

Задача №1.

Больная С, 46 лет, поступила в клинику с жалобами на интенсивную боль, похолодание правой голени, возникшие около двух часов назад без видимой причины, одышку при умеренных физических нагрузках (подъем по лестнице на 1 -2 этажа), ночной кашель с отделением небольшого количества мокроты, периодически возникающее при нагрузках ощущение учащенного сердцебиения, ноющие боли в области сердца, купирующиеся приемом валидола. В детстве однократно перенесла двустороннюю гнойную ангину, в дальнейшем чувствовала себя удовлетворительно. С 30 лет стала отмечать одышку при физических нагрузках, которая постепенно нарастала. С 35 лет стали беспокоить приступы учащенного неритмичного сердцебиения, которые купировались введением новокаинамида. От предложенного оперативного вмешательства отказывалась. Принимала аллапинин, верошпирон, эналаприл, тромбо-АСС с некоторым эффектом. За месяц до поступления в клинику развился затяжной приступ учащенного сердцебиения, который бригаде СМП не удалось купировать обычной дозой новокаинамида. Было рекомендовано заменить аллапинин на обзидан, в остальном лечение продолжить. Заметно выросла одышка, появился влажный кашель по ночам.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожа правой голени холодная, бледная, пульсация на тыльной артерии стопы не определяется. Голени и стопы пастозны. Число дыханий 20 в минуту, дыхание жесткое, в базальных отделах справа выслушиваются единичные незвонкие влажные мелкопузырчатые хрипы. Правая граница сердца по правому краю грудины, верхняя - по верхнему краю III ребра, левая - по левой средне-ключичной линии. Пальпируется пульсация в 3-4 межреберье слева от грудины. ЧСС около 106 ударов в минуту, ритм неправильный, дефицит пульса 14 в минуту. I тон на верхушке несколько усилен, определяется акцент II тона во втором межреберье слева от грудины. На верхушке выслушиваются шум между I и II тонами, проводящийся в левую подмышечную область, и шум после II тона, который усиливается в положении лежа на левом боку. АД 110 * 70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

В анализах крови: Нв 13,5 г%, эритроциты 4,1 млн., лейкоциты 4,9 тыс., лейкоц. формула не изменена, тромбоциты 195 тыс., СОЭ 7 мм/час, об. белок 7,8г%, альбумин 4,1 г%, глюкоза 101 мг%, креатинин 1,2 мг%, общий билирубин 1,0 мг%, прямой билирубин 0,2 мг%, СРБ +, латекс тест отрицательный, АСЛО ниже 200 ед. На рентгенограммах грудной клетки сосудистый рисунок легких усилен, по левому контуру увеличены 2-я и 3-я дуги, в первой косой проекции пищевод отклоняется по дуге большого радиуса, плевральные синусы свободны. ЭКГ – мерцательная аритмия.

Дайте ответы на следующие вопросы:

1. Проведите диагностический поиск
2. После II этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Нужно ли проводить дополнительные исследования (если нужно, то какие), какую информацию Вы ожидаете получить от этих исследований?
4. Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.
5. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Задача №2.

Больной М, 53 лет, предъявляет жалобы на приступы давящих болей за грудиной, возникающие при умеренных физических нагрузках или без четкой связи с нагрузками, иррадиирующие в левую руку, длящиеся от нескольких до 20-25 минут, постепенно купирующиеся в покое, на головокружения, эпизоды потери сознания после приема 2 т. нитроглицерина под язык, на одышку при подъеме по лестнице на два этажа, на перебои в работе сердца, на эпизоды повышения температуры тела до 37,2-37,3 град. В анамнезе - тонзиллэктомия в 17 лет, после сильного переохлаждения - предположение врачей о развитии миокардита. Длительное время физические нагрузки переносил хорошо. В течение последних 3-х лет беспокоят приступы загрудинных болей преимущественно при нагрузках, частота и интенсивность которых постепенно нарастают. Для купирования приступов принимал нитраты с хорошим эффектом, однако в течение последнего полугодия несколько раз отмечал эпизоды кратковременной потери сознания сразу после приема нитроглицерина, в связи с чем от дальнейшего использования нитратов отказался. Регулярно принимал тромбо-АСС, эпизодически (при возникновении перебоев в работе сердца) - анаприлин. Два года назад отмечался длительный (около месяца) период субфебрилитета, к врачу не обращался. В течение последних месяцев отметил нарастание одышки, которая ранее отмечалась лишь при значительных нагрузках. Амбулаторно было рекомендовано проведение коронароангиографии; госпитализирован в клинику для обследования.

При осмотре: состояние средней тяжести. Конституция нормостеническая. Отеков нет. ЧД 18 в минуту, дыхание с жестким оттенком, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Сердце: левая граница на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии, правая граница по правому краю грудины, верхняя - по нижнему краю III ребра. I тон на верхушке ослаблен, выслушивается негрубый систолический шум, проводящийся в левую подмышечную область. Во втором межреберье справа от грудины II тон резко ослаблен, выслушивается грубый шум, который начинается вскоре после I тона и хорошо проводится на сонные артерии, а также мягкий шум после II тона с эпицентром в точке Боткина. Над почечными артериями шумов нет, пульсация на тыльных артериях стоп сохранена, симметрична. ЧСС 92 удара в минуту, ритм сердца правильный, АД 120*50 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень и селезенка не увеличены.

