

ЗАДАЧА 1

Мужчина 38 лет предъявляет жалобы на слабость, потливость, субфебрилитет вечером, учащенное сердцебиение. Считает себя больным около месяца. Страдает хроническим гайморитом с частыми обострениями. 2 месяца назад удалил 2 зуба. При осмотре состояние относительно удовлетворительное. Телосложение правильное. Кожные покровы бледные влажные. Температура 37.0 С. Увеличены подчелюстные и передние шейные л/у с двух сторон. Отеков нет. ЧДД - 20 в мин. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет ЧСС 110 в мин. АД 190/40 мм рт.ст. Аускультативно; резко ослаблен 2 тон, убывающий диастолический шум, слева от грудины максимум. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. нижний край слегка болезненный, мягко-эластический, нижняя граница печени в 5 м/р: по правой среднеключичной линии. Селезенка несколько увеличена. В общем ан. крови; Эр. $4,5 \cdot 10^{12}$ /л., Лейк. – $11,0 \cdot 10^9$ /л, п/я - 8. с/я – 57% лим. – 30%. СОЭ -23 мм/ч, СРБ ++. ЭКГ: синусовая тахикардия 105 в мин. Отклонение ЭОС влево. Гипертрофия миокарда ЛЖ. Рентгенография органов грудной клетки: расширение тени сердца **влево** за счет ЛЖ. В легких без патологии.

Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

ЗАДАЧА 2

Больная П, 26 лет, поступила с жалобами на ноющие боли в левой половине грудной клетки, сердцебиение, перебои в сердце, слабость. Год назад во время ангины появились боль, перебои в сердце. При ЭКГ выявлена синусовая тахикардия, экстрасистолия. Не лечилась. Обратилась к врачу в связи с усилением болей в области сердца и была госпитализирована. Объективно: отеков нет. Дыхание везикулярное. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, левая 2 см влево от срединно-ключичной линии. Тоны сердца аритмичные, 80 в мин. Систолический шум на верхушке. АД 110/80 мм рт.ст. Печень не увеличена.

Анализ крови: Hb-130 г/л, лейкоциты - $5,1 \times 10^9$, формула без особенностей, СОЭ-25 мм/ч, общий белок-74 г/л, альбумины - 53%, глобулины- а1-5%, а2-6%, в-10%, гамма-26%. ЭКГ: ритм синусовый, PQ-0,24с, единичные желудочковые и предсердные экстрасистолы.

Предварительный диагноз. План обследования. План лечения.

ЗАДАЧА 3

Мужчина 50 лет, госпитализирован впервые, с клиникой прогрессирующей стенокардии. В процессе лечения появилась и стала постепенно нарастать одышка, появились отеки голеней и стоп, резко снизилась толерантность к физической нагрузке. В легких дыхание везикулярное с ослаблением и умеренным количеством влажных мелкопузырчатых над нижними отделами, ЧДД 24 в минуту, верхушечный толчок в 6 м/р по передне-подмышечной линии, слабый, разлитой: прекардиальная пульсация в 3-4 м/р слева от грудины. Тоны сердца пригл., ритмичные, ЧСС 92 в минуту, АД 125/80 мм рт.ст.. ЭКГ: ритм синусовый, нормальная ЭОС, QS V1-V4, элевация сегмента ST сливающихся с зубцом Т в этих же отведениях (без динамики за 3 недели пребывания в стационаре). Рентгенография органов грудной клетки - признаки венозного застоя в легких. Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

ЗАДАЧА 4

Больной А. 52 года, поступил в клинику в 14 часов с жалобами на боли за грудиной. Заболел остро: на работе в 12 ч внезапно у больного появилось чувство сжатия и боли за грудиной, а затем сердцебиение. Вызвана бригада «скорой помощи». После внутривенного вливания боль несколько уменьшилась, но состояние не улучшилось. Больной доставлен в стационар.

При осмотре: состояние тяжелое, кожные бледные, губы слегка цианотичные, конечности холодные. Тоны сердца глухие, ритмичные. Пульс 180 в минуту, слабый. АД 85/60 мм рт.ст. Данные ЭКГ: пароксизмальная желудочковая тахикардия.

Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

ЗАДАЧА 5

Больной 48 лет госпитализирован с жалобами на резкую слабость, одышку при незначительной физической нагрузке, головокружение, давящие боли за грудиной при ходьбе. Вышеуказанные жалобы появились год назад, постепенно прогрессировали. Состояние было расценено как стенокардия, получал лечение нитратами, β -блокаторами – без эффекта. В течение года отмечает усиленное выпадение волос, повышение потребности в кислых, солёных продуктах. При очередном обращении в поликлинику выявлено снижение Нв до 34 г/л, в связи с чем экстренно госпитализирован.

В анамнезе – редкие простудные заболевания, пневмония, хронический геморрой с редкими обострениями.

При поступлении состояние больного средней степени тяжести. Выраженная бледность слизистых и кожных покровов. Периферические лимфоузлы не увеличены. Над лёгкими лёгочный звук, дыхание везикулярное, ЧД 22 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, систолический шум над областью сердца, ритм правильный 94 в мин, А/Д 110/70 мм рт.ст. Печень, селезёнка не увеличены. Койлонихии.

В анализе крови: Нв 40 г/л, цв. показатель 0,78, ретикулоциты 10%, тромбоциты $300 \cdot 10^9$ /л, лейкоциты $7,8 \cdot 10^9$ /л, п/я 4%, сегм 72%, эоз 2%, лимф 18%, мон 4%. Анизоцитоз, пойкилоцитоз, микроцитоз. Сывороточное железо 5,8 мкмоль/л. Анализ мочи, билирубин, креатинин, сахар крови в пределах нормы. ЭГК – ритм синусовый, диффузные изменения миокарда.

Какие ведущие клинические синдромы имеют место у больного?

Чем они обусловлены?

Предварительный диагноз.

Составьте план обследования.

ЗАДАЧА 6

Мужчина 42 лет предъявляет жалобы на загрудинные боли при физической нагрузке длительностью до 20 минут, на потери сознания без предвестников при физической активности, на перебои в работе сердца; однократно использовал нитроглицерин 1 таблетку-обморок. Данные жалобы около одного года, последний месяц симптомы появляются чаще. Три года назад умер родной брат в возрасте 43 лет (внезапная смерть). При осмотре: состояние удовлетворительное. Телосложение правильное. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Признаков недостаточности кровообращения нет. ЧДД 17 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧСС 70 в минуту, ритм правильный. Аускультативно справа во втором межреберье выслушивается систолический шум, без проведения. АД 135/70 мм рт.ст. Но органам и системам без особенностей. ЭКГ: ритм синусовый, правильный, 82 в минуту. Отклонение ЭОС влево (угол α – 15°) Гипертрофия левого желудочка, Рентгенография органов грудной клетки без особенностей. ЭХОКГ: аорта не изменена, полости сердца не расширены, глобальная и локальная сократимость не нарушены. ТМЖП 1,8 см. ТЗСЛЖ 1,2 см.

Предварительный диагноз. План обследования. План лечения.

