

КАРДИОЛОГИЯ

ЗАДАЧА № 1

Пациентка А., 15 лет, наблюдается у участкового терапевта в течение 2 недель с жалобами на выраженное недомогание, одышку при умеренной физической нагрузке, слабость, боли в коленных и локтевых суставах.

Из анамнеза заболевания: около 1 месяца назад перенесла ангину, лечилась травами без существенного эффекта. В течение 3 недель отмечает слабость, потливость, повышение температуры тела до 38,2°C. В течение последней недели присоединились одышка при умеренной физической нагрузке, сердцебиение, летучие ноющие боли в коленных и голеностопных суставах. Отмечала кратковременный положительный эффект от приема аспирина.

Объективно:

На коже боковых поверхностей туловища и бедер кольцевидные высыпания бледно-розового цвета, не возвышающиеся над поверхностью кожи и бледнеющие при надавливании. Видимые слизистые бледно-розовые, чистые. Отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Правый коленный сустав припухший, температура кожи над ним повышена, выраженная болезненность при пальпации и боль при малейших движениях в суставе. Остальные суставы без особенностей. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧД 24 в минуту. Границы относительной тупости сердца: правая – по правому краю грудины, верхняя – нижний край III ребра, левая – на 1 см кнутри от СКЛ. Тоны сердца ритмичные, приглушены, 98 уд/мин. На верхушке сердца I тон ослаблен, выслушивается нежный дующий систолический шум, проводящийся в левую подмышечную область и усиливающийся после приседаний. АД 110/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 9×8×7 см.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб – 126 г/л, эр. - $4,1 \times 10^{12}$ /л, ЦП - 0,95, лейкоц. - $9,0 \times 10^9$ /л, э - 4%, п/я - 7%, с/я - 52%, л - 29%, м - 8%, СОЭ - 30 мм/час.
2. Фибриноген – 6,2 г/л, общий белок – 55 г/л, альбумины – 34%, глобулины: α_1 – 6%, α_2 – 20%, β – 18%, γ – 22%, СРБ - 8,2 мг/л (N=1-6 мг/л).

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Каков механизм появления систолического шума на верхушке?
4. Назовите элементы сыпи у данной больной, механизм их появления.
5. Назначьте дополнительное обследование.
6. Сделайте заключение по общему анализу крови.
7. Оцените результаты биохимического исследования крови.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 2

Больная В., 25 лет, учитель, предъявляет жалобы на одышку, преимущественно на вдохе, при ходьбе, сухой кашель, повышение температуры до 38,6°C, сердцебиение, слабость.

Из анамнеза заболевания: 2 года назад, через 2 недели после ангины возникли колющие боли в области верхушки сердца без связи с физической нагрузкой, различной длительности и интенсивности. Кроме того, беспокоили летучие боли в коленных и плечевых суставах. За медицинской помощью не обращалась. Через 1 год выявлен порок сердца, была поставлена на диспансерный учет в поликлинике. Ухудшение 3 недели, лечилась амбулаторно по поводу ОРВИ (принимала парацетамол). Несмотря на проводимое лечение, сохранялись слабость, кашель, колебания температуры в течение суток.

Объективно:

Кожа и видимые слизистые бледные, чистые, цианоз губ, кончика носа, цианотический румянец. Отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах. Пульс малый, ослаблен на левой лучевой артерии, 90 уд/мин. АД 110/70 мм рт.ст. Границы относительной сердечной тупости: правая - 2 см вправо от правого края грудины, верхняя – нижний край II ребра, левая – на 0,5 см кнутри от левой СКЛ. Тоны сердца ритмичные, трехчленный ритм, в I точке аускультации – хлопающий I тон, диастолический шум, в III – акцент II тона, в IV – ослабление I тона. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах. Размеры печени по Курлову 9×8×7 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб-130 г/л, эр. - $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. - $11,5 \times 10^9$ /л, э - 3%, п/я - 8%, с/я - 53%, л - 30%, м - 6%, СОЭ - 36 мм/час.
2. ОАМ: отн. плотность - 1,016, эпителий - 2-4 в п.зр., белок, эр., цилиндры, соли не определяются.
3. Сахар – 4,5 ммоль/л, фибриноген – 4,9 г/л, общий белок – 58 г/л, альбумины – 32%, глобулины – 68%: α_1 – 6%, α_2 – 22%, β – 20%, γ – 20%, СРБ - 7,5 мг/л (N=1-6 мг/л).

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Объясните данные перкуссии сердца.
4. Каков механизм усиления II тона в III точке аускультации?
5. Перечислите патогномоничные для данного заболевания симптомы при объективном исследовании ССС.
6. Сделайте заключение по общему анализу крови.
7. Оцените результаты биохимического исследования крови.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 3

Пациент А., 15 лет, доставлен в приемное отделение из детского дома с жалобами на выраженное недомогание, слабость, сердцебиение, повышение температуры тела до $38,5^{\circ}\text{C}$, сильнейшие летучие боли в коленных, голеностопных суставах.

Из анамнеза заболевания: перенес ангину около 1 месяца назад. Ухудшение самочувствия в течение 3 дней после переохлаждения, когда появились вышеуказанные жалобы.

Объективно:

Больной лежит на кушетке, коленные суставы в вынужденном полусогнутом положении. Кожные покровы гиперемированы, эластичные. В затылочной области, на разгибательной поверхности коленных суставов, в периартикулярных тканях у мест прикрепления сухожилий пальпируются мелкие плотные безболезненные образования. Видимые слизистые розовые, чистые, влажные. Отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Правый голеностопный и левый коленный суставы припухшие, температура кожи над ними повышена, выраженная болезненность при пальпации и боль при малейших движениях в суставах. Остальные суставы без особенностей. Дыхание везикулярное, ЧД 22 в минуту, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, 100 уд/мин. I тон на верхушке ослаблен. АД 110/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Пальпация правого подреберья безболезненна, размеры печени по Курлову $8 \times 7 \times 5$ см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нв - 115 г/л, эр. - $3,86 \times 10^{12}/\text{л}$, ЦП - 0,95, лейкоц. - $9,9 \times 10^9/\text{л}$, э - 4%, п/я - 7%, с/я - 52%, л - 29%, м - 8%, СОЭ - 45 мм/час.
2. ОАМ: отн. плотность - 1019, белок - 0,033 г/л, сахар - нет, лейкоц. - 2-3, эр. - 0-1, эпителий - 1-2 в п.зр.
3. Билирубин общий - 13,5 мкмоль/л, прямой - 4,2 мкмоль/л, непрямой - 9,3 мкмоль/л, фибриноген - 4,8 г/л, общий белок - 50 г/л, альбумины - 30%, глобулины - 70%: α_1 - 6%, α_2 - 23%, β - 21%, γ - 20%, СРБ - 9,5 мг/л (N=1-6 мг/л).

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Назовите причину гиперемии кожи.
4. Какова причина ослабления I тона на верхушке сердца?
5. Оцените тяжесть состояния больного.
6. Сделайте заключение по общему анализу крови.
7. Оцените результаты биохимического исследования крови.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 4

Больная О., 17 лет, студентка, предъявляет жалобы на колющие боли в области верхушки сердца различной интенсивности и продолжительности, без связи с физической нагрузкой, чувство нехватки воздуха при обычной физической нагрузке, сердцебиение, перебои в работе сердца, периодически – боли в коленных, голеностопных и плечевых суставах, повышение температуры до 38,7°C.

Из анамнеза заболевания: с 2 лет частые ангины. В 15-летнем возрасте лечилась в стационаре по поводу болей и припухлости крупных суставов, которые носили «летучий характер», сопровождалась повышением температуры тела до 39,0°C. В последующем наблюдалась и лечилась амбулаторно. Настоящее ухудшение развилось через 3 недели после перенесенной ангины.

Объективно:

Температура тела 37,8°C. Кожа бледная, на голенях – синюшно-багровые кольцевидные высыпания. Пальпируются увеличенные подчелюстные и передние шейные лимфоузлы с обеих сторон, безболезненные, плотные, не спаянные между собой и окружающими тканями, кожа над ними не изменена. Отеков нет. Умеренная болезненность при пальпации коленных суставов, объем движений ограничен из-за болей. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 24 в минуту. Ритм сердца неправильный, тоны приглушены, I тон на верхушке ослаблен, выслушивается громкий, постоянный, связанный с первым тоном систолический шум, проводящийся в левую подмышечную область, усиливающийся в положении на левом боку и при физической нагрузке. ЧСС 100 уд/мин. Язык обложен беловато-желтым налетом, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 8×8×6 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования:

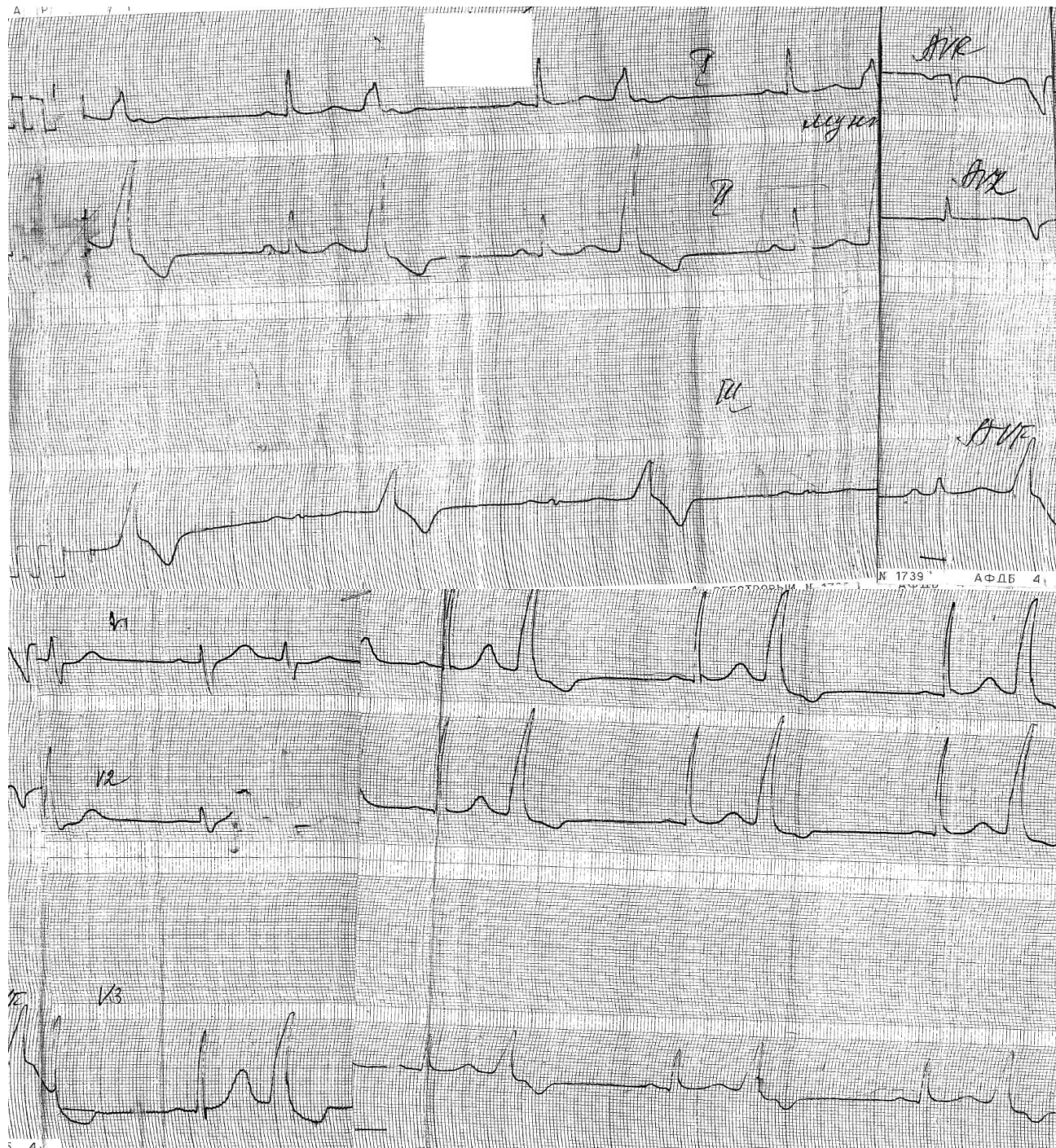
1. ОАК: эр. – $4,1 \times 10^{12}/л$, Hb – 107 г/л, ЦП – 0,90, СОЭ – 40 мм/час, тромбоциты – $250 \times 10^9/л$, лейкоц. – $9,8 \times 10^9/л$, п/я – 8%, с/я – 80%, э – 5%, б – 1%, л – 18%, м – 4%.
2. ОАМ: светло-желтая, прозрачная, отн. плотность – 1020, белок, сахар – нет, лейкоц. – 2-3 в п.зр., эпителий – 1-2 в п.зр.
3. Билирубин общий – 19 мкмоль/л, прямой – 4 мкмоль/л, непрямой – 15 мкмоль/л, ПТИ – 80%, общий белок – 58 г/л, альбумины – 40%, глобулины – 60%: α_1 – 5%, α_2 – 19%, β – 16%, γ – 20%., СРБ – 7,1 мг/л (N=1-6 мг/л), фибриноген – 6,2 г/л.
4. ЭКГ (см. ниже).

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм ослабления I тона и появления систолического шума на верхушке.

4. Объясните механизм образования кольцевидных высыпаний на коже голени. Как они называются?
5. Сделайте электрокардиографическое заключение.
6. Оцените результат ОАК.
7. Оцените данные лабораторных методов исследования.
8. Обоснуйте окончательный диагноз.

ЭКГ:



ЗАДАЧА № 5

Больной К., 45 лет, водитель, обратился к участковому терапевту с жалобами на головную боль, преимущественно в затылочной области, мелькание мушек перед глазами после физического или психоэмоционального перенапряжения.

Из анамнеза заболевания: вышеуказанные жалобы фиксируются в течение последних 3-4 лет. Во время ежедневного предварительного медосмотра зарегистрировано повышение АД 170/95 мм рт.ст., по поводу чего был направлен к участковому терапевту. Ранее за медицинской помощью не обращался, не обследовался, лекарственные препараты не принимал.

Из истории жизни: у матери – повышение АД. Хронические заболевания отрицает. Курит: 1 пачка сигарет в день.

Объективно:

Вес 98 кг, рост 175 см. Лицо гиперемировано. Отёков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости: правая – на 1,5 см вправо от правого края грудины, верхняя – III ребро, левая – по левой СКЛ. Тоны сердца громкие, ритм правильный, акцент II тона во 2-й точке аускультации. ЧСС 72 уд/мин. АД 180/110 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 10×9×6 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

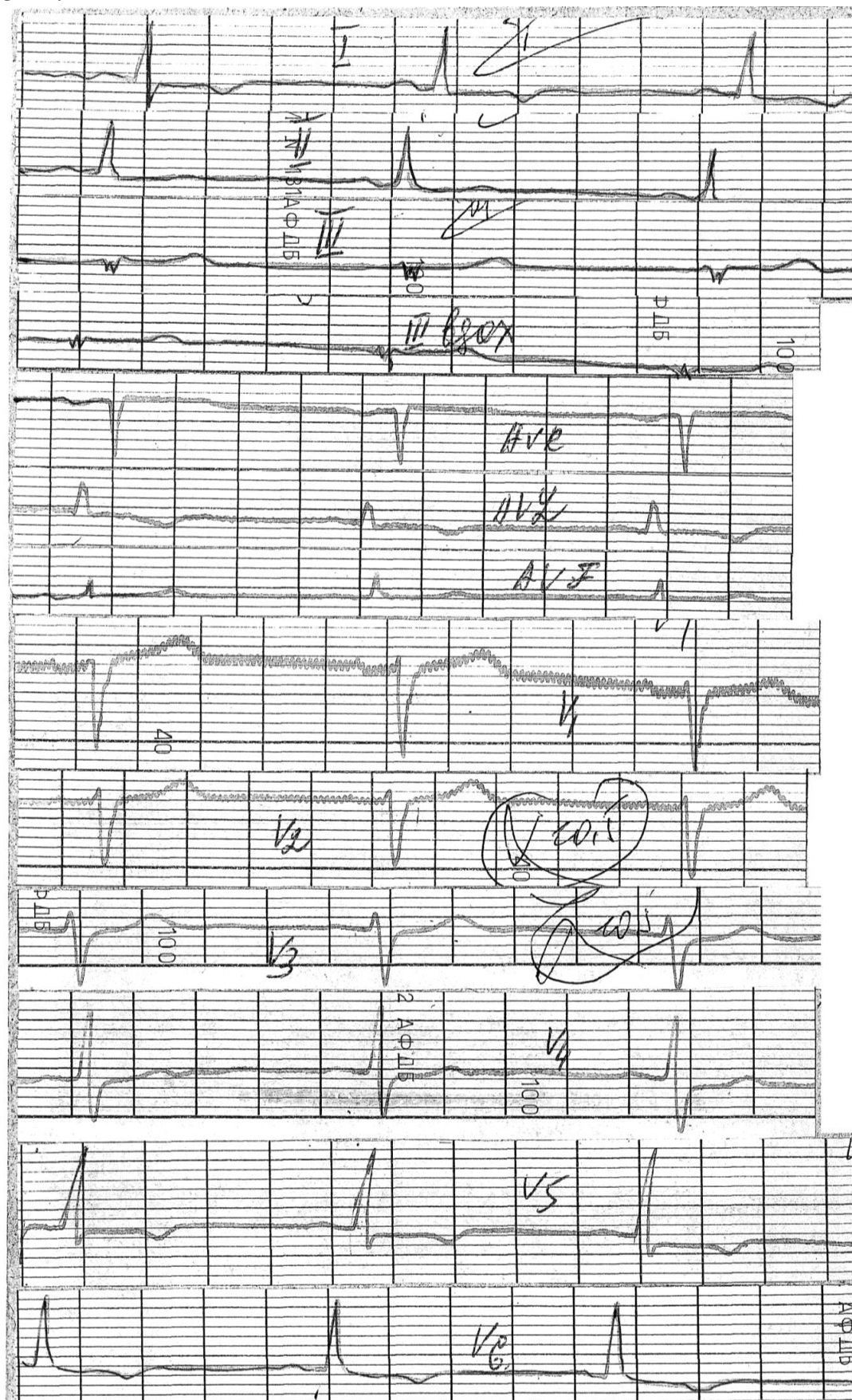
Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: СОЭ - 9 мм/час; эр. – $4,3 \times 10^{12}/л$; Нб – 125 г/л; лейкоц. – $8,4 \times 10^9/л$; э – 4%; п/я – 4%; с/я – 68%; л – 18%; м – 6%.
2. ОАМ: отн. плотность - 1014; лейкоц. – 1-2 в п.зр.; эр. – 1-2 в п.зр.; белок, сахар – отриц.
3. Общий холестерин – 6,5 ммоль/л, ТГ – 2,3 ммоль/л, ХС ЛПН – 2,6 ммоль/л, ХС ЛВП – 0,8 ммоль/л; сахар крови – 5,5 ммоль/л, креатинин - 0,09 ммоль/л, калий – 4,5 ммоль/л.
4. ЭКГ (см. ниже).
5. УЗИ почек: правая почка: 112×63×40 мм, контуры четкие, ровные, левая почка: 115×58×42 мм, контуры нечеткие, неровные, (N=110-120×60-75×35-45 мм). Почки подвижны, полостная система не расширена, уплотнена, соотношение паренхимы с ЧЛС-1:2 (N=1:2), конкрементов нет.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Оцените и объясните изменения данных перкуссии области сердца.
4. Объясните результаты аускультации сердца.
5. Сделайте электрокардиографическое заключение.
6. Оцените результаты ОАК и ОАМ.
7. Оцените данные биохимического анализа крови.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЭКГ:



ЗАДАЧА № 6

Больной Н., 63 лет, пенсионер, жалуется на перебои в работе сердца, сердцебиение, чувство нехватки воздуха при ходьбе, слабость.

Из анамнеза заболевания: 2 года назад впервые после стресса возникли интенсивные сжимающие боли за грудиной, иррадиирующие в левую подлопаточную область, сопровождавшиеся резкой слабостью, обильным потоотделением. Через 30 мин от начала болевого приступа бригадой скорой помощи был доставлен в стационар. Болевой синдром в грудной клетке купирован на догоспитальном этапе и в последующем не рецидивировал. После выписки из стационара принимал β -блокаторы, на фоне чего самочувствие пациента оставалось относительно хорошим. Настоящее ухудшение со вчерашнего дня на фоне значительной физической нагрузки (работа в саду). Бригадой СМП доставлен в стационар.

Объективно:

Кожа бледная, обычной влажности. Отеков нет. Дыхание везикулярное, в нижнебоковых отделах с обеих сторон немногочисленные влажные хрипы, ЧД 28 в мин. Пульс аритмичный, 110 в мин., слабый, мягкий, малой величины, сосудистая стенка вне пульсовой волны не пальпируется. АД 100/70 мм рт.ст. Границы относительной сердечной тупости: правая – на 1,0 см вправо от правого края грудины, верхняя – III ребро, левая – по левой СКЛ. Ритм сердца неправильный, тоны приглушены, акцент II тона в 3-й точке аускультации. ЧСС 130 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 10×9×6 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

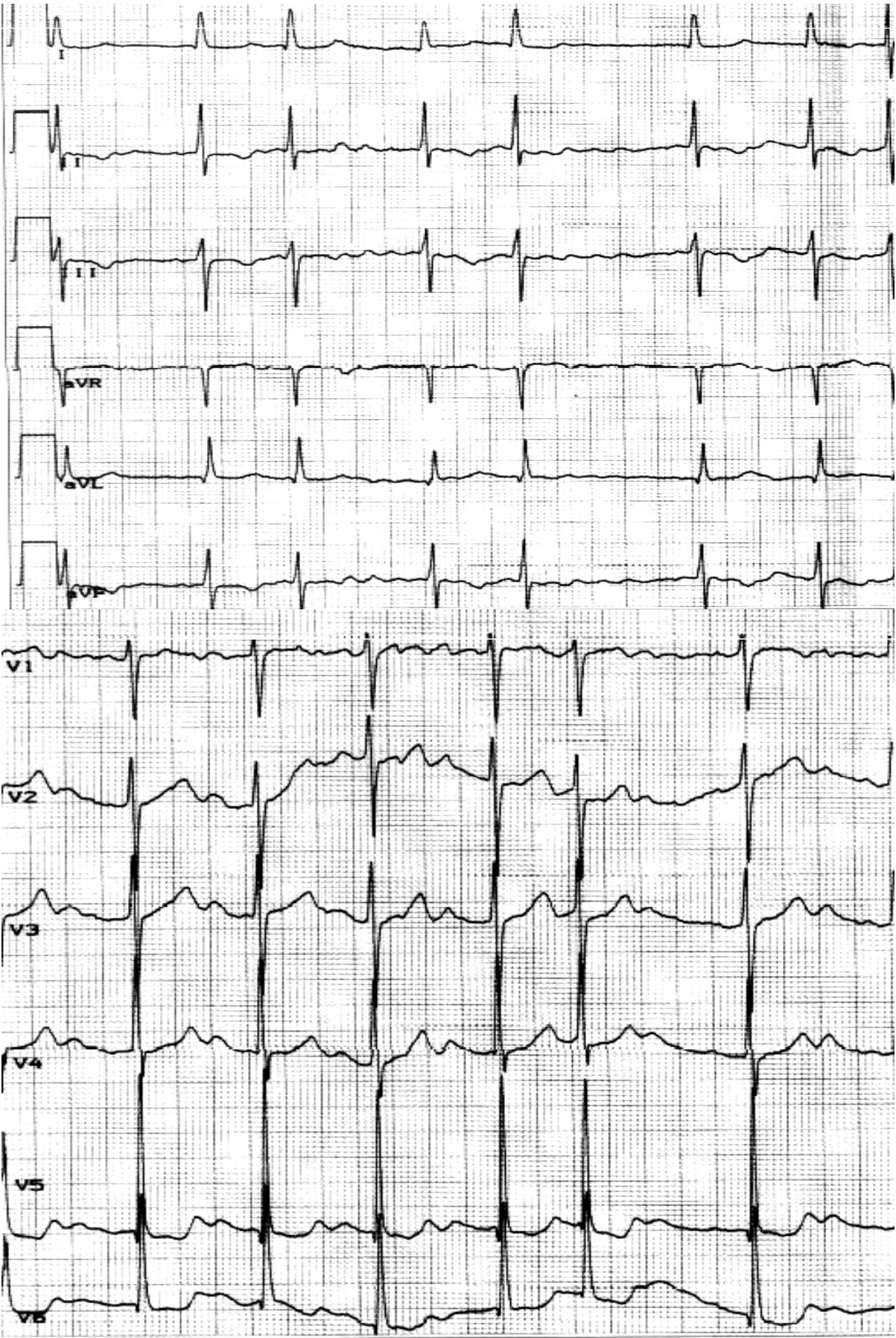
Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб – 125 г/л, эр. – $4,5 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 1,0, СОЭ – 7 мм/ч; лейкоц. – $5,0 \times 10^9$ /л, э - 1%, п/я - 6%, с/я - 70%, л - 20%, м - 3%.
2. ОАМ: отн. плотность - 1018, белок, сахар – нет, лейкоц. – 1-2, эпителий – 3-4 в п. зр.
3. Сахар - 4,0 ммоль/л, АСТ – 0,30 ммоль/л, АЛТ – 0,36 ммоль/л, холестерин – 6,8 ммоль/л.
4. ЭКГ (см. ниже).

