

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о документе и электронной подписи
ФИО: Багрий Андрей Эдуардович
Должность: Проректор по последипломному образованию и региональному развитию здравоохранения
Дата подписания: 21.03.2025 16:48:58
Уникальный программный ключ:
2b055d886c0fdf89a246ad89f315b2adcf9f223c

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Донецкий государственный медицинский университет имени
М.Горького» Министерства здравоохранения Российской Федерации**

УТВЕРЖДАЮ:
Проректор по последипломному
образованию и региональному развитию
здравоохранения



A handwritten signature in blue ink, consisting of stylized initials and a surname, is written over the stamp.

**ПРОГРАММА ВСТУПИТЕЛЬНОГО ИСПЫТАНИЯ ДЛЯ
ПОСТУПАЮЩИХ НА ОБУЧЕНИЕ ПО ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ
ПРОГРАММАМ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПРОГРАММАМ
ОРДИНАТУРЫ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
31.08.13 ДЕТСКАЯ КАРДИОЛОГИЯ
(2025 год приема)**

ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

Вступительное испытание проводится в два этапа, в один день:

- 1 этап – компьютерное тестирование (далее – тестирование),
- 2 этап – решение ситуационных задач.

Вступительные испытания проводятся в период с 12.08.2025 по 22.08.2025 (окончательная дата завершения этого периода может быть ранее 22.08.2025 и определяется расписанием вступительных испытаний).

Тестовые задания и ситуационные задачи готовятся и формируются профильной кафедрой (профильными кафедрами) по данной специальности ординатуры, они утверждаются проректором по последипломному образованию и региональному развитию здравоохранения Университета.

Тестирование проводится с использованием тестовых заданий, комплектуемых автоматически путем случайной выборки 60 тестовых заданий из соответствующей базы оценочных средств, формируемой Университетом.

1 этап – компьютерное тестирование

Тестирование проводится с использованием 60 тестовых заданий, на решение которых отводится не более 60 минут.

Результат тестирования формируется автоматически с указанием количества правильных ответов тестовых заданий из расчёта, что один правильный ответ – это один балл (максимально возможное общее количество правильных ответов тестовых заданий – 60, соответственно – это составляет 60 баллов).

Минимальное количество баллов, подтверждающее успешное прохождение тестирования составляет 43 балла. Поступающий, набравший менее 43 баллов, не допускается ко второму этапу вступительного испытания – решению ситуационных задач и выбывает из дальнейшего конкурса.

2 этап – решение ситуационных задач

На втором этапе вступительного испытания поступающему предлагается решить 4 ситуационные задачи, на решение которых отводится не более 60 минут.

Результат второго этапа вступительного испытания – решения ситуационных задач – формируется с указанием количества баллов за каждую из последних по принципу: от 0 до 10 баллов – за каждую задачу (по 2 балла за каждый правильный ответ из пяти вопросов). Таким образом, максимальное возможное количество баллов за 2 этап составляет 40 баллов.

Результат вступительного испытания отражается в протоколе заседания экзаменационной комиссии, подписываемом в день вступительного испытания.

Результат тестирования в баллах суммируется с баллами за решение ситуационных задач в баллах.

Соответственно, минимальное количество баллов, подтверждающее успешное прохождение вступительного испытания, составляет 70 баллов, а максимально возможное количество экзаменационных баллов составляет 100 баллов.

