

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 1.

У больного 18-лет с хорошо развитой верхней половиной туловища при прохождении призывной комиссии в военкомате обнаружена высокая артериальная гипертензия.

При осмотре обнаружено непропорциональное развитие верхних и нижних конечностей, усиленная пульсация сосудов или, ослабление пульсации на нижних конечностях, аускультативно – систолический шум в межлопаточной области. На ЭКГ – признаки гипертрофии и перегрузки левого желудочка.

ВОПРОСЫ

Каков стандарт обследования данного больного?

Данная патология является врожденной или приобретенной?

Перечислите характерные рентгенологические признаки при данном заболевании?

Какие осложнения могут возникнуть у данного больного?

Стандарты лечения заболевания.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 2.

Больная С., 34 лет, предъявляет жалобы на боль в области сердца, одышку, отеки голеней. Заболела во время эпидемии гриппа: повысилась температура до 39,5, появилась катаральные явления в носоглотке. Через 5 дней состояние улучшилось: нормализовалась температура, исчезли катаральные явления в носоглотке. Спустя неделю после этого появились боли в области сердца, стала нарастать одышка, появились отеки на голенях.

Объективно: состояние удовлетворительное. Со стороны органов дыхания без патологий. Сердце: смещена левая граница сердечной тупости до среднеключичной линии, тоны сердца глухие, на верхушке и в 5-й точке систолический шум. ЧСС-92 в 1 мин. Пальпируется край печени, селезенка не увеличена.

Анализ крови: СОЭ-22 мм/час, АСАТ-94 ммоль/л, АЛАТ-126 ммоль/л СРБ-отриц., тимоловая проба-1,5 ед., ЭКГ-блокада левой ножки пучка Гиса, ФКГ-амплитуда тонов низкая, 1 и 2 тоны расщеплены на верхушке, систолический низкоамплитудный шум во всех точках.

ЭХОКГ-полость умеренно дилатирована, КДР-58, гипертрофии стенок нет, клапаны сердца не изменены, регургитация на МК (++)

ВОПРОСЫ:

1. Какова возможная причина заболевания?.
2. Перечислите критерии для оценки тяжести заболевания, сколько степеней тяжести Вы знаете?
3. Какие дополнительные лабораторные исследования необходимы для подтверждения диагноза?
4. Какие возможные исходы заболевания Вы знаете?
5. Сформулируйте диагноз в соответствии с классификацией.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 3.

Больной, 45 лет, доставлен в клинику в тяжелом состоянии. Заболел накануне вечером, после ужина появились сильные боли в подложечной области. Рвота - в начале съеденной пищей, а затем желудочным содержимым. Боли и рвота продолжались всю ночь. Вызванный врач скорой помощи промыл желудок, заподозрил пищевую токсикоинфекцию. Улучшения не наступило, и больной доставлен в больницу. В течение последнего года отмечает возникновение болей за грудиной при быстрой ходьбе и физ. нагрузке, которые заставляли его останавливаться и отдыхать, и вскоре проходили. Боли эти возникали 1-2 раза в месяц.

Объективно: состояние больного тяжелое. Цианоз лица, кожа покрыта холодным потом. Пульс - 110 в мин., малый. Температура 36,9. АД 80/50 мм рт. ст. Границы сердца не изменены, тоны глухие, чистые. В легких изменений нет. Язык обложен. Живот обычной формы, не вздут, мягкий при пальпации, умеренно болезнен в подложечной области. Симптомов раздражения брюшины нет.

Анализ крови: Нв-140 г/л, эр.- $4,2 \times 10^{12}$ л, Л- 11×10^9 л, п-4%, с-70%, л-23%, м-3%, СОЭ-10 мм/час.

Анализ мочи: уд.вес-1020, белка нет, ЭКГ - синусовая тахикардия, снижение вольтажа зубца R во II,III,AVF - отведениях. ST куполообразно смещен вверх в II,III,AVF - отведениях, ST в V_{456} ниже изолинии.

ВОПРОСЫ:

1. Как охарактеризовать состояние, в котором находится больной?
Какова его причина? Сформулируйте диагноз.
2. Какую ошибку совершил врач скорой помощи?
3. Каковы экстренные мероприятия, необходимые для выведения больного из этого состояния?
4. Как Вы интерпретируете изменения на ЭКГ?
5. Какие лабораторные исследования могут подтвердить предполагаемый Вами диагноз?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4.