ЗАДАЧА 7

Больной К.. 48 лет, жалуется на боль в области сердца и за грудиной с иррадиацией в левое плечо, лопатку боль приступообразного характера, возникает, во время быстрой ходьбы, сопровождается чувством страха, в покое быстро проходит. Болен 2 месяца. Лечился у невропатолога по поводу межреберной невралгии анальгином, горчичниками. Прошел курс лечения в физиотерапевтического отделения последней недели приступы возникали чаще, преимущественно в утренние часы, сопровождались одышкой. Много лет злоупотребляет курением. Страдает гипертонической болезнью. Отец и старший брат больного перенесли инфаркт миокарда. При осмотре; общее состояние удовлетворительное. Имеет избыточную массу тела. Пульс 88 в I мин ритмичный, несколько напряжен. Границы сердца расширены влево на 3 см. Над аортой акцент П тона. АД 170/100 мм рт.ст. ЭКГ: отклонение ЭОС влево, признаки ГЛЖ.

- Предварительный диагноз.
- Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
- Лечение.
- Ваш прогноз в отношении трудоспособности.

ЗАДАЧА 8

Больной Н, 37 лет. Во время ходьбы по улице упал и потерял сознание. Объективно: правосторонний гемипарез. Акроцианоз. Дыхание везикулярное. Границы сердца расширены вверх и вправо. Ритм неправильный, около 90 в мин., дефицита пульса нет. На верхушке трехчленный ритм, хлопающий I тон, диастолический шум. Акцент 2 тона и диастолической шум на легочной артерии. ЭКГ: мерцательная аритмия, блокада правой ножки пучка Гиса. Рентгенограмма органов грудной клетки: прямая проекция: талия сердца сглажена, границы расширены вправо; правая косая проекция: контрастированный пищевод отклоняется по дуге радиусом 4 см; левая косая проекция: левый бронх смещен вверх, правый желудочек увеличен. Предварительный диагноз. План обследования.

ЗАДАЧА 9

Больной И., 33 лет, поступил с жалобами на одышку при ходьбе и приступы удушья по ночам, повышение температуры, потливость. С 15 - летнего возраста страдает ревматизмом, был диагностирован порок сердца. На протяжении последнего года стали появляться ознобы, повышение температуры. Лечение пенициллином приводило к временному снижению температуры. Последние 4 месяца стали беспокоить приступы удушья по ночам. Похудел.

Объективно: бледность кожных покровов, цианоз губ. Отеки голеней. Пульсация шейных сосудов. Сердце увеличено влево и вправо. Верхушечный толчок усилен. На верхушке: систолический шум, проводящийся в подмышечную область, диастолический шум. Ослабление 2 тона над аортой, диастолический шум, Пульс 96 в мин. АД 140/30 мм рт.ст. Печень + 3 см, пальпируется селезенка. Анализ крови: Hb - 88 г/л, СОЭ 57 мм/ч, лейкоциты – $12 \cdot 10^9$ /л. Анализ мочи: отн. плотность 1015, белок 0,3 г/л, эритроциты 30-40 в поле зрения, гиалиновые цилиндры - 5-7.

Предварительный диагноз. План обследования. План лечения.

ЗАДАЧА 10

Больной К., 60 лет, жалуется на приступы стенокардии в течение 3 лет, 1-2 раза в месяц, которые быстро купировались нитроглицерином. В течение последней недели загрудинная боль стала появляться при малейшем физическом напряжении по несколько раз в день, в связи с чем больной вынужден принимать по 10-15 таблеток нитроглицерина в день и соблюдать постельный режим. При осмотре: состояние ср. тяжести. Границы сердца расширены влево. Над аортой систолический шум и акцент II тона. АД 160/90 мм рт.ст. ЭКГ: ритм синусовый, отклонение ЭОС влево, признаки ГЛЖ, неглубокий отрицательный зубец Т в V₄-V₆ отведениях.

Предварительный диагноз. План обследования. План лечения.

ЗАДАЧА 11

Мужчина 45 лет, до настоящего времени считал себя здоровым. Ночью возникли интенсивные боли жгуче-давящего характера в области эпигастрия, распространяющиеся в загрудинную область (нижнюю треть), сопровождавшиеся потливостью, слабостью, длительностью 1,5 часа, нитроглицерин под язык – без эффекта (принял 5 таблеток), боли купированы (бригадой скорой помощи) наркотическим анальгетиком. Курильщик, работа связана со стрессами. При осмотре: состояние средней тяжести. Телосложение правильное. Повышенного питания. Признаков недостаточности кровообращения нет. ЧДД 20/мин. В легких дыхание жесткое, рассеянные сухие хрипы. ЧСС 48/мин, ритм правильный, АД 110/65 мм рт.ст. Тоны сердца ясные. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. ЭКГ: ритм синусовый, правильный 46/мин. Подъем сегмента ST в II III AVF на 3 мм, горизонтальное снижение ST в V₃-V₄.
Предварительный диагноз, обоснование, план лечения.

ЗАДАЧА 12

Женщина 68 лет предъявляет жалобы на приступы ритмичного и неритмичного сердцебиения длительностью до 30 минут, неоднократно рецидивирующего в течение суток, одышку при обычной физической нагрузке, боли в области сердца без четкой связи с физической нагрузкой, плохую переносимость физической, нагрузки. Год назад перенесла тяжелый грипп, после чего появились вышеуказанные жалобы: состояние ухудшается после простудных заболеваний, последнее ухудшение на фоне ОРЗ. При осмотре: состояние, относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Отеков нет. ЧДД 20 в мин. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. ЧСС около 78 в мин., ритм неправильный. АД 110/65 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень, селезенка не увеличены. Общий анализ крови: лейкоц. $8,8 \cdot 10^9/\text{л}$, эритроц. $3,8 \cdot 10^{12}/\text{л}$, Гв 110 г/л, СОЭ 17 мм/ч. СРБ +. ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 76 в мин., PQ 0,24, короткие эпизоды фибрилляции-трепетания предсердий. ЭХОКГ: аорта не изменена, КДР 5,8 см, КСР 4,1 см. ФВ 55%, нарушений локальной сократимости нет. ТМЖП = ТЗСЛЖ = 1.1 см., митральная регургитация 1 ст., трикуспидальная регургитация 1 ст. Предварительный диагноз. План обследования. План лечения.

ЗАДАЧА 14

У больного 55 лет через час после возникновения сильной давящей загрудинной боли АД снизилось до 80/50 мм рт.ст. Прибывший врач скорой помощи ввел мезатон, и больной был госпитализирован. При поступлении состояние тяжелое. Кожа холодная, влажная. Тоны сердца глухие, 100 сокращений в минуту, частые экстрасистолы. АД 85/60 мм рт.ст. Моча не отделяется. ЭКГ: патологический Q и подъем сегмента ST в грудных отведениях, желудочковая экстрасистолия.

Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

ЗАДАЧА 15

Женщина 45 лет предъявляет жалобы на ощущение толчков в области сердца и пульсации в области шеи и головы, головокружение, обмороки (особенно при быстром переходе из горизонтального в вертикальное положение), одышку в течение последних 2 мес., боли в правом подреберье, отеки ног. В анамнезе - пневмония, сотрясение мозга, сифилис, хронический цистит. Объективно: состояние средней тяжести. Кожа бледная, акроцианоз. Застойные явления по обоим кругам кровообращения. Пульсация сосудов шеи. Положительный симптом Мюсси. Пальпация области сердца - энергичный, резистентный, куполообразный верхушечный толчок в VI-VII межреберьях слева, смещен влево и вниз. Границы сердца перкуторно расширены влево и вправо. Аускультативно: I тон на верхушке ослаблен, II тон на аорте звучный с металлическим оттенком, здесь же - грубый протодиастолический шум, проводящийся к верхушке сердца, выслушивается двойной тон Траубе, двойной шум Виноградова-Дюрозье. АД 140/40 мм рт.ст. ЧСС 90 в мин. Рентгенография органов грудной клетки; признаки венозной легочной гипертензии, аорта расширена.

Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

ЗАДАЧА 16

Мужчина, 38 лет, госпитализирован с жалобами на интенсивную постоянную боль в левой руке, перебои в работе сердца, чувство нехватки воздуха, усиливающиеся при незначительных нагрузках, покашливание днем, приступы мучительного кашля по ночам с облегчением в положении ортопноэ. Объективно: состояние тяжелое. Кожа и слизистые чистые, бледные.

Выраженные застойные явления по большому кругу кровообращения. Левая верхняя конечность мраморно-бледная, холодная, пульсация на ее артериях не определяется. В легких - ослабление дыхания над нижними отделами слева и отсутствие справа, умеренное количество влажных мелкопузырчатых хрипов, ЧДД 27 в минуту. Тоны сердца приглушены ритмичны. АД 105/70 мм рт.ст. ЧСС 103 в минуту. ЭКГ: синусовая тахикардия, горизонтальная ЭОС, снижен вольтаж зубцов, АВ - блокада 1 ст., одиночная желудочковая экстрасистола. Рентгенография органов грудной клетки – признаки венозного застоя в легких, тотальное затемнение в проекции нижних отделов правого легкого с горизонтальным верхним уровнем до 5 ребра. Фракция выброса по ЭХО КГ 28%

Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

ЗАДАЧА 17

Мужчина, 48 лет, жалуется на чувства нехватки воздуха, учащенное дыхание в покое, усиливающееся при минимальных нагрузках, выраженное снижение толерантности к нагрузкам, чувство тяжести в правом подреберье, отеки голеней и стоп. Длительно страдает варикозной болезнью нижних конечностей. Объективно: явления недостаточности кровообращения по большому кругу, акцент 2 тона и систолодиастолический шум во 2 межреберье слева от грудины, варикозно расширенные вены голеней с трофическими изменениями кожи (цианоз, гиперпигментация). ЭКГ: отклонение ЭОС вправо, гипертрофия правого желудочка, высокий симметричный заостренный зубец R. ЭХО-КГ: дилатация правых камер сердца, трикуспидальная регургитация 3 ст. СДЛА 47 мм рт.ст. Предварительный диагноз, обоснование, план обследования и лечения.

ЗАДАЧА 18

Женщина, 61 года, госпитализирована с клиникой тяжелой недостаточности кровообращения по обоим кругам кровообращения. Из анамнеза, известно, что в течение последних 7 лет наблюдалась по поводу стенокардии с неуклонным повышением ее функционального класса, снижением толерантности к нагрузкам; в последний год появились частые обморочные состояния. Объективно: состояние тяжелое. Кожа и слизистые бледные, чистые. Акроцианоз. Набухшие яремные вены. Анасарка. Асцит. Правосторонний гидроторакс. Систолическое дрожание во 2 межреберье слева, от грудины, усиленный сердечный толчок. Границы сердца расширены влево до передне-подмышечной линии. Ослабление 2 тона на аорте; грубый интенсивный систолический шум с эпицентром в точке Боткина, проводящийся на сосуды шеи. АД 120/30 мм рт.ст. ЧСС 64 в мин. ЭКГ: синусовый ритм, отклонение ЭОС влево, признаки выраженной гипертрофии миокарда ЛЖ. Рентгенография органов грудной клетки - расширение: тени сердца за счет левых отделов, расширение и утолщение аорты; корни легких расширены, усилен легочный рисунок; правосторонний гидроторакс с уровнем жидкости до переднего отрезка 4 ребра.

Предварительный диагноз, обоснование, план обследования и лечения.

ЗАДАЧА 19

Женщина, 42 лет, наблюдается онкологом по поводу рака левой молочной железы; выполнена радикальная мастэктомия, в течение последнего года трижды проводились курсы массивной лучевой терапии; данных за прогрессирование процесса в настоящее время нет. В течение последнего месяца прогрессирует одышка, усиливающаяся при незначительной нагрузке, появились одутловатость лица и набухание шейных вен, начал формироваться асцит. Объективно: состояние средней тяжести. В постели лежит горизонтально. Кожа и слизистые чистые, бледноватые. Отеков нет. В легких в нижних отделах с обеих сторон крепитирующие хрипы, верхушечный толчок не определяется. Перкуторно границы сердца умеренно расширены во все стороны. Аускультативно - трехчленный ритм за счет перикард тона. АД 110/70 мм рт.ст. ЧСС 80/мин. пульс парадоксальный. ЭКГ: расширение зубца Р, низкий вольтаж зубцов, отрицательный зубец Т практически во всех отведениях. Рентгенография органов грудной клетки - сердечная тень сглажена, расширена, дуги сердца плохо дифференцируются, экстраперикардialные сращения, плевроперикардialные спайки.

Предварительный диагноз, план обследования.

ЗАДАЧА 20

Больной С., 52 лет, жалуется на чувство распирания за грудиной, появляющееся периодически во время быстрой ходьбы или при физической нагрузке, из-за чего он вынужден останавливаться или прекращать нагрузку. Впервые эти явления возникли 4 месяца назад во время поднимания тяжести, затем повторились несколько раз. Не лечился. Последний приступ был более интенсивным и продолжался до 10 мин, в связи с чем больной обратился в поликлинику. Состояние удовлетворительное. Пульс 86 в мин. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца звучные, чистые. АД 130/80 мм рт.ст., на ЭКГ изменений не выявлено.

Предварительный диагноз. Ваша тактика? Необходимое лечение? Прогноз в отношении трудоспособности.

ЗАДАЧА 21

Больной М. 45 лет обратился с жалобами на давящие боли за грудиной с чувством нехватки воздуха и онемением левой руки. Впервые описанные боли появились неделю назад при ходьбе (1-2 раза в день). После прекращения движения обычно проходят самостоятельно практически сразу. Сегодня ночью проснулся от таких болей, продолжавшихся 15 мин. 250 метров до поликлиники преодолел с трудом: боли за грудиной через каждые 20-30 шагов. При осмотре патологии выявить не удастся.

Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

ЗАДАЧА 22

Больной Л.. 47 лет, поступил с жалобами на приступы более сжимающего характера за грудиной, иррадиирующих в левое плечо. Приступы появились 2 недели назад, возникают ранним утром, продолжаются около 5 мин, быстро купируются нитроглицерином. Обычно 2-3 приступа повторяются с интервалом около 10 мин, сопровождаются перебоями в работе сердца. На ЭКГ снятой во время приступа бригадой скорой помощи, отмечается подъем ST в грудных отведениях, единичные желудочковые экстрасистолы. При объективном исследовании патологии со стороны внутренних органов не выявлено. ЭКГ: ритм синусовый, экстрасистол нет. ST на изолинии. Общий анализ крови без особенностей. АСТ, АЛТ, КФК, ЛДГ- крови в пределах нормы. Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

ЗАДАЧА 23

Женщина 74 лет, страдает ИБС. В анамнезе передний ИМ 10 лет назад, после которого на ЭКГ постоянно регистрировалась полная блокада левой ножки пучка Гиса. В течение последнего года на ЭКГ эпизодически регистрировалась АВ-блокада 1 степени. Ухудшение состояния в течение последнего месяца: частые приступы общей слабости, головокружения, пред- и обморочные состояния без связи с положением тела. В момент этих приступов на ЭКГ регистрируется: синусовый ритм частота зубцов Р 76 в мин. Каждый второй QRS комплекс выпадает, частота комплексов 38 в мин, в левых грудных отведениях 0.16 сек с высоким R и дискордантным ему смещением сегмента ST и зубца Т, время внутреннего отклонения в левых грудных отведениях 0.07 сек.

Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

ЗАДАЧА 24

Больной 68 лет госпитализирован с жалобами на одышку в покое, вплоть до приступов удушья по ночам, перебои в работе сердца, отёки нижних конечностей, увеличение в объеме живота.

В течение многих лет страдает артериальной гипертонией с максимальными цифрами АД 200/100 мм рт.ст. Эпизодически принимал капотен, клофелин. Год назад перенёс инфаркт миокарда, после чего прогрессивно нарастала одышка, появилось ощущение сердцебиения и перебоев в работе сердца. Периодически отмечает появление отёков ног, проходящих после приёма мочегонных. Постоянно получал дигоксин, энап, фуросемид, нитросорбид. В течение последнего месяца одышка усилилась, возникали ночные приступы удушья, отёки ног приобрели стойкий характер.

При поступлении состояние больного тяжёлое. Ортопноэ. Цианоз губ, «холодный» акроцианоз. ЧД 24 в 1 мин. Над лёгкими в нижних отделах справа – незвонкие влажные хрипы, там же укорочение перкуторного звука и ослабление дыхания. Границы сердца расширены влево. Тоны сердца глухие, систолический шум на верхушке, ритм неправильный, ЧСС около 86 в 1 мин, АД 160/90 мм рт.ст. Живот увеличен в объёме за счёт свободной жидкости. Отёки, голеней, бёдер, передней брюшной стенки. Клинические анализы без патологии. На ЭКГ – неправильная форма трепетания предсердий, частота 68 - 106 в 1 мин, в V_2 - V_5 – комплекс QS. На серии ЭКГ в течение года – без существенной динамики. Рентгенологически – явления застоя в малом круге кровообращения.

- Сформулируйте клинический диагноз.
- Дальнейшая программа обследования.
- Назначьте лечение.
- Каков прогноз?

ЗАДАЧА 25

Пациент 56 лет считает себя больным в течение 6 месяцев, когда при занятиях бегом стали появляться боли за грудиной давящего, сжимающего характера с иррадиацией в руку. Боли проходили при прекращении физической нагрузки. Больной прекратил занятия физкультурой. Последние три месяца приступы загрудинных болей стали возникать при незначительных стрессах, при ходьбе на расстояние 1-2 кварталов, подъёме на лестницу на 1-2 этажа. Боли купировались приёмом нитроглицерина сублингвально. В покое боли в грудной клетке не возникали. При случайных измерениях АД было 160/90 мм рт.ст. Больной курит до 10-12 сигарет в день.

При осмотре – умеренного питания, кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, тоны сердца ясные, ритм правильный 72 уд/мин, АД 140/80 мм рт.ст. Печень не увеличена, периферических отёков нет.

В крови: холестерин 7,8 ммоль/л (№ - 3,1 – 5,2 ммоль/л), триглицериды 1,02 ммоль/л (№ - 0,2 ммоль/л), глюкоза 4,6 ммоль/л. На ЭКГ ритм синусовый, ЧСС 72 уд/мин, признаки гипертрофии левого желудочка. С диагностической целью была проба с физической нагрузкой на тредмиле. Больной выполнял нагрузку в течение 9 мин 50 сек, при этом на ЭКГ отмечалась депрессия сегмента ST на 2 мм ниже изолинии в нижнебоковых отведениях. Во время восстановительного периода возникло мерцание предсердий. При коронарографии выявлены атеросклеротические бляшки в левой коронарной артерии, сократительная функция левого желудочка нарушена. В правой коронарной артерии обнаружен стеноз в средней части на 90%, в дистальном отделе – на 70% просвета.

- Сформулируйте клинический диагноз.
- Назначьте лечение больному.

ЗАДАЧА 26

Больной 61 года на протяжении последних четырёх лет стали беспокоить загрудинные боли, возникающие при эмоциональных нагрузках, при быстрой ходьбе, на холодном ветру, после обильной еды. Боли возникали до 4-5 раз в день. Одышки не было. Последние три года во время болевых приступов – тахикардия 110-120 уд/мин и подъём АД до 170/90-100 мм рт.ст. На ЭКГ в покое без существенных изменений.

При осмотре – пульс 76 уд/мин, ритмичный. Границы сердца в пределах нормы, тоны приглушены. Со стороны лёгких, органов брюшной полости без патологии, периферических отёков нет.

- Сформулируйте предварительный диагноз.
- Будет ли препятствовать нормальная ЭКГ больного диагностике ИБС?
- Можно ли по клиническим данным определить функциональный класс стенокардии?
- Если можно, то назовите его.
- Если нельзя, то какие дополнительные исследования с этой целью можно назначить: а) более простые; б) более сложные?
- Препараты какой группы из антиангинальных средств наиболее предпочтительны при лечении этого больного? Почему?

ЗАДАЧА 27

Больной 57 лет находился в клинике по поводу трансмурального инфаркта миокарда. На 12 день заболевания у больного возникли сильные боли в левой половине грудной клетки, связанные с дыханием, повысилась температура до 38° , на следующий день появился сухой кашель.

При осмотре выявлено ослабление дыхания ниже угла лопатки слева, шум трения перикарда на ограниченном участке, на ЭКГ – динамика переднеперегородочного инфаркта миокарда. При рентгенологическом исследовании грудной клетки выявлено наличие жидкости в левой плевральной полости. Анализ крови: Нв 130 г/л, лейкоц $12 \cdot 10^9$ /л, эоз 8%, п/я 9%, сегм 68%, лимф 11%, мон 4%,

СОЭ 30 мм/час.

