHA

- III

- II
- I
- IV

Препаратами первой линии в лечении систолической хронической сердечной недостаточности являются

- ингибиторы АПФ
- глюкокортикоиды
- петлевые диуретики
- сердечные гликозиды

Терапевтическая доза Каптоприла для лечения сердечной недостаточности у данного пациента составляет + _____ + мг/кг/сутки

- 0,5
- 1,0
- 3,0
- 0,2

Повышение дозы ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента при хорошем самочувствии и отсутствии побочных реакций возможно

- 1 раз каждые 3 недели
- 1 раз в неделю
- несколько раз в неделю
- 1 раз каждые 2 недели

Оценка эффективности терапии у детей с дилатационной кардиомиопатией должна проводиться 1 раз в + _____ + месяц(а/ев)

- 1
- 12
- 6
- 3

В качестве радикального лечения дилатационной кардиомиопатии при рефрактерной сердечной недостаточности может быть рекомендовано проведение

- имплантации кардиовертера-дефибриллятора
- трансплантации сердца
- имплантации аппарата ресинхронизирующей терапии
- инфузии левосимендана

Одним из критериев неблагоприятного прогноза у пациента с дилатационной кардиомиопатией является

- нарушение сна
- степень снижения сократительной функции сердца
- использование антагонистов минералокортикоидных рецепторов
- толщина миокарда левого желудочка

Детям с дилатационной кардиомиопатией радиоизотопное исследование и позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) проводится для

- нарушение сна
- степень снижения сократительной функции сердца
- использование антагонистов минералокортикоидных рецепторов
- толщина миокарда левого желудочка

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 2 месяца поступил в стационар по направлению кардиолога с места жительства для обследования и уточнения диагноза.

Жалобы

На утомляемость во время кормления, снижение весовых прибавок.

Анамнез заболевания

Внутриутробно заподозрен ВПС. После рождения гемодинамических расстройств не наблюдалось. Был выписан домой. Не обследован. Госпитализируется для уточнения диагноза.

Анамнез жизни

- * ребенок от 1 беременности на фоне анемии
- * роды срочные путем кесарева сечения
- * вес при рождении 2600 г, рост 45 см, оценка по шкале Апгар 6/8 баллов
- * энтеральное питание с 1-х суток жизни, сосет самостоятельно, питание усваивает
- * на искусственном вскармливании за 2 мес. + 1000 г.
- * профилактические прививки: вакцина против гепатита В в роддоме
- * на диспансерном учете у специалистов не состоит
- * травм, операций не было
- * аллергических реакций не отмечалось
- * не болела

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. Температура тела 36,7°C. Телосложение правильное. Вес 3,6 кг, рост 54 см. Кожные покровы чистые. Склеры обычной окраски. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны, эластичны. Отеки не определяются. Щитовидная железа не увеличена Сатурация O₂ 92%. ЧСС 136 уд/мин. При осмотре патологические пульсации не определяются. Пульсации бедренных сосудов отчетливые. Тоны сердца ясные, чистые. Шум сердца систолический, выслушивается во всех точках аускультации. Число дыханий 40 в 1 мин. В легких дыхание пуэрильное, проводится во все отделы, хрипов нет. Язык влажный. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Печень из-под края реберной дуги выступает на +2,0 см, край печени умеренной плотности, поверхность печени гладкая. Селезенка не увеличена. Физиологические отправления в норме.

При первичном обследовании данного пациента необходимо выполнение

- нарушение сна
- степень снижения сократительной функции сердца
- использование антагонистов минералокортикоидных рецепторов
- толщина миокарда левого желудочка

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом после первичного обследования является

- нарушение сна
- степень снижения сократительной функции сердца
- использование антагонистов минералокортикоидных рецепторов
- толщина миокарда левого желудочка

Диагноз

При развитии гипоксического приступа у пациентов с ДОСПЖ по типу тетрады Фалло аускультативно характерно + _____ + над легочной артерией

- усиление шума
- появление шума
- исчезновение шума
- акцент второго тона

При дальнейшем обследовании для уточнения анатомии порока и определения дальнейшей тактики хирургического лечения данному пациенту показано выполнение

- мультиспиральной компьютерной томографии с контрастированием
- катетеризации сердца с ангиокардиографией
- рентгенографии органов грудной клетки
- электроэнцефалографии
- нейросонографии

Из лабораторных методов исследований пациенту рекомендованы

- постнатальное кариотипирование
- клинический анализ крови
- липидограмма
- коагулограмма и подсчет числа тромбоцитов
- иммунограмма
- исследование газового состава крови

Всем больным с ДОСПЖ по типу тетрады Фалло при гипоксическом приступе рекомендовано назначение

- ингибиторов фосфодиэстеразы-5
- ингибиторов АПФ
- β -блокаторов
- диуретиков

Пациентам с ДОСПЖ при наличии клиники сердечной недостаточности в предоперационном периоде может быть рекомендовано назначение

- блокаторов кальциевых каналов
- ингибиторов фосфодиэстеразы-5
- диуретиков
- препаратов калия

Пациентам с ДОСПЖ типа тетрады Фалло рекомендуется анатомическая коррекция порока при значении индекса Nakata более $250 \text{ мм}^2/\text{м}^2$ и индекса КДО лж более $+ \text{_____} + \text{мл}/\text{м}^2$

- 20
- 30
- 25
- 40

Пациентам с ДОСПЖ типа тетрады Фалло, которым не показана одномоментная радикальная коррекция (индекс Nakata менее 250 мм²/м², но более 150 мм²/м², индекс КДО ЛЖ менее 40 мл/м²), в качестве первого этапа хирургического лечения рекомендуется

- лигирование ОАП
- создание системно-легочного анастомоза
- создание кавапульмонального анастомоза
- закрытие дефекта межжелудочковой перегородки

Пациентам с ДОСПЖ типа тетрады Фалло не рекомендуется анатомическая коррекция при наличии

- аорто-легочных коллатералей
- стенозов ветвей легочного ствола
- множественных ДМЖП
- дефекта межпредсердной перегородки

Пациентам с ДОСПЖ после проведения хирургического лечения рекомендуется осмотр кардиолога с частотой не менее 1 раза в + _____ + дней в течение 1 месяца после хирургического лечения

- 7
- 5
- 14
- 10

При стабильном клиническом состоянии пациентам с ДОСПЖ после анатомической коррекции показано проведение ЭХОКГ 1 раз в

- 7
- 5
- 14
- 10

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девочка 11 лет экстренно госпитализирована в детскую многопрофильную больницу.

Жалобы

На боли в области сердца, появление одышки при незначительных нагрузках,

слабость, вялость. Данные жалобы беспокоят в течение 2 х дней. Ранее физические нагрузки переносила хорошо.

Анамнез заболевания

Неделю назад ребенок заболел ОРВИ с повышением температуры до 39°С. На фоне проводимой противовирусной терапии и приема НПВС отмечается улучшение состояния и снижение температуры тела. В течение последних 2 дней появились боли в области сердца, вялость, стала хуже переносить физическую нагрузку, снизился аппетит.

Обратились к участковому педиатру (вызов на дом) в связи с тяжестью состояния вызвана бригада скорой помощи, ребенок госпитализирован в стационар.

Синкопальных, пресинкопальных состояний не было. Случаев внезапной сердечной смерти в молодом возрасте в семье не было.

По данным ЭХОКГ и ЭКГ, выполненных ранее в декретированные сроки, патологии выявлено не было.

В приемном покое был выполнен клинический анализ крови, в котором отмечался относительный лимфоцитоз 54%, в остальном без патологии. В биохимическом анализе крови С-РБ 5,46 мг/л (норма 0-5 мг/л), уровень электролитов, трансаминаз, показателей азотного обмена в норме.

Анамнез жизни

- * ребенок от 2 беременности, протекавшей без патологии
- * роды 1, срочные
- * при рождении масса тела 3100 г, длина - 51 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов
- * профилактические прививки по национальному календарю
- * аллергологический анамнез не отягощен
- * травмы, операции отрицает
- * «детские» инфекции: ветряная оспа в возрасте 7 лет
- * перенесенные состояния: ОРВИ 3-4 раза в год

Объективный статус

Состояние тяжелое. Вес 42 кг, рост 146 см. Кожные покровы бледные. Небные дужки не гиперемированы, небные миндалины не увеличены. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, проводится равномерно во все отделы, хрипов нет. ЧД 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Перкуторно расширение границ относительной сердечной тупости влево. ЧСС 110 уд/мин, АД 100/60 мм рт. ст. SpO₂ ~ 98%. Пульсация на бедренных артериях удовлетворительная. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень при пальпации +2,0 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Физиологические отправления в норме.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- 7
- 5
- 14
- 10

Результаты лабораторных методов обследования

Инструментальными методами обследования, необходимыми для постановки диагноза, являются

- 7
- 5
- 14
- 10

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая данные анамнеза, лабораторных и инструментальных методов обследования, наиболее вероятным диагнозом после первичного обследования является

- 7
- 5
- 14
- 10

Диагноз

Учитывая анамнез, результаты лабораторных и инструментальных обследований, возможно предположить + _____ + этиологию миокардита

- лекарственную
- аллергическую
- бактериальную
- вирусную

Наиболее информативным инструментальным методом диагностики миокардита является

- магнитно-резонансная томография сердца
- чреспищеводная ЭХОКГ

- прицельная рентгенография грудной клетки в 3 проекциях
- коронарография

Показанием к проведению эндомикардиальной биопсии является впервые возникшая, необъяснимая сердечная недостаточность, продолжительностью + _____ + с нормальными размерами или дилатированным левым желудочком и гемодинамическими нарушениями

- >2 недель
- >2 месяцев
- < 4 недель
- < 2 недель

Острый миокардит в данной клинической ситуации следует дифференцировать с

- образованиями сердца
- дилатационной кардиомиопатией
- острыми электролитными нарушениями
- аномалией отхождения левой коронарной артерии от легочной артерии

К немедикаментозным методам лечения острого миокардита относится полноценное рациональное питание, контроль питьевого режима и

- увеличение ежедневной физической нагрузки
- имплантация кардиостимулятора
- постельный режим в течение 2-8 недель
- вагусная стимуляция

К группе лекарственных средств, применяемых для лечения ХСН со сниженной ФВ ЛЖ < 40% и доказавших способность к снижению смертности и заболеваемости, относятся

- блокаторы β -адренергических рецепторов
- блокаторы гистаминовых H₁-рецепторов
- блокаторы эндотелиновых рецепторов
- антагонисты лейкотриеновых рецепторов

Стартовая доза Каптоприла для лечения сердечной недостаточности у детей с составляет + _____ + мг/кг/24ч в 3 приема

- 1
- 0,2
- 5

- 0,9

Профилактика острого миокардита заключается в ведении здорового образа жизни, санации очагов хронической инфекции и

- приеме антигистаминных средств
- ограничении физических нагрузок
- предупреждении вирусных инфекций
- контроле клинического анализа крови 1 раз в месяц

Прививки противопоказаны в течение + _____ + после перенесенного острого или подострого кардита

- приеме антигистаминных средств
- ограничении физических нагрузок
- предупреждении вирусных инфекций
- контроле клинического анализа крови 1 раз в месяц

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девочка в возрасте 12 лет госпитализирована в детскую многопрофильную больницу.

Жалобы

На боли в области сердца, повышенную утомляемость, снижение толерантности к физической нагрузке, возникновение одышки при подъёме на 2 этаж Эпизоды сердцебиения и перебоев в работе сердца не ощущает, однократно синкопальное состояние в возрасте 9 лет при заборе крови.

Анамнез заболевания

Две недели назад девочка перенесла ОРВИ с повышением температуры до 40°C. В течение последних 2-х дней появились боли в области сердца, вялость, стала хуже переносить физическую нагрузку, снизился аппетит.

Обратилась к участковому педиатру, направлена на обследование в стационар. По данным ЭХОКГ и ЭКГ, выполненных ранее в декретированные сроки, патологии выявлено не было.

В приемном покое был выполнен клинический анализ крови, в котором отмечался относительный лимфоцитоз 54%, в остальном без патологии

В биохимическом анализе крови уровень С-РБ, электролитов, трансаминаз, показателей азотного обмена в норме.

Анамнез жизни

- * ребенок от 2 беременности, протекавшей без патологии
- * роды 1, срочные
- * при рождении масса тела 3100 г, длина тела 51 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов
- * профилактические прививки по национальному календарю
- * аллергологический анамнез не отягощен
- * травмы, операции отрицает
- * «детские» инфекции: ветряная оспа в возрасте 5 лет
- * перенесенные состояния: ОРВИ 2-3 раза в год
- * случаев внезапной сердечной смерти в молодом возрасте в семье не было

Объективный статус

Состояние средней степени тяжести. Вес 42 кг, рост 150 см. Кожные покровы бледные. Небные дужки не гиперемированы, небные миндалины не увеличены. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, проводится равномерно во все отделы, хрипов нет. ЧД 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Перкуторно расширение границ относительной сердечной тупости влево. ЧСС 88 уд/мин., АД 100/60 мм рт. ст. SpO₂ ~ 98%. Пульсация на бедренных артериях удовлетворительная. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень при пальпации не увеличена, селезенка не пальпируется. Физиологические отправления в норме.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- приеме антигистаминных средств
- ограничении физических нагрузок
- предупреждении вирусных инфекций
- контроле клинического анализа крови 1 раз в месяц

Результаты лабораторных методов обследования

Инструментальными методами обследования, необходимыми для постановки диагноза, являются

- приеме антигистаминных средств
- ограничении физических нагрузок
- предупреждении вирусных инфекций
- контроле клинического анализа крови 1 раз в месяц

Результаты инструментальных методов обследования

Наиболее вероятным диагнозом после первичного обследования является

- приеме антигистаминных средств
- ограничении физических нагрузок
- предупреждении вирусных инфекций
- контроле клинического анализа крови 1 раз в месяц

Диагноз

Наиболее частой этиологией миокардитов у детей является

- лекарственная
- аллергическая
- вирусная
- бактериальная

Наиболее информативным малоинвазивным инструментальным методом диагностики миокардита является

- рентгенография сердца в 3 проекциях
- мультиспиральная компьютерная томография грудной клетки
- магнитно-резонансная томография сердца
- коронарография

Диагностическими критериями миокардита по МРТ являются _____

Criteria

- Jacquier
- Lake Louise
- Duke
- Jones

К немедикаментозным методам лечения острого миокардита относится полноценное рациональное питание, контроль питьевого режима и

- имплантация кардиостимулятора
- постельный режим в течение 2-8 недель
- вагусная стимуляция
- увеличение ежедневной физической нагрузки

Назначение нестероидных противовоспалительных средств при остром миокардите

- рекомендовано с 1 суток заболевания
- рекомендовано продолжить в течение 3 месяцев
- не рекомендовано только детям до 3 лет
- не рекомендовано

При документированной цитомегаловирусной этиологии генерализованного инфекционного процесса, на фоне которого подозревается поражение миокарда, рекомендуемая разовая доза иммуноглобулина человека антицитомегаловирусного составляет +__+ мл/кг

- 0,01
- 2
- 0,2
- 10

После перенесенного острого и подострого миокардита вакцинация противопоказана в течение

- 1 месяца
- 6-12 месяцев
- 5 лет
- 3 лет

Профилактика острого миокардита заключается в первую очередь в

- приеме антигистаминных средств
- ограничении физических нагрузок
- контроле клинического анализа крови 1 раз в месяц
- предупреждении вирусных инфекций:

Применение препаратов у детей off-label разрешено с разрешения Локального этического комитета медицинской организации при наличии подписанного информированного согласия

- приеме антигистаминных средств
- ограничении физических нагрузок
- контроле клинического анализа крови 1 раз в месяц
- предупреждении вирусных инфекций:

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девочка 12 лет обратилась к детскому кардиологу в связи с жалобами на

перебои в работе сердца. Направлена на плановое стационарное обследование.

Жалобы

На перебои в работе сердца, повышенную утомляемость.

Анамнез заболевания

Данные жалобы беспокоят в течение 3-5 месяцев. Два года назад проходила комплексное кардиологическое обследование:

- ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 73 уд в минуту. Нормальное положение электрической оси сердца. P 90 мс, PQ 120 мс, QRS 80 мс, QT 380 мс. QTc 406 мс.
 - ЭХОКГ: конечно-диастолический размер левого желудочка 42 мм. Фракция выброса по Симпсону 57%. Данных за врожденный порок сердца не получено.
 - Суточное мониторирование ЭКГ: В течение мониторирования ритм синусовый с ЧСС днем 73-90-147 уд в минуту, ЧСС ночью 65-70-90 уд в минуту. Одиночные желудочковые экстрасистолы всего 300 за сутки с преждевременным эктопическим интервалом 406-489 мс. Пароксизмальной эктопической активности нет. АВ блокада 1 степени не обнаружена. Клинически значимые паузы отсутствуют. Ишемические изменения не зарегистрированы. Удлинение интервала QT в течение 10 часов 11 минут
- В настоящее время терапию не получает.

Анамнез жизни

- * ребенок от 2 беременности, протекавшей на фоне токсикоза во 2 триместре
- * роды 2, срочные
- * при рождении масса тела 3050 г, длина тела 54 см
- * период новорожденности — без особенностей
- * профилактические прививки выполнены по индивидуальному плану
- * аллергологический анамнез не отягощен
- * травмы, операции отрицает
- * «детские» инфекции: ветряная оспа в 8 лет
- * перенесенные состояния: ОРВИ 1-2 раза в год. В 5 лет острый тонзиллит (амбулаторное лечение)
- * состоит на учёте у офтальмолога по поводу миопии средней степени
- * наследственность: отец — кардиомиопатия неуточненная, имплантирован кардиовертер-дефибриллятора 2 года назад. Мать здорова. Первый ребенок в семье — мальчик (здоров).

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Рост 145 см. Вес 36 кг. Кожные покровы чистые. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Периферические отеки не определяются. В легких дыхание везикулярное, равномерно проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту. Тоны

сердца аритмичные. ЧСС 72-85 уд/мин, АД 110/60 мм рт. ст. SpO₂ ~ 99%. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Перкуторно признаки асцита не выявляются.

К необходимым инструментальным методам обследования относят

- приеме антигистаминных средств
- ограничении физических нагрузок
- контроле клинического анализа крови 1 раз в месяц
- предупреждении вирусных инфекций:

Результаты инструментальных методов обследования

По данным инструментального обследования у данной пациентки основным предварительным диагнозом является

- приеме антигистаминных средств
- ограничении физических нагрузок
- контроле клинического анализа крови 1 раз в месяц
- предупреждении вирусных инфекций:

Диагноз

Основным лабораторным методом для точной диагностики некомпактного миокарда является

- проведение генетического анализа
- оценка электролитного баланса
- определение уровня кардиоспецифических ферментов
- определение N-концевого фрагмента промозгового натрийуретического пептида (NT-proBNP)

По данным теста с 6- минутной ходьбой пациентка прошла дистанцию 420 метров, что в совокупности с жалобами и объективными данными соответствует + _____ + функциональному классу сердечной недостаточности

- II
- IV
- III
- I

Для определения функционального класса сердечной недостаточности, у данной пациентки используется классификация

- Lown
- Ross
- Тура
- NYHA

По данным инструментального обследования у пациентки имеется систолическая сердечная недостаточность, в основе которой лежит

- уменьшение объема полостей сердца
- снижение сократительной функции миокарда
- повышенное напряжение артериального русла
- нарушение расслабления миокарда в диастоле

Препаратами первой линии в лечении систолической хронической сердечной недостаточности являются

- ингибиторы АПФ
- блокаторы кальциевых каналов
- антагонисты минералокортикоидных рецепторов
- сердечные гликозиды

Стартовая доза Каптоприла в структуре терапии хронической сердечной недостаточности у детей оставляет +__+ мг/кг/сутки

- 1,0
- 0,01
- 0,2
- 2,5

Подбор терапии ингибиторами АПФ детям проводится в условиях + _____ + на фоне контроля АД с малой дозы с медленным ее титрованием до терапевтической

- специализированного стационара
- консультативно-диагностического центра
- поликлиники
- исключительно отделения реанимации и интенсивной терапии

Для лечения нарушений ритма сердца у данной пациентки с учетом систолической сердечной недостаточности рекомендовано применение антиаритмических препаратов +__+ класса

- IC
- III

- IA
- II

Радикальным методом лечения некомпактного миокарда левого желудочка является

- имплантация аппарата ресинхронизирующей терапии
- имплантация кардиовертера-дефибриллятора
- трансплантация сердца
- септальная миоэктомия по Морроу

Наиболее неблагоприятный прогноз наблюдается у пациентов с синдромом некомпактного миокарда левого желудочка с фракцией выброса менее +__+ %

- имплантация аппарата ресинхронизирующей терапии
- имплантация кардиовертера-дефибриллятора
- трансплантация сердца
- септальная миоэктомия по Морроу

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мальчик 15 лет направлен участковым педиатром в детскую многопрофильную больницу для обследования.

Жалобы

На повышенную утомляемость, плохую переносимость физических нагрузок, головокружения, головные боли, боли в области сердца. Данные жалобы прогрессируют в течение года.

Однократно синкопальное состояние в покое. Обморок длился несколько секунд. В сознание пришел самостоятельно.

Анамнез заболевания

Обратились для обследования в возрасте 12 лет к неврологу по поводу головокружений, головных болей.

Выполнено ЭКГ: Синусовая брадикардия с ЧСС 54 уд/мин, неполная блокада ПНПГ. Направлен на консультацию к кардиологу.

По данным ЭХО-КГ без патологии. Получал кардиометаболическую терапию.

Далее регулярно наблюдался у кардиолога. За последний год пациент отмечает ухудшение самочувствия, хуже стал переносить физические нагрузки.

На ЭКГ покоя ритм синусовый с ЧСС 59 в мин. PQ 160 мсек. QRS 80 мсек QT 405

мсек.

В связи с впервые возникшим обмороком направлен на стационарное обследование.

На амбулаторном этапе неврологическая патология исключена (ЭЭГ, МРТ головного мозга), эндокринная патология исключена.

Случаев внезапной сердечной смерти в молодом возрасте в семье не было

Анамнез жизни

- * ребенок от 2 беременности, протекавшей без патологии
- * роды 1, срочные
- * при рождении масса тела 3000 г, длина тела 50 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов
- * профилактические прививки по национальному календарю
- * аллергологический анамнез не отягощен
- * травмы, операции отрицает
- * «детские» инфекции: ветряная оспа в возрасте 5 лет
- * перенесенные состояния: ОРВИ 1-2 раза в год
- * наследственность не отягощена

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 78 кг, рост 186 см. Кожные покровы физиологической окраски. Небные дужки не гиперемированы, небные миндалины не увеличены. Периферических отеков нет. В легких дыхание жесткое, проводится равномерно во все отделы, хрипов нет. ЧД 19 в мин. Тоны сердца звучные, ритмичные. При аускультации сердца выслушивается короткий систолический шум на верхушке, ЧСС 56 уд/мин., АД 110/70 мм рт. ст. SpO₂ ~ 98%. Пульсация на бедренных артериях удовлетворительная. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличена. Физиологические отправления в норме.

Инструментальными методами обследования, необходимыми для постановки диагноза, являются

- имплантация аппарата ресинхронизирующей терапии
- имплантация кардиовертера-дефибриллятора
- трансплантация сердца
- септальная миоэктомия по Морроу

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая жалобы и результаты инструментальных методов обследования, необходимыми лабораторными методами обследования для диагностики поражения миокарда являются

- имплантация аппарата ресинхронизирующей терапии
- имплантация кардиовертера-дефибриллятора
- трансплантация сердца
- септальная миоэктомия по Морроу

Результаты лабораторных методов обследования

Наиболее вероятным диагнозом после первичного обследования является

- имплантация аппарата ресинхронизирующей терапии
- имплантация кардиовертера-дефибриллятора
- трансплантация сердца
- септальная миоэктомия по Морроу

Диагноз

Данная нозологическая форма относится к заболеваниям из группы

- первичных электрических заболеваний сердца (каналопатии)
- кардиомиопатий
- врожденных пороков сердца
- лизосомальных болезней накопления

Учитывая этиологию данного заболевания, при постановке диагноза рекомендуется выполнить + _____ + исследование

- бактериологическое
- иммунологическое
- молекулярно-генетическое
- серологическое

Некомпактный миокард следует дифференцировать с

- другими видами кардиомиопатий
- острым миокардитом
- мышечным дефектом межжелудочковой перегородки
- инфекционным эндокардитом

Для определения функционального класса сердечной недостаточности у данного пациента целесообразно использовать классификацию

- Type
- NYHA
- Ross
- Lown

По данным теста с 6-минутной ходьбой мальчик прошел дистанцию 480 метров. В совокупности с жалобами и объективными данными ХСН соответствует + _____ + функциональному классу

- II
- I
- III
- IV

В основе систолической сердечной недостаточности лежит

- уменьшение объема полостей сердца
- повышенное напряжение артериального русла
- нарушение расслабления миокарда в диастоле
- снижение сократительной функции миокарда

Прогноз пациентов с некомпактным миокардом левого желудочка зависит от общей сократительной способности миокарда, времени возникновения и скорости нарастания симптомов сердечной недостаточности и

- массо-ростовых прибавок
- прогрессирования гипертрофии стенок миокарда
- уровня нейropsychического развития
- объема пораженных сегментов миокарда

Наиболее неблагоприятный прогноз наблюдается у пациентов с некомпактным миокардом с фракцией выброса левого желудочка + _____ + %

- менее 45
- менее 35
- более 80
- менее 50

Необходимость в установке кардиовертера-дефибриллятора у пациентов с некомпактным миокардом возникает при развитии

- менее 45
- менее 35
- более 80
- менее 50

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мальчик 9 лет направлен участковым педиатром в детскую многопрофильную больницу для обследования.