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм развития одышки у данного больного.
4. Объясните изменения пульса и АД у данного больного.
5. Укажите дефицит пульса.
6. Оцените результаты анализов, сделайте дополнительные назначения.
7. Сделайте электрокардиографическое заключение.
8. Обоснуйте и сформулируйте диагноз.

ЭКГ:



ЗАДАЧА № 7

Больной Б., 60 лет, жалуется на давящие боли за грудиной, иррадиирующие в левую руку, возникающие при ходьбе в обычном темпе в среднем 1-2 раза в неделю, проходящие после приема 1 таблетки нитроглицерина через 1 мин., чувство нехватки воздуха при обычной физической нагрузке, слабость, обмороки.

Из анамнеза заболевания: вышеуказанные жалобы появились 3 года назад, по поводу чего лечился амбулаторно у кардиолога. Ухудшение самочувствия в течение последних 6 мес.: появились головокружение и обмороки, преимущественно в вертикальном положении тела, постепенно прогрессирует слабость, характеристики болей не изменились.

Объективно:

Больной адинамичен. Кожа бледная. Отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 20 в мин. Верхушечный толчок усилен и смещен кнаружи от левой СКЛ на 1,5 см. Во II межреберье справа определяется систолическое дрожание. Границы относительной сердечной тупости: правая и верхняя не изменены, левая - на 1,5 см кнаружи от левой СКЛ. Выслушиваются 2 тона, приглушенные, ритм правильный, 88 уд/мин., I тон на верхушке и II тон на аорте ослаблены. Над аортой выслушивается грубый систолический шум скребущего характера, проводится на обе сонные артерии. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 10×9×6 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

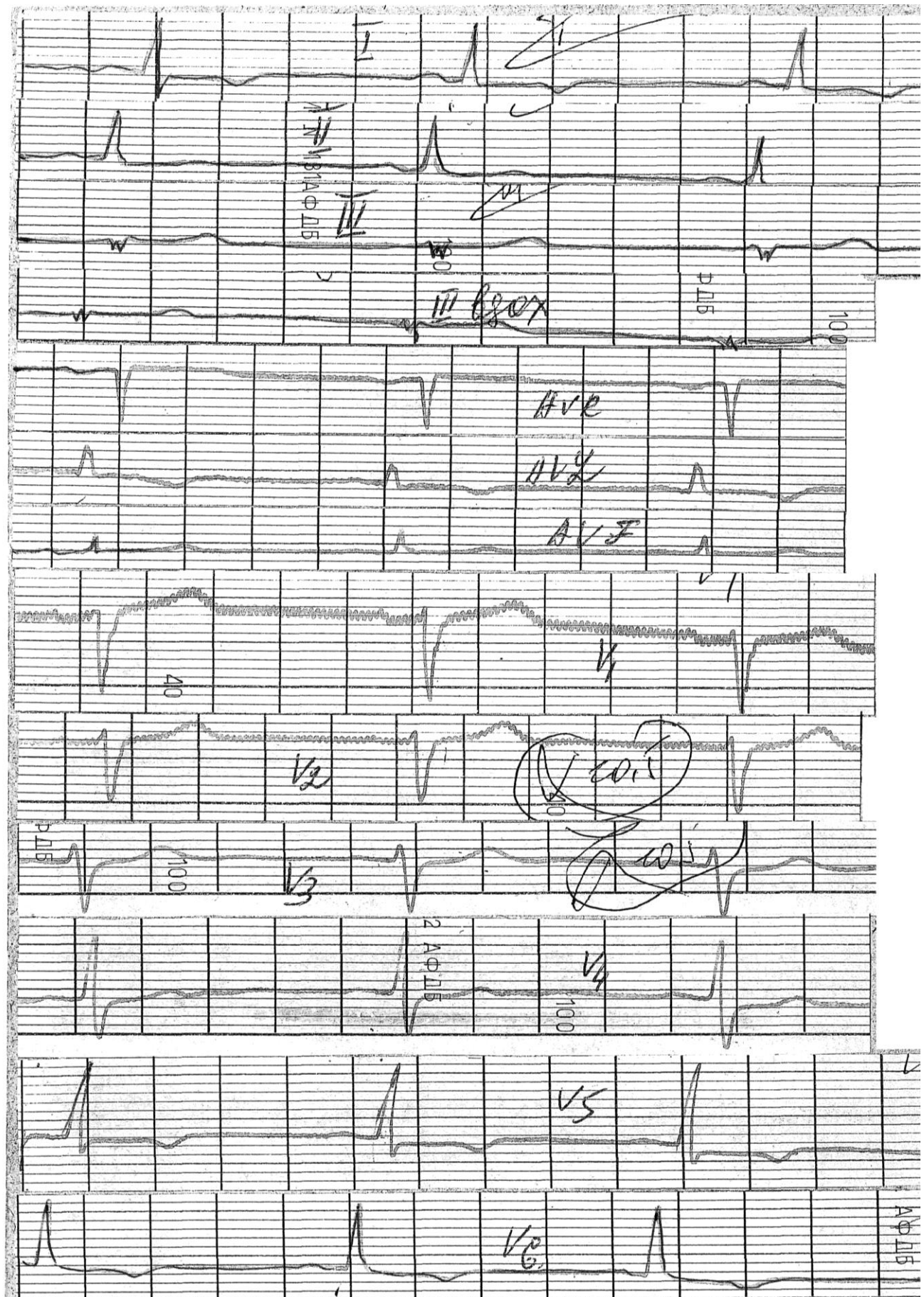
Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб – 130 г/л, эр. – $4,7 \times 10^{12}/л$, ЦП – 1,0, СОЭ – 8 мм/ч; лейкоц. – $8,0 \times 10^9/л$, э - 2%, п/я - 5%, с/я - 70%, л - 20%, м - 3%.
2. ОАМ: отн. плотность - 1022, белок, сахар – нет, лейкоц. – 3-5 в п.зр., эпителий – 1-3 в п.зр., эр., цилиндры – нет.
3. Билирубин общий - 16,0 мкмоль/л, прямой - 12,0 мкмоль/л, непрямой - 4,0 мкмоль/л, глюкоза – 4,1 ммоль/л, фибриноген - 4,0 г/л, холестерин – 8,9 ммоль/л.
4. ЭКГ (см. ниже).

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм возникновения болей, бледности кожи.
4. Объясните генез синкопальных состояний.
5. Опишите ожидаемые свойства пульса на лучевых артериях.
6. Оцените лабораторные данные.
7. Сделайте электрокардиографическое заключение.
8. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

ЭКГ:



ЗАДАЧА № 8

Больная С., 35 лет, штукатур-маляр, жалуется на головные боли, головокружение, периодически – мелькание мушек перед глазами, эпизодически – ноющие боли в пояснице, учащенное безболезненное мочеиспускание.

Из анамнеза заболевания: в возрасте 20 лет лечилась в стационаре по поводу заболевания почек. В последующем изредка отмечала умеренные боли в поясничной области, дизурические явления, по поводу чего лечилась травами. Последние 3 года беспокоят головные боли. В течение 2 недель отмечает усиление ноющих болей в поясничной области, головных болей, учащенное безболезненное мочеиспускание, периодически – ознобы. Ранее не обследована, лекарственные препараты не принимает.

Объективно:

Состояние средней степени тяжести. Температура тела 37,5°C. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, повышенной влажности. Отёков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 19 в мин. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца громкие, ритм правильный, акцент II тона на аорте, систолический шум на верхушке. ЧСС 86 уд/мин. АД 170/110 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 12×11×8 см. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон, почки не пальпируются.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: СОЭ – 24 мм/час; Hb – 91 г/л; эр. – $2,9 \times 10^{12}/л$; лейкоц. – $10,5 \times 10^9/л$; п – 8%; с – 64%; л – 24%; м – 4%.
2. ОАМ: цвет желтый, прозрачная, отн. плотность – 1011, белок – 0,23‰, лейкоц. – 10-12 в п.зр., эр. – 1-2 в п.зр., цилиндры гиалиновые – един. в п.зр., бактерии +++.
3. УЗИ почек: правая почка подвижна, 112×63×40 мм (N=110-120×60-75×35-45 мм), контуры нечеткие, неровные, соотношение паренхимы с ЧЛС-1:2 (N=1:2), полостная система не расширена, уплотнена. Левая почка подвижна, 115×58×42 мм, контуры нечеткие, неровные, соотношение паренхимы с ЧЛС-1:2, полостная система не расширена, уплотнена. В левой почке – конкремент диаметром 8×6 мм.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Назовите причину декомпенсации АГ.
4. Объясните механизм появления систолического шума на верхушке.
5. Перечислите недостающие дополнительные методы исследования.
6. Оцените данные общего анализа мочи.
7. Оцените результаты общего анализа крови.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 9

Больной Д., 45 лет, директор завода, доставлен в приемное отделение с жалобами на дискомфорт в области сердца, сухой кашель, сердцебиение, слабость, одышку. Указанное состояние возникло 2 часа назад после психоэмоционального перенапряжения на фоне полного здоровья.

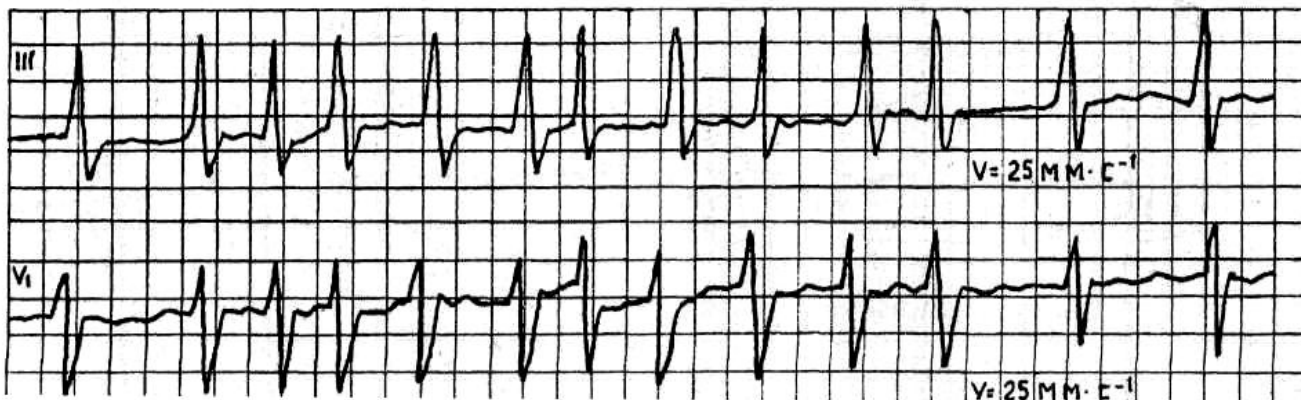
Из анамнеза заболевания: в течение последних 3 лет отмечает приступы болей за грудиной, которые возникают при ходьбе в быстром темпе, длятся до 10 мин, купируются в покое или после приема нитроглицерина через 1 мин. Частота загрудинных болей – 1-2 раза в месяц. Не обследован, лекарственные препараты не принимает.

Объективно:

Состояние тяжелое. Сознание спутано, возбужден. Повышенного питания. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, влажные. Цианоз губ. Отеков нет. Дыхание жесткое, в нижних отделах выслушиваются незвучные мелкопузырчатые хрипы. ЧД 26 в мин. Тоны сердца глухие, ритм неправильный. ЧСС 158 уд/мин. АД 80/65 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 10×9×6 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: СОЭ - 9 мм/час; эр. – $3,8 \times 10^{12}/л$; Hb – $121 \times 10^{12} г/л$; лейкоц. – $7,6 \times 10^9/л$; э – 3%; п/я – 5%; с/я – 57%; л – 29%; м – 6%.
2. ЭКГ.



ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Объясните причину появления незвучных мелкопузырчатых хрипов.
4. Каков механизм развития гипотонии?
5. Опишите пульс пациента.
6. Сделайте электрокардиографическое заключение.
7. Оцените результаты общего анализа крови.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 10

Больная Н., 45 лет, обратилась с жалобами на головную боль, головокружение, тошноту, мелькание мушек перед глазами, дрожь в теле.

Из анамнеза заболевания: считает себя больной в течение 5 лет, когда стали беспокоить головные боли. Начало заболевания связывает с частыми психотравмирующими ситуациями на работе. АД не измеряла, принимала валериану, пустырник. Сегодня появились вышеуказанные жалобы. Наследственность: у старшей сестры и матери больной отмечается повышение АД.

Объективно:

Рост 164 см, вес 100 кг. В сознании, адинамична. Отёков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 20 в минуту. Визуально определяется пульсация сонных артерий. АД 170/100 мм рт.ст на обеих верхних конечностях. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1,5 см кнаружи от правого края грудины, верхняя – III ребро, левая - по левой СКЛ. Ритм сердца правильный, тоны громкие, акцент II тона на аорте. ЧСС 90 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 10×9×6 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

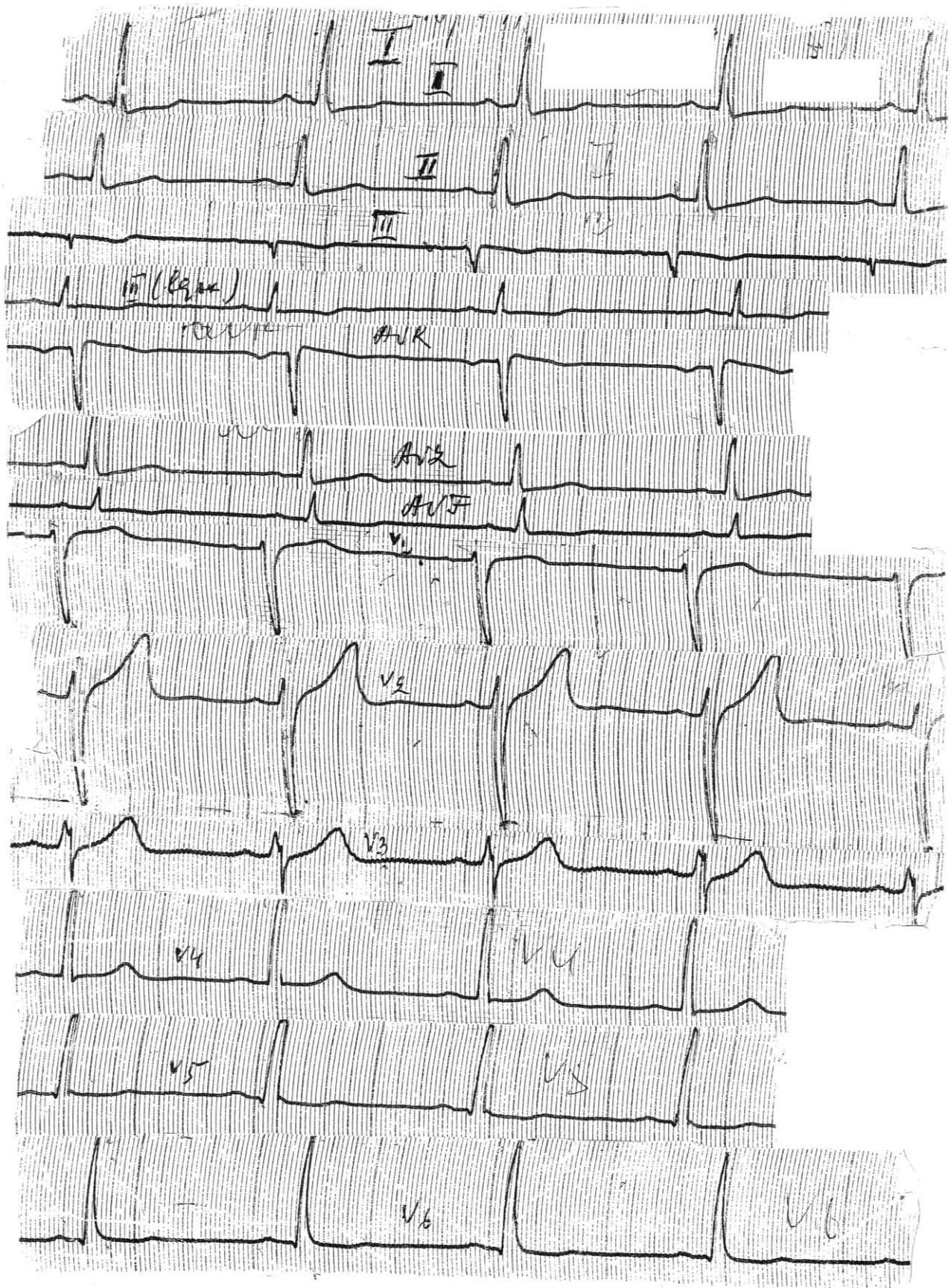
Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: НЬ – 134 г/л; эр. – $4,4 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 1,0, СОЭ – 10 мм/ч; тромбоциты – $280,0 \times 10^9$ /л; лейкоц. – $4,0 \times 10^9$ /л, э - 2%, п/я - 2%, с/я - 60%, л - 30%, м - 6%.
2. ОАМ: отн. плотность - 1020, рН – кислая, белок, сахар – нет, лейкоц. – 1-3 в п.зр., эпителий – 2-4 в п.зр., эр., цилиндры – нет.
3. Билирубин общий - 18,0 мкмоль/л, прямой - 13,0 мкмоль/л, непрямого - 5,0 мкмоль/л, глюкоза – 5,6 ммоль/л, фибриноген - 2,0 г/л, ПТИ - 85%, АСТ – 0,36 ммоль/л, АЛТ – 0,39 ммоль/л, холестерин – 8,8 ммоль/л, мочевины – 7,8 ммоль/л, креатинин – 0,09 ммоль/л, общий белок - 70 г/л.
4. ЭКГ (см. ниже).

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Опишите свойства пульса на лучевых артериях у данной больной.
4. Опишите предполагаемые свойства верхушечного толчка.
5. Сделайте электрокардиографическое заключение.
6. Составьте план дополнительного обследования.
7. Оцените результаты общего анализа крови и мочи.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЭКГ:



ЗАДАЧА № 11

Больная З., 34 лет, предъявляет жалобы на головные боли, связанные с повышением АД, слабость, нарушение менструальной функции, боли в ногах, повышение аппетита, жажду, выпадение волос на голове. Обратилась к кардиологу для обследования и подбора гипотензивной терапии.

Из анамнеза заболевания: вышеуказанные жалобы впервые появились 2 года назад, с этого же времени – повышение массы тела на 25 кг. В течение 1 года повышение АД до 170/100 мм рт.ст. В анамнезе – гиперацидный гастрит. Не обследована, лекарственные препараты не принимает.

Объективно:

Кожные покровы сухие, шелушащиеся с участками регионарной потливости. Лицо лунообразное, багрово-красного цвета. На плечах, молочных железах, на животе широкие полосы багрово-красного цвета. Отеков нет. Больная повышенного питания, распределение жира неравномерное, в основном в верхней части туловища. «Скошенность» ягодиц. Рост волос на груди, по средней линии живота, на подбородке по мужскому типу. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, акцент II тона над аортой. ЧСС 82 уд/мин. АД 160/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Пальпация правого подреберья безболезненна, край печени не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются.

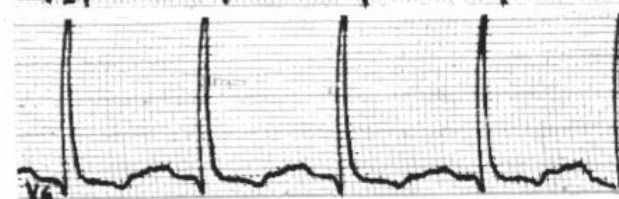
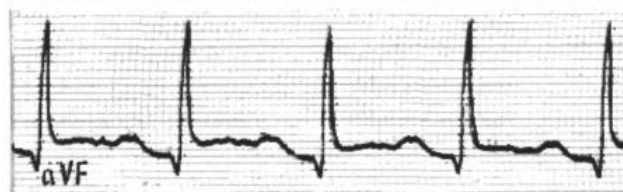
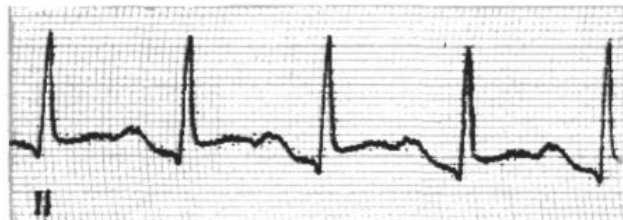
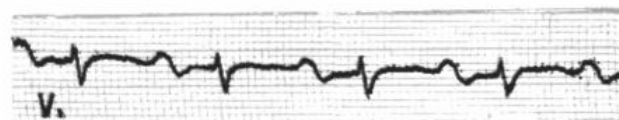
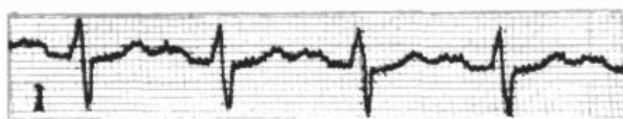
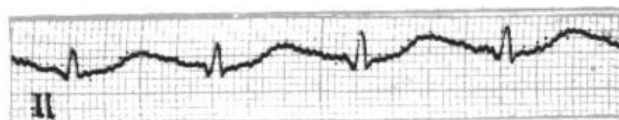
Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: эр. – $5,8 \times 10^{12}/л$; Hb – 145 г/л; лейкоц. – $10,5 \times 10^9/л$; э – 1; п/я – 6%; с/я – 75%; л – 16%; м – 2%.
2. Глюкоза - 7,0 ммоль/л; К - 3,4 ммоль/л; Na - 155 ммоль/л; холестерин - 6,0 ммоль/л.
3. ЭКГ (см. ниже).
4. Осмотр глазного дна – очаговое сужение артерий сетчатки.
5. Рентгенография костей черепа – остеопороз спинки турецкого седла.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Назовите тип ожирения пациентки, в чем причина его появления?
4. Каков механизм появления аменореи и гирсутизма?
5. Назовите метод исследования, необходимый для верификации диагноза.
6. Сделайте электрокардиографическое заключение.
7. Оцените лабораторные данные.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЭКГ:



ЗАДАЧА № 12

Больная С., 72 лет, доставлена с жалобами на резкую разлитую головную боль, мелькание мушек перед глазами, головокружение, тошноту, общую слабость, сухость во рту, слабость в правой руке.

Из анамнеза заболевания: повышение АД с 42 лет, максимальные цифры АД – 210/100 мм рт.ст. Повышение АД сопровождается головной болью, головокружением, тошнотой. Относительно регулярно принимает гипотензивные препараты, на фоне терапии АД на уровне 140-150/80-90 мм рт.ст. В 65-илетнем возрасте перенесла ОНМК. Последние 2 года беспокоят одышка при умеренной физической нагрузке и отеки нижних конечностей. Три дня назад (на фоне стресса) прекратила прием гипотензивных препаратов. Сегодня около часа назад появились вышеуказанные жалобы.