- О каком осложнении инфаркта миокарда нужно думать в первую очередь?
- Сформулируйте полный клинический диагноз.
- Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 28

Больной 64 лет поступил с жалобами на одышку при ходьбе и в покое, отёки голеней. Болен в течение пяти лет, когда стали беспокоить боли за грудиной сжимающего характера, возникающие при ходьбе, подъёме по лестнице, а затем и в покое. Боли купировались приёмом нитроглицерина сублингвально. Два года назад перенёс инфаркт миокарда, после чего стала нарастать одышка, вначале при физической нагрузке, а в последнее время и в покое, преимущественно по ночам, появились отёки.

При осмотре – положение ортопноэ, цианоз губ, отёки голеней. В лёгких – влажные хрипы в задненижних отделах. Сердце увеличено влево, ослабление 1 тона и систолический шум на верхушке, акцент 2 тона на аорте. Пульс 64 уд/мин, ритм правильный, АД 150/80 мм рт.ст. Печень выступает из-под рёберного края на 3 см. ЭКГ- ритм синусовый, глубокий Q в I, AVL, V₂₋₄ отведениях. Элевации ST нет.

- Какой синдром является ведущим в клинической картине?
- При каких заболеваниях он встречается?
- Какие дополнительные методы исследования Вы должны назначить больному?
- Сформулируйте диагноз.
- Рекомендуемое лечение.

ЗАДАЧА 29

Больной 76 лет поступил в неврологическое отделение в связи с преходящим нарушением мозгового кровообращения. В анамнезе в течение 10 лет артериальная гипертензия с нечастыми гипертоническими кризами. Регулярной гипотензивной терапии не получал. В последнее время – частые носовые кровотечения.

При осмотре обращает на себя внимание гиперемия лица, инъекция сосудов конъюнктив. Периферические лимфоузлы не увеличены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный 86 уд/мин. АД 200/105 мм рт.ст. Живот мягкий, пальпируется край печени и селезёнки. В анализе крови – эритроцитоз, повышение уровня гемоглобина, тромбоциты в пределах нормы.

- О каком заболевании нужно думать в первую очередь?
- Какие дополнительные методы исследования необходимо назначить?
- Лечебные мероприятия.

ЗАДАЧА 30

Больной 54 лет поступил с жалобами на одышку, тяжесть в правом подреберье. Болен около трёх лет, когда после перенесенного инфаркта миокарда появилась одышка при физической нагрузке. Два года назад заболевание осложнилось мерцательной аритмией, усилилась одышка, к вечеру появлялись отёки на ногах. Лечение сердечными гликозидами и мочегонными с эффектом. Ухудшение самочувствия последний месяц: появилась тяжесть в правом подреберье, выраженные отёки голеней и стоп, сердцебиение, чувство нехватки воздуха. Госпитализирован.

Состояние больного средней тяжести, выраженный акроцианоз, ортопноэ. Одышка в покое до 25 в 1 мин. Над лёгкими в нижних отделах притупление перкуторного звука, дыхание в этих отделах резко ослаблено, выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы, единичные сухие хрипы. Тоны сердца глухие, аритмичные, ЧСС около 108 уд/мин, дефицит пульса 16. В правом подреберье пальпируется болезненная с закругленным краем, гладкая, увеличенная на 8 см, печень. Трофические изменения кожи голеней. Отёки.

Назовите ведущий клинический синдром у больного?

Перечислите группу заболеваний, при которых может встречаться данный синдром.

Составьте план обследования больного.

Сформулируйте клинический диагноз.

Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 31

Больной 47 лет проснулся ночью от сильной боли за грудиной, в шее и правом плече. Почти сразу почувствовал удушье. Из-за боли и ощущения резкой нехватки воздуха не мог лежать, вскакивал с постели, ходил по комнате, выбегал на балкон. Через 30 минут после начала приступа осмотрен врачом кардиологической бригады скорой помощи.

При осмотре – состояние больного тяжёлое, бледен, цианоз губ, ЧД 34 в 1 мин, на расстоянии слышны «булькающие» хрипы. При аускультации в лёгких с обеих сторон много влажных крупнопузырчатых хрипов, выслушать тоны сердца из-за наличия хрипов невозможно. Пульс 104 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, АД 110/80 мм рт.ст.

Как Вы охарактеризуете данную клиническую ситуацию?

Основные причины возникновения данного клинического синдрома.

Сформулируйте предварительный диагноз.

Неотложные лечебные мероприятия.

Необходимое обследование больного после купирования приступа.

ЗАДАЧА 32

Больной 55 лет последние три месяца стал отмечать появление боли в грудной клетке при небольшой физической нагрузке. В течение 20 лет у больного инсулинозависимый сахарный диабет. Помимо инсулина других лекарственных препаратов не принимал. Пациент не курил, его масса тела находилась в пределах нормы. При осмотре у пациента не было выявлено каких-либо изменений со стороны сердца или других органов, однако на основании повторных измерений АД была диагностирована артериальная гипертензия с уровнем АД 170/110 мм рт.ст. Общий анализ крови, содержание мочевины, креатинина и электролитов, функция щитовидной железы и ЭКГ покоя в пределах нормы. Показатели уровня гликолизированного инсулина свидетельствовали, что лечение сахарного диабета проводилось адекватно. При рентгенологическом исследовании грудной клетки сердце в размерах не увеличено. Уровень АД нормализовался после назначения препарата из группы ингибиторов АПФ. Диагноз стенокардии подтверждался положительным эффектом назначения нитратов. Однако, несмотря на нормализацию уровня АД, полностью добиться устранения приступов стенокардии на фоне приёма нитратов не удалось.

Сформулируйте клинический диагноз у данного больного.

Какие препараты Вы ещё назначите больному?

Будете ли Вы рекомендовать на определённом этапе лечения больного проведение коронарографического исследования?

ЗАДАЧА 33

Больная 46 лет обратилась с жалобами на интенсивные головные боли, головокружение, тошноту, неприятные ощущения в левой половине грудной клетки. Больна около 5 лет, периодически регистрировалось повышение до АД 170/100 мм рт.ст, сопровождавшееся появлением головной боли, общего недомогания. Настоящее ухудшение связывает с тяжёлыми физическими перегрузками. Больная курит до 10 сигарет в день. Осмотрена гинекологом месяц назад – патологии не выявлено. При осмотре – состояние больной средней степени тяжести. Отмечено смещение левой границы сердца до среднеключичной линии, акцент 2 тона на аорте. Пульс ритмичный, несколько напряженный, 80 уд/мин, АД 180/110 мм рт.ст. анализ крови без патологии. В анализе мочи – следы белка, лейкоц 2-3 в п/зр, 0-1 выщелоченных эритроцита в п/зр.

- Сформулируйте предварительный диагноз.
- Неотложные мероприятия.
- Программа обследования больной.

ЗАДАЧА 34

Больной 27 лет поступил с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, головокружения, боли в области сердца, ознобы, потливость, общую слабость. Из анамнеза известно, что больной с 18 лет состоит на учёте у ревматолога по поводу митрального порока сердца. Последние три недели у больного отмечалась субфебрильная температура, ночная потливость, нарастающая слабость.