Жалобы

На повышенную утомляемость, одышку при ходьбе, подъеме на 2-й этаж, головные боли вечером.

Анамнез заболевания

Ребенок наблюдается кардиологом с 6 лет с диагнозом ФСШ. При контрольной ЭХО КГ выявлена повышенная трабекулярность ЛЖ, недостаточность ТК 2 степени.

По ЭКГ и ХМ-ЭКГ без патологии.

Направлен на стационарное обследование.

Синкопальных, пресинкопальных состояний не было.

Анамнез жизни

- * ребенок от 2 беременности, протекавшей без патологии
- * роды 1, срочные
- * при рождении масса тела 3000 г, длина тела 50 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов
- * профилактические прививки по национальному календарю
- * аллергологический анамнез не отягощен
- * травмы, операции отрицает
- * «детские» инфекции: ветряная оспа в возрасте 5 лет
- * перенесенные состояния: ОРВИ 1-2 раза в год
- * наследственность не отягощена
- * случаев внезапной сердечной смерти в молодом возрасте в семье не было

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 27 кг, рост 130 см. Кожные покровы физиологической окраски. Небные дужки не гиперемированы, небные миндалины не увеличены. Периферических отеков нет. В легких дыхание жесткое, проводится равномерно во все отделы, хрипов нет. ЧД 19 в мин. Тоны сердца звучные, ритмичные. При аускультации сердца выслушивается короткий систолический шум на верхушке, ЧСС 85 уд/мин., АД 110/70 мм рт. ст. SpO₂ ~ 98%. Пульсация на бедренных артериях удовлетворительная. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличена. Физиологические отправления в норме.

Лабораторные методы обследования, необходимые для постановки диагноза, включают

- менее 45
- менее 35
- более 80
- менее 50

Результаты лабораторных методов обследования

Инструментальными методами обследования, необходимыми для постановки диагноза, являются

- менее 45
- менее 35
- более 80
- менее 50

Результаты инструментальных методов обследования

Наиболее вероятным диагнозом после первичного обследования является

- менее 45
- менее 35
- более 80
- менее 50

Диагноз

Для определения функционального класса сердечной недостаточности, у детей старшей возрастной группы используется классификация

- Тура
- Lown
- Ross
- NYHA

По данным теста с 6-минутной ходьбой мальчик прошел дистанцию 480 метров. В совокупности с жалобами и объективными данными ХСН соответствует +____+ функциональному классу

- I
- III
- IV
- II

Учитывая этиологию данного заболевания, при постановке диагноза рекомендуется выполнить + _____ + исследование

- молекулярно-генетическое
- бактериологическое
- иммунологическое
- серологическое

Информативным малоинвазивным методом диагностики некомпактного миокарда левого желудочка является

- чреспищеводное электрофизиологическое исследование
- коронарография
- позитронно-эмиссионная томография
- магнитно-резонансная томография сердца

Необходимость в установке кардиовертера-дефибриллятора у пациентов с некомпактным миокардом возникает при развитии

- нарушений электролитного баланса
- «злокачественных» нарушений ритма
- острого миокардита
- аллергических реакций на терапию

При выявлении признаков наличия тромбов в полостях сердца по данным ЭХОКГ рекомендовано назначение

- β -блокаторов
- инотропных препаратов
- антикоагулянтов
- дезагрегантов

Прогноз пациентов с некомпактным миокардом левого желудочка зависит от общей сократительной способности миокарда, времени возникновения и скорости нарастания симптомов сердечной недостаточности и

- прогрессирования гипертрофии стенок миокарда
- уровня нейропсихического развития
- массо-ростовых прибавок
- объема пораженных сегментов миокарда

Наиболее неблагоприятный прогноз наблюдается у пациентов с некомпактным миокардом с фракцией выброса левого желудочка + _____ + %

- менее 50
- более 80
- менее 35
- менее 45

К 3 уровню оказания медицинской помощи детям с хронической сердечной недостаточностью относится

- менее 50
- более 80
- менее 35
- менее 45

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девочка в возрасте 16 лет направлена участковым педиатром в детскую многопрофильную больницу для обследования.

Жалобы

На быструю утомляемость при физических нагрузках, боли в области сердца давящего характера, возникающие на фоне физической нагрузки, длительностью от нескольких минут до 1 часа, купируются самостоятельно. Однократно синкопальное состояние в возрасте 16 лет в душе, утрата сознания в течение несколько секунд, в сознание пришла самостоятельно.

Анамнез заболевания

С рождения выслушан шум в сердце. Состояла на учете у кардиолога. В возрасте 3 месяцев диагностирован ВПС: ДМЖП. В 5 лет проведена операция: пластика ДМЖП. Далее регулярно наблюдалась у кардиолога. По результатам контрольных обследований без патологии.

На ЭКГ покоя ритм синусовый с ЧСС 59 в мин. PQ 160 мсек. QRS 80 мсек QT 405 мсек.

В связи с впервые возникшим обмороком направлена на стационарное обследование.

На амбулаторном этапе неврологическая патология исключена (ЭЭГ, МРТ головного мозга)

Анамнез жизни

- * ребенок от 1 беременности, протекавшей без патологии
- * роды 1, срочные
- * при рождении масса тела 3000 г, длина тела 50 см, оценка по шкале Апгар 8/9

баллов

- * профилактические прививки по национальному календарю
- * аллергологический анамнез не отягощен
- * травмы, операции отрицает
- * «детские» инфекции: ветряная оспа в возрасте 7 лет
- * перенесенные состояния: ОРВИ 1-2 раза в год
- * наследственность не отягощена. Случаев внезапной сердечной смерти в молодом возрасте в семье не было

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 53 кг, рост 156 см. Кожные покровы физиологической окраски. Небные дужки не гиперемированы, небные миндалины не увеличены. Периферических отеков нет. В легких дыхание жесткое, проводится равномерно во все отделы, хрипов нет. ЧД 19 в мин. Тоны сердца звучные, ритмичные. При аускультации сердца выслушивается короткий систолический шум на верхушке, ЧСС 74 уд/мин, АД 120/70 мм рт. ст. SpO₂ ~98%. Пульсация на бедренных артериях удовлетворительная. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме.

Лабораторные методы обследования, необходимые для постановки диагноза, включают

- менее 50
- более 80
- менее 35
- менее 45

Результаты лабораторных методов обследования

Инструментальными методами обследования, необходимыми для постановки диагноза, являются

- менее 50
- более 80
- менее 35
- менее 45

Результаты инструментальных методов обследования

Наиболее вероятным диагнозом после первичного обследования является

- менее 50
- более 80

- менее 35
- менее 45

Диагноз

Специфическим маркером сердечной недостаточности, позволяющим оценивать ее выраженность, проводить дифференциальную диагностику сложных форм (диастолической, асимптоматической), делать долгосрочный прогноз, а так же оценивать эффективность проводимой терапии и динамику состояния является

- ЛДГ
- тропонин I
- NT-proBNP
- КФК-МВ

Учитывая этиологию данного заболевания, при постановке диагноза рекомендуется выполнить + _____ + исследование

- молекулярно- генетическое
- иммунологическое
- серологическое
- бактериологическое

Для определения функционального класса сердечной недостаточности, у детей данной возрастной группы используется классификация

- NYHA
- Ross
- Тура
- Lown

По данным теста с 6-минутной ходьбой девочка прошла дистанцию 505 метров. В совокупности с жалобами и объективными данными ХСН соответствует +__+ функциональному классу

- 4
- 2
- 3
- 1

Необходимость в установке кардиовертера-дефибриллятора у пациентов с некомпактным миокардом возникает при развитии

- аллергических реакций на терапию
- острого миокардита
- «злокачественных» нарушений ритма
- тромбоэмболических осложнений

При выявлении признаков наличия тромбов в полостях сердца у пациентов с некомпактным миокардом по данным ЭХОКГ рекомендовано назначение

- инотропных препаратов
- β -блокаторов
- антикоагулянтов
- дезагрегантов

Физическая реабилитация рекомендуется всем пациентам с ХСН в стабильном состоянии + _____ + функционального класса

- до II
- вне зависимости от
- до III
- только I

Наиболее неблагоприятный прогноз наблюдается у пациентов с некомпактным миокардом с фракцией выброса левого желудочка + _____ + %

- менее 35
- более 80
- менее 45
- менее 50

К 1 уровню оказания медицинской помощи детям с хронической сердечной недостаточностью относится

- менее 35
- более 80
- менее 45
- менее 50

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мальчик 15 лет госпитализирован в плановом порядке в кардиологическое отделение в связи с жалобами на рецидивирующие приступы учащенного сердцебиения.

Жалобы

На приступы учащенного сердцебиения, с внезапным началом и окончанием, с ЧСС около 200 в минуту (самостоятельный подсчет), продолжительностью от 5 до 20 минут, купирующиеся самостоятельно в покое (со слов вагусные приемы неэффективны, но применял только маневр Вальсальва), возникающие после физической нагрузки (только прыжки), сопровождающиеся тяжестью в грудной клетке.

Анамнез заболевания

Вышеописанные жалобы беспокоят пациента в течение последнего года. Ребенок ранее кардиологом не наблюдался.

При проведении ЭКГ, ЭХОКГ в декретированные сроки патологии выявлено не было.

Синкопальные и пресинкопальные состояния отрицает. Занимается стрельбой.

На ЭКГ в момент приступа

Анамнез жизни

- * ребёнок от второй беременности, вторых родов. Течение беременности с осложнениями, на фоне: кольпита в 11 нед, уреоплазмоза
- * роды срочные, при рождении длина тела 52 см, масса тела 3100 г. Степень зрелости при рождении: доношенный
- * период новорожденности: без особенностей
- * перенесенные состояния ветряная оспа, скарлатина
- * операции: операция Шпицци в 7 лет
- * эпилепсии: отрицает
- * респираторные заболевания: редко
- * профилактические прививки: по возрасту
- * семейный анамнез: наследственные заболевания со стороны матери: у дяди по материнской линии пароксизмальная тахикардия?, бабушка по материнской линии утонул (плохо плавал). Случаев внезапной сердечной смерти в молодом возрасте в семье не было
- * аллергологический анамнез: со слов, без особенностей.
- * материально-бытовые условия: благоприятные

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. Эмоциональная лабильность выражена. В пространстве и времени ориентирован. Телосложение правильное. Состояние питания удовлетворительное: Вес 58.0 кг, рост 186.0 см, индекс массы тела 16.8, площадь поверхности тела 1.73 м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. Склеры обычной окраски. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Костно-мышечная система развита удовлетворительно, движения в

суставах в полном объеме. Зев чистый, миндалины не увеличены. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны, эластичны. Отеки не определяются. Щитовидная железа не увеличена. Пульс 53 уд в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. ЧСС 53 уд/мин. Артериальное давление 120/70 мм рт. ст. При осмотре патологические пульсации не определяются. Пульсации бедренных сосудов отчетливые. Тоны сердца звучные, ритмичные. Число дыханий в 16 в мин. Грудная клетка правильной формы, дыхание везикулярное, проводится равномерно во все отделы, хрипов нет. Язык влажный. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный. Физиологические отправления в норме.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами при первичном обследовании являются

- менее 35
- более 80
- менее 45
- менее 50

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- менее 35
- более 80
- менее 45
- менее 50

Результаты инструментального метода обследования

Учитывая жалобы, данные лабораторных и инструментальных методов обследования, для постановки точного диагноза пациенту требуется проведение

- менее 35
- более 80
- менее 45
- менее 50

Результаты обследования

По результатам обследования у пациента имеет место Пароксизмальная + _____ + тахикардия

- менее 35
- более 80
- менее 45
- менее 50

Диагноз

К немедикаментозным методам купирования приступа пароксизмальной АВ узловой реципрокной тахикардии со стабильной гемодинамикой относится

- стимуляция болевых точек (носогубный треугольник, мочка уха)
- перевод пациента в горизонтальное положение
- проведение вагусных проб
- электрическая дефибрилляция

Вагусные приемы наиболее эффективны в первые + _____ + приступа

- 20—25 минут
- 3-4 часа
- 30-40 минут
- 2 часа

Неотложную терапию пароксизмальной АВ узловой реципрокной тахикардии со стабильной гемодинамикой начинают с внутривенного введения

- амиодарона
- новокаинамида
- аденозина
- лидокаина

Для купирования приступа пароксизмальной ортодромной АВ реципрокной тахикардии Аденозин необходимо вводить внутривенно

- в течение 2 минут, предварительно развести в 2 раза раствором S.NaCl 0,9%
- в течение 2 минут, предварительно развести в 2 раза раствором S.Glucosae 5%
- в виде инфузии в течение 30 минут, предварительно развести раствором S.Glucosae 5% 50-100 мл
- очень быстро болюсно, без разведения

К побочным эффектам от внутривенного болюсного введения Аденозина относят

- галлюцинации
- остановку дыхания
- тошноту
- судороги

Хирургическим методом лечения типичной пароксизмальной АВ узловой реципрокной тахикардии является

- эндоэлектрофизиологическое исследование
- имплантация кардиовертера-дефибриллятора
- радиочастотная катетерная абляция зоны «медленных» путей АВ соединения
- радиочастотная катетерная абляция дополнительного пути проведения

После проведения инвазивного ЭФИ и операции РЧА контрольное обследование проводится через + _____ + месяца/месяцев

- 2 и 12
- 12
- 6 и 8
- 2

Больным, получающим длительное лечение антиаритмическими препаратами, ЭКГ должна регистрироваться не реже 1 раза в + _____ + месяцев/месяц/месяца

- 2 и 12
- 12
- 6 и 8
- 2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В многопрофильный стационар в плановом порядке поступил мальчик 6 лет для верификации диагноза, комплексного обследования и выработки тактики дальнейшего ведения.

Жалобы

На слабость, быструю утомляемость, одышку при физической нагрузке.

Анамнез заболевания

Медицинская документация не предоставлена. Со слов мамы, в течение последних 2-х лет ребенок наблюдается кардиологом по поводу генетического заболевания, в стационаре по месту жительства обследовался однократно. По результатам обследования выставлен диагноз: кардиомиопатия. Назначена медикаментозная терапия: диуретики (фуросемид 1.0 мг/кг/сут). На момент поступления доза препарата прежняя.

Анамнез жизни

- * ребенок от 2 беременности, протекавшей на фоне токсикоза в 3 триместре
- * роды 2, срочные
- * при рождении масса тела 3300 г, длина тела 52 см. оценка по шкале Апгар 7/8 баллов
- * период новорожденности без особенностей
- * профилактические прививки выполнены согласно национальному календарю профилактических прививок
- * аллергологический анамнез не отягощен
- * травмы, операции отрицает
- * «детские» инфекции: не болел
- * перенесенные состояния: ОРВИ 4-6 раз в год. В возрасте 2.5 лет перенес острый тонзиллит (амбулаторное лечение). В 4 года - вирусная пневмония (стационарное лечение)
- * наследственность по сердечно-сосудистым заболеваниям не отягощена. Первый ребенок в семье девочка - здорова.

Объективный статус

Состояние стабильное. Сознание ясное. Рост 107 см. Вес 17 кг. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Видимые слизистые розовые, влажные.

Периферические лимфатические узлы не увеличены. Пастозность голеней, стоп. В легких дыхание везикулярное, проводится равномерно во все отделы, хрипов нет. ЧД 30 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС 96 уд/мин., АД 80/50 мм рт. ст. SpO₂ ~ 99%. Пульсация на бедренных артериях удовлетворительная. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень увеличена, +3.0 см, плотная, край печени острый. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул регулярный. Мочеиспускание безболезненное.

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- 2 и 12
- 12
- 6 и 8

- 2

Результаты инструментальных методов обследования

К дополнительным инструментальным методам, используемым для постановки диагноза, относят

- 2 и 12
- 12
- 6 и 8
- 2

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая данные анамнеза заболевания, инструментальных методов обследования, физикального обследования, больному можно поставить основной диагноз + _____ + кардиомиопатия

- 2 и 12
- 12
- 6 и 8
- 2

Диагноз

У пациента с рестриктивной кардиомиопатией при регистрации 12 канальной ЭКГ отмечается объёмная перегрузка

- правого желудочка
- левого желудочка
- обоих предсердий
- левого предсердия

У пациента с рестриктивной кардиомиопатией одним из основных критериев по данным эхокардиографии является

- снижение ударного объёма
- снижение глобальной сократительной способности
- наличие жидкости в полости перикарда
- выраженная дилатация предсердий

При рестриктивной кардиомиопатии развитие диастолической сердечной недостаточности обусловлено

- значительным укорочением диастолы
- повышенной жесткостью миокарда
- повышенным напряжением артериального русла
- уменьшением объема полостей сердца

Одним из основных принципов лечения сердечной недостаточности у пациентов с рестриктивной кардиомиопатией является

- профилактика авитаминоза
- контроль уровня АД
- контроль уровня глюкозы
- снижение требований к сердечному выбросу

Одним из основных мероприятий лечения сердечной недостаточности у пациентов с рестриктивной кардиомиопатией является

- ограничения потребления жидкости
- контроль уровня сывороточного железа
- контроль уровня глюкозы
- закаливание

Основными препаратами, применяемыми в лечение сердечной недостаточности у детей с рестриктивной кардиомиопатией, являются

- β -адреноблокаторы
- ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента
- глюкокортикостероиды
- диуретики

У пациентов с рестриктивной кардиомиопатией препаратом выбора среди мочегонных средств при выраженном отёчном синдроме является

- фуросемид
- торасемид
- гидрохлортиазид
- спиронолактон

Во время лечения мочегонными препаратами следует мониторировать уровень

- кардиоспецифических ферментов
- электролитов
- АСТ
- глюкозы

При стабильной клинической картине пациентам с рестриктивной кардиомиопатией необходимо плановое стационарное обследование

- кардиоспецифических ферментов
- электролитов
- АСТ
- глюкозы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мальчик 14 лет, госпитализирован в экстренном порядке бригадой скорой медицинской помощи в связи с синкопальным состоянием (находился на улице во время грозы).

Жалобы

На слабость, сонливость, возникшие после синкопального состояния. Ранее – синкопальное состояние, длительностью до 1 минуты во время прогулки по берегу залива во время шторма (к моменту приезда бригады СМП в постсинкопальном периоде также сохранялись слабость, сонливость).

Анамнез заболевания

Первое синкопальное состояние, длительностью до одной минуты при прогулке во время шторма 6 месяцев назад. Вызвана СМП. При проведении ЭКГ бригадой СМП – без патологии. ЧСС 89 в минуту, АД – 95/60 мм рт. ст. Уровень глюкозы 5,2 ммоль/л. По результатам ЭХО-КГ на тот момент – без патологии. При неврологическом обследовании (ЭЭГ, видео ЭЭГ-мониторинг, МРТ головного мозга) – патологии не выявлено. Данных за эндокринную патологию также не получено.

Анамнез жизни

- ребенок от 1 беременности, протекавшей без патологии
- роды в срок, по выписным документам – без осложнений
- закричал сразу
- масса при рождении – 3.500 г, длина – 53 см
- к груди приложен в первые сутки
- рос и развивался по возрасту
- до 7 лет – частые ОРЗ, ОРВИ
- в возрасте 6 лет – ветряная оспа (легкое течение)
- аллергологический анамнез не отягощен (со слов)
- профилактические прививки выполнены согласно Национальному календарю профилактических прививок

- у двоюродного брата по линии отца – снижение слуха, однократная потеря сознания на перемене в школе (не обследован, (со слов родителей пациента))

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, без высыпаний. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Видимые слизистые розовые, сыпи, цианоза не отмечено. В зеве – без катаральных явлений, налетов на миндалинах на момент осмотра нет. Пульс ритмичный, 60 в минуту, симметричный, удовлетворительного наполнения. Верхушечный толчок определяется в V межреберья, локализованный, не усиленный. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, левая – по левой срединно-ключичной линии, верхняя – нижний край II ребра. ЧСС 60 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов в сердце не зафиксировано. ЧД – 17 в минуту. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет. Дизурические явления отрицает. Стула на момент осмотра не было.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят определение

- кардиоспецифических ферментов
- электролитов
- АСТ
- глюкозы

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- кардиоспецифических ферментов
- электролитов
- АСТ
- глюкозы

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая данные лабораторных и инструментальных методов обследования, пациенту можно поставить диагноз

- кардиоспецифических ферментов
- электролитов

- АСТ
- глюкозы

Диагноз

Для уточнения этиологии возникновения аритмии и определения тактики дальнейшего ведения и лечения пациенту рекомендовано проведение

- стресс-эхокардиографии
- электронейромиографии
- рентгенографии шейного отдела позвоночника
- молекулярно-генетического анализа

Консервативное лечение данного пациента включает назначение

- психотропных препаратов
- β -адреноблокаторов
- диуретиков
- м-холинолитиков

В качестве хирургического лечения при безуспешности антиаритмической терапии и рецидивах синкопе данному пациенту рекомендована

- блокада крылонебного ганглия
- имплантация кардиовертера-дефибриллятора
- имплантация электрокардиостимулятора
- радиочастотная абляция ДПП

Коррекция дозы антиаритмического препарата при синдроме удлиненного интервала QT проводится по мере увеличения

- размеров щитовидной железы
- размеров поджелудочной железы
- роста и массы пациента
- размеров печени

Левосторонняя симпатэктомия при синдроме удлиненного интервала QT рекомендована пациентам, у которых наблюдается рецидив синкопе на фоне

- терапии β -адреноблокаторами
- стимулирующих препаратов
- седативных препаратов
- противосудорожных препаратов

Показанием к имплантации электрокардиостимулятора при синдроме удлинённого интервала QT является наличие

- судорог
- выраженной брадикардии в период между приступами
- выраженной гипотонии
- головокружений

Детям с синкопальной формой синдрома удлинённого интервала QT вакцинация проводится

- по индивидуальному графику
- строго в декретированные сроки
- только после 17 лет
- после 7 лет

Детям с синдромом удлинённого интервала QT в отсутствии синкопе вакцинация проводится

- по индивидуальному графику
- после года
- после 15 лет
- в декретированные сроки

При синкопальной форме синдрома удлинённого интервала QT контроль эффективности терапии осуществляется 1 раз в

- по индивидуальному графику
- после года
- после 15 лет
- в декретированные сроки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девочка 16 лет, поступила в стационар в плановом порядке по поводу эпизодов внезапно возникающего учащённого сердцебиения продолжительностью до 5 минут, вне связи с физическими и эмоциональными нагрузками, сопровождающихся ухудшением общего самочувствия, чувством страха, купирующихся самостоятельно, для обследования, уточнения диагноза и выработки тактики дальнейшего ведения и лечения.

Жалобы

На момент поступления не предъявляет.

Анамнез заболевания

Впервые вышеуказанные жалобы отмечала 6 месяцев назад (во время урока литературы в школе). За медицинской помощью не обращалась. За период наблюдения (со слов пациентки) за последующие 6 месяцев отмечала 2 эпизода внезапного учащенного сердцебиения аналогичного характера. Обратились к кардиологу амбулаторно по месту жительства. При проведении электрокардиографии – ЧСС – 82 в минуту, ритм синусовый, PQ – 100 мс, QRS 130 мс, дельта-волна. При проведении эхокардиографии – без патологии. Направлена в стационар кардиологического профиля для обследования, уточнения диагноза и выработки тактики дальнейшего ведения и лечения.

