

### ЗАДАЧА № 1

В каких из далее перечисленных случаев инфаркта миокарда следует использовать для лечения тромболитические препараты?

1. У 80-летнего больного с ЭКГ-признаками инфаркта миокарда (подъем сегмента ST, появление патологического зубца Q в отведениях  $V_4 - V_6$ ), давность которого не превышает 3 ч. В анамнезе у больного – только стенокардия напряжения.
2. У 40-летнего мужчины, у которого диагноз острого инфаркта миокарда с зубцом Q не вызывает сомнений, давность заболевания составляет около 2 ч. В машине скорой помощи больной внезапно потерял сознание, пульсация на сонных артериях отсутствовала. В течение 1 мин. проводился наружный массаж сердца, после электроимпульсной терапии сердечная деятельность восстановилась и больной пришел в сознание.
3. У 50-летнего больного 8 ч тому назад был приступ загрудинной боли, продолжавшийся 30 мин., который «купировался» после приема, по совету соседа, анальгина. Но в данный момент боль возобновилась. На ЭКГ имеются изменения, характерные для острого инфаркта миокарда с зубцом Q в передне-перегородочной области и подъемом сегмента ST в  $V_4 - V_6$ .
4. У 60-летней больной давность острого инфаркта миокарда составляет 10 ч. Врач скорой помощи доставил больную в стационар. После госпитализации приступ боли повторился. С момента первого приступа прошло 12 ч. Вскоре после возобновления боли систолическое АД снизилось до 80 мм.рт.ст. Начата инфузия добутина, после чего уровень систолического АД повысился до 90 мм.рт.ст.

Какой препарат Вы назначите и по какой схеме?

## **ЗАДАЧА № 2**

Мужчина 50 лет перенес инфаркт миокарда, протекавший без осложнений. Перед выпиской из стационара во время пробы с нагрузкой на велоэргометре при частоте сердечного ритма 100 в 1 мин. зарегистрирована горизонтальная депрессия сегмента ST в отведениях V<sub>4</sub>-V<sub>6</sub> на 2 мм.

В связи с этим какое дальнейшее лечение должно быть рекомендовано больному?

1. Рекомендовать пройти экспертизу трудоспособности с целью получения инвалидности.
2. Назначить регулярный прием нитратов.
3. Рекомендовать лечиться блокаторами  $\beta$ -адренорецепторов и контролировать все факторы риска ИБС.
4. Рекомендовать провести коронароангиографию с целью решения вопроса о хирургическом лечении.

### **ЗАДАЧА № 3**

Больной 65 лет, длительно страдавший артериальной гипертензией и лечившийся арифомом в течение 1 года, госпитализирован в состоянии отека легких. На догоспитальном этапе ему был введен внутривенно фуросемид и морфин. При обследовании больной находится в состоянии ортопноэ, частота дыханий 26 в 1 мин, пульс – 104 в 1 мин., регулярный; АД – 242/128 мм.рт.ст. В легких выслушиваются диффузные мелкопузырчатые хрипы на всем протяжении легких, на ЭКГ – синусовый ритм, гипертрофия левого желудочка.

Наилучшим вариантом для купирования отека легких будет назначение одного (или нескольких) из перечисленных препаратов:

1. Нитроглицерин под язык.
2. Фуросемид внутривенно.
3. Строфантин внутривенно.
4. Инфузия нитроглицерина.
5. Инфузия добутамина.

Обоснуйте Ваш выбор.

#### **ЗАДАЧА № 4**

У больной 60 лет после перенесенного 0,5 года тому назад инфаркта миокарда с зубцом Q передне-боковой локализации постепенно стала нарастать одышка при физической нагрузке, появилась тяжесть в правом подреберье, ухудшился аппетит, появились отеки на голенях, которые после ночного отдыха уменьшаются. При опросе у больной не установлено наличия стенокардии напряжения, не было повторного длительного болевого синдрома подобного тому, что имелся в прошлом, когда у больной развился инфаркт миокарда. С помощью физикального обследования установлено расширение левой границы сердца до передней подмышечной линии, верхушечный толчок разлитой. В области третьего-четвертого межреберья слева определяется наличие пульсации. При аускультации ритм сердца правильный с частотой 88 в 1 мин, над верхушкой сердца выслушивается ритм галопа, длительный систолический шум. В нижних отделах обоих легких имеются влажные мелкопузырчатые хрипы, нижний край печени находится на 4 см ниже реберной дуги по среднеключичной линии, свободной жидкости в брюшной полости нет, отеки на стоках и голенях. Больная периодически принимала только валидол, валокордин.

Кроме ограничения потребления соли до 2-3 г в сутки, полупостельного режима, какое лечение Вы назначите?

### **ЗАДАЧА № 5**

У молодой женщины 30 лет впервые в жизни возник приступ сердцебиения, сопровождающийся резкой слабостью, головокружением при попытке встать с дивана. Больная с детства болеет сахарным диабетом 1 типа. В семье были 2 случая внезапной смерти в молодом возрасте. Врач скорой помощи при обследовании установил, что ритм сердца неправильный с частотой около 220 в 1 мин., АД – 92/64 мм.рт.ст. На ЭКГ зубец Р не определяется, высота зубцов R, длина интервалов R-R резко колеблется. Большинство желудочковых комплексов уширены. Они чередуются с комплексами нормальной ширины.

Какая форма аритмии наиболее вероятно имеется у больной и что можно использовать для купирования тахикардии?

1. Лидокаин.
2. Дигоксин.
3. Верапамил.
4. АТФ.
5. Кордарон.

### **ЗАДАЧА № 6**

При каком уровне диастолического и систолического АД больной подлежит немедленной госпитализации в стационар?

1. АД в пределах 220/110 мм.рт.ст.
2. АД 250/130 мм.рт.ст. и выше.
3. Любое внезапное повышение АД более привычного уровня.
4. Высокое АД и наличие признаков энцефалопатии или других осложнений.
5. Все ответы правильны.

### **ЗАДАЧА № 7**

Больной ИБС продолжает физические нагрузки до того момента, пока не возникает приступ стенокардии. Какая рекомендация по прекращению нагрузки должна быть дана врачом?

1. Больным ИБС физические нагрузки любой интенсивности не показаны.
2. Больному ИБС однозначно следует рекомендовать прекращать нагрузки до возникновения болевых ощущений.
3. Нагрузки больным ИБС следует прекращать сразу после возникновения боли, подобные нагрузки могут способствовать развитию коллатералей.
4. Прекращать нагрузку следует при появлении предвестников стенокардии.
5. Правильно 1 и 2.

### **ЗАДАЧА № 8**

Дозированные физические упражнения после ИМ улучшают прогноз или просто увеличивают переносимость физических нагрузок?

1. Дозированные физические упражнения улучшают переносимость физических нагрузок. Влияние на прогноз пока неясно.
2. В настоящее время доказано, что дозированные физические упражнения улучшают прогноз после перенесенного ИМ.
3. Физические упражнения не влияют ни на переносимость физических нагрузок, ни на прогноз у больных, перенесших ИМ.
4. Правильного ответа нет.



### **ЗАДАЧА № 9**

Больной ИБС 50 лет просит разрешить увеличить физические нагрузки. Его интересует, какие симптомы свидетельствуют о перегрузке или являются неблагоприятными.