При осмотре: кожные покровы бледные, с сероватым оттенком, на слизистой мягкого нёба и конъюнктиве мелкоочечные кровоизлияния, склеры субиктеричны. Верхушечный толчок усиленный, разлитой, локализован в 5 межреберье на 2 см влево от срединно-ключичной линии. При аускультации – систолический дующий шум на верхушке, связанный с 1 тоном, выраженный протодиастолический шум во 2 межреберье справа. Пульс высокий и быстрый, «пляска каротид», АД 130/30 мм.

В анализе крови: Нв 88 г/л, эр $3,4 \cdot 10^{12}/л$, лейкоц $11,7 \cdot 10^9/л$, нейтр 72% со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 49 мм/час, СРБ +++, общий белок 75 г/л, альбумины 47%, глобулины 53%, α_1 7,2%, α_2 9,8%, γ 24%, фибриноген 7,1 (норма 2-4 г/л), билирубин 32 мкмоль/л, прямой 25,4 мкмоль/л, непрямой 6,6 мкмоль/л, креатинин 209 (норма 48-98 мкмоль/л), мочевины 10,6 (норма 2,5 – 8,3 ммоль/л).

- О каком заболевании следует думать прежде всего? Почему?
- Какие дополнительные исследования Вы назначите для уточнения диагноза?
- Принципы лечения данного заболевания.

ЗАДАЧА 35

Больной 56 лет поступил с жалобами на озноб, пот. Лихорадку, ноющие боли в области сердца, сердцебиения, одышку при физической нагрузке, головные боли, общую слабость. Заболел внезапно три месяца назад после переохлаждения, отмечал повышение температуры до 39-40° с потрясающим ознобом и проливным потом. За это время сильно похудел, появилась выраженная мышечная слабость, затем присоединилась нарастающая одышка, головная боль, носовые кровотечения. В анамнезе указания на какие-либо заболевания отсутствуют.

При осмотре состояние больного тяжёлое, бледен, питание снижено. На голенях и стопах свежие геморрагические высыпания, петехиальные до 2 см в диаметре. Умеренная пульсация каротид. Левая граница сердечной тупости на 3 см кнаружи от среднеключичной линии. Систолический и диастолический шум на всех точках, пульс 120 уд/мин, быстрый, высокий, ритмичный. АД 120/40 мм рт.ст. Печень плотная с закругленным краем, чувствительная при пальпации, размеры 12*14*12 см. Пальпируется селезёнка, размеры её 17*8 см. В крови: Нв 103 г/л, эр $3,5 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоц 8,2*10⁹/л, п/я 8%, с 67%, лимф 21%, мон 4%, СОЭ 44 мм/час. Фибриноген 6,8 г/л, общий белок 92 г/л, альбумины 32%, гамма глобулины 30%. При бактериологическом исследовании трижды выделен эпидермальный стафилококк. В анализе мочи: белок 0,66 г/л, эритроц 6-8 в п/зр. На ЭКГ синусовый ритм, блокада передневерхней ветви левой ножки пучка Гиса, гипертрофия левого желудочка. ЭХОКГ: подвижность створок клапана аорты не ограничена, на свободных краях створок булавовидные вегетации, пролабирующие в диастолу за плоскость аортального кольца в выводной отдел левого желудочка. Умеренная дилатация полостей, концентрическая гипертрофия миокарда левого желудочка

- Достаточно ли у Вас данных, чтобы поставить диагноз?
- Если достаточно, то сформулируйте клинический диагноз.
- Назначьте лечение больного.
- Определите прогноз.

ЗАДАЧА 36

Больной 70 лет поступил с жалобами на отёки ног, одышку в покое. В анамнезе дважды перенесенный инфаркт миокарда.

Объективно: ортопноэ, в лёгких ослабление дыхания справа, застойные влажные хрипы. При аускультации сердца – мерцательная аритмия с ЧСС около 120 уд/мин, дефицит пульса 12 уд/мин. Печень увеличена, границы по Курлову 14 -12 –11 см. Рентгенологически расширение сердца в поперечнике, жидкость в правой плевральной полости до 7 ребра, слева – в синусе, признаки интерстициального отёка лёгких в базальных отделах. При пункции плевральной полости получен трансудат.

- Сформулируйте клинический диагноз.
- Составьте план обследования больного.
- Какие данные Вы ожидаете увидеть при ЭХО КГ?
- Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 37

Больной 62 лет госпитализирован в отделение кардиореанимации в связи с приступом удушья, возникшего впервые в жизни. В анамнезе указания на артериальную гипертензию в течение последних 10 лет.

Состояние при поступлении тяжёлое. Ортопноэ. Одышка до 36 в 1 мин. Над лёгкими масса влажных разнокалиберных хрипов. Тоны сердца приглушены. На фоне правильного ритма выслушиваются редкие экстрасистолы, ЧСС 100 уд/мин, АД 170/100 мм рт.ст. Печень у края рёберной дуги, пальпация живота безболезненная. Периферических отёков нет.

ЭКГ – ритм синусовый, тахикардия, единичные желудочковые экстрасистолы, полная блокада левой ножки пучка Гиса. В анализе крови: лейкоцитоз $10 \cdot 10^9/\text{л}$, нейтрофилёз, СОЭ 5 мм/час, КФК 600 ЕД/л (N 40-190 ЕД/л), МВ-фракция 20% (N 4-6%).

После проведённого лечения (лазикс, морфин, нитроглицерин) самочувствие больного улучшилось, одышка регрессировала. На 5 день больной предъявил жалобы на боли в области сердца постоянного характера, усиливающиеся при дыхании, поворотах туловища. Приём нитроглицерина болевого синдрома не купировал.

Объективно: состояние больного относительно удовлетворительное. Над лёгкими хрипов нет. Тоны сердца приглушены, в прекардиальной области выслушивается шум трения перикарда. ЧСС 80 уд/мин, ритм правильный.

- С чем связано появление новых жалоб больного?
- Сформулируйте клинический диагноз.
- Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 38

70-летний больной поступил с жалобами на отёки ног, одышку в покое. В анамнезе дважды перенесенный инфаркт миокарда.

Объективно: положение ортопноэ. В лёгких ослабление дыхания справа, застойные влажные хрипы в нижних отделах. Мерцательная аритмия, ЧСС 120 уд/мин с дефицитом пульса. Печень выступает из подреберья на 4 см. Рентгенологически расширение сердца в поперечнике, жидкость в правой плевральной полости, признаки интерстициального отёка лёгких в базальных отделах. В плевральном пунктате белок 12 г/л.

- Сформулируйте клинический диагноз.
- Чем обусловлено наличие выпота в плевральных полостях?
- Назначьте лечение

ЗАДАЧА 39

Больной 65 лет жалуется на одышку в покое, сердцебиение, тяжесть в правом подреберье. Болен около 3 лет, когда через несколько месяцев после перенесённого инфаркта миокарда появилась одышка при физической нагрузке. Два года назад течение заболевания осложнилось мерцательной аритмией, усилилась одышка, к вечеру появлялись отёки на ногах. Лечение мочегонными, сердечными гликозидами с положительным эффектом. Последнее ухудшение последний месяц: появилась тяжесть в правом подреберье, значительно усилились отёки, чувство нехватки воздуха, сердцебиение.