Анамнез жизни

- ребенок от 1 беременности, протекавшей с токсикозом 1 половины (тошнота, рвота)
- роды – на 39/40 неделе, без осложнений, крик сразу
- масса при рождении – 3.500, длина – 54 см
- к груди приложена в первые сутки
- росла и развивалась по возрасту
- в 4 года – ОРЗ, острый катаральный отит, лечилась амбулаторно, в 6 лет – ветряная оспа, лечилась амбулаторно, в 8 лет – острая правосторонняя нижнедолевая пневмония (курс антибактериальной терапии амбулаторно)
- синкопальные состояния отрицает
- аллергологический анамнез не отягощен (со слов)
- профилактические прививки выполнены согласно Национальному календарю профилактических прививок
- семейный анамнез отягощен (дядя девочки по линии отца - внезапная смерть во время тренировки в возрасте 24 лет (занимался хоккеем, ранее по результатам обследований в спортивном диспансере патологии не выявлено (со слов отца ребенка); диагноз неизвестен, (результатов патологоанатомического вскрытия не представлено)

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, без высыпаний. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Видимые слизистые розовые, сыпи, цианоза не отмечено. В зеве – без катаральных явлений, налетов на миндалинах на момент осмотра нет. Пульс ритмичный 82 в минуту, симметричный, удовлетворительного наполнения. Верхушечный толчок определяется в V межреберья, локализованный, не усиленный. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, левая –

по левой срединно-ключичной линии, верхняя – нижний край II ребра. ЧСС 82 в минуту, АД – 105/70 мм рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов не зафиксировано. ЧД – 17 в минуту. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет. Дизурические явления отрицает. Стула на момент осмотра не было.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят определение

- по индивидуальному графику
- после года
- после 15 лет
- в декретированные сроки

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- по индивидуальному графику
- после года
- после 15 лет
- в декретированные сроки

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая данные лабораторных и инструментальных методов обследования, пациенту можно поставить диагноз

- по индивидуальному графику
- после года
- после 15 лет
- в декретированные сроки

Диагноз

Для определения тактики дальнейшего ведения и лечения пациенту рекомендовано проведение

- по индивидуальному графику
- после года
- после 15 лет

- в декретированные сроки

Результаты обследования

Одним из немедикаментозных методов купирования пароксизмальных суправентрикулярных тахикардий является

- искусственное дыхание
- массаж нижних конечностей
- чреспищеводное купирование тахикардии
- проведение непрямого массажа сердца

Побочным эффектом большинства классических антиаритмических препаратов является развитие

- фотосенсибилизации
- абстинентного синдрома
- остеомалации
- брадикардии

Детям первого года жизни при синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта рекомендовано назначение антиаритмической терапии сразу после первого приступа тахикардии на срок не менее + ____ + месяцев

- 2
- 3
- 6
- 1

Эффективность радиочастотной аблации дополнительного атриовентрикулярного соединения при синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта зависит от

- пола ребенка
- массы тела ребенка
- сопутствующей некардиальной патологии
- локализации дополнительного атриовентрикулярного соединения

Целью медикаментозной терапии при пароксизмальной суправентрикулярной тахикардии является предотвращение

- стабилизация показателей АД
- последующего возникновения пароксизмов тахикардии
- купирование головной боли

- уменьшение проявлений ВСД

Дифференциальный диагноз пароксизмальных суправентрикулярных тахикардий проводится с

- синдромом слабости синусового узла
- желудочковыми формами аритмий
- синдромом короткого интервала PQ.
- синдромом вегетососудистой дистонии

Наиболее частым вариантом тахикардии при синдроме Вольфа-Паркинсона-Уайта является

- непароксизмальная эктопическая желудочковая
- пароксизмальная ортодромная атриовентрикулярная реципрокная
- постоянно-возвратная эктопическая предсердная
- синусовая непароксизмальная

Эффективность купирования приступа тахикардии контролируется на основании

- непароксизмальная эктопическая желудочковая
- пароксизмальная ортодромная атриовентрикулярная реципрокная
- постоянно-возвратная эктопическая предсердная
- синусовая непароксизмальная

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мальчик, 15 лет, поступил стационар в плановом порядке по направлению кардиолога поликлиники в связи с выявленными изменениями при проведении электрокардиографии во время диспансерного осмотра, для обследования, уточнения диагноза и выработки тактики дальнейшего ведения и лечения.

Жалобы

На повышенную утомляемость после умственных нагрузок, слабость после незначительных физических нагрузок (бег более 50 метров) в течение последнего полугодия.

Анамнез заболевания

В возрасте 13 лет на профосмотре в школе выявлен систолический шум сердца с эпицентром на верхушке и в точке Боткина-Эрба. По результатам ЭХО-КГ данных за врожденный порок сердца не получено. При проведении

электрокардиографии на тот момент – без патологии. До 14,5 лет жалоб не предъявлял. Во время очередного планового осмотра у кардиолога – ЧСС – 36-42 в минуту. Направлен на электрокардиографию, по результатам которой – ЧСС – 40 в минуту. Ритм – эктопический нижнепредсердный. Длительность интервала PQ – в норме. При проведении электрокардиографии в возрасте 7 лет при поступлении в школу патологии не выявлено.

Анамнез жизни

- * ребенок от первой беременности, протекавшей с угрозой прерывания на сроке 12 недель (сохранение), токсикозом второй половины (отеки)
- * роды – на 39/40 неделе, угроза асфиксии
- * закричал после санации верхних дыхательных путей
- * масса тела при рождении - 3000 г., длина тела - 50 см
- * оценка по шкале Апгар - 8/8 баллов
- * к груди приложен на третьи сутки (по состоянию матери)
- * преимущественно грудное вскармливание до одного года
- * в возрасте 1,5 лет – гнойный конъюнктивит с местным применением антибактериальных препаратов, в 2 года – ОРЗ, острый необструктивный бронхит с лихорадкой до гектических цифр, в 2,5 года – герпетическая ангина с фебрильной лихорадкой, в 4 года – ветряная оспа (легкое течение), в 4,5 года – фолликулярная ангина (лихорадил субфебрильно, курс антибактериальной терапии амбулаторно), в 14,5 лет – грипп с лихорадкой до гектических цифр (лечение амбулаторное)
- * синкопальные состояния, какие-либо травмы, в том числе и черепно-мозговые, отрицает
- * аллергологический анамнез не отягощен (со слов)
- * наблюдается офтальмологом по поводу миопии высокой степени с 10-летнего возраста, с 13 лет – кардиологом
- * профилактические прививки выполнены согласно Национальному календарю профилактических прививок
- * наследственность по сердечно-сосудистой патологии не отягощена (со слов матери)

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, без высыпаний. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Видимые слизистые розовые, сыпи, цианоза не отмечено. В зеве – без катаральных явлений, налетов на миндалинах на момент осмотра нет. Пульс 40 в минуту, удовлетворительного наполнения, симметричный. Верхушечный толчок определяется в V межреберья, локализованный, не усиленный. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, левая – по левой срединно-ключичной линии, верхняя – нижний край II ребра. Тоны

сердца ясные, ритмичные, систолический шум с эпицентром на верхушке и в точке Боткина-Эрба, экстракардиально не проводится. ЧСС 40 в минуту, АД - 105/65 мм рт. ст. ЧД – 17 в минуту. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет. Дизурические явления отрицает. Стула на момент осмотра не было.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят определение

- непароксизмальная эктопическая желудочковая
- пароксизмальная ортодромная атриовентрикулярная реципрокная
- постоянно-возвратная эктопическая предсердная
- синусовая непароксизмальная

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- непароксизмальная эктопическая желудочковая
- пароксизмальная ортодромная атриовентрикулярная реципрокная
- постоянно-возвратная эктопическая предсердная
- синусовая непароксизмальная

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая данные лабораторных и инструментальных методов обследования, пациенту можно поставить диагноз

- непароксизмальная эктопическая желудочковая
- пароксизмальная ортодромная атриовентрикулярная реципрокная
- постоянно-возвратная эктопическая предсердная
- синусовая непароксизмальная

Диагноз

Для уточнения этиологии возникновения аритмии и определения тактики дальнейшего ведения и лечения пациенту рекомендовано проведение

- непароксизмальная эктопическая желудочковая
- пароксизмальная ортодромная атриовентрикулярная реципрокная
- постоянно-возвратная эктопическая предсердная

- синусовая непароксизмальная

Результаты обследования

При синдроме слабости синусового узла антиаритмическая терапия противопоказана детям с

- бронхиальной астмой в анамнезе
- частыми эпизодами гипотонии
- частыми головокружениями
- синкопе в анамнезе

При синдроме слабости синусового узла антиаритмическая терапия противопоказана детям с

- выраженным угнетением синусового узла
- частыми эпизодами повышения артериального давления
- выраженным синдромом вегетососудистой дистонии
- нарушением функции щитовидной железы в анамнезе

При синдроме слабости синусового узла антиаритмическая терапия противопоказана детям при наличии

- патологии органа зрения
- выраженной лабильности артериального давления
- нарушения атриовентрикулярного проведения
- патологии печени

При синдроме слабости синусового узла антиаритмическая терапия противопоказана детям при наличии

- частыми фебрильными судорогами в анамнезе
- большого количества пауз ритма
- системной красной волчанки
- повышенной толерантности к глюкозе

При синдроме слабости синусового узла β -адреномиметики не могут постоянно применяться из-за таких побочных эффектов, как

- желудочковые аритмии
- абстиненция
- судорожный синдром
- сильные головные боли

Вакцинацию пациентов с синдромом слабости синусового узла рекомендовано проводить + _____ + вакцинами

- живыми
- инактивированными
- ослабленными
- только живыми моновакцинами

Пациенты с синдромом слабости синусового узла с имплантированным электрокардиостимулятором наблюдаются в течение первого года после имплантации + _____ + раз в 6 месяцев

- 2
- 4
- 1
- 3

Пациентам с синдромом слабости синусового узла рекомендуется определить уровень гормонов щитовидной железы (ТТГ, Т4 свободный антитела к ТПО) для

- 2
- 4
- 1
- 3

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девочка 12 лет, поступила стационар в плановом порядке по направлению участкового педиатра поликлиники в связи с выявленной выраженной брадикардией до 39 в минуту.

Жалобы

На утомляемость (спит более 12 часов в сутки), головные боли, локализующиеся в височных областях, давящего характера, длительные, купирующиеся после сна, предобморочные состояния при переходе из горизонтального в вертикальное положение, длительностью до 3 минут. Вышеуказанные жалобы отмечаются в течение последних 8 месяцев.

Анамнез заболевания

В 11 лет на профосмотре педиатром зафиксирована ЧСС 50 в минуту. Состояние расценено как синдром вегетососудистой дистонии. В динамике появились

вышеуказанные жалобы. Обратились к педиатру амбулаторно. На очередном осмотре – пульс и ЧСС 39 в минуту, в связи с чем планово направлена в кардиологическое отделение стационара.

Анамнез жизни

- * ребенок от второй беременности (первая - роды, здоров), протекавшей без патологии
- * роды - 39/40 недель, без патологии
- * закричала сразу
- * масса тела при рождении - 3600 г, длина тела - 51 см
- * оценка по шкале Апгар - 8/8 баллов
- * к груди приложена в первые суки
- * росла и развивалась по возрасту
- * на первом году жизни – ОРВИ, в 4 года – ветряная оспа (легкое течение)
- * синкопальные состояния отрицает
- * аллергологический анамнез не отягощен (со слов)
- * профилактические прививки выполнены согласно Национальному календарю профилактических прививок
- * наследственность отягощена (у бабушки по линии матери – имплантация электрокардиостимулятора в возрасте 45 лет)

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, без высыпаний. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Видимые слизистые розовые, сыпи, цианоза не отмечено. В зеве – без катаральных явлений, налетов на миндалинах на момент осмотра нет. Пульс 38 в минуту, удовлетворительного наполнения, симметричный. Верхушечный толчок определяется в V межреберье, локализованный, не усиленный. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, левая – по левой срединно-ключичной линии, верхняя – нижний край II ребра. Тоны сердца ясные, ритмичные, систолический шум с эпицентром на верхушке и в точке Боткина-Эрба, экстракардиально не проводится. ЧСС 38 в минуту, АД 105/60 мм рт. ст. ЧД – 17 в минуту. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет. Дизурические явления отрицает. Стула на момент осмотра не было.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят определение

- 4
- 1
- 3

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- 2
- 4
- 1
- 3

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая данные лабораторных и инструментальных методов обследования, пациенту можно поставить диагноз

- 2
- 4
- 1
- 3

Диагноз

Для уточнения этиологии возникновения аритмии и определения тактики дальнейшего ведения и лечения пациенту рекомендовано проведение

- 2
- 4
- 1
- 3

Результаты обследования

Консервативное лечение синдрома слабости синусового узла подразумевает назначение

- нестероидных противовоспалительных препаратов
- блокаторов М-холинэргических рецепторов
- витаминов группы В
- седативных препаратов

В качестве хирургического лечения синдрома слабости синусового узла рекомендовано проведение

- имплантации кардиовертера-дефибриллятора
- левосторонней симпатэктомии
- имплантации постоянного электрокардиостимулятора
- радиочастотной аблации

Имплантация однокамерного предсердного стимулятора проводится детям с синдромом слабости синусового узла без

- синкопальных состояний
- признаков недостаточности кровообращения
- признаков бинодального поражения
- дилатационной кардиомиопатии

При синдроме слабости синусового узла и при наличии у ребенка при этом синдрома тахикардии может потребоваться проведение антиаритмической терапии. Однако, она противопоказана при наличии у пациента в анамнезе

- гиповолемии
- артериальной гипотензии
- артериальной гипертензии
- синкопе

Неблагоприятным прогностическим признаком у детей с синдромом слабости синусового узла является

- устойчивое снижение ЧСС менее 2 перцентиля
- устойчивая лабильность артериального давления
- появление фебрильных судорог
- наличие бронхолегочной патологии

При синдроме слабости синусового узла после имплантации электрокардиостимулятора контактные виды спорта

- разрешены при стабилизации состояния
- исключаются всем пациентам
- разрешены
- разрешены с ограничением нагрузок

Пациенты с синдромом слабости синусового узла с имплантированным электрокардиостимулятором наблюдаются в течение первого года после имплантации + _____ + раз/раза в год

- 1
- 3
- 4
- 2

На ранних этапах синдрома слабости синусового узла возможно применение + _____ + терапии

- 1
- 3
- 4
- 2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девочка 11 лет, поступила стационар в плановом порядке по направлению участкового педиатра поликлиники в связи с выявленной брадикардией до 40 в минуту, пресинкопальными состояниями.

Жалобы

На предобморочные состояния длительностью от 5 до 10 минут, возникающие вне связи с физическими и психоэмоциональными нагрузками, сопровождающиеся резкой бледностью, потливостью. Вышеуказанные жалобы отмечаются в течение последних 6 месяцев (3 эпизода).

Анамнез заболевания

В возрасте 7 лет при прохождении диспансерного осмотра перед поступлением в школу при проведении электрокардиографии - ЧСС 50 в минуту, ритм синусовый. Состояние на тот момент расценено как синдром вегетососудистой дистонии. До 11 лет за медицинской помощью не обращались. Самостоятельно принимали поливитамины, адаптогены. В настоящее время обратились к участковому педиатру в связи с вышеуказанными жалобами. Направлена к неврологу. При неврологическом обследовании (ЭЭГ, видео ЭЭГ-мониторинг, МРТ головного мозга) – патологии не выявлено. Данных за эндокринную патологию также не получено. Планово направлена в стационар кардиологического профиля для обследования, уточнения диагноза и выработки тактики дальнейшего ведения и лечения.

Анамнез жизни

- * ребенок от первой беременности, протекавшей на фоне ОРЗ на 23 и 37 неделях с субфебрильной температурой (медикаментозно не лечилась)
- * роды – на 39/40 неделе, без патологии
- * закричала сразу
- * масса тела при рождении - 3600 г, длина тела - 51 см
- * оценка по шкале Апгар - 8/8 баллов
- * к груди приложена в первые суки
- * росла и развивалась по возрасту
- * на первом месяце жизни – ОРВИ, ларинготрахеит, в 9,5 месяцев – острый гастроэнтерит (лечилась амбулаторно), в 6 лет – ветряная оспа (легкое течение), в 10 лет – грипп с лихорадкой до гектических цифр в течение 4 дней (лечилась амбулаторно)
- * синкопальные состояния отрицает
- * аллергологический анамнез не отягощен (со слов)
- * профилактические прививки выполнены согласно Национальному календарю профилактических прививок
- * наследственность отягощена (у матери после рождения дочери – 2 эпизода синкопальных состояний вне связи с физическими и психоэмоциональными нагрузками, длительностью до минуты (за медицинской помощью не обращалась); у бабушки по линии матери – внезапная смерть в возрасте 59 лет (диагноз неизвестен, результатов патологоанатомического вскрытия не представлено)

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, без высыпаний. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Видимые слизистые розовые, сыпи, цианоза не отмечено. В зеве – без катаральных явлений, налетов на миндалинах на момент осмотра нет. Пульс 39 в минуту, удовлетворительного наполнения, симметричный. Верхушечный толчок определяется в V межреберье, локализованный, не усиленный. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, левая – по левой срединно-ключичной линии, верхняя – нижний край II ребра. Тоны сердца ясные, ритмичные, систолический шум с эпицентром на верхушке и в точке Боткина-Эрба, экстракардиально не проводится. ЧСС 39 в минуту, АД 105/60 мм рт. ст. ЧД – 17 в минуту. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет. Дизурические явления отрицает. Стула на момент осмотра не было.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят определение

- 1
- 3
- 4
- 2

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- 1
- 3
- 4
- 2

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая данные лабораторных и инструментальных методов обследования, пациенту можно поставить диагноз

- 1
- 3
- 4
- 2

Диагноз

Для уточнения этиологии возникновения аритмии и определения тактики дальнейшего ведения и лечения пациенту рекомендовано проведение

- 1
- 3
- 4
- 2

Результаты обследования

Консервативное лечение синдрома слабости синусового узла подразумевает назначение

- нестероидных противовоспалительных препаратов

- блокаторов М-холинергических рецепторов
- диуретических препаратов
- седативных препаратов

В качестве хирургического лечения синдрома слабости синусового узла рекомендовано проведение

- радиочастотной аблации
- имплантации кардиовертера-дефибриллятора
- левосторонней симпатэктомии
- имплантации постоянного электрокардиостимулятора

Экстренная терапия при развитии синкопальных состояний на фоне брадикардических нарушений ритма включает введение

- ваголитических препаратов
- препаратов дигиталиса
- антиаритмических препаратов 1 А класса
- антигипотензивных препаратов

При высокой представленности заместительного гетеротопного ритма с высокой ЧСС и присоединении аритмогенной дисфункции миокарда у детей с синдромом тахикардии может потребоваться

- проведение антиаритмической терапии
- стабилизация показателей артериального давления
- улучшение гемодинамики
- предотвращение легочной гипертензии

Абсолютным показанием к имплантации электрокардиостимулятора у детей с синдромом слабости синусового узла является

- симптомная брадикардия
- наличие выраженной лабильности артериального давления
- субъективное ухудшение самочувствия
- прогрессирование сопутствующей некардиальной патологии

Дети с синдромом слабости синусового узла с имплантированными электрокардиостимуляторами наблюдаются

- каждые 6 мес. до 18 лет, затем ежегодно
- каждые 6 мес. в течение года после имплантации, затем ежегодно
- каждые 6 мес. в течение 3-х лет после имплантации, затем ежегодно
- каждые 3 мес. в течение года после имплантации, затем ежегодно

В комплекс регулярного обследования пациентов с синдромом слабости синусового узла входит

- суточное мониторирование АД
- суточное мониторирование ЭКГ
- магнитно-резонансная томография сердца
- компьютерная томография сердца

Для купирования синкопальных состояний, обусловленных брадикардией или асистолией, кроме атропина, применяют также

- суточное мониторирование АД
- суточное мониторирование ЭКГ
- магнитно-резонансная томография сердца
- компьютерная томография сердца

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мальчик 14 лет, поступил стационар в плановом порядке по направлению участкового педиатра поликлиники в связи с выявленной выраженной брадикардией до 37 в минуту, пресинкопальными состояниями.

Жалобы

На пресинкопальные состояния длительностью от 2 до 5 минут, возникающие вне связи с физическими и психоэмоциональными нагрузками, сопровождающиеся резкой бледностью. Вышеуказанные жалобы в течение последних 4 месяцев (4 эпизода).

Анамнез заболевания

Тенденция к брадикардии отмечалась с момента рождения (ЧСС - 122 в минуту) и сохранялась в течение всех последующих лет (в 5 лет - 55 в минуту, 7 лет - 62 в минуту, в 10 лет - 52 в минуту, в 13 лет - 48 в минуту (по данным амбулаторной карты при осмотрах педиатром) На четвертые сутки после рождения стал выслушиваться короткий систолический шум вдоль грудины. Госпитализирован в кардиологическое отделение стационара, где в ходе обследования данных за врожденный порок сердца не получено. До 13 лет жалоб не предъявлял. В динамике в кардиологических стационарах не обследован. С 13 лет – вышеуказанные жалобы. За медицинской помощью до 14 лет не обращался. В 14 лет обратились к неврологу. При неврологическом обследовании (ЭЭГ, видео ЭЭГ-мониторинг, МРТ головного мозга) – патологии не выявлено. Состояние расценено как синдром вегето-сосудистой дистонии. При обращении к

педиатру амбулаторно при осмотре зафиксирован пульс 38 в минуту, в связи с чем планово направлен в кардиологическое отделение стационара.

Анамнез жизни

- * ребенок от второй беременности (первая - роды, здоров), протекавшей без патологии
- * у матери – профвредность до беременности в течение 9 лет (медсестра-анестезистка)
- * роды - 39/40 недель, без патологии. крик сразу
- * масса тела при рождении - 3400 г., длина - 52 см. Оценка по шкале Апгар - 8/8 баллов
- * к груди приложен в первые сутки
- * с двухнедельного возраста вскармливание искусственное
- * рос и развивался по возрасту
- * на первом году жизни – ОРВИ, ОКИ, в 2 года – скарлатина (легкое течение), в 5 лет - ветряная оспа (легкое течение)
- * синкопальные состояния отрицает
- * аллергологический анамнез неотягощен (со слов)
- * профилактические прививки выполнены согласно Национальному календарю профилактических прививок
- * семейный анамнез отягощен: бабушки ребенка – умер внезапно в возрасте 54 лет (со слов родителей)

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, без высыпаний. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Видимые слизистые розовые, сыпи, цианоза не отмечено. В зеве – без катаральных явлений, налетов на миндалинах на момент осмотра нет. Пульс 37 в минуту, удовлетворительного наполнения, симметричный. Верхушечный толчок определяется в V межреберья, локализованный, не усиленный. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, левая – по левой срединно-ключичной линии, верхняя – нижний край II ребра. Тоны сердца ясные, ритмичные, систолический шум с р. макс. на верхушке и в точке Боткина-Эрба, экстракардиально не проводится. ЧСС 37 в минуту, АД – 107/60 мм рт. ст. ЧД – 17 в минуту. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет. Дизурические явления отрицает. Стул - в норме (со слов).

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят определение

- суточное мониторирование АД
- суточное мониторирование ЭКГ
- магнитно-резонансная томография сердца
- компьютерная томография сердца

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- суточное мониторирование АД
- суточное мониторирование ЭКГ
- магнитно-резонансная томография сердца
- компьютерная томография сердца

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая данные лабораторных и инструментальных методов обследования, пациенту можно поставить диагноз

- суточное мониторирование АД
- суточное мониторирование ЭКГ
- магнитно-резонансная томография сердца
- компьютерная томография сердца

Диагноз

Для уточнения этиологии возникновения аритмии и определения тактики дальнейшего ведения и лечения пациенту рекомендовано проведение

- суточное мониторирование АД
- суточное мониторирование ЭКГ
- магнитно-резонансная томография сердца
- компьютерная томография сердца

Результаты обследования

Консервативное лечение синдрома слабости синусового узла подразумевает назначение

- витаминов группы В
- нестероидных противовоспалительных препаратов
- седативных препаратов
- блокаторов М-холинергических рецепторов

В качестве хирургического лечения синдрома слабости синусового узла рекомендовано проведение

- левосторонней симпатэктомии
- имплантации кардиовертера-дефибриллятора
- радиочастотной аблации
- имплантации постоянного электрокардиостимулятора

Имплантация однокамерного предсердного стимулятора проводится детям с синдромом слабости синусового узла без

- признаков бинодального поражения
- признаков недостаточности кровообращения
- дилатационной кардиомиопатии
- синкопальных состояний

Наиболее эффективным методом оценки эффективности лечения детей с нарушениями функции синусового узла является

- клиноортостатическая проба
- сцинтиграфия миокарда
- холтеровское мониторирование ЭКГ
- ЭКГ

Вакцинацию пациентов с синдромом слабости синусового узла рекомендовано проводить + _____ + вакцинами

- инактивированными
- только моновакцинами
- живыми
- ослабленными

Детям с синдромом слабости синусового узла с имплантированными электрокардиостимуляторами контактные виды спорта

- исключаются
- разрешены
- разрешены с ограничением
- рекомендуются

Пациенты с синдромом слабости синусового узла с имплантированным электрокардиостимулятором наблюдаются в течение первого года после имплантации + _____ + раз/раза в год

- 4
- 2
- 3
- 1

Наблюдение пациента с СССУ должно быть длительным и регулярным (не реже 1 раза в + _____ + месяцев/месяца)

- 4
- 2
- 3
- 1

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мальчик 14 лет с дилатационной кардиомиопатией на амбулаторном приеме у кардиолога для контрольного динамического обследования и выработки тактики дальнейшего ведения и лечения.

Жалобы

На слабость, одышку, при повышенных физических нагрузках. Обычные физические нагрузки переносит удовлетворительно.

Анамнез заболевания

В возрасте 13 лет 7 месяцев – диагностирована дилатационная кардиомиопатия, генетически детерминированная. Проходил лечение в условиях стационара. Назначен спиронолактон, каптоприл, на фоне чего отмечается положительная динамика в виде улучшения переносимости обычных физических нагрузок. Синкопальные состояния отрицает. При интенсивных (беге) – эпизоды слабости, одышки (в динамике - меньше).

Анамнез жизни

- * ребенок от 1 беременности, протекавшей без патологии
- * роды - 39/40 недель, без патологии, крик сразу
- * масса при рождении – 3.370 г, длина – 53 см
- * к груди приложен в первые сутки
- * рос и развивался по возрасту
- * перенесенные заболевания: в 4 года – ветряная оспа (средней степени тяжести), в 5 лет – краснуха (легкое течение)
- * аллергологический анамнез не отягощен (со слов)
- * профилактические прививки выполнены согласно Национальному календарю

профилактических прививок

* семейный анамнез отягощен (у двоюродной сестры мальчика по линии отца - ДКМП, диагностированная в возрасте 21 года).