Больная, 29 лет, вызвала “скорую помощь” по поводу приступа удушья, возникшего после физической нагрузки (принесла 2 ведра воды из колонки и вымыла полы). Приступ возник впервые, сопровождался резким кашлем, страхом смерти. Анамнез из-за тяжелого состояния больной тщательно собрать не удалось, но выяснено, что у больной в течение последних нескольких лет обнаруживали какое-то заболевание сердца, сопровождавшееся болями в области сердца и легкой одышкой при физической нагрузке. Бледная, цианоз лица, конечностей. Одышка смешанная, число дыханий 26 в мин. В легких масса сухих и, особенно, влажных мелко и среднепузырчатых хрипов в нижних отделах. Пульс учащен до 100 в мин., ритмичен, малого наполнения. Артериальное давление 100/80 мм рт. ст. Границы сердца детально определить из-за тяжести состояния больной и ее беспокойства трудно. Тоны приглушены, ритм галопа на верхушке, 1-й тон усилен, пресистолический шум в точке Боткина, акцент 2-го тона на легочной артерии. Детальная аускультация затруднялась обилием хрипов и резкой одышкой. Врач “скорой помощи” ввел эуфиллин внутривенно, дал больной кислород, состояние ее несколько улучшилось. Расценив приступ как бронхиальную астму, он ввел подкожно адреналин 1 мл 0,1% раствора и решил госпитализировать больную. Во время транспортировки состояние больной резко ухудшилось, появилось клочущее дыхание, стала выделяться розовая пенистая мокрота, пульс стал нитевидный. Через несколько минут после доставки в приемное отделение больная скончалась.

ВОПРОСЫ:

1. Какой синдром имел место у больной?
2. Какое заболевание могло служить причиной развития у больной данного состояния?
3. Оправдано ли введение больной адреналина?
4. Транспортабельна ли больная?
5. Стандарты лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 5.

Больной 67 лет, доставлен в терапевтическое отделение с жалобами на приступообразную одышку, стеснение в груди, сухой кашель. Такое состояние возникло впервые, внезапно, ночью во время сна. В течение последних пяти лет страдает гипертонической болезнью, систематически не лечился.

Больной возбужден. Ортопноэ, разлитая бледность кожных покровов с цианозом лица и губ. Дыхание хриплое, 40 в мин. Пульс 120 в мин., ритмичен, напряжен. Артериальное давление 240/120 мм рт. ст. Левая граница сердца смещена латерально на 2 см. У верхушки 1-й тон приглушен, ритм галопа, на аорте акцент 2-го тона. В легких масса сухих хрипов, в нижних и средних отделах мелкопузырчатые влажные хрипы. В анализе мочи существенной патологии нет. На электрокардиограмме: синусовая тахикардия, отклонение электрической оси сердца влево, гипертрофия левого желудочка.

ВОПРОСЫ:

1. Назовите развернутый диагноз болезни.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное состояние?
3. Неотложная терапия.
4. Какие исследования необходимы для постановки диагноза?
5. Назначьте плановую терапию больному в соответствии со стандартами лечения данной патологии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 6.

Больная 28 лет, доставлена в терапевтическое отделение «скорой помощью» с жалобами на сердцебиение, головокружение, слабость, частое мочеиспускание.

Приступ сердцебиения начался внезапно, среди полного благополучия и продолжается уже более 12 часов. Подобные приступы наблюдались и раньше, но были кратковременными. Чаще они возникали после переутомления или волнения. В последние 3 месяца до поступления в стационар они участились и стали более продолжительными.

Объективно: больная астенической конституции. Цианоза, отеков нет. Кожа груди, на ладонях влажная на ощупь. Наблюдается тремор пальцев руки и век. Яремные вены набухшие, усилена пульсация шейных сосудов. Границы сердца не изменены. Частота сердечных сокращений (аускультативно) 180 в мин. Пульс на лучевой артерии не сосчитывается, малый и мягкий. АД 110/60 мм рт. ст. Дыхание везикулярное. Печень и селезенка не пальпируется. Мочеиспускание частое - каждые 15-20 мин. выделяется 200-250 мл. светлой мочи.

Электрокардиограмма: частота сокращений предсердий и желудочков 180 в мин., зубцы Т, Р сливаются между собой, положительные. Интервалы S-T ниже изолинии. Желудочковый комплекс не расширен и не деформирован.

ВОПРОСЫ:

Как называется состояние, наблюдаемое у больной?

Каковы рефлекторные методы, направленные на устранение приступа?

Неотложная медикаментозная терапия.

Назовите возможные причины данного состояния.

Какие обследования необходимы для постановки диагноза, учитывая стандарты диагностики?

Что могло явиться причиной учащения приступов в последние 3 месяца?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 7.

Больной 75 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на приступы головокружения, иногда с потерей сознания, одышку, отеки ног. Больным себя считает около 10-лет, когда впервые стал испытывать одышку при ходьбе. Тогда же появились боли в области сердца сжимающего характера. Год назад впервые возник приступ, во время которого внезапно потерял сознание; со слов родственников, были судороги. “Небольшие” приступы в течение последнего года (потемнение в глазах, головокружение, длящееся 1-2 мин.) бывали и раньше. За месяц до поступления они участились, усилилась одышка, появились отеки на голенях.

