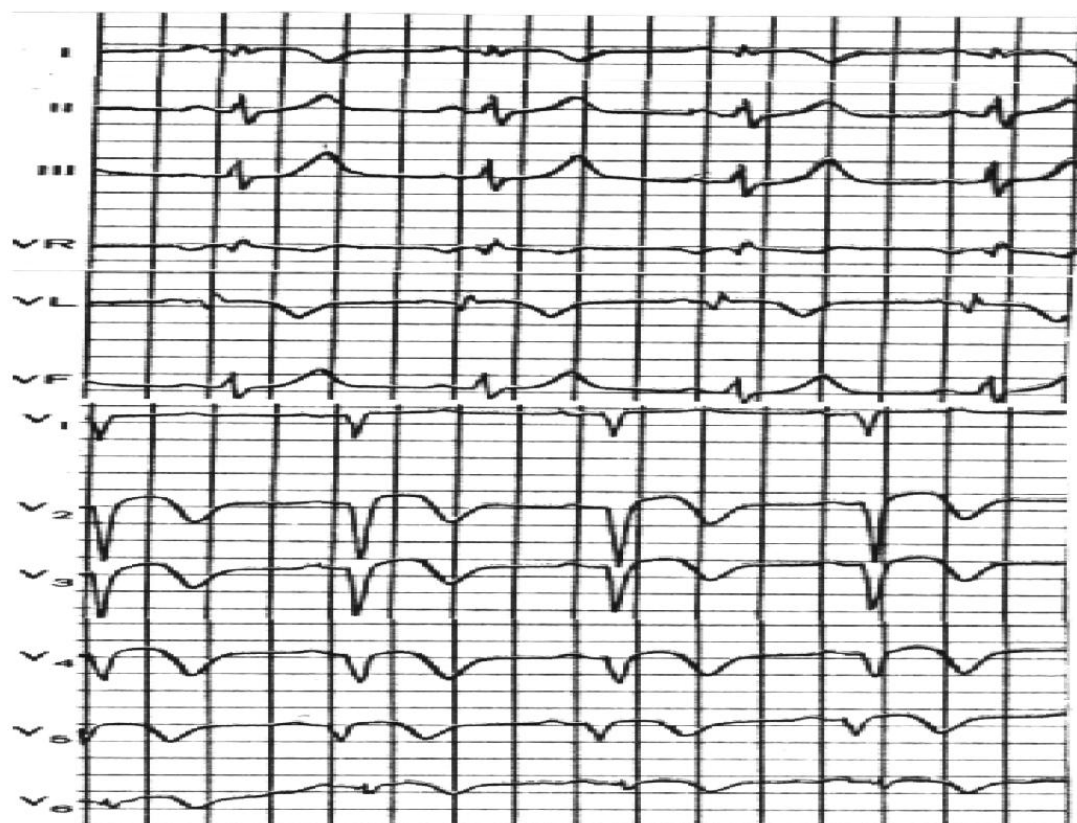


Задача 1. Больной Д., 34 лет, слесарь. При поступлении предъявлял жалобы на одышку инспираторного характера при физической нагрузке, сердцебиение. Из анамнеза известно, что в течение трёх недель он амбулаторно лечился по поводу бронхита, два дня назад во время физической нагрузки возникли давящие боли за грудиной продолжительностью около 60 минут. Объективно: общее состояние удовлетворительное, повышенного питания. Пульс 100 уд/мин, ритмичный, слабого наполнения. Тоны сердца приглушены, ритмичны; в прекардиальной области преходящий шум трения перикарда; на верхушке: I тон ослаблен, короткий систолический шум. Границы сердца в пределах максимальной нормы. В лёгких дыхание везикулярное. Живот мягкий, печень у края реберной дуги. Отёков нет. Лейкоциты $9,5 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 20 мм/час. Записана ЭКГ (рисунок 1).

1. Назовите ведущий синдром.
2. Поставьте предварительный
3. диагноз.
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику.
5. Назначьте дополнительные исследования.
6. Дайте заключение по ЭКГ.
7. Обоснуйте лечение, методы вторичной профилактики.

Рисунок №1 к задаче №1.



Задача 2. Больной К. 48 лет жалуется на резкие боли в левой половине грудной клетки, иррадиирующие в обе руки, левую лопатку и межлопаточное пространство, чувство нехватки воздуха, слабость. Приступ болей продолжается более двух часов, боль не купируется повторным введением наркотических анальгетиков. Аналогичный приступ болей был четыре дня назад. В течение 8 лет страдает гипертонической болезнью.

При осмотре состояние больного средней тяжести. Кожные покровы бледные, влажные, цианоз губ. Число дыханий 20 в минуту. Пульс 90 в минуту. АД 80/60 мм рт.ст. Границы сердца расширены влево, тоны глухие, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Температура 37,6⁰С. По анализам: в периферической крови лейкоцитов - 11,0 · 10⁹/л, СОЭ - 17 мм/ч, СРБ ++. Записана ЭКГ (рисунок 2).

1. Назовите ведущий синдром.
 2. Между какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику.
 3. Поставьте клинический диагноз.
 4. Какие возможны осложнения?
 5. Дайте заключение по ЭКГ.
-
6. Какие дополнительные методы исследования необходимы для проведения дифференциальной диагностики?
 7. Объясните причины изменения показателей крови.