В ан. крови Нв 14,7 г%, эритроц. 4,5 млн., лейкоц. 5,6 тыс., нейтр. 56%, лимф. 31%, тромбоц. 212 тыс., СОЭ 24 мм/час, об. белок 7,1 г%, альб. 3,9 г%, белковые фракции: альб. -48 отн.%, альфа-1 - 5 отн.%, альфа-2 - 14 отн.%, бета - 11 отн.%, гамма - 22 отн.%; СРБ++, триглицериды 138 мг/дл, общий холестерин 234 мг/дл, ЛНП 112 мг/дл, глюкоза 102 мг%, креатинин 1,2 мг%, общий билирубин 1,1 мг%, RW отрицательная. На рентгенограммах органов грудной клетки: увеличены 3-я и 4-я дуги по левому контуру сердца, контрастированный пищевод отклоняется по дуге большого радиуса, плевральные синусы свободны. ЭКГ – признаки ГЛЖ, ГЛП.

Дайте ответы на следующие вопросы:

1. Проведите диагностический поиск
2. После II этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Нужно ли проводить дополнительные исследования (если нужно, то какие), какую информацию Вы ожидаете получить от этих исследований?
4. Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.
5. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Задача №3.

Больная П., 28 лет, предъявляет жалобы на перебои в работе сердца, приступы учащенного сердцебиения, возникающие с частотой раз в 1-2 месяца, длящиеся несколько часов и купирующиеся обычно бригадой СМП внутривенным введением кордарона, на одышку при умеренных физических нагрузках (подъем по лестнице на 1-1,5 этажа, ходьба на расстояние более 100 м), приступы удушья, которые сопровождаются общей слабостью, кашлем, возникают чаще ночью и купируются в положении сидя.

Из анамнеза известно, что в возрасте 16 лет впервые был выслушан шум в области сердца «функционального» характера, физические нагрузки переносила удовлетворительно. С 16 лет, во время занятий физкультурой, отметила снижение переносимости физических нагрузок, появление одышки, которая проходила в покое. Шум в области сердца по-прежнему расценивался как функциональный, обследование не проводилось. В 20 лет, во время первой беременности, одышка усилилась, стали беспокоить приступы удушья, которые самостоятельно купировались. Тогда же отметила появление перебоев в работе сердца. На позднем сроке беременности в связи с резким усилением одышки было проведено экстренное малоинвазивное катетерное вмешательство на сердце, в результате которого состояние значительно улучшилось, роды прошли в срок (произведено кесарево сечение). Сохранялись перебои в работе сердца, с этого же времени постоянно определяется небольшое количество жидкости в перикарде. Получала терапию диклофенаком, дигоксином, триампуром. В возрасте 25 лет впервые развился приступ учащенного сердцебиения, которой был купирован внутривенным введением кордарона, начата постоянная терапия хинидином-дурулес, который в возрасте 28 лет отменен в связи с наступлением второй беременности. В течение последнего года отмечает возобновление и постепенное усиление одышки. Два часа назад развился приступ учащенного сердцебиения, самостоятельно приняла 50 мг атенолола, госпитализирована в клинику.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, легкий акроцианоз. Отеков нет. Число дыханий 22 в минуту, дыхание жесткое, в базальных отделах справа выслушиваются единичные незвонкие влажные мелкопузырчатые хрипы. Правая граница сердца по правому краю грудины, верхняя - по верхнему краю III ребра, левая - по левой средне-ключичной линии. ЧСС около 76 ударов в минуту, ритм неправильный, дефицита пульса нет. I тон на верхушке усилен, определяется акцент II тона во втором межреберье слева от грудины. В пятом межреберье на 1,5 см кнаружи от левой средне-ключичной линии выслушивается шум, который начинается после II тона и усиливается в положении лежа на левом боку. АД 100*70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

В анализах крови: Нв 15,1 г%, эритроц. 4,8 млн., лейкоц. 6,8 тыс., лейкоц. формула не изменена, тромбоц. 260 тыс., СОЭ 10 мм/час, общий белок 7,8г%, альбумин 4,9 г%, электрофорез белков: альбумин 57,3%, альфа1-4,2%, альфа2-8,0%, бета 13,6%, гамма-17,0%, глюкоза 94 мг%, креатинин 1,2 мг%, общий билирубин 0,9 мг%, прямой билирубин 0,2 мг%, СРБ и латекс тест отрицательный, АСЛО ниже 200 ед. На рентгенограммах грудной клетки отмечается обогащение сосудистого рисунка, плевральные синусы свободны, сердечная талия сглажена, в I косой проекции контрастированный пищевод отклоняется по дуге малого радиуса (6 см), во II косой проекции полностью закрыт светлый треугольник. ЭКГ – мерцательная аритмия.