Состояние больного тяжелое, выраженный цианоз губ, отеки на голенях. Граница относительной тупости сердца смещена влево на 2 см, конфигурация сердечной тупости аортальная. Тоны глухие, выслушивается систолический шум на верхушке. Временами определяется очень громкий (пушечный) 1-й тон. АД 140/70 мм рт. ст. Пульс ритмичный, 36 в мин.; напряженный. Частота его не меняется после физической нагрузки (ходьба по палате). В легких везикулярное дыхание, выслушиваются единичные влажные хрипы. Печень выступает из-под реберного края на 5 см, плотная, безболезненная при пальпации. Анализ крови: Эр. - $4.0 \times 10^{12}/л$, Hb - 140г/л; СОЭ - 5 мм/час, Л - $7,6 \times 10^9/л$, формула не изменена. Анализ мочи: уд. вес - 1.026, белок-следы, лейкоциты и эритроциты 1-2 в п/зрения. Суточный диурез 800 мл, ЭКГ: PP-0,75”, RR-1,65”, QR-T= 0,48”. QRS-0,16”.

На следующий день после поступления в больницу больной внезапно потерял сознание, лицо стало багрово-синим, появилась эпилептиформная судорога, непроизвольное мочеиспускание. Пульс во время приступа 16 в мин., АД - 100/50 мм рт. ст. После оказания помощи больной пришел в сознание, но о случившемся ничего не помнил.

ВОПРОСЫ:

1. Какой синдром выступает на первый план в клинической картине заболевания и каков его патогенез?
2. Поставьте предположительный клинический диагноз?
3. Неотложная помощь при данном состоянии.
4. Предложите стандарты обследования больного.
5. Нуждается ли больной в лечении у кардиохирурга?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 8.

Больной 62 года, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на резкие сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в левую руку, лопатку, сердцебиение, одышку.

Из анамнеза выяснено, что в течение последних 5-ти лет отмечает одышку при ходьбе и боли за грудиной, которые снимаются нитроглицерином.

Последний приступ начался внезапно после физической нагрузки 4 часа назад. В начале появились резкие, нестерпимые боли за грудиной, затем сердцебиение, больной на короткое время терял сознание.

Состояние больного тяжелое. Лицо багрово – синее, шейные вены набухшие, не может лежать. Частота дыхания 36 в минуту. Левая граница сердца смещена влево на 2 см. Пульс малый, не сосчитывается. Артериальное давление 70/20 мм рт. ст. Частоте сердечных сокращений, определяемых при аускультации, 160 в минуту. Ритм тонов правильный, маятникообразный, 1-й тон усилен. Дыхание везикулярное, мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах. Печень не пальпируется. Мочеиспускание учащено. Электрокардиограмма: зубец Р отсутствует, ритм желудочков правильный, очень частый, желудочковый комплекс QRS широкий (0,16с), деформирован по типу желудочковых экстрасистол.

ВОПРОСЫ.

Как охарактеризовать состояние в котором находится больной?

Что явилось причиной данного состояния? Сформулируйте предположительный диагноз.

Какие методы обследования входят в стандарты обследования данного заболевания?

Назначьте лечение для купирования данного состояния.

Предложите плановую терапию, предполагаемого Вами заболевания с учетом существующих стандартов лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 9.

53 – летний мужчина обратился к врачу поликлиники с жалобами на давящие загрудинные боли, возникающие преимущественно при ходьбе, подъеме по лестнице. Болен 3 недели. Когда больной останавливался, принимал валидол, боли прекращались через 5-6 мин. Врач рекомендовал принимать нитроглицерин, но сослуживцы отговорили больного, объяснив ему, что это «очень сильное лекарство».

Работает начальником цеха. Курит, женат, имеет детей 11 и 9 лет. Мать страдает гипертонической болезнью с 50 лет; отец умер в 52 года «от сердца».

Объективно: нормального питания, пульс 72 в 1 мин, ритмичен, удовлетворительных качеств. Границы сердца не изменены. Тоны ритмичные, звучные. АД – 130/75 мм рт. ст. ЭКГ: ритм синусовый, ЭОС не отклонена, снижение зубца Т в левых грудных отведениях.

В легких дыхание везикулярное, живот мягкий, безболезнен. Печень по краю реберной дуги. Периферических отеков нет.

ВОПРОСЫ:

Какой предварительный диагноз Вы поставите больному?

Какие исследования Вы считаете необходимыми для уточнения диагноза?

Тактика ведения и обследования больного (с учетом существующих стандартов).

Во время вашего осмотра у больного возник очередной приступ болей за грудиной. Ваши действия.

Назначьте лечение данному больному.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 10.

Больной К., 68 лет, вызвал скорую помощь по поводу выраженного удушья, которое возникло около 5 часов утра. По совету жены, которая страдает бронхиальной астмой, применил сальбутамол, положительного эффекта получено не было. Для уменьшения одышки больной сел в постели, опустил ноги на пол, открыл окно. Острый приступ нехватки воздуха возник впервые, однако до этого в течение нескольких месяцев отмечал появление одышки и болей в сердце при незначительных бытовых нагрузках (например, ходьба по ровному месту), с которыми ранее легко справлялся. В районную поликлинику за медицинской помощью не обращался. Осмотрен врачом скорой помощи. При осмотре обращало на себя внимание: бледность кожных покровов, холодный липкий пот, выступивший на лице и верхней половины туловища. Перкуторно-легочный звук, дыхание везикулярное, единичные влажные хрипы в задне-боковых отделах легких. Частота дыханий – 28 в 1 мин. АД 110*70 мм. ЧСС 108 в мин. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ритмичные, приглушены. Короткий систолический шум на верхушке, акцент II тона на легочной аорте. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень выступает из-под реберного края на 2 см, плотно-эластической консистенции, безболезненная при пальпации. Периферических отеков нет. На ЭКГ обнаружен подъем сегмента ST до 4 мм в отведениях V4-6 и на 2 мм в отведении AVL.