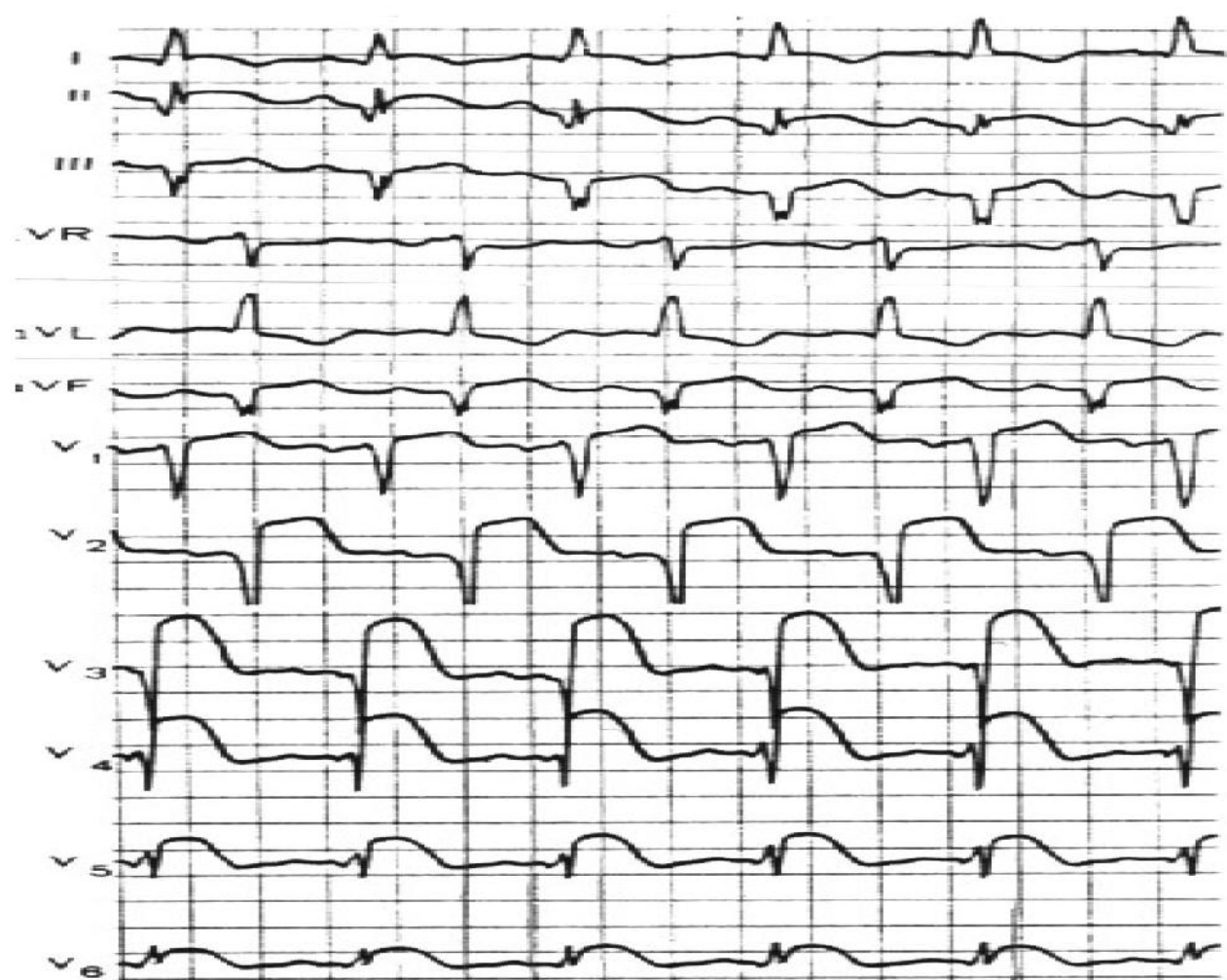
Рисунок №2 к задачам №№2,3.



Задача 3. Больной К. 63 лет доставлен в больницу с жалобами на внезапное возникновение приступа удушья. В 1976 году перенёс инфаркт миокарда, с 1977 года отмечает приступы стенокардии напряжения. Объективно – состояние тяжёлое, больной сидит, опершись руками о кровать. Дыхание затруднено, 32 в минуту. Кожные покровы покрыты холодным потом, бледные, цианоз губ, кончика носа. АД 80/40 мм рт. ст. Пульс 120 уд/мин, определяется с трудом. Перкуторно: сердце умеренно расширено влево. Аускультативно: тоны сердца глухие, в задненижних отделах лёгких прослушиваются влажные хрипы. Записана ЭКГ (рисунок 2).

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Дайте заключение по ЭКГ.
3. Какой вариант начала заболевания у данного больного?
4. Между какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
5. Обоснуйте неотложные лечебные мероприятия, укажите показатели, требующие мониторингования при ведении данного больного.
6. Назовите наиболее современные методы лечения и профилактики кардиогенного шока?

Рисунок №2 к задачам №№2,3.



Задача 4. Пациент А. 58 лет обратился к врачу с жалобами на периодически возникающие боли за грудиной с иррадиацией их в левую руку и левую лопатку. Эти боли появились примерно два месяца назад, возникают при подъеме на один этаж. Боли значительно выражены, длятся две-три минуты и внезапно исчезают. Во время болевого приступа у больного появляется «чувство страха», он старается «застыть» в той позе, в которой его застала боль. Вне приступа больной чувствует себя хорошо. Объективно: со стороны органов и систем никаких патологических отклонений не обнаружено. АД 140/80 мм рт. ст. Пульс 70 уд. в минуту.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие диагностические тесты целесообразно провести?
3. На рисунке 3 коронарограмма данного больного, что вы видите?
4. Какой метод лечения наиболее эффективен у данного больного?

Рисунок №3 к задаче №4.



Задача 5. Пациент 45 лет, инженер по профессии, обратился к врачу с жалобами на периодически наступающее онемение пальцев левой руки. Это состояние длится несколько минут и самопроизвольно проходит. Чаше онемение пальцев левой кисти наступает во время психо-эмоционального напряжения. Объективно: со стороны органов и систем патологических отклонений не обнаружено. Записана ЭКГ в покое и при нагрузке (рисунок 4).

1. Опишите патогенез описанного приступа.
2. Предположительный диагноз?
3. Назовите критерии положительной нагрузочной пробы.
4. Какие провокационные тесты целесообразно использовать у данного больного?
5. Наиболее предпочтительные препараты медикаментозного лечения больного.

