**Раздел 5. ТЕМА ЗАНЯТИЯ 3: ОСТРАЯ РЕВМАТИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА**

**Т**естовые задания

1. Развитию ревматизма может способствовать наличие у ребенка

А. пиелонефрита

Б. холецистита

В. хронического тонзиллита

Г. вульвовагинита

2. Ревматической атаке наиболее часто предшествует

А. стрептококковая инфекция

Б. травма

В. сепсис

Г. кишечная инфекция

3. Для диагностики ревматизма по Киселю-Джонсу-Нестерову основными критериями являются

А. повышение титра АСЛО

Б. абдоминальный синдром

В. полиартрит

Г. снижение зубца Т на ЭКГ

4. Из перечисленных признаков в основные диагностические критерии ОРЛ входит

А. полиатрралгии

Б. хорея

В. лихорадка

Г. увеличение СОЭ

5. Одним из основных диагностических критериев ОРЛ является

А. очаговая инфекция

Б. кардит

В. общее недомогание

Г. артралгия

6. При ревматическом поражении суставов наблюдается

А. утренняя скованность

Б. рецидивирующий полиартрит

В. ночные локализованные боли

Г. доброкачественное течение полиартрита

7. При ОРЛ наибольшее диагностическое значение имеет выявление

А. иммуноглобулина А

Б. АСЛО

В. иммуноглобулина G

Г. ревматоидного фактора

8. Для диагностики ОРЛ наибольшее значение имеет наличие

А. эндомиокардита

Б. перенесенной ангины

В. диспротеинемии

Г. узловатой эритемы

9. Эндомиокардит чаще наблюдается при

А. ОРЛ

Б. инфекционном миокардите

В. СКВ

Г. ревматоидном артрите

10. При ревматическом эндокардите чаще наблюдается поражение

А. аортального клапана

Б. двустворчатого клапана

В. трехстворчатого клапана

Г. легочной артерии

11. Основной причиной формирования приобретенных пороков сердца у детей является

А. фиброэластоз

Б. СКВ

В. ОРЛ

Г. септический эндокардит

Эталоны к тестовым заданиям

**Ситуационные задачи**

Задача 1

Дима П., 12 лет, 2 недели назад перенес ангину, после чего появились боли в суставах рук и ног летучего характера, припухлость локтевого и лучезапястного суставов, повышение температуры тела до 38ºС, боли в сердце, сердцебиение. При обследовании врач выявил бледность кожных покровов, отек в области левого лучезапястного сустава. Состояние больного средней степени тяжести. Со стороны дыхательной, пищеварительной, МВС существенных нарушений педиатр не обнаружил. Верхушечный толчок смещен влево на 2 см от сосковой линии, границы относительной сердечной тупости: правая – стернальная линия справа, верхняя – 3 ребро, левая – 2 см влево от сосковой линии; тоны сердца глухие, учащены. Пульс 112 в минуту, тахипноэ до 34 в минуту, АД 100/60 мм рт. ст. Был выставлен предварительный диагноз: Реактивный артрит. Острая ревматическая лихорадка? Назначено обследование и лечение: рокситромицин внутрь, диклофенак.

Полученные данные дополнительных методов обследования: Hb – 140 г/л, Л – 10х109 /л, э – 1%, С – 65%, Л – 27%, М – 7, СОЭ 30 мм/час. СРБ +++, титр АСЛО – 625 ед/мл. Урограмма без изменений. ЭКГ – РR – 0.22 сек., нарушение обменных процессов в миокарде.

На 3-й день на фоне проводимой терапии состояние мальчика улучшилось: нормализовалась температура тела, купировался суставной синдром, улучшился эмоциональный тонус. Однако лечащий врач выслушал протодиастолический шум вдоль левого края грудины с эпицентром в 3-4 межреберье слева.

1. Какой диагноз по Вашему мнению можно выставить больному?

2. Какое дополнительное обследование явится решающим в диагностике, и что Вы ожидаете обнаружить?

3. Надо ли изменить терапию и что именно?

4. Обоснуйте назначенное лечение.

Задача 2

Маша К., 11 лет. Жалобы на изменившееся поведение девочки, появление гримасничания, разбросанности движений.

Из анамнеза: девочка родилась в срок, развивалась удовлетворительно. С 7 лет часто болела ОРЗ (по 3-4 раза в год), а с 10 лет стала раздражительной, часто жаловалась на головные боли и быструю утомляемость, но в школе училась неплохо.

Установить точно начало заболевания трудно. Примерно 2 недели назад в школе впервые преподаватели обратили внимание на изменившееся поведение девочки: она стала рассеянной, обидчивой, изменился почерк. Вскоре мать заметила, что девочка гримасничает, раздражается и плачет без видимой причины. Появились разбросанность движений, дрожание рук. Все эти явления постепенно усиливались.

При обследовании: состояние больной удовлетворительное, девочка правильного телосложения, несколько пониженного питания. Кожа и слизистые оболочки бледноваты, бросаются в глаза излишние движения, разбросанность их, подергивание мимической мускулатуры. Девочка ни на одно мгновение не остается спокойной. Раздевается самостоятельно с трудом. Пальце-носовую и коленно-пяточную пробы выполнить не может. Отмечаются общая мышечная гипотония, неустойчивость в позе Ромберга, положительные симптомы Черни («дряблость плеч»), «глаз и языка». Со стороны органов дыхания патологических изменений не обнаружено. Верхушечный толчок не смещен, умеренной силы, локализован. Границы относительной сердечной тупости соответствуют 3 возрастной группе по Молчанову. Тоны сердца громкие, аритмичные, соотношение тонов не нарушено. На верхушке выслушивается непостоянный нежный систолический шум. Пульс неравномерный, с ясно выраженной дыхательной аритмией, 86 в минуту. Печень и селезенка не увеличены. Стул спмостоятельный.

Гемограмма: Эр. 5х1012 /л, Hb– 120 г/л, Л – 7х109 /л, э – 2%, с/я – 58%, л – 33%, м – 7%, СОЭ – 21 мм/час. СРБ ++, титр АСЛО 600 ЕД/мл, ЭКГ – ритм синусовый, ЧСС 65-85 в минуту. ЭхоКГ – изменений не выявлено. Осмотр ЛОР – гипертрофия небных миндалин.

1. Сформулируйте полный клинический диагноз.

2. Обоснуйте диагноз, выделив ведущие критерии болезни.

3. Назначьте лечение.