



Детская кардиология

Высшее образование

DOCX · PDF

Задач: 1

Вопросов: 12

Сформировано: 26.09.2026, 02:49 МСК · База обновлена: 19.09.2026, 17:08 МСК

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПЕРЕД НАЧАЛОМ

1

Материалы предназначены для одного покупателя

Используйте файлы только для личной подготовки. Не передавайте их третьим лицам, не публикуйте, не размещайте в открытом доступе и не перепродавайте полностью или частично.

2

Источник материалов - ФМЗА

Вопросы и ситуационные задачи получены только из опубликованных материалов Методического центра аккредитации специалистов.

[Официальный сайт fmza.ru](https://fmza.ru) >

3

Ответы можно проверить самостоятельно

Используйте комплект при прохождении репетиционного экзамена и убедитесь, что выбранные ответы совпадают с результатом официальной системы.

[Открыть репетиционный экзамен](#) >

4

Состав материалов может обновляться

ФМЗА может изменять формулировки, порядок и состав заданий. Перед подготовкой используйте актуальную версию комплекта и сверяйтесь с официальным источником.

Важно: MedikCase систематизирует материалы ФМЗА для самостоятельной подготовки, не изменяя смысл вопросов и ответов. Актуальность комплекта можно проверить в официальном репетиционном экзамене.

Сайт, обновления и поддержка

- medikcase.ru
- Telegram: [@medikcase](https://t.me/@medikcase)
- support@medikcase.ru



Сайт



Telegram

Ситуационная задача 0002

Образование: Высшее образование | Специальность: Детская кардиология

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Пациентка 13 лет экстренно госпитализирована в отделение кардиологии по направлению кардиолога поликлиники.

1.2. 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.

1.3. 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. Повышение электрической активности обоих предсердий.

Суточное мониторирование ЭКГ клинически значимых 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 (Трансмитральный поток: $E = 1,08$ м/с, $A = 0,45$ м/с, $E/A = 2,4$, $DT = 130$ мс, $IVRT = 65$ мс. $TDI: e' \text{ (септ.)} = 5$ см/с, $E/e' = 21,6$). 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. ООП 2 мм. Перикард не изменен. Жидкость в полости перикарда не визуализируется.

С амбулаторного приема детского кардиолога экстренно госпитализирована в стационар.

1.4. 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).

1.5. Объективный статус

Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Температура тела: 36,6°C.

Телосложение астеническое. Состояние питания пониженное: Вес 41 кг; Рост 161.0 см. ИМТ 15,8.

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 97%. 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.

1. План обследования

Вопрос 1.

Для уточнения диагноза данному пациенту рекомендовано проведение

1. спирографии
2. чрезвенозной катетеризации камер сердца
3. селективной коронароангиографии
4. УЗИ щитовидной железы
5. рентгенографии органов грудной клетки
6. магнитно-резонансной томографии сердца с контрастированием

Правильные ответы:

2 - чрезвенозной катетеризации камер сердца

5 - рентгенографии органов грудной клетки

6 - магнитно-резонансной томографии сердца с контрастированием

Рекомендовано проведение чрезвенозной катетеризации камер сердца у ребенка с подозрением на наличие ЛГ по данным предварительного обследования (физикальное обследование, ЭКГ, ЭХОКГ).

Клинические рекомендации Минздрава России. Легочная гипертензия у детей, 2025 г.

(1)

Рентгенография органов грудной клетки является одним из методов диагностики рестриктивной кардиомиопатии

На рентгенограмме размеры сердца немного увеличены или не изменены, отмечается увеличение предсердий и венозный застой в легких.

Рекомендована прицельная рентгенография органов грудной клетки детям с подозрением на ЛГ при первичном обследовании.

Клинические рекомендации Минздрава России. Легочная гипертензия у детей, 2025 г.

(1)

Этот метод имеет значение для дифференциальной диагностики рестриктивной кардиомиопатии с констриктивным перикардитом, позволяет оценить состояние листков перикарда и исключить их кальциноз.

(1)

2. Диагноз

Вопрос 2.

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

1. Идиопатическая легочная гипертензия
2. Рестриктивная кардиомиопатия
3. Врожденная митральная недостаточность
4. Дилатационная кардиомиопатия

Правильный ответ:

2 - Рестриктивная кардиомиопатия

Рестриктивная кардиомиопатия - заболевание миокарда, которое характеризуется нарушением диастолической функции и повышением давления наполнения желудочков при нормальной или малоизмененной систолической функции миокарда, отсутствии его значимой гипертрофии. Явления недостаточности кровообращения у таких больных не сопровождаются увеличением объема левого желудочка.

ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С КАРДИОМИОПАТИЯМИ, 2014 г.

(1)

Клинические рекомендации Минздрава России. Перикардиты и заболевания перикарда у детей, 2025 г.