Объективно:

Повышенного питания (вес 98 кг, рост 155 см). Кожные покровы гиперемированы, чистые, повышенной влажности. Отеки стоп, голеней до верхней трети. Мышечная сила в правых конечностях снижена. Дыхание везикулярное, в нижнебоковых отделах единичные мелкопузырчатые хрипы, ЧД 26 в мин. Верхушечный толчок в V межреберье по левой СКЛ, разлитой, ослаблен. Границы относительной сердечной тупости: правая - 1 см вправо от правого края грудины, верхняя - нижний край хряща III ребра, левая – на 2 см кнаружи от левой СКЛ. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Акцент II тона на аорте, шумов нет. ЧСС 78 уд/мин. АД 250/125 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Нижний край печени определяется на 2 см ниже реберной дуги, округлый, безболезненный. Размеры печени по Курлову 12×11×8 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

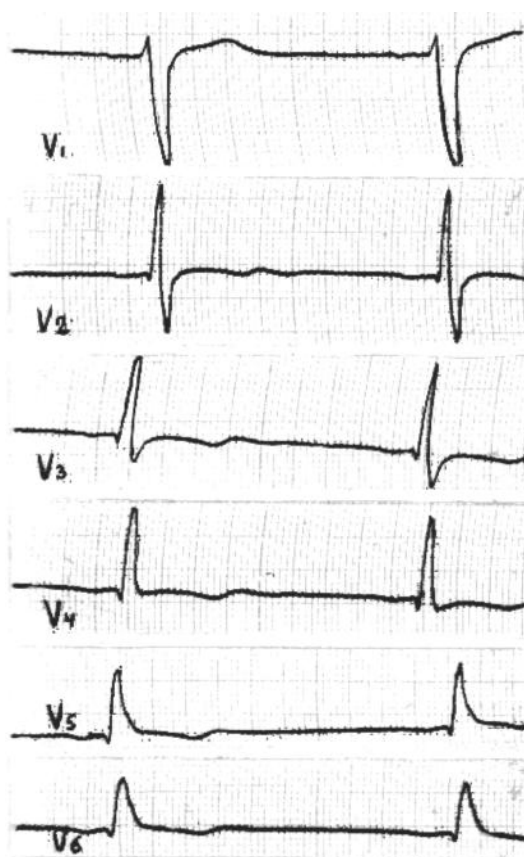
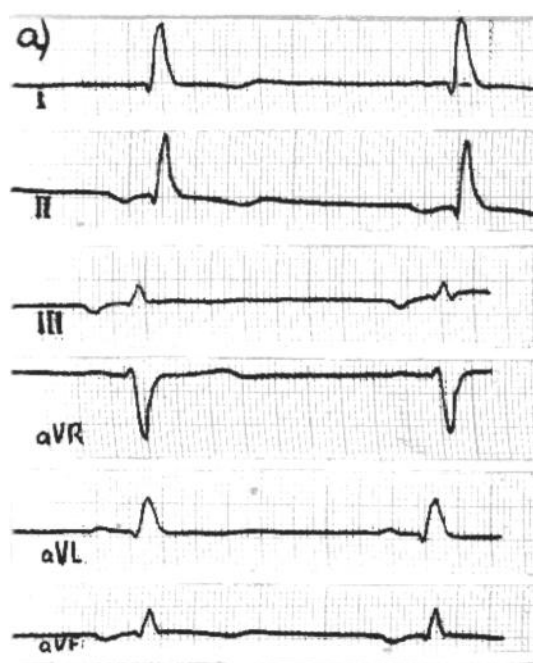
Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: СОЭ - 12 мм/час; Hb – 128 г/л; лейкоц. – $6,5 \times 10^9$ /л.
2. ОАМ: белок – 0,066 г/л, сахар – отриц., отн. плотность - 1011; лейкоц. – 2-3 в п.зр.; эр – 1-2 в п.зр..
3. Общий холестерин – 9,2 ммоль/л; сахар крови – 6,1 ммоль/л, креатинин - 0,07 ммоль/л, калий – 4,6 ммоль/л.
4. УЗИ органов брюшной полости: признаки хронического холецистита, диффузных изменений печени, поджелудочной железы. Гепатомегалия. Свободная жидкость в брюшной полости не выявлена.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Назовите непосредственную причину ухудшения состояния пациентки.
4. Объясните механизм появления гепатомегалии.
5. Перечислите недостающие данные анамнеза заболевания.
6. Оцените лабораторные данные.
7. Сделайте электрокардиографическое заключение.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЭКГ:



ЗАДАЧА № 13

Больная Ж., 49 лет, инженер, обратилась к участковому терапевту с жалобами на периодическую головную боль, преимущественно в затылочной области, мелькание мушек перед глазами после физического или психоэмоционального перенапряжения, одышку при быстрой ходьбе, слабость, утомляемость.

Из анамнеза заболевания: в течение 3 лет изредка беспокоила головная боль, при медицинских осмотрах регистрировалось АД 160/95 - 170/105 мм рт.ст., купировавшееся приемом дибазола. Не обследована, лекарственные препараты регулярно не принимает.

Из истории жизни: у отца – артериальная гипертензия. Хронические заболевания, вредные привычки отрицает.

Объективно:

Вес 89 кг, рост 169 см. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, нормальной влажности. Отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 20 в мин. Верхушечный толчок в V межреберье по левой СКЛ, разлитой, средней силы и высоты. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Первый тон на верхушке ослаблен, акцент II тона на аорте, шумов нет. ЧСС 72 уд/мин. АД 160/95 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Пальпация правого подреберья безболезненна, край печени не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

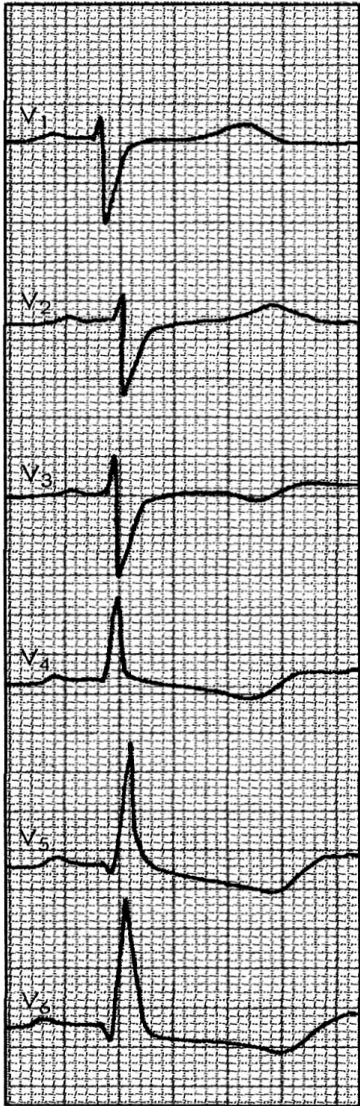
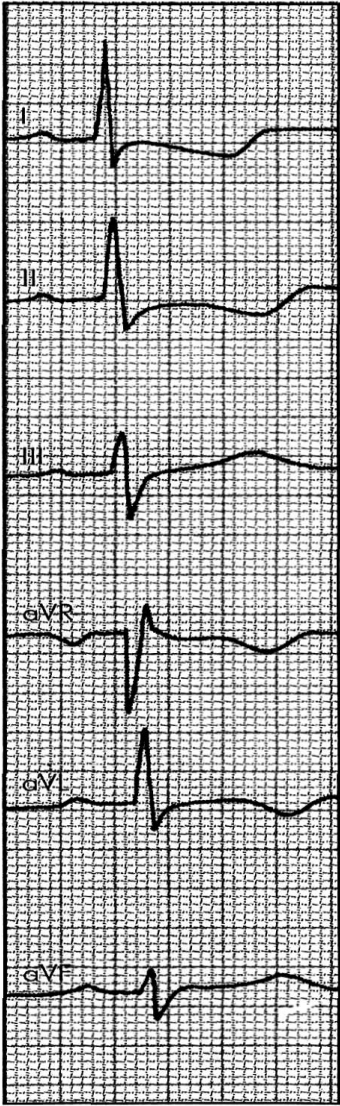
Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: СОЭ - 12 мм/час; эр. – $4,1 \times 10^{12}/л$; Нб – 128 г/л; лейкоц. – $6,5 \times 10^9/л$.
2. ОАМ: отн. плотность - 1020; лейкоц. – 2-3 в п.зр.; эр – 1-2 в п.зр.; белок, сахар – отриц.
3. ЭКГ (см. ниже).
4. Общий холестерин – 7,8 ммоль/л; сахар крови – 4,6 ммоль/л, креатинин - 0,10 ммоль/л, калий – 4,6 ммоль/л.
5. Осмотр глазного дна – очаговое сужение артерий сетчатки.
6. ЭхоКГ: полости сердца не расширены; клапаны не изменены. Признаки гипертрофии левого желудочка. Сократительная способность миокарда снижена.

ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм изменения свойств верхушечного толчка.
4. Назовите причины появления слабости, утомляемости, одышки.
5. Оцените питание пациентки.
6. Оцените лабораторные данные.
7. Сделайте электрокардиографическое заключение.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЭКГ:



ЗАДАЧА № 14

Больной Ф., 52 лет, автослесарь, обратился с жалобами на боли за грудиной сжимающего характера с иррадиацией под левую лопатку, возникающие при ходьбе в обычном темпе, подъеме на 1 этаж, сопровождающиеся резкой слабостью и потливостью, длящиеся в покое в течение 10-15 минут, купирующиеся приемом 1 таблетки нитроглицерина через 1-2 минуты; одышку при ходьбе в быстром темпе.

Из анамнеза заболевания: вышеописанные боли отмечает в течение последних 7 лет. До настоящего времени подобные приступы возникали редко (1-2 раза в неделю на фоне быстрой ходьбы и при подъеме на 3 этаж). Последние 3 дня болевые приступы участились до 4-5 раз в сутки, возникают при ходьбе в обычном темпе, увеличилась их продолжительность (до 20 минут).

Из анамнеза жизни: отец умер в возрасте 50 лет от инфаркта миокарда. Курит в течение 40 лет, злоупотребляет крепкими спиртными напитками.

Объективно:

Вес 94 кг, рост 167 см. Отёков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 20 в мин. Границы относительной сердечной тупости: правая - 1 см вправо от правого края грудины, верхняя - нижний край хряща III ребра, левая – на 0,5 см кнаружи от левой СКЛ. Ритм сердца правильный, I тон на верхушке приглушен, акцент II тона во 2-й точке аускультации. Систолический шум в 1-й точке аускультации. ЧСС 88 уд/мин. АД 135/85 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Пальпация в области правого подреберья безболезненна, край печени не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: СОЭ - 9 мм/час; эр. – $4,3 \times 10^{12}/л$; Нб – $125 \times 10^{12}/л$; лейкоц. – $8,4 \times 10^9/л$; э – 4%; п/я – 4%; с/я – 68%; л – 18%; м – 6%.
2. ОАМ: отн. плотность - 1017; белок, сахар – нет, лейкоц. – 1-2 в п.зр.; эр – 1-2 в п.зр.;
3. Общий холестерин – 6,4 ммоль/л; сахар крови – 4,5 ммоль/л, мочевины - 5,2 ммоль/л.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Назовите вероятные причины ухудшения состояния пациента.
4. Каков механизм появления систолического шума на верхушке?
5. Перечислите недостающие характеристики шума.
6. Оцените результаты лабораторных данных.
7. Составьте план инструментального обследования больного.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 15

Больной К., 45 лет, преподаватель, предъявляет жалобы на выраженную головную боль, преимущественно в затылочной области, мелькание «мушек» перед глазами, тошноту, слабость.

Из анамнеза заболевания: доставлен из поликлиники, где на приеме у участкового врача было зафиксировано АД 240/120 мм рт.ст., сопровождавшееся вышеуказанными симптомами. Ухудшение самочувствия после психоэмоционального перенапряжения. Ранее АД не контролировал, периодически после нервного перенапряжения отмечал головную боль, преимущественно в затылочной области. Не обследован, считает себя здоровым. Лекарственные препараты не принимает.

Из истории жизни: курит по 1 пачке сигарет в день. Отец перенес инсульт, отмечает повышение АД.

Объективно:

Вес 85 кг, рост 175 см. Кожные покровы гиперемированы, чистые, умеренно влажные. Отёков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 22 в мин. Границы относительной сердечной тупости: правая - 1 см вправо от правого края грудины, верхняя - нижний край хряща III ребра, левая – по левой СКЛ. Тоны сердца громкие, ритм правильный, акцент II тона на аорте. ЧСС 72 уд/мин. АД 260/125 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Пальпация в области правого подреберья безболезненна, край печени не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

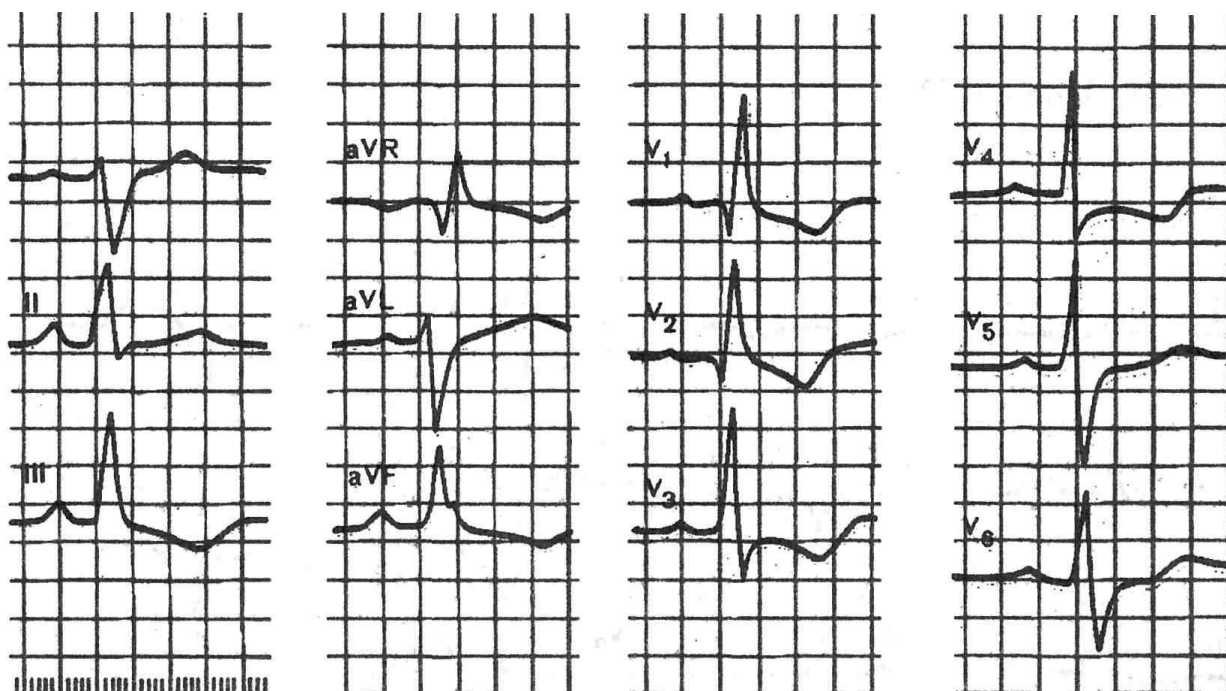
Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: СОЭ - 9 мм/час; эр. – $4,5 \times 10^{12}/л$; Нb – 123 г/л; лейкоц. – $6,7 \times 10^9/л$; э – 4%; п/я – 4%; с/я – 68%; л – 18%; м – 6%.
2. ОАМ: отн. плотность - 1012; лейкоц. – 1-2 в п.зр.; эр. – 0-1 в п.зр.; белок, сахар – отриц.
3. Сахар крови – 5,2 ммоль/л, креатинин - 0,11 ммоль/л, калий – 4,3 ммоль/л.
4. ЭКГ (см. ниже).

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. В чем причина ухудшения состояния пациента?
4. Объясните результаты перкуссии сердца.
5. Перечислите недостающие лабораторные и инструментальные методы обследования пациента при выявлении артериальной гипертензии.
6. Оцените результаты лабораторных данных.
7. Сделайте электрокардиографическое заключение.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЭКГ:



ЗАДАЧА № 16

Больной Р., 48 лет, директор завода, предъявляет жалобы на сжимающие боли за грудиной, интенсивные, сопровождающиеся холодным липким потом, возникающие ночью, в одно время, длящиеся до 30-40 мин, купирующиеся повторным приемом нитроглицерина. Днем чувствует себя здоровым.

Из анамнеза заболевания: 3 года назад ночью возникли интенсивные сжимающие боли за грудиной, в связи с чем был экстренно госпитализирован. Лечился в стационаре с хорошим эффектом. Настоящее ухудшение в течение 2-х дней после психоэмоциональной нагрузки: в ночные часы вновь появились интенсивные сжимающие боли за грудиной, сопровождавшиеся холодным липким потом, самочувствие улучшалось через 30-40 мин. после повторного приема нитроглицерина. Госпитализирован. За время госпитализации приступы повторялись только ночью приблизительно в одно и то же время, сопровождались снижением АД до 90/60 мм рт.ст. и изменениями на ЭКГ, купировались введением нитратов.

Объективно (вне приступа):

Кожа бледно-розовая. Отеков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 20 в минуту. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон. 72 в мин, ритм правильный, удовлетворительного наполнения, напряжения и величины, сосудистая стенка вне пульсовой волны не пальпируется. АД 120/80 мм рт.ст. Границы относительной сердечной тупости в норме. Тоны сердца ритмичные, ясные, 72 уд/мин. Шумов нет. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 10×9×6 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

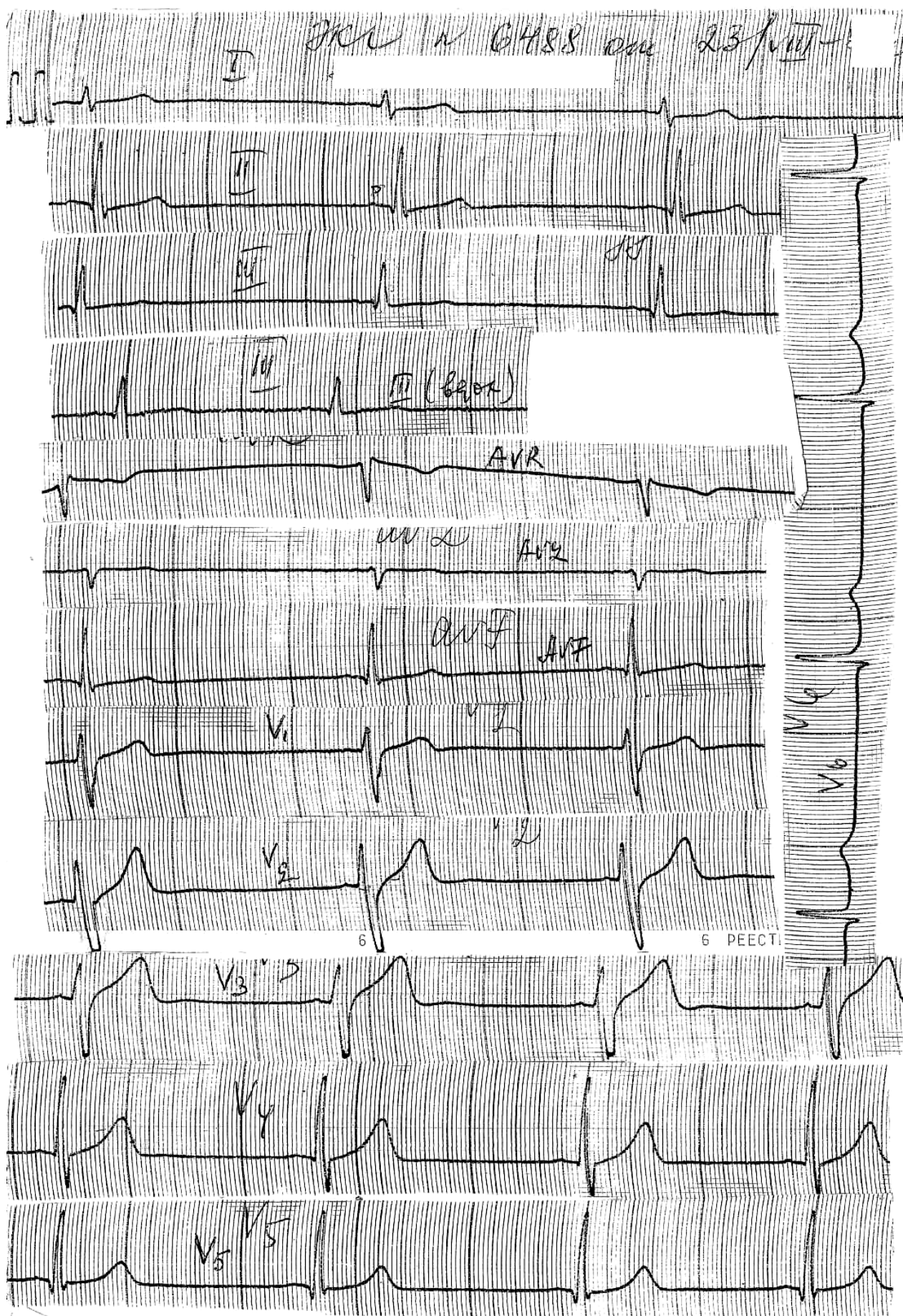
Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: эр. – $4,5 \times 10^{12}/л$; Нб – 130 г/л; ЦП – 1,0; СОЭ – 8 мм/час; лейкоц. – $5,0 \times 10^9/л$; э – 2%; п/я – 5%; с/я – 70%; л – 18%; м – 2%.
2. ОАМ: отн. плотность – 1,018; лейкоц. – 1-2 в п.зр; эпителий – 2-3 в п.зр.
3. Сахар – 5 ммоль/л, фибриноген – 2 г/л, ПТИ – 80%, АСТ – 0,38 ммоль/л, АЛТ – 0,36 ммоль/л, общий холестерин – 5,0 ммоль/л, мочевины – 8,0 ммоль/л
4. ЭКГ (см. ниже).

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм болей.
4. Объясните механизм снижения АД и появления холодного липкого пота.
5. Оцените недостающие данные: свойства пульса на лучевых артериях при болях за грудиной.
6. Оцените данные дополнительных методов исследования.
7. Сделайте электрокардиографическое заключение.
8. Обоснуйте окончательный диагноз.

ЭКГ (во время приступа загрудинных болей):



ЗАДАЧА № 17

Больной М., 40 лет, водитель, доставлен бригадой СМП с жалобами на интенсивные давящие боли за грудиной с иррадиацией в обе верхние конечности и левую лопатку, длящиеся более 2 часов, не купирующиеся введением нитроглицерина, анальгетиков, сопровождающиеся резкой слабостью, страхом смерти, потливостью. В анамнезе подобные приступы отрицает.

Из анамнеза заболевания: в течение 2 лет беспокоят приступообразные головные боли, шум в ушах, головокружение, мелькание «мушек» перед глазами. При медосмотре 1,5 года назад выявлено повышение АД до 170/110 мм рт.ст. Не обследован. Курит в течение 25 лет. У родителей отмечались повышенные цифры АД.