Состояние больного средней степени тяжести. Выраженный акроцианоз, ортопноэ. Одышка в покое до 25 в 1 мин. Над лёгкими в нижних отделах некоторое притупление перкуторного звука, дыхание резко ослаблено, выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы, единичные сухие хрипы. Тоны сердца глухие, аритмичные, ЧСС 108 уд/мин, пульс 92 уд/мин. В правом подреберье пальпируется болезненная с закругленным краем, гладкая, увеличенная на 8 см печень. Трофические изменения кожи голеней, отеки.

- Сформулируйте диагноз.
- Как называется симптом разницы ЧСС и пульса и чем он обусловлен?
- Какие изменения Вы ожидаете увидеть при ЭХО КГ?
- Перечислите группы препаратов, которые необходимо назначить больному?

ЗАДАЧА 40

Больной 60 лет госпитализирован с жалобами на одышку в покое и при ходьбе, отёки нижних конечностей.

Болен в течение 5 лет, когда стали беспокоить боли за грудиной сжимающего характера, возникающие при физической нагрузке, исчезающие после приёма нитроглицерина через 2-3 мин. Два года назад перенёс инфаркт миокарда, после чего прогрессивно нарастала одышка, вначале при ходьбе, а в последнее время в покое и по ночам, появились отёки. Периодически принимал мочегонные.

При осмотре: положение ортопноэ, цианоз губ, отёки голеней. Над лёгкими в задненижних отделах – незвонкие влажные хрипы. Границы сердца расширены влево, систолический шум на верхушке, ритм правильный, ЧСС 88 в 1 мин, АД 160/80 мм рт.ст. Печень выступает из-под рёберного края на 3 см. ЭКГ - ритм синусовый, правильный, глубокий Q в I, AVL, V₄₋₆ отведениях.

- Какой синдром является ведущим в клинической картине?
- При каких заболеваниях он встречается?
- Сформулируйте клинический диагноз.
- Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 41

Больная 40 лет около 15 лет назад перенесла полиартрит с высокой температурой, опуханием и покраснением коленных, локтевых и голеностопных суставов, отмечалась летучесть болей. В течение месяца лечилась аспирином. Через 5 лет появилась одышка при ходьбе, сердцебиение, в последние два года – отёки голеней, «перебои» в работе сердца

Объективно: пониженное питание, цианоз губ. Пульс 100 уд/мин, аритмичный, малый. АД 100/80 мм рт.ст. Границы относительной тупости сердца смещены: левая - на 1 см влево от среднеключичной линии, верхняя – второе ребро, правая – на 1 см вправо от правого края грудины. Аускультативно: ритм неправильный, тахикардия, 1 тон на верхушке усилен, здесь же выслушивается систолический и диастолический шум, акцент 2 тона на лёгочной артерии. В задненижних отделах лёгких небольшое количество влажных мелкопузырчатых хрипов. Печень по Курлову 14-11-9 см, пальпируется слегка болезненный уплотнённый её край. Пастозность голеней и стоп. Лабораторные данные без патологии. На ЭКГ – ритм неправильный (R-R разные), P отсутствует, $S_I - R_{III}$, высокий R в V_1, II, AVR , глубокий S в $V_{5,6}$.

- Поставьте предварительный диагноз.
- Дайте заключение по ЭКГ
- Назначьте дополнительные обследования для уточнения диагноза.

ЗАДАЧА 42

Больная 17 лет жалуется на периодические подъёмы температуры до субфебрильных цифр, слабость, потливость, сыпь на коже, боли в суставах. В анамнезе малая хорея, ангины. Вышеуказанные жалобы появились две недели назад.

Объективно: на коже анулярная эритема. Пульс лабильный ритмичный 72 – 96 уд/мин, сердце не увеличено, тоны слегка приглушены, соотношение тонов сохранено, лёгкий систолический шум на верхушке. В анализе крови СОЭ 25 мм/час, альбуминов 46%, глобулинов 54% (α_2 12%, γ 29%). На ЭКГ интервал PQ 0,26, диффузные изменения миокарда.

Выделите синдромы.

- Сформулируйте диагноз.
- Обоснуйте план диагностических мероприятий.
- Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 43

У больного 53 лет, курильщика, в течение двух месяцев наблюдаются приступы сжимающих болей за грудиной, связанные с быстрой ходьбой, подъёмами по лестнице. Боль иррадирует в левую руку и лопатку. Длится 3-5 минут, проходит после приёма нитроглицерина или в покое. За неделю до поступления в клинику приступы загрудинных болей участились до 3-6 раз в день, дважды возникали и в покое. Боль стала интенсивнее, за сутки больной принимает до 8-10 таблеток нитроглицерина.

При осмотре состояние больного удовлетворительное, больной повышенного питания, кожные покровы обычной окраски. Лёгкие без патологии. Границы сердца не смещены. Ритм правильный 84 в 1 мин, АД 130/80 мм рт.ст. Печень не увеличена, отёков нет. Холестерин 7,5 ммоль/л (N 3,1-5,2), ЭКГ депрессия ST_{III,II,AVF}. АСТ, АЛТ в норме.

- Определите и обоснуйте диагноз.
- Какую динамику приобрела болезнь? Назовите синдром с учётом классификации ВОЗ.
- Ваша тактика.
- Перечислите группы препаратов, которые необходимо назначить больному.

ЗАДАЧА 44

Больной 47 лет около трёх лет отмечает давящие боли за грудиной при выполнении физических нагрузок и волнениях, повышение АД. Бои проходят в покое или после приёма нитроглицерина через 1-2 минуты. Объективно: внутренние органы без патологии. АД 160/100 мм рт.ст. ЭКГ в покое патологии не выявила. При велоэргометрии выполнена максимальная нагрузка 60 Вт в течение 4 минут, общая продолжительность нагрузки 12 минут. При её выполнении появились изменения на ЭКГ – частые желудочковые экстрасистолы.

- Определите и обоснуйте диагноз.
- Назовите показания для велоэргометрии, критерии её положительного результата.
- Назначьте необходимые дополнительные методы исследования.
- Назначьте лечение.

ЗАДАЧА 45

Больная 20 лет жалуется на одышку при подъёме на лестницу и кровохарканье.

Объективно: цианотический румянец, в лёгких застойные явления. В положении на левом боку пальпируется пресистолическое дрожание в области верхушки сердца. Границы сердца смещены вверх и вправо. Мерцательная аритмия, тахисистолическая форма, хлопающий 1 тон и диастолический шум на верхушке. Печень увеличена, плотноватая, слегка болезненная. При контрастном рентгенологическом исследовании пищевод отклоняется по дуге малого радиуса. В анализе крови лейкоц 4,8*10⁹/л, СОЭ 5 мм/час, СРБ отрицательный.

- Укажите возможные изменения ЭКГ- картины. Объясните их причины.
- Выделите синдромы
- Сформулируйте диагноз

ЗАДАЧА 46

Больная 25 лет поступила с жалобами на одышку в покое, ноющие и колющие боли в области сердца, сердцебиение при малейшей физической нагрузке, отёки на ногах, увеличение живота. Ухудшение состояния отмечает в течение двух месяцев, связывает с простудой. 8 лет назад у больной после охлаждения болели и припухали суставы рук и ног, была высокая температура. С тех пор беспокоит одышка при быстрой ходьбе и значительном физическом напряжении.