Какие симптомы вы бы выделили как наиболее значимые?

1. Наиболее значимыми симптомами избыточной нагрузки являются: приступ стенокардии, одышка и сердцебиение более 100 в 1 мин, сохраняющиеся более 6 мин. после прекращения нагрузки, необычная усталость и головокружение.
2. Единственным симптомом перегрузки для больного со стенокардией является приступ стенокардии.
3. Только ЧСС более 130 в 1 мин.
4. Правильного ответа нет.

### **ЗАДАЧА № 10**

У больного после операции аортокоронарного шунтирования через несколько недель появились приступы суправентрикулярной тахикардии. Закономерно ли это? Имеют ли эти приступы определенное прогностическое значение?

1. Подобное явление не типично для послеоперационного периода и требует срочного вмешательства.
2. Возникновение предсердных аритмий обусловлено воспалительной реакцией со стороны перикарда в послеоперационном периоде. Сами по себе аритмии прогностического значения не имеют.
3. Предсердные аритмии, возникшие в раннем послеоперационном периоде, являются признаком, свидетельствующим об усилении ишемии миокарда, и ухудшают прогноз.
4. Развитие мерцания предсердий в раннем послеоперационном периоде отражает развитие окклюзии шунта.

### **ЗАДАЧА № 11**

Диагноз стенокардии может основываться только на данных анамнеза или обязательно должен подтверждаться диагноз с помощью теста с физической нагрузкой?

1. При наличии типичной клинической картины диагноз ИБС может быть установлен даже без получения результатов дополнительных методов обследования.
2. Для постановки диагноза ИБС у больных со стенозом устья аорты, подклапанным стенозом необходимо обязательное получение положительных результатов теста с физической нагрузкой.
3. Положительный тест с нагрузкой даже у лиц без синдрома стенокардии позволяет диагностировать стенокардию.
4. Правильно 1 и 2.
5. Все ответы правильны.

### **ЗАДАЧА № 12**

Больного беспокоят неприятные ощущения за грудиной. Симптомы сомнительны, они уменьшаются как после самостоятельного лечения расстройств пищеварения, так и после сублингвального приема нитратов. Стенокардия это или нет? Опасны ли эти ощущения и должны ли вызывать у него серьезные опасения? Есть ли какие-либо простые тесты, позволяющие дифференцировать боль, вызываемую диафрагмальной грыжей, от кардиальной боли?

1. Только на основании описанных клинических проявлений исключить наличие стенокардии у больного нельзя. Простых тестов, позволяющих дифференцировать стенокардию от боли при диафрагмальной грыже, нет.
2. Простым диагностическим методом для исключения грыжи и распознавания стенокардии является купирование боли после приема нитроглицерина (НТГ).
3. Получение положительного теста с физической нагрузкой позволяет окончательно исключить наличие у больного заболеваний пищевода и желудка.
4. Все ответы правильны.
5. Правильного ответа нет.

### **ЗАДАЧА № 13**

Молодой человек 25 лет обратился к доктору по поводу боли в груди слева. Может ли эта боль быть кардиальной? Позволяет ли возраст больного полностью исключить коронарную патологию?

1. Такая локализация боли не является проявлением ишемии миокарда, инфаркт миокарда (ИМ) в 25-летнем возрасте практически невозможен.
2. ИМ типичен для мужчин в возрасте старше 40 лет, следовательно возраст больного полностью позволяет исключить его.
3. Возраст и характер боли не позволяет полностью исключить ИМ, так как в отдельных случаях он может развиваться даже в детском возрасте и иметь атипичную клиническую картину.
4. Правильного ответа нет.

#### **ЗАДАЧА № 14**

Имеются ли общепринятые рекомендации для проведения коронароангиографии (КАГ) у больных с эпизодически возникающими приступами загрудинных болей при эмоциональных и физических нагрузках?

1. Проведение КАГ показано всем больным ИБС старше 45 лет.
2. Проведение КАГ возможно как с диагностической целью, так и при подозрении на поражение ствола левой коронарной артерии.
3. Эпизодически возникающие приступы стенокардии без четкой связи с величиной интенсивности физической нагрузки с большой вероятностью указывают на наличие умеренной выраженности стеноза коронарной артерии. Поэтому проведение КАГ данному больному имеет мало обоснований.
4. Проведение ангиографии может быть рекомендовано при отсутствии эффекта от консервативной терапии.
5. Правильно 2 и 4.
6. Правильно 2, 3, 4.

### **ЗАДАЧА № 15**

При каких обстоятельствах необходимо рекомендовать сменить работу больному со стенокардией и больному с артериальной гипертензией?

1. Показанием для смены работы у больных со стенокардией является наличие приступов стенокардии, сопровождающихся изменениями на ЭКГ, при низкой толерантности к физической нагрузке, перенесенном в анамнезе и при наличии признаков сердечной недостаточности. У больных с гипертензией показанием является уровень АД в пределах 200/110 мм.рт.ст. и выше, несмотря на гипотензивную терапию.
2. В каждом конкретном случае вопрос о смене профессии решается индивидуально, за исключением некоторых категорий служащих, таких, как водители большегрузных автомобилей, муниципального транспорта и пилоты.
3. Наличие стенокардии и артериальной гипертензии является противопоказанием для работы на общественном транспорте и для летчиков. Для представителей других профессий наличие этих заболеваний не ограничивает их профессиональную деятельность.
4. Все ответы правильны.

### **ЗАДАЧА № 16**

Больной со стенокардией II функционального класса отказался от приема пролонгированных нитратов, отдав предпочтение приему нитросорбида под язык перед физической или эмоциональной нагрузкой. Он принимал таким образом препарат в течение 8 дней, приступы стенокардии не провоцировались нагрузкой. Насколько оправдан такой способ лечения?

1. Прием непродолгованных нитратов у больных со стенокардией напряжения по сравнению с постоянным 2х-3х-кратным приемом в течение суток пролонгированных форм нитратов оказывает менее благоприятное влияние на отдаленные исходы.
2. Отказ от пролонгированных нитратов и переход на непродолгованные может способствовать развитию ИМ.
3. Отмена даже небольших доз пролонгированных нитратов у больных со стенокардией опасна в связи с увеличением риска развития острого ИМ.
4. Такая тактика лечения нитратами возможна, т.к. не данных, указывающих на увеличение риска развития ИМ.



### **ЗАДАЧА № 17**

Больной, перенесший инфаркт миокарда, нуждается в плановой абдоминальной операции под общей анестезией. Через какое время после перенесенного неосложненного ИМ вы порекомендуете провести операцию?

1. Плановую операцию больному, перенесшему ИМ, можно позволить не ранее чем через год.
2. В каждом конкретном случае вопрос решается индивидуально в зависимости от экстренности оперативного вмешательства.
3. Так как риск реинфаркта уменьшается в зависимости от давности ИМ, целесообразнее плановую операцию проводить не ранее, чем через 3-6 мес. после ИМ.
4. Правильно 2 и 3.

### **ЗАДАЧА № 18**

Что является причиной синдрома Морганьи-Адамса-Стокса (МАС). И когда больной должен быть немедленно госпитализирован?