Объективно:

Состояние тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, повышенной влажности, акроцианоз. Отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Перкуторно в подлопаточных областях с обеих сторон – притупление перкуторного звука, над остальными областями – ясный легочный звук; при аускультации в подлопаточных областях с обеих сторон – большое количество влажных мелкопузырчатых хрипов, над остальной поверхностью легких – жесткое дыхание. ЧД 32 в минуту. Границы относительной сердечной тупости: правая – 1 см вправо от правого края грудины, верхняя – нижний край III ребра, левая – на уровне левой СКЛ. Тоны сердца глухие, ритм правильный. Акцент II тона над легочной артерией, систолический шум на верхушке. ЧСС 106 уд/мин. АД 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 10×9×7 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

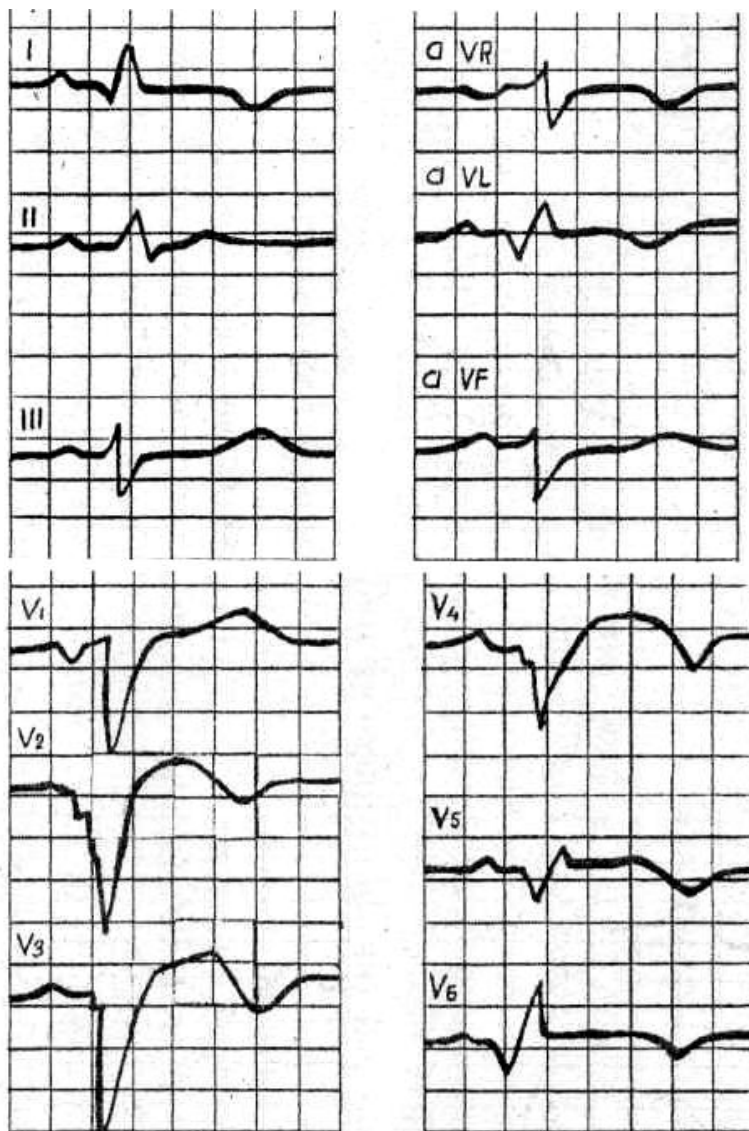
Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: СОЭ 5 мм/час, эр. – $4,0 \times 10^{12}$ /л; Нб – 127 г/л; лейкоц. – $8,4 \times 10^9$ /л; э – 4%; п/я – 4%; с/я – 68%; л – 18%; м – 6%.
2. ОАМ: отн. плотность - 1014; лейкоц. – 1-2 в п.зр.; эр – 0-1 в п.зр.; белок, сахар – отриц.
3. Общий холестерин – 6,4 ммоль/л; сахар крови – 5,8 ммоль/л, мочевины - 7,3 ммоль/л, креатинин - 0,12 ммоль/л.
4. ЭКГ (см. ниже).

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Объясните данные аускультации легких.
4. Каков механизм развития акроцианоза?
5. Назовите наиболее вероятные характеристики пульса у пациента.
6. Сделайте электрокардиографическое заключение.
7. Оцените результаты биохимического анализа крови.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЭКГ:



ЗАДАЧА № 18

Больная М., 72 лет, обратилась к участковому терапевту с жалобами на давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое надплечье, возникающие при выходе из теплого помещения на холодный воздух, подъеме на 1 этаж, длящиеся в покое в течение 5-10 минут, купирующиеся приемом нитроглицерина через 1-2 минуты, одышку при физической нагрузке, сухость во рту.

Из анамнеза заболевания: повышение АД до 180/100 мм рт.ст. в течение 20 лет, сопровождающееся головокружением. Лекарственные препараты принимает не регулярно. Боли указанного характера отмечает в течение 15 лет. Перенесла инфаркт миокарда 10 лет назад. Отец умер в возрасте 50 лет от инфаркта миокарда.

Объективно:

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, умеренно влажные. Пастозность стоп. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧД 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены, 88 уд/мин. Акцент II тона над аортой. Негромкий систолический шум на верхушке. АД 165/95 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Пальпация в области правого подреберья безболезненна, край печени пальпируется на 2 см ниже края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются.

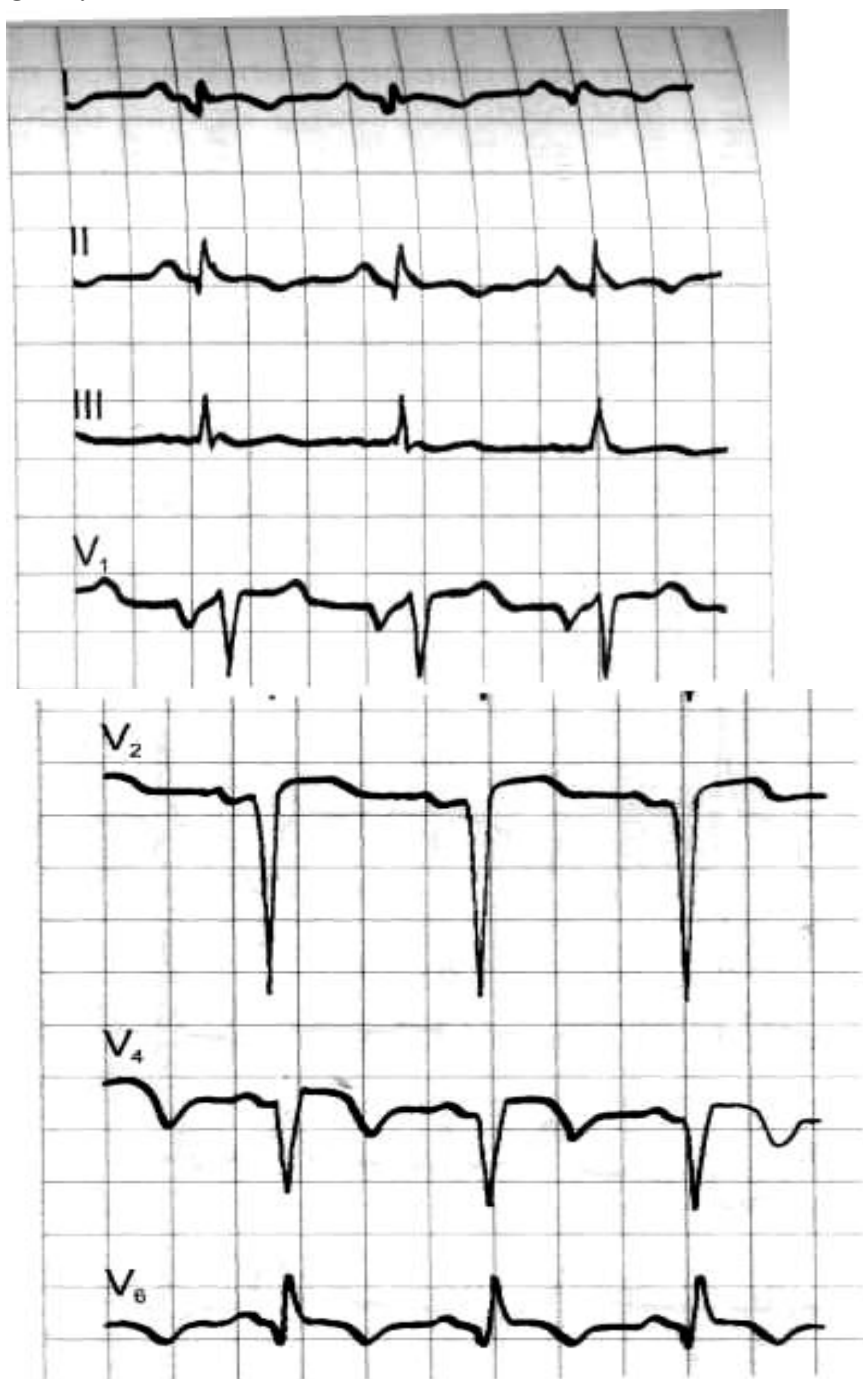
Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: эр. – $3,89 \times 10^{12}/л$; Нб – $121 \times 10^{12}/л$; лейкоц. – $5,2 \times 10^9/л$; э – 3; п/я – 4; с/я – 56; л – 28; м – 9. СОЭ - 12 мм/час.
2. ОАМ: отн. плотность - 1017; белок - 0,33 г/л, сахар – нет, лейкоц. – 1-2 в п.зр.; эр. – 0-1 в п.зр..
3. Общий холестерин – 8,9 ммоль/л; сахар крови – 11,2 ммоль/л, мочевины - 5,2 ммоль/л, креатинин - 0,011 ммоль/л, калий - 4,8 ммоль/л.
4. ВЭМ: толерантность к физической нагрузке 275 кгм/мин.
5. ЭКГ (см. ниже).

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Объясните причину приглушения тонов сердца.
4. Каков механизм развития болевого синдрома?
5. Опишите границы относительной сердечной тупости.
6. Сделайте электрокардиографическое заключение.
7. Оцените результаты биохимического анализа крови.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЭКГ:



ЗАДАЧА № 19

В отделение поступил больной С., 68 лет, с жалобами на сжимающие боли за грудиной с иррадиацией под левую лопатку при ходьбе в обычном темпе (на расстояние до 30 м), купирующиеся приемом нитроглицерина через 2-3 минуты; чувство нехватки воздуха при ходьбе и в горизонтальном положении; кашель периодический в течение дня, с выделением скудной светлой мокроты, усиливающийся в горизонтальном положении; отёки на ногах.

Из анамнеза заболевания: 6 лет назад перенёс инфаркт миокарда без предшествующей стенокардии, в последующем появились вышеописанные боли. Около 3 лет назад стали беспокоить одышка (вначале при быстрой ходьбе, затем при ходьбе в обычном темпе), отёки на ногах. Лекарственные препараты принимает регулярно. Настоящее ухудшение в течение недели: участились сжимающие боли за грудиной, хуже переносит физические нагрузки, ночи проводит сидя из-за возникновения одышки в горизонтальном положении.

Объективно:

Положение ортопноэ. Акроцианоз. Отёки на ногах, передней брюшной стенке. При перкуссии в правой подлопаточной области – притупленный перкуторный звук, здесь же – ослабленное везикулярное дыхание, влажные мелкопузырчатые хрипы. Над остальными областями – ясный легочный звук, дыхание везикулярное. ЧД 28 в мин. Границы относительной сердечной тупости: правая – на 1 см правее правого края грудины, верхняя – 3 ребро, левая - на 1 см кнаружи от левой СКЛ. Тоны сердца ритмичные, приглушены, I тон на верхушке ослаблен, акцент II тона на легочной артерии, мягкий систолический шум на верхушке. ЧСС 100 уд/мин. АД 100/60 мм рт.ст. Живот увеличен в размерах, положительный симптом флюктуации. При перкуссии укорочение перкуторного звука во фланках живота. Печень при пальпации не определяется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб – 110 г/л; СОЭ – 8 мм/ч; лейкоц. – $5,0 \times 10^9$ /л.
2. Мочевина – 8,3 ммоль/л, глюкоза – 5,0 ммоль/л, фибриноген - 3,0 г/л, ПТИ - 78%, АСТ – 0,36 ммоль/л, АЛТ – 0,36 ммоль/л, холестерин – 8,9 ммоль/л, билирубин общий 18,2 (прямой - 12,0; непрямой - 4,2) мкмоль/л.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Каков механизм возникновения симптомов со стороны системы дыхания?
4. Объясните механизм изменений тонов сердца.
5. Что может быть выявлено на ЭКГ?
6. Оцените лабораторные данные.
7. Назначьте дообследование для уточнения диагноза.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 20

Больной К., 42-х лет, главный инженер завода, поступил в отделение с жалобами на боли за грудиной сжимающего и давящего характера, иррадиирующие в левое плечо и лопатку, возникающие при быстрой ходьбе и купирующиеся в покое через 5-10 минут или приёмом нитроглицерина в течение 1-2 минут; слабость, раздражительность, плохой сон.

Из анамнеза заболевания: вышеуказанные жалобы впервые появились 2 года назад (частота приступов – 1-2 раза в нед.). За медицинской помощью не обращался. Настоящее ухудшение в течение недели: участились загрудинные боли до 3-5 приступов в сутки. Ухудшение в самочувствии связывает с ночными сменами, переутомлением.

Из анамнеза жизни: в течение дня выкуривает 20-30 сигарет.

Объективно:

Состояние удовлетворительное. Кожа обычного цвета. Подкожная клетчатка развита умеренно. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание в лёгких везикулярное, хрипов нет. ЧД 20 в минуту. АД 138/80 мм рт.ст. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 0,5 см кнаружи от правого края грудины, верхняя – 3 ребро, левая - на 0,5 см кнутри от левой СКЛ. Тоны сердца ритмичные, ясные, 72 уд/мин, соотношение тонов не нарушено; шумов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 9×8×7 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

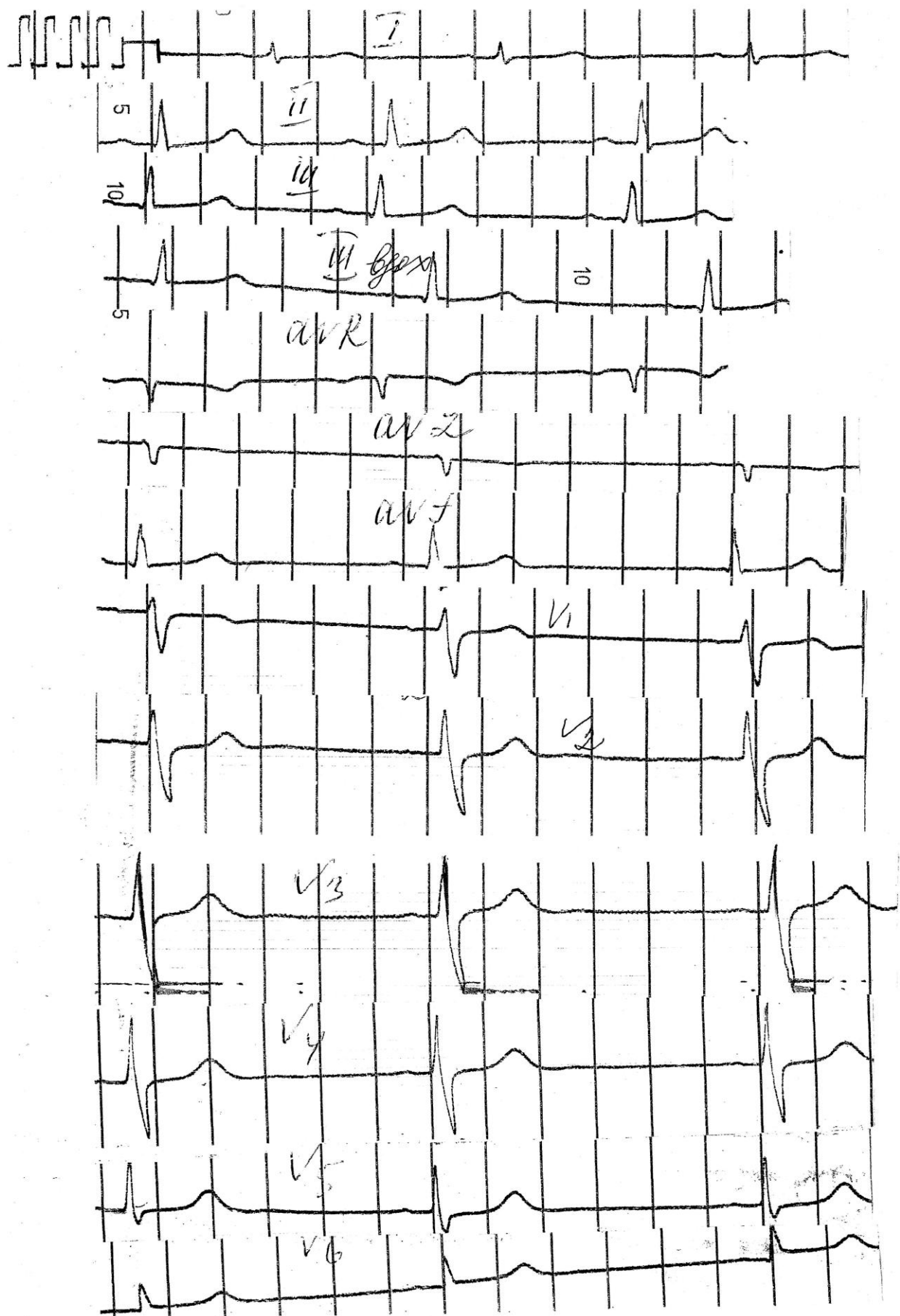
Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб – 120 г/л; эр. - $4,5 \times 10^{12}$ /л; ЦП – 0,9; ретикулоциты - 2%; СОЭ - 10 мм/час; тромбоциты - 250×10^9 /л; лейкоц. - $5,0 \times 10^9$ /л; э - 2%; п/я - 5%; с/я - 70%; л - 21%; м - 2%.
2. ОАМ: рН кислая, отн. плотность – 1020, белок, сахар – нет, лейкоц. – 2-4 в п.зр., эпителий - 1-2 в п.зр., оксалаты - небольшое количество.
3. Глюкоза - 5,0 ммоль/л, фибриноген – 2 г/л, ПТИ – 80%, АСТ – 0,38 ммоль/л, АЛТ - 0,36 ммоль/л, холестерин – 6,2 ммоль/л, билирубин общий - 19,0 (прямой – 4,0, непрямой – 15) мкмоль/л, креатинин - 0,087 ммоль/л.
4. ЭКГ (см. ниже).

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм возникновения боли в груди у данного больного.
4. Опишите вероятные свойства пульса на лучевых артериях у данного больного.
5. Назначьте дополнительное обследование.
6. Оцените результаты анализов.
7. Сделайте электрокардиографическое заключение.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЭКГ:



ЗАДАЧА № 21

Больной И., 65 лет, пенсионер, бригадой СМП доставлен в стационар с жалобами на интенсивные сжимающие боли за грудиной, иррадиирующие по всей передней поверхности грудной клетки, резкую слабость.

Из анамнеза заболевания: в течение 5 лет отмечает периодическое повышение АД до 170/90 мм рт.ст., сопровождающееся головными болями, тошнотой. В течение последнего года при ходьбе стали появляться локализованные сжимающие боли за грудиной, проходившие в покое через 3-5 мин. Не обследован, лекарственные препараты не принимал. Настоящее ухудшение – 1,5 часа назад на фоне физической нагрузки. Появились вышеуказанные жалобы, потемнело в глазах, покрылся холодным липким потом. Принял 1 таблетку нитроглицерина – без эффекта.

Объективно:

Состояние тяжелое. Больной в сознании. Кожа бледная, холодный липкий пот. Отёков нет. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧД 24 в минуту. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 120 уд/мин, слабого наполнения, мягкий, малой величины, вне пульсовой волны сосудистая стенка не пальпируется. Границы относительной сердечной тупости: правая на 1 см правее правого края грудины, верхняя – нижний край III ребра, левая – на 1 см левее левой СКЛ. Тоны сердца ритмичные, приглушены, 120 уд/мин. На верхушке сердца I тон ослаблен, акцент II тона на аорте, систолический убывающий шум на верхушке. АД 90/50 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 9×8×7 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

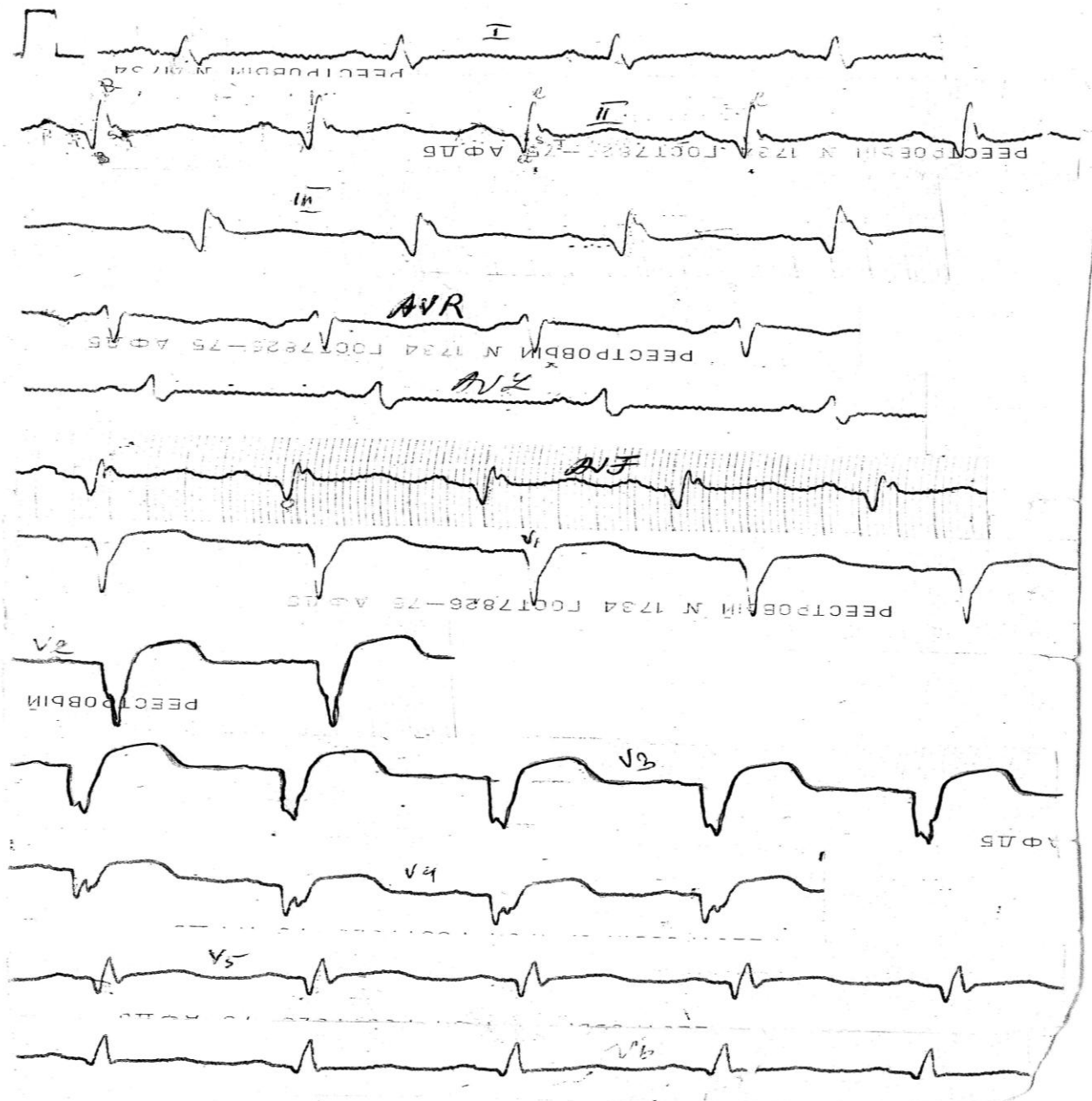
Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб – 130 г/л; эр. - $4,7 \times 10^{12}$ /л; ЦП – 1,0; ретикулоциты - 4%; СОЭ - 11 мм/час; лейкоц. – $9,5 \times 10^9$ /л; э - 3%; п/я - 6%; с/я - 69%; л - 17%; м - 5%.
2. ОАМ: отн. плотность - 1020, белок, сахар - нет, лейкоц. - 2-4 в п.зр., эпителий – 1-2 в п.зр., оксалаты - небольшое количество.
3. Глюкоза – 5,0 ммоль/л, фибриноген – 3,3 г/л, ПТИ – 80 %, АСТ – 0,96 ммоль/л, АЛТ – 1,64 ммоль/л, холестерин – 8,9 ммоль/л, билирубин общий – 19,0 (прямой – 4,0, непрямой – 15,0) мкмоль/л, мочевины – 9,0 мкмоль/л, креатинин – 0,9 ммоль/л.
4. ЭКГ (см. ниже).

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Дайте определение пульса больного.
4. Объясните механизм развития гипотонии, слабости, потливости.
5. Какие дополнительные исследования нужно назначить больному?
6. Сделайте электрокардиографическое заключение.
7. Оцените результаты лабораторных исследований.