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, без высыпаний. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Видимые слизистые розовые, сыпи, цианоза не отмечено. В зеве – без катаральных явлений, налетов на миндалинах на момент осмотра нет. Пульс ритмичный 80 в минуту, симметричный, удовлетворительного наполнения. Верхушечный толчок определяется в V межреберье, ослабленный. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, левая – по левой срединно-ключичной линии, верхняя – нижний край II ребра. ЧСС 80 в минуту, дефицита пульса не зафиксировано. АД – 110/60 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, приглушены, ритмичные. Систолический шум умеренной интенсивности с р. макс. на верхушке и в точке Боткина-Эрба, экстракардиально не проводится. ЧД 20 в минуту. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет. Дизурические явления отрицает. Стула на момент осмотра не было (со слов).

К необходимым для динамического контроля состояния лабораторным методам обследования относят определение

- 4
- 2
- 3
- 1

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для динамического контроля состояния инструментальным методам обследования относят

- 4
- 2
- 3
- 1

Результаты инструментального метода обследования

По данным теста с 6-минутной ходьбой ребенок прошел дистанцию 372 метра. В совокупности с жалобами и объективными данными ХСН соответствует + ___ + функциональному классу

- 4
- 2
- 3
- 1

Диагноз

Для определения функционального класса сердечной недостаточности, у детей старшей возрастной группы используется классификация

- Ross
- Тура
- NYHA
- Lown

В основе систолической сердечной недостаточности лежит

- нарушение расслабления миокарда в диастоле
- повышенное напряжение артериального русла
- снижение сократительной функции миокарда
- уменьшение объема полостей сердца

К возможным побочным эффектам антагонистов минералокортикоидных рецепторов относится ухудшение функции

- щитовидной железы
- почек
- желчного пузыря
- дыхания

При назначении антагонистов минералокортикоидных рецепторов необходимо мониторировать содержания калия и + _____ + в сыворотке крови при любом изменении в лечении или клиническом состоянии пациента

- железа
- креатинина
- ренина
- глюкозы

Терапевтическая доза Каптоприла для лечения сердечной недостаточности у детей с дилатационной кардиомиопатией составляет + ____ + мг/кг/сутки

- 0,2
- 1,0
- 3,0
- 0,5

Пациентам с ХСН при стабильном состоянии необходимо плановое стационарное обследование + _____ + раз/раза в год для контроля и коррекции терапии

- 1-2
- 4-5
- 3-4
- 5-6

Оценка эффективности терапии ХСН должна проводиться в амбулаторно-поликлинических условиях 1 раз в + ____ + месяца/месяцев

- 6
- 4
- 3
- 12

Ко второму уровню оказания медицинской помощи детям с хронической сердечной недостаточностью относится

- первичная медико-санитарная помощь
- специализированная амбулаторная и (или) стационарная помощь
- специализированная кардиологическая помощь
- специализированная высокотехнологичная помощь

Физическая реабилитация рекомендуется всем пациентам с ХСН в стабильном состоянии + _____ + функционального класса

- первичная медико-санитарная помощь
- специализированная амбулаторная и (или) стационарная помощь
- специализированная кардиологическая помощь
- специализированная высокотехнологичная помощь

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мальчик 12 лет с диагнозом: дилатационная кардиомиопатия. На амбулаторном приеме у кардиолога для контрольного динамического обследования и выработки тактики дальнейшего ведения и лечения.

Жалобы

На утомляемость, одышку при интенсивных физических нагрузках. Синкопальных, пресинкопальных состояний не было.

Анамнез заболевания

Пять месяцев назад при стационарном обследовании диагностирована дилатационная кардиомиопатия, генетически детерминированная. Проходил лечение в стационаре с положительным эффектом. При проведении ЭХО-КГ через месяц после выписки из стационара – Конечного-диастолический размер левого желудочка 57 мм (z-score 4,48), конечно-систолический размер левого желудочка – 35,2 мм, данных за гипертрофию миокарда не получено, выпота в перикарде не выявлено, признаков тромбообразования не зафиксировано. Фракция выброса (Симпсон) 43%, фракция выброса (Тейхольц) 45%. Синкопальные состояния отрицает. Бытовые физические нагрузки переносит удовлетворительно. При более интенсивных физических нагрузках (беге, подъеме на 3 этаж) – слабость, одышка.

Анамнез жизни

- * ребенок от первой беременности, протекавшей без особенностей
- * роды на 39/40 неделе, без осложнений
- * масса тела при рождении – 3 200 г, длина – 50 см
- * оценка по шкале Апгар 7/8 баллов
- * к груди приложен в первые сутки
- * рос и развивался по возрасту
- * в анамнезе – редкие ОРЗ, ОРВИ до 7 лет, в 6 лет – ветряная оспа (легкое течение)
- * аллергологический анамнез не отягощен (со слов)
- * профилактические прививки выполнены согласно Национальному календарю профилактических прививок.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, без высыпаний. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Видимые слизистые оболочки розовые, сыпи, цианоза не отмечено. В зеве – без катаральных явлений, налетов на миндалинах на момент осмотра нет. Пульс ритмичный 78 в минуту, симметричный, удовлетворительного наполнения. Верхушечный толчок определяется в V межреберья, усиленный. Границы относительной сердечной

тупости: правая – по правому краю грудины, левая – по левой срединно-ключичной линии, верхняя – нижний край II ребра. ЧСС 78 в минуту, АД – 105/60 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены ритмичные, систолический шум умеренной интенсивности с р. макс. на верхушке и в точке Боткина-Эрба, экстракардиально не проводится. ЧД 19 в минуту. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Периферических отеков нет. Дизурические явления отрицает. Стула на момент осмотра не было.

К необходимым при динамическом контроле состояния лабораторным методам обследования относят определение

- первичная медико-санитарная помощь
- специализированная амбулаторная и (или) стационарная помощь
- специализированная кардиологическая помощь
- специализированная высокотехнологичная помощь

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для динамического контроля состояния инструментальным методам обследования относят

- первичная медико-санитарная помощь
- специализированная амбулаторная и (или) стационарная помощь
- специализированная кардиологическая помощь
- специализированная высокотехнологичная помощь

Результаты инструментальных методов обследования

По данным теста с 6-минутной ходьбой мальчик прошел дистанцию 502 метра. В совокупности с жалобами и объективными данными ХСН соответствует +____+ функциональному классу

- первичная медико-санитарная помощь
- специализированная амбулаторная и (или) стационарная помощь
- специализированная кардиологическая помощь
- специализированная высокотехнологичная помощь

Диагноз

Фармакологическое лечение пациентов с ХСН рекомендовано проводить в зависимости от

- функционального класса ХСН
- семейного анамнеза
- субъективных жалоб пациента
- сопутствующей некардиальной патологии

Препаратами первой линии в лечении систолической хронической сердечной недостаточности являются

- глюкокортикоиды
- сердечные гликозиды
- петлевые диуретики
- ингибиторы АПФ

При плохой переносимости ингибиторов АПФ (кашель) пациентам с хронической сердечной недостаточностью рекомендовано назначение

- блокаторов ангиотензина II (БРАII)
- десенсибилизирующих препаратов
- сердечных гликозидов
- бронхолитических средств

Во время терапии диуретиками рекомендовано мониторировать уровень + _____ + крови

- холестерина
- лейкоцитов
- электролитов
- глюкозы

Одновременное применение с диуретиками ингибиторов АПФ предотвращает развитие нарушений

- уровня электролитов
- пищеварения
- зрения
- слуха

При повышении уровня калия более + _____ + ммоль/л необходимо немедленно отменить антагонисты альдостерона и проводить регулярный мониторинг уровня электролитов

- 5,8
- 5,0
- 6,0

- 5,5

Пациентам с ХСН при стабильном состоянии необходимо плановое стационарное обследование + _____ + раз/раза в год для контроля и коррекции терапии

- 5-6
- 4-5
- 3-4
- 1-2

Плановое стационарное обследование пациентов с ХСН при стабильном состоянии для контроля и коррекции терапии должно проводиться 1 раз

- в 6-12 мес.
- 3-4 мес.
- 2-3 мес.
- 2-3 года

Прогноз ХСН зависит прежде всего от

- в 6-12 мес.
- 3-4 мес.
- 2-3 мес.
- 2-3 года

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мальчик, 17 лет обратился на прием к детскому кардиологу в поликлинику по месту жительства. Врач- детский кардиолог проводит первичное обследование пациента в рамках амбулаторной помощи детям.

Жалобы

На повышения АД до 145-160/90-95 мм рт. ст., сопровождающиеся чувством страха, «внутренней дрожи», выраженным сердцебиением. Также беспокоят повышенная потливость, нарушение сна. Стал уставать от привычной физической нагрузки (учится заочно, работает на складе), возникают одышка, потемнение в глазах.

Анамнез заболевания

Жалобы беспокоят в течение 1-го года. К врачам не обращался, хотя на медицинском осмотре при приеме на работу (1 год назад) отмечалось

повышенное АД, что связывалось с избыточным потреблением кофе и курением. Отмечает постепенное ухудшение состояния за последний год: ухудшение переносимости физической нагрузки, появление сердцебиений. ЭКГ в момент жалоб не выполнялось, подсчет ЧСС не проводился.

Анамнез жизни

- * Рос и развивался по возрасту. Кардиологом не наблюдался.
- * Занимался плаванием, боксом, легкой атлетикой. Нагрузки переносил хорошо.
- * Синкопальных состояний не было.
- * Профилактические прививки проведены по возрасту.
- * Вредные привычки: курит с 15-ти лет, алкоголь употребляет раз в неделю, употребление наркотических средств отрицает
- * Семейный анамнез: наследственные заболевания со стороны матери у бабушки инсульт, у бабушки – гипертоническая болезнь. Внезапная сердечная смерть у родственников не отмечалась.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное, в контакт вступает легко.

Эмоциональная лабильность выражена: волнуется, встревожен. В пространстве и времени ориентирован.

Телосложение правильное. Состояние питания удовлетворительное: Вес 64.0 кг; рост 170.0 см; индекс массы тела 20.2 (норма); площадь поверхности тела 1.53 м².

Кожные покровы обычной окраски. Склеры обычной окраски. Отмечается небольшой экзофтальм. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Костно-мышечная система: развитие верхне-плечевого пояса преобладает над мышцами нижних конечностей. При вытягивании рук вперед отмечается небольшой тремор пальцев. Зев чистый: миндалины не увеличены.

Периферические лимфоузлы: не увеличены, безболезненны, эластичны. Отеки: не определяются. Щитовидная железа: визуально не увеличена

Сердечно-сосудистая система. Пульс: 98 уд/мин ритмичный удовлетворительного наполнения напряжен. Пульсации бедренных сосудов отчетливые, симметричные. Артериальное давление: 160/88 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, чистые, 2 тон: усилен над аортой, в 3-ем межреберьи слева от грудины (пункт максимум) – систолический шум жестковатый, музыкальный по тембру.

Органы дыхания: Число дыханий в 1 мин. 21. Грудная клетка правильной формы. В акте дыхания вспомогательные мышцы не участвуют. Дистанционные хрипы не слышны; перкуторно: ясный легочный звук; дыхание везикулярное.

Пищеварительная система: язык влажный чистый. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена; край печени

умеренной плотности, поверхность печени гладкая. Селезенка не увеличена; при пальпации не определяется.

Физиологические отправления: в норме

Для выяснения выраженности артериальной гипертензии (АГ) у пациента необходимо провести

- в 6-12 мес.
- 3-4 мес.
- 2-3 мес.
- 2-3 года

Результаты обследования

Данные СМАД свидетельствуют о том, что у пациента отмечается

+ _____ + артериальная гипертензия

- изолированная систолическая
- лабильная систоло-диастолическая
- стабильная преимущественно систолическая
- стабильная систолическая -диастолическая

Кроме проведения СМАД, данному пациенту показано выполнение

- изолированная систолическая
- лабильная систоло-диастолическая
- стабильная преимущественно систолическая
- стабильная систолическая -диастолическая

Результаты обследования

Данному пациенту необходимо рекомендовать проведение следующих лабораторных тестов

- изолированная систолическая
- лабильная систоло-диастолическая
- стабильная преимущественно систолическая
- стабильная систолическая -диастолическая

Результаты лабораторных обследований

Первое место среди симптоматических АГ занимает

- системные васкулиты (узелковый полиартериит, болезнь Такаясу)

- почечная вазо-ренальная гипертензия, связанная с врожденной или приобретенной патологией почек и почечных сосудов
- болезни коры и мозгового слоя надпочечников
- коарктация аорты

Для исключения ренальной причины, имеющейся у пациента АГ, дополнительно необходимо провести

- системные васкулиты (узелковый полиартериит, болезнь Такаясу)
- почечная вазо-ренальная гипертензия, связанная с врожденной или приобретенной патологией почек и почечных сосудов
- болезни коры и мозгового слоя надпочечников
- коарктация аорты

Результаты обследования

Для исключения коарктации аорты необходимо провести

- системные васкулиты (узелковый полиартериит, болезнь Такаясу)
- почечная вазо-ренальная гипертензия, связанная с врожденной или приобретенной патологией почек и почечных сосудов
- болезни коры и мозгового слоя надпочечников
- коарктация аорты

Результаты обследования

Одним из необходимых лабораторных тестов для исключения АГ вследствие феохромоцитомы является определение

- системные васкулиты (узелковый полиартериит, болезнь Такаясу)
- почечная вазо-ренальная гипертензия, связанная с врожденной или приобретенной патологией почек и почечных сосудов
- болезни коры и мозгового слоя надпочечников
- коарктация аорты

Результаты лабораторного обследования

Из имеющейся у пациента клинической картины и данных обследования НЕ противоречит диагнозу первичного гиперальдостеронизма

- нормальные показатели рН крови
- наличие АГ и прогрессирующее снижение толерантности к физической нагрузке (мышечная слабость?)
- неизмененные процессы реполяризации желудочков на ЭКГ

- нормальные показатели натрия, калия и хлора в крови

Наиболее вероятной причиной АГ у пациента является

- стеноз почечных артерий
- тиреотоксикоз
- феохромоцитома
- синдром Кона

Для подтверждения гиперфункции щитовидной железы необходимо провести

- стеноз почечных артерий
- тиреотоксикоз
- феохромоцитома
- синдром Кона

Результаты обследования

Пациента необходимо направить на консультацию, дальнейшее обследование и лечение к

- стеноз почечных артерий
- тиреотоксикоз
- феохромоцитома
- синдром Кона

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мальчик 4 лет госпитализирован в детскую многопрофильную больницу по скорой помощи в связи лихорадкой длительностью более 5 дней.

Жалобы

На повышение температуры тела до 39.0-39.5°C, кашель, слабость, высыпания на теле, изменения слизистой оболочки ротовой полости и глаз.

Анамнез заболевания

Заболел остро, вечером 11 декабря поднялась температура тела до 39.0°C, отмечался кашель, ринит, гиперемия слизистой оболочки ротовой полости и глотки. На 2 сутки смотрен педиатром (диагноз: ОРИ, острый фарингит), назначена антибактериальная терапия, НПВП (со слов мамы без эффекта), в динамике инъекцию конъюнктив, лихорадка 39.5°C, двукратная рвота.

Вечером 14 декабря появились гиперемия и уплотнение кожи ладоней и стоп, а также пятнисто-папулезные высыпания на левом запястье, в области правого голеностопного сустава.

Анамнез жизни

- * Беременность 3. Роды 2, срочные. Вес 3500 г, рост 50 см.
- * Рос и развивался соответственно возрасту
- * Вакцинирован согласно Национальному календарю
- * Перенесенные заболевания: ОРВИ 1-2 раза в год.
- * Травмы и операции: не было
- * Аллергоанамнез: не отягощен
- * Наследственный анамнез: отягощен СД 1 типа по линии матери.

Объективный статус

- * Состояние средней степени тяжести. Лихорадит до 39.0 - 39,5°C. Отмечается интенсивная эритема и отек дистальных отделов конечностей. Пятнисто-папулезные высыпания на левом запястье, в области правого голеностопного сустава. Периферических отеков нет. Покраснение, сухость, трещины губ, «малиновый язык». Эписклерит. Зев розовый. Вес 17 кг, рост 109 см
- * При перкуссии лёгких – ясный лёгочный звук. Дыхание в легких везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД 24 в мин.
- * Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС 120 в мин. АД 90/55 мм рт. ст.
- * Живот мягкий, доступен к глубокой пальпации, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный, диурез адекватный.
- * St.localis: Внешне суставы не изменены, объем движений полный, движения безболезненные.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- стеноз почечных артерий
- тиреотоксикоз
- феохромоцитома
- синдром Кона

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования в данном случае являются

- стеноз почечных артерий
- тиреотоксикоз
- феохромоцитома

- синдром Кона

Результаты инструментальных методов обследования

На основании данных анамнеза, объективного осмотра, результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования ребенку можно поставить диагноз

- стеноз почечных артерий
- тиреотоксикоз
- феохромоцитома
- синдром Кона

Диагноз

Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в

- стационарных условиях (соматическое отделение)
- отделении интенсивной терапии
- условиях «дневного стационара»
- амбулаторных условиях

Критериями тяжести этого заболевания в данном случае считается

- поражение кожных покровов
- поражение суставов
- высокая параклиническая активность
- поражение коронарных артерий

Пациенту показано назначение

- внутривенных иммуноглобулинов
- нестероидных противовоспалительных препаратов
- иммуномодулирующей терапии
- цитостатической терапии

Если пациент не отвечает на стартовую терапию внутривенным иммуноглобулином, то необходимо

- повторить введение внутривенного иммуноглобулина
- назначить кортикостероидные препараты
- назначить иммуносупрессивную терапию
- назначить антибактериальную терапию

Из группы нестероидных противовоспалительных препаратов при данном заболевании показано назначение

- мелоксикама
- ибупрофена
- парацетамола
- ацетилсалициловой кислоты

При кожно-слизистом лимфонулярном синдроме отмечается поражение преимущественно

- капилляров
- средних сосудов
- крупных сосудов
- мелких сосудов

Наиболее часто болезнь Kawasaki встречается у

- детей младшего школьного возраста
- детей старшего школьного возраста
- детей до 5 лет
- взрослых

Прогноз течения заболевания у данного пациента

- в целом, благоприятный, при отсутствии поражения сердечно-сосудистой системы
- неблагоприятный, так как пациент может погибнуть вследствие системных проявлений
- неблагоприятный, приводит к инвалидизации пациента
- в целом, благоприятный, при ранней постановке диагноза и назначении терапии

Пациентам с болезнью Kawasaki в амбулаторно-поликлинических условиях необходимо проводить инструментальное обследование (ЭхоКГ и ЭКГ) 1 раз в

- в целом, благоприятный, при отсутствии поражения сердечно-сосудистой системы
- неблагоприятный, так как пациент может погибнуть вследствие системных проявлений
- неблагоприятный, приводит к инвалидизации пациента
- в целом, благоприятный, при ранней постановке диагноза и назначении терапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девочка, 10 лет госпитализирован в детскую многопрофильную больницу по скорой помощи в связи лихорадкой длительностью более 14 дней.

Жалобы

На лихорадку 39 - 40°C, экзантему, раздражительность, изменения кожи, слизистых глаз, языка, полости рта.

Анамнез заболевания

На протяжении 14 дней наблюдается лихорадка 39-40°C, присоединение экзантемы, гиперемия стоп, кистей рук, отеки дистальных отделов конечностей, в динамике инъекция конъюнктив без экссудативных проявлений, изменения слизистых губ (хейлит, заеды, растрескавшиеся губы), получал антибактериальную терапию, кортикостероиды, без эффекта в анализах крови высокая воспалительная активность.

Анамнез жизни

- * Беременность 1. Роды 1, срочные. Вес 3800 г. Длина 50 см.
- * Рос и развивался соответственно возрасту
- * Вакцинирован согласно Национальному календарю
- * Перенесенные заболевания: ОРВИ редко
- * Травмы и операции: не было
- * Аллергоанамнез: не отягощен
- * Наследственный анамнез: не отягощен

Объективный статус

* Состояние средней степени тяжести. Лихорадит до 39,0°-40°C. Кожные покровы гиперемированы, выявлены уртикарные высыпания на туловище, на нижних конечностях, в паховой области, пластинчатое шелушение кожи стоп и пальцев верхних конечностей. Эритема ладоней и подошв, отек стоп. Периферических отеков нет. Слизистые – выраженный хейлит, потрескавшиеся губы. Гиперемия слизистой оболочки ротовой полости. Гиперемия конъюнктивы обоих глаз. Зев розовый. Увеличение шейных лимфатических узлов слева. Язык сосочковый, малиновый.

- * Вес 31 кг, рост 139 см
- * При перкуссии лёгких – ясный лёгочный звук. Дыхание в легких везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД 20 в мин.
- * Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС 90 в мин. АД 100/60 мм рт. ст.
- * Живот мягкий, доступен к глубокой пальпации, безболезненный. Печень {plus}2, 0 см, селезенка не увеличена. Стул оформленный, диурез адекватный.

* St.localis: Внешне суставы не изменены, объем движений полный, движения безболезненные.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- в целом, благоприятный, при отсутствии поражения сердечно-сосудистой системы
- неблагоприятный, так как пациент может погибнуть вследствие системных проявлений
- неблагоприятный, приводит к инвалидизации пациента
- в целом, благоприятный, при ранней постановке диагноза и назначении терапии

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования в данном случае являются

- в целом, благоприятный, при отсутствии поражения сердечно-сосудистой системы
- неблагоприятный, так как пациент может погибнуть вследствие системных проявлений
- неблагоприятный, приводит к инвалидизации пациента
- в целом, благоприятный, при ранней постановке диагноза и назначении терапии

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинко-лабораторных и инструментальных методов обследования ребенку можно поставить диагноз

- в целом, благоприятный, при отсутствии поражения сердечно-сосудистой системы
- неблагоприятный, так как пациент может погибнуть вследствие системных проявлений
- неблагоприятный, приводит к инвалидизации пациента
- в целом, благоприятный, при ранней постановке диагноза и назначении терапии

Диагноз

Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в

- амбулаторных условиях (на дому)
- стационарных условиях (ревматологическое отделение)
- стационарных условиях (отделение интенсивной терапии)
- условиях «дневного стационара»

Критериями тяжести этого заболевания в данном случае считаются

- поражение кожных покровов
- высокая параклиническая активность
- поражение суставов
- поражение коронарных артерий

Пациенту показано назначение

- нестероидных противовоспалительных препаратов
- иммуномодулирующей терапии
- цитостатической терапии
- внутривенных иммуноглобулинов

Если пациент не отвечает на стартовую терапию внутривенным иммуноглобулином, необходимо

- назначить иммуносупрессивную терапию
- повторить введение внутривенного иммуноглобулина
- назначить антибактериальную терапию
- назначить кортикостероидные препараты

Из группы нестероидных противовоспалительных препаратов при данном заболевании показано назначение

- мелоксикама
- ацетилсалициловой кислоты
- парацетамола
- ибупрофена

При кожно-слизистом лимфонулярном синдроме отмечается поражение преимущественно

- средних сосудов
- мелких сосудов
- крупных сосудов
- капилляров

Наиболее часто болезнь Кавасаки встречается у

- детей младшего школьного возраста
- детей старшего школьного возраста
- детей до 5 лет
- взрослых

Прогноз течения заболевания у данного пациента

- в целом, благоприятный, при отсутствии поражения сердечно-сосудистой системы
- сомнительный, возможен тромбоз аневризмы, который может привести к инфаркту миокарда
- неблагоприятный, так как пациент может погибнуть вследствие системных проявлений
- неблагоприятный, приводит к инвалидизации пациента

Пациентам с болезнью Kawasaki в амбулаторно-поликлинических условиях необходимо проводить инструментальное обследование (ЭхоКГ и ЭКГ) 1 раз в + _____ + до стойкого исчезновения коронарных аневризм

- в целом, благоприятный, при отсутствии поражения сердечно-сосудистой системы
- сомнительный, возможен тромбоз аневризмы, который может привести к инфаркту миокарда
- неблагоприятный, так как пациент может погибнуть вследствие системных проявлений
- неблагоприятный, приводит к инвалидизации пациента

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мальчик 4 дней жизни из роддома переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии перинатального центра.

Жалобы

На цианоз кожных покровов, снижение сатурации.

Анамнез заболевания

При рождении состояние удовлетворительное. Рефлексы живые, кожные покровы физиологической окраски, дыхание регулярное. Через 30 минут после рождения цианоз конечностей, снижение сатурации до 78%. Переведен сначала в кислородную палатку, затем в связи с нарастанием гипоксемии на ИВЛ, в течение 20-30 минут без эффекта. Начата инфузия вазопростана. На фоне

проводимой терапии удалось добиться увеличения сатурации кислорода до 95%. В 1-е сутки жизни переведен в ОРИТ на ИВЛ, где был заподозрен ВПС.