1. Синдром МАС может возникать только у больных с синдромом слабости синусового (синусно-предсердного) узла. Развитию синдрома МАС, как правило, предшествуют какие-либо предвестники.
2. Причиной синдрома МАС может быть атриовентрикулярная блокада II-III степени.
3. Синдромом МАС может возникнуть как при развитии брадикардии, так и после прекращения пароксизма тахикардии. Госпитализации подлежат все больные с синдромом МАС в анамнезе с целью уточнения причины их возникновения.
4. Правильно 2 и 3.

### **ЗАДАЧА № 19**

Какие из перечисленных неотложных состояний служат показанием для внутривенного введения атропина даже без ЭКГ-контроля?

1. Брадикардия менее 50 в 1 мин. без клинических проявлений.
2. Брадикардия менее 40 в 1 мин., сопровождающаяся клиническими симптомами (потеря сознания и/или гипотензия).
3. Все случаи подозрения на атриовентрикулярную блокаду II степени.
4. Все случаи подозрения на полную поперечную блокаду вне зависимости от частоты ритма и клинических проявлений.
5. Правильно 2 и 4.

### **ЗАДАЧА № 20**

Имеются ли преимущества комбинированной диуретической терапии перед увеличением дозы фуросемида?

1. Комбинированная терапия диуретиками не имеет преимуществ перед большими дозами петлевых диуретиков при лечении сердечной недостаточности.
2. Применение комбинации некалийсберегающего диуретика с калийсберегающим препаратом или ингибитором АПФ позволяет избегать возникновения электролитных нарушений.
3. Комбинация петлевого диуретика с каптоеном может вызвать значительную гипотензию и опасна для применения в амбулаторных условиях. Поэтому ее назначают только в стационаре.
4. Комбинация фуросемида и гипотиазида оказывает более выраженный диурез, чем даже большая доза фуросемида.
5. Правильно 1 и 3.

### **ЗАДАЧА № 21**

У пожилого человека впервые ночью развился отек легких. На ЭКГ нет данных за наличие инфаркта миокарда. Что следует использовать для купирования отека легких? Какие рекомендации должен дать врач, можно ли оставить больного дома?

1. Внутривенное введение диуретика является первым выбором у такого больного.
2. В первую очередь следует назначать строфантин или коргликон.
3. Госпитализация в стационар осуществляется лишь при сохранении симптомов дыхательной недостаточности и/или недостаточности кровообращения.
4. Госпитализация в такой ситуации не показана, т.к. нет данных за острый инфаркт миокарда.
5. Правильно 2 и 3.

### **ЗАДАЧА № 22**

У больного с хроническим обструктивным заболеванием легких возникла умеренная боль в груди. Врач предположил наличие инфаркта миокарда. Что рационально использовать для обезболивания?

1. Умеренная боль в груди не требует назначения наркотических анальгетиков. В случае усиления боли показано их назначение или инфузия нитроглицерина.
2. У больных с выраженной дыхательной недостаточностью при хроническом обструктивном заболевании легких обезболивание проводится, избегая назначения морфина, фентанила.
3. Назначение наркотических анальгетиков показано всем больным с ИМ, независимо от выраженности болевого синдрома или наличия сопутствующих обструктивных заболеваний легких.
4. Предпочтение должно быть отдано промедолу.
5. Правильно 2 и 4.

### **ЗАДАЧА № 23**

Каких больных с клапанными пороками сердца, не имевших в анамнезе эмболических осложнений, нужно длительно лечить антикоагулянтами?

1. Всем больным с любой клапанной патологией показана постоянная терапия антикоагулянтами.
2. Всем больным с ревматическим поражением митрального клапана после 40 лет.
3. Только больным с митральным стенозом и (или) недостаточностью при наличии мерцательной аритмии.
4. Только при недостаточности аортального клапана независимо от степени выраженности сердечной недостаточности.
5. Правильно 3 и 4.

### **ЗАДАЧА № 24**

Когда больным с митральным пороком сердца показано хирургическое лечение?

1. Хирургическое лечение показано при выявлении митрального стеноза, независимо от стадии и клинических проявлений.
2. Хирургическое лечение предлагается больным с критическим стенозом и выраженными клиническими симптомами.
3. Хирургическое лечение показано больным с критическим стенозом только в случаях наличия тяжелой степени недостаточности кровообращения.
4. Правильно 2 и 3.



### **ЗАДАЧА № 25**

У больного с ревматическим стенозом устья аорты появились одышка и сердцебиение при физической нагрузке. Показано ли ему хирургическое лечение? Что необходимо учитывать при решении этого вопроса?

1. Больные со стенозом устья аорты направляются на хирургическое лечение гораздо раньше, чем больные с другими клапанными пороками. Вопрос о целесообразности хирургического лечения решается на основании появления первых симптомов сердечной недостаточности.
2. Кальциноз аортального клапана несомненно свидетельствует о наличии гемодинамически значимого стеноза и является абсолютным показанием к оперативному лечению.
3. Оперативное лечение показано лишь в поздних стадиях стеноза при наличии выраженной сердечной недостаточности.
4. Правильно 2 и 3.

### **ЗАДАЧА № 26**

Может ли недостаточность левого желудочка проявляться мелкопузырчатыми хрипами в легких лишь с одной стороны?

1. Хрипы в легких и крепитация с одной стороны – всегда признак воспалительного процесса, а двусторонняя крепитация – это признак застоя в малом круге кровообращения.
2. Левожелудочковая недостаточность иногда может проявляться наличием хрипов в легких с одной стороны.
3. Наличие крепитации и хрипов в легких – всегда признак пневмонии и не отмечается у больных с недостаточностью левого желудочка, если не присоединилась застойная пневмония.
4. Все ответы правильны.
5. Правильно 2 и 3.

## ЗАДАЧА № 27

Больной Н., 40 лет, инженер, доставлен в клинику машиной «скорой помощи». При поступлении жаловался на одышку в покое, сердцебиение, отёки на ногах, увеличение размеров живота и его вздутие, сильную общую слабость. 2 недели назад перенёс острую очаговую пневмонию.

При осмотре: состояние тяжёлое, положение ортопноэ. ЧД- 32 в 1 мин. Цианоз лица, губ, отёки на ногах, пояснице. Шейные вены набухшие, положительный венный пульс. Пульс 112 в 1 мин., ритмичный, мягкий. Правая граница относительной тупости сердца смещена кнаружи на 2 см., верхняя – до 2 ребра, левая достигает передней подмышечной линии. Верхушечный толчок не прощупывается. Тоны сердца ослабленной звучности, определяется протодиастолический ритм галопа.

В нижних отд. обоих лёгких выслушивается в большом количестве влажные мелкопузырчатые хрипы, асцит. Отёчность передней брюшной стенки. Печень выступает из-под реберной дуги на 5 см., уплотнена, чувствительна при пальпации

Ан. крови: эритроциты  $4.2 \cdot 10^{12}/л.$ , гемоглобин 132 г/л., лейкоциты  $5,2 \cdot 10^9/л.$ , лейкоцитарная формула не изменена, СОЭ 12 мм/ч., СРП ++, общий белок сыворотки крови 80г/л., альбумины – 50%, глобулины – 50%, А/Г коэффициент – 1,  $\alpha_1$ -6%,  $\alpha_2$ - 9%,  $\gamma$  -12%,

ЭКГ: признаки диффузных изменений в миокарде.

### ВОПРОСЫ

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие заболевания нужно исключить?