Дайте ответы на следующие вопросы:

1. Проведите диагностический поиск.
2. После II этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.
5. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Задача №4.

Больная П., 54 лет, обратилась за медицинской помощью в связи с появлением приступов боли загрудинной локализации, с иррадиацией в область левой лопатки, возникающих при умеренной физической нагрузке (при подъеме на 4 лестничных пролета), сопровождающиеся одышкой. Боль проходит после прекращения нагрузки. Появление указанных жалоб отметила в последний месяц. Пациентка курила по 10 сигарет в день в течение 20 лет, последние 8 лет не курит. В течение последних 15 лет отмечает подъемы артериального давления до 170/110 мм рт.ст., регулярно антигипертензивные препараты не принимает, при ощущаемых субъективно подъемах АД принимает дибазол. Отец и мать пациентки живы, отец страдает АГ, год назад перенес ОНМК, мать страдает стенокардией. В гинекологическом анамнезе – 5 лет постменопауза, получает заместительную гормональную терапию клиогестом.

При осмотре: состояние удовлетворительное, температура тела 36,7°C, кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. Пациентка повышенного питания, ИМТ – 32,6 кг/м². Частота дыхания – 20 в мин., в легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, ЧСС – 82 в мин., АД – 164/92 мм рт.ст. Живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах, печень, селезенка не увеличены. Перистальтика выслушивается. Дизурических расстройств нет.

В анализах крови: гемоглобин – 13,4 г/л; Эритроциты – 4,2 млн.; гематокрит – 42%; лейкоциты – 6,2 тыс.; п/я – 2%; с/я – 72%; лимфоциты – 18%; эозинофилы – 2%; моноциты – 6%; СОЭ – 10 мм/ч. В биохимическом анализе крови: глюкоза – 118 мг/дл; креатинин – 1,0 мг/дл; общий билирубин – 0,9 мг/дл; общий холестерин – 274 мг/дл; триглицериды – 336 мг/дл. На ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС – 78 в мин., нормальное положение ЭОС, амплитудные критерии гипертрофии левого желудочка.

Проба с физической нагрузкой на тредмиле: Общее время нагрузки – 4 мин.16сек. ЧСС от 86 до 120 в мин. АД от 152/86 до 190/100 мм рт.ст. Проба прекращена из-за усталости больной. Ишемических изменений ST не зарегистрировано. Реакция на нагрузку по гипертоническому типу. Заключение: Проба не доведена до диагностических критериев ишемии. Толерантность к физической нагрузке средняя.

Дайте ответы на следующие вопросы:

1. Проведите диагностический поиск.
2. После II этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.
5. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Задача №5.

Больной Д., 58 лет, обратился за медицинской помощью в связи с появлением дискомфорта в левой половине грудной клетки и чувства нехватки воздуха, возникающих при умеренной физической нагрузке (при ходьбе в быстром темпе, подъеме в гору). Указанные ощущения проходят после прекращения нагрузки. Появление указанных жалоб отметил около 3 месяцев назад, до настоящего времени за медицинской помощью не обращался. Пациент курит по 20-30 сигарет в день в течение 40 лет. Отец пациента страдал артериальной гипертонией, умер в возрасте 74 лет от ОНМК. Мать пациента жива, страдает артериальной гипертонией, ИБС. Брат пациента 2 года в возрасте 53 лет назад без предшествующей стенокардии перенес инфаркт миокарда. У пациента в анамнезе язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

При осмотре: состояние удовлетворительное, температура тела 36,7°C, кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. ИМТ – 27,3 кг/м². Частота дыхания – 20 в мин., в легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, единичные сухие жужжащие хрипы на форсированном выдохе. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, ЧСС – 88 в мин., АД – 172/96 мм рт.ст. Живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах, умеренно болезненный в эпигастральной области, печень, селезенка не увеличены. Перистальтика выслушивается. Дизурических расстройств нет.

В анализах крови: гемоглобин – 16,4 г/л; Эритроциты – 5,3 млн.; гематокрит – 43%; лейкоциты – 5,1 тыс.; п/я – 1%; с/я – 64%; лимфоциты – 28%; эозинофилы – 2%; моноциты – 5%; СОЭ – 12 мм/ч. В биохимическом анализе крови: глюкоза – 109 мг/дл; креатинин – 1,0 мг/дл; общий билирубин – 0,9 мг/дл, общий холестерин – 288 мг/дл; триглицериды – 456 мг/дл. На ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС – 86 в мин., отклонение ЭОС влево, полная блокада левой ножки пучка Гиса.

Дайте ответы на следующие вопросы:

1. Проведите диагностический поиск.
2. После II этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.
5. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Задача №6.