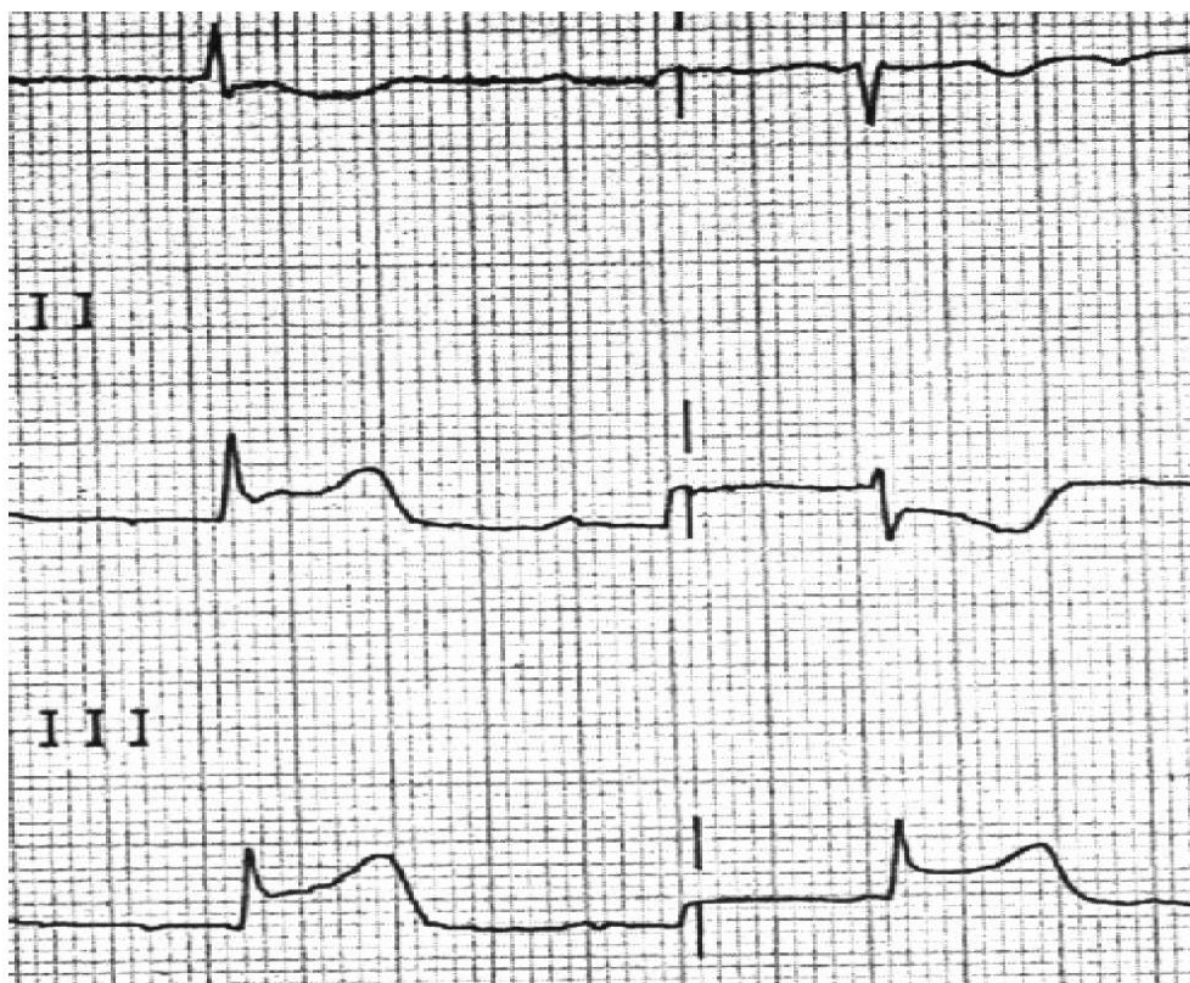
Рисунок №4 к задаче №5.



Задача 6. Пациент 32 лет стал отмечать, что последние два года у него по ночам и ранним утром в покое стали появляться давящие боли в груди, иррадиирующие в левую лопатку и нижнюю челюсть. Боль носит волнообразный характер, продолжается в среднем 20-30 минут, купируется приемом нитроглицерина. Больной обратился к врачу, в стационаре во время очередного приступа записана ЭКГ (рисунок 5).

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие диагностические тесты необходимо провести у данного больного?
3. Расшифруйте ЭКГ. Что характерно на ЭКГ для данного варианта стенокардии?
4. Обоснуйте лечение больного. Что является средством купирования и профилактики данного заболевания?

Рисунок №5 к задаче №6.



Задача 7. Больной Л. 72 лет. После физической нагрузки внезапно появилась сильная давящая боль за грудиной, сопровождавшаяся резкой слабостью, холодным потом. Боль продолжалась около 6 часов. При поступлении: состояние больного тяжёлое, он мечется от боли; кожные покровы влажные, бледные, цианоз губ. АД 120/80 мм рт. ст. Пульс 78 в минуту. Перкуторно граница сердца расширена влево на 1,5 см от средней ключичной линии. Аускультативно: тоны сердца глухие. В крови: лейкоциты - $6,7 \times 10^9/\text{л}$, п-15, с-47, л-37, м-1, СОЭ-18 мм/час. АСТ-2,0 ммоль/л, АЛТ -1,0 ммоль/л, фибриноген - 8,18 г/л, СРБ +++++. Через 3 дня состояние ухудшилось: повысилась температура тела до $37,8^{\circ}\text{C}$, появилась тахикардия, потливость, усилилась общая слабость. В крови появился лейкоцитоз - $10,2 \times 10^9/\text{л}$, ускорение СОЭ до 50 мм/час сохраняется. Повысились фибриноген и СРБ.

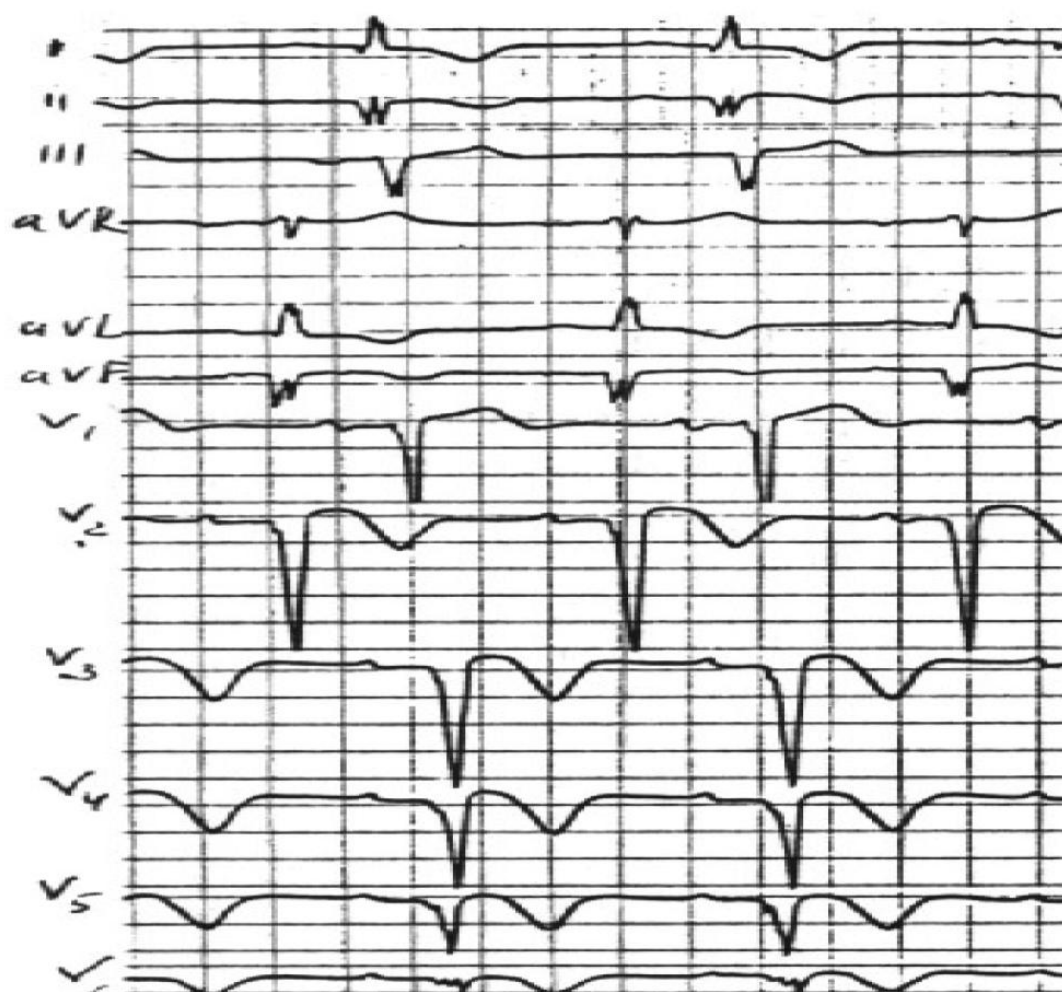
1. Объясните патогенез возникшего осложнения.