Анамнез жизни

- * Ребенок от 4 беременности (1 выкидыш, 1 аборт по медицинским показаниям, первый ребенок здоров). На учете в Женской консультации с 7-ти недель. Первый триместр-токсикоз. На 14, 29 неделях - ОРВИ. На 32 неделе - хроническая фетоплацентарная недостаточность.
- * Роды 2-е срочные, на сроке 38 недель. По Апгар 8/8 баллов. Масса при рождении 3030 г, рост 50 см.
- * С рождения на искусственном вскармливании.
- * Неонатальный скрининг проведён на 3 сутки жизни.
- * Профилактические прививки: не привит.
- * Наследственность: у дяди ВПС, оперирован в младенчестве.
- * Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние тяжёлое. Масса тела 2980 гр. Кожные покровы цианотичные с сероватым оттенком, при беспокойстве наблюдается усиление цианоза. Небные дужки не гиперемированы, небные миндалины не увеличены. Периферических отеков нет. В легких дыхание пуэрильное, проводится равномерно во все отделы. ЧД 68/мин. Тоны сердца звучные, ритмичные. При аускультации выслушивается мягкий систолический шум над всей областью сердца с максимумом у основания мечевидного отростка. ЧСС 167 уд/мин. АД 55/40 мм рт. ст. Пульсация на бедренных артериях отчетливая. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень выступает на 2,5 см из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Физиологические отправления в норме

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам диагностики относят

- в целом, благоприятный, при отсутствии поражения сердечно-сосудистой системы
- сомнительный, возможен тромбоз аневризмы, который может привести к инфаркту миокарда
- неблагоприятный, так как пациент может погибнуть вследствие системных проявлений
- неблагоприятный, приводит к инвалидизации пациента

Результаты инструментальных методов обследования

Выполнение электрокардиографии необходимо для выявления, сопутствующего пороку синдрома

- ранней реполяризации желудочков
- Вольфа-Паркинсона-Уайта
- удлинённого интервала QT
- Бругада

Клинические проявления аномалии Эбштейна зависят от

- давления в полости правого предсердия
- уровня общего легочного сосудистого сопротивления
- величины и степени смещения створок трехстворчатого клапана
- размера легочной артерии

Наиболее характерной аускультативной картиной при аномалии Эбштейна является

- грубый систолический шум максимальный по левому краю грудины
- диастолический шум в точке аускультации пульмонального клапана
- дующий систолический шум и ранний диастолический шум, максимально у основания мечевидного отростка
- систолический шум во втором межреберьи справа от грудины, с проведением в межлопаточную область

Жалобами, наиболее характерными для пациентов с аномалией Эбштейна, являются

- повышение артериального давления на руках и снижение на ногах
- частые ОРВИ, утомляемость при кормлении
- синкопальные состояния, бледность кожных покровов, одышка
- одышка, цианоз и приступы сердцебиения

Согласно анатомической классификации порока, разработанной сотрудниками ФГБУ НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева, проведение восстановительных операций не представляется возможным у пациентов с аномалией Эбштейна типа

- С
- А
- D
- E

Пациентам с установленным диагнозом аномалии Эбштейна в качестве консервативной терапии может быть рекомендовано назначение Фуросемида в стартовой дозе +_____+ мг/кг/сутки

- 1-2
- 10-12
- 0,01-0,02
- 0,1-0,2

Препаратом выбора для лечения нарушений ритма сердца (синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта), сопровождающих аномалию Эбштейна, является

- дигоксин
- прокаинамид
- верапамил
- пропафенон

Пациентам с аномалией Эбштейна типа А и В (согласно анатомической классификации, разработанной сотрудниками ФГБУ НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева), рекомендуется

- пластика трикуспидального клапана
- полуторажелудочковая коррекция
- как пластика, так и протезирование трикуспидального клапана
- протезирование пластика трикуспидального клапана

Пациентам, входящим в группы D и E (согласно анатомической классификации, разработанной сотрудниками ФГБУ НМИЦ ССХ им. А.Н. Бакулева), рекомендуется

- как пластика, так и протезирование трикуспидального клапана
- исключительно пластика трикуспидального клапана
- протезирование трикуспидального клапана
- операция Росса

После хирургического вмешательства пациентам с аномалией Эбштейна ЭХОКГ и ЭКГ необходимо повторять 1 раз в +_____+ месяца/месяцев

- 6
- 3
- 12
- 5

Всем оперированным пациентам по поводу Аномалии Эбштейна в первые + _____ + месяца(ев) после операции рекомендуется профилактика эндокардита

- 6
- 3
- 12
- 5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 7 лет переведен на отделение детской кардиологии из соматического отделения многопрофильного стационара.

Жалобы

На повышенную утомляемость, недостаточность веса, роста (недостаточная прибавка веса), задержку роста. Синкопальные состояния, приступы сердцебиения отрицает.

Анамнез заболевания

С раннего возраста – отставание в физическом развитии (недостаточность росто-весовых показателей).

Кардиологом не наблюдался.

При стационарном обследовании по поводу белково-энергетической недостаточности выслушан сердечный шум.

По данным эхокардиографического исследования: дилатация левого желудочка со снижением сократительной способности миокарда, ЭХО-признаки некомпактного миокарда левого желудочка.

Переведен в отделение детской кардиологии для обследования, уточнения диагноза, определения тактики ведения.

Анамнез жизни

* ребенок от 2 беременности, протекавшей на фоне рака шейки матки, с 21 недели – задержка внутриутробного развития плода.

* роды вторые путем кесарева сечения на сроке 37 недель

* вес при рождении 1675 г, рост 43 см, оценка по шкале Апгар 6/7 баллов

* отставание в физическом развитии с раннего возраста до настоящего времени

* травмы, операции отрицает.

* перенесенные заболевания: «детскими» инфекциями не болел. ОРВИ 1-2 раза в год

* на диспансерном наблюдении невролога (задержка речевого развития),

эндокринолога (белково-энергетическая недостаточность)

* профилактические прививки по индивидуальному плану

* аллергологический анамнез без особенностей

* семейный анамнез: у бабушки по линии матери - врожденный порок сердца (точный диагноз не известен)

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное. Температура тела: 36,6 °С
Состояние питания пониженное: Вес 14.5 кг; рост 104 см. Кожные покровы бледные, сухие. Небные дужки не гиперемированы, небные миндалины не увеличены. Периферические лимфоузлы: не увеличены, безболезненны, эластичны. Периферических отеков нет. Гипотрофия мышц конечностей, умеренное снижение тонуса мышц конечностей, движения в суставах в полном объеме.

В легких дыхание жесткое, проводится равномерно во все отделы, хрипов нет. ЧДД 22 в минуту.

Тоны сердца приглушены, ритмичные. Неинтенсивный систолический шум на верхушке сердца. ЧСС 94 удара в минуту. Артериальное давление 90/50 мм рт. ст. SpO₂ ~ 99%.

Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены, безболезненны. Физиологические отправления в норме.

Для уточнения диагноза необходимо проведение

- 6
- 3
- 12
- 5

Результаты обследования

Учитывая данные анамнеза, объективного осмотра, инструментальных методов обследования, пациенту можно поставить диагноз

- 6
- 3
- 12
- 5

Диагноз

Дифференциальную диагностику некомпактного миокарда левого желудочка в первую очередь следует проводить с

- идиопатической легочной гипертензией
- дилатационной кардиомиопатией
- аритмогенной дисплазией правого желудочка
- эссенциальной артериальной гипертензией

Осложнением основного диагноза является желудочковая экстрасистолия

- частая полиморфная
- редкая полиморфная
- редкая мономорфная
- частая мономорфная

Медикаментозная терапия в данном клиническом случае включает назначение

- статинов
- антагонистов эндотелиновых рецепторов
- агонистов I1-имидазолиновых рецепторов
- ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента

Стартовая доза каптоприла, показанная данному пациенту, составляет + _____ + мг/кг/сутки

- 0,1
- 0,01
- 0,02
- 0,2

Побочным эффектом ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента является

- гипокалиемия
- нейтрофилез
- артериальная гипертензия
- кашель

Назначение ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента противопоказано при наличии

- гипокалиемии
- двустороннего стеноза почечных артерий

- атриовентрикулярной блокады 1 степени
- желудочковой тахикардии

Радикальным методом лечения некомпактного миокарда левого желудочка является

- имплантация электрокардиостимулятора
- трансплантация сердца
- септальная миоэктомия по Морроу
- имплантация кардиовертера-дефибриллятора

Некомпактный миокард чаще всего сочетается с

- идиопатической легочной гипертензией
- констриктивным перикардитом
- ишемической болезнью сердца
- врожденными пороками сердца

Этиопатогенез некомпактного миокарда левого желудочка заключается в

- патологических изменениях миокарда в условиях перегрузки объемом
- нарушении развития миокарда в процессе эмбрионального развития
- аутоиммунном поражении сердечной мышцы
- инфекционно-токсическом поражении сердечной мышцы

Осложнением некомпактного миокарда левого желудочка может быть

- патологических изменениях миокарда в условиях перегрузки объемом
- нарушении развития миокарда в процессе эмбрионального развития
- аутоиммунном поражении сердечной мышцы
- инфекционно-токсическом поражении сердечной мышцы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девочка 5 месяцев, госпитализирована в детскую областную многопрофильную больницу.

Жалобы

На повышенную утомляемость и одышку при кормлении.

Анамнез заболевания

Систолический шум выслушан при рождении. Ребенок консультирован детским кардиологом, заподозрен врожденный порок сердца, в связи с чем

рекомендована госпитализация в детскую областную многопрофильную больницу для проведения комплексного кардиологического обследования и решения вопроса о дальнейшей тактике ведения.

Анамнез жизни

- * ребенок от 1 беременности, 1 родов, срочных, самостоятельных
- * при рождении масса тела 3550 г, длина тела 52 см
- * период новорожденности: без особенностей
- * профилактические прививки: выполнена БЦЖ-М в роддоме
- * аллергологический анамнез не отягощен
- * травмы, операции отрицает
- * «Детские» инфекции: не болела
- * перенесенные состояния: ОРВИ в возрасте 3 месяцев
- * наследственность: не отягощена
- * на диспансерном учете у генетика: с диагнозом – синдром Дауна (генетически подтвержден)

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, стабильное. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Небные дужки не гиперемированы, небные миндалины не увеличены. Периферических отеков нет. В легких дыхание пуэрильное, проводится равномерно во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. При аускультации сердца выслушивается систолический шум, акцент второго тона над легочной артерией. ЧСС 135 уд/мин. SpO₂ ~ 100%. Пульсация на бедренных артериях удовлетворительная. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены.

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- патологических изменениях миокарда в условиях перегрузки объемом
- нарушении развития миокарда в процессе эмбрионального развития
- аутоиммунном поражении сердечной мышцы
- инфекционно-токсическом поражении сердечной мышцы

Результаты инструментальных методов обследования

Наиболее вероятным диагнозом после первичного обследования является: Врожденный порок сердца

- патологических изменениях миокарда в условиях перегрузки объемом
- нарушении развития миокарда в процессе эмбрионального развития

- аутоиммунном поражении сердечной мышцы
- инфекционно-токсическом поражении сердечной мышцы

Диагноз

Вариантом атриовентрикулярного канала в данном случае является

+ _____ + форма

- неполная
- первичная
- промежуточная
- полная

Атриовентрикулярный канал в зависимости от характера нарушения гемодинамики относят к порокам

- без нарушения гемодинамики
- с обогащением малого круга кровообращения
- с препятствием кровотоку в большом круге кровообращения
- с обеднением малого круга кровообращения

Полная форма атриовентрикулярного канала более чем в 75% случаев сочетается с синдромом

- Прадера-Вилли
- Патау
- Дауна
- Нунан

Первичную радикальную коррекцию полной формы атриовентрикулярного канала целесообразно выполнять, в зависимости от клинической тяжести, в возрасте

- 1 года
- 2-6 месяцев
- до 1 месяца
- 2-3 лет

Противопоказанием к оперативному лечению атриовентрикулярного канала служит

- неполная форма атриовентрикулярного канала
- склеротическая форма легочно-сосудистой болезни
- полная форма атриовентрикулярного канала

- вес ребенка менее 10 кг

В дооперационном периоде для компенсации клинического состояния показано назначение

- диуретиков
- блокаторов Са-каналов
- блокаторов рецепторов ангиотензина
- вазодилататоров

Эндоваскулярное закрытие первичного дефекта межпредсердной перегородки при полной форме атриовентрикулярного канала

- проводится в зависимости от желания хирурга
- проводится всегда
- проводится в редких случаях
- не проводится

В послеоперационном периоде при наличии резидуальной легочной гипертензии рекомендовано назначение

- β -адреноблокаторов
- легочных вазодилататоров
- блокаторов Са-каналов
- ингибиторов АПФ

В течение первого месяца после выписки из стационара после хирургической коррекции необходимо проводить осмотр детского кардиолога

- 2 раза в месяц
- 2 раза в неделю
- 1 раз в неделю
- 1 раз в месяц

В течение первого года после выписки из стационара после хирургической коррекции необходимо проводить осмотр детского кардиолога + _____ + раз/раза в год

- 2 раза в месяц
- 2 раза в неделю
- 1 раз в неделю
- 1 раз в месяц

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мальчик 7 месяцев, направлен на консультацию детского кардиолога поликлиники.

Жалобы

Родители активно не предъявляют.

Анамнез заболевания

Во время планового осмотра педиатра в возрасте 5 месяцев выслушан систолический шум над всей поверхностью сердца. Ранее комплексное кардиологическое исследование, ЭХО КГ не проводилось. Направлен на консультацию к детскому кардиологу поликлиники по месту жительства.

Анамнез жизни

- * ребенок от 2 беременности, 2 родов, срочных, самостоятельных
- * при рождении масса тела 3000 г, длина тела 52 см
- * период новорожденности: без особенностей
- * профилактические прививки: по возрасту
- * аллергологический анамнез не отягощен
- * травмы, операции отрицает
- * «Детские» инфекции: не болел
- * перенесенные состояния: ОРВИ 1 раз
- * наследственность: не отягощена
- * на диспансерном учете у специалистов не состоит

Объективный статус

Состояние удовлетворительное, стабильное. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Небные дужки не гиперемированы, небные миндалины не увеличены. Периферических отеков нет. В легких дыхание пуэрильное, проводится равномерно во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные. При аускультации сердца выслушивается систолический шум, акцент второго тона над легочной артерией. ЧСС 125 уд/мин. SpO₂ ~ 100%. Пульсация на бедренных артериях удовлетворительная. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены.

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- 2 раза в месяц
- 2 раза в неделю
- 1 раз в неделю
- 1 раз в месяц

Результаты инструментальных методов обследования

Наиболее вероятным диагнозом после первичного обследования является

- 2 раза в месяц
- 2 раза в неделю
- 1 раз в неделю
- 1 раз в месяц

Диагноз

Общий атриовентрикулярный канал по классификации МКБ-10 относится к врожденным аномалиям

- аортального и митрального клапанов
- крупных артерий
- сердечной перегородки
- легочного и трехстворчатого клапанов

Согласно Федеральным клиническим рекомендациям Ассоциации кардиологов России по оказанию медицинской помощи детям с врожденными пороками сердца степень тяжести атриовентрикулярного канала с точки зрения перинатальной смертности оценивается как

- тяжелая
- легкая
- очень тяжелая
- средняя

Атриовентрикулярный канал более чем в 75% случаев сочетается с синдромом

- Прадера-Вилли
- Патау
- Нунан
- Дауна

Первичную радикальную коррекцию полной формы атриовентрикулярного канала целесообразно выполнять, в зависимости от клинической тяжести, в возрасте

- 1 года
- 2-6 месяцев
- 2-3 лет

- до 1 месяца

Неполную форму атриовентрикулярного канала с умеренной недостаточностью митрального компонента общего атриовентрикулярного клапана целесообразно корригировать в возрасте

- 1-2 лет
- 3 месяцев
- 6 месяцев
- 3-4 лет

В дооперационном периоде для компенсации клинического состояния показано назначение

- диуретиков
- блокаторов Са-каналов
- вазодилататоров
- блокаторов рецепторов ангиотензина

В послеоперационном периоде при наличии резидуальной легочной гипертензии рекомендовано назначение

- легочных вазодилататоров
- ингибиторов АПФ
- блокаторов Са-каналов
- β -адреноблокаторов

Противопоказанием к оперативному лечению атриовентрикулярного канала служит

- вес ребенка менее 10 кг
- склеротическая форма легочно-сосудистой болезни
- неполная форма атриовентрикулярного канала
- полная форма атриовентрикулярного канала

В течение первого месяца после выписки из стационара после хирургической коррекции атриовентрикулярного канала необходимо проводить осмотр детского кардиолога

- 2 раза в неделю
- 1 раз в месяц
- 2 раза в месяц
- 1 раз в неделю

К резидуальным явлениям после хирургической коррекции атриовентрикулярного канала относится

- 2 раза в неделю
- 1 раз в месяц
- 2 раза в месяц
- 1 раз в неделю

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 15 лет поступила на отделение кардиологии в связи с выявленными на амбулаторном этапе признаками гипертрофии миокарда левого желудочка.

Жалобы

Жалоб нет.

Синкопальные и пресинкопальные состояния, перебои в работе сердца, приступы учащенного сердцебиения отрицает.

Физическую нагрузку переносит удовлетворительно.

Анамнез заболевания

ЭХОКГ в возрасте 7 лет (при прохождении планового профилактического осмотра): размеры камер сердца, толщина миокарда в норме, сократительная функция не нарушена.

С 13 лет на ЭКГ определяются признаки гипертрофии левого желудочка.

Наблюдалась кардиологом по месту жительства, терапию не получала.

ЭХОКГ в возрасте 15 лет: гипертрофия миокарда левого желудочка (МЖП 22 мм, ЗСЛЖ 22 мм).

Направлена на стационарное обследование.

Анамнез жизни

* Ребенок от 2 беременности, 2 родов, путём экстренного кесарева сечения на 34 неделе (поперечное предлежание плода, центральное предлежание плаценты, кровотечение)

* При рождении масса тела 2410 г, рост 48см, оценка по шкале Апгар 4/7 баллов

* Состояние при рождении тяжёлое за счёт дыхательной недостаточности, неврологических нарушений

* Состоит на диспансерном учете у невролога, психиатра с диагнозом: резидуально-органическое поражение ЦНС со снижением когнитивных функций

* На диспансерном учете у офтальмолога (расходящееся косоглазие OU)

* Профилактические прививки по индивидуальному плану

- * Перенесенные состояния: ОРВИ 1-2 раза в год
- * «Детские» инфекции: ветряная оспа в возрасте 6 лет
- * Травмы, операции отрицает
- * Аллергологический анамнез не отягощен
- * Семейный анамнез: у бабушки по материнской линии - порок сердца (точный диагноз неизвестен). Старший брат здоров. Случаев ВСС в семье не отмечено.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое, избыток массы тела (Вес 73 кг; рост 164 см; индекс массы тела 27.1). Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Небные дужки не гиперемированы, небные миндалины не увеличены. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, проводится равномерно во все отделы, хрипов нет. Определяется усиленный верхушечный толчок. Тоны сердца звучные, ритмичные. Грубый веретенообразный систолический шум у левого края грудины. ЧСС 80 уд/мин., АД (d=s) 110/70 мм рт. ст. SpO₂ ~ 99%. Пульсация на бедренных артериях удовлетворительная, симметричная. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме.

Необходимыми лабораторными методами обследования являются

- 2 раза в неделю
- 1 раз в месяц
- 2 раза в месяц
- 1 раз в неделю

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- 2 раза в неделю
- 1 раз в месяц
- 2 раза в месяц
- 1 раз в неделю

Результаты инструментальных методов обследования

Для исключения нарушений ритма у данной пациентки при первичном клиническом обследовании рекомендуется выполнение

- 2 раза в неделю

- 1 раз в месяц
- 2 раза в месяц
- 1 раз в неделю

Результаты обследования

Учитывая данные лабораторных и инструментальных методов обследования, пациентке можно поставить основной диагноз: Гипертрофическая кардиомиопатия

- 2 раза в неделю
- 1 раз в месяц
- 2 раза в месяц
- 1 раз в неделю

Диагноз

Осложнением основного диагноза является

- неустойчивая мономорфная желудочковая тахикардия
- групповая желудочковая экстрасистолия
- желудочковая экстрасистолия высоких градаций
- устойчивая мономорфная желудочковая тахикардия

Дифференциальную диагностику ГКМП следует проводить с

- гипертрофией левого желудочка на фоне системной артериальной гипертензии
- констриктивным перикардитом
- хроническим миокардитом
- аритмогенной дисфункцией миокарда

Медикаментозная терапия в данном клиническом случае включает назначение

- β -адреноблокаторов
- сердечных гликозидов
- ингибиторов АПФ
- тиазидных диуретиков

Доза Атенолола, показанная данной пациентке, составляет

- 25 мг/сутки в один прием
- 15-20 мг/сутки в один прием
- 15-20 мг/сутки в два приема

- 25-50 мг/сутки в два приема

Бета-адреноблокаторы при ГКМП назначаются с целью

- улучшения сократительной способности миокарда левого желудочка
- снижения преднагрузки
- повышения общего периферического сосудистого сопротивления
- уменьшения потребности миокарда в кислороде

Операция септальной миозектомии показана при

- всех вариантах асимметричной ГКМП
- асимптомной необструктивной ГКМП при наличии эпизодов неустойчивой желудочковой тахикардии
- асимптомной ГКМП с динамической обструкцией ВТЛЖ (градиент давления после нагрузочных тестов ≥ 50 мм рт. ст.)
- симптомной ГКМП с обструкцией ВТЛЖ (градиент ≥ 50 мм рт. ст.) и недостаточной эффективности медикаментозной терапии

Имплантация кардиовертера-дефибриллятора пациентам детского возраста с ГКМП показана при наличии

- частой желудочковой экстрасистолии
- пароксизмов предсердной тахикардии, компенсируемых эффективной антиаритмической терапией
- редких неустойчивых пароксизмов желудочковой тахикардии, компенсируемых эффективной антиаритмической терапией
- остановки сердца вследствие желудочковой тахикардии

Шкала «HCMRiskSCD» используется с целью стратификации риска ВСС у пациентов с ГКМП, достигших возраста + ____ + лет

- частой желудочковой экстрасистолии
- пароксизмов предсердной тахикардии, компенсируемых эффективной антиаритмической терапией
- редких неустойчивых пароксизмов желудочковой тахикардии, компенсируемых эффективной антиаритмической терапией
- остановки сердца вследствие желудочковой тахикардии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 13 лет экстренно госпитализирована на отделение кардиологии по направлению кардиолога поликлиники.

Жалобы

На снижение толерантности к физическим нагрузкам.

Одышка при подъеме по лестнице выше 2-го этажа и непродолжительной ходьбе в быстром темпе.

Синкопальные состояния отрицает.

Анамнез заболевания

Вышеописанные жалобы беспокоят в течение года. К кардиологу не обращались.

2 недели назад при осмотре педиатром после перенесенного острого бронхита выслушан систолический шум на верхушке, акцент второго тона на легочной артерии.

Направлена к кардиологу поликлиники.

По данным ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 82 в минуту. Признаки увеличения предсердий.

Суточное мониторирование ЭКГ нарушений ритма и проводимости не выявило

По данным эхокардиографии: дилатация обоих предсердий, остальные камеры не расширены. Толщина миокарда в норме. Сократительная способность миокарда не нарушена (ФВ левого желудочка 68%). Признаки диастолической дисфункции, рестриктивный тип трансмитрального потока (соотношение $V_e/V_a = 2$). Повышено расчетное давление в легочной артерии (70 мм рт. ст).

Недостаточность митрального клапана 1-2 степени. Недостаточность трикуспидального клапана 2 степени. Данных за врожденный порок сердца не получено.

С амбулаторного приема кардиолога экстренно госпитализирована в стационар.

Анамнез жизни

* Ребенок от 2 беременности (1-я беременность – самопроизвольный аборт на сроке 12 недель). Роды 1-е, физиологические, на сроке 38 недель

* При рождении масса тела 3300 г, рост 51 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов

* Период новорожденности без особенностей

* С возраста 6 лет - недостаточные весовые прибавки, повышенная утомляемость, частые бронхиты

* Профилактические прививки по индивидуальному плану

* Травмы, операции отрицает

* Аллергологический анамнез не отягощен

* Семейный анамнез: у тети по материнской линии - кардиомиопатия (точный диагноз неизвестен)

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Температура тела: 36,6°C.

Телосложение астеническое. Состояние питания пониженное: Вес 41 кг; Рост 161.0 см.

Кожные покровы чистые, обычной окраски. Небные дужки не гиперемированы, небные миндалины не увеличены. Периферические лимфоузлы: не увеличены, безболезненны, эластичны. Периферических отеков нет. Набухание и пульсация шейных вен в горизонтальном положении. В легких дыхание жесткое, проводится равномерно во все отделы, хрипов нет. ЧДД 17 в минуту.

Тоны сердца звучные, ритмичные. Усиление 2-го тона над легочной артерией. Неинтенсивный систолический шум в проекции митрального и трикуспидального клапанов. ЧСС 80 ударов в минуту. АД 100/60 мм рт. ст. SpO₂ ~ 99%. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги, безболезненна при пальпации, консистенция плотно-эластичная, край ровный. Селезенка не увеличена. Физиологические отправления в норме.