### ЗАДАЧА № 28

Больной П., 25 лет, поступил в клинику по направлению кардиоревматолога. Жалуется на боль в обл. сердца, сердцебиение, одышку, общую слабость. В 13 лет перенёс ревматический полиартрит и малую хорею. Состояние ухудшилось полгода назад, после ангины. Находился на лечении в кардиологическом центре, где диагностирован ревматический экссудативный перикардит. Трижды производилась пункция перикарда, при этом получен геморрагический экссудат (всего извлечено 2500 мл жидкости). После кратковременного улучшения, спустя 2 мес. состояние вновь ухудшилось: усилилась одышка, появились боли в обл. сердца, отёчность на ногах.

При осмотре: состояние средней тяжести, Т. 38,3<sup>0</sup>С, кожные покровы бледные, акроцианоз. Пульс - 96 в 1 мин., аритмичный, слабого наполнения, на вдохе исчезает. АД 105/50 мм.рт.ст. Сердце больших размеров, сердечный толчок разлитой, правая граница относительной тупости на 3 см. вправо от правой грудинной линии. Верхняя – во втором межреберье, левая – почти достигает передней подмышечной линии. 1 тон над верхушкой хлопающий, систолический и протодиастолический шумы над верхушкой, усиление 2 тона над лёгочной артерией. У левого края грудины определяется грубый шум трения перикарда. Над нижне-задними отд. лёгких – жёсткое дыхание, печень на 3 см выступает из-под реберной дуги, уплотнена, чувствительна при пальпации. На голенях небольшая отёчность

Ан. крови: эр.  $4 \cdot 10^{12}$ /л., Нв 120г/л, л.  $7 \cdot 10^9$ /л., э. 1%, п. 6%, с. 66%, лимф. 18%, мон. 9%, СОЭ 42мм/ч. Общий белок сыворотки крови 87,1г/л., альбумины – 42,0%, глобулины – 57,2%,  $\alpha_1$ -8,9%,  $\alpha_2$  – 17,4%,  $\gamma$  – 11,9%,  $\beta$  – 18,4% , А/Г коэфф. – 0.7. ДФА – 0,300, сиаловая кислота – 0.320 ед., АСЛ – 1000. Моча без изменений.

Рентгеноскопия органов грудной клетки: лёгочные поля прозрачные, сердце типа бычьего, пульсация контуров почти не улавливается, ЭКГ: признаки гипертрофии левого предсердия, диффузные изменения миокарда желудочков, снижение интервала ST и отриц. зубцы Т в V<sub>1</sub> –V<sub>2</sub> отведениях.

#### ВОПРОСЫ

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимы методы исследования?
3. Ваша врачебная тактика?

## ЗАДАЧА № 29

Больная С., 56 лет, перенесла 2 инфаркта миокарда, последний – 2 года назад. После этого стала замечать одышку при ходьбе, к вечеру - отёчность на голенях. Затем отёки распространялись на все нижние конечности, на живот, крестец. Стал увеличиваться живот. Появилось чувство распирания в животе, увеличилась одышка. Стал беспокоить кашель с трудноотделяемой мокротой.

При осмотре: отёчность на ногах, на крестце, асцит. Пульс 110 в 1 мин. с отдельными экстрасистолами, временами пульс становился полностью неритмичный. АД 20/13,3 кПа (150/110 мм.рт.ст.). Сердечный толчок разлитой, достигает передней подмышечной линии, тоны сердца сильно ослаблены, 2 тон преобладает над аортой. В нижнем отделе правого лёгкого до середины лопатки перкуторный тон притуплен, дыхательный шум в зоне притупления ослаблен. Печень на 4 см выступает из-под края реберной дуги, уплотнена, чувствительна при пальпации. Температура нормальная

Ан. крови: СОЭ 24мм/ч., в остальном без изменений.

Ан. мочи: относительная плотность 1,014, белок 0,66г/л., единичные изменённые эритроциты и гиалиновые цилиндры.

### ВОПРОСЫ

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?

### **ЗАДАЧА №30**

Больная С., 36 лет, доставлена в отделение «скорой помощи» с жалобами удушья, которое возникло в транспорте, сухой кашель и чувство тяжести в груди. Страдает ревматизмом и митральным пороком сердца с 18 лет. Регулярно не лечилась. В последние 3 мес. после физической нагрузки возникают признаки удушья.

При осмотре нерезко выраженный акроцианоз. ЧД 30 в 1 мин. ЧСС 110 в 1 мин., ритм правильный, пульс мягкий, слабого наполнения. АД 12/8 кПа (90/60 мм.рт.ст.). Со стороны сердца при выслушивании мелодия митрального сезона. В нижне-задних отделах лёгких – влажные мелкопузырчатые хрипы.

Данные ЭКГ: признаки перегрузки левого предсердия и правого желудочка.

### **ВОПРОСЫ**

1. Чем можно объяснить состояние больной?
2. Какие срочные мероприятия необходимы?
3. Какова дальнейшая тактика ведения больной?

### **ЗАДАЧА № 31**

Больная А., 42 лет жалуется на одышку при ходьбе и в ночное время (просыпается от ощущения недостатка воздуха, при этом появляется кашель с трудноотделяемой мокротой. 2 раза наблюдалась кровохарканье. 10 лет наблюдается по поводу ревматизма, лечится не регулярно. Ухудшение самочувствия возникло 2 нед. назад, после переохлаждения.

При осмотре: температура 37,2<sup>0</sup>С, одышка в покое, ЧД 26 в 1 мин. Синюшность губ. Пульс слабый, аритмичный, 116 в 1 мин. АД 14/10,7 кПа (105/80 мм.рт.ст.). Сердечный толчок разлитой. Правая граница относительной тупости сердца смещена вправо на 2 см. от правой грудинной линии, верхняя достигает второго межреберья, левая - на 2 см. кнаружи от левой срединно-ключичной линии. 1 тон над верхушкой неодинаковой звучности, систолический и протодиастолический шумы над верхушкой. Усиление и расщепление 2 тона над лёгочной артерией. В задненижних отделах лёгких жёсткое дыхание и незвучные мелкопузырчатые хрипы в небольшом количестве. Печень на 3-4 см. выступает из-под реберной дуги, уплотнена, немного болезненна при пальпации. На голенях мягкие отёки.

### **ВОПРОСЫ**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимы методы обследования и лечения?
3. Ваша врачебная тактика?
4. Каковы механизмы ночной одышки и кровохарканья?

## ЗАДАЧА № 32

Больной И., 24 лет, жалуется на резко выраженную одышку в покое усиливающуюся при небольшой физической нагрузке, сердцебиение, резкую слабость, тупую длительную боль в области сердца. Начало заболевания больной связывает с перенесённым гриппом: через неделю после гриппа возникла быстро прогрессирующая одышка, через 2 нед. больной не смог из-за этого спать в горизонтальном положении.

При физическом обследовании обнаружено состояние ортопноэ. Число дыханий 28 в 1 мин., границы сердца расширены влево до передней аксиллярной линии, вправо – за срединно-ключичную линию. Тоны сердца глухие. Пульс слабого наполнения 110 в 1 мин., АД 13,3/9,3 кПа (100/70 мм.рт.ст.), в лёгких выслушиваются застойные хрипы в нижнезадних отделах. Живот не увеличен. Пальпируется край болезненной печени на 3 см. ниже реберной дуги.