ВОПРОСЫ:

Какое заболевание можно предположить у больного

Возможно ли было предотвратить развитие острого состояния при снижении толерантности к физической нагрузке за несколько месяцев до случившегося?

Ваша тактика.

Перечислите диагностические мероприятия, которые необходимо провести в стационаре.

Изложите план лечения (в соответствии с существующими стандартами).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 11.

Мужчина 37 лет.

Жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке (ходьба по ровной поверхности), сердцебиение, приступы удушья по ночам, купирующиеся в положении сидя и после приема 2 таблеток нитроглицерина. Вышеописанные жалобы появились полгода назад вскоре после перенесенного гриппа, осложненного постгриппозной пневмонией.

Объективно: Состояние средней тяжести. Акроцианоз, кожные покровы бледные. ЧД = 20 в мин.. АД = 110\70 мм рт ст.. Границы сердца расширены влево на 3 см. Тоны сердца глухие, ритмичные, ритм галопа. В легких на фоне ослабленного дыхания мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, слегка болезненная при пальпации. Пастозность голеней и стоп.

ЭКГ: Ритм синусовый 97 в мин.. Одиночная желудочковая экстрасистолия. Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса. Признаки ГЛЖ.

ВОПРОСЫ:

1. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза и их ожидаемые результаты?
2. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
3. Тактика лечения пациента

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №12.

Мужчина 75 лет в течение 2 лет отмечает появление головокружения, слабости, эпизодов «потемнения в глазах», пошатывание при ходьбе. Ухудшение самочувствия за последние 2 месяца: появились кратковременные синкопальные состояния, Дважды по «скорой» регистрировались приступы мерцания предсердий, купирующиеся самостоятельно. При осмотре: ЧСС 50 уд\мин., АД 160\70 мм рт ст. ЭКГ: Синусовая брадиаритмия 50-58 уд\мин.. Диффузные изменения миокарда.

ВОПРОСЫ:

1. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
2. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
3. Тактика лечения пациента.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №13.

Мужчина 55 лет.

Клинический диагноз: ИБС. Атеросклероз коронарных артерий. Состояние после транслюминальной баллонной ангиопластики с имплантацией внутрисосудистого стента. Сахарный диабет - 11 тип (легкое течение). Гиперлипидемия 11 Б тип.

Биохимический анализ крови: общий холестерин 6,6 ммоль\л, триглицериды 2,25 ммоль\л, альфа-холестерин 0,8 ммоль\л, коэффициент атерогенности 7,25, глюкоза крови 6,3 ммоль\л.

ВОПРОСЫ:

1. Какой уровень общего холестерина, альфа-холестерина и триглицеридов являются оптимальными для данного пациента?
2. Что такое коэффициент атерогенности, как он вычисляется и каковы его нормы?
3. Каковы методы коррекции дислипидемии в данном случае?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 14.

Мужчина 59 лет.

В анамнезе в течение 5 лет беспокоили давящие боли за грудиной при физической нагрузке, купирующиеся нитроглицерином. Частота приступов варьировала в зависимости от физической активности от 1 до 4 в день. Регулярно принимал локрен 10 мг в день, мономак 40 мг 2 раза в день (утром и днем), кардиоаспирин 100 мг 1 раз в день. За последние 3 недели несмотря на регулярный прием препаратов отметил изменение характера загрудинных болей: они участились до 10-12 приступов в день, стали более продолжительными, появились приступы в покое в ночное время. На снятой ЭКГ - без существенной динамики по сравнению с предыдущими.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте правильный диагноз.
2. Какова правильная врачебная тактика?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 15.

Мужчина 49 лет 46.

Был доставлен в БИТ по поводу острого трансмурального инфаркта миокарда передне-перегородочной локализации. При поступлении: кожные покровы бледные. ЧСС = 88 уд\мин., АД = 130\80 мм рт ст.. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не прослушиваются. В легких - дыхание несколько ослаблено, хрипов нет. ЧД = 20 в мин.. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Периферических отеков нет. На 5 день заболевания состояние больного внезапно резко ухудшилось: появились признаки острой правожелудочковой недостаточности (набухание шейных вен, увеличение печени, падение АД до 90\50 мм рт ст., синусовая тахикардия 125 уд\мин.), при аускультации сердца стал выслушиваться грубый пансистолический шум на верхушке и в точке Боткина.