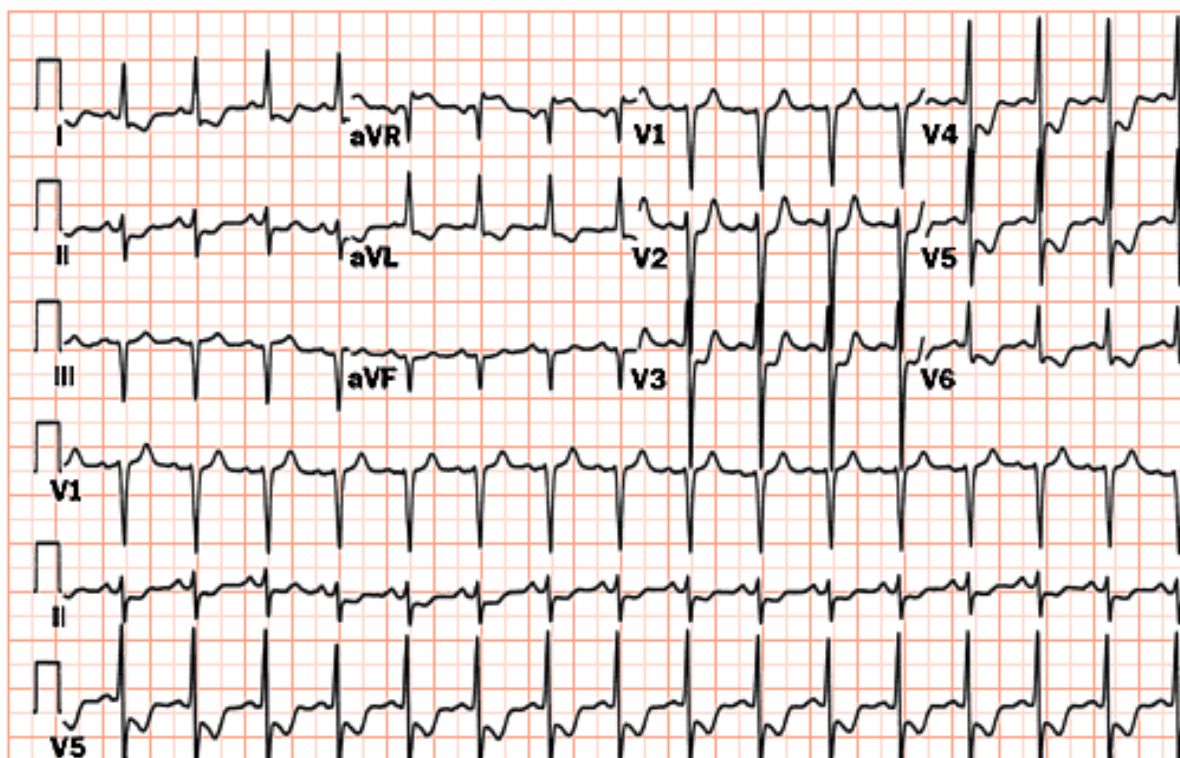
Больной Н., 64 лет, обратился за медицинской помощью в связи с увеличением частоты и продолжительности эпизодов загрудинной боли, иррадиирующей в левую руку. 8 лет назад у пациента диагностирована стенокардия напряжения II ФК. Постоянно принимает атиенолол 50 мг/сут., аспирин 100 мг/сут. На фоне терапии приступы стенокардии не возникали. Около 4 месяцев назад вновь отметил возникновение ангинозных приступов, для купирования которых стал применять изосорбида динитрат (10 мг сублингвально) с эффектом. В поликлинике по месту жительства пациенту рекомендовали увеличить дозу атиенолола до 100 мг/сут. и добавить к лечению триметазидин (20 мг 2 раза в день). Изменение терапии дало положительный эффект, однако в течение последнего месяца пациент стал отмечать увеличение частоты и продолжительности приступов стенокардии, которые стали возникать при меньшем пороге нагрузки (ходьба в умеренном темпе до 150-200 м, подъем на один лестничный пролет), возросла потребность в дополнительном приеме нитропрепаратов.

Пациент курил по 20 сигарет в день в течение 35 лет, последние 6 лет не курит. Отец пациента страдал артериальной гипертонией, умер в возрасте 66 лет от онкологического заболевания, мать пациента страдала артериальной гипертонией, ИБС, умерла в возрасте 76 лет от инфаркта миокарда. Брат пациента перенес инфаркт миокарда в возрасте 48 лет. У пациента в анамнезе атопический дерматит, хронический гастрит.

При осмотре: состояние удовлетворительное, температура тела 37,1°C, пациент тревожен, кожные покровы бледные, нормальной влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. ИМТ – 29,4 кг/м². Частота дыхания – 24 в мин., в легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, ЧСС – 90 в мин., АД – 158/84 мм рт.ст. Живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах, печень, селезенка не увеличены. Перистальтика выслушивается. Дизурических расстройств нет.

В анализах крови: гемоглобин – 11,2 г/л; Эритроциты – 3,9 млн.; гематокрит – 34%; лейкоциты – 12,4 тыс.; п/я – 2%; с/я – 78%; лимфоциты – 24%; эозинофилы – 4%; моноциты – 2%; СОЭ – 22 мм/ч. В биохимическом анализе крови: глюкоза – 130 мг/дл; креатинин – 1,3 мг/дл; общий билирубин – 0,9 мг/дл, общий холестерин – 269 мг/дл; триглицериды – 376 мг/дл.