Ан. крови и СОЭ в норме. Синусовая тахикардия, резко выраженные изменения миокарда.

### ВОПРОСЫ

1. Ваш диагноз (обоснуйте его)?
2. Какие заболевания необходимо исключить?
3. Ваша врачебная тактика?
4. Показаны ли кортикостероидные гормоны?



### **ЗАДАЧА № 33**

Больной К., 28 лет, поступил с жалобами на одышку при физической нагрузке и в покое. Тяжесть в правом подреберье. Болеет около 4 лет. Неоднократно лечился в стационаре с кратковременным эффектом.

При осмотре: кожные покровы бледные, цианоз губ, акроцианоз, пастозность голеней и стоп. Систолический шум над верхушкой сердца и по левому краю грудины, мерцательная аритмия с дефицитом пульса 20 в 1 мин. В задне-нижних отделах лёгких ослабленное дыхание. Печень выступает из-под реберной дуги на 5-6 см.

Данные ЭКГ: отклонение электрической оси сердца вправо, комбинированная гипертрофия миокарда, сложные нарушения ритма сердца и проводимости.

Данные ЭхоКГ: полость желудочков и левого предсердия значительно расширены. Клапаны не изменены, сократительная функция миокарда снижена. В результате рентгенологического исследования изменений в лёгких не обнаружено. Сердце значительно расширено в поперечнике, талия не дифференцируется. Контрастированный пищевод отклоняется кзади пологой дугой.

### **ВОПРОСЫ**

1. Ваш диагноз?
2. Каково значение ЭхоКГ в данном случае?
3. Ваша врачебная тактика. Показаны ли сердечные гликозиды?

### **ЗАДАЧА № 34**

У молодого мужчины 35 лет во время профилактического осмотра врачом медсанчасти обнаружено было повышенное АД – 160/104 мм.рт.ст. При опросе он вспомнил, что несколько лет тому назад при случайном измерении артериального давления медсестра сказала, что оно не нормальное. Но т.к. самочувствие было хорошим, то к врачу по этому поводу не обращался. Физикальное обследование не выявило значимых отклонений от нормы. Больной имеет умеренную степень ожирения. Семейный анамнез отягощенный (у нескольких родственников из старшего поколения были инфаркты миокарда, нарушения мозгового кровообращения).

Какой должна быть тактика обследования больного?

1. Больному следует рекомендовать провести следующие исследования: общий анализ мочи и крови, биохимический анализ крови (креатинин, мочевины, холестерин, глюкоза, общий белок) электрокардиографию в покое, рентгенографию органов грудной клетки, УЗИ: почек, надпочечников, щитовидной железы., консультация офтальмолога., определение индекса массы тела, тонометрия.
2. Рекомендовать госпитализацию для проведения аортографии и компьютерной томографии надпочечников.
3. Рекомендовать только уменьшение массы тела.
4. Правильного ответа нет.

### **ЗАДАЧА № 35**

Больной К., 28 лет, жалуется на колющую, жгучую и давящую боль в области сердца, испытываемую почти постоянно в течение последних 2 нед. Беспокоит одышка при небольшой физической нагрузке и сердцебиение.

Заболел около 3 нед. назад, когда после какого-то заболевания, сопровождающегося кашлем и ознобом, появились указанные выше жалобы.

При осмотре: бледность, акроцианоз, АД 12/10 кПа (90/75 мм.рт.ст.). Пульс 86 в 1 мин. слабого наполнения. Границы сердца перкуторно и рентгенологически значительно расширены влево и вправо. Тоны сердца глухие, над верхушкой определяется трёхчленный ритм с глухим дополнительным компонентом. В лёгких хрипов нет, печень не увеличена. Данные ЭКГ: ритм синусовый, полная блокада левой ножки пучка Гиса.

#### **ВОПРОСЫ**

1. Ваш диагноз?
2. Как отличить миокардит от перикардита?
3. Ваша врачебная тактика?

### **ЗАДАЧА № 36**

Больная А., 26 лет, впервые почувствовала одышку во время бега, год назад. В настоящее время беспокоит одышка при физической нагрузке. При обследовании шумов со стороны сердца не обнаружено. Ревматизмом и ангиной не болела. Обнаруженные изменения на ЭКГ трактуются как проявление миокардита. Лечение в течении 2 мес. нестероидными противовоспалительными препаратами эффекта не дало.

При осмотре в лежачем положении отмечается набухание шейных вен. Пульсация в области сердца не выявлена. В лёгких застойные хрипы. ЧД 26 в 1 мин. ЧСС 92 в 1 мин, пульс ритмичный. АД 14,7/8,7 кПа (110/65 мм.рт.ст.).

Ан. крови и СОЭ без отклонений от нормы. Печень на 4 см ниже реберной дуги.

ЭКГ: ритм синусовый, резкое снижение вольтажа всех зубцов. Признаков увеличения отделов сердца не обнаружено.

### **ВОПРОСЫ**

1. Ваш предварительный диагноз (обоснуйте его)?
2. Какие необходимы исследования?
3. Какое заболевание нужно исключить?
4. Ваша врачебная тактика?

### ЗАДАЧА № 37

Больной Н., 56 лет, поступил в клинику в связи с повышением АД до 29,3/17 кПа (220/130 мм.рт.ст.). Болеет 12 лет. Повышение АД определено случайно, переносит его неплохо, регулярно не лечится. Правда, при углубленном распросе удалось выяснить, что в молодом возрасте 2 года развивалась правосторонняя почечная колика. Периодически принимает адельфан или клофелин, но АД существенно не снижается. Т. тела нормальная, изредка 37,2С.

При осмотре: пульс 88 в 1 мин., напряжённый, ритм. АД 29,3/17,3 кПа (220/130 мм.рт.ст.). 1 тон над верхушкой сердца приглушен, систолический шум и усиление 2 тона над аортой. В нижнезадних отделах лёгких – жёсткость дыхательного шума. Печень на 2 см. выступает из-под края реберной дуги, чувствительна в зоне желчного пузыря, слабо выражен с-м Пастернацкого справа.

Ан.крови: эр.  $3,2 \cdot 10^{12}$ /л., Нв 108 г/л., л.  $7,3 \cdot 10^9$ /л., СОЭ 22мм/ч.

Ан. мочи: относит. плотность 1,016, белок 1,65г/л., л. 80-100 в п/зр., эр. до 8-10 в п/зр., цилиндры гиалиновые 5-6 в п/зр., бактерии и слизь в небольшом количестве.

#### ВОПРОСЫ

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?
3. Ваша врачебная тактика?

### ЗАДАЧА № 38

Больной З., 30 лет, заболел остро, повысилась температура 38,4С, появилась боль в коленных и голеностопных суставах, припухлость этих суставов, затем стала беспокоить боль в икроножных мышцах. Был поставлен диагноз ревматоидного артрита и начато лечение диклофенаком. Состояние продолжало ухудшаться. Нарастали общая слабость, похудание. Через 2 месяца стало определяться повышение АД. Заметил ослабление зрения. Появилась одышка при ходьбе. Временами стали возникать приступы удушья.