ПЕРЕЧЕНЬ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ ВОПРОСОВ

| | |
|-----|--|
| 1. | Анатомо-физиологические особенности сердечно-сосудистой системы у детей. Кровообращение плода и новорожденного. |
| 2. | Основные вопросы медицинской деонтологии в работе детского кардиолога. Факторы риска заболеваний сердечно-сосудистой системы у детей. |
| 3. | Основные методы непосредственного исследования сердечно-сосудистой системы у детей и их интерпретация. |
| 4. | Особенности электрофизиологии сердца, функции сердечной мышцы, проводящая система сердца. |
| 5. | Инструментальные методы диагностики в детской кардиологии. Методика регистрации ЭКГ, измерения артериального давления. Функциональные пробы в детской кардиологии. |
| 6. | Врожденные пороки сердца у детей: открытый артериальный проток (особенности гемодинамики, клиника, диагностика). |
| 7. | Врожденные пороки сердца у детей: коарктация аорты (особенности гемодинамики, клиника, диагностика). |
| 8. | Врожденные пороки сердца у детей: дефект межжелудочковой перегородки (особенности гемодинамики, клиника, диагностика). |
| 9. | Врожденные пороки сердца у детей: дефект межпредсердной перегородки (особенности гемодинамики, клиника, диагностика). |
| 10. | Врожденные пороки сердца у детей: тетрада Фалло (особенности гемодинамики, клиника, диагностика). Клиника и неотложная помощь при одышно-цианотическом приступе. |
| 11. | Клиника, диагностика и терапия вегетативных дисфункций у детей. |
| 12. | Клиника, диагностика и терапия ревматического кардита у детей. Врожденный кардит. |
| 13. | Современные особенности клиники, течения острой ревматической лихорадки. Хроническая ревматическая болезнь. Приобретенные пороки сердца. Лечение, профилактика, диспансерное наблюдение. |
| 14. | Этиопатогенез, клиника, диагностика и тактика ведения пациента с инфекционным эндокардитом. |
| 15. | Первичные и вторичные кардиомиопатии. |
| 16. | Нарушения ритма сердца и проводимости. Классификация. Номотопные нарушения ритма сердца. Этиология, критерии ЭКГ диагностики, клиника. |
| 17. | Нарушения ритма сердца и проводимости. Экстрасистолия. Этиология, критерии ЭКГ диагностики, клиника. |
| 18. | Пароксизмальная тахикардия. Этиология, критерии ЭКГ диагностики, клиника, неотложная помощь. |
| 19. | Нарушения проводимости. ЭКГ критерии диагностики. |
| 20. | Недостаточность кровообращения: классификация, этиология, клиника, терапия и оказание неотложной помощи. |
| 21. | Синкопальные состояния в детской кардиологии: этиология, оказание неотложной помощи. |
| 22. | Первичная сердечно-легочная реанимация у детей. |

ОБРАЗЦЫ ВСТУПИТЕЛЬНЫХ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

- Недоношенному ребенку, с гемодинамически значимым открытым артериальным протоком, рекомендуется назначение медикаментозной терапии для закрытия протока по решению консилиума врачей. Препаратом первой линии является
 - ибуклин
 - парацетамол
 - нимесулид
 - ибупрофен (+)
- При острой ревматической лихорадке антибактериальная терапия направлена на эрадикацию
 - золотистого стафилококка

Б. β-гемолитического стрептококка группы А (+)

В. пневмококка

Г. гемофильной палочки

3. Вторичная профилактика острой ревматической лихорадки проводится с использованием

А. метотрексата

Б. внутривенных иммуноглобулинов

В. бензилпенициллина (+)

Г. преднизолона

4. Пациентов с острой ревматической лихорадкой и с исходом в хроническую ревматическую болезнь сердца в течение 1 квартала после атаки врач-педиатр и врач-ревматолог осматривают

А 1 раз в месяц (+)

Б. 1 раз в 3 месяца

В. 1 раз в неделю

Г. 1 раз в 6 месяцев

5. Стартовым препаратом для оказания неотложной помощи у детей и подростков с артериальной гипертензией является (группа препаратов)

А. петлевые диуретики

Б. β-блокаторы

В. блокаторы кальциевых каналов

Г. ингибиторы АПФ (+)

6. Задачей «А» этапа реанимации является

А. коррекция гемодинамики, реологических и метаболических расстройств

Б. восстановление проходимости дыхательных путей (+)

В. тактильная стимуляция дыхания

Г. восстановление внешнего дыхания, вентиляции легких

7. Неотложную терапию пароксизмальной суправентрикулярной тахикардии с узким QRS комплексом начинают с внутривенного введения

А. трифосаденина (+)

Б. лидокаина

В. атропина сульфата

Г. верапамила

8. Возможное количество разрядов при проведении электрической дефибрилляции

А. 3-4

Б. Не ограничено при сохранении фибрилляции желудочков (+)

В. 2

Г. 1

9. Одной из ведущих жалоб при правожелудочковой сердечной недостаточности является наличие

А. периферических отеков (+)

Б. нарушений сердечного ритма

В. левостороннего сердечного горба

Г. кашля

10. Функциональный характер шума подтверждается тем, что шум

А. уменьшается при физической нагрузке (+)