Для уточнения диагноза необходимо проведение

- частой желудочковой экстрасистолии
- пароксизмов предсердной тахикардии, компенсируемых эффективной антиаритмической терапией
- редких неустойчивых пароксизмов желудочковой тахикардии, компенсируемых эффективной антиаритмической терапией
- остановки сердца вследствие желудочковой тахикардии

Результаты обследования

Учитывая данные анамнеза, объективного осмотра, инструментальных методов обследования, пациентке можно поставить диагноз

- частой желудочковой экстрасистолии
- пароксизмов предсердной тахикардии, компенсируемых эффективной антиаритмической терапией
- редких неустойчивых пароксизмов желудочковой тахикардии, компенсируемых эффективной антиаритмической терапией
- остановки сердца вследствие желудочковой тахикардии

Диагноз

По результатам теста с 6-минутной ходьбой пройденная дистанция составила 258 м. Исходя из полученных данных, оцените функциональный класс ХСН пациентки

- I
- III
- II
- IV

Дифференциальную диагностику рестриктивной кардиомиопатии в первую очередь следует проводить с

- аритмогенной дисфункцией миокарда
- констриктивным перикардитом
- аритмогенной дисплазией правого желудочка
- некомпактным миокардом левого желудочка

Медикаментозная терапия в данном клиническом случае включает назначение

- сердечных гликозидов
- антагонистов эндотелиновых рецепторов
- β -адреноблокаторов
- статинов

Стартовая доза карведилола, показанная данной пациентке, составляет + ____ + мг/кг/сутки

- 0,003
- 0,03
- 0,01
- 0,001

Побочным эффектом β -адреноблокаторов является

- гиперкалиемия
- бронхоспазм
- гипокалиемия
- почечная недостаточность

Радикальным методом лечения наследственной рестриктивной кардиомиопатии является

- имплантация кардиовертера-дефибриллятора
- трансплантация сердца
- ресинхронизирующая терапия
- септальная миоэктомия по Морроу

Пациент с диагностированной рестриктивной кардиомиопатией находится на диспансерном наблюдении детского кардиолога до достижения возраста + ____ + лет

- 16
- 18
- 14
- 12

Профилактическая вакцинация детям с рестриктивной кардиомиопатией

- противопоказана во всех случаях
- противопоказана при подтверждении наследственного генеза кардиомиопатии
- показана во всех случаях
- показана при компенсации сердечной недостаточности

При рестриктивной кардиомиопатии гистологическое исследование биоптатов миокарда может выявить

- фиброз миокарда
- гипертрофию и дезорганизацию кардиомиоцитов
- жировую инфильтрацию миокарда
- интерстициальные инфильтраты из мононуклеаров

Осложнением рестриктивной кардиомиопатии может быть

- фиброз миокарда
- гипертрофию и дезорганизацию кардиомиоцитов
- жировую инфильтрацию миокарда
- интерстициальные инфильтраты из мононуклеаров

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мальчик 14 лет госпитализирован в кардиологическое отделение в связи с выявленной кардиологом поликлиники аритмией.

Жалобы

На повышенную утомляемость, снижение толерантности к физической нагрузке в течение последних 12 месяцев. Синкопальные состояния отрицает, пресинкопальные состояния при резком переходе в ортостатическое

положение и при заборе крови из вены. Случаев внезапной сердечной смерти в семье не было.

Анамнез заболевания

Ребенок наблюдался кардиологом с 6 лет с вегетативной дисфункцией синусового узла.

На ЭКГ регистрировались эпизоды миграции водителя ритма по предсердиям, редкая предсердная экстрасистолия.

При проведении ЭХОКГ в возрасте 1 года, 7 и 13 лет патологии выявлено не было.

Мальчик занимался в любительской спортивной секции по футболу.

В плановом порядке была выполнена ЭКГ на которой регистрировался эктопический предсердный ритм с ЧСС 45 в мин., неустойчивые пароксизмы предсердной тахикардии по 3-5 комплексов с ЧСС 130-140 в мин.

Консультирован кардиологом поликлиники по месту жительства.

Направлен на стационарное обследование.

Анамнез жизни

* ребенок от 2 беременности (1 – м/аборт), протекавшей на фоне токсикоза, обострения хронического пиелонефрита в 1 триместре

* роды 1, срочные, путем Кесарева сечения (клинически узкий таз)

* длина тела при рождении 52 см, масса тела при рождении 2890 г. Апгар 7/9 баллов

* период новорожденности без особенностей. Выписан из роддома на 8 сутки

* приложен к груди в первые сутки, грудное вскармливание до 5 мес., введение прикормов с 5 месяцев

* на 1 году жизни наблюдался неврологом с диагнозом: гипоксически-ишемическое поражение ЦНС

* перенесенные заболевания: ОРВИ 4-6 раз в год, до 3 лет частые обструктивные бронхиты. Лакунарная ангина в 7 лет. Ветряная оспа в 10 лет

* операции, травмы: отрицает

* на диспансерном учете у кардиолога

* привит по возрасту согласно Национальному календарю профилактических прививок

* аллергические реакции отрицает

* наследственность: у матери аутоиммунный тиреоидит, эутиреоз

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко.

Эмоциональная лабильность выражена. В пространстве и времени ориентирован.

Телосложение правильное. Состояние питания удовлетворительное: Вес 44 кг;

Рост 153.0 см; индекс массы тела 18,8; площадь поверхности тела 1,37 м².
Кожные покровы чистые, обычной окраски. Склеры обычной окраски.
Видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Костно-мышечная система
развита удовлетворительно, движения в суставах в полном объеме. Зев чистый.
Гипертрофия небных миндалин 2 степени. Периферические лимфоузлы не
увеличены, безболезненны, эластичны. Отеки не определяются. Щитовидная
железа не увеличена. Пульс 50 уд/мин, аритмичный, удовлетворительного
наполнения. ЧСС 50 уд/мин. Артериальное давление 110/60 мм рт.ст. При
осмотре патологические пульсации не определяются. Пульсации бедренных
сосудов отчетливые. Тоны сердца: звучные, аритмичные.
Число дыханий в 16 в мин. Грудная клетка правильной формы; дыхание
везикулярное проводится равномерно во все отделы, хрипов нет. Язык
влажный. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный.
Печень не увеличена. Селезенка не увеличена.
Симптом поколачивания по пояснице отрицательный. Физиологические
отправления в норме.

**Необходимыми лабораторными методами обследования для уточнения
причины возникновения аритмии у данного пациента является выполнение**

- фиброз миокарда
- гипертрофию и дезорганизацию кардиомиоцитов
- жировую инфильтрацию миокарда
- интерстициальные инфильтраты из мононуклеаров

Результаты лабораторных методов обследования

**К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам
обследования относят**

- фиброз миокарда
- гипертрофию и дезорганизацию кардиомиоцитов
- жировую инфильтрацию миокарда
- интерстициальные инфильтраты из мононуклеаров

Результаты инструментальных методов обследования

**Брадикардией в различных возрастных группах традиционно считается
снижение ЧСС на стандартной ЭКГ ниже + ____ + перцентиля**

- 50
- 2
- 25

- 10

Для данного пациента брадикардией будет считаться снижение ЧСС на стандартной ЭКГ покоя ниже +_____+ ударов в минуту

- 70
- 73
- 56
- 65

На основании данных анамнеза и электрокардиографической картины аритмологической основой брадикардии у пациента является

- 70
- 73
- 56
- 65

Диагноз

Для дифференциальной диагностики синдрома слабости синусового узла и вегетативных дисфункций синусового узла применяется проба

- пассивным ортостазом
- клофелином
- АТФ 1%
- с активным ортостазом и\или 10 приседаниями

При проведении пробы с Атропином относительный прирост ЧСС должен составлять не менее +_____+ %

- 30
- 75
- 50
- 15

Для купирования критической брадикардии в неотложных ситуациях применяется +_____+ внутривенно

- аденозин
- атропина сульфат
- дексаметазон
- s.glucosae 40%

Максимальная общая доза Атропина сульфата для подростков составляет
+ ___ + мг

- 5
- 2
- 10
- 0,5

При выявлении брадикардии с ЧСС менее 2 перцентиля на стандартной ЭКГ
показан осмотр кардиолога, ЭКГ - контроль 1 раз в + _____ +
месяц/месяцев/месяца

- 12
- 1
- 3
- 6

Хирургическим методом лечения синдрома слабости синусового узла
является

- электростимуляция блуждающего нерва
- имплантация электрокардиостимулятора
- имплантация кардиовертера-дефибриллятора
- радиочастотная абляция субстрата предсердной эктопии

Согласно Федеральным клиническим рекомендациям «Синдром слабости
синусового узла у детей» эпикардальная система для постоянной
электрокардиостимуляции имплантируется пациентам с массой тела
+ _____ + кг

- электростимуляция блуждающего нерва
- имплантация электрокардиостимулятора
- имплантация кардиовертера-дефибриллятора
- радиочастотная абляция субстрата предсердной эктопии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девочка 17 лет госпитализирована для планового обследования в
кардиологическое отделение детской больницы в связи с жалобами на
рецидивирующие приступы учащенного сердцебиения.

Жалобы

На приступы тахикардии, возникающие 1 раз в месяц без явного провоцирующего фактора, имеющие внезапное начало и окончание, продолжительностью от 15 минут до 1 часа, сопровождающиеся головокружением, слабостью, купирующиеся самостоятельно. Синкопальные состояния отрицает. Физическую нагрузку переносит удовлетворительно. Случаев Внезапной Сердечной Смерти в молодом возрасте в семье не было.

Анамнез заболевания

Вышеописанные жалобы беспокоят пациентку в течение 2 лет.

Ребенок ранее кардиологом не наблюдался.

При проведении ЭКГ, ЭХОКГ в декретированные сроки патологии выявлено не было.

Обследована у невролога: патологии не выявлено.

Анамнез жизни

- * ребенок от 2 беременности, протекавшей на фоне ОРВИ на 10/11 неделе, гестоза
- * роды срочные, самостоятельные
- * длина тела при рождении 52 см, масса 3280 г
- * грудное вскармливание до 8 мес.
- * перенесенные заболевания: ОРВИ 2-3 раза в год. Острый ротавирусный гастроэнтерит в 6 лет. Ветряная оспа в возрасте 12 лет
- * операции: аппендэктомия в возрасте 13 лет
- * травмы: отрицает
- * состоит на диспансерном учете у ЛОРа хронический тонзиллит
- * привит по возрасту согласно Национальному календарю профилактических прививок
- * аллергические реакции отрицает
- * наследственность: у матери пароксизмальная тахикардия?

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко.

Эмоциональная лабильность выражена. В пространстве и времени ориентирован.

Телосложение правильное. Состояние питания повышенное. Вес 67.0 кг; рост 168.0 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Склеры обычной окраски. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Костно-мышечная система развита удовлетворительно, движения в суставах в полном объеме. Зев чистый: миндалины не увеличены. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны, эластичны.

Отеки не определяются. Щитовидная железа не увеличена. Пульс: 72 уд/мин,

ритмичный удовлетворительного наполнения. ЧСС 72 уд/мин. Артериальное давление 125/70 мм рт. ст. При осмотре патологические пульсации не определяются. Пульсации бедренных сосудов отчетливые. Тоны сердца: звучные, ритмичные.

Число дыханий в 16 в мин. Грудная клетка правильной формы; дыхание везикулярное проводится равномерно во все отделы, хрипов нет. Язык влажный. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный. Физиологические отправления в норме.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования являются

- электростимуляция блуждающего нерва
- имплантация электрокардиостимулятора
- имплантация кардиовертера-дефибриллятора
- радиочастотная абляция субстрата предсердной эктопии

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- электростимуляция блуждающего нерва
- имплантация электрокардиостимулятора
- имплантация кардиовертера-дефибриллятора
- радиочастотная абляция субстрата предсердной эктопии

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая данные лабораторных и инструментальных методов обследования, для постановки точного диагноза пациенту требуется проведение

- электростимуляция блуждающего нерва
- имплантация электрокардиостимулятора
- имплантация кардиовертера-дефибриллятора
- радиочастотная абляция субстрата предсердной эктопии

Результаты обследования

По результатам обследования у пациента имеет место пароксизмальная + _____ + тахикардия

- желудочковая

- антидромная АВ реципрокная
- АВ узловая реципрокная, типичная форма
- ортодромная АВ реципрокная

На основании полученных данных окончательный диагноз пациента звучит следующим образом: Синдром WPW, + _____ + тип.

Пароксизмальная ортодромная АВ реципрокная тахикардия

- желудочковая
- антидромная АВ реципрокная
- АВ узловая реципрокная, типичная форма
- ортодромная АВ реципрокная

Диагноз

Электрофизиологическим механизмом, лежащим в основе развития пароксизмальной ортодромной АВ реципрокной тахикардии, является

- re-entry
- патологический автоматизм
- триггерная активность
- повышенный автоматизм синусового узла

К немедикаментозным методам купирования приступа пароксизмальной ортодромной АВ реципрокной тахикардии со стабильной гемодинамикой относится

- электрическая кардиоверсия
- стимуляция болевых точек (носогубный треугольник, мочка уха)
- перевод пациента в горизонтальное положение
- проведение вагусных проб

Неотложную терапию пароксизмальной ортодромной АВ реципрокной тахикардии со стабильной гемодинамикой начинают с внутривенного введения

- аденозина
- амиодарона
- новокаинамида
- лидокаина

Для купирования приступа пароксизмальной ортодромной АВ реципрокной тахикардии Аденозин необходимо вводить внутривенно

- очень быстро болюсно, без разведения
- в течение 2 минут, предварительно развести в 2 раза раствором S.Glucosae 5%
- в течение 2 минут, предварительно развести в 2 раза раствором S.NaCl 0,9%
- в виде инфузии в течение 30 минут, предварительно развести раствором S.Glucosae 5% 50-100 мл

Для купирования приступа пароксизмальной ортодромной АВ реципрокной тахикардии с нестабильной гемодинамикой применяют

- электрическую синхронизированную кардиоверсию
- вагусные приемы
- верапамил
- дефибрилляцию

К хирургическому методу лечения пароксизмальной ортодромной АВ реципрокной тахикардии относится

- радиочастотная катетерная абляция зоны «медленных» путей АВ соединения
- радиочастотная катетерная абляция дополнительного пути проведения
- эндоэлектрофизиологическое исследование
- имплантация кардиовертера-дефибриллятора

После проведения инвазивного ЭФИ и операции РЧА контрольное обследование проводится через + _____ + месяца/месяцев

- радиочастотная катетерная абляция зоны «медленных» путей АВ соединения
- радиочастотная катетерная абляция дополнительного пути проведения
- эндоэлектрофизиологическое исследование
- имплантация кардиовертера-дефибриллятора

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 15 лет поступила в экстренном порядке в детскую городскую больницу.

Жалобы

На дискомфорт и боли в грудной клетке, которая усиливается в положении

лежа или при глубоком вдохе и ослабевает при наклоне тела вперед, одышку, сухой кашель и выраженные симптомы интоксикации.

Анамнез заболевания

2 недели назад перенесла фарингит.

За 4 дня до настоящего обращения вновь отмечено повышение температуры до 39°C, появились жалобы на слабость, боли за грудиной, одышку, сухой кашель.

Анамнез жизни

- * ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне токсикоза
- * роды срочные, самостоятельные
- * длина тела при рождении 50 см, масса - 3180 г
- * перенесенные заболевания ОРВИ 2-3 раза в год
- * детские инфекции отрицает
- * операции отрицает
- * травмы отрицает
- * привита по возрасту согласно Национальному календарю профилактических прививок
- * аллергические реакции отрицает
- * наследственность не отягощена

Объективный статус

Вынужденное положение: пациентка сидит с наклоном вперед. Состояние тяжелое, в сознании, аппетит снижен. Рост 160 см. Вес 48 кг. Кожные покровы бледные, без высыпаний, незначительный периферический цианоз. Умеренная пастозность лица. Некоторое набухание шейных вен. Подкожно-жировой слой развит удовлетворительно. Видимые слизистые розовые, сыпи нет. В зеве – без катаральных явлений, налетов на миндалинах на момент осмотра нет. Верхушечный толчок определяется в V межреберья, локализованный, несколько ослаблен. Увеличение площади сердечной тупости в положении лежа и ее уменьшение в положении «сидя». Перкуторное расширение границ вправо и влево. Тоны сердца приглушены, ЧСС 100 в минуту, выслушивается шум трения перикарда, не связанный с тонами сердца, с р. макс. во 2-4 межреберьях слева в положении сидя. АД 90/55 мм рт.ст.. ЧД 24 в минуту, ритмичное, отмечается западение межреберных промежутков около грудины, выпячивание грудной клетки. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень увеличена (+3 см из-под края реберной дуги). Селезенка не пальпируется. Нижние конечности пастозны. Дизурические явления отрицает.

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- радиочастотная катетерная абляция зоны «медленных» путей АВ соединения
- радиочастотная катетерная абляция дополнительного пути проведения
- эндоэлектрофизиологическое исследование
- имплантация кардиовертера-дефибриллятора

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- радиочастотная катетерная абляция зоны «медленных» путей АВ соединения
- радиочастотная катетерная абляция дополнительного пути проведения
- эндоэлектрофизиологическое исследование
- имплантация кардиовертера-дефибриллятора

Результаты инструментальных методов обследования

По результатам обследования у пациента имеет место

- радиочастотная катетерная абляция зоны «медленных» путей АВ соединения
- радиочастотная катетерная абляция дополнительного пути проведения
- эндоэлектрофизиологическое исследование
- имплантация кардиовертера-дефибриллятора

Диагноз

По клинико-морфологическим характеристикам у данного пациента перикардит является

- констриктивным
- сухим (фибринозным)
- экссудативным (выпотным)
- адгезивным

По течению у данного пациента перикардит является

- хроническим
- интермиттирующим
- подострым
- острым

Показанием к проведению перикардиоцентеза является

- наличие малого выпота
- наличие умеренного выпота
- тампонада сердца
- развитие констриктивного перикардита

Данному пациенту рекомендовано соблюдение + _____ + режима

- палатного
- активного
- постельного
- общего

Основой терапии асептических перикардитов является назначение

- средств, влияющих на обмен мочевой кислоты
- глюкокортикостероидных препаратов
- моноклональных антител
- нестероидных противовоспалительных препаратов

Средние сроки применения НПВС при вирусных перикардитах составляют

- 3-5 суток
- более 1 года
- 4-6 месяцев
- 2-4 недели

Глюкокортикостероидная терапия назначается при

- длительном тяжелом течении заболевания
- назначении колхицина
- первом эпизоде перикардита в качестве стартовой терапии
- гнойных перикардитах

Стартовая доза преднизолона для лечения перикардита составляет

+ _____ + мг/кг/сут

- 1-1,5
- 0,02-0,05
- 0,2-0,3
- 10-15

При неэффективности НПВС в лечении постперикардиотомного синдрома глюкокортикоидная терапия назначается через

- 1-1,5
- 0,02-0,05
- 0,2-0,3
- 10-15

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девочка 5 лет поступила в плановом порядке по направлению поликлиники по поводу выявленной легочной гипертензии по данным ЭХОКГ в детское кардиологическое обследование для комплексного обследования и определения дальнейшей тактики.

Жалобы

На одышку при незначительных физических нагрузках (подъем по лестнице на 1 лестничный пролет, быстрая ходьба), повышенную утомляемость, головные боли, головокружения, повышенную потливость.

Анамнез заболевания

С возраста 2-х лет девочка начала жаловаться на головные боли, головокружения. Родственники отмечали у ребенка повышенную утомляемость, потливость. Наблюдалась неврологом с диагнозом вегетососудистая дистония. В возрасте 3 лет после перенесенной инфекции (ветряная оспа) появилась одышка при незначительных физических нагрузках, выросла слабость. С данными жалобами обратились к кардиологу. При аускультации: акцент 2-го тона на легочной артерии, систолический шум на основании сердца. На ЭКГ ритм синусовый с ЧСС 85-92 в минуту, отклонение ЭОС вправо, признаки увеличения правого желудочка.

ЭХОКГ- увеличение правых камер сердца (ПЖ 40 мм в 4-хкамерной позиции, 35 мм; ПП 39 мм), ЛА (20 мм). Недостаточность трикуспидального клапана 2 степени, аортального 1,5 степени. Расчетное давление в ПЖ 65-90 мм рт. ст. ФВ ЛЖ 59%. На рентгенограмме ОГК: усиление легочного рисунка, расширение корней, выбухание дуги ЛА.

Консультирована пульмонологом - данных за патологию легких не получено.

Анамнез жизни

* ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне хронической гипоксемии (легочная гипертензия у матери)

* роды срочные, самостоятельные

вес при рождении 2800 г, длина 48 см, оценка по шкале Апгар 7/9 баллов
вскармливание смешанное.

* росла и развивалась до 2 лет по возрасту, далее отмечались уменьшение

темпов роста и веса.

* перенесла ветряную оспу в возрасте 3 лет.

* аллергический статус спокойный.

* семейный анамнез: у матери-легочная гипертензия, умерла в возрасте 26 лет от легочного кровотечения (в послеродовом периоде).

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, чистые. Влажность нормальная.

Видимые слизистые розовые, влажные.

Вес 14 кг, рост 100 см.

Нервная система: тремор отсутствует; менингеальные симптомы не выявлены.

Сердечно-сосудистая система. Пульс ритмичный 100 ударов в минуту.

Патологические пульсации отсутствуют; Артериальное давление: 95/55 мм рт. ст.

Тоны сердца: ясные, акцент 2-го тона над легочной артерией. Сердечные шумы: систолический грубый с максимумом на основании сердца.

Дыхательная система: число дыханий в 1 мин- 24; грудная клетка правильной формы; В акте дыхания вспомогательные мышцы: не участвуют. Тип дыхания: смешанное. Дистанционные хрипы: не слышны. Одышка: отсутствует (в покое).

После незначительной нагрузки (быстрая ходьба) - появление одышки, ЧДД 26 в мин. Кашель отсутствует. Перкуторно ясный легочный звук. Аускультативно дыхание жесткое. Дыхательные шумы отсутствуют.

Пищеварительная система: Язык: влажный чистый. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень определяется на 1 см ниже края реберной дуги. Край печени эластичный безболезненный. Селезенка не пальпируется.

Расширено пупочное кольцо. Грыжевых выпячиваний нет.

Костно-мышечная система: аномалий развития, признаков травм не выявлено.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- 1-1,5
- 0,02-0,05
- 0,2-0,3
- 10-15

Результаты лабораторного метода обследования

Для подтверждения наличия легочной гипертензии, определения ее гемодинамического типа проводится

- 1-1,5
- 0,02-0,05

- 0,2-0,3
- 10-15

Результаты обследования

Учитывая данные анамнеза, ЭХО-КГ, катетеризации сердца и легочной артерии, больному можно поставить диагноз

- 1-1,5
- 0,02-0,05
- 0,2-0,3
- 10-15

Диагноз

Дифференциальную диагностику легочной гипертензии необходимо проводить с

- образованием средостения
- болезнью гиалиновых мембран
- ВИЧ-инфекцией
- тотальным аномальным дренажом легочных вен

К препаратам для специфической терапии легочной гипертензии относится

- фуросемид
- бозентан
- спиронолактон
- каптоприл

Кислородотерапия показана при сатурации кислорода менее + _____ + %

- 94
- 96
- 98
- 92

В схему комбинированной специфической терапии легочной гипертензии входит

- пропранолол
- спиронолактон
- силденафил
- каптоприл

К методу радикальной хирургической коррекции первичной легочной гипертензии относят

- аорто-легочный анастомоз Поттса
- процедуру Рашкинда
- трансплантацию легких
- атриосептостомию

При идиопатической легочной гипертензии разрешена физическая активность в объеме

- занятия в группе лечебной физкультуры
- профессионального спорта
- любительского спорта
- физкультуры в школе в основной группе

Информативным неинвазивным методом для оценки давления в легочной артерии является

- МРТ сердца и магистральных сосудов
- контроль уровня МНО
- эхокардиография
- катетеризация легочной артерии

Для данной патологии при проведении объективного осмотра наиболее характерно выявление

- симптома «барабанных палочек» и «часовых стекол»
- гепатоспленомегалии
- периферических отеков
- тахикардии

В обязательный скрининг при диагностике легочной гипертензии входит

- симптома «барабанных палочек» и «часовых стекол»
- гепатоспленомегалии
- периферических отеков
- тахикардии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Ребенок 4-х лет обратились к кардиологу в поликлинике по месту жительства.

Жалобы

На одышку при незначительных физических нагрузках (подъем по лестнице на 1 лестничный пролет, быстрая ходьба), повышенную утомляемость, головные боли, головокружения, повышенную потливость.

Анамнез заболевания

С возраста 2-х лет девочка начала жаловаться на головные боли, головокружения. Родственники отмечали у ребенка повышенную утомляемость, потливость. Наблюдалась неврологом с диагнозом вегетососудистая дистония.

В возрасте 3 лет после перенесенной инфекции (ветряная оспа) появилась одышка при незначительных физических нагрузках, выросла слабо. Консультирована пульмонологом - данных за патологию легких не получено.

Анамнез жизни

- * ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне хронической гипоксемии (легочная гипертензия у матери)
- * роды срочные, самостоятельные, вес при рождении 2800 г, длина 48 см, оценка по шкале Апгар 7/9 баллов, вскармливание смешанное.
- * росла и развивалась до 2 лет по возрасту, далее отмечались уменьшение темпов роста и веса.
- * перенесла ветряную оспу в возрасте 3 лет.
- * аллергический статус спокойный.
- * семейный анамнез: у матери-легочная гипертензия, умерла в возрасте 26 лет от легочного кровотечения (в послеродовом периоде).