ЭКГ представлена ниже:



Дайте ответы на следующие вопросы:

1. Проведите диагностический поиск.
2. После II этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.
5. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Задача №7.

Больной П., 56 лет, госпитализирован по каналу скорой медицинской помощи в связи затяжным приступом загрудинной боли. В 6 часов утра у пациента впервые в жизни развился приступ интенсивной боли за грудиной, без иррадиации, сопровождавшийся выраженной слабостью, тошнотой, головокружением и чувством страха. Самостоятельно принял 2 таблетки валидола без эффекта. К моменту приезда бригады СМП продолжительность болевого приступа составила 40 минут. На догоспитальном этапе приступ был частично купирован наркотическими анальгетиками. Общая продолжительность времени с момента начала приступа до поступления в ОИТ и Р составила 3 ч.

Пациент курит по 20 сигарет в день в течение 40 лет. В течение последних 10 лет страдает артериальной гипертонией с максимальным повышением АД до 190/110 мм рт.ст., регулярно антигипертензивные препараты не принимает, при ощущаемых субъективно подъемах АД принимает коринфар. Отец и мать пациента умерли в преклонном возрасте от инфаркта миокарда, брат пациента три года назад в возрасте 50 лет перенес инфаркт миокарда.

При осмотре: состояние тяжелое, температура тела 36,2°C, кожные покровы бледные, влажные. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. Пациент повышенного питания, ИМТ – 31,9 кг/м². Частота дыхания – 26 в мин., в легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, короткий мягкий систолический шум на верхушке сердца, ЧСС – 52 в мин., АД – 100/60 мм рт.ст. Живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах, печень, селезенка не увеличены. Перистальтика выслушивается. Дизурических расстройств нет.

В анализах крови: гемоглобин – 15,2 г/л; Эритроциты – 5,1 млн.; гематокрит – 35%; лейкоциты – 11,1 тыс.; п/я – 2%; с/я – 72%; лимфоциты – 18%; эозинофилы – 2%; моноциты – 6%; СОЭ – 12 мм/ч. В биохимическом анализе крови: глюкоза – 130 мг/дл; креатинин – 1,2 мг/дл; общий билирубин – 0,9 мг/дл.

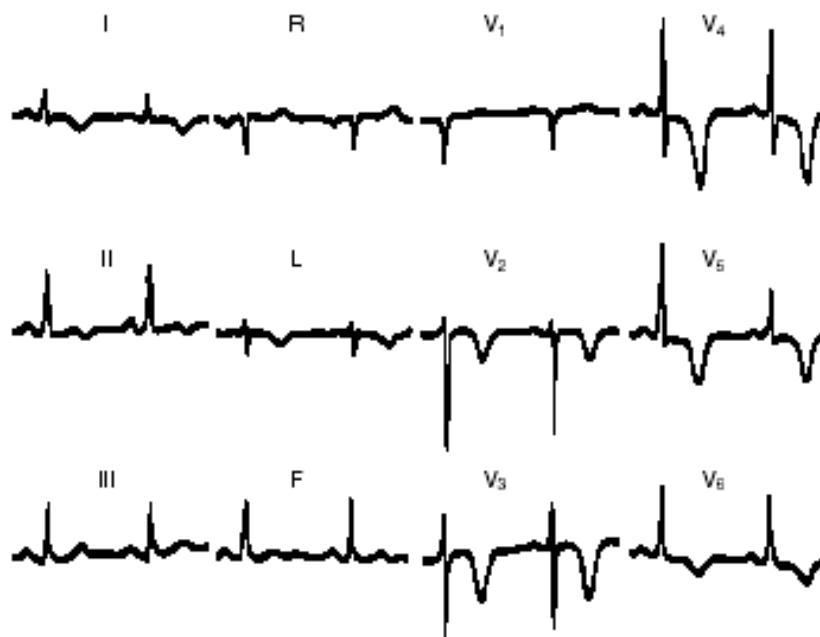
На ЭКГ: синусовая брадикардия, ЧСС – 50 в мин., отклонение ЭОС влево, элевация сегмента ST в отведениях II, III, aVF на 1,5 мм, амплитудные критерии гипертрофии левого желудочка.

Дайте ответы на следующие вопросы:

1. Проведите диагностический поиск.
2. После II этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.
5. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Задача №8.