(1)

Вопрос 3.

Причиной акцента 2 тона над легочной артерией у данной пациентки является наличие

1. легочной гипертензии
2. недостаточности митрального клапана
3. открытого овального окна
4. недостаточности трикуспидального клапана

Правильный ответ:

1 - легочной гипертензии

Акцент II тона над легочной артерией - признак легочной гипертензии. Встречается при стенозе митрального клапана, недостаточности митрального клапана, ОАП, дефектах межпредсердной и межжелудочковой перегородок.

Кильдиярова, Р. Р. Пропедевтика детских болезней : учебник / под ред. Кильдияровой Р. Р. , Макаровой В. И. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 520 с. - ISBN 978-5-9704-6612-4.

(1)

Вопрос 4.

Дифференциальную диагностику рестриктивной кардиомиопатии в первую очередь следует проводить с

1. хроническим миокардитом
2. аритмогенной кардиомиопатией
3. констриктивным перикардитом
4. некомпактным миокардом левого желудочка

Правильный ответ:
3 - констриктивным перикардитом

Рестриктивную кардиомиопатию дифференцируют в первую очередь с констриктивным перикардитом.

ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С КАРДИОМИОПАТИЯМИ, 2014 г.

(1)

РКМП дифференцируют в первую очередь с констриктивным перикардитом. Для этого оценивают состояние листков перикарда, исключают их кальциноз с помощью КТ. Проводят также дифференциальную диагностику между РКМП, вызванными разными причинами (при болезнях накопления - гемохроматозе, амилоидозе, саркоидозе, гликогенозах, липидозах).

Педиатрия / под ред. А. А. Баранова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 768 с. - ISBN 978-5-9704-2787-3

(1)

Клинические рекомендации Минздрава России. Перикардиты и заболевания перикарда у детей, 2025 г.

(1)

3. Лечение

Вопрос 5.

Осложнением основного заболевания у данного пациента является хроническая сердечная недостаточность с _____ фракцией выброса левого желудочка

1. умеренно низкой
2. сохранной
3. критически низкой
4. низкой

Правильный ответ:
2 - сохранной

К основным причинам ХСНсФВ у детей относятся гипертрофическая и рестриктивная кардиомиопатии, констриктивный перикардит, гидроперикард, тиреотоксикоз, инфильтративные заболевания, метастатические поражения миокарда и другие.

Клинические рекомендации Минздрава России. Хроническая сердечная недостаточность у детей, 2025 г.

(1)

У данного ребенка ФВ левого желудочка 68%.

ХСН с низкой фракцией выброса левого желудочка(ХСНнФВ)– СН с выраженно сниженной сократительной способностью левого желудочка (ФВ ЛЖ < 40%).

ХСН с умеренно низкой фракцией выброса левого желудочка (ХСНунФВ) – СН с умеренно сниженной сократительной способностью левого желудочка (ФВ ЛЖ 41-49%).

ХСН с сохраненной фракцией выброса левого желудочка (ХСНсФВ) – СН с сохранённой сократительной способностью левого желудочка (ФВ ЛЖ $\geq 50\%$).

(2)

4. Диагноз

Вопрос 6.

По результатам теста с 6-минутной ходьбой пройденная дистанция составила 258 м, что соответствует ____ функциональному классу ХСН

1 III

2. I

3. IV

4. II

Правильный ответ:

1 - III

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ результатов 6-МХ

На основании пройденной дистанции пациенту ставится функциональный класс (ФК). Данная система имеет градацию:

0 ФК – более 550 м;

1 ФК – 550 – 426 м;

2 ФК – 425 м – 301 м;

3 ФК – 300 – 151 м;

4 ФК – 150 м и менее.

Клинические рекомендации Минздрава России. Врожденная митральная недостаточность (ВМН), 2025 г.

(1)

5. Лечение

Вопрос 7.

Данному пациенту рекомендовано назначение препаратов из группы

1. сердечных гликозидов

2. глюкокортикостероидов

3. ингибиторов интерлейкина-1

4 диуретиков

Правильный ответ:

4 - диуретиков

Рекомендуется назначение диуретиков пациентам с ХСНсФВ и застойными явлениями для уменьшения выраженности застойных явлений и улучшения клинической симптоматики.

Клинические рекомендации Минздрава России. Хроническая сердечная недостаточность у детей, 2025 г.

(1)

Пациентам с застойными явлениями рекомендовано назначение мочегонных препаратов для улучшения клинического состояния, однако их влияние на прогноз пациентов с ХСН не изучено.

Рекомендуется назначение диуретиков пациентам с ХСН с симптомами задержки жидкости для улучшения симптомов ХСН.