Объективный статус

Состояние: средней тяжести:

Кожные покровы бледные, чистые. Влажность нормальная.

Видимые слизистые: розовые, влажные.

Вес 12 кг. Рост 95 см.

Нервная система: тремор отсутствует; менингеальные симптомы не выявлены

Сердечно-сосудистая система: Пульс ритмичный 100 ударов в минуту, патологические пульсации отсутствуют; Артериальное давление 95/55 мм рт. ст; Тоны сердца ясные, акцент 2-го тона на ЛА; Сердечные шумы систолический грубый с максимумом на основании сердца.

Дыхательная система: Число дыханий в 1 мин 24; Грудная клетка правильной формы. В акте дыхания вспомогательные мышцы не участвуют; Тип дыхания смешанное; Дистанционные хрипы не слышны; Одышка отсутствует (в покое), После незначительной нагрузки (быстрая ходьба) - появление одышки, ЧДД 26 в мин; Кашель отсутствует; Перкуторно ясный легочный звук; Аускультативно

дыхание жесткое; Дыхательные шумы отсутствуют.

Пищеварительная система: Язык влажный чистый; Живот при пальпации мягкий, безболезненный; Печень определяется на 1 см ниже края реберной дуги. Край печени эластичный безболезненный; Селезенка не пальпируется; Расширено пупочное кольцо. Грыжевых выпячиваний нет.

Костно-мышечная система: аномалий развития, признаков травм не выявлено.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- симптома «барабанных палочек» и «часовых стекол»
- гепатоспленомегалии
- периферических отеков
- тахикардии

Результаты лабораторного метода обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования относится

- симптома «барабанных палочек» и «часовых стекол»
- гепатоспленомегалии
- периферических отеков
- тахикардии

Результаты инструментального метода обследования

Учитывая данные анамнеза, клинической картины и ЭХО-КГ, больному можно поставить диагноз

- симптома «барабанных палочек» и «часовых стекол»
- гепатоспленомегалии
- периферических отеков
- тахикардии

Диагноз

Дифференциальную диагностику первичной легочной гипертензии необходимо проводить с

- лекарственной или токсической легочной гипертензией
- ВИЧ-инфекцией
- врожденным пороком сердца
- образованием средостения

К препаратам специфической терапии легочной гипертензии относится

- фуросемид
- каптоприл
- спиронолактон
- бозентан

На основании полученных данных последующая тактика врача-кардиолога поликлиники заключается в

- направлении пациента на повторное ЭХО-КГ и ЭКГ через 3 месяца
- старте специфической терапии амбулаторно
- направлении на повторную эхокардиографию через 1 год
- госпитализации пациента в профильный стационар для проведения катетеризации легочной артерии

В схему комбинированной специфической терапии легочной гипертензии входит

- силденафил
- каптоприл
- спиронолактон
- пропранолол

Основную роль в прогнозе легочной гипертензии определяет

- уровень давления в легочной артерии
- уровень натрийуретического пептида
- функциональный класс легочной гипертензии
- объем медикаментозной терапии

При идиопатической легочной гипертензии разрешена физическая активность в объеме

- лечебной физкультуры
- физкультуры в школе в основной группе
- профессионального спорта
- любительского спорта

Информативным неинвазивным методом для оценки давления в легочной артерии является

- МРТ сердца и магистральных сосудов
- эхокардиография
- контроль уровня МНО

- катетеризация легочной артерии

Для данной патологии при проведении объективного осмотра наиболее характерно выявление

- периферических отеков
- тахикардии
- симптома «барабанных палочек» и «часовых стекол»
- гепатоспленомегалии

В обязательный скрининг при диагностике легочной гипертензии входит

- периферических отеков
- тахикардии
- симптома «барабанных палочек» и «часовых стекол»
- гепатоспленомегалии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мальчик 8 лет поступил в детское кардиологическое обследование для комплексного обследования.

Жалобы

На отставание в физическом развитии (малые прибавки массы и роста).

Анамнез заболевания

С рождения выставлен диагноз: ВПС. Дефект межжелудочковой перегородки, рестриктивный 4 мм. Открытое овальное окно. НК0.

Ежегодно наблюдался кардиологом амбулаторно, проходили ЭКГ, ЭХО-КГ (со слов без динамики).

В возрасте 5 лет ЭКГ: синусовая аритмия, гипертрофия правого желудочка.

ЭХО-КГ: в перимембранозной части МЖП аневризматическое выпячивание 8,0 x 4,0 мм, регургитация на трикуспидальном клапане 1 ст., полость правого желудочка умеренно расширена, рестриктивный дефект МЖП.

Терапию не получал. Синкопальных и пресинкопальных состояний, цианоза не отмечалось. Физическую нагрузку переносит хорошо. В возрасте 8 лет по данным ЭХО-КГ: ДМЖП 11-13 мм перимембранозный, сброс перекрестный.

Дилатация правых камер сердца. Недостаточность трикуспидального клапана 1 ст., повышено расчетное давление в правом желудочке до 75 мм рт. ст.

Анамнез жизни

* ребенок от 2 беременности, протекавшей на фоне анемии легкой степени,

табакокурения

- * роды вторые срочные, самостоятельные
- * вес при рождении 3200 г, рост 50 см, оценка по Апгар 8/9 баллов
- * вскармливание смешанное
- * рос и развивался до 4 лет по возрасту, далее малые прибавки роста и веса
- * вакцинация по календарю
- * перенес ветряную оспу в возрасте 2 лет
- * аллергический статус спокойный
- * семейный анамнез не отягощен

Объективный статус

Общее состояние самочувствие хорошее, тяжелое по основному заболеванию. Сознание ясное. Эмоциональная лабильность выражена. В пространстве и времени ориентирован.

Телосложение астеническое. Вес 20 кг, рост 128 см.

Кожные покровы бледные с цианотичным оттенком, выражен венозный сосудистый рисунок.

Склеры обычной окраски. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые.

Костно-мышечная система развита удовлетворительно, движения в суставах в полном объеме.

Зев чистый, миндалины не увеличены.

Отеки не определяются.

Сердечно-сосудистая систем: область сердца не изменена, дрожание не определяется. Пульс 98 уд/мин, не ритмичный ЧСС 98 уд/мин. Артериальное давление 95/58 мм рт. ст. При осмотре патологические пульсации не определяются. Пульсации бедренных сосудов отчетливые, симметричные. Тоны сердца ясные, чистые, 2 тон усилен над легочной артерией. Шум сердца систолический низкоинтенсивный вдоль левого края грудины.

Органы дыхания: сатурация 85-87% в покое. Число дыханий в 1 мин. 20, перкуторно ясный легочный звук, дыхание везикулярное.

Пищеварительная система: язык чистый влажный. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Печень из-под края реберной дуги выступает на 1 см, край печени умеренной плотности, поверхность печени гладкая. Селезенка не увеличена, при пальпации безболезненна.

Физиологические отправления в норме.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- периферических отеков
- тахикардии
- симптома «барабанных палочек» и «часовых стекол»

- гепатоспленомегалии

Результаты лабораторного метода обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относится

- периферических отеков
- тахикардии
- симптома «барабанных палочек» и «часовых стекол»
- гепатоспленомегалии

Результаты инструментального метода обследования

Учитывая данные ЭХО-КГ и катетеризации сердца и легочной артерии, больному можно поставить диагноз

- периферических отеков
- тахикардии
- симптома «барабанных палочек» и «часовых стекол»
- гепатоспленомегалии

Диагноз

У данного пациента необходимо проводить дифференциальную диагностику легочной гипертензии с

- систолической дисфункцией левого желудочка
- образованием средостения
- врожденным или приобретенным стенозом легочных вен
- ВИЧ-инфекцией

К препаратам специфической терапии легочной гипертензии относится

- фуросемид
- бозентан
- каптоприл
- спиронолактон

Кислородотерапия показана при сатурации кислорода менее + ____ +%

- 94
- 96
- 95

- 92

В схему комбинированной специфической терапии легочной гипертензии входит

- пропранолол
- каптоприл
- силденафил
- спиронолактон

Доступным методом для оценки функционального класса в динамике является

- спирография
- тредмил-тест
- тест 6-минутной ходьбы
- кардиопульмональный тест

При легочной гипертензии разрешена физическая активность в объеме

- любительского спорта
- лечебной физкультуры
- физкультуры в школе в основной группе
- профессионального спорта

Информативным неинвазивным методом для оценки давления в легочной артерии является

- контроль уровня МНО
- эхокардиография
- катетеризация легочной артерии
- магнитно-резонансная томография сердца и магистральных сосудов

Для данной патологии при проведении объективного осмотра наиболее характерно выявление

- периферических отеков
- тахикардии
- симптома «барабанных палочек» и «часовых стекол»
- гепатоспленомегалии

В обязательный скрининг при диагностике легочной гипертензии входит

- периферических отеков
- тахикардии

- симптома «барабанных палочек» и «часовых стекол»
- гепатоспленомегалии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девочка 14 лет поступила в плановом порядке в детское кардиологическое отделение для комплексного обследования по направлению поликлиники по месту жительства.

Жалобы

На утомляемость при физической нагрузке, одышка появляется при подъеме на 2 этаж, сердцебиение. Головокружение, обмороки отрицает.

Анамнез заболевания

Жалобы на утомляемость при физической нагрузке появились в возрасте 8 лет. Обследовалась амбулаторно. На ЭКГ синусовая аритмия, признаки гипертрофии правого желудочка. ЭХО-КГ в возрасте 9 лет: пролапс трикуспидального клапана 1 степени. ЛХЛЖ. Септальных дефектов нет. Сократительная функция удовлетворительная.

С 10,5 лет наблюдается кардиологом с диагнозом: Миокардиодистрофия.

Получала кардиотрофики. В возрасте 11 лет правосторонняя нижнедолевая пневмония ДН 0-1ст, лечилась в стационаре.

С 11,5 лет вновь возобновились жалобы утомляемость ЭХО-КГ: недостаточность митрального клапана 1 степени, трикуспидального клапана 1 степени, ЛХЛЖ.

Удлиненная евстахиева заслонка. Среднее расчетное давление в правом желудочке 49 мм рт. ст. Диастолическое давление в легочной артерии 14,8 мм рт. ст.

В возрасте 12 лет обследована стационарно, ЭХО-КГ в динамике: умеренное расширение полости правого желудочка- 33 мм, КДР ЛЖ- 33 мм, КСР ЛЖ- 19 мм, ФВ- 74%. Среднее расчетное давление в правом желудочке- 57 мм рт. ст.

Выставлен диагноз первичная легочная гипертензия. В экспертном центре проведено комплексное обследование ЛП-26 мм, ПП-31 мм, расчетное давление в ПЖ- 70 мм рт. ст.

Проведена операция: Создание и стентирование межпредсердного сообщения. В терапии назначен бозентан, ацетилсалициловая кислота, каптоприл.

С этого времени регулярно наблюдается в стационаре.

ЭХО-КГ в возрасте 13 лет: среднее расчетное давление в правом желудочке 125 мм рт. ст. Недостаточность трикуспидального клапана 2- 2,5 степени, недостаточность митрального клапана 1 степени. Расширение ствола легочной артерии, увеличение правых отделов. Гипертрофия МЖП, стенки ПЖ. ПЖ-25 мм,

стенка 7 мм, ЗСЛЖ-8мм, МЖП-15 мм. Кровоток в стенке визуализируется. В настоящий момент получает Бозентан по 125 мг x 2 раза в сутки.

Анамнез жизни

- * ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне анемии легкой степени, ОРВИ на 12-неделе
- * роды срочные, самостоятельные
- * вес при рождении 3400 г, рост 51 см, оценка по Апгар 8/9 баллов
- * вскармливание смешанное
- * росла и развивалась по возрасту
- * перенесла ветряную оспу в возрасте 5 лет
- * аллергический статус спокойный
- * семейный анамнез: младшая родная сестра наблюдалась с диагнозом Легочная гипертензия, внезапная смерть в возрасте 5 лет - массивная тромбоэмболия легочной артерии.

Объективный статус

Общее состояние тяжелое по заболеванию. Сознание ясное. В пространстве и времени ориентирован. Телосложение правильное. Состояние питания удовлетворительное. Вес 49 кг, рост 154 см, индекс массы тела 20.66. Кожные покровы чистые. Симптом «барабанных палочек и часовых стекол». Склеры обычной окраски. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Зев чистый. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны, эластичны. Отеки не определяются. Щитовидная железа не увеличена. Сердечно-сосудистая система: пульс 66 уд/мин, ритмичный не напряжен. ЧСС 66 уд/мин. Артериальное давление 100/60 мм рт. ст. Пульсации бедренных сосудов отчетливые. Тоны сердца ясные, чистые, усилен 2 тон над легочной артерией. Шум сердца в точке Боткина-Эрба систолический. Органы дыхания: сатурация кислорода 93%. Число дыханий в 1 мин. 18; дыхание везикулярное хрипов нет. Пищеварительная система: живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, край печени умеренной плотности, поверхность печени гладкая. Селезенка не увеличена. Физиологические отправления в норме.

Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является

- периферических отеков
- тахикардии
- симптома «барабанных палочек» и «часовых стекол»
- гепатоспленомегалии

Результаты лабораторного метода обследования

К необходимым для подтверждения диагноза инструментальным методам обследования у данного пациента с учетом анамнеза относятся

- периферических отеков
- тахикардии
- симптома «барабанных палочек» и «часовых стекол»
- гепатоспленомегалии

Результаты инструментального метода обследования

Учитывая данные анамнеза, ЭХО-КГ, данному больному можно поставить диагноз

- периферических отеков
- тахикардии
- симптома «барабанных палочек» и «часовых стекол»
- гепатоспленомегалии

Диагноз

Дифференциальную диагностику первичной легочной гипертензии проводят с

- образованием средостения
- бронхиальной астмой
- пневмонией
- нарушением развития легких

На догоспитальном этапе до проведения катетеризации легочной артерии при легочной гипертензии возможно назначение

- силденафила
- амлодипина
- бозентана
- каптоприла

Кислородотерапия показана при сатурации кислорода менее + _____ + %

- 92
- 97
- 95
- 94

В схему комбинированной специфической терапии входит

- спиронолактон
- пропранолол
- каптоприл
- силденафил

К методу радикальной хирургической коррекции легочной идиопатической гипертензии относится

- атриосептостомия
- трансплантация легких
- аорто-легочный анастомоз Поттса
- процедура Рашкинда

При идиопатической легочной гипертензии разрешена физическая активность в объеме

- профессионального спорта
- физкультуры в школе в основной группе
- лечебной физкультуры
- любительского спорта

Информативным неинвазивным методом для оценки давления в легочной артерии в динамике является

- эхокардиография
- катетеризация легочной артерии
- магнитно-резонансная томография сердца и магистральных сосудов
- контроль уровня МНО

Рекомендованная начальная доза бозентана составляет + _____ + мг/кг/сутки

- 0,5
- 1-2
- 5
- 3

Максимальная разрешенная суточная доза силденафила при легочной гипертензии в Российской Федерации составляет + _____ + мг

- 0,5
- 1-2
- 5
- 3

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девочка 15 лет обратилась к кардиологу по месту жительства амбулаторно.

Жалобы

На утомляемость при физической нагрузке, одышка появляется при подъеме на 2 этаж, сердцебиение. Головокружение, обмороки отрицает.

Анамнез заболевания

Жалобы на утомляемость при физической нагрузке появились в возрасте 9 лет. Обследовалась амбулаторно. На ЭКГ синусовая аритмия. Вертикальная электрическая позиция сердца. Отклонение электрической оси вправо. Нарушение внутрижелудочковой проводимости. Гипертрофия правого желудочка. Синдром ранней реполяризации.

ЭХО-КГ в возрасте 9 лет: пролапс трикуспидального клапана 1 степени. ЛХЛЖ. Удлиненная евстахиева заслонка. Септальных дефектов нет. Сократительная функция удовлетворительная. С 10 лет наблюдается кардиологом с диагнозом: Миокардиодистрофия. Получала кардиотрофики. В возрасте 10,5 лет правосторонняя нижнедолевая пневмония ДН 0-1 ст., лечилась в стационаре. С 11 лет вновь возобновились жалобы на утомляемость. Выполнено ЭХО-КГ: недостаточность митрального клапана 1 степени, трикуспидального клапана 1 степени, ЛХЛЖ. Удлиненная евстахиева заслонка. Среднее расчетное давление в правом желудочке 49 мм рт.ст. Диастолическое давление в легочной артерии 14,8 мм рт. ст. В возрасте 11,5 лет обследована стационарно, ЭХО-КГ в динамике: умеренное расширение полости правого желудочка- 23 мм, КДР ЛЖ- 33 мм, КСР ЛЖ -19 мм, ФВ-74%. Среднее расчетное давление в правом желудочке- 57 мм рт. ст. Выставлен диагноз первичная легочная гипертензия. В экспертном центре проведено комплексное обследование.

ЭХО-КГ: ЛП-26мм, ПП-31 мм, расчетное давление в ПЖ-70 мм рт. ст., Проведена операция: создание и стентирование межпредсердного сообщения. В терапии назначен бозентан, ацетилсалициловая кислота, каптоприл. С этого времени регулярно наблюдается в стационаре. ЭХО-КГ в возрасте 14 лет: среднее расчетное давление в правом желудочке -125 мм рт. ст. Недостаточность трикуспидального клапана 2-2,5 степени, недостаточность митрального клапана 1 степени. Расширение ствола легочной артерии, увеличение правых отделов сердца. Гипертрофия МЖП, стенки ПЖ. ПЖ- 25мм, стенка 7мм, ЗСЛЖ- 8мм, МЖП-15 мм. Кровоток в стенке визуализируется. В настоящий момент получает Бозентан по 125 мг х 2 раза в сутки.

Анамнез жизни

- * ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне анемии легкой степени, ОРВИ на 12-неделе
- * роды срочные, самостоятельные
- * вес при рождении 3400 г, рост 51 см, оценка по Апгар 8/9 баллов
- * вскармливание смешанное
- * росла и развивалась по возрасту
- * перенесла ветряную оспу в возрасте 5 лет
- * аллергический статус спокойный
- * наследственный анамнез: младшая родная сестра наблюдалась с диагнозом-легочная гипертензия, внезапная смерть в возрасте 5 лет - массивная тромбоэмболия легочной артерии.

Объективный статус

Общее состояние тяжелое по заболеванию. Сознание ясное. В пространстве и времени ориентирован. Телосложение правильное. Состояние питания удовлетворительное. Вес 49 кг, рост 154 см, индекс массы тела 20.66. Кожные покровы чистые. Отмечается симптом «барабанных палочек и часовых стекол». Склеры обычной окраски. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Зев чистый. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны, эластичны. Отеки не определяются. Щитовидная железа не увеличена. Сердечно-сосудистая система: Пульс 66 уд/мин ритмичный, не напряжен. ЧСС 66 уд/мин. Артериальное давление 100/60 мм рт. ст. Пульсации бедренных сосудов отчетливые. Тоны сердца ясные, чистые, усилен 2 тон над легочной артерией. Шум сердца в точке Боткина- Эрба- систолический. Органы дыхания: сатурация кислорода 93%. Число дыханий в 1 мин. 18, дыхание везикулярное, хрипов нет. Пищеварительная система: живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, край печени умеренной плотности, поверхность печени гладкая. Селезенка не увеличена.

Необходимым для контроля заболевания лабораторным методом обследования является

- 0,5
- 1-2
- 5
- 3

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимым для контроля за течением заболевания инструментальным методом обследования является

- 0,5
- 1-2
- 5
- 3

Результаты инструментального метода обследования

Учитывая данные анамнеза, клинической картины и результатов обследования, больному можно поставить диагноз

- 0,5
- 1-2
- 5
- 3

Диагноз

При проведении дифференциальной диагностики легочной гипертензии необходимо исключить в первую очередь

- бронхиальную астму
- пневмонию
- образование средостения
- нарушение развития легких

Антикоагулянтная терапия (варфарин) в случае легочной гипертензии показана при

- желудочковой экстрасистолии
- врожденном пороке сердца
- тромбоэмболических событиях в анамнезе
- присоединении инфекционного процесса

Кислородотерапия показана при сатурации кислорода менее + ____ + %

- 96
- 94
- 98
- 92

В схему комбинированной специфической терапии входит

- спиронолактон
- пропранолол
- каптоприл

- силденафил

Доступным методом для оценки функционального класса в динамике является

- спирография
- тест 6-минутной ходьбы
- кардиопульмональный тест
- тредмил-тест

Данному пациенту показана консультация

- нефролога
- кардиохирурга
- эндокринолога
- диетолога

Информативным не инвазивным методом для оценки давления в легочной артерии в динамике является

- контроль уровня МНО
- магнитно-резонансная томография сердца и магистральных сосудов
- эхокардиография
- катетеризация легочной артерии

При подозрении на легочную гипертензию у ребенка по данным жалоб, анамнеза, ЭХО-КГ на амбулаторном приеме последующая тактика врача-кардиолога поликлиники заключается в

- проведении ЭХО-КГ и ЭКГ в динамике через 1 год
- старте специфической терапии амбулаторно
- проведении ЭХО-КГ и ЭКГ в динамике через 3 месяца
- госпитализации в профильный стационар для проведения катетеризации легочной артерии

Целевой уровень МНО на фоне терапии варфарином при легочной гипертензии составляет

- проведении ЭХО-КГ и ЭКГ в динамике через 1 год
- старте специфической терапии амбулаторно
- проведении ЭХО-КГ и ЭКГ в динамике через 3 месяца
- госпитализации в профильный стационар для проведения катетеризации легочной артерии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Ребенок 13 лет обратился к кардиологу по месту жительства амбулаторно.

Жалобы

На утомляемость при физической нагрузке (стал уставать на уроках физкультуры), одышка появляется при подъеме на 3 этаж, сердцебиение. Головокружение, обмороки отрицает.

Анамнез заболевания

Жалобы на утомляемость при физической нагрузке появились в возрасте 11 лет. Обследовалась амбулаторно.

На ЭКГ синусовая аритмия. Вертикальная электрическая позиция сердца.

Отклонение электрической оси вправо. Гипертрофия правого желудочка.

ЭХО-КГ в возрасте 11 лет: размеры правых камер и легочной артерии на верхней границе нормы. Протрузия трикуспидального клапана 1 степени. Септальных дефектов нет. Сократительная функция удовлетворительная.

С 12 лет наблюдается кардиологом, получала кардиотрофики. Контрольное обследование в возрасте 12 лет. По данным ЭХО-КГ расчетное давление в правом желудочке 50 мм рт. ст. Диастолическое давление в легочной артерии 26 мм рт. ст. Умеренное расширение полости правого желудочка- 30 мм, КДР ЛЖ -33 мм, КСР ЛЖ -19 мм, ФВ-74%

Анамнез жизни

* ребенок от 3 беременности, протекавшей на фоне анемии легкой степени, ОРВИ на 16-неделе

* роды 3, срочные, самостоятельные

* вес при рождении 3400 г, рост 51 см, оценка по Апгар 8/9 баллов

* вскармливание смешанное

* вакцинация по календарю

* рос и развивался по возрасту

* перенес ветряную оспу в возрасте 5 лет

* аллергический статус спокойный

* семейный анамнез не отягощен.

Объективный статус

Общее состояние тяжелое по заболеванию. Сознание ясное. В пространстве и времени ориентирован. Телосложение правильное. Состояние питания удовлетворительное. Вес 40 кг, рост 154 см. Кожные покровы чистые. Симптом «барабанных палочек и часовых стекол». Склеры обычной окраски. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Зев чистый. Периферические лимфоузлы

не увеличены, безболезненны, эластичны. Отеки не определяются. Щитовидная железа не увеличена. Сердечно-сосудистая система: пульс: 66 уд/мин ритмичный не напряжен. ЧСС 66 уд/мин. Артериальное давление 100/60 мм рт. ст. Пульсации бедренных сосудов отчетливые. Тоны сердца ясные, чистые, усилен 2 тон над легочной артерией. Шум сердца в точке Боткина-Эрба - систолический. Сатурация кислорода 96%. Число дыханий в 1 мин. 18, дыхание везикулярное хрипов нет. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, край печени умеренной плотности, поверхность печени гладкая. Селезенка не увеличена.