Б. выслушивается в середине систолы

В. усиливается в вертикальном положении

Г. проводится на сосуды шеи

11. Для тетрады Фалло при рентгенологическом исследовании характерна форма сердца в виде
- А. «овоида»
 - Б. «башмачка» (+)
 - В. «снежной бабы»
 - Г. «капли»
12. При гиперкалиемии при электрокардиографическом исследовании регистрируют
- А. высокие заостренные зубцы Т (+)
 - Б. уменьшение амплитуды зубца Т
 - В. депрессию сегмента ST
 - Г. увеличение амплитуды зубца Т
13. К большим диагностическим критериям острой ревматической лихорадки по Киселю-Джонсу-Нестерову относится
- А. увеличение СРБ
 - Б. боль в суставах
 - В. лихорадка
 - Г. кардит (+)
14. Дети, перенесшие острую ревматическую лихорадку без формирования порока сердца, подлежат диспансерному наблюдению в течение
- А. 5 лет (+)
 - Б. 3 лет
 - В. 10 лет
 - Г. 1 года
15. Удлинение интервала PQ наблюдается при
- А. желудочковой экстрасистолии
 - Б. предсердной экстрасистолии
 - В. атриовентрикулярной блокаде I степени (+)
 - Г. атриовентрикулярной блокаде II степени
16. Для изучения физической работоспособности детей и подростков используют
- А. велоэргометрию (+)
 - Б. пробу Леви-Гориневского
 - В. корректурную пробу
 - Г. тест Векслера
17. Наиболее информативным методом для подтверждения структурной аномалии сердца у детей является
- А. аускультация сердца
 - Б. перкуссия сердца
 - В. эхокардиография (+)
 - Г. пальпация верхушечного толчка
18. Наиболее информативным методом диагностики для выявления гипертрофической кардиомиопатии является
- А. фонокардиография
 - Б. электрокардиография
 - В. эхокардиография (+)
 - Г. рентгенография органов грудной клетки
19. Лезвожелудочковая сердечная недостаточность клинически характеризуется
- А. одышкой (+)
 - Б. появлением сухих рассеянных хрипов в лёгких

- В. появлением брадикардии
- Г. увеличением размеров печени

20. Кардиалгия при перикардите локализуется

- А. за грудиной, иррадирует в левое плечо, надключичную область (+)
- Б. в области верхушке, без иррадиации, различной продолжительности
- В. иррадирует в любое место, острая, быстро нарастает
- Г. за грудиной, без иррадиации, тупая, различной продолжительности

21. Одним из проявлений миокардита является

- А. грубый систолический шум вдоль левого края грудины
- Б. снижение вольтажа желудочкового комплекса на ЭКГ (+)
- В. расщепление II тона над аортой
- Г. машинный систоло-диастолический шум на основании сердца

22. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента при сердечной недостаточности используют

- А. только у тяжёлых больных
- Б. только при отсутствии отёчного синдрома
- В. у всех больных при отсутствии противопоказаний (+)
- Г. только при систолической дисфункции

23. Начинать купирование приступа пароксизмальной суправентрикулярной тахикардии у ребёнка 7 лет при АД 90/60 мм рт.ст. целесообразно с помощью _____ пробы

- А. калиевой
- Б. атропиновой
- В. вагусной (+)
- Г. добутаминовой

24. Для лечения желудочковой тахикардии нельзя использовать

- А. лидокаин
- Б. прокаинамид
- В. дигоксин (+)
- Г. амиодарон

25. При купировании одышечно-цианотического приступа противопоказано назначение

- А. сердечных гликозидов (+)
- Б. β -адреноблокаторов
- В. ингибиторов АПФ
- Г. анальгетиков

26. Минимальная продолжительность медикаментозного лечения первичной артериальной гипертензии составляет (в месяцах)

- А. 9
- Б. 3 (+)
- В. 6
- Г. 1

27. Дуктус-зависимым врождённым пороком сердца в неонатальном периоде является

- А. транспозиция магистральных сосудов (+)
- Б. открытый атриовентрикулярный канал
- В. общий артериальный ствол
- Г. дефект межжелудочковой перегородки

28. К врождённому пороку сердца с обеднением малого круга кровообращения относится

- А. дефект межпредсердной перегородки
- Б. стеноз аорты
- В. открытый артериальный проток
- Г. тетрада Фалло (+)