Больная В., 67 лет, госпитализирована бригадой скорой медицинской помощи в связи затяжным приступом загрудинной боли. В течение последних 5 лет страдает стенокардией напряжения, соответствующей II ФК (по классификации CCS). Постоянно принимает атенолол 50 мг/сут., аспирин 100 мг/сут., при возникновении приступа стенокардии использует нитроглицерин в виде спрея. Накануне вечером после психо-эмоционального стресса развился затяжной приступ стенокардии, для купирования которого пациентка дополнительно применила 4 ингаляции нитроспрея. Аналогичный приступ возник около 5 ч утра. Ингаляции нитроспрея оказались практически неэффективными, и пациентка вызвала бригаду скорой помощи. В анамнезе – в течение 10 лет артериальная гипертензия, кризового течения. Семейный анамнез не отягощен. При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела 36,8°C, кожные покровы бледные, влажные, пациентка тревожна. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. Рост – 166 см, масса тела – 69 кг. Частота дыхания – 20 в мин., в легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, шумов нет, ЧСС – 84 в мин., АД – 190/110 мм рт.ст. Живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах, печень, селезенка не увеличены. Перистальтика выслушивается. Дизурических расстройств нет. В анализах крови: гемоглобин – 13,4 г/л; Эритроциты – 3,8 млн.; гематокрит – 37%; лейкоциты – 6,6 тыс.; п/я – 1%; с/я – 67%; лимфоциты – 25%; эозинофилы – 2%; моноциты – 5%; СОЭ – 10 мм/ч. В биохимическом анализе крови: глюкоза – 109 мг/дл; креатинин – 1,0 мг/дл; общий билирубин – 0,8 мг/дл. ЭКГ представлена ниже:



Дайте ответы на следующие вопросы:

1. Проведите диагностический поиск.
2. После II этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.
5. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Задача №9.

Больной П., 72 лет, госпитализирован бригадой скорой медицинской помощи в связи затяжным приступом загрудинной боли. Болевой приступ возник около 5 ч утра, боль иррадиировала в область левой лопатки. Пациент самостоятельно принял 3 таблетки нитросорбида, без эффекта.

В течение последних 8 лет страдает стенокардией напряжения, соответствующей ПФК (по классификации CCS). Постоянной антиангинальной терапии не получает, при возникновении приступов загрудинных болей принимает изосорбида динитрат (10 мг под язык). В течение последних 12 лет страдает артериальной гипертонией, с максимальным повышением АД давления до 200/120 мм рт.ст. Субъективно повышение АД не ощущает, антигипертензивные препараты не принимает. Курит в течение 50 лет по 20 сигарет в день. Отец пациента умер в возрасте 50 лет от инфаркта миокарда, мать пациента умерла в возрасте 82 лет от онкологического заболевания, страдала артериальной гипертонией.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела 36,2°C, кожные покровы бледные, влажные. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. Рост – 182 см, масса тела – 74 кг. Частота дыхания – 22 в мин., в легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, единичные сухие жужжащие хрипы. Тоны сердца приглушены, аритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, систолический шум над проекцией аорты, проводящийся на сосуды шеи, ЧСС – 92 в мин., АД – 170/100 мм рт.ст. Живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах, печень, селезенка не увеличены. Перистальтика выслушивается. Дизурических расстройств нет.

В анализах крови: гемоглобин – 15,7 г/л; эритроциты – 4,9 млн.; гематокрит – 39%; лейкоциты – 5,3 тыс.; п/я – 1%; с/я – 65%; лимфоциты – 25%; эозинофилы – 4%; моноциты – 5%; СОЭ – 15 мм/ч. В биохимическом анализе крови: глюкоза – 137 мг/дл; креатинин – 1,4 мг/дл; общий билирубин – 0,9 мг/дл.

На ЭКГ – синусовый ритм, ЧСС – 90 в мин., полная блокада левой ножки пучка Гиса. На ЭКГ, зарегистрированной в поликлинике, нарушений внутрижелудочковой проводимости не было.

Вопросы:

1. Проведите диагностический поиск.
2. После II этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.
5. Назначьте лечение и обоснуйте его.

Задача №13.

Больной Б., 74 лет, предъявляет жалобы на общую слабость, головокружения, эпизоды кратковременной потери сознания, которые возникают без предшествующих симптомов, внезапно, на перебои в работе сердца, приступы сжимающих болей за грудиной без иррадиации, возникающие при ходьбе на расстояние более 150 м и проходящие в покое. Приступы сжимающих болей за грудиной при значительных нагрузках (быстрая ходьба на расстояния более 1 км) стали беспокоить около 3 лет назад, самостоятельно купировались в покое. Не обследовался и не лечился. Два месяца назад стали беспокоить нечастые перебои в работе сердца, в связи с чем эпизодически принимал анаприлин с небольшим эффектом; кроме того, отметил появление общей слабости, головокружений, трижды терял сознание (впервые – после приема 20 мг анаприлина, в дальнейшем без видимой причины), что сопровождалось получением небольших травм (ссадин и ушибов). Боли за грудиной стали возникать при значительно меньших нагрузках, чем ранее. Госпитализирован после очередного эпизода потери сознания.

При осмотре: состояние средней тяжести. Конституция гиперстеническая. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Отеков нет. ЧД 18 в минуту, дыхание с жестким оттенком в базальных отделах, хрипов нет. Сердце: левая граница по левой среднеключичной линии, правая граница по правому краю грудины, верхняя – по нижнему краю III ребра. Тоны сердца несколько приглушены, шумов нет. ЧСС 46 ударов в минуту, на фоне правильного ритма выслушиваются преждевременные сокращения (до 6 в минуту), АД 130*80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень +1 см по правой среднеключичной линии.