2. Сделайте заключение по ЭКГ (рисунок 6).

3. Ваш диагноз?

4. С каким заболеванием необходимо проводить дифференциальную диагностику?

Рисунок №6 к задаче №7.



Задача 8. В приёмный покой доставлен скорой помощью больной 52 лет с жалобами на резкие давящие боли за грудиной с иррадиацией в обе руки и левую лопатку, длящиеся более двух часов, боль не купируется приемом нитроглицерина и инъекционными анальгетиками, сопровождается резкой слабостью, страхом смерти, выраженной потливостью.

Из анамнеза выяснено, что больного около 10 лет беспокоили приступообразные головные боли, шум в ушах, головокружение, «мелькание мушек» перед глазами, кратковременные колющие боли в области сердца, без иррадиации. Иногда отмечалось повышение АД до 200/120 мм рт.ст., постоянное АД - 160/100 мм рт. ст.

При осмотре общее состояние тяжёлое. Кожные покровы бледные, акроцианоз. Дыхание частое (26 в минуту). Перкуторно над всеми полями грудной клетки лёгочный звук, при аускультации - дыхание везикулярное, единичные влажные хрипы в нижних отделах легких. Пульс одинаков на обеих руках, 120 уд/мин, ритмичный, слабого наполнения и напряжения. АД - 90/70 мм рт ст.

Перкуторно левая граница относительной сердечной тупости смещена влево. Аускультативно тоны сердца глухие. Акцент второго тона над аортой. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Отеков нет.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Назначьте необходимые информативные методы исследования.
3. Ваша лечебная тактика.

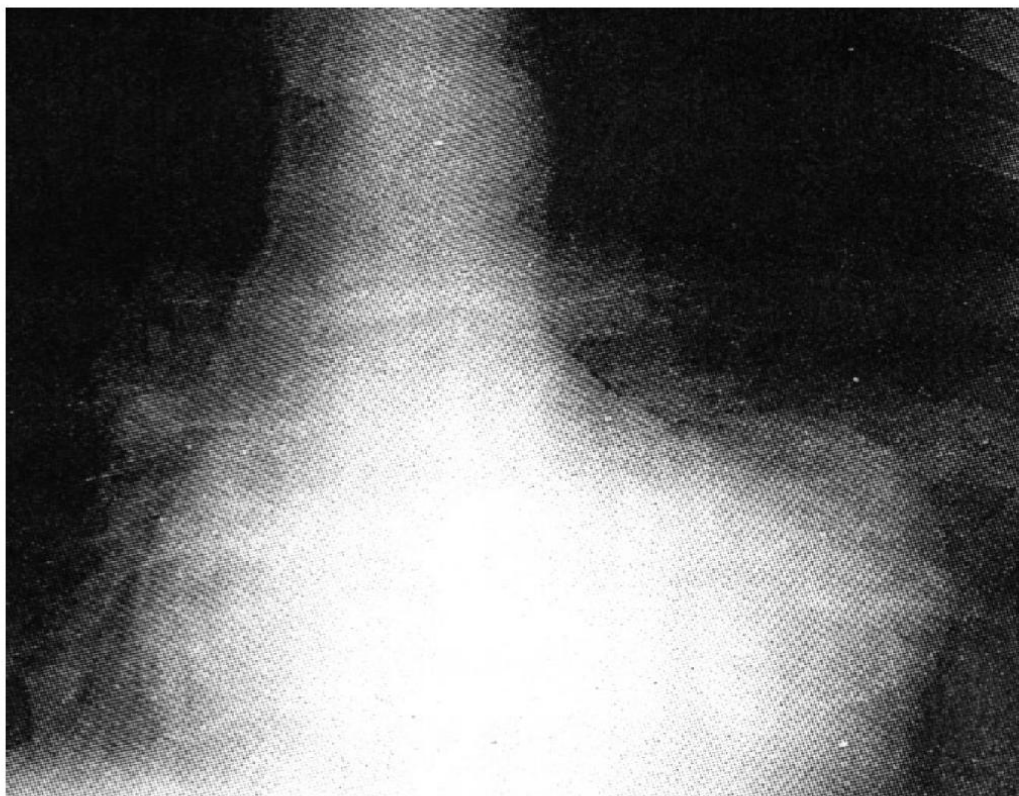
Задача 9. Больную А. В течение 3 лет беспокоили кратковременные боли в левой половине грудной клетке, с иррадиацией в шею. Накануне возникли очень интенсивные боли в левой половине грудной клетки с иррадиацией в шею, руку, живот, продолжительностью 30 минут. Поднялась температура до 37°C . Тоны сердца ослаблены. Лейкоциты – $7 \cdot 10^9$ /л. АСТ - 40 U/L (норма до 31), КФК – 150 U/L (норма до 170). На ЭКГ зубец Т в отведениях III и aVF отрицательный, остроконечный. Через 3 дня ЭКГ нормализовалась.

1. Ваш диагноз?
2. Назначьте необходимые дополнительные исследования при поступлении больного в стационар и при выписке.

Задача 10. Больной И. 58 лет поступил в стационар по поводу распространённого трансмурального инфаркта миокарда. Лечение проводилось в полном объёме. Из анамнеза выяснено, что больному поставлен диагноз «гипертоническая болезнь». С 6-го дня заболевания состояние ухудшилось, появилась одышка в покое, стали появляться приступы ночного удушья. При внимательном осмотре области сердца отмечена дополнительная пульсация у 4-го ребра слева, здесь же улавливается дрожание. При аускультации стал выслушиваться грубый систолический шум на уровне 4 ребра. В последующие дни на ЭКГ не было положительной динамики. Рентгенограмма данного больного представлена на рисунке № 7.