ВОПРОСЫ:

1. Какова наиболее вероятная причина резкого ухудшения состояния больного?
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №16.

Мужчина 60 лет. Находился на стационарном лечении по поводу трансмурального инфаркта миокарда передней локализации 5-дневной давности. Течение заболевания без осложнений: приступов стенокардии не было, нарушения ритма сердца не регистрировались. На ЭКГ: патологический зубец Q в V1-V4, элевация сегмента ST в I, AVL, V1-V5 на 2 мм. Проводилась терапия нитроглицерином в/в (первые сутки), гепарином в/в (первые трое суток), далее получал капотен, атенолол и аспирин.

На 5 сутки у больного развились признаки острого нарушения мозгового кровообращения с правосторонним гемипарезом.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения причины нарушения мозгового кровообращения?
3. Тактика лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №17.

Женщина 53 лет.

В течение 3 лет отмечает появление перебоев в работе сердца, длительных ноющих болей в области сердца преимущественно в покое, одышки при физической нагрузке, нарушение сна, зябкости, раздражительности, склонности к задержке жидкости, выпадение волос.

Объективно: Нормального телосложения, повышенного питания, лицо слегка одутловато. ЧСС = 58 уд/мин., АД = 140/90 мм рт ст.. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Печень не пальпируется. Пастозность голеней. Щитовидная железа при пальпации нормальных размеров.

ЭКГ: Ритм синусовый 60 уд/мин.. Отклонение ЭОС влево. Диффузные изменения миокарда.

ВЭМ: Толерантность к физической нагрузке средняя. Проба отрицательная.

ЭХОКГ: без особенностей

АНАЛИЗЫ КРОВИ: холестерин 7,9 ммоль/л, триглицериды 2,8 ммоль\л. В остальном - без особенностей.

ВОПРОСЫ:

1. Какой диагноз наиболее вероятен с учетом представленных данных?
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
3. Тактика лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №18

Мужчина 56 лет. В течение 2 лет беспокоят одышка, сердцебиение и головные боли. Однако, к врачам не обращался, сохраняя трудоспособность. Ухудшение самочувствия в течение последних 3 недель: одышка значительно усилилась, стала беспокоить в покое, заставляя больного спать с высоко поднятым изголовьем.

Объективно: акроцианоз, бледность кожных покровов. Тоны сердца приглушены, аритмичные, акцент 11 тона на аорте. В легких ослабленное дыхание, в нижних отделах единичные влажные хрипы. ЧСС = 130-150 ударов в минуту, дефицит пульса 20, АД = 210\130 мм рт ст S=D. Печень не увеличена. Периферических отеков нет.

ЭКГ: Тахисистолическая форма мерцания предсердий. Признаки ГЛЖ.

ГЛАЗНОЕ ДНО: гипертоническая нейроретинопатия.

АНАЛИЗ КРОВИ: холестерин 8,2 ммоль\л, триглицериды 2,86 ммоль\л (в остальном - без особенностей).

АНАЛИЗ МОЧИ: без особенностей. 53

СЦИНТИГРАФИЯ ПОЧЕК: Правая почка - без особенностей. Левая - значительно уменьшена в размерах, резко замедлено накопление и выведение препарата.

ЭХОКГ: Аорта утолщена. ЛП = 4,9 см, КДР = 6,7 см, КСР = 5,2 см, Тмжп = 1,7 см, Тзс = 1,1 см.

ВОПРОСЫ:

1. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
2. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №19.

Мужчина 43 лет.

Жалобы на одышку, сердцебиение, резкую слабость, отсутствие аппетита, периодические ознобы с повышением температуры тела до 38,5. В течение многих лет ставили диагноз «какого-то порока сердца». Однако, длительное время к врачам не обращался, чувствуя себя здоровым. Ухудшение самочувствия в течение 2 месяцев, когда появились вышеописанные жалобы. В анамнезе - хронический тонзиллит с частыми ангинами.

ОБЪЕКТИВНО: выраженная бледность кожных покровов. На коже мелкие геморрагические высыпания. Температура тела 37,9. ЧСС=95 уд\мин.. АД = 140\30 мм рт ст.. Границы сердца расширены влево на 3 см. Тоны сердца глухие, ритмичные. В точке Боткина выслушивается диастолический шум, на аорте систолический шум, трехчленный ритм и ослабление 1 тона на верхушке, ослабление 11 тона на аорте. Аускультация легких - без особенностей. Печень и селезенка пальпаторно увеличены в размерах, слегка болезненны при пальпации. Периферических отеков нет.

АНАЛИЗ КРОВИ: эритроциты 2900000, Нв 10,8 мг\%, лейкоциты 5100, СОЭ 52 мм\час.

ВОПРОСЫ:

1. Какие исследования следует провести для уточнения диагноза?
2. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
3. Краткосрочная и долгосрочная тактика лечения пациента.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №20.

Мужчина 48 лет.