29. О нарушении со стороны сердечно-сосудистой системы у ребёнка 4 лет свидетельствует

- А. ЧСС 70 уд/мин (+)
- Б. АД 90/50 мм рт.ст.
- В. Дыхательная аритмия
- Г. Левая граница относительной тупости сердца на 1,0 см кнаружи от левой среднеключичной линии

30. При врождённом пороке сердца артериальной гипертензией сопровождается

- А. стеноз лёгочной артерии
- Б. коарктация аорты (+)
- В. стеноз митрального клапана
- Г. дефект межпредсердной перегородки

ОБРАЗЦЫ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАНИЙ

1. Мать с мальчиком, 1 года 2 месяцев, на приёме у участкового врача-педиатра предъявляет жалобы на снижение аппетита, рвоту, потерю массы тела, кашель, одышку у ребёнка. Из анамнеза известно, что до 1 года ребёнок развивался в соответствии с возрастом, сидит с 6 месяцев, ходит самостоятельно с 10 месяцев. В возрасте 11,5 месяцев перенёс острое респираторное заболевание, сопровождавшееся катаральными явлениями, диспепсическими явлениями (боли в животе, жидкий стул, рвота), отмечалась субфебрильная температура. Указанные изменения сохранялись в течение 7 дней. Через 2-3 недели после выздоровления родители отметили, что ребёнок стал быстро уставать, во время игр отмечалась одышка. Состояние постепенно ухудшалось: периодически появлялись симптомы беспокойства и влажного кашля в ночные часы, рвота, ухудшился аппетит, мальчик похудел, обращало на себя внимание появление бледности кожных покровов. Температура не повышалась. Ребёнок направлен на госпитализацию для обследования и лечения. При поступлении состояние расценено как тяжёлое, аппетит снижен, неактивен. Вес 10 кг. Кожные покровы бледные. Частота дыхания - 48 в минуту, в лёгких выслушиваются единичные, влажные хрипы в нижних отделах слева по передней поверхности. Область сердца: визуально - небольшой сердечный левосторонний горб, перкуторно границы относительной сердечной тупости: правая - по правому краю грудины, левая - по передней подмышечной линии, верхняя - II межреберье. Аускультативно: ЧСС - 146 ударов в минуту, тоны сердца приглушены, в большей степени I тон на верхушке. На верхушке выслушивается негрубого тембра систолический шум, занимающий 1/3 систолы, связанный с I тоном. Живот мягкий, печень +4 см из-под края рёберной дуги, селезёнка +1 см. Отмечаются отёки в области лодыжек. Мочеиспускание свободное, безболезненное. В общем анализе крови: эритроциты - $3,2 \cdot 10^{12}/л$; гемоглобин - 109 г/л; лейкоциты - $8,4 \cdot 10^9/л$; эозинофилы - 1%; базофилы - 1%; палочкоядерные - 2%; сегментоядерные - 27%; лимфоциты - 63%; моноциты - 6%; СОЭ - 34 мм/ч. В биохимическом анализе крови: СРБ - 64 ЕД; КФК - 275 ЕД/л (референтные значения активности 55-200 ЕД/л); КФК-МВ - 10 мкг/л (референтные значения менее 5 мкг/л); К - 5,2 ммоль/л; Na - 140 ммоль/л.

Вопросы:

1. Установите наиболее вероятный диагноз?
2. Составьте план дополнительного обследования пациента, назовите изменения, выявляемые при инструментальных методах диагностики?
3. Проведите дифференциальную диагностику?
4. Назначьте лечение?
5. Какой прогноз заболевания у данного пациента?