1. Какое осложнение развилось у больного? Опишите его патогенез. Используйте при ответе данные рентгенологической грудной клетки.
2. Каков прогноз у данного больного?
3. Назначьте необходимые диагностические исследования, для подтверждения предполагаемого диагноза.
4. Определите методы лечения данного больного. Назовите основные принципы терапевтического и хирургического лечения.
5. Назовите возможные виды хирургических вмешательств у данного больного. Какие из них наиболее предпочтительные? Обоснуйте выбор.

Рисунок №7 к задаче №10.



Задача 11. Больной 45 лет, директор завода, поступил с жалобами на приступ резчайшего сердцебиения, возникшего среди полного здоровья. Из анамнеза известно, что раньше больной страдал приступами болей за грудиной, которые быстро снимались валидолом или нитроглицерином. Объективно: бледность кожных покровов, потливость, цианоз губ, одышка. В нижних отделах лёгких выслушиваются незвучные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца глухие. Пульс 180 уд/мин, ритмичный. АД - 90/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Кровь: лейкоциты - $8 \cdot 10^9$ /л, РОЭ - 5 мм в час.

1. Каков диагноз и терапевтическая тактика?
2. Расшифруйте ЭКГ (рисунок 8).

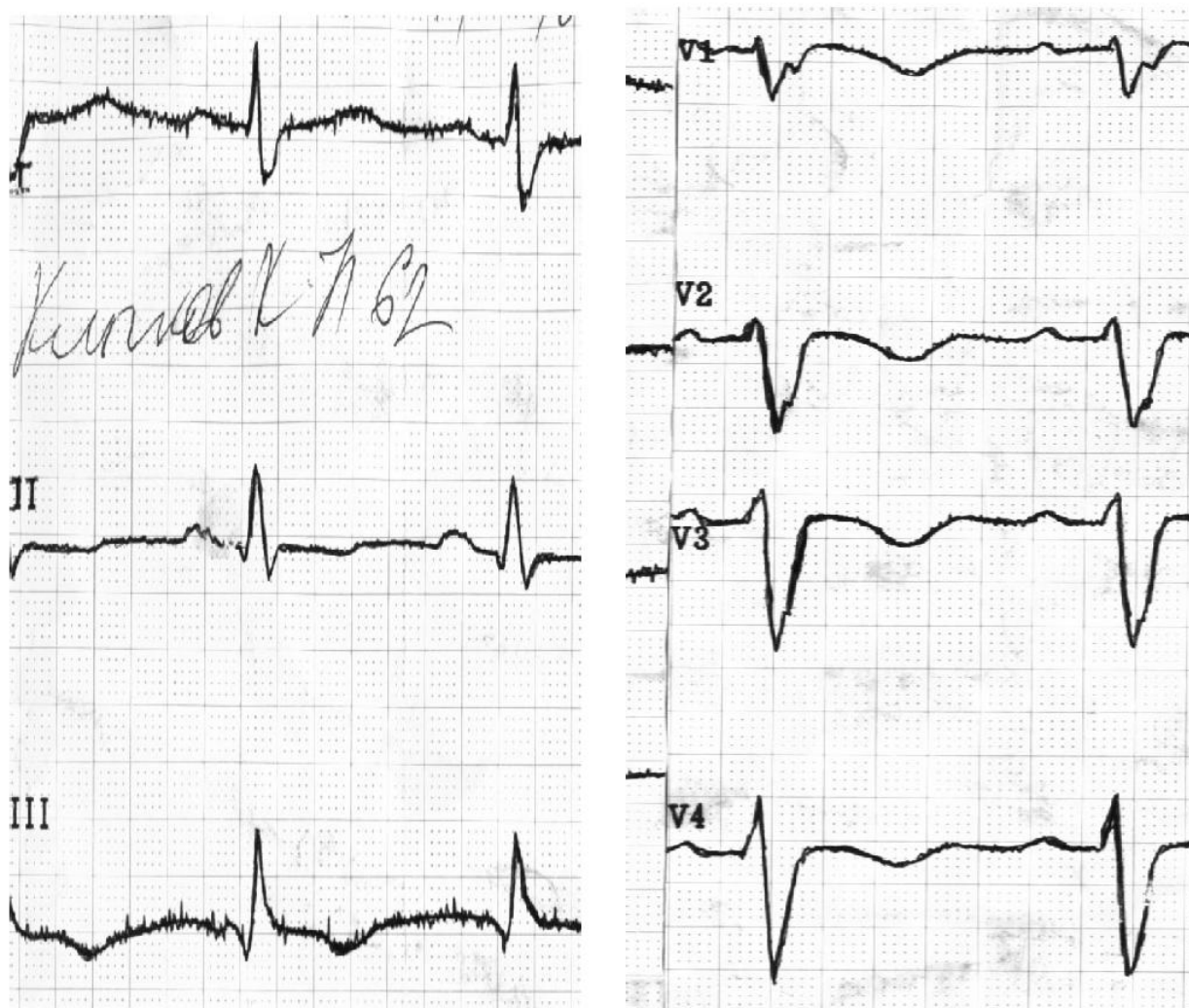
Рисунок №8 к задаче №11.



Задача 12. У больного 65 лет после операции по поводу аденомы предстательной железы на 6 день внезапно появились боль в правом боку и под лопаткой, кашель и кровохаркание, поднялась температура. Записана ЭКГ (рисунок 9). Врач диагностировал кровотечение и назначил больному для его остановки хлористый кальций и викасол.

1. Оцените тактику лечащего врача. Какое лечение назначили бы вы?
2. Назовите хирургические методы лечения и профилактики данного заболевания.