В связи со стабильной стенокардией напряжения (11 ф.к.) и гиперлипидемией 11А типа регулярно принимает следующие препараты: локрен 20 мг в сутки, предуктал 3 таблетки в сутки, кардиоаспирин 100 мг на ночь и зокор 20 мг на ночь. На этой терапии отмечает хороший антиангинальный эффект, в крови достигнуто снижение общего холестерина с 7,8 до 4,9 ммоль\л, повышение альфа-холестерина с 0,75 до 1,1 ммоль\л. Однако, в течение месяца отмечает появление болей постоянного характера в нижних конечностях, сопровождающихся мышечной слабостью. Объективно: пульсация на артериях стоп достаточная, пальпация мышц голеней и бедер с обеих сторон болезненна.

ВОПРОСЫ:

1. Какова наиболее вероятная причина появления вышеописанных жалоб ?
2. Какое исследование следует провести для уточнения генеза мышечных болей?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №21.

Мужчина 40 лет.

Доставлен «скорой помощью» в БИТ через 2 часа после интенсивного ангинозного приступа, развившегося впервые в жизни. В анамнезе - хронический тонзиллит, хронический некалькулезный холецистит.

При поступлении: состояние тяжелое, сохраняются ангинозные боли.

АД=110\70 мм рт ст., ЧСС=68 уд\мин.. Тоны сердца пониженной звучности, шумы не прослушиваются. В легких - застойных хрипов нет. Печень не увеличена, периферических отеков нет.

ЭКГ: подъем ST в I, AVL, V1 - V4 до 11 мм, депрессия ST в II, III, AVF на 2 мм, интервал PQ = 0,26, нарушение внутрижелудочковой проводимости по правой ножке пучка Гиса.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте клинический диагноз, ориентируясь на представленные данные.
2. Перечислите последовательность лечебных мероприятий.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 22.

Мужчина 45 лет.

С 35-летнего возраста отметил появление внезапных приступов, сопровождающихся резкой головной болью, головокружением, сердцебиением, потливостью, нарушением слуха и выраженной бледностью кожных покровов.

Приступы возникали с частотой до 1-2 раз в месяц, провоцировались психоэмоциональным напряжением или обильной пищей и купировались самостоятельно. В последствии во время приступов были выявлены высокие цифры АД (до 230/130 мм рт ст.). В межкризовый период АД колебалось в пределах 140-160/100 мм рт ст. Последние 2 года отмечает изменение течения заболевания: цифры АД стабилизировались на более высоком уровне, картина кризов стала более сглаженной. За 2 года похудел на 10 кг. С этого же времени стали регистрироваться повышенные цифры глюкозы крови (до 7,7 ммоль/л), в связи с чем больному был выставлен диагноз сахарного диабета 11 типа. На глазном дне: гипертоническая ангиопатия 11 ст..

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте наиболее вероятный клинический диагноз с учетом представленных данных.
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
3. Тактика лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 23.

Женщина 33 лет.

Считает себя больной в течение 2 лет, когда появились и стали неуклонно прогрессировать одышка и быстрая утомляемость при физической нагрузке. Кроме того, беспокоит сердцебиение, зябкость и похолодание конечностей.

Объективно: Диффузный цианоз. ЧСС= 90 уд/мин., АД = 100/60 мм рт ст.. Границы сердца расширены вправо на 2 см. При аускультации тоны сердца приглушены, ритмичные. Акцент 11 тона и диастолический шум на легочной артерии. В легких -дыхание ослаблено, хрипов нет. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см. Пастозность голеней.

ЭКГ: Отклонение ЭОС вправо, Признаки гипертрофии правого желудочка и правого предсердия. Блокада правой ножки пучка Гиса.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте наиболее вероятный клинический диагноз с учетом представленных данных.
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза и каковы их предположительные результаты?
3. Тактика лечения и прогноз.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №24.

Мужчина 29 лет.

Из анамнеза известно, что с детства выслушивался шум в сердце. Однако, нигде не обследовался, чувствовал себя здоровым человеком. В 17-летнем возрасте впервые случайно были зафиксированы повышенные цифры АД (до 170/105 мм рт ст.), в связи с чем был освобожден от службы в Армии. Несмотря на рекомендации врачей гипотензивные препараты практически не принимал, АД не контролировал. Три года назад стал отмечать головные боли, снижение работоспособности, периодически похолодание стоп, боли в ногах преимущественно при ходьбе.

Объективно: ЧСС = 78 уд/мин., АД = 200/110 мм рт ст., S = D, АД на нижних конечностях 160/100 мм рт ст., S=D. Тоны сердца ритмичные. Выслушивается систолический шум над всей поверхностью сердца с максимумом при аускультации в межлопаточной области. В остальном по органам - без особенностей.

ЭКГ: Отклонение ЭОС влево, признаки ГЛЖ.

ЭХОКГ: ЛП=3,2 см, КДР=5,0 см, КСР=3,2 см, Тмжп=1,2 см, Тзс=1,1 см, клапанный аппарат интактен, патологических токов не выявлено.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз с учетом представленных данных.
2. Какие дополнительные исследования позволят уточнить диагноз?
3. Тактика лечения

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА № 25.