В ан. крови Нв 13,7 г%, эритро. 4,2 млн., лейко. 7,5 тыс., тромбо. 243 тыс., СОЭ 11 мм/час, об. белок 6,9 г%, альб. 4,2 г%, креатинин 1,2 мг%, азот мочевины 18 мг%, общий билирубин 0,8 мг%, триглицериды 169 мг/дл, общий холестерин 328 мг/дл, ЛНП 197 мг/дл, глюкоза 113 мг%. В ан. мочи pH 6, уд. вес 1016, белка, сахара, ацетона нет, эритро. 0-1 в поле зрения, лейко. единичные.

Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру: ритм синусовый, ЧСС днем 42-117/мин. (ср. 58/мин.), ЧСС ночью 35-64/мин. (ср. 50/мин.). Желудочковая полиморфная экстрасистолия - всего 2130, в т.ч. 34 куплета, 11 эпизодов бигеминии; наджелудочковая экстрасистолия - всего 847. Преходящее удлинение интервала PQ максимально до 0,28 с., 13 эпизодов АВ блокады II степени 1 типа (периодики Самойлова-Венкебаха), с 16 до 18 часов – повторные эпизоды АВ блокады 2:1 и 3:1 с максимальной паузой 3,2 с. Анализ ST-T: депрессия сегмента ST до 0.2 мВ в левых грудных отведениях, что сопровождалось отметкой о болях.

Дайте ответы на следующие вопросы:

1. Что послужило причиной развития обмороков и ухудшения состояния больного в течение последних 2-х месяцев?
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз у данного больного.
3. Какое мероприятие является первоочередным в данной клинической ситуации и какого клинического эффекта можно от него ожидать?
4. Какие исследования и с какой целью необходимо дополнительно выполнить данному больному в плановом порядке?
5. Какова оптимальная тактика лечения больного на данный момент и в последующем?

Задача №14.

Больная М., 52 лет, предъявляет жалобы на возникающие без видимой причины, преимущественно днем внезапные приступы учащенного ритмичного сердцебиения, которые сопровождаются чувством нехватки воздуха, избыточным потоотделением, чувством внутренней дрожи, длятся от 20 минут до 1-1,5 часов и заканчиваются спонтанно (также внезапно); частоту пульса во время приступа самостоятельно определить не удастся в связи с его высокой частотой. Подобные приступы возникают в течение последних 4-х лет с различной периодичностью (как правило, раз в несколько месяцев), ранее купировались в результате глубокого вдоха с задержкой дыхания. Во время приступа ЭКГ ни разу не фиксировалась, на снятых в межприступный период ЭКГ, а также при ЭХО-КГ отклонений от нормы выявлено не было. Медикаментозной терапии не получала. Последний приступ возник 3 дня назад, не купировался на фоне глубокого вдоха, сопровождался выраженной общей слабостью и артериальной гипотонией (80*60 мм.рт.ст.), через 40 минут закончился спонтанно.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Конституция нормостеническая. Кожные покровы чистые, влажность повышена, красный дермографизм. Отеков нет. ЧД 17 в минуту, дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Сердце: левая граница на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, правая граница по правому краю грудины, верхняя – по нижнему краю III ребра. Тоны сердца звучные, шумов нет. ЧСС 94 удара в минуту, ритм сердца правильный, АД 130*75 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень по правой среднеключичной линии не выступает из-под края реберной дуги.

В ан. крови Нв 12,7 г%, эритро. 3,9 млн., лейко. 5,6 тыс., СОЭ 7 мм/час, об. белок 6,8 г%, креатинин 1,0 мг%, азот мочевины 15 мг%, общий билирубин 1,0 мг%, глюкоза 102 мг%. В ан. мочи pH 5, уд. вес 1018, белка, сахара, ацетона нет, лейко. и эритро. единичные в поле зрения.

ЭХО-КГ: левый желудочек 4,5 см, правый желудочек 1,6 см, левое предсердие 3,2 см, толщина межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка 0,9 см, сократительная способность не нарушена (фракция выброса 67%), зон гипокинеза не выявлено. Определяется прогиб передней створки митрального клапана без регургитации, другие клапаны не изменены. Аорта уплотнена.

Дайте ответы на следующие вопросы:

1. Какова наиболее вероятная природа описанных больной приступов? Чем обусловлена клиническая симптоматика во время приступа?
2. Какими методами можно подтвердить Ваше предположение - спланируйте дальнейшее обследование больной и обоснуйте необходимость проведения каждого из запланированных исследований.
3. Какова должна быть лечебная тактика во время приступа и в межприступный период?
4. Каков прогноз заболевания у данной больной?

Задача №15.