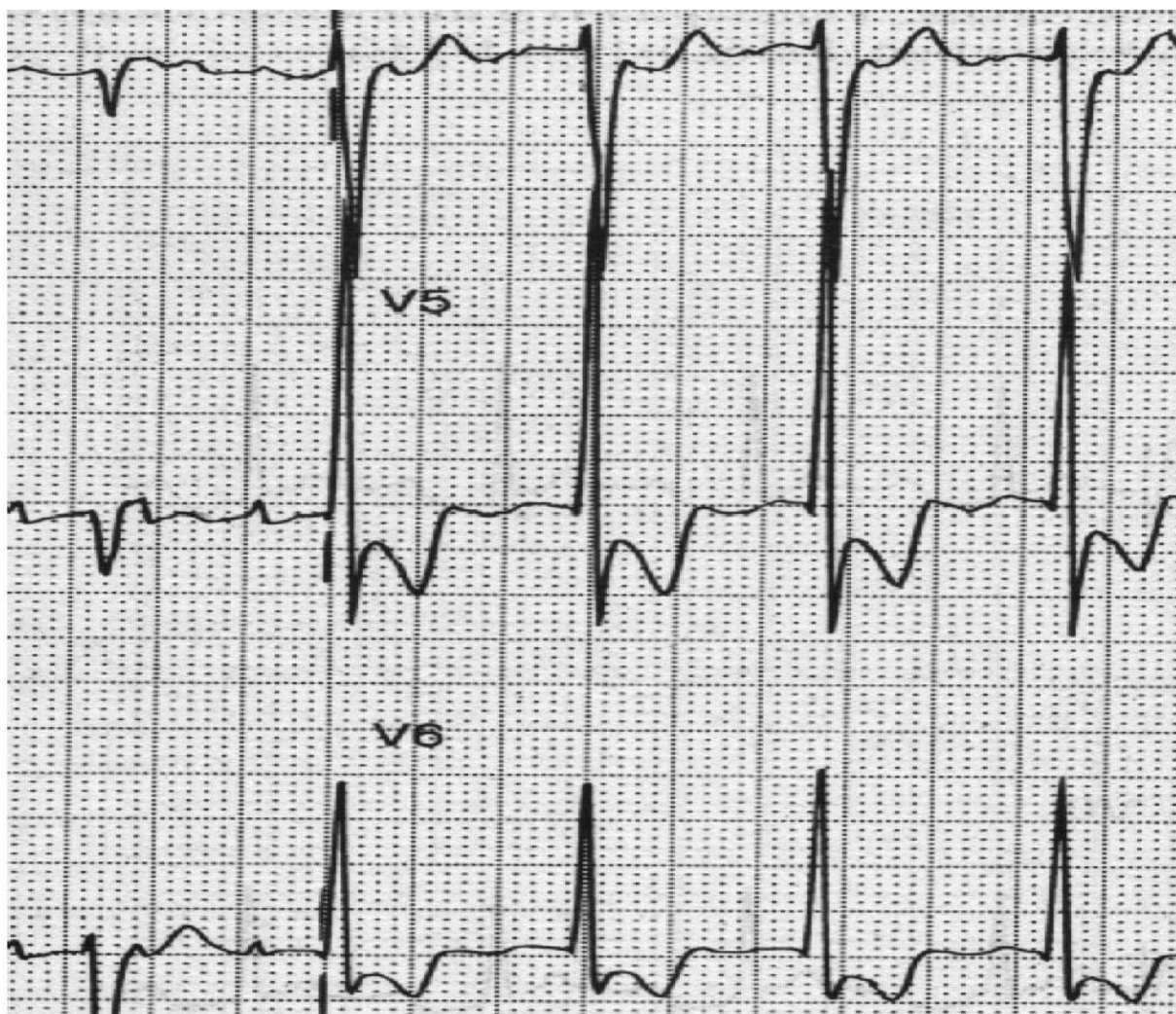
Рисунок №9 к задаче №12.



Задача 13. Больной 47 лет, врач-анестезиолог, около трёх лет отмечает давящие боли за грудиной при выполнении физических нагрузок и волнении, также отмечает повышение АД, максимальные цифры АД- 160/90 мм рт. ст. Боли проходят в покое или после приёма нитроглицерина через 1-2 минуты. Объективно: по внутренним органам без патологии. АД - 160/100 мм рт. ст. При велоэргометрии выполнена максимальная нагрузка - 60 Вт в течение 4 минут, общая продолжительность нагрузки - 12 минут. При её выполнении появились изменения на ЭКГ (рисунок 10).

1. Определите и обоснуйте диагноз.
2. Назовите показания для велоэргометрии, критерии её положительного результата.
3. Назначьте лечение. Выпишите рецепты.

Рисунок №10 к задаче №13.

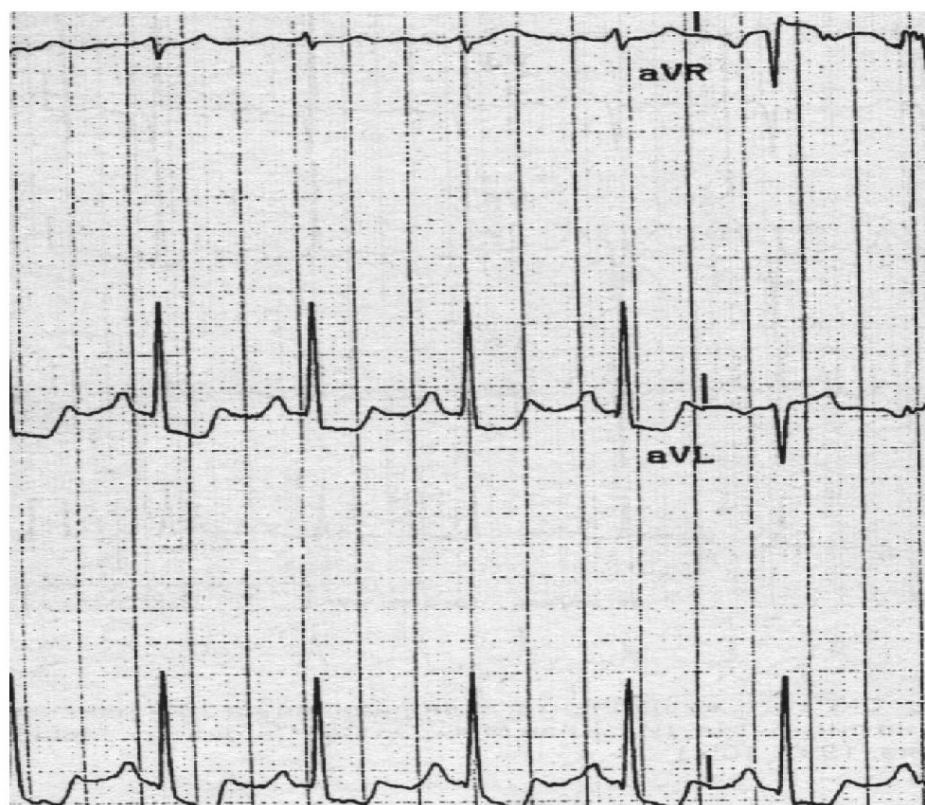


Задача 14. У больного 52 лет, директора школы, курильщика, в течение двух месяцев наблюдаются приступы сжимающих болей за грудиной, связанные с быстрой ходьбой, подъёмами по лестнице. Боль иррадирует в левую руку, лопатку, длится 3-5 минут, проходит после приёма нитроглицерина или в покое. За неделю до поступления в клинику приступы загрудинных болей участились до 3-6 раз в день, дважды возникали в покое. Боль стала интенсивнее, за сутки больной принимает до 8-10 таблеток нитроглицерина.

При осмотре состояние удовлетворительное, повышенное питание, цианоза нет. Лёгкие без патологии. Границы сердца не расширены. Ритм правильный. ЧСС - 83 в минуту. АД - 130/80 мм рт ст. Печень не увеличена, отёков нет. По анализам: холестерин - 7,5 ммоль/л, КФК- 150 U/L. ЭКГ - на рисунке 11.