8. Обоснуйте уточненный диагноз.
ЭКГ:



ЗАДАЧА № 22

Больная М., 15 лет, обратилась с жалобами на колющие локализованные боли в области верхушки сердца, одышку с затруднением вдоха при обычной физической нагрузке, боли и припухлость коленных и плечевых суставов, постоянные, переходящие с одного сустава на другой, усиливающиеся при движениях; непроизвольные подергивания мышц лица и пальцев рук.

Из анамнеза заболевания: с 5 лет частые ангины. Настоящее ухудшение 3 недели назад: после переохлаждения появились боли в горле, насморк и повышение температуры до 38°C. За медицинской помощью не обращалась, лечилась травами. Через 10 дней катаральные явления исчезли, но появились вышеописанные жалобы.

Объективно:

Температура тела 37,8°C. Кожа бледная. Отеков нет. Пальпируются подчелюстные и передние шейные лимфоузлы, округлой формы, в диаметре до 1,5-2 см, безболезненные, не спаянные между собой и окружающими тканями, подвижные, кожа над ними не изменена. Коленные суставы увеличены в объеме, болезненны при пальпации, кожа над ними гиперемирована, объем движений ограничен. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 24 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены, 100 уд/мин. На верхушке сердца I тон ослаблен, выслушивается громкий постоянный систолический шум, связанный с I тоном, проводится в левую подмышечную область, усиливается в положении на левом боку и после физической нагрузки. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Со стороны ЦНС: лабильность психики, непроизвольное подергивание мышц лица и пальцев рук.

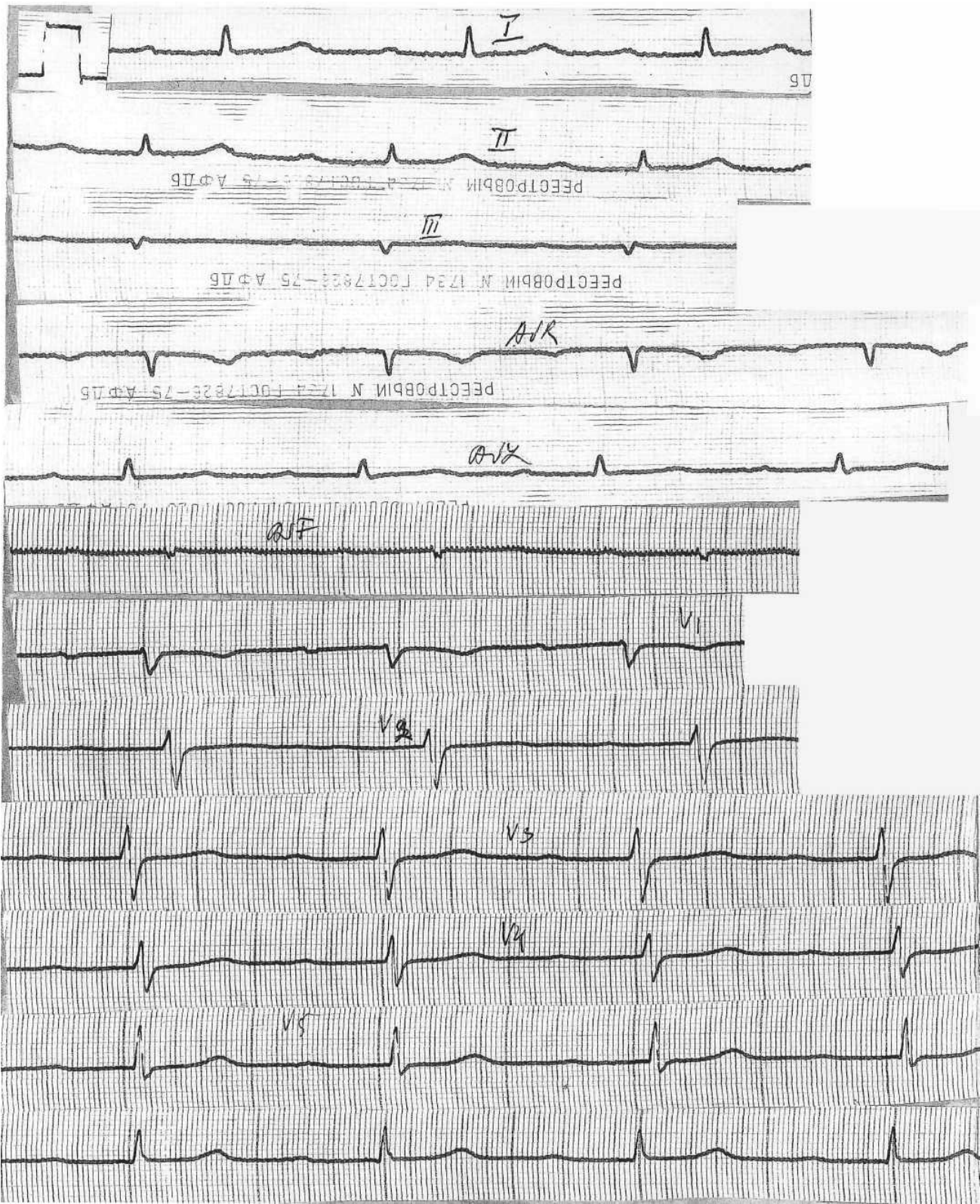
Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: эр. – $4,5 \times 10^{12}/л$, Нб – 120 г/л, СОЭ – 28 мм/час, тромбоциты – $250 \times 10^9/л$, лейкоц. – $9,8 \times 10^9/л$, п/я – 8%, с/я – 80%, э – 5%, б – 1%, л – 20%, м – 7%.
2. Фибриноген – 2 г/л, ПТИ – 80%, АСТ – 0,38 ммоль/л, АЛТ – 0,36 ммоль/л, билирубин общий – 19 мкмоль/л, прямой – 4 мкмоль/л, не прямой – 15 мкмоль/л, мочевины – 7 ммоль/л.
3. СРБ - +++, АСГ – 520 ЕД, АСЛ-О – 450 МЕ/мл.
4. ЭКГ (см. ниже).

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Объясните генез аускультативной картины на верхушке сердца.
4. Объясните механизм подергивания мышц лица и пальцев рук.
5. Опишите вероятные недостающие данные: АД, свойства пульса на лучевых артериях, границы относительной сердечной тупости.
6. Оцените данные дополнительных методов исследования.
7. Сделайте электрокардиографическое заключение.
8. Обоснуйте окончательный диагноз.

ЭКГ:



ЗАДАЧА № 23

Больная В., 35 лет, инженер, обратилась к врачу с жалобами на отеки на ногах, тяжесть в правом подреберье, увеличение живота.

Из анамнеза заболевания: в 15 лет лечилась в стационаре по поводу болей и припухлости коленных и голеностопных суставов, колющих болей в области сердца. После выписки самочувствие оставалось удовлетворительным, за медицинской помощью не обращалась. 2 года назад стали беспокоить перебои в работе сердца, неоднократно лечилась в стационаре. Год назад появились тяжесть в правом подреберье, эпизодически – отеки на ногах, 3 месяца назад стал увеличиваться живот.

Объективно:

Диффузный цианоз с желтушным оттенком, иктеричность склер. Пастозность голеней. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД 20 в минуту. Видимая пульсация и набухание шейных вен. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, 72 в мин., ритм неправильный, удовлетворительного наполнения, напряжения, средней величины, сосудистая стенка вне пульсовой волны не пальпируется. АД 110/70 мм рт.ст. Тоны сердца неритмичные, громкие, 72 уд/мин. У основания мечевидного отростка ослаблен I тон, выслушивается систолический шум, усиливающийся на вдохе. Живот «лягушачий». Симптом флюктуации положительный. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, край ее ровный, закругленный, поверхность гладкая, пальпация ее умеренно болезненна. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

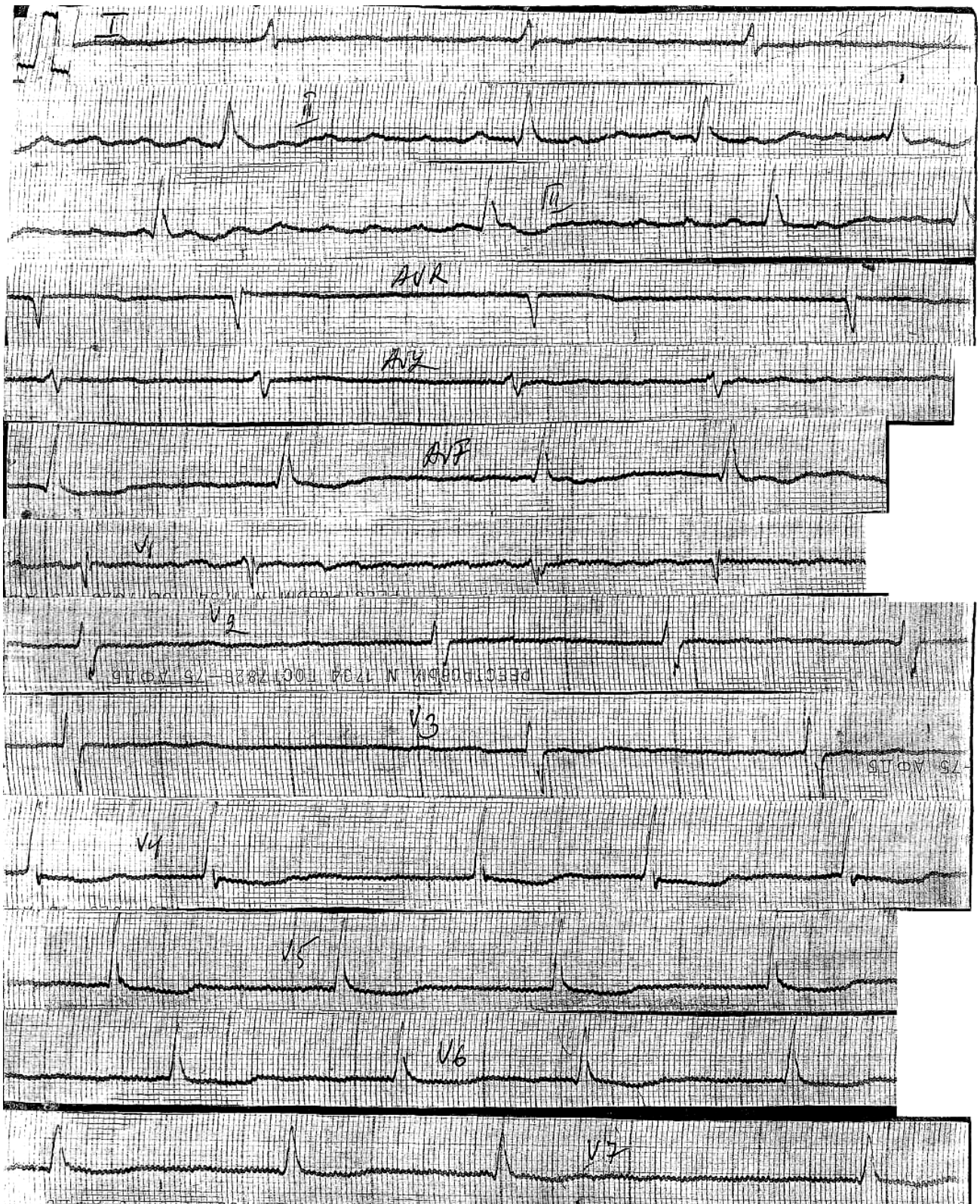
Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: эр. - $4,5 \times 10^{12}/л$, цветной показатель - 1,0, СОЭ – 6 мм/час, лейкоц. – $7,8 \times 10^9/л$, э - 2%, п/я – 5%, с/я – 70%, л – 18%, м – 2%.
2. ОАМ: светло-желтая, отн. плотность – 1020, лейкоц. – 1-2 в п.зр., эп. 2-3 в п.зр.
3. Сахар – 4,5 ммоль/л, ПТИ – 80%, АСТ – 0,94 ммоль/л, АЛТ – 0,89 ммоль/л, билирубин общий – 32,2 (прямой – 16,1, непрямой – 12,1) мкмоль/л.
4. ЭКГ (см. ниже).

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм набухания и пульсации шейных вен.
4. Объясните механизм гепатомегалии и асцита.
5. Оцените данные дополнительных методов обследования.
6. Сделайте электрокардиографическое заключение.
7. Опишите недостающие в задаче данные: исследование эпигастральной пульсации, границы относительной сердечной тупости, ЭхоКГ.
8. Обоснуйте окончательный диагноз.

ЭКГ:



ЗАДАЧА № 24

Больная Н., 24 года, уборщица, обратилась к врачу с жалобами на одышку как на вдохе, так и на выдохе, появляющуюся при ходьбе в обычном темпе, сопровождающуюся кашлем с отхождением мокроты с прожилками крови, усиливающуюся в горизонтальном положении до приступов удушья, в связи с чем больная вынуждена спать сидя.

Из анамнеза заболевания: в детстве частые ангины. В 15 лет после очередной ангины возникли колющие боли в области верхушки сердца, одышка, припухлость и летучие боли в крупных суставах, гипертермия до 38°C. В последующем сохранялась слабость, беспокоили боли в суставах без нарушения их функции, одышка при быстрой ходьбе. В 20-летнем возрасте впервые возникло кровохарканье, лечилась в стационаре. Настоящее ухудшение после физической нагрузки: усилилась одышка, появились ночные приступы удушья, кашель, кровохарканье.

Объективно:

Положение ортопноэ. Акроцианоз. Отеков нет. Пальпируются подчелюстные и передние шейные лимфоузлы: единичные, округлой формы, до 1 см в диаметре, эластичные, не спаянные между собой и окружающими тканями, кожа над ними не изменена. Перкуторно – укорочение звука в подлопаточных областях, здесь же ослабление везикулярного дыхания и влажные мелкопузырчатые хрипы, ЧД 28 в минуту. АД 110/70 мм рт.ст. ЧСС 100 уд/мин. Тоны сердца громкие, ритмичные. На верхушке I тон усилен, здесь же выслушивается дополнительный тон. Над легочной артерией акцент II тона. Диастолический шум на верхушке, усиливающийся после физической нагрузки и в положении на левом боку. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 9×8×7 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования:

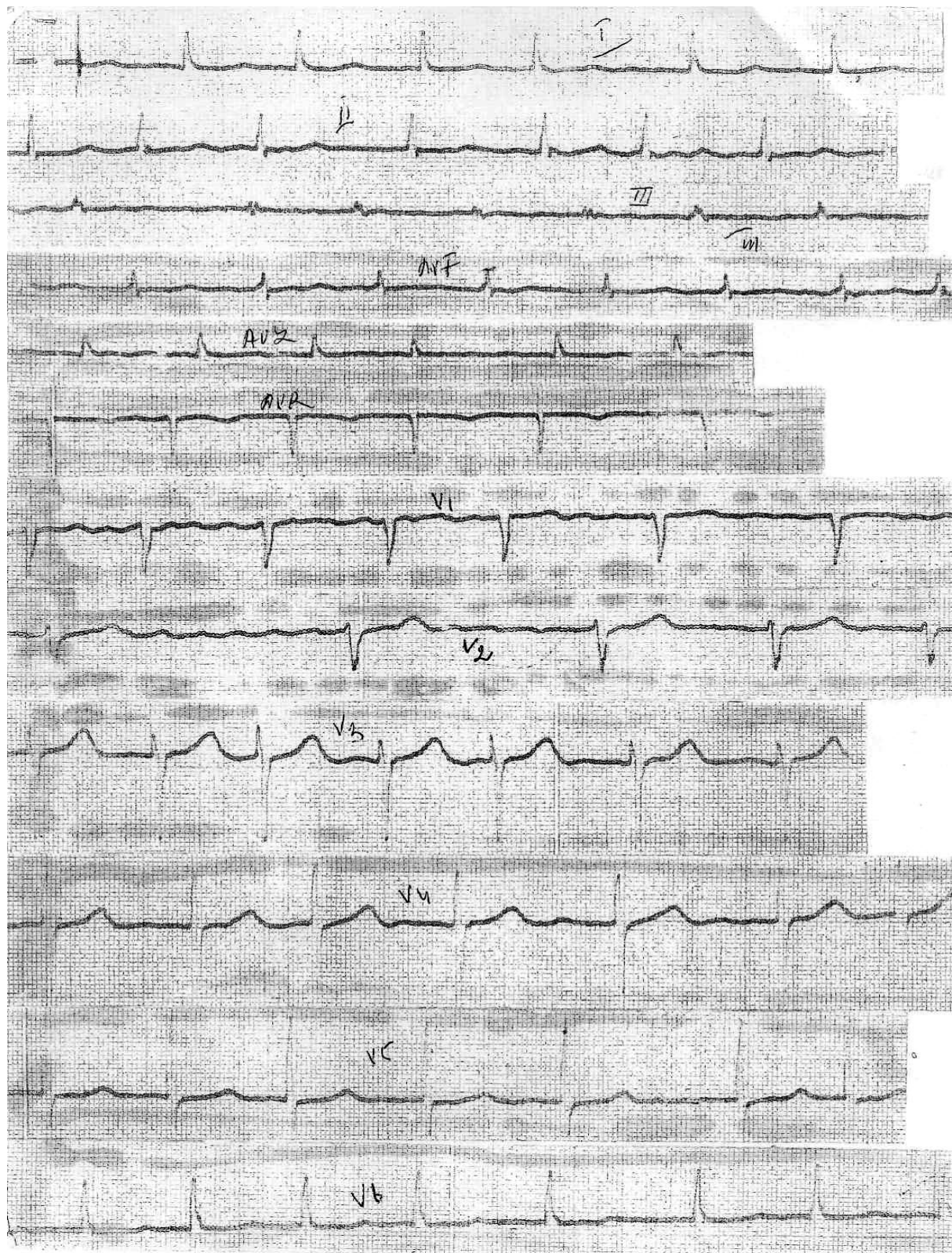
1. ОАК: эр. – $4,4 \times 10^{12}/л$, Нб 120 – г/л, СОЭ 20 мм/час, тромбоциты – $200 \times 10^9/л$, лейкоц. – $10,2 \times 10^9/л$, э – 5%, п/я – 4%, с/я – 40%, л – 30%, м – 21%.
2. ОАМ: светло-желтая, прозрачная, отн. плотность – 1018, белок, сахар – нет, лейкоц. – 2-3 в п.зр.
3. ПТИ – 80%, фибриноген – 4,0 г/л, АСТ – 0,38 ммоль/л, АЛТ – 0,22 ммоль/л, общий холестерин – 3,3 ммоль/л, билирубин общий – 19,0 мкмоль/л, прямой – 4,0 мкмоль/л, непрямой – 15 мкмоль/л, мочевины – 8,3 ммоль/л, СРБ +++, АСЛ-О – 350 МЕ/мл, АСГ – 350 ед.
4. ЭКГ (см. ниже).

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм образования дополнительного тона. Как называется данный трехчленный ритм?
4. Объясните механизм кровохарканья.

5. Оцените данные дополнительных методов исследования.
6. Сделайте электрокардиографическое заключение.
7. Опишите недостающие в задаче данные: свойства пульса на лучевых артериях, пальпация области сердца, данные перкуссии сердца.
8. Обоснуйте окончательный диагноз.

ЭКГ:



ЗАДАЧА № 25

Больная В., 40 лет, обратилась к врачу с жалобами на одышку с преимущественным затруднением вдоха и сердцебиение при физической нагрузке.

Из анамнеза заболевания: в детстве частые простудные заболевания, ангины. В возрасте 7 лет после ангины появились колющие локализованные боли в области верхушки сердца, одышка, слабость, повышение температуры тела, боли в коленных и локтевых суставах. Лечилась в стационаре с хорошим эффектом. В последующем состояла на диспансерном учете, вводился бициллин. 15 лет назад лечение прекратила. В последние 2 года стала отмечать нехватку воздуха при быстрой, затем при ходьбе в обычном темпе, сердцебиение. За медицинской помощью не обращалась. Последние 3-4 месяца одышка нарастает, эпизодически ночью просыпалась от чувства нехватки воздуха, которое постепенно проходило в положении сидя.

Объективно:

Цианоз губ, носа, щек. Отёков нет. В подмышечных областях с обеих сторон – укорочение перкуторного звука, ослабление везикулярного дыхания и влажные мелкопузырчатые хрипы. Над остальными легочными полями – ясный лёгочный звук, дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 24 в минуту. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, 72 в мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, средней величины, сосудистая стенка вне пульсовой волны не определяется. АД 110/70 мм рт.ст. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, верхняя – II межреберье, левая – по левой СКЛ. Тоны сердца ритмичные, громкие, 72 уд/мин. На верхушке I тон ослаблен, акцент II тона на лёгочной артерии; на верхушке – систолический дующий шум, проводящийся в подмышечную область и область Боткина-Эрба. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 9×8×7 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования:

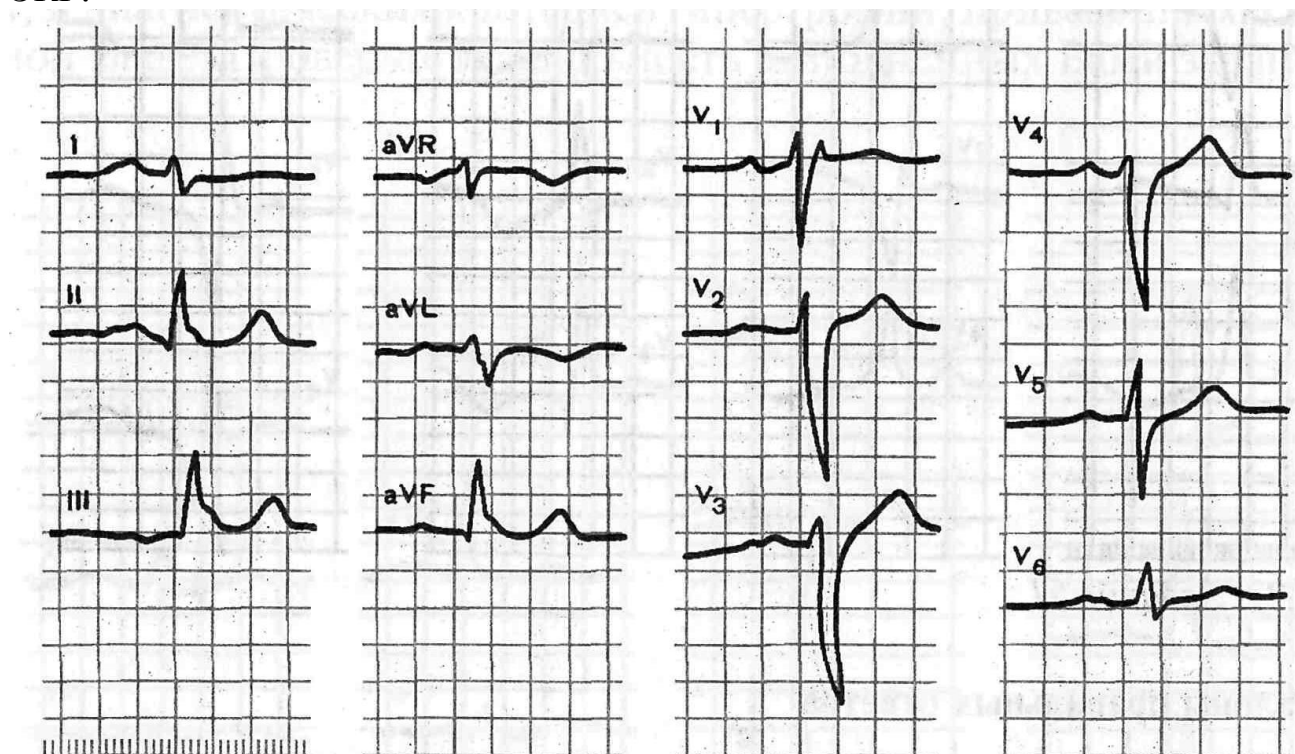
1. ОАК: Нб – 135 г/л, эр. – $4,8 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 1,0, СОЭ – 5 мм/ч; лейкоц. – $6,8 \times 10^9$ /л, э - 1%, п/я - 6%, с/я - 70%, л - 20%, м - 3%.
2. ОАМ: отн. плотность – 1020, белок, сахар – нет, лейкоц. – 3-4, эпителий – ед. в п.зр.
3. Билирубин общий 16,0 мкмоль/л, прямой - 12,0 мкмоль/л, непрямой - 4,0 мкмоль/л, АСТ – 0,30 ммоль/л, АЛТ – 0,36 ммоль/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, фибриноген 4,0 г/л, ПТИ – 87%, холестерин – 3,4 ммоль/л, СРБ – отр.
4. ЭКГ (см. ниже).