При осмотре: кожные покровы бледные, температура тела 37,8С, цианоз губ. ЧД 40 в 1 мин. Пульс 130 в 1 мин., ритмичный, напряжённый. АД 30.7/20 кПа (230/150 мм.рт.ст.). Сердечный толчок разлитой, верхушечный толчок смещён до передней подмышечной линии, усилен. 1 тон над верхушкой сердца глухой, 2 тон усилен над аортой. В нижнезадних отделах с обеих сторон жёсткое дыхание, свистящие сухие и мелкопузырчатые хрипы в небольшом количестве. Печень на 3 см выступает из-под реберной дуги, немного уплотнена и болезненна при пальпации. На голенях небольшая отёчность. Коленные и голеностопные суставы немного отёчны. На левом предплечье по ходу сосудов прощупываются узелки.

Ан. крови: Нв99 г/л., л.  $7,2 \cdot 10^9$ /л., СОЭ 59 мм/ч.

Ан. мочи: белок 1,66 г/л., эр. 35-40 в п/зр., л. 10-12 в п/зр., цилиндры гиалиновые 5-6 в п/зр.

### ВОПРОСЫ

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?

### ЗАДАЧА № 39

Больной П., 54 лет, жалуется на тяжесть в затылочной области, пошатывание при ходьбе. В течение 13 лет отмечается повышение АД, в начале до 20/12 кПа (160/90 мм.рт.ст.), последние 2 года до 26.7/13,3 кПа (200/100 мм.рт.ст.). Кроме того, последнее время стал замечать одышку при ходьбе, сопровождающуюся давящей болью за грудиной. Эти явления возникают преимущественно утром, по дороге на работу.

При осмотре: больной несколько повышенного питания, щёки багрово-красные, на щеках мелкие телеангиоэктазии. Пульс 84 в 1 мин., напряжённый, с отдельными экстрасистолами. АД 28/14,7 кПа (210/110 мм.рт.ст.). Сердечный толчок разлитой, в области верхушки усилен, смещён на 2 см. кнаружи от левой срединно-ключичной линии. 1 тон над верхушкой сердца притуплен. Систолический шум и усиление 2 тона над аортой. Застойных явлений в лёгких нет. Печень у края реберной дуги, при пальпации не болезненна.

Ан. крови: эр.  $5,2 \cdot 10^{12}/л.$ , Нв 156 г/л., л.  $6,4 \cdot 10^9/л.$ , СОЭ 10 мм/ч.

Ан. мочи: относит. плотность 1,018, белок 0,066 г/л., эр. выщел. 5-6 в п/зр., л. 10-12 в п/зр., цилиндры гиалиновые 2-3 в п/зр. Креатинин крови 0,066 ммоль/л.

Данные ЭКГ: признаки ГЛЖ, незначительное смещение интервала ST вниз и отриц. зубец T в I, AVL V5-V6 отведениях.

### ВОПРОСЫ

1. Ваш прогноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?
3. Врачебная тактика.

### ЗАДАЧА № 40

Больной З., 30 лет, заболел остро после гриппа: появились боль и припухлость в коленных и голеностопных суставах, температура повысилась до 38,2 С, возникла резчайшая боль в икроножных мышцах. Затем стало нарастать истощение. Повысилось АД до 30,7/20 кПа (230/150 мм.рт.ст.), ухудшилось зрение, появились одышка, приступы удушья. На левом предплечье по ходу сосудов прощупываются узелки. Число дыханий до 40 в 1 мин., пульс 130 в 2 мин., ритм. Напряжённый АД 30,7/18,7 кПа (230/140 мм.рт.ст.) Сердечный толчок разлитой, тоны сердца очень ослаблены, преобладает 2 тон над аортой. Над нижними отделами лёгких – жёсткое дыхание и един. свистящие сухие хрипы. Печень на 3 см. выступает из-под края реберной дуги, уплотнена, чувствительна при пальпации. На голенях определяется отёчность

Ан.крови: Нв 66г/л., л.  $7,8 \cdot 10^9$ , СОЭ 57мм/ч.

Ан. мочи: относит. плотность 1,003, белок 1,65 г/л., эр.10-12 в п/зр., л. 14-18 в п/зр., цилиндры гиалиновые 3-5 в п/зр.

#### ВОПРОСЫ

1. Какие ведущие синдромы заболевания?
2. Какие заболевания нужно исключить?
3. Ваш диагноз?



### **ЗАДАЧА № 41**

Больная К., 28 лет, во второй половине беременности почувствовала головокружение, тяжесть в затылочной области, участковый врач определил повышение АД до 32/17,3 кПа ( 240/130 мм. рт.ст.). До этого АД было в пределах нормы (последний раз АД измеряли месяц назад).

При осмотре: больная несколько повышенного питания, отёков нет, пульс 100 в 1 мин., ритмичный, напряжённый. АД 32/17,3 кПа (230/140 мм.рт.ст.). Тоны сердца звучные. 2 тон усилен над аортой. Других изменений во внутренних органах не выявлено. В околопупочной области справа и по ходу правой бедренной артерии определяется систолический шум. Пульс на правой бедренной артерии ослаблен.

Ан. мочи: белок 0,033 г/л., единичные изменения эритроциты и единичные лейкоциты.

#### **ВОПРОСЫ**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?

### **ЗАДАЧА № 42**

Больная Б., 54 лет, поступила в клинику в связи с повышением АД до 29,3/17,3 кПа (220/130 мм.рт.ст.). Жалуется на тяжесть в теменной и затылочной областях. Снижение зрения. Повышение АД впервые выявлено 10 лет назад. Регулярно принимает адефлан по 3т. в сутки. В начале заболевания АД было 24/14,7 кПа (180/100 мм.рт.ст.), последнее время 29,3/16 кПа (220/120 мм.рт.ст.). Стала дополнительно принимать клофелин 2-3 раза в день, но и это помогало мало.

При осмотре: больная несколько повышенного питания. Пульс 90 в 1 мин. напряжённый, ритмичный. 1 тон над верхушкой приглушен, систолический шум и усиление 2 тона над аортой. В нижнезадних отделах лёгких – жёсткое дыхание. Печень у края реберной дуги, немного болезненна в зоне желчного пузыря. Слабо выражен с-м Пастернацкого слева. Температура тела 37,2С.

При дополнительном расспросе выяснено, что 6 лет назад была левосторонняя почечная колика.

Ан. крови:  $л.8,2 \cdot 10^9/л.$ , п.8%., СОЭ 28мм/ч.

Ан. мочи: относит. плотность 1,014, белок 1,65г/л, л.60-80 в п/зр., эр.5-6 в п/зр., цилиндры гиалиновые 5-6 в п/зр, зернистые 4-5 в п/зр.

### **ВОПРОСЫ**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?

### **ЗАДАЧА № 43**

Больной П., 27 лет, доставлен в клинику в тяжелом состоянии с жалобами на сильную общую слабость, головную боль в теменной и затылочной областях, жажду, сухость во рту. Впервые плохо себя почувствовал около года назад, когда стало определяться повышение АД до 24/14,7 кПа (180/110 мм. рт.ст.). Регулярно не лечился. Самочувствие особенно ухудшилось в последние дни.