2. На приёме у участкового врача-педиатра мать с мальчиком 7 лет. Со слов матери, ребёнок жалуется на периодические головные боли, головокружение, слабость, утомляемость в течение последних 2 недель. Анамнез жизни: ребёнок от первой беременности, протекавшей на фоне токсикоза 1 половины, угрозы прерывания в 8 недель, ОРВИ (без повышения температуры) в 9 недель. Мать страдает гипертонией, хроническим пиелонефритом, во время беременности обострения процесса не было. На губах у матери периодически герпетические высыпания. Роды в срок, вес - 2900 г, рост - 52 см. Период новорожденности без особенностей. Пищевой, лекарственной аллергии нет. До 4 лет - частые (7-8 раз в год) ОРВИ. Перенёс ветряную оспу, краснуху. ЭКГ проводилось в возрасте 6 месяцев, со слов матери, отклонений не было. Привит по возрасту. Анамнез заболевания: впервые шум в сердце выслушан 5 месяцев назад, от предложенного обследования отказались (по семейным обстоятельствам). В последний месяц стали отмечаться головные боли, боли в сердце, слабость, утомляемость, головокружение. Осмотрен участковым врачом-педиатром, направлен на обследование. Объективные данные: состояние средней тяжести. Бледен. Вес - 23 кг, рост - 126 см. При осмотре - диспропорциональное развитие мышечной системы - мышцы верхней половины гипертрофированы, конечности холодные на ощупь. Отёков, пастозности нет. В лёгких - дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости: правая - 2,0 см от края грудины, левая - на 0,5 см кнаружи от среднеключичной линии. ЧД - 23 в минуту, ЧСС - 100 ударов в минуту. При аускультации - тоны сердца средней громкости, ритмичны, акцент 2 тона на аорте. По левому краю грудины - грубый систолический шум, иррадиирующий в межлопаточное пространство, на сосуды шеи. АД на руках - 140/90 мм рт.ст., на ногах - 90/60 мм рт.ст. Живот обычной формы, печень - нижний край - у края рёберной дуги. Физиологические отправления не нарушены. Пульс на бедренных артериях не определяется, на кубитальных (локтевой сгиб) - напряжённый. Общий анализ крови: эритроциты - $3,8 \times 10^{12}/л$; лейкоциты - $6,8 \times 10^9/л$; тромбоциты - $330 \times 10^9/л$, цветовой показатель - 1,0; палочкоядерные - 2%; сегментоядерные - 52%; лимфоциты - 35%; моноциты - 8%; эозинофилы - 3%; СОЭ - 7 мм/час. Общий анализ мочи - без патологии. Биохимический анализ крови: общий белок - 58 г/л, глюкоза - 3,8 ммоль/л, мочевины - 4,3 ммоль/л; АлАТ - 31 ЕД/л, АсАТ - 45 ЕД/л; ДФА - 0,18 ЕД; СРБ - отрицательный. Рентгенография грудной клетки: очаговых и инфильтративных изменений нет; сердце несколько расширено влево; кардиоторакальный индекс (КТИ) - 0,52; узурация нижних краёв рёбер. ЭКГ: ЭОС - горизонтальная, синусовый ритм с ЧСС - 90 ударов в минуту. Признаки гипертрофии левого желудочка. ЭХОКС: коарктация аорты в нисходящем отделе с градиентом давления 47 мм рт.ст. Умеренная гипоплазия аорты во всех отделах. Гипертрофия левого желудочка. Сократительная способность 78%. Диастолическая объёмная перегрузка левого желудочка. Умеренно расширено левое предсердие. Осмотр врача-офтальмолога: глазное дно - ангиопатия сетчатки. Осмотр врача-стоматолога: полость рта санирована. Врач-оториноларинголог: хронический компенсированный тонзиллит, ремиссия.

Вопросы:

1. Установите диагноз?
2. Назначьте недостающее обследование?
3. Проведите дифференциальную диагностику?
4. Определите тактику дальнейшего ведения больного?
5. Назначьте необходимое немедикаментозное и медикаментозное лечение данному пациенту?

3. Мальчик, 16 лет, после сдачи экзамена в школе пожаловался на «пронзительную головную боль» затылочной локализации, появилась тошнота, рвота, боли в животе. Больной отмечает «мелькание мушек перед глазами», «звон в ушах», потливость, покраснение лица, частое обильное мочеиспускание. Сознание сохранено. Ребёнок осмотрен участковым врачом-педиатром - АД 160/100 мм рт.ст. Из анамнеза известно, что дома мама измеряла ребёнку давление, которое составляло от 165/85 до 155/75 мм рт.ст. У участкового врача-педиатра не обследовался и не наблюдался.

Вопросы:

1. Установите диагноз?
2. Проведите дифференциальную диагностику?
3. Оказание неотложной помощи?
4. Составьте план дальнейшего лечения?
5. Какой прогноз заболевания?

Зав. кафедрой педиатрии № 3
д.м.н., профессор



А.В. Дубовая