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм возникновения жалоб.
4. Объясните аускультативную симптоматику со стороны сердца.

5. Составьте план дополнительных исследований.
6. Сделайте электрокардиографическое заключение.
7. Оцените данные биохимического анализа крови.
8. Обоснуйте окончательный диагноз.

ЭКГ:



ЗАДАЧА № 26

Больной П. 42 лет, плотник, предъявляет жалобы на головные боли, головокружение, сердцебиение, приступы сжимающих болей за грудиной, иррадиирующих в левую руку, возникающих при обычных физических нагрузках, продолжительностью до 10 мин., приём нитроглицерина оказывает положительный (через 2-4 мин), но кратковременный эффект; затруднение вдоха при быстрой ходьбе, подъеме на 3-й этаж.

Из анамнеза заболевания: в детстве – частые ангины. Неоднократно лечился в стационаре по поводу болей в области верхушки сердца и в коленных суставах. С 17 лет чувствовал себя здоровым, за медицинской помощью не обращался. В течение последних 10 лет периодически беспокоили головокружение, головные боли, вышеописанные боли за грудиной. Настоящее ухудшение в течение месяца: головные боли стали постоянными, снизилась переносимость физической нагрузки.

Объективно:

Кожа бледная. Отёков нет. ЧД 20 в мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Отмечается усиленная пульсация сонных артерий, кивающие движения головы. Пульс на лучевых артериях скорый, высокий. На бедренных артериях слышен двойной шум. АД 170/70 мм рт.ст. Верхушечный толчок определяется в VI межреберье, на 3 см кнаружи от СКЛ, разлитой, усиленный, приподнимающий, положительный. Границы относительной сердечной тупости: правая и верхняя не изменены, левая на 2 см кнаружи от левой СКЛ. Тоны сердца ритмичные, приглушены, 98 уд/мин. I тон на верхушке и II тон на аорте ослаблены. Над аортой выслушивается мягкий убывающий диастолический шум, проводящийся в область Боткина-Эрба и усиливающийся при наклоне вперёд и глубоком выдохе. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 10×9×6 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования:

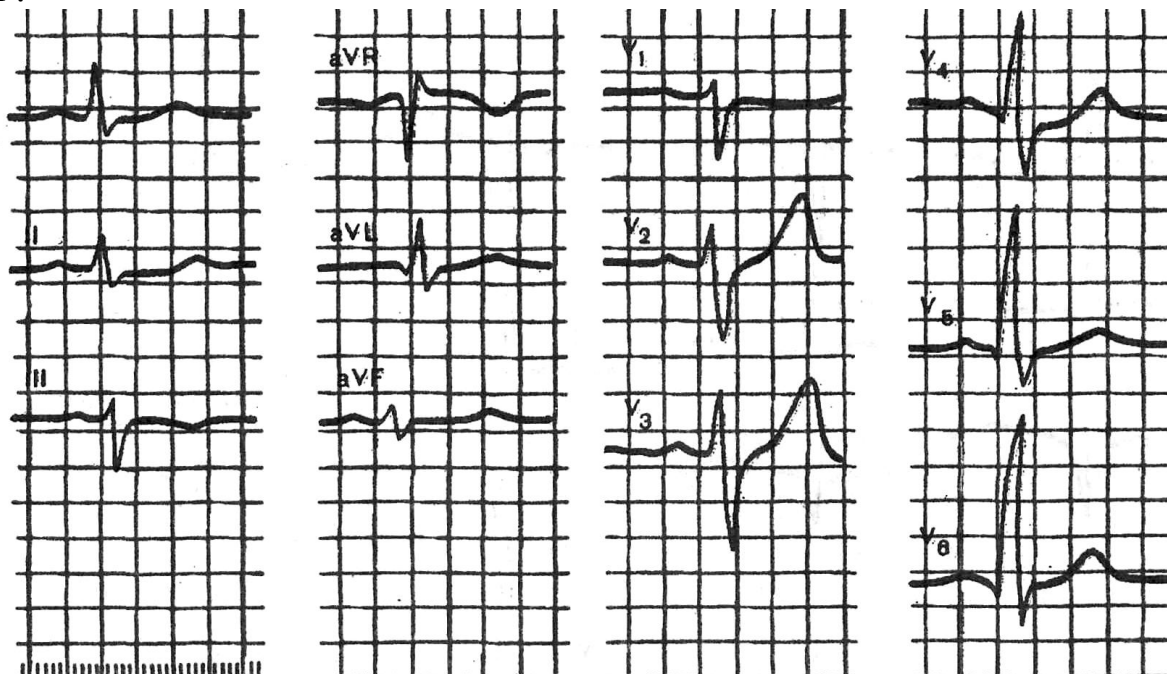
1. ОАК: Нб – 140 г/л; эр. – $4,7 \times 10^{12}/л$; ЦП – 1,0; СОЭ – 6 мм/ч; лейкоц. – $6,0 \times 10^9/л$; э - 3%; п/я - 5%; с/я - 70%; л - 20%; м - 2%.
2. ОАМ: отн. плотность – 1016, реакция – кислая, белок, сахар – нет, лейкоц. – 1-3, эпителий – 1-3 в п/зр., эритроциты, цилиндры – нет.
3. Глюкоза – 4,5 ммоль/л, фибриноген 2,0 г/л, холестерин – 4,8 ммоль/л, креатинин – 0,1 ммоль/л, СРБ – отриц.
4. ЭКГ (см. ниже).

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Назовите симптомы, выявляемые при исследовании периферических сосудов, и объясните их происхождение. Перечислите другие симптомы, которые могут быть выявлены при исследовании сосудов.
4. Объясните механизм возникновения болей в грудной клетке.

5. Назначьте необходимое обследование.
6. Сделайте электрокардиографическое заключение.
7. Оцените данные биохимического анализа крови.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЭКГ:



ЗАДАЧА № 27

Больная Б., 30 лет, учитель, жалуется на отёки на ногах, увеличение живота, тяжесть в правом подреберье, уменьшение количества выделяемой мочи.

Из анамнеза заболевания: частые ангины с детского возраста. В 5-летнем возрасте, через 3 недели после перенесенной ангины была госпитализирована с жалобами на колющие боли в области сердца разной продолжительности, одышку, боли и припухлость крупных суставов. Выписана в удовлетворительном состоянии. В последующем периодически беспокоили боли в коленных суставах. Состояла на диспансерном учете. Проводилась бициллинопрофилактика. После поступления в институт от лечения отказалась. С 25 лет эпизодически появлялись отёки на ногах, слабость; за медицинской помощью не обращалась. В течение последнего года отёки на ногах стали постоянными, появился дискомфорт в правом подреберье, увеличился живот.

Объективно:

Диффузный цианоз с желтушным оттенком. Отёки до колен. ЧД 20 в мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Визуально определяется набухание и пульсация шейных вен. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, слабого наполнения, напряжения и величины, сосудистая стенка вне пульсовой волны не пальпируется. ЧСС 88 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Тоны сердца ритмичные, громкие. На верхушке и у основания мечевидного отростка I тон усилен, здесь же дополнительный тон и диастолический шум, усиливающийся при задержке дыхания на вдохе. Живот равномерно увеличен в объёме. Симптом флюктуации положительный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, край ее закруглен, пальпация умеренно болезненна. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

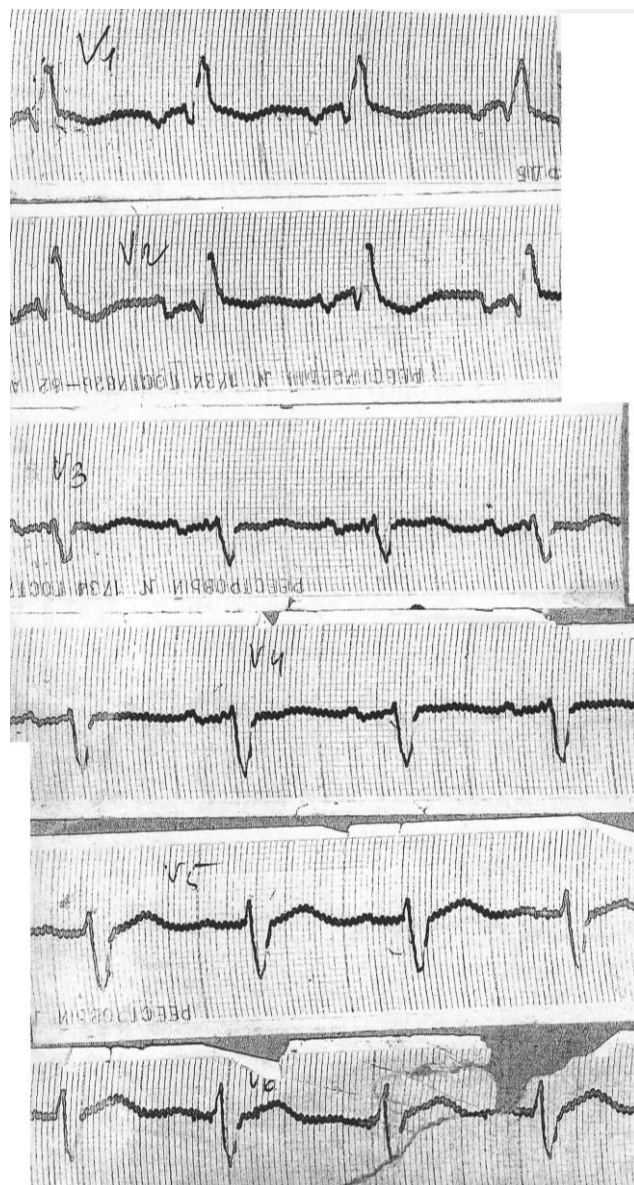
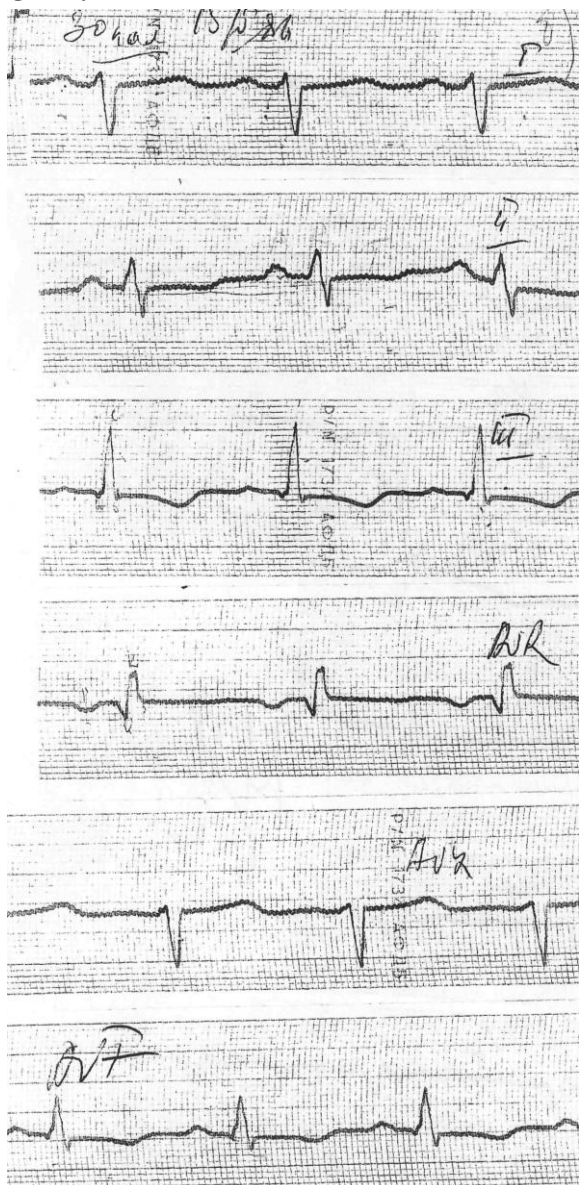
Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб – 120 г/л; эр. - $4,4 \times 10^{12}$ /л; ЦП – 1,0; СОЭ - 8 мм/час; лейкоц. – $7,8 \times 10^9$ /л; э - 2%; п/я - 5%; с/я - 70%; л - 21%; м - 2%.
2. Глюкоза – 4,5 ммоль/л, фибриноген – 2 г/л, ПТИ – 80%, АСТ – 0,98 ммоль/л, АЛТ - 0,86 ммоль/л, холестерин – 6,2 ммоль/л, билирубин общий – 32,2 мкмоль/л, прямой – 16,1 мкмоль/л, непрямой – 12,1 мкмоль/л, СРБ- отр.
3. ЭКГ (см. ниже).

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм набухания и пульсация шейных вен, отеков на ногах, увеличения печени, асцита.
4. Объясните механизм возникновения аускультативной симптоматики.
5. Какие дополнительные исследования нужно назначить?
6. Оцените данные дополнительных методов исследования.
7. Сделайте электрокардиографическое заключение.
8. Обоснуйте окончательный диагноз.

ЭКГ:



ЗАДАЧА № 28

Больной Н., 32 лет, инженер, обратился с жалобами на колющие локализованные боли в области верхушки сердца, возникающие без видимой причины, затруднение вдоха при физической нагрузке.

Из анамнеза заболевания: болен с 18 лет, когда появились вышеописанные боли, возникавшие без четкой связи с нагрузкой. Ухудшение в течение последней недели: появились боли в горле, кашель со скудной светлой мокротой, временами с прожилками крови, нехватка воздуха при ходьбе по квартире, повышение температуры до 38,7°C, колющие боли в области верхушки сердца. Обратился к ЛОР-врачу, лечился по поводу обострения хронического тонзиллита без эффекта.

Анамнез жизни: в детстве – частые ангины. Дважды лечился в стационаре по поводу «летучих» болей в коленных, плечевых суставах, усиливающихся при ходьбе, их припухлости, покраснения. С 18 лет боли в суставах не беспокоят.

Объективно:

Температура тела 37,3°C. Кожа бледная, акроцианоз. Отёков нет. Пальпируются передние шейные и подчелюстные лимфоузлы: единичные, округлой формы, до 1 см в диаметре, не спаянные между собой и окружающими тканями, кожа над ними не изменена. ЧД 24 в мин. В подлопаточных областях укорочение перкуторного звука, ослабленное везикулярное дыхание, влажные мелкопузырчатые хрипы. Над остальными областями ясный легочный звук, дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, справа - среднего наполнения, напряжения и величины, слева - малого наполнения, мягкий, малой величины, сосудистая стенка вне пульсовой волны с обеих сторон не определяется. ЧСС 96 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. На верхушке сердца – *fremisman cataire*. Тоны сердца громкие, выслушивается ритм «перепела», I тон на верхушке сердца хлопающий, акцент II тона на легочной артерии. Диастолический шум на верхушке, усиливающийся после физической нагрузки. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9×8×7 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования:

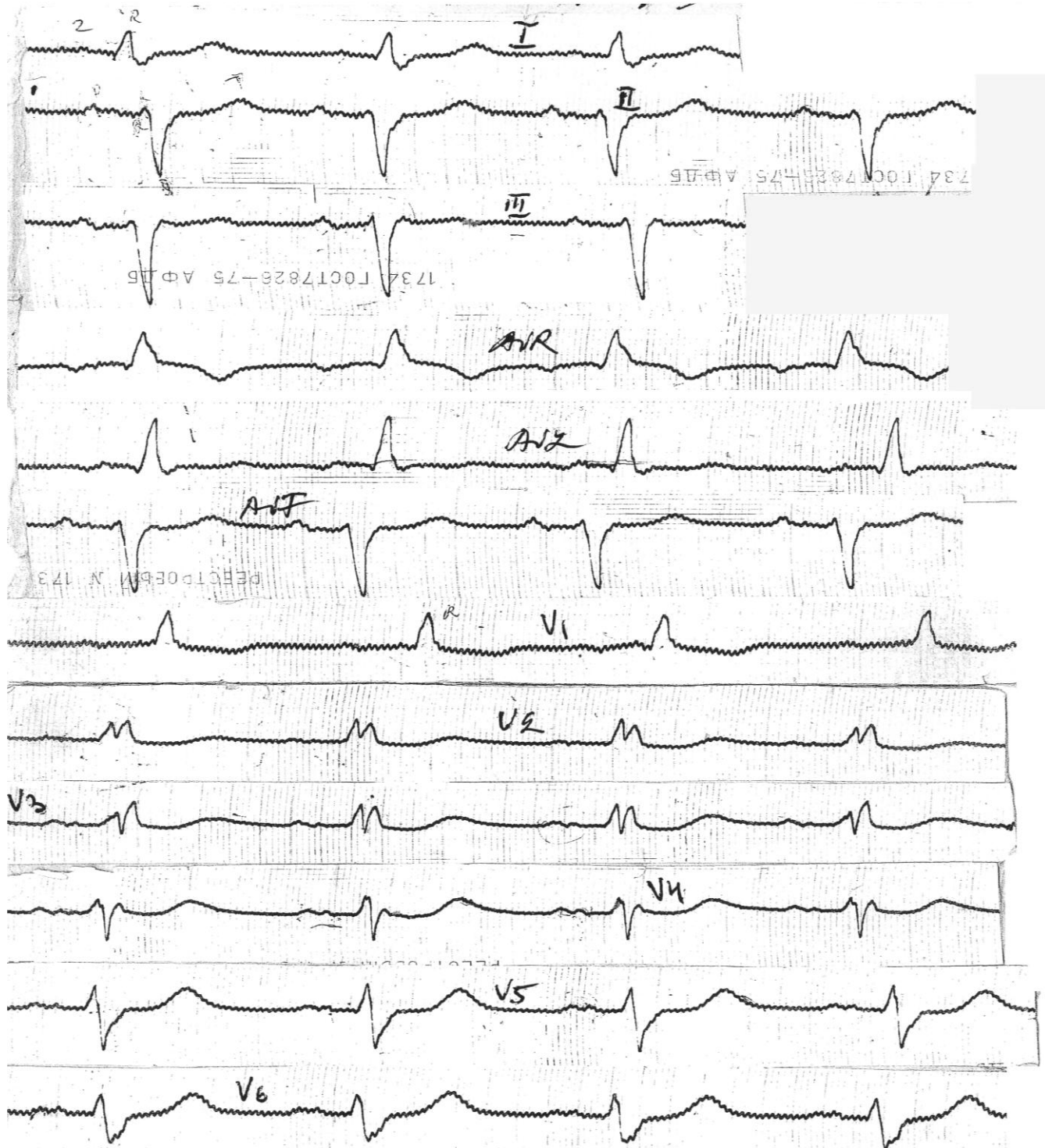
1. ОАК: Нб – 129 г/л; эр. – $4,4 \times 10^{12}/л$; ЦП – 1,0; СОЭ – 20 мм/ч; тромбоциты – $200,0 \times 10^9/л$; лейкоц. – $10,2 \times 10^9/л$; э - 2%; п/я - 15%; с/я - 50%; л - 27%; м - 6%.
2. ОАМ: отн. плотность -1015, реакция кислая, белок, сахар – нет, лейкоц. – 2-4, эпителий – 3-4 в п/зр., эритроц. – нет, оксалаты – небольшое количество.
3. ЭКГ (см. ниже).

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Опишите верхушечный толчок, границы относительной сердечной тупости.
4. Назовите пульс на лучевых артериях (по-латыни), объясните его происхождение.

5. Перечислите необходимые дополнительные методы обследования пациента.
6. Оцените лабораторные данные.
7. Сделайте электрокардиографическое заключение.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЭКГ:



ЗАДАЧА № 29

Больной П., 18 лет, поступил в отделение с жалобами на головные боли, головокружение, ноющие непостоянные боли в области верхушки сердца с иррадиацией под левую лопатку.

Из анамнеза заболевания: головные боли, головокружение, боли в грудной клетке отмечаются с детских лет после перенесенного гайморита. Тогда же впервые появились летучие боли и припухлость коленных суставов, лечился в стационаре. Находился на диспансерном учете, проходил профилактическое лечение. В последние годы к врачам не обращался. Во время прохождения медицинского осмотра в военкомате были выявлены изменения со стороны сердечно-сосудистой системы; госпитализирован для дообследования.

Объективно:

Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧД 24 в минуту. Пульс на лучевых артериях симметричен, частота пульса 52 в мин, малого наполнения, сосудистая стенка не изменена. На сонных артериях выслушивается систолический шум. АД 115/95 мм рт.ст. Пальпируется усиленный, локализованный верхушечный толчок с повышенной резистентностью в V межреберье на 1 см кнутри от левой СКЛ. Во II межреберье справа определяется систолическое дрожание грудной клетки. Границы относительной тупости сердца: правая – на 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя – III межреберье, левая соответствует верхушечному толчку. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 9×8×7 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб - 130 г/л; эр. - $5,0 \times 10^{12}/л$; лейкоц. - $4,4 \times 10^9/л$.
2. АСТ – 0,40 ммоль/л; АЛТ – 0,45 ммоль/л; общий белок - 80 г/л; альбумины 55%; глобулины 45%; α -1 глобулины – 4%, α - 2 глобулины – 8%, β - глобулины – 12%, γ - глобулины – 16%; сахар крови - 5,0 ммоль/л; креатинин – 0,12 ммоль/л.
3. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 52 в мин. Эл. ось сердца отклонена влево, неполная блокада левой ножки пучка Гиса, признаки ГЛЖ.
4. Rg органов грудной клетки: признаки гипертрофии левого желудочка.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Механизм образования синдрома артериальной гипертензии.
4. Механизм изменения свойств пульса.
5. Что с наибольшей вероятностью можно выявить при аускультации сердца?
6. Оцените состояние левого желудочка.
7. Оцените результат ОАК.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 30

Больной Ж., 19 лет, поступил в отделение с жалобами на сердцебиение, колющие боли в прекардиальной области без связи с физической нагрузкой, чувство нехватки воздуха, усиливающееся в горизонтальном положении, тяжесть в правом подреберье, боли и припухлость левого коленного сустава, резкое ограничение движений в нем, повышение температуры тела до 38,5°C.

Из анамнеза заболевания: считает себя больным в течение 3 недель: появились беспричинная слабость, повышение температуры до 39°C, боли в горле. Лечился амбулаторно по поводу фолликулярной ангины. Положительный эффект лечения отметил на 3-й день и самостоятельно прекратил прием препаратов. Через две недели вновь усилилась слабость, повысилась температура до 37,9°C, появились боли в правом коленном суставе, его припухлость и ограничение движений в нем, колющие боли в области верхушки сердца. Больной возобновил прием препаратов, рекомендованных ранее, но температура сохранялась, появились одышка, «летучесть» поражения суставов, ощущение тяжести в правом подреберье.

Объективно:

Положение ортопноэ, левая нога слегка согнута в колене. Кожа над левым коленным суставом гиперемирована, сустав припухший, горячий на ощупь, пальпация его резко болезненна, движения ограничены. Остальные суставы не изменены. Пальпируются подчелюстные лимфатические узлы размером до 1,5 см, подвижные, безболезненные, округлой формы, плотно-эластической консистенции. ЧД 24 в мин. Дыхание везикулярное, в нижних отделах легких ослаблено, незвучные мелкопузырчатые хрипы в подлопаточных и подмышечных областях с обеих сторон. АД 95/70 мм рт.ст. ЧСС 130 уд/мин. Тоны сердца приглушены, протодиастолический ритм галопа. Живот мягкий, печень на 3 см ниже реберной дуги, край слегка закруглен, пальпация болезненна. Селезенка не увеличена. Асцит не определяется.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб – 130 г/л; лейкоц. - $10,8 \times 10^9/\text{л}$; юные - 2%; п – 7%; с – 79%; л – 11%; м – 1%; СОЭ - 28 мм/ч.
2. ЭКГ: ритм - трепетание предсердий, ритмированная форма, 134 в мин. Электрическая ось сердца расположена нормально. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.
2. Обоснуйте предварительный клинический диагноз.
3. Объясните механизм изменений сердечно-сосудистой системы.
4. Объясните развитие гипертермии и лимфаденопатии.
5. Опишите вероятные изменения верхушечного толчка.
6. Оцените данные общего анализа крови.
7. Составьте план дальнейшего обследования.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 31

Больной К., 22 лет, поступил с жалобами на приступы нехватки воздуха во вторую половину ночи, колющие боли в области верхушки сердца с иррадиацией под лопатку при обычной физической нагрузке, тяжесть в правом подреберье, отеки на ногах к вечеру, общую слабость.