При осмотре: лицо одутловатое, бледность кожных покровов и слизистых оболочек, мышечные подергивания в области плечевых мышц, мышц туловища. Язык обложен сероватым налетом, десны кровоточат. На голених небольшая отечность. Пульс 96 в 1 мин., ритмичный, напряженный. АД 23,3/16 кПа (175/120 мм.рт.ст.). 1 тон над верхушкой сердца ослаблен, систолический шум над верхушкой. 2 тон усилен над аортой. В нижнезадних отд. легких – жесткое дыхание, печень на 2 см. выступает из-под края реберной дуги, уплотнена, чувствительна при пальпации.

### **ВОПРОСЫ**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?

### ЗАДАЧА № 44

Больной Г., 74 лет, жалуется на общую слабость, сухость во рту, жажду. Последнюю неделю появилась тошнота. В течении 6-7 лет отмечается повышения АД. Принимает адельфан по 1 табл. 2 раза в сутки. За последнее время похудел. Других заболеваний в прошлом не помнит.

При осмотре: больной пониженного питания, худощавый, кожные покровы бледные, пульс 84 в 1 мин., ритмичный, напряженный. АД 29,3/18,3 кПа (220/120 мм.рт.ст.). Левая граница относительной тупости сердца смещена влево на 2 см. 1 тон над верхушкой приглушен, 2 тон усилен над аортой. Над легкими перкуторный тон с коробочным оттенком, дыхательный шум жесткий, особенно в нижнезадних отделах. Печень у края реберной дуги, пальпация ее не болезненна. С-м Пастернацкого слабо выражено с обеих сторон, больше справа.

Ан. крови: эр.  $2,1 \cdot 10^{12}$ /л, Нв 80 г/л, л.  $7,8 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 24 мм / ч. Креатинин крови 0,354 ммоль/л., кальций крови 2,02 ммоль/л.

Ан. мочи: относит. плотность 1,006, белок 0,33 г/л, л. выщел. 5-7 в п/з, л. 10-12 в п/зр. цилиндры гиалиновые 2-3 в п/зр.

#### ВОПРОСЫ

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?
3. Ваша врачебная тактика?

### **ЗАДАЧА № 45**

Больной П., 33 лет, жалуется на головную боль в теменной и затылочной областях, головокружение, общую слабость, тошноту, позывы на рвоту после каждого приема пищи. Год назад случайно выявлено повышение АД. В дальнейшем не наблюдался и не лечился. Курил злоупотреблял алкоголем. Самочувствие ухудшилось неделю назад, в воскресенье. Накануне употреблял алкоголь. 10 лет назад обнаружили изменения в анализе мочи, но более пациент не обследовался и не лечился.

При осмотре: больная пониженного питания, состояние тяжелое, бледный, лицо одутловатое. На туловище – мелкие мышечные подергивания. Язык сухой обложен сероватым налетом. Десны кровоточат, имеются признаки пародонтоза. Пульс 84 в 1 мин., ритмичный, напряженный. АД 28,/17,3 кПа (210/130 мм.рт.ст.). Средний толчок разлитой, левая граница относительной тупости сердца смещена в лево на 2 см. 1 тон над верхушкой сердца приглушен, систолический шум над верхушкой. 2 тон усилен над аортой. В нижнезадних отд. легких – жесткое дыхание, живот мягкий, печень на 2 см. выступает из-под края реберной дуги, уплотнена, чувствительна при пальпации. На коже туловища – следы расчесов.

### **ВОПРОСЫ**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?

### ЗАДАЧА 46

Больная Д., 57 лет, жалуется на головную боль в теменной и затылочной областях, снижение аппетита, тошноту, сухость во рту, жажду. За последние время похудела на 4 кг. В течении 10 лет наблюдается врачом по поводу повышения АД. Принимает иногда адельфан, но он мало помогает.

При осмотре: больная пониженного питания, кожные покровы бледные, пульс 87 в 1 мин., ритмичный, напряженный. АД 30,7/18,3 кПа (230/140 мм.рт.ст.).Верхушечный толчок усилен, смещен в лево до передней подмышечной линии, 1 тон над верхушкой сердца глухой, 2 тон усилен над аортой, систолический шум над аортой. В легких изменений не выявлено. Печень на 2 см. выступает из-под края реберной дуги, уплотнена, немного болезненна в зоне желчного пузыря. С-м Пастернацкого слабо выражен справа.

Ан. крови: эр.  $2,4 \cdot 10^{12}/л$ , Нв 86 г/л, л.  $8,4 \cdot 10^9/л$ , СОЭ 54 мм / ч. Креатинин крови 0,268 ммоль/л.

Ан. мочи: относит. плотность 1,008, белок 1,65 г/л, л. 80-100 в п/з, эр. выщел. 8-10 в п/з, цилиндры гиалиновые 5-6 в п/зр.

### ВОПРОСЫ

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?
3. Ваша врачебная тактика?

### **ЗАДАЧА 47**

Больной Д., 18 лет, во время обследования комиссией райвоенкомата пожаловался на беспокоящую его в последнее время головную боль в теменной области, головокружение. АД 29,3/17,3 кПа (220/130 мм.рт.ст.). в прошлом ни чем не болел. Изменений внутренних органов кроме небольшого усиления 2 тона над аортой, не выявлено, в анализах мочи следы белка, единичные эритроциты.

### **ВОПРОСЫ**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?
3. Ваша врачебная тактика?

## ЗАДАЧА №48

Больной Ю., 52 лет, жалуется на одышку постоянного характера, обмороки при физической нагрузке, боль за грудиной и сердцебиение, отёки нижних конечностей.

Болен около 2х лет, когда постепенно появилась и стала нарастать одышка, появился цианоз, а вскоре и отёки нижних конечностей. Неоднократно лечился в стационаре. Был установлен диагноз ревматизма, митрального порока сердца. По поводу чего безуспешно лечился противоревматическими средствами. И за неуклонного прогрессирования сердечной недостаточности (отёки, увеличение печени) направлен на консультацию к кардиологу для решения вопроса о возможности хирургического лечения предполагаемого порока сердца.

Из анамнеза было выяснено, что год назад перенёс тромбофлебит правой голени.

При осмотре: состояние тяжёлое, диффузный цианоз лица, акроцианоз, набухание шейных вен, отёки голеней. Кожа голеней гиперпигментирована. Левая голень в объёме на 2 см. больше правой. Пульс 76 в 1 мин., ритмичный. АД 14,7/9,3 кПа (110/70 мм.рт.ст.). В области сердца нерезко выражена пульсация конуса лёгочной артерии. Границы сердца смещены влево и вправо на 2,5 см. 1 тон над верхушкой ослаблен, систолический и продолжительный протодиастолический ритм галопа, акцент 2 тона над лёгочной артерией. Печень выступает из-под реберной дуги на 6 см. В лёгких ослабленное везикулярное дыхание справа.

Данные ЭКГ: признаки гипертрофии и систолической перегрузки правого желудочка, R-pulmonale, ритм синусовый.

Результаты рентгеноскопии: Лёгочные поля прозрачны, увеличены правые отделы сердца, конус лёгочной артерии, расширена правая ветвь лёгочной артерии.

Билирубин крови – 48 ммоль/л., хирург обнаружил хрон. тромбофлебит глубоких вен голени.

### ВОПРОСЫ

1. Ваш диагноз?
2. Каково происхождение диастолического шума?
3. Как исключить митральный стеноз?
4. Ваша врачебная тактика?