Мужчина 40 лет.

Доставлен бригадой «Скорой помощи» в БИТ с впервые развившимся приступом сердцебиения, который продолжается около 40 минут. Со слов больного пульс «не просчитывался».

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. АД=120/70 мм рт ст.. Кожные покровы обычной окраски. Тоны сердца звучные, ритм правильный.

ЧСС по пульсу и по тонам сердца 180 в мин.. Признаков недостаточности кровообращения нет. На снятой ЭКГ: ритм желудочков правильный 180 уд./мин., комплекс QRS резко уширен (0,20), деформирован во всех 12-ти отведениях. Суждение врачей об ЭКГ разноречиво. Технической возможности для проведения чрезпищеводной ЭГ и ЧПЭС нет. Приступ затягивается по времени, отмечается тенденция к снижению АД.

ВОПРОСЫ:

1. Какие нарушения ритма могут иметь указанную ЭКГ-картину?
2. Тактика лечебных мероприятий (что является препаратом выбора, какие препараты категорически запрещены, возможность дифференциальной диагностики).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №26.

Больной 28 лет.

С раннего детства со слов матери в сердце выслушивали шум. Однако, диагноз не уточнялся. Последние три года периодически стал отмечать эпизоды головокружения, сердцебиения, «потемнения» в глазах и давящих болей за грудиной при физической нагрузке, проходящие в покое.

Объективно: ЧСС = 80 уд\мин., АД = 120\80 мм рт ст. При аускультации сердца выслушивается систолический шум с максимумом в точке Боткина. В остальном по органам - без особенностей.

ЭКГ: Ритм синусовый 80 уд\мин. Одиночная предсердная экстрасистолия. Признаки ГЛЖ характера перенапряжения.

ЭХОКГ: ЛП = 4,4 см, КДР = 4,4 см, КСР = 2,8 см, Тмжп = 2,2 см, Тзс = 1,1 см. Определяется систолический прогиб передней створки митрального клапана и систолическое прикрытие правой коронарной створки аортального клапана. При Д-ЭХОКГ - высокоскоростной турбулентный ток в выносящем тракте ЛЖ.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте развернутый диагноз пациента.
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения особенностей течения заболевания?
3. Тактика медикаментозного лечения пациента. Какие препараты противопоказаны при данном заболевании и почему?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №27.

Мужчина 39 лет.

В течение 2 лет периодически беспокоят давящие боли за грудиной, возникающие при выходе из теплого помещения на улицу (особенно в ветренную и холодную погоду), при эмоциональном напряжении, изредка ночью в предутренние часы. Боли купируются приемом 1-2 таблеток нитроглицерина. По рекомендации участкового терапевта регулярно принимает атенолол 25 мг 2 раза в день, кардиоаспирин 100 мг на ночь, однако, вышеописанные жалобы сохраняются. При ЭКГ-мониторировании на фоне синусового ритма 64 уд\мин. зарегистрирован эпизод элевация сегмента ST на 3 мм в 4.45 утра продолжительностью 7 минут, одиночная желудочковая экстрасистолия.

В крови: холестерин 5,1 ммоль\л, триглицериды 1,2 ммоль\л.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз с учетом представленных данных.
2. Внесите коррекцию в проводимую терапию, если, по Вашему мнению, она необходима.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №28.

Женщина 54 лет.

Доставлена в БИТ после 2-часового ангинозного приступа, купированного на догоспитальном этапе. В анамнезе: год назад перенесла инфаркт миокарда передней локализации. В течение года приступы стенокардии 1 раз в 2-3 месяца, периодически отмечала одышку при физической нагрузке, пастозность голеней.

Объективно: состояние тяжелое. Положение ортопноэ. Акроцианоз. Набухание шейных вен. ЧД=26 в мин.. АД=110/65 мм рт ст., ЧСС=115 уд/мин.. Тоны сердца глухие, ритмичные. В легких на фоне ослабленного дыхания выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы. Печень не увеличена. Периферических отеков нет.

ЭКГ: патологический зубец Q в I, AVL, V1 - V3, низкий вольтаж R в V4, подъем ST в I, V1 -V5 до 4 мм.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте клинический диагноз, ориентируясь на представленные данные.
2. Какие исследования следует дополнительно провести для уточнения диагноза ?
3. Перечислите последовательность лечебных мероприятий.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №29.

Женщина 30 лет.

Из анамнеза известно, что впервые повышение АД до 150/90 мм рт ст. было обнаружено случайно в 20-летнем возрасте. Чувствовала себя здоровой, к врачам не обращалась, эпизодически принимала анаприлин. Ухудшение самочувствия в течение 2 лет, когда стала отмечать повышенную утомляемость, снижение работоспособности, периодические головные боли, снижение остроты зрения. АД при контроле постоянно регистрировалось на высоком уровне (190-230/120-140 мм рт ст.). Применение гипотензивных средств (капотен 37,5 мг в сутки, атенолол 50 мг в сутки, арифон 2,5 мг в сутки) не давало оптимального эффекта: АД снижалось до 160 -170/110 мм рт ст.).