Анамнез заболевания: в течение последних 10 лет периодически возникали колющие боли в сердце и ощущение нехватки воздуха при физической нагрузке. Изредка отмечал боли в коленных и голеностопных суставах. Обследовался, состоял на диспансерном учете, лечился амбулаторно и в стационаре с хорошим эффектом. В возрасте 18 лет начал заниматься борьбой, после чего участились колющие боли в груди и одышка, появились перебои в работе сердца и сердцебиение, тяжесть в правом подреберье и отеки на ногах к концу рабочего дня. Постепенно усилилась слабость, одышка стала появляться в покое, в том числе в ночные часы. В 20-летнем возрасте больной был освидетельствован на МСЭК, определена III группа инвалидности. Настоящее ухудшение в течение 10 дней: появились ознобы, температура до 37,3°C, кратковременные ноющие боли в вышеуказанных суставах; участились боли в области сердца, перебои, усилилась одышка, отеки на ногах стали постоянными.

Объективно:

Положение ортопноэ. Акроцианоз, румянец щек. Отеки стоп, голеней. Пониженного питания. ИМТ 17,8 кг/м². Зев гиперемирован, миндалины значительно увеличены, гиперемированы. Над легкими ясный легочный звук, в подлопаточных областях несколько укорочен. Дыхание везикулярное, в подлопаточных областях незвучные мелкопузырчатые хрипы. Диастолическое дрожание грудной клетки над верхушкой. Границы относительной тупости сердца: правая - на 4 см правее правого края грудины, верхняя - 2 межреберье, левая - 2 см кнутри от СКЛ. Печень ниже края реберной дуги на 5 см.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб – 120 г/л, эр. $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. – $12,2 \times 10^9$ /л, СОЭ – 32 мм/ч.
2. ЭКГ: ритм синусовый, 112 в мин., электрическая ось сердца отклонена вправо. Регистрируются «двугорбые» з. Р в отведениях II, V₁₋₂, высокоамплитудные з. Р в отведениях III, aVF, D, A. Полная блокада правой ножки пучка Гиса.

ЗАДАНИЕ

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.
2. Обоснуйте предварительный клинический диагноз.
3. Объясните механизм образования симптомов поражения системы дыхания.
4. Объясните механизм развития отеков и гепатомегалии.
5. Опишите вероятную аускультативную картину сердца.
6. Объясните механизм изменений, выявляемых на ЭКГ.
7. Составьте план дальнейшего обследования.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 32

Больной И., 30 лет, поступил с жалобами на головные боли, головокружение, колющие боли в области верхушки сердца, сердцебиение, приступы нехватки воздуха во второй половине ночи, общую слабость.

Анамнез заболевания: боли в сердце и сердцебиение беспокоят с 13 лет, после перенесенной ангины. Находился на диспансерном учете, получал санаторно-курортное лечение, противорецидивное лечение весной и осенью. Головокружение при перемене положения тела и головные боли появились с 15 лет. В последние 2 года колющие боли в области верхушки сердца стали появляться при умеренной физической нагрузке, длительные, иногда сопровождались перебоями в работе сердца. Приступы ночного удушья появились в течение последней недели после физических перегрузок.

Объективно:

Положение ортопноэ. Отмечается покачивание головы, бледность кожных покровов и видимых слизистых. ЧД в покое - 24 в мин. Над легкими перкуторно ясный легочный звук, несколько укороченный в подмышечных и подлопаточных областях с обеих сторон. Дыхание везикулярное, ослабленное с обеих сторон в нижних отделах, где прослушиваются незвучные мелкопузырчатые хрипы. Отмечается видимая пульсация сонных артерий, положительный пульс Квинке. Пульс на лучевых артериях скорый, скачущий, высокий, большой, 108 уд/мин. АД 145/60 мм рт.ст. Тоны сердца ритмичны, ослабление I тона над верхушкой, II тона над аортой, протодиастолический шум над аортой и точкой Боткина-Эрба, усиливающийся в вертикальном положении. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб – 122 г/л; эр. $4,5 \times 10^{12}$ /л; ЦП - 0,9; лейкоц. - $4,5 \times 10^9$ /л; э – 3%; п – 2%; с – 68%; л – 25%; б – 1%; м – 1%; СОЭ - 8 мм/час.
2. Билирубин общий - 17,5 мкмоль/л, прямой – 2,5 мкмоль/л, непрямой – 15 мкмоль/л; АСТ – 0,34 ммоль/л; АЛТ – 0,40 ммоль/л; сахар – 5,0 ммоль/л; креатинин – 0,11 ммоль/л; мочевины - 5,7 ммоль/л; общий белок – 75 г/л.
3. ЭКГ: ритм синусовый, 120 в мин. Эл. ось сердца отклонена влево. Признаки гипертрофии левого желудочка, неполная блокада передне-верхней ветви левой ножки пучка Гиса.

ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Механизм развития ночных эпизодов удушья.
4. Механизм повышения АД.
5. Что можно выявить у больного при пальпации и перкуссии области сердца?
6. Оцените общий анализ крови.
7. Назначьте дообследование пациента.
8. Обоснуйте уточненный диагноз.

ЗАДАЧА № 33

Больной И., инженер, 50 лет, обратился к врачу с жалобами на сжимающие боли за грудиной, возникающие без видимой причины, иррадиирующие в левую лопатку, руку, купирующиеся самопроизвольно постепенно через 30-40 мин., нитроглицерином не купируются; головные боли, обмороки, сердцебиение, одышку при незначительной физической нагрузке, ночные приступы удушья, периодически кашель, чаще в горизонтальном положении.

Анамнез заболевания: в детстве частые ангины, боли в области верхушки сердца и в коленных суставах. Лечился в стационаре, состоял на диспансерном учете. До 40 лет считал себя здоровым. 10 лет назад стал отмечать головные боли, головокружение, появились вышеописанные загрудинные боли. За медицинской помощью не обращался, связывая ухудшение здоровья с тяжелой посменной работой. Через 5 лет присоединились одышка с затруднением вдоха при быстрой, а затем и при спокойной ходьбе, ночные приступы удушья. Лечился в стационаре с положительным эффектом. Рекомендованную при выписке терапию принимал. Настоящее ухудшение в течение недели, когда появились вышеуказанные жалобы.

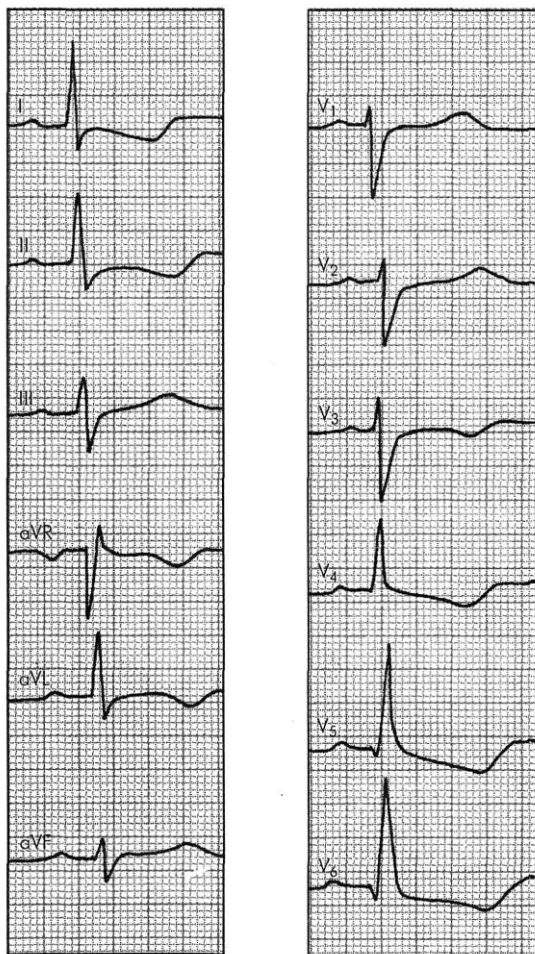
Объективно:

Положение ортопноэ. Кожа бледная, акроцианоз. Отёков нет. Лимфатические узлы не увеличены. ЧД 26 в мин. В обеих подлопаточных областях ослабленное везикулярное дыхание, незвучные мелкопузырчатые хрипы. АД 120/88 мм рт.ст. Верхушечный толчок в VI межреберье на 2 см кнаружи от СКЛ, разлитой, усиленный, приподнимающий, положительный. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, верхняя – второе межреберье, левая – на 2 см кнаружи от левой СКЛ. Во всех точках выслушиваются 2 тона, приглушены, ритм правильный, 100 в мин, I тон на верхушке и II тон на аорте ослаблены, акцент II тона на лёгочной артерии, расщепление II тона на основании сердца; на верхушке систолический шум, проводящийся в подмышечную область и в область Боткина–Эрба. Над аортой грубый систолический шум, проводящийся на обе сонные артерии. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный.

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нb – 140 г/л; эр. – $4,7 \times 10^{12}/л$; ЦП – 1,0; СОЭ – 7 мм/ч; лейкоц. – $6,0 \times 10^9/л$; э - 2%; п/я - 5%; с/я - 70%; лф - 18%; м - 5%.
2. ОАМ: отн. плотность – 1018, белок, сахар – нет, лейкоц. – 2-5, эпителий – ед. в п/зр., эритроциты, цилиндры – нет.
3. Билирубин общий 16,0 (прямой - 12,0; непрямой - 4,0) мкмоль/л, глюкоза – 5,1 ммоль/л, фибриноген 2,0 г/л, ПТИ – 85%, АСТ – 0,26 ммоль/л, АЛТ – 0,36 ммоль/л, холестерин – 5,8 ммоль/л, СРБ – отр.

4. ЭКГ:



ЗАДАНИЕ:

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.
2. Обоснуйте предварительный диагноз.
3. Объясните механизм бледности кожи и акроцианоза.
4. Объясните механизмы возникновения систолического шума на аорте и на верхушке, появления расщепления II тона на основании сердца.
5. Какое наиболее информативное исследование необходимо назначить для верификации диагноза?
6. Что может быть выявлено при рентгенографии органов грудной клетки?
7. Оцените данные биохимического анализа крови.
8. Сформулируйте и обоснуйте уточненный диагноз.

КАРДИОЛОГИЯ. ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Задача № 1

1. **Суставной, поражения клапанов, кожный, конституциональных изменений.**
2. Острая ревматическая лихорадка.
3. Относительная недостаточность митрального клапана → митральная регургитация.
4. Кольцевидная эритема (кожный васкулит).
5. Бактериологическое исследование мазка из зева (обнаружение β -гемолитического стрептококка группы А), серологические исследования (АСЛ-О, АСГ), ЭхоКГ (поражение клапанов), ЭКГ (уточнение характера нарушений сердечного ритма и проводимости).
6. Ускорение СОЭ, сдвиг лейкоцитарной формулы влево.
7. Повышение уровня фибриногена, СРБ, диспротеинемия, гипер- α_2 -, β -глобулинемия, гипоальбуминемия.
8. Острая ревматическая лихорадка (вальвулит, кольцевидная эритема, полиартрит, связь с перенесенной ангиной).

Задача № 2

1. **Синдром поражения митрального клапана (стеноз), хронической сердечной недостаточности, конституциональных изменений.**
2. Хроническая ревматическая болезнь сердца с формированием порока: стеноз митрального клапана, активная фаза. ХСН IIА, ФК II.
3. Смещение правой границы сердца вправо (дилатация ПЖ и ПП) и верхней границы – вверх (дилатация ЛП).
4. Повышение давления в МКК.
5. Прямые признаки порока: «хлопающий» I тон на верхушке, тон открытия митрального клапана, диастолический шум на верхушке. Симптом Ортнера – сдавление возвратного нерва ЛП → паралич голосовых связок → осиплость голоса. Симптом Попова – сдавление подключичной артерии ЛП → pulsus differens (уменьшение наполнения пульса на левой лучевой артерии). Давление на симпатический нерв ЛП → анизокория.
6. Ускорение СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом влево.
7. Повышение уровня фибриногена, СРБ, диспротеинемия, гипер- α_2 -, β -глобулинемия, гипоальбуминемия.
8. Хроническая ревматическая болезнь сердца: стеноз митрального клапана, активная фаза. ХСН IIА, ФК II (прямые, косвенные, дополнительные признаки митрального стеноза).

Задача № 3

1. **Суставной синдром.**
2. Острая ревматическая лихорадка.
3. Лихорадка (за счет расширения мелких артерий и артериол).

4. Вальвулит.
5. Общее состояние средней степени тяжести.
6. Ускорение СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом влево.
7. Повышение уровня фибриногена, СРБ, диспротеинемия, гипер α_2 , β , гипоальбуминемия.
8. Острая ревматическая лихорадка (молодой возраст, связь с перенесенной ангиной, кардит, кольцевидная эритема, артралгия, лихорадка).

Задача № 4

1. **Кардит, васкулит (кольцевидная эритема), конституциональных изменений, поражение клапанов (МК).**
2. Хроническая ревматическая болезнь сердца: порок сердца (недостаточность МК). ХСН II А, ФК II. Полиартрит в анамнезе.
3. Ослабление I тона на верхушке: отсутствие периода замкнутых клапанов, уменьшение мышечного компонента. Систолический шум на верхушке: митральная регургитация вследствие неполного смыкания створок МК.
4. Кольцевидная эритема (васкулит).
5. ЭКГ: ритм синусовый 80 в мин. Эл ось смещена влево. Желудочковая экстрасистолия по типу бигеминии.
6. Лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом, повышение СОЭ.
7. Повышение уровня фибриногена, СРБ, диспротеинемия, гипер- α_2 -, β -глобулинемия, гипоальбуминемия.
8. Хроническая ревматическая болезнь сердца: порок сердца (недостаточность МК), миокардит, желудочковая экстрасистолия (бигеминия), активность 2 ст. ХСН II А, ФК II. Полиартрит в анамнезе.

Задача №5

1. **Синдром артериальной гипертензии.**
2. Артериальная гипертензия неуточненного генеза 3 степени.
3. Смещение левой границы сердца влево (гипертрофия левого желудочка).
4. Акцент II тона на аорте – повышение АД (усиление клапанного и сосудистого компонентов).
5. ЭКГ: ритм синусовый, 67 в мин. Эл ось отклонена влево. Признаки гипертрофии и систолической перегрузки миокарда левого желудочка.
6. В пределах нормы.
7. Дислипидемия.
8. Гипертоническая болезнь II стадии. Степень АГ 3. Дислипидемия. Гипертрофия левого желудочка. Риск 4 (очень высокий).

Задача № 6

1. **Нарушения ритма, коронарной недостаточности, сердечной недостаточности.**
2. ИБС: постинфарктный кардиосклероз? ОКС? Пароксизмальная форма нарушения ритма. ХСН I, ФК I.

3. Нарушение ритма с высокой ЧСС и малый сердечный выброс на этом фоне приводят к левожелудочковой СН.
4. Малый сердечный выброс на фоне нарушения ритма.
5. Липидограмма (гиперхолестеринемия).
6. ОАК и ОАМ: в пределах нормы.
7. ЭКГ: электрическая ось отклонена влево. Ритм фибрилляции предсердий от 43 до 100 в мин, в среднем – 72 в мин. Признаки гипертрофии левого желудочка.
8. ИБС: постинфарктный кардиосклероз (год?). Фибрилляция предсердий, пароксизмальная форма. ХСН I, ФК I.

Задача № 7

1. **Клапанного поражения**, ангинозный болевой, сердечной недостаточности.
2. ИБС: стенокардия ФК II. Стеноз АК атеросклеротического генеза. ХСН II А, ФК II.
3. Ангинозные боли могут возникать в результате атеросклеротических изменений коронарных артерий и в результате относительной коронарной недостаточности при наличии гипертрофии левого желудочка, стенозе АК. Бледность кожи: низкий сердечный выброс обуславливает компенсаторное сужение артерий.
4. Обмороки обусловлены малым выбросом крови из левого желудочка, нарушением кровоснабжения головного мозга.
5. Пульс мягкий, слабого наполнения, медленный.
6. Биохимическое исследование крови – гиперхолестеринемия. ОАК, ОАМ – без патологии.
7. ЭКГ: ритм синусовый, 67 в мин. Эл ось отклонена влево. Признаки гипертрофии и систолической перегрузки миокарда левого желудочка.
8. ИБС: стенокардия ФК II. Стеноз АК атеросклеротического генеза. ХСН IIА, ФК II.

Задача №8

1. **Артериальная гипертензия**, болевой (в поясничной области), дизурический, интоксикации, анемический.
2. Хронический пиелонефрит, активная фаза. ХПН? АГ 3 степени. Риск 3 (высокий).
3. Обострение хр. пиелонефрита.
4. Анемия (уменьшение вязкости крови и ускорение кровотока).
5. Биохимическое исследование крови (калий, глюкоза натощак, креатинин, общий холестерин крови), ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенография органов грудной клетки, осмотр глазного дна.
6. Гипостенурия, протеинурия, лейкоцитурия, цилиндрурия, бактериурия.
7. Анемия легкой степени, ускорение СОЭ, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево.

8. Мочекаменная болезнь: камень левой почки. Хронический вторичный пиелонефрит, активная фаза. ХПН? АГ 3 степени. Риск 3 (высокий). Анемия легкой степени.

Задача № 9

1. **Нарушение ритма, острая сердечная недостаточность.**
2. ИБС: стенокардия ФК II. Пароксизмальное нарушение ритма. ОСН Killip II.
3. Острая центральная недостаточность кровообращения, возникшая в результате вторичного снижения сердечного выброса на фоне гемодинамически значимого нарушения ритма.
4. Малый сердечный выброс.
5. Одинаковый, на лучевых артериях ритм неправильный, частота ?, мягкий, пустой, малый или нитевидный, неравномерный, скорый. Обязателен подсчет дефицита пульса.
6. ЭКГ: ритм: фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма.
7. В пределах нормы.
8. ИБС: стенокардия ФК II. Фибрилляция предсердий, пароксизмальная форма (пароксизм от ?). ОСН Killip II.

Задача № 10

1. **Артериальная гипертензия, ожирение ($ИМТ > 30 \text{ кг/м}^2$).**
2. АГ 2 степени (генез, стадия и риск требуют уточнения).
3. Пульс одинаков на обеих лучевых артериях, полный, твёрдый, большой, сосудистая стенка вне пульсовой волны не пальпируется (возможно, пальпируется в виде плотного тяжа).
4. Верхушечный толчок располагается в 5-м (6-м) межреберье на 1 см (или более) кнаружи от левой СКЛ, локализованный, сильный, резистентный.
5. ЭКГ: ритм синусовый, 67 в мин. Электрическая ось отклонена влево. Признаки гипертрофии миокарда ЛЖ.
6. Суточное мониторирование АД, липидограмма, УЗИ почек и надпочечников.
7. ОАК и ОАМ в пределах нормы
8. Гипертоническая болезнь II стадии. Степень АГ 2. ГЛЖ. Дислипидемия. Ожирение II ст. Риск 3 (высокий).

Задача № 11

1. **Гиперкортицизм, ожирение, артериальная гипертензия.**
2. Синдром Иценко-Кушинга. Артериальная гипертензия 2 степени. Риск 3 (высокий).
3. Кушингоидный тип ожирения формируется в результате неодинаковой чувствительности жировой ткани различных частей тела к глюкокортикоидам.
4. Избыток секреции половых гормонов.
5. КТ или МРТ гипофиза, исследование экскреции свободного кортизола с мочой, уровня кортизола в крови, определение уровня АКТГ.

6. ЭКГ: ритм синусовый, 67 в мин. Электрическая ось отклонена влево. Признаки гипертрофии миокарда ЛЖ.
7. Биохимический анализ крови: гипергликемия, гипокалиемия, гиперлипидемия. ОАК - нейтрофильный лейкоцитоз, эритропения.
8. Болезнь Иценко-Кушинга. Симптоматическая артериальная гипертензия 2 степени. ГЛЖ. Риск 3 (высокий).

Задача № 12

1. Синдромы **артериальной гипертензии**, кардиомегалии, **хронической сердечной недостаточности по МКК и БКК**.
2. Артериальная гипертензия 3 степени неуточненного генеза. Гипертонический криз с быстрым подъемом АД, осложненный (гипертоническая энцефалопатия, исключить повторное ОНМК). ОНМК в анамнезе (год). Риск 4 (очень высокий).
3. Отсутствие адекватной терапии в течение последней недели, стресс.
4. ХСН II Б, ФК III.
5. Необходимо уточнить наличие гипертонических кризов, симптомов ИБС, поражений периферических сосудов, сахарного диабета, заболеваний почек, сведения о приеме лекарственных препаратов, семейный анамнез.
6. Биохимический анализ крови: гиперхолестеринемия. ОАМ: протеинурия, гипостенурия.
7. ЭКГ: ритм синусовый, 67 в мин. Электрическая ось отклонена влево. Признаки гипертрофии миокарда ЛЖ.
8. Гипертоническая болезнь III стадии. Гипертонический криз с быстрым подъемом АД, осложненный (гипертоническая энцефалопатия, исключить повторное ОНМК). ОНМК в анамнезе (год). ХСН II Б, ФК III. Риск 4 (очень высокий).

Задача № 13

1. Синдромы **артериальной гипертензии**, хронической **сердечной недостаточности**.
2. Артериальная гипертензия 2 степени (генез, стадию и риск уточнить). Гипертрофия левого желудочка.
3. Тоногенная дилатация левого желудочка.
4. ХСН.
5. ИМТ=31,2 кг/м², ожирение I степени.
6. Гиперхолестеринемия.
7. ЭКГ: ритм синусовый, 67 в мин. Электрическая ось отклонена влево. Признаки гипертрофии миокарда ЛЖ.
8. Гипертоническая болезнь III стадии, степень 2. Гиперхолестеринемия. Гипертрофия левого желудочка. Ожирение I ст. ХСН II А, ФК II. Риск 4 (очень высокий).

Задача № 14

1. Синдром стенокардии, ожирение.
2. ИБС: прогрессирующая стенокардия. Ожирение II степени. ХСН I, ФК I.
3. Злоупотребление алкоголем, курение, стрессы.
4. Кардиосклероз→дилатация ЛЖ→относительная недостаточность митрального клапана.
5. Характер, длительность, форма, проведение, характеристика при различных положениях больного и разные фазы дыхания.
6. Гиперхолестеринемия.
7. ЭКГ, СМ ЭКГ, нагрузочные пробы: тредмил-тест, ВЭМ, коронарография.
8. ИБС: стенокардия прогрессирующая. Ожирение II степени. ХСН I, ФК I.

Задача № 15

1. Синдром артериальной гипертензии, ожирение.
2. Артериальная гипертензия 3 степени (генез, стадию и риск уточнить). Гипертонический криз с быстрым подъемом АД, осложненный гипертонической энцефалопатией.
3. Причина – резкое повышение АД на фоне стресса (гипертонический криз).
4. Смещение левой границы сердца кнаружи – вероятные признаки гипертрофии (дилатации) ЛЖ.
5. ЭхоКГ, СМАД, осмотр глазного дна, липидограмма, УЗИ почек, щитовидной железы, УЗИ экстракраниальных сосудов, почечных артерий.
6. В пределах нормы.
7. ЭКГ: ритм синусовый, признаки гипертрофии миокарда ЛЖ.
8. Артериальная гипертензия III степени (генез, стадия и риск требуют уточнения). Гипертонический криз с быстрым подъемом АД, осложненный гипертонической энцефалопатией.

Задача № 16

1. Острый коронарный синдром.
2. ИБС: стенокардия покоя (вариантная, ночная, вазоспастическая, Принцметала).
3. Механизм ночных болей до конца не изучен: спазм чаще крупных коронарных артерий, приводящий к ишемии миокарда.
4. Снижение АД является следствием уменьшения сократительной способности миокарда, холодный липкий пот – симптом сосудистого коллапса.
5. Свойства пульса при ангинозных болях: тахикардия, может быть малым, нитевидным.
6. Изменений нет.
7. ЭКГ: ритм синусовый, 55 в мин. Электрическая ось смещена влево. Очаговая ишемия в передне-боковой стенке ЛЖ (в отведениях: V₂₋₆).
8. Ишемические изменения ЭКГ во время приступа подтверждают предварительный диагноз.