Необходимым для контроля заболевания лабораторным методом обследования является

- проведении ЭХО-КГ и ЭКГ в динамике через 1 год
- старте специфической терапии амбулаторно
- проведении ЭХО-КГ и ЭКГ в динамике через 3 месяца
- госпитализации в профильный стационар для проведения катетеризации легочной артерии

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- проведении ЭХО-КГ и ЭКГ в динамике через 1 год
- старте специфической терапии амбулаторно
- проведении ЭХО-КГ и ЭКГ в динамике через 3 месяца
- госпитализации в профильный стационар для проведения катетеризации легочной артерии

Результаты инструментального метода обследования

Учитывая данные анамнеза, клинической картины и результатов лабораторных и инструментальных методов обследования, больному можно поставить диагноз

- проведении ЭХО-КГ и ЭКГ в динамике через 1 год
- старте специфической терапии амбулаторно
- проведении ЭХО-КГ и ЭКГ в динамике через 3 месяца
- госпитализации в профильный стационар для проведения катетеризации легочной артерии

Диагноз

При проведении дифференциальной диагностики легочной гипертензии необходимо исключить, в первую очередь,

- нарушение развития легких
- пневмонию
- образование средостения
- бронхиальную астму

Антикоагулянтная терапия (варфарин) в случае легочной гипертензии показана при

- врожденном пороке сердца
- тромбоэмболических событиях в анамнезе
- желудочковой экстрасистолии
- присоединении инфекционного процесса

Кислородотерапия показана при сатурации кислорода менее + _____ + %

- 94
- 92
- 96
- 98

В схему комбинированной специфической терапии входит

- силденафил
- спиронолактон
- пропранолол
- каптоприл

Доступным методом для оценки функционального класса в динамике является

- тест 6-минутной ходьбы
- спирография
- тредмил-тест
- кардиопульмональный тест

Данному пациенту показана консультация

- эндокринолога
- кардиохирурга
- нефролога
- диетолога

Информативным не инвазивным методом для оценки давления в легочной артерии в динамике является

- эхокардиография (ЭХОКГ)
- контроль уровня МНО
- магнитно-резонансная томография сердца и магистральных сосудов
- катетеризация легочной артерии

На основании полученных данных последующая тактика врача-кардиолога поликлиники заключается в

- старте специфической терапии амбулаторно
- проведении ЭХО-КГ и ЭКГ в динамике через 3 месяца
- проведении ЭХО-КГ и ЭКГ в динамике через 1 год
- госпитализации в профильный стационар для проведения катетеризации легочной артерии

Целевой уровень МНО на фоне терапии варфарином при легочной гипертензии составляет

- старте специфической терапии амбулаторно
- проведении ЭХО-КГ и ЭКГ в динамике через 3 месяца
- проведении ЭХО-КГ и ЭКГ в динамике через 1 год
- госпитализации в профильный стационар для проведения катетеризации легочной артерии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мальчик в возрасте 3 месяцев направлен в детскую многопрофильную больницу.

Жалобы

На одышку, усталость при кормлении.

Анамнез заболевания

Данные жалобы появились в возрасте 2 месяцев. Обратились к кардиологу по месту жительства, аускультативно выслушан систолический шум по левому краю грудины. Даны рекомендации на госпитализацию в детскую многопрофильную больницу для проведения комплексного кардиологического обследования и решения вопроса о тактике лечения.

Анамнез жизни

* ребенок от 2 беременности, протекавшей на фоне угрозы прерывания на 21

неделе, токсикоза 1 половины. Роды 2, срочные, самостоятельные. При рождении масса тела 3550 г, длина тела 51 см, по шкале Апгар 8/9 баллов.

* характер вскармливания: естественное

* профилактические прививки: вакцинация в родильном доме, далее отказ мамы от вакцинации.

* аллергологический анамнез не отягощен

* травмы, операции отрицает

* «детские» инфекции: не болел

* аллергологический анамнез не отягощен.

* наследственность не отягощена.

Объективный статус

Состояние стабильное. Масса тела 5400 г. Кожные покровы физиологической окраски. Небные дужки не гиперемированы, небные миндалины не увеличены. Периферических отеков нет. В легких дыхание пуэрильное, проводится равномерно во все отделы, хрипов нет. ЧД 60/мин. При пальпации области сердца по левому краю грудины выявляется наличие симптома “кошачьего мурлыканья”. Тоны сердца звучные, ритмичные. При аускультации сердца выслушивается грубый систолический шум по левому краю грудины, проводится в левую подмышечную область и на спину. ЧСС 145 уд/мин., АД 85/50 мм рт. ст. SpO₂ ~ 98%. Пульсация на бедренных артериях удовлетворительная. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень выступает на {plus}1,5 см из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Физиологические отправления в норме.

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- старте специфической терапии амбулаторно
- проведении ЭХО-КГ и ЭКГ в динамике через 3 месяца
- проведении ЭХО-КГ и ЭКГ в динамике через 1 год
- госпитализации в профильный стационар для проведения катетеризации легочной артерии

Результаты инструментальных методов обследования

Наиболее вероятным диагнозом после первичного обследования является

- старте специфической терапии амбулаторно
- проведении ЭХО-КГ и ЭКГ в динамике через 3 месяца
- проведении ЭХО-КГ и ЭКГ в динамике через 1 год
- госпитализации в профильный стационар для проведения катетеризации легочной артерии

Диагноз

Согласно классификации, к дефекту межжелудочковой перегородки относится + _____ + тип

- первичный
- промежуточный
- мышечный
- вторичный

Наиболее характерной аускультативной картиной при неосложненном дефекте межжелудочковой перегородки является

- систоло-диастолический шум во втором межреберьи слева от грудины
- диастолический шум во втором межреберьи слева от грудины
- диастолический шум во втором межреберьи справа от грудины
- грубый систолический шум максимальный по левому краю грудины

При наличии неосложненного дефекта межжелудочковой перегородки на электрокардиографии выявляются признаки перегрузки

- правого предсердия
- обоих желудочков
- левого желудочка
- правого желудочка

В качестве консервативного лечения пациентам, у которых течение ДМЖП сопровождается явлениями недостаточности кровообращения, назначают

- легочные вазодилататоры
- диуретики
- β -адреноблокаторы
- блокаторы Са-каналов

Для облегчения антеградного кровотока из левого желудочка и уменьшения сброса через ДМЖП возможно применение

- ингибиторов АПФ
- блокаторов Са-каналов
- блокаторов рецепторов ангиотензина
- β -адреноблокаторов

Хирургическое лечение не рекомендуется при

- увеличении полости левого желудочка
- наличии недостаточности трикуспидального клапана
- отсутствии выраженных симптомов
- соотношении Qp/Qs более 2:1

Хирургическое лечение рекомендуется больным с дефектом межжелудочковой перегородки при соотношении Qp/Qs более

- 1,5:1
- 2:1
- 1:1
- 1,8:1

При наличии тяжелой, неподдающейся лечению сердечной или дыхательной недостаточности оперативная коррекция ДМЖП рекомендована в возрасте до

- 6 месяцев
- 3 месяцев
- 1 года
- 5 лет

Согласно Клиническим рекомендациям Ассоциации сердечно-сосудистых хирургов России, проведение мероприятий, направленных на профилактику бактериального эндокардита у детей после хирургической коррекции ДМЖП рекомендуется в течение

- 1 года
- 6 месяцев
- 5 лет
- 1 месяца

После хирургической коррекции ДМЖП при отсутствии сопутствующих пороков и легочной гипертензии необходимо ограничить физическую нагрузку на

- 1 года
- 6 месяцев
- 5 лет
- 1 месяца

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 14 лет направлена к кардиологу поликлиники в связи с выявленными в ходе проведения профилактического осмотра изменениями на ЭКГ.

Жалобы

Не предъявляет.

Синкопальные и пресинкопальные состояния, перебои в работе сердца, приступы учащенного сердцебиения отрицает.

Физическую нагрузку переносит удовлетворительно.

Анамнез заболевания

Ранее кардиологом не наблюдалась.

ЭХОКГ в возрасте 1 месяца (при прохождении планового профилактического осмотра): размеры камер сердца, толщина миокарда в норме, сократительная функция не нарушена.

На ЭКГ в возрасте 14 лет (при прохождении планового профилактического осмотра): признаки гипертрофии миокарда левого желудочка.

Анамнез жизни

- * ребенок от 2 беременности, 2 родов, путём экстренного кесарева сечения на 34 неделе (поперечное предлежание плода, центральное предлежание плаценты, кровотечение)
- * при рождении масса тела 2410 г, рост 48см, оценка по шкале Апгар 4/7 баллов
- * состояние при рождении тяжёлое за счёт дыхательной недостаточности, неврологических нарушений
- * состоит на диспансерном учете у невролога, психиатра с диагнозом: резидуально-органическое поражение ЦНС со снижением когнитивных функций. На диспансерном учете у офтальмолога (расходящееся косоглазие OU)
- * профилактические прививки по индивидуальному плану
- * перенесенные состояния: ОРВИ 1-2 раза в год
- * детские инфекции: ветряная оспа в возрасте 6 лет
- * травмы, операции отрицает
- * аллергологический анамнез не отягощен
- * семейный анамнез: у бабушки по материнской линии - порок сердца (точный диагноз неизвестен). Старший брат здоров. Случаев внезапной сердечной смерти в семье не отмечено

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое, избыток массы тела (вес 73 кг; рост 164 см; индекс массы тела 27.1). Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Небные дужки не гиперемированы, небные миндалины не увеличены. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, проводится равномерно во все отделы, хрипов нет. Определяется усиленный верхушечный толчок. Тоны сердца звучные,

ритмичные. Грубый веретенообразный систолический шум у левого края грудины. ЧСС 80 уд/мин., АД (d=s) 110/70 мм рт. ст. SpO₂ 99%. Пульсация на бедренных артериях удовлетворительная, симметричная. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме.

Необходимыми лабораторными методами обследования являются

- 1 года
- 6 месяцев
- 5 лет
- 1 месяца

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- 1 года
- 6 месяцев
- 5 лет
- 1 месяца

Результаты инструментальных методов обследования

Для исключения нарушений ритма у данной пациентки при первичном клиническом обследовании рекомендуется выполнение

- 1 года
- 6 месяцев
- 5 лет
- 1 месяца

Результаты обследования

Учитывая данные лабораторных и инструментальных методов обследования, пациентке можно поставить основной диагноз: Гипертрофическая кардиомиопатия

- 1 года
- 6 месяцев
- 5 лет
- 1 месяца

Диагноз

Осложнением основного диагноза является

- желудочковая экстрасистолия высоких градаций
- полиморфная желудочковая экстрасистолия
- неустойчивая мономорфная желудочковая тахикардия
- устойчивая мономорфная желудочковая тахикардия

Дифференциальную диагностику гипертрофической кардиомиопатии следует проводить с

- констриктивным перикардитом
- хроническим миокардитом
- гипертрофией левого желудочка на фоне системной артериальной гипертензии
- аритмогенной дисфункцией миокарда

Медикаментозная терапия в данном клиническом случае включает назначение

- тиазидных диуретиков
- ингибиторов АПФ
- сердечных гликозидов
- β -адреноблокаторов

Доза Атенолола, показанная данной пациентке, составляет

- 25 мг/сутки в один прием
- 15-20 мг/сутки в один прием
- 25-50 мг/сутки в два приема
- 15-20 мг/сутки в два приема

β -адреноблокаторы при гипертрофической кардиомиопатии назначаются с целью

- улучшения сократительной способности миокарда левого желудочка
- повышения общего периферического сосудистого сопротивления
- уменьшения потребности миокарда в кислороде
- снижения преднагрузки

Побочным эффектом β -адреноблокаторов является

- гиперкалиемия
- нарушение АВ проводимости

- гипокалиемия
- почечная недостаточность

Необходимым компонентом скринингового обследования родственников первой степени родства является

- электрокардиография
- рентгенография органов грудной клетки
- МРТ сердца с контрастированием
- чреспищеводная эхокардиография

Шкала «HCMRiskSCD» используется с целью стратификации риска ВСС у пациентов с ГКМП, достигших возраста + ____ + лет

- электрокардиография
- рентгенография органов грудной клетки
- МРТ сердца с контрастированием
- чреспищеводная эхокардиография

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 17 лет поступила на отделение кардиологии в связи с выявленными на амбулаторном этапе признаками гипертрофии миокарда левого желудочка.

Жалобы

На эпизоды давящей загрудинной боли, возникающие, как правило, на фоне физических и эмоциональных нагрузок, реже – в покое. Купируются самостоятельно в течение 2-3 минут.

Синкопальные и пресинкопальные состояния, перебои в работе сердца, приступы учащенного сердцебиения отрицает.

Физическую нагрузку переносит удовлетворительно.

Анамнез заболевания

Ранее кардиологом не наблюдалась.

Жалобы на загрудинные боли беспокоят в течение года. За медицинской помощью не обращалась.

3 месяца назад при проведении профилактического осмотра выявлены изменения ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 62-71 в мин. Горизонтальное положение электрической оси сердца. Патологический зубец Q в отведениях III и aVF По данным ЭХО-КГ (амбулаторно): асимметричная гипертрофия МЖП максимально до 40 мм.

СМЭКГ: ЧСС днем 67-54-129 в минуту, ЧСС ночью 60-53-88 в минуту. Синусовый ритм в течение всего наблюдения. 20 одиночных мономорфных желудочковых экстрасистол, 2 парные мономорфные желудочковые экстрасистолы.

Ишемические изменения не зарегистрированы. АВ блокада не обнаружена.

Интервал QT с в пределах нормы.

Медикаментозную терапию не получает. Направлена на стационарное обследование.

Анамнез жизни

- * Ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне токсикоза в 1 триместре
- * Роды 1, срочные. При рождении масса тела 3300 г, длина 52 см
- * Период новорожденности без особенностей
- * Профилактические прививки выполнены согласно Национальному календарю профилактических прививок
- * Перенесенные состояния: ОРВИ 2-3 раза в год
- * Детские инфекции: ветряная оспа в 7 лет
- * Травмы, операции отрицает
- * Аллергологический анамнез не отягощен
- * Семейный анамнез: у бабушки по линии отца артериальная гипертензия, ИБС

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое, избыток массы тела (Вес 72 кг; рост 164 см). Кожные покровы бледно-розовые, чистые.

Небные дужки не гиперемированы, небные миндалины не увеличены.

Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, проводится равномерно во все отделы, хрипов нет. Определяется усиленный верхушечный толчок. Тоны сердца звучные, ритмичные. Веретенообразный систолический шум у левого края грудины и на верхушке сердца. ЧСС 68 уд/мин., АД (d=s) 115/70 мм рт.ст SpO₂ ~ 99%. Пульсация на бедренных артериях удовлетворительная, симметричная. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме.

Необходимыми лабораторными методами обследования являются

- электрокардиография
- рентгенография органов грудной клетки
- МРТ сердца с контрастированием
- чреспищеводная эхокардиография

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- электрокардиография
- рентгенография органов грудной клетки
- МРТ сердца с контрастированием
- чреспищеводная эхокардиография

Результаты инструментального метода обследования

Учитывая данные лабораторных и инструментальных методов обследования, пациентке можно поставить основной диагноз: Гипертрофическая кардиомиопатия

- электрокардиография
- рентгенография органов грудной клетки
- МРТ сердца с контрастированием
- чреспищеводная эхокардиография

Диагноз

Дифференциальную диагностику ГКМП следует проводить с

- гипертрофией левого желудочка на фоне системной артериальной гипертензии
- аритмогенной дисфункцией миокарда
- констриктивным перикардитом
- хроническим миокардитом

Медикаментозная терапия в данном клиническом случае включает назначение

- тиазидных диуретиков
- сердечных гликозидов
- ингибиторов АПФ
- β -адреноблокаторов

Доза Атенолола, показанная данной пациентке, составляет

- 25-50 мг/сутки в два приема
- 15-20 мг/сутки в один прием
- 15-20 мг/сутки в два приема
- 25 мг/сутки в один прием

β-адреноблокаторы при гипертрофической кардиомиопатии назначаются с целью

- уменьшения потребности миокарда в кислороде
- повышения общего периферического сосудистого сопротивления
- снижения преднагрузки
- улучшения сократительной способности миокарда левого желудочка

Побочным эффектом β-адреноблокаторов является

- гипокалиемия
- гиперкалиемия
- бронхоспазм
- почечная недостаточность

Операция септальной миозектомии показана при

- всех вариантах асимметричной ГКМП
- асимптомной необструктивной ГКМП при наличии эпизодов неустойчивой желудочковой тахикардии
- симптомной ГКМП с обструкцией ВТЛЖ (градиент ≥ 50 мм рт.ст.) и недостаточной эффективности медикаментозной терапии
- асимптомной ГКМП с динамической обструкцией ВТЛЖ (градиент давления после нагрузочных тестов ≥ 50 мм рт. ст.)

Имплантация кардиовертера-дефибриллятора пациентам детского возраста с гипертрофической кардиомиопатии показана при наличии

- пароксизмов предсердной тахикардии, компенсируемых эффективной антиаритмической терапией
- редких неустойчивых пароксизмов желудочковой тахикардии, компенсируемых эффективной антиаритмической терапией
- частой желудочковой экстрасистолии
- остановки сердца в анамнезе вследствие желудочковой тахикардии

Имплантация кардиовертера-дефибриллятора рекомендуется для пациентов с прогнозируемым 5-летним риском внезапной сердечной смерти \geq _____ + %

- 10
- 15
- 6
- 2

Шкала «HCMRiskSCD» используется с целью стратификации риска риском внезапной сердечной смерти у пациентов с гипертрофической кардиомиопатией, достигших возраста + _____ + лет

- 10
- 15
- 6
- 2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 17 лет обратилась к кардиологу поликлиники в связи с жалобами на загрудинные боли.

Жалобы

На эпизоды давящей загрудинной боли, возникающие, как правило, на фоне физических и эмоциональных нагрузок, реже – в покое. Купируются самостоятельно в течение 2-3 минут.

Синкопальные и пресинкопальные состояния, перебои в работе сердца, приступы учащенного сердцебиения отрицает.

Физическую нагрузку переносит удовлетворительно.

Анамнез заболевания

Ранее кардиологом не наблюдалась.

Жалобы на загрудинные боли беспокоят в течение года. За медицинской помощью не обращалась.

3 месяца назад при проведении профилактического осмотра выявлены изменения ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 62-71 в мин. Горизонтальное положение электрической оси сердца. Признаки гипертрофии левого желудочка.

Медикаментозную терапию не получает.

Анамнез жизни

- * Ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне токсикоза в 1 триместре
- * Роды 1, срочные. При рождении масса тела 3300 г, длина 52 см
- * Период новорожденности без особенностей
- * Профилактические прививки выполнены согласно Национальному календарю профилактических прививок
- * Перенесенные состояния: ОРВИ 2-3 раза в год
- * Детские инфекции: ветряная оспа в 7 лет
- * Травмы, операции отрицает

* Аллергологический анамнез не отягощен

* Семейный анамнез: у отца – гипертрофическая кардиомиопатия

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое, избыток массы тела (вес 72 кг; рост 164 см). Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Небные дужки не гиперемированы, небные миндалины не увеличены. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, проводится равномерно во все отделы, хрипов нет. Определяется усиленный верхушечный толчок. Тоны сердца звучные, ритмичные. Веретенообразный систолический шум у левого края грудины и на верхушке сердца. ЧСС 68 уд/мин., АД (d=s) 115/70 мм рт. ст. SpO₂ ~ 99%. Пульсация на бедренных артериях удовлетворительная, симметричная. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме.

Необходимыми лабораторными методами обследования являются

- 10
- 15
- 6
- 2

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- 10
- 15
- 6
- 2

Результаты инструментальных методов обследования

Учитывая данные лабораторных и инструментальных методов обследования, пациентке можно поставить основной диагноз: Гипертрофическая кардиомиопатия

- 10
- 15
- 6
- 2

Диагноз

Дифференциальную диагностику гипертрофической кардиомиопатии следует проводить с

- аритмогенной дисфункцией миокарда
- гипертрофией левого желудочка на фоне системной артериальной гипертензии
- констриктивным перикардитом
- хроническим миокардитом

Медикаментозная терапия в данном клиническом случае включает назначение

- сердечных гликозидов
- ингибиторов АПФ
- β -адреноблокаторов
- тиазидных диуретиков

Доза Атенолола, показанная данной пациентке, составляет

- 15-20 мг/сутки в два приема
- 25-50 мг/сутки в два приема
- 15-20 мг/сутки в один прием
- 25 мг/сутки в один прием

β -адреноблокаторы при гипертрофической кардиомиопатии назначаются с целью

- повышения общего периферического сосудистого сопротивления
- снижения преднагрузки
- улучшения сократительной способности миокарда левого желудочка
- уменьшения потребности миокарда в кислороде

Побочным эффектом β -адреноблокаторов является

- почечная недостаточность
- бронхоспазм
- гипокалиемия
- гиперкалиемия

Операция септальной миэктомии показана при

- асимптомной необструктивной гипертрофической кардиомиопатии при наличии эпизодов неустойчивой желудочковой тахикардии

- симптомной гипертрофической кардиомиопатии с обструкцией ВТЛЖ (градиент ≥ 50 мм рт.ст.) и недостаточной эффективности медикаментозной терапии
- асимптомной гипертрофической кардиомиопатии с динамической обструкцией ВТЛЖ (градиент давления после нагрузочных тестов ≥ 50 мм рт. ст.)
- всех вариантах асимметричной ГКМП

Имплантация кардиовертера-дефибриллятора пациентам детского возраста с гипертрофической кардиомиопатии показана при наличии

- редких неустойчивых пароксизмов желудочковой тахикардии, компенсируемых эффективной антиаритмической терапией
- остановки сердца в анамнезе вследствие желудочковой тахикардии
- частой желудочковой экстрасистолии
- пароксизмов предсердной тахикардии, компенсируемых эффективной антиаритмической терапией

Имплантация ИКД рекомендуется для пациентов с прогнозируемым 5-летним риском ВСС $\geq + ____ + \%$

- 2
- 6
- 10
- 15

Шкала «HCMRiskSCD» используется с целью стратификации риска ВСС у пациентов с ГКМП, достигших возраста $+ ______ +$ лет

- 2
- 6
- 10
- 15

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мальчик 17 лет госпитализирован в специализированный стационар для комплексного обследования, верификации диагноза, выработки тактики дальнейшего ведения.

Жалобы

На снижение толерантности к интенсивной физической нагрузке в течение последнего года. Синкопальных, пресинкопальных состояний не было.

Анамнез заболевания

Мальчик ранее у кардиолога не наблюдался. При проведении ежегодной диспансеризации на электрокардиограмме зарегистрировано отклонение электрической оси сердца влево. По данным эхокардиографии выявлена дилатация полости левого желудочка.

Анамнез жизни

- * Ребенок от 1 беременности, протекающей на фоне токсикоза в I триместре;
- * роды 1, срочные;
- * при рождении масса тела 3600 г, длина тела 52 см;
- * на первом году жизни рос и развивался без особенностей;
- * профилактические прививки выполнены согласно Национальному календарю профилактических прививок;
- * аллергологический анамнез: пищевая аллергия на цитрусовые;
- * травмы, операции отрицает;
- * «детские» инфекции: : не болел;
- * перенесенные состояния: ОРВИ редко;
- * в возрасте 6 лет — острый тонзиллит;
- * наследственность: отец наблюдается у кардиолога в связи с наличием дилатации и снижения сократительной способности левого желудочка, случаев внезапной сердечной смерти в молодом возрасте в семье не было.

Объективный статус

Состояние стабильное. Рост 172 см. Масса тела 60 кг. Кожные покровы чистые. Небные дужки не гиперемированы. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. ЧДД 16 в минуту. Тоны сердца ритмичные, звучные, выслушивается систолический шум вдоль левого края грудины. Смещение верхушечного толчка влево на 0,5 см. ЧСС 82 уд/мин, АД 120/75 мм рт. ст. SpO₂ ~100%. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Стул регулярный, мочеиспускание безболезненное. Пастозности мягких тканей, отёков нет.

К необходимым инструментальным методам обследования относятся

- 2
- 6
- 10

- 15

Результаты инструментальных методов обследования

К необходимым лабораторным методам обследования относят определение

- 2
- 6
- 10
- 15

Результаты лабораторных методов обследования

На основании данных анамнеза, физикального осмотра, инструментального и лабораторного обследования у данного пациента имеет место

+ _____ + кардиомиопатия

- 2
- 6
- 10
- 15

Диагноз

Для определения функционального класса сердечной недостаточности у данного пациента может быть выполнен тест с

- атропином
- 6-минутной ходьбой
- адреналином
- задержкой дыхания

По результатам теста с 6-минутной ходьбой пройденная дистанция составила 400 метров. Выраженность клинических проявлений хронической сердечной недостаточности у данного пациента соответствует + __ + функциональному классу по _NYHA_

- II
- I
- III
- IV

В качестве препарата первой линии для лечения систолической хронической сердечной недостаточности данному пациенту показано назначение

- ингибиторов АПФ
- петлевых диуретиков
- сердечных гликозидов
- глюкокортикоидов

Стартовая доза каптоприла для лечения сердечной недостаточности у данного пациента составляет + ____ + мг/кг/сутки

- 0,1
- 3,0
- 0,5
- 1,0

На фоне титрования дозы ингибиторов АПФ необходим контроль уровня креатинина и

- магния
- калия
- натрия
- кальция

К критериям эффективности лечения дилатационной кардиомиопатии относится отсутствие прогрессирования сердечной недостаточности, осложнений, расширения камер сердца и снижения

- толщины межжелудочковой перегородки
- давления в легочной артерии
- фракции выброса левого желудочка
- объема предсердий

В качестве радикального лечения дилатационной кардиомиопатии при рефрактерной сердечной недостаточности может быть рекомендовано проведение

- инфузии левосимендана
- имплантации кардиовертера-дефибриллятора
- имплантации аппарата ресинхронизирующей терапии
- трансплантации сердца

Наиболее часто дилатационная кардиомиопатия проявляется

- в младшем школьном возрасте
- в подростковом возрасте
- в дошкольном возрасте

- на первом году жизни

Детям с дилатационной кардиомиопатией радиоизотопное исследование и позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ) проводится для

- измерения давления и содержания кислорода в полостях сердца
- определения анатомической и геометрической конфигурации камер сердца
- оценки степени сердечной недостаточности и ее прогрессирования
- определения жизнеспособности миокарда, выявления зон его повреждения или недостаточного кровоснабжения