Объективно: астенического телосложения, пониженного питания.

ЧСС=72 уд/мин., АД= 210/130 мм рт ст., S=D. В эпигастральной области выслушивается систоло-диастолический шум. В остальном по органам - без особенностей.

АНАЛИЗ МОЧИ: уд. вес - 1022, белок - 0,55 г\л, лейкоциты 2-3 в п/зр., эритроциты 0-1 в п/зр., цилиндров нет. Биохимический анализ крови - без особенностей.

ГЛАЗНОЕ ДНО: гипертоническая нейроангиоретинопатия с отеком дисков зрительных нервов.

ЭКСКРЕТОРНАЯ УРОГРАФИЯ: Левая почка уменьшена в размерах. Отмечается задержка контрастирования ЧЛС и замедление выведения контрастного вещества слева.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз и назовите наиболее вероятную причину заболевания.
2. Какие дополнительные исследования следует провести для окончательного установления диагноза?
3. Методы лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №30.

Мужчина 55 лет.

При сборе анамнеза называет конкретный день начала заболевания, когда утром на фоне полного благополучия отметил появление асимметрии лица и онемение левой руки и левой ноги. При обращении к врачу в поликлинике впервые в жизни были зарегистрированы повышенные цифры АД (260/140), на снятой ЭКГ - подозрение на очаговые изменения передне-перегородочной локализации. Был госпитализирован в стационар, где диагноз ОИМ был отвергнут, проводилось лечение ОНМК. Еще в стационаре стал отмечать сильную головную боль, слабость, полидипсию и никтурию. Несмотря на массивную гипотензивную терапию (ренитек 20 мг в сутки, норваск 10 мг, локрен 20 мг, триампур 2 табл. ежедневно) цифры АД сохранялись на высоком уровне (до 180-190/100-120 мм рт ст.). На ЭКГ на фоне синусового ритма 60 уд/мин регистрировались признаки выраженной гипертрофии ЛЖ и метаболические сдвиги (в виде патологического зубца U), одиночные предсердные и желудочковые экстрасистолы, конфигурация ЭКГ-комплексов не позволяла исключить рубцовые изменения перегородочной локализации. По данным ЭхоКГ на фоне нормальных размеров полостей сердца регистрировалась выраженная симметричная гипертрофия ЛЖ ($T_{мжп} = T_{зс} = 1,8$ см). В анализах крови обращал на себя внимание низкий уровень калия плазмы (2,5 - 2,9 ммоль/л). В анализах мочи - следы белка, лейкоциты до 18 вп/зр.. При УЗИ почек выявлено расширение ЧЛС с обеих сторон; в области правого надпочечника дополнительное образование округлой формы размером 15 x 18 мм.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
3. Чем могут быть обусловлены изменения на ЭКГ, имитирующие очаговые (рубцовые) изменения?
4. Тактика лечения.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №31.

Мужчина 39 лет.

В течение 5 лет отмечал небольшую одышку, сердцебиение. К врачам не обращался. Ухудшение самочувствия в течение недели, когда на фоне гриппа с высокой температурой и кашлем появилась выраженная одышка, усиливающаяся в горизонтальном положении, сердцебиение.

В анамнезе - хронический тонзиллит, в 19 лет - тонзиллэктомия.

Объективно: ортопноэ, акроцианоз, ЧД = 26 в мин., ЧСС 130-150 в мин., дефицит пульса 30 в мин., АД = 100/60 мм рт.ст., Температура тела 37,4. Границы сердца расширены влево и вправо. Тоны сердца глухие, аритмичные. На верхушке - трехчленный ритм, систолический и диастолический шум. Акцент 11 тона на легочной артерии. В легких - на фоне ослабленного дыхания мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, слегка болезненна при пальпации. Отечность голеней и стоп.

В крови СОЭ 37 мм/час, лейкоциты 11200, С-реактивный белок - (++++).

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз с учетом представленных данных.
2. Опишите ожидаемые ЭХОКГ результаты при данном диагнозе.
3. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №32.

Женщина 29 лет.

Считает себя больной в течение 5 лет, когда вскоре после родов стала прогрессивно прибавлять в весе на фоне повышенного аппетита (за 5 лет прибавила около 15 кг). Одновременно впервые в жизни стали регистрироваться повышенные цифры АД (до 180/100), появилась повышенная раздражительность, утомляемость, нарушение сна. Последний год артериальная гипертония приобрела кризовый характер: внезапные подъемы АД сопровождаются сердцебиением, потливостью, ознобом, внутренней дрожью, чувством страха и полиурией. Кризы купируются самостоятельно, возникают с частотой до 4-6 раз в месяц.

Объективно: Повышенного питания (при росте 162 см весит 95 кг). Распределение подкожно-жировой клетчатки равномерное. На коже живота белые широкие стрии. ЧСС = 70 уд/мин., АД = 170/100 мм рт ст.. По органам - без особенностей.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
3. Тактика лечения.