Больной Г., 45 лет, предъявляет жалобы на одышку при умеренных физических нагрузках (подъем по лестнице на 1.5 этажа), периодически возникающее ощущение учащенного неритмичного сердцебиения, которое купируется после дополнительного приема 25 мг атенолола, на преходящие отеки голеней и стоп. Чувствовал себя удовлетворительно до раннего утра 15.05, когда после употребления умеренного количества алкоголя самочувствие внезапно ухудшилось, появилась одышка, стал периодически ощущать неритмичное сердцебиение. Принимал валокордин без существенного эффекта. На утро 16.05 данное состояние сохранялось, в связи с чем обратился в поликлинику по месту работы, где зафиксирована ЭКГ. С учетом выявленных на ЭКГ изменений вызвана бригада СМП, в/в капельно введено 1000 мг новокаинамида без эффекта, рекомендовано стационарное лечение в плановом порядке. В течение последующих дней одышка сохранялась, под вечер стали отмечаться небольшие отеки голеней и стоп. 21.05 госпитализирован в клинику.

При осмотре: состояние средней тяжести. Конституция нормостеническая. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Пастозность голеней и стоп. ЧД 20 в минуту, дыхание с жестким оттенком в базальных отделах, хрипов нет. Сердце: левая граница по левой среднеключичной линии, правая граница по правому краю грудины, верхняя – по нижнему краю III ребра. Тоны сердца несколько приглушены, шумов нет. ЧСС около 136 ударов в минуту, ритм сердца неправильный, дефицит пульса до 20-25 в минуту, АД 110*70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень + 0,5 см по правой среднеключичной линии. Щитовидная железа не пальпируется.

В ан. крови Нв 14,2 г%, эритроц. 4,5 млн., лейкоц. 5,5 тыс., п/я 1%, нейтр. 54%, лимф. 29%, тромбоц. 214 тыс., СОЭ 7 мм/час, об. белок 6,3 г%, альб. 4,0 г%, креатинин 1,1 мг%, азот мочевины 16 мг%, общий билирубин 1,1 мг%, глюкоза 98 мг%, общий холестерин 198 мг/дл, триглицериды 134 мг/дл. В ан. мочи pH 5,5, уд. вес 1019, белка, сахара, ацетона нет, эритроц. и лейкоц. един. в поле зрения.

ЭКГ – мерцательная аритмия.

ЭХО-КГ: левый желудочек 4,2 см, правый желудочек 1,3 см, левое предсердие 3,6 см, правое предсердие 3,2 см, толщина межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка 1,0 см, фракция выброса левого желудочка 56%, зон гипо- и акинеза не выявлено. Клапаны и аорта не изменены.

Дайте ответы на следующие вопросы:

1. Какова причина внезапного ухудшения состояния больного? Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. Какова была главная терапевтическая ошибка на догоспитальном этапе?
3. Охарактеризуйте этиологию диагностированного Вами заболевания.
4. Какие исследования необходимо провести больному для уточнения этиологии заболевания и определения тактики лечения.
5. Какова наиболее оптимальная терапевтическая тактика у данного больного?

Задача №16

Больная К., 55 лет, предъявляет жалобы на периодические умеренные головные боли в затылочной области, легкие головокружения, ощущения перебоев в работе сердца, "замираний", "остановок", одышку при значительной физической нагрузке.

Из анамнеза заболевания: больной себя считает в течение 10 лет, когда впервые было зарегистрировано повышение АД, чувствует себя удовлетворительно при АД 140/90 мм.рт.ст., максимальное АД 170/120 мм.рт.ст, сопровождается головными болями в затылочной области и головокружением, купируется приемом 1 таб. капотена (25мг) под язык. Гипотензивной терапии не получает. В течение последних 6 месяцев отмечает перебои в работе сердца.

Из анамнеза жизни: у матери гипертонической болезнью.

Объективно: состояние удовлетворительное. Рост 163см, масса - 89кг. Подкожная жировая клетчатка развита избыточно. Пульс=ЧСС=80 в мин. АД 160/100 мм.рт.ст. Границы сердца: правая - по правому краю грудины в 4 м/р., верхняя - в 3 м/р., левая по левой среднеключичной линии в 5 м/р. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, в области верхушки систолический шум с проведением до передней подмышечной линии. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень 9-8-7 см. Отеков нет.

Обследование: биохимический анализ крови: общий холестерин - 6,8 ммоль/л, ТГ - 2,3 ммоль/л. ОАМ плотность - 1020, белок- нет, лейкоциты - 2-3 в п/зр.

ЭКГ: синусовый ритм ЧСС 80 в мин.

ЭхоКС: аорта несколько уплотнена. АК и МК не изменены. ЛП - 42, ЛЖ -57, МЖП - 10, ЗСЛЖ - 10, ММЛЖ - 232 г, ИММЛЖ - 169г/м², ФВлж -51%, индекс сферичности ЛЖ - 0,63, КДОлж - 184 мл, ИКДОлж - 102 (N - 85мл). 85мл). Правые отделы не расширены. По доплеру: на АК и МК кровотоки не изменены, на МК регургитация (+-++) E/A - 0,9, ВИВРЛЖ - 88мс.

Консультация окулиста: на глазном дне вены расширены, извиты, артерии несколько сужены.

1. Выделите синдромы
2. Интерпретируйте данные ЭхоКС
3. Поставьте предварительный диагноз
4. Дополнительные методы обследования и ожидаемые результаты
5. Лечение
6. Прогноз.