Задача № 17

1. **Острый коронарный синдром**, синдром острой сердечной недостаточности.
2. ИБС: инфаркт миокарда от (дата), локализация? Q-образующий ? ОСН Killip II (хрипы в нижних отделах легких). Гипертоническая болезнь III стадии. Риск 4 (очень высокий).
3. Развитие острой левожелудочковой недостаточности (сердечная астма).
4. Левожелудочковая сердечная недостаточность → замедление кровообращения в наиболее отдаленных от сердца участках тела + застой крови в малом круге кровообращения → избыточное поглощение кислорода тканями → повышение содержания в венозной крови восстановленного гемоглобина.
5. Пульс на лучевых артериях одинаковый, ритм правильный, частота 106 в минуту, пустой, мягкий, малый, скорый, сосудистая стенка вне пульсовой волны не определяется.
6. ЭКГ: ритм синусовый, передний распространенный Q-образующий инфаркт миокарда.
7. Гиперхолестеринемия.
8. ИБС: инфаркт миокарда от (дата) передний распространенный Q-образующий, стадия острая. ОСН Killip II. Гипертоническая болезнь III стадии. Риск 4 (очень высокий).

Задача № 18

1. Синдромы: **болевой ангинозный синдром**, артериальной гипертензии, **хронической сердечной недостаточности**, гипергликемии.
2. ИБС: стенокардия ФК III. Постинфарктный кардиосклероз (год?). ХСН II А, ФК III. Гипертоническая болезнь III стадии. Риск 4 (очень высокий).
3. Снижение сократительной способности миокарда (резкое замедление сокращения желудочков и подъем внутрижелудочкового давления), увеличение объема ЛЖ, замедление сокращения гипертрофированного ЛЖ.
4. Ишемические боли, возникающие в результате несоответствия между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой (нарушен коронарный кровоток в результате сужения или окклюзии атеросклеротической бляшкой).
5. Левая граница относительной тупости сердца смещена влево от левой СКЛ.
6. ЭКГ: ритм синусовый, рубцовые изменения после передне-бокового инфаркта миокарда. Смещение ST ($V_{1, 2, 4}$) выше изолинии, переходящий в отрицательный зубец T (V_4).
7. Гиперхолестеринемия, гипергликемия (сахарный диабет впервые выявленный).
8. ИБС: стенокардия ФК III. Постинфарктный кардиосклероз (год). ХСН II А, ФК III. Сахарный диабет впервые выявленный. Гипертоническая болезнь III стадии. Риск 4 (очень высокий).

Задача № 19

1. Синдромы: 1) ХСН II Б стадия:

а) одышка при ходьбе и в горизонтальном положении, кашель с мокротой в горизонтальном положении, укорочение перкуторного звука и ослабленное дыхание в правой подлопаточной области (гидроторакс), влажные хрипы в левой подлопаточной области – застой в малом круге кровообращения;

б) отёки на ногах, асцит – застой в большом круге кровообращения.

ФК IV (наличие сердечной астмы).

2) ОКС (прогрессирующая стенокардия? ИМ без зубца Q?): учащение ангинозных приступов, снижение ТФН.

3) Артериальная гипотензия – результат снижения сократительной способности миокарда.

2. Атеросклероз (гиперхолестеринемия), перенесенный в прошлом инфаркт миокарда, наличие ОКС в настоящее время. DS: ИБС: ОКС. ПИКС (год). ХСН II Б, ФК IV.

3. Застой в малом круге кровообращения.

4. Ослабление I тона на верхушке – уменьшение вклада мышечного компонента в формирование I тона. Акцент II тона на легочной артерии – увеличение давления в МКК. Систолический шум на верхушке (регургитация на митральном клапане) – следствие дилатации левого желудочка и растяжения фиброзного кольца митрального клапана (относительная недостаточность митрального клапана).

5. ЭКГ: ритм синусовый, признаки перенесенного ИМ (патологический з. Q, изменения з. Т), возможно – признаки аневризмы сердца («застывшая» картина острого периода ИМ), низкий вольтаж ЭКГ.

6. ОАК – нормохромная анемия легкой степени (на фоне ХСН). ОАМ – протеинурия (на фоне ХСН). Б/х крови – гиперхолестеринемия (необходимо исследование липидограммы)

7. Тропонины, КФК-МВ, ЛДГ₁.

8. ИБС: ОКС. ПИКС (год). ХСН II Б, ФК IV.

Задача № 20

1. ОКС.

2. ИБС: прогрессирующая стенокардия ХСН 0 (увеличение частоты ангинозных приступов, снижение ТФН).

3. Несоответствие потребности миокарда в кислороде и его доставки.

4. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 72 в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения, средней величины; сосудистая стенка вне пульсовой волны не определяется.

5. ВЭМ или тредмил-тест, СМ ЭКГ.

6. Гиперхолестеринемия.

7. ЭКГ: ритм синусовый, 55 в мин. Электрическая ось расположена нормально. Изменений нет.

8. ИБС: стенокардия прогрессирующая. ХСН 0.

Задача № 21

1. Синдромы: 1) **Острый коронарный** (интенсивные сжимающие боли за грудиной длительностью 1,5 ч., не купирующиеся нитроглицерином, с иррадиацией по передней поверхности грудной клетки, резкая слабость; аускультативно: ослабление I тона на верхушке);
2) острой сосудистой недостаточности (потемнение в глазах, холодный липкий пот, снижение АД);
3) артериальной гипертензии (в анамнезе повышение АД до 170/90 мм рт.ст. увеличение левой границы относительной сердечной тупости, акцент II тона на аорте);
4) поражения клапанов: дилатация ЛЖ → растяжение фиброзного кольца митрального клапана, → относительная недостаточность митрального клапана → систолический шум на верхушке (шум регургитации).
2. ИБС: инфаркт миокарда от (дата) (глубина и локализация требуют уточнения). ОСН. Killip I. Артериальная гипертензия неуточненного генеза III стадии. Степень АГ 2. Риск 4 (очень высокий).
3. Пульс нитевидный.
4. Падение сократительной способности миокарда в результате некроза сердечной мышцы и, как следствие этого, уменьшение фракции выброса.
5. Тропонины, КФК, КФК-МВ, ЛДГ, ЭхоКГ.
6. ЭКГ: ритм синусовый, 72 в мин. Электрическая ось расположена нормально. Острая стадия Q-образующего передне-заднего инфаркта миокарда,.
7. Гиперхолестеринемия, повышение уровня трансаминаз.
8. ИБС: инфаркт миокарда от (дата) Q-образующий передний распространенный, острая стадия. ОСН. Killip I. Гипертоническая болезнь III стадии. Степень АГ 2. Риск 4 (очень высокий).

Задача № 22

1. **Ревмокардит (вальвулит ? сформировавшийся порок МК ?), суставной, малой хореи, конституциональных изменений.**
2. На основании больших признаков (ревмокардит, полиартрит, малая хорея), данных анамнеза (острое течение заболевания), можно выставить диагноз: Острая ревматическая лихорадка (ОРЛ).
3. Механизм ослабления I тона: при поражении миокарда уменьшается вклад мышечного компонента в формировании I тона, что ослабляет его. Систолический шум является отражением митральной регургитации (неполное смыкание створок МК).
4. Непроизвольное подергивание мышц лица и пальцев рук (малая хорея) – следствие поражения ЦНС.
5. Недостающие данные: гипотония из-за снижения сократительной способности миокарда, пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, 60 уд/мин, слабого наполнения, напряжения, малой величины, сосудистая стенка вне пульсовой волны не пальпируется. Границы относительной сердечной тупости могут быть не изменены, либо увеличена левая.

6. Лейкоцитоз, повышение СОЭ в ОАК, высокие титры СРБ, АСТ и АСЛ-О говорят о высокой активности процесса.
7. ЭКГ: ритм синусовый, 60 в мин. Электрическая ось смещена влево. Замедление атриовентрикулярной проводимости до 0,32 сек.
8. Данные дополнительных методов исследования: подтверждают предварительный диагноз.
DS: Острая ревматическая лихорадка (кардит, вальвулит, полиартрит).

Задача № 23

1. Поражение 3-хстворчатого клапана, **правожелудочковая ХСН, нарушение ритма.**
2. Хр. ревматическая болезнь сердца, неактивная фаза. Недостаточность трикуспидального клапана. Фибрилляция предсердий, постоянная форма. ХСН II А, ФК II.
3. При систолической перегрузке ПЖ приток крови кПП затруднен вследствие регургитации в него, при этом возникает набухание и пульсация шейных вен.
4. Гепатомегалия и асцит являются результатом застоя в большом круге кровообращения.
5. В ОАК и ОАМ патологии нет. Повышение уровня билирубина и трансаминаз свидетельствуют о поражении печени.
6. ЭКГ: ритм: фибрилляция предсердий, 60-96 в мин. Электрическая ось сердца смещена вправо.
7. Недостающие в задаче данные: эпигастральная пульсация усилена на вдохе (гипертрофия ПЖ). Расширена правая граница относительной сердечной тупости за счет дилатации ПП, остальные границы в норме. ЭхоКГ: дилатация и гипертрофия правых отделов сердца, недостаточность ТК.
8. Данные дополнительных методов исследования не внесли дополнительную информацию. Диагноз тот же.

Задача № 24

1. Синдромы: в анамнезе – суставной, конституциональных изменений; в настоящее время – **левожелудочковая ХСН, поражение митрального клапана**, нарушение ритма.
2. Хроническая ревматическая болезнь сердца с формированием порока (стеноз МК), активность уточнить. Фибрилляция предсердий, постоянная форма. ХСН II А, ФК III.
3. Механизм образования дополнительного тона при митральном стенозе: уплотненные, спаянные краями створки клапана открываются быстро и формируется щелчок. Такой ритм называется ритмом перепела.
4. В результате повышения давления в МКК кровь пропотевает сквозь сосуды в альвеолы, вызывая кровохарканье.

5. Иммуносерологические показатели, лейкоцитоз, повышение СОЭ в ОАК говорят об активности ревматической болезни. Остальные показатели в норме.
6. ЭКГ: ритм: фибрилляция предсердий 50-150 в мин. Электрическая ось смещена влево. Диффузные изменения миокарда ЛЖ.
7. Недостающие данные: свойства пульса на лучевых артериях: *pulsus differens, irregularis, deficiens* (указать), 100 в мин, слабого наполнения, напряжения и величины, сосудистая стенка вне пульсовой волны не пальпируется. Пальпация области сердца: диастолическое кошачье мурлыканье на верхушке сердца, верхушечный толчок располагается в 5 межреберье на 1,5-2 см (или больше) от левой СКЛ, вследствие уменьшения размеров ЛЖ. Границы сердца: верхняя располагается выше, а левая – более кнутри от СКЛ, чем в норме.
8. Дополнительные данные обследования подтверждают предварительный диагноз.

DS: Хроническая ревматическая болезнь сердца с формированием порока (стеноз МК), активная фаза. Фибрилляция предсердий, постоянная форма. ХСН II А, ФК III.

Задача № 25

1. Синдромы: 1) **Клапанного поражения** (ослабление I тона и систолический шум на верхушке – недостаточность МК);
2) ХСН II А (инспираторная одышка, притупление перкуторного звука, ослабленное везикулярное дыхание и мелкопузырчатые хрипы в подлопаточных областях – застой в МКК), ФК IV (сердечная астма);
3) суставной (в анамнезе);
4) кардиалгии (в анамнезе).
2. Хр. ревматическая болезнь сердца (в анамнезе повторные суставные ревматические атаки, кардиалгии) с формированием недостаточности митрального клапана, активность уточнить. ХСН II А, ФК IV (сердечная астма).
3. Застой крови в МКК.
4. I тон на верхушке ослаблен из-за отсутствия периода замкнутых клапанов и уменьшения вклада мышечного компонента в формирование I тона. Акцент II тона обусловлен лёгочной гипертензией. Систолический шум на верхушке возникает вследствие отсутствия периода замкнутых клапанов и возврата крови в левое предсердие во время систолы левого желудочка (шум регургитации).
5. ЭхоКГ с доплерографией, рентгенография органов грудной клетки (исключить застойную пневмонию), конс. кардиохирурга.
6. ЭКГ: ритм синусовый. Эл. ось отклонена влево. Признаки гипертрофии миокарда левого желудочка.
7. Биохимический анализ крови: в пределах нормы.

8. Хроническая ревматическая болезнь сердца, с формированием недостаточности митрального клапана, ремиссия. Недостаточность МК. ХСН II А, ФК IV.

Задача № 26

1. Синдромы: 1) **клапанного поражения** (ослабление II тона и убывающий диастолический шум на аорте – недостаточность АК);
2) артериальной гипертензии (гемодинамическая, II степени);
3) ангинозный болевой (сжимающие загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, положительный эффект от приема нитроглицерина);
4) ХСН II А стадии (одышка при физической нагрузке), ФК I (одышка при нагрузках, превышающих обычные).
2. В детстве частые ангины, кардиалгии и суставные ревматические атаки → формирование РБС с поражением АК. DS: Хроническая ревматическая болезнь сердца с формированием недостаточности АК. ХСН II А, ФК I.
3. Большой выброс крови из левого желудочка и затем частичный возврат её из аорты вследствие отсутствия периода замкнутых клапанов. Пляска каротид, симптом Мюссе, двойной шум Виноградова-Дюрозье. Могут быть выявлены псевдокапиллярный пульс Квинке, двойной тон Траубе.
4. Нарушение кровоснабжения коронарных артерий в результате отсутствия периода замкнутых клапанов на АК → недостаточное обеспечение питания гипертрофированного миокарда ЛЖ. Эффект от нитроглицерина кратковременный, т.к. постоянно существует несоответствие потребности миокарда в кислороде и его доставкой при выраженной недостаточности АК.
5. ЭхоКГ с доплерографией, консультация кардиохирурга для решения вопроса о возможности оперативного лечения порока.
6. ЭКГ: ритм синусовый. Электрическая ось отклонена влево. Признаки гипертрофии и систолической перегрузки миокарда левого желудочка.
7. Биохимический анализ крови: в пределах нормы.
8. Хроническая ревматическая болезнь сердца с формированием недостаточности АК. ХСН II А, ФК I.

Задача № 27

1. Выделенные синдромы: кардит, суставной (в детстве), поражение ТК, **ХСН по большому кругу кровообращения**.
2. Хроническая ревматическая болезнь сердца с формированием стеноза ТК, активность уточнить. ХСН II А, ФК III. Асцит.
3. Стеноз ТК, как правило, сочетается с его недостаточностью, что ведет к пульсации шейных вен. Отеки на ногах появляются при декомпенсации ХСН по БКК.
4. Увеличение печени и асцит являются следствием декомпенсации ХСН по БКК. Механизм образования дополнительного тона у основания мечевидного отростка: створки клапана находятся в спаянном состоянии и не могут полностью открываться в начале диастолы; чем раньше в диастолу

появляется этот тон, тем более выражен стеноз (аналогично щелчку открытия МК).

5. ЭхоКГ с доплерографией, УЗИ органов брюшной полости.
6. ОАК и ОАМ – вариант нормы. Увеличение АСТ, АЛТ и билирубина указывает на поражение печени, что объясняет желтушный оттенок кожи у данной больной.
7. ЭКГ: ритм синусовый, 100 в мин. Электрическая ось отклонена вправо. Признаки гипертрофии миокарда ПП и ПЖ.
8. Хроническая ревматическая болезнь сердца с формированием стеноза и недостаточности ТК, неактивная фаза. ХСН II А, ФК III. Асцит.

Задача № 28

1. Синдромы: 1) **клапанного поражения** (ритм «перепела», изменения пульса, «кошачье мурлыканье» в области верхушки – стеноз МК);
2) ХСН II А (одышка, кровохаркание, акроцианоз, укорочение перкуторного звука и мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах легких, акцент II тона на легочной артерии – застой в МКК), ФК III (одышка при обычных нагрузках);
3) кардиалгический (колющая боль в области верхушки сердца);
4) конституциональных изменений (повышение t тела, изменения в ОАК);
5) суставной (в анамнезе – признаки ревматического артрита).
2. Частые ангины и суставные ревматические атаки в детстве → формирование РБС с поражением МК. В настоящее время на фоне обострения хронического тонзиллита – появление активности ревматического процесса. DS: Хроническая ревматическая болезнь сердца с формированием митрального стеноза, а/ф (степень уточнить). ХСН II А, ФК III.
3. Верхушечный толчок располагается в V межреберье, возможно на ≥ 2 см кнутри от левой среднеключичной линии, локализованный, невысокий, положительный. Границы относительной сердечной тупости: правая – в пределах нормы, верхняя – смещена вверх, левая – уменьшена или в пределах нормы.
4. Pulsus differens. Сдавление левой подключичной артерии увеличенным левым предсердием.
5. ЭхоКГ, рентгенография ОГК, СРБ, АСГ, АСЛ-О.
6. ОАК: нейтрофильный лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом влево, повышение СОЭ. ОАМ: вариант нормы.
7. ЭКГ: ритм синусовый, 67 в мин. Электрическая ось смещена влево. P-mitrale (особенно хорошо видны в V_{3-6}). Неполная блокада правой ножки пучка Гиса.
8. Хроническая ревматическая болезнь сердца с формированием митрального стеноза, активная фаза (степень требует уточнения). ХСН II А, ФК III.
Фон: Хронический тонзиллит, обострение.

Задача № 29

1. Синдромы: **артериальной гипертензии** 1 степени, кардиалгический, клапанного поражения (систолическое дрожание над Ао, систолический шум на сонных артериях).
2. Хроническая ревматическая болезнь сердца с формированием стеноза аортального клапана, активность уточнить. ХСН 0.
3. Компенсаторное повышение диастолического давления при сниженном систолическом для сохранения оптимального среднего давления.
4. Компенсаторное повышение тонуса сосудов, увеличение времени выброса крови из левого желудочка, развитие брадикардии.
5. Урежение ритма сердечной деятельности, ослабление I тона над верхушкой, II тона над аортой, низкочастотный систолический шум над аортой и в точке Боткина-Эрба, проводящийся на крупные сосуды и в межлопаточное пространство.
6. Гипертрофия ЛЖ (усиленный локализованный верхушечный толчок с повышенной резистентностью, ослабление I тона над верхушкой, данные ЭКГ).
7. Норма.
8. Хроническая ревматическая болезнь сердца с формированием стеноза аортального клапана, неактивная фаза. ХСН 0.

Задача № 30

1. Синдромы: **тотальной сердечной недостаточности** (ХСН II Б, ФК IV); **нарушения ритма и проводимости, суставной, конституциональных изменений.**
2. Острая ревматическая лихорадка (кардит, вальвулит, олигоартрит). ХСН II Б, ФК IV.
3. Миокардит, снижение сократительной способности миокарда, нарушение ритма и проводимости.
4. Воспалительный иммунный процесс.
5. Верхушечный толчок слабый, сниженной резистентности, смещен влево, разлитой.
6. ОАК: нейтрофильный лейкоцитоз с гиперрегенераторным сдвигом влево, ускорение СОЭ.
7. АСЛ-О, СРБ, фибриноген, протеинограмма, трансаминазы, билирубин. Эхо-КГ с доплерографией.
8. Острая ревматическая лихорадка (кардит, вальвулит, олигоартрит). Трепетание предсердий, персистирующая форма (давность пароксизма неизвестна). ХСН II Б, ФК IV.

Задача № 31

1. Синдромы: **ХСН II Б** (вовлечение 2-х кругов кровообращения), ФК IV (сердечная астма), болевой кардиалгический, тахикардальный (учащение ЧСС до 112 в 1 мин), конституциональных изменений.

2. Хроническая ревматическая болезнь сердца с формированием стеноза МК, активность уточнить (возвратный ревмокардит?). ХСН II Б, ФК IV. Хронический тонзиллит, обострение.
3. Дополнительное снижение сократительной функции миокарда ЛЖ вследствие миокардита.
4. Миогенная дилатация правого желудочка и застой в БКК.
5. Тахикардия, ритм «перепела», акцент II тона над легочной артерией, ослабление I тона над основанием мечевидного отростка, убывающий протодиастолический и/или нарастающий пресистолический шум над верхушкой сердца, усиливающийся в положении стоя и лежа на левом боку.
6. Синусовая тахикардия – компенсаторная реакция симпатoadреналовой системы на декомпенсацию ХСН, гипертрофия обоих предсердий и правого желудочка.
7. ЭхоКГ, ОАК, ревмопробы, протеинограмма, рентгенография органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости, биохимическое исследование крови (билирубин, трансаминазы, креатинин, сахар, общий белок).
8. Хроническая ревматическая болезнь сердца с формированием стеноза МК, активная фаза, возвратный ревмокардит. Относительная недостаточность ТК. ХСН II Б, ФК IV. Хронический тонзиллит, обострение.

Задача № 32

1. Синдромы: **левожелудочковая ХСН** (сердечная астма); АГ I степени (гемодинамическая); кардиалгический (длительные колющие боли в области верхушечного толчка), клапанного поражения (недостаточность АК).
2. Хроническая ревматическая болезнь сердца с формированием недостаточности АК, активность уточнить. ХСН II А, ФК IV.
3. Увеличение потребности гипертрофированного миокарда в кислороде (физическая нагрузка как провоцирующий фактор), увеличение отрицательного инотропного и хронотропного эффектов *p. vagus* на сердце в ночное время.
4. Компенсаторное повышение систолического давления и увеличение сердечного выброса за счет регургитирующего в ЛЖ объема крови.
5. При пальпации: верхушечный толчок в VI межреберье, на 1 см кнаружи от левой СКЛ, разлитой, ослабленный, сниженной резистентности. При перкуссии: смещение левой границы относительной тупости сердца кнаружи от левой СКЛ, увеличение площади абсолютной тупости сердца, длинника и поперечника сердца, аортальная конфигурация.
6. ОАК: в пределах нормы.
7. ЭхоКГ, УЗИ печени, рентгенография ОГК, ревмопробы, протеинограмма, консультация ЛОР-врача.
8. Хроническая ревматическая болезнь сердца с формированием недостаточности АК, неактивная фаза. ХСН II А, ФК IV.

Задача № 33

1. Синдромы: 1) **клапанного поражения** (аортальный стеноз: ослабление II тона и систолический шум на аорте; митральная недостаточность: ослабление I тона и систолический шум на верхушке);
2) малого сердечного выброса (обмороки, головные боли, боли за грудиной);
3) ХСН II А стадия (инспираторная одышка, кашель в горизонтальном положении, укорочение перкуторного звука и мелкопузырчатые хрипы в подлопаточных областях – застой в МКК), ФК IV (приступы ночной одышки – сердечная астма).
2. В детстве частые ангины и суставные ревматические атаки → формирование РБС с поражением АК. Длительно существующий стеноз АК → «митрализация» порока (относительная недостаточность МК на фоне дилатации ЛЖ). DS: Хр. ревматическая болезнь сердца с формированием стеноза АК. ХСН II А, ФК IV.
3. Бледность кожи объясняется малым сердечным выбросом, акроцианоз – застоем в малом круге кровообращения вследствие митрализации аортального порока.
4. Систолический шум на аорте: в результате сужения устья аорты кровь при сокращении ЛЖ с трудом проходит через него, создавая турбулентность (шум изгнания). Систолический шум на верхушке: при значительной дилатации ЛЖ растягивается фиброзное кольцо МК (возникает относительная недостаточность митрального клапана), и при сокращении ЛЖ кровь поступает не только в аорту, но и в ЛП (шум регургитации). Расщепление II тона на основании сердца объясняется разностью давления в лёгочной артерии и в аорте.
5. ЭхоКГ с доплерографией.
6. Рентгенография органов грудной клетки: прозрачность легочных полей снижена в нижних отделах; корни легких расширены, с нечеткими контурами, сосуды прослеживаются до периферии легочных полей. Тень сердца расширена за счет 3-й и 4-й дуг, расширена восходящая часть дуги аорты.
7. Гиперхолестеринемия.
8. Хр. ревматическая болезнь сердца с формированием стеноза аортального клапана. Относительная недостаточность митрального клапана. ХСН II А, ФК IV.