При поступлении в клинику отмечается цианоз губ, носа, пальцев рук и ног, массивные отёки на обеих нижних конечностях, а также в области брюшной стенки и поясницы. Границы относительной сердечной тупости: правая по правой парастернальной линии, верхняя на уровне 2 ребра. На верхушке усиление 1 тона, пресистолический и систолический шумы, в точке выслушивания трёхстворчатого клапана выявляется ослабление 1 тона, систолический шум.

На лёгочной артерии акцент и расщепление 2 тона, положительный венный пульс на шее.

ЧСС 90 уд/мин, ритм правильный. АД 110/70 мм рт.ст. Над лёгкими перкуторный лёгочный звук, выслушивается жёсткое дыхание, значительное количество рассеянных сухих хрипов. Ниже обеих лопаток и в аксиллярных областях большое количество влажных мелкопузырчатых хрипов. В брюшной полости определяется свободная жидкость. Край печени на 6 см ниже рёберной дуги, плотный, безболезненный при ощупывании. На ЭКГ: $S_I - R_{III}$, ширина QRS 0,14 сек, время внутреннего отклонения в $V_{1,2}$ 0,08 сек. После лечения отёки исчезли.

- Поставьте предварительный диагноз.
- Дайте заключение по ЭКГ.
- Обоснуйте план обследования больной.

ЗАДАЧА 47

У больного 24 лет после физического перенапряжения внезапно появилось удушье и кашель с кровянистой мокротой. Пять лет назад у него был выявлен ревматический порок сердца.

Объективно: акроцианоз, цианотический румянец, одышка при разговоре. В лёгких жёсткое дыхание, в нижних отделах большое количество незвучных мелкопузырчатых хрипов. Сердце расширено во все стороны, 1 тон на верхушке хлопающий, 2 тон на лёгочной артерии акцентирован. Систолический и диастолический шум на верхушке, последний с пресистолическим усилением. Пульс более полный на правой руке. АД 95/70 мм рт.ст. Печень увеличена, на 2,5 см выступает из-под рёберного края, болезненна, плотнее обычного. Рентгенологически: лёгкие с застойным рисунком. Сердце увеличено во всех размерах. Кровь: лейкоциты $10 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ 15 мм/час.

- Ваш диагноз.
- План обследования.
- Объясните причину асимметрии пульса.
- План лечения.

ЗАДАЧА 48

Больной 56 лет обратился с жалобами на появление в последние две недели в ночные часы суток нескольких, следующих один за другим приступов боли за грудиной и в эпигастрии. Приступ боли сопровождался одышкой и ощущением вздутия живота. При физической нагрузке болевых ощущений не возникало. Данные болевые ощущения были расценены врачом как имеющие диспепсический характер, в связи с чем была проведена гастроскопия, которая не выявила патологических изменений. У больного в течение нескольких лет отмечена артериальная гипертензия. Больной курит по 20 сигарет в день, сахарный диабет отрицает. Указания на другие заболевания отсутствуют. При осмотре по органам без особенностей. Больной принимает атенолол по 50 мг в сутки. АД 150/95 мм рт.ст. Анализ крови (клинический) и мочи без патологии. В биохимическом анализе крови холестерин натощак – 6,2 ммоль/л (№ - 3,4-5,5), триглицериды ЛНП – 4,7 ммоль/л (№ - 1,5-3,5), триглицериды 1,2 ммоль/л (№ - 0,2) ЭКГ вне болевого приступа очаговых изменений не выявила.

- Предполагаемый диагноз.
- Какие факторы риска ИБС имеются у больного?
- Дополнительные исследования, которые надо назначить больному.
- Предложите схему лечения данного больного.

ЗАДАЧА 49

Больная 25 лет жалуется на пульсацию во всём теле, появление обморочных состояний, головокружение, незначительную одышку. Имеется «пляска каротид». АД 170/30 мм рт.ст. Пульс 80 уд/мин. При перкуссии определяется значительное увеличение сердца влево. Куполообразный верхушечный толчок смещён вниз и влево. Аускультативно: 1 тон ослаблен, диастолический шум убывающего характера на аорте и в V точке. ЭКГ – отклонение ЭОС влево, признаки ГЛЖ, отрицательный зубец Т и смещение сегмента ST вниз в отведениях V₅₋₆. Анализ крови без особенностей.

- Предварительный диагноз.
- План обследования.
- Объясните механизм формирования изменений ЭКГ.

ЗАДАЧА 50

Больная 48 лет поступила с жалобами на повторяющиеся эпизоды загрудинных болей, которые появились месяц назад. Сначала болевые приступы возникали при физической нагрузке, затем они стали более интенсивными, частота их увеличилась, и при поступлении в клинику приступы у больной возникали в покое. Больная страдает сахарным диабетом, артериальной гипертензией, в связи с чем получает атиенолол, метформин. Она не курит, менструации прекратились 2 года назад. У больной масса тела 85 кг, рост 160 см, индекс массы тела 33 кг/м². Пульс правильный 90 уд/мин, АД 150/100 мм рт.ст. Анализ крови клинический, ан. мочи, уровень мочевины и креатинина, ТТГ в крови – нормальные. КФК, КФК-МВ фракция, тропонины - в норме. Уровень холестерина натощак – 7,4 ммоль/л (№ 3,4-5,5), ЛПНП – 6,53 ммоль/л (№ 1,5-3,5), ЛПВП – 0,7 ммоль/л (№ ≥ 0,9), триглицеридов – 3,8 ммоль/л (№ 1-2). Во время болевого приступа на ЭКГ отмечена депрессия ST сегмента в отведениях III, II, AVF. Через 4 часа после приступа эти изменения на ЭКГ исчезли.

- Сформулируйте клинический диагноз.
- Как устранить факторы риска, имеющиеся у больной?
- Назначьте лечение больной.

ЗАДАЧА 51

Больной 57 лет страдал стабильной стенокардией II функционального класса. После активной работы на дачном участке отметил учащение болевых приступов и снижение купирующего эффекта обычно принимаемых препаратов. Госпитализирован.

В анализе крови при поступлении лейкоц. $10 \cdot 10^9 / \text{л}$, повышен уровень КФК, МВ – фракции КФК, тропонина. На ЭКГ ритм правильный, нарушений атриовентрикулярной и внутрижелудочковой проводимости нет. В отведениях V_{2-4} выявлен комплекс QS и элевация сегмента ST, в III и AVF – депрессия ST. На 5 сутки пребывания в стационаре внезапно потерял сознание, пришёл в себя через 1-2 минуты. Зафиксировано снижение АД до 60/40 мм рт.ст., тахикардия до 100 ударов в мин. После синкопального состояния у больного впервые стал выслушиваться систолический шум на верхушке сердца, появилась выраженная одышка.

- Наиболее вероятный диагноз?
- Чем, по Вашему мнению, обусловлена аускультативная картина?
- Какие дополнительные исследования следует назначить?