### **ЗАДАЧА №49**

Больная З., 31 года, жалуется на одышку при физической нагрузке, резкую слабость общую, приступы сердцебиений, во время которых «сотрясается всё тело», головокружение и обмороки, постоянную боль в области сердца.

Считает себя больной около 3 лет, наблюдается участковым врачом и лечится по поводу ревматизма и недостаточности митрального клапана. Имеет инвалидность 3й группы.

При осмотре: больная пониженного питания, видимых отёков нет. Пульс 60 в 1 мин., ритмичный, слабого наполнения. АД 12/8 кПа ( 90/60 мм.рт.ст.). ЧД 22 в 1 мин. Выраженная пульсация в области верхушки сердца. Пальпаторно над областью аорты систолическое дрожание. Границы сердца смещены влево на 2,5 см. Над верхушкой сердца 1 тон ослаблен, систолический шум, проводящийся в подмышечную область. На аорте систолический шум. При клиническом и биохимическом исследовании крови отклонений не обнаружено. Данные ЭКГ: ритм синусовый, отклонение электрической оси влево, признаки гипертрофии левого желудочка.

Данные ЭхоКГ: гипертрофия левого желудочка и перегородки. Соотношение перегородки к задней стенке 3:1. Полость левого желудочка увеличена. Относительная недостаточность митрального клапана.

### **ВОПРОСЫ**

1. Ваш диагноз?
2. Чем обусловлена приступообразная одышка, обмороки и сердцебиение?
3. Ваша врачебная тактика. Показаны ли нитропрепараты?

### ЗАДАЧА №50

Больная П., 22 лет, поступила в клинику с жалобами на одышку при умеренном физическом напряжении, сердцебиение, кашель, повышенную утомляемость.

С 4х лет часто болеет ангинами. В возрасте 15 лет впервые диагностирован порок сердца. Больная в это время отмечала общую слабость, субфебрильную температуру, боль в суставах. После лечения общее состояние улучшилось и в течение 5 лет было удовл. Далее после тяжёлой ангины появились одышка и сердцебиение при ходьбе, кашель, в мокроте несколько раз отмечались прожилки крови. В дальнейшем одышка стала нарастать.

При осмотре: общее состояние удовл., больная пониженного питания, отмечается инфантилизм. Акроцианоз, цианотический румянец. Температура колеблется от 35,8 до 36,9С.

ЧД 20 в 1 мин. в покое, при перемене положения тела в постели учащается до 30-40 в 1 мин. Отмечается выбухание грудной клетки в области сердца, заметная пульсация в третьем-четвёртом межреберьях слева, в надчревной обл. Над верхушкой диастолическое дрожание. Границы сердца: левая – кнутри от среднеключичной линии, правая - на 2см. вправо от края грудины, верхняя – до 2 ребра. Над верхушкой хлопающий 1 тон, раздвоение 2 тона, пресистолический шум, над лёгочной артерией акцент и разведение 2 тона.

Пульс 80 в 1 мин, ритмичный, малый, на левой лучевой артерии слабее, чем на правой. АД 13,3/8 кПа (100/60 мм.рт.ст.). Печень выступает на 4 см.

Результаты рентгеноскопии: корни лёгких застойно расширены, сердце митральной конфигурации.

Данные ЭКГ: ритм правильный, отклонение ЭОС вправо, зубец Р зазубрен, уширен.

Ан. крови: Нв 112 г/л, эр.  $3,7 \cdot 10^{12}/л$ , л.  $5,5 \cdot 10^9/л$ , формула не изменена. Сиаловая проба 0,160 ед., серомукоид – 0,2%, ДФА – 0,180 ед. пл., С – реактивный протеин отриц. Белковые фракции: общий белок 79г/л, альбумины – 55%, глобулины – 45%, а<sub>1</sub> – 5,2% , а<sub>2</sub> – 16,24%, в – 8,24%, г – 20,11%.

#### ВОПРОСЫ

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Ваша врачебная тактика?
3. Какие необходимы методы дополнительного обследования?  
Показано ли хирургическое лечение?

### **ЗАДАЧА №51**

Больная К., 52 лет, поступила в клинику по направлению участкового врача. Жалуется на одышку при незначительной физической нагрузке, сердцебиение, перебои в сердечной деятельности, отёки на ногах. В течение последних 6 лет при регулярных профосмотрах диагностировали кардиомегалию. После перенесённого 2 мес. назад гриппа состояние ухудшилось: возросла одышка, появилось сердцебиение. Затем - отёки на ногах к вечеру. Амбл. лечение эффекта не дало. В анамнезе данных о перенесённом ревматизме нет.

При осмотре: состояние тяжёлое, больная избыточного питания, кожные покровы бледные, акроцианоз. Пульс 96 в 1 мин., неритмичный, одинаковый на обеих руках. АД 20/12 кПа (150/90 мм.рт.ст.). ЧСС – около 120 в 1 мин. Сердце расширено во все стороны, определяется ослабление звучности тонов, систолический шум над верхушкой и над основанием мечевидного отростка, мерцательная аритмия.

В нижне-боковых отд. лёгких выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы в небольшом кол-ве. Живот увеличен за счёт подкожной основы и асцита. Печень выступает на 4см. из-под реберной дуги, плотная, с закругленным нижним краем. Выраженные отёки на голенях и тыле стоп.

Ан. крови: эр.  $3,96 \cdot 10^{12}/л$ , Нв 118г/л, лейко.  $5,6 \cdot 10^9/л$ , сдвига в лейкоцитарной формуле нет, СОЭ 18 мм/ч.

СРП отриц. титр и антистрептолизина – О и антистрептогиалуронидазы в пределах нормы. Умеренно выраженная диспротеинемия с увеличением до 25%  $\alpha$ -глобулинов.

Результаты рентгенологического исследования: выраженные признаки пневмосклероза и эмфиземы лёгких, сердце увеличено за счёт всех отделов.

Данные ЭКГ: гориз. положение эл. оси сердца, чётких признаков гипертрофии желудочков нет, снижение зубца Т в грудных отведениях, снижение вольтажа комплекса во всех отведениях, мерцательная аритмия.

### **ВОПРОСЫ**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие заболевания нужно исключить?
3. Возможно ли хирургическое лечение?

### **ЗАДАЧА №52**

Больной С., 60 лет, три года назад перенес инфаркт миокарда. В течение последнего года его беспокоят пароксизмы мерцательной аритмии, периодически появляющиеся отеки нижних конечностей, одышка при физической нагрузке. Поступил в клинику в связи с выраженным усилением одышки, учатившимися приступами тахикардии и увеличением живота в объеме. Состояние средней тяжести. Цианоз кожных покровов. Число дыхательных движений - 24 в минуту. При перкуссии правого легкого выраженное притупление перкуторного звука ниже уровня V ребра, дыхание в этой области резко ослаблено. На границе притупления перкуторного звука выслушивается крепитация. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный, ЧСС около 90 в минуту, дефицита пульса нет. Живот увеличен в объеме, пупок несколько выбухает. В положении стоя определяется горизонтальный уровень тупого перкуторного звука, изменяющийся при изменении положения тела. Методом баллотирования («симптом льдинки»), нижний край печени определяется на 5 см ниже реберной дуги. Нижние конечности отечны.

О какой патологии легких можно подумать?

Какие патологические изменения привели к увеличению живота?

Как Вы объясните наличие крепитации в легком?