Диуретики не относятся к основным группам препаратов, используемых для патогенетического лечения ХСН, однако их применение наряду со снижением пред- и постнагрузки, приводит к улучшению функционального состояния внутренних органов. У пациентов с ХСН диуретики должны применяться в комбинации с БАБ, иАПФ/АРА, АМКР. Дозы диуретиков определяются индивидуально с учетом возраста ребенка, стадии ХСН, выраженности отеочного синдрома, эффекта от ранее применявшихся доз и др.

(2)

(3)

6. Вариатив

Вопрос 8.

У пациентов с рестриктивной кардиомиопатией препаратом выбора для старта диуретической терапии среди мочегонных средств при выраженном отёчном синдроме является

1. спиронолактон
2. ацетазоламид
3. фуросемид
4. гидрохлоротиазид

Правильный ответ:

3 - фуросемид

Препаратами первой линии терапии СН являются петлевые либо тиазидные диуретики.

Клинические рекомендации Минздрава России. Хроническая сердечная недостаточность у детей, 2025 г.

(1)

Рекомендуется назначение «петлевых» диуретиков (код АТХ C03C) при комплексном лечении пациентов с ХСН IIБ и III стадий при симптомах задержки жидкости для улучшения симптомов ХСН.

Фуросемид вызывает быстрый мощный, но непродолжительный диуретический эффект, действие препарата начинается через час и продолжается 4-6 часов, при внутривенном введении препарата эффект наступает через 10-15 минут и продолжается от двух до трех часов.

(2)

У детей до 18 лет использование тиазидов off label. Кроме того, пациентам с низким артериальным давлением и склонностью к коллаптоидным реакциям тиазиды назначать не рекомендовано, поскольку они дают наиболее выраженный гипотензивный эффект – для пациентов с рестриктивной КМП характерна систолическая гипотензия.

(3)

7. Лечение

Вопрос 9.

Радикальным методом лечения генетически детерминированной рестриктивной кардиомиопатии является

1. септальная миоэктомия по Морроу
2. ресинхронизирующая терапия

3 трансплантация сердца

4. имплантация кардиовертера-дефибриллятора

Правильный ответ:
3 - трансплантация сердца

Единственным радикальным методом лечения идиопатической рестриктивной кардиомиопатии является трансплантация сердца.

ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С КАРДИОМИОПАТИЯМИ, 2014 г.

(1)

Кардиомиопатии и миокардиты / под ред. Г. К. Киякбаева, С. В. Моисеева, Д. А. Андреева. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024 г.

(1)

8. Вариатив

Вопрос 10.

При стабильной клинической картине пациентам с хронической почечной сердечной недостаточностью ФК II-III при рестриктивной кардиомиопатии необходимо плановое стационарное обследование каждые

1 3-6 месяцев

2. 2-3 года

3. 6-12 месяцев

4. 2-4 недели

Правильный ответ:
1 - 3-6 месяцев

Рекомендуется плановое обследование пациентов с ФК II-III ХСН при стабильном состоянии каждые 3-6 месяцев, включающее в себя оценку симптомов и ФК ХСН, ЭКГ, ЭхоКГ, исследование уровня N-терминального фрагмента натрийуретического пропептида мозгового (NT-proBNP) в крови, оценку функции печени и почек при каждом визите, проведение нагрузочного тестирования, холтеровского мониторирования сердечного ритма, магнитно-резонансной томографии сердца с контрастированием, компьютерной томографии сердца с контрастированием, чрзвенозной катетеризации полостей сердца при наличии клинических показаний, для контроля и коррекции терапии.

Клинические рекомендации Минздрава России. Хроническая сердечная недостаточность у детей, 2025 г.

(1)

Вопрос 11.

При рестриктивной кардиомиопатии гистологическое исследование биоптатов миокарда может выявить

1. гипертрофию и дезорганизацию кардиомиоцитов

2. жировую инфильтрацию миокарда

3. интерстициальные инфильтраты из мононуклеаров

4 диффузный фиброз миокарда

Правильный ответ:
4 - диффузный фиброз миокарда

Эндомиокардиальная биопсия позволяет выявить фиброз миокарда при идиопатическом миокардиальном фиброзе.

ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С КАРДИОМИОПАТИЯМИ, 2014 г.

(1)

Кардиомиопатии и миокардиты / под ред. Г. К. Киякбаева, С. В. Моисеева, Д. А. Андреева. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024 г.

(1)

Вопрос 12.

Осложнением рестриктивной кардиомиопатии может быть

1. артериальная гипертензия
2. гемоперикард
3. стеноз митрального клапана
4. тромбоэмболия крупных артерий

Правильный ответ:
4 - тромбоэмболия крупных артерий

Больные умирают от рефрактерной ХСН, тромбоэмболий и других осложнений.

ФЕДЕРАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С КАРДИОМИОПАТИЯМИ, 2014 г.

(1)