1. Определите и обоснуйте диагноз.
2. Какую динамику приобрела болезнь. Назовите синдром с учётом классификации ВОЗ.
3. Назовите основные средства лечения. Выпишите рецепты.
4. Ваши рекомендации по ведению данного больного.
Перечислите модифицируемые и не модифицируемые факторы риска у данного больного и способы их коррекции.

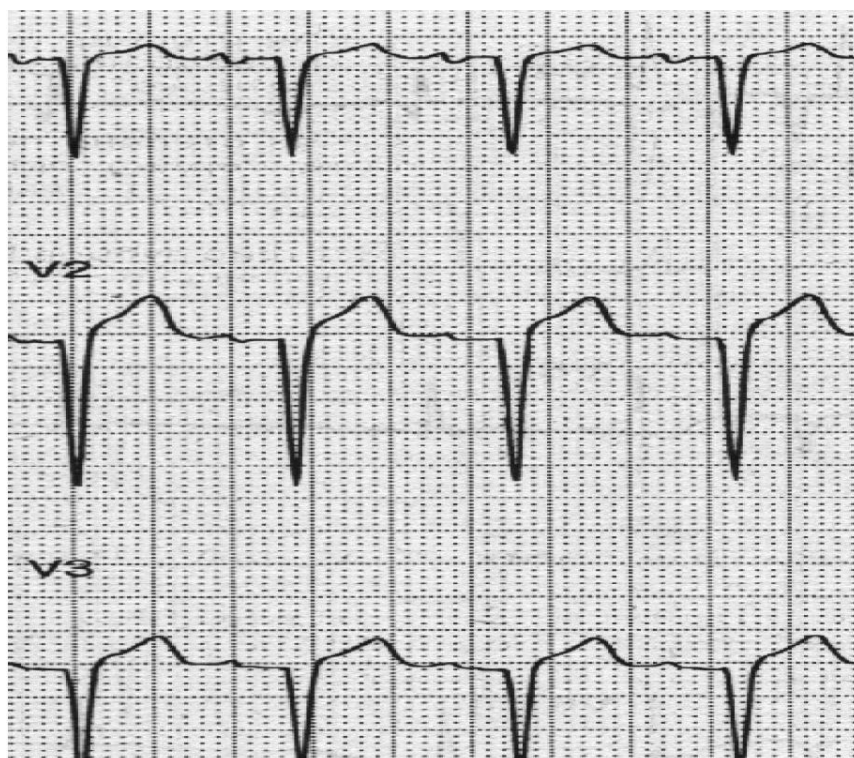
Рисунок №11 к задаче №14.



Задача 15. Больной 53 лет жалуется на внезапно появившуюся боль за грудиной, не стихающую после приёма нитроглицерина. Объективно: выраженная одышка, кашель с мокротой, окрашенной кровью. Ортопноэ. Кожные покровы холодные, цианотичные, влажные на ощупь. В лёгких с обеих сторон влажные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца глухие, шумов нет. На верхушке выслушивается III сердечный тон, шумов нет. АД- 80/60 мм рт.ст. Пульс ритмичный, 120 уд/мин. Печень не увеличена. Отмечается олигурия. ЦВД – 0 мм.рт. ст. Записана ЭКГ (рисунок 12) .

1. Ваш диагноз основного заболевания и осложнения? Какие характеристики основного заболевания повышают риск развития данного осложнения?
2. Объясните механизм олигурии.
3. Назначьте неотложное лечение.
4. Запланируйте терапию на ближайшие часы и дни.

Рисунок №12 к задаче №15.



Задача 16. Больной 63 лет находится в клинике по поводу острого инфаркта миокарда. На 12-й день заболевания у него развился приступ удушья, появилась и нарастает одышка, в лёгких на фоне жёсткого дыхания выслушивается большое количество влажных разнокалиберных хрипов. Пульс – 104 уд/мин. АД - 100/60 мм рт. ст. Над областью верхушки сердца выслушивается грубый систолический шум, распространяющийся в подмышечную область.

1. Какие изменения в состоянии больного произошли на 12-е сутки инфаркта миокарда?
2. Чем они обусловлены?
3. Тактика терапевтического и хирургического лечения данного больного.

Задача 17. Больной 55 лет, с длительной гипертонической болезнью в анамнезе, находится в клинике в связи с передним распространенным инфарктом миокарда, развившимся в период очередного повышения АД до 200/100 мм рт.ст.

При осмотре состояние средней тяжести. Акроцианоз губ. В лёгких патологии нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент II тона на аорте. ЧСС - 96 уд/мин. АД - 200/100 мм рт.ст. Печень не увеличена. На 2-е сутки заболевания вновь развился затяжной ангинозный приступ боли в области сердца, в тот же день появился грубый систолический шум слева от грудины в IV межреберье. Увеличились размеры печени. При нарастающих явлениях острой недостаточности кровообращения больной скончался.

1. Какие изменения произошли в состоянии больного на 2-е сутки?
2. Чем они обусловлены?
3. Каков прогноз при данном осложнении? Возможны ли другие исходы?

Задача 18. У больного 61 года, находящегося в клинике по поводу трансмурального переднего распространённого инфаркта миокарда, на 4-й неделе заболевания после выписки из стационара появились давящие боли в сердце, усиливающиеся при дыхании, одышка, боли в плечевых и правом голеностопном суставах, температура тела повысилась до 38°C .

При осмотре: жёсткое дыхание и сухие влажные звонкие хрипы в лёгких справа под лопаткой. Над сердцем в области абсолютной тупости стал выслушиваться шум трения перикарда, который сохранялся в течение 2-3 дней. В крови: лейкоцитов $17,2 \times 10^9/\text{л}$, п-12%, э-8%, СОЭ- 32 мм/час.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Укажите причины данного осложнения и причину кратковременности симптома шума трения перикарда.
3. Назначьте лечение.

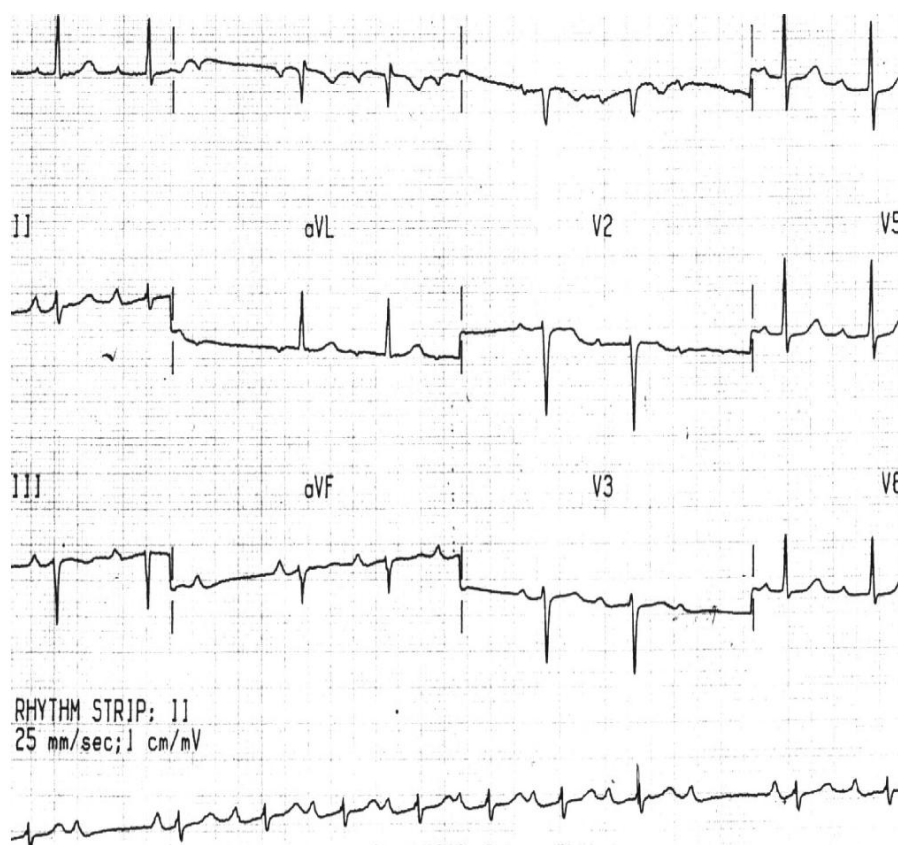
Задача 19. Больной 65 лет поступил в клинику с жалобами на редкий пульс, частые перебои, ощущение замирания и остановки сердца, одышку, слабые боли за грудиной при физической нагрузке, временные эпизоды потери сознания. Четыре года назад он перенес инфаркт миокарда. В течение двух последних лет отмечает перебои в ритме работе сердца, кратковременные приступы потери сознания. Неделю назад эти приступы участились, появилась одышка, что и явилось причиной госпитализации.

Объективно: цианоз губ, пастозность голеней. В нижних отделах лёгких небольшое количество влажных хрипов. Тоны сердца глухие. Пульс аритмичный 38 уд/мин, без дефицита. Печень на 2 см ниже реберной дуги.

Клинический и биохимический анализы крови без отклонений.

1. Дайте заключение по ЭКГ (рисунок 13).
2. Определите диагноз и осложнения основного заболевания.
3. Сделайте перечень неотложных мероприятий при указанном в задаче приступе потери сознания.
4. Тактика дальнейшего лечения данного больного.
5. Основные показания к проведению хирургического лечения данного заболевания.
6. Виды хирургических вмешательств, применимых у данного больного.

Рисунок №13 к задаче №19.

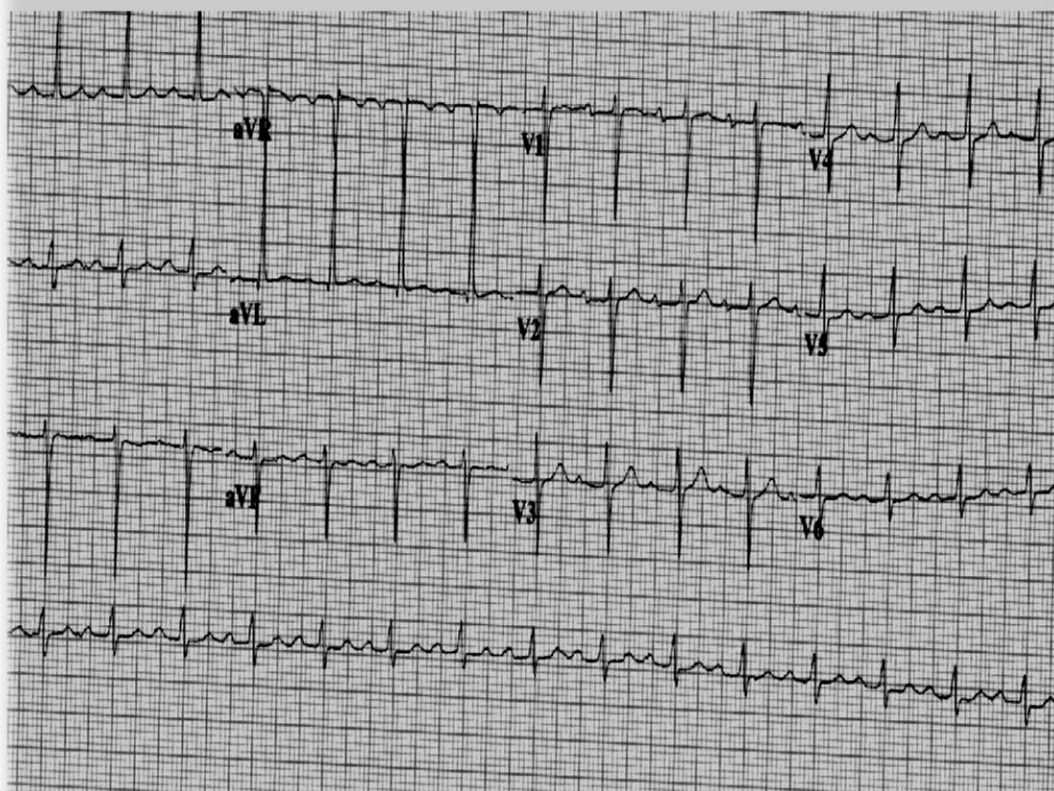


Задача 20. Больной 20 лет. Поступил в клинику с жалобами на головные боли, головокружение, тяжесть в голове, редко боли в области сердца. Вышеперечисленные жалобы появились 5 лет назад. Из анамнеза выяснено, что в прошлом часто болел ангиной и гриппом. Ревматизма и туберкулёза не отмечает. Объективно:

больной бледен, в области грудной клетки (межрёберные промежутки) видны расположенные поверхностно расширенные сосуды. Сердце увеличено влево. Аускультативно выслушивается систолический шум над аортой в I и II межреберьях слева от грудины, распространяющийся в межлопаточное пространство. АД на руках 220/120 мм рт. ст., на ногах - 80/50 мм рт. ст. Записана ЭКГ (рисунок 14).

1. Расшифруйте ЭКГ.
2. Назовите дополнительные методы исследования. Укажите характерные рентгенологические признаки данного заболевания.
3. Уточните особенности телосложения больных при данной патологии.
4. Определите тактику хирургического лечения данного заболевания.

Рисунок №14 к задаче №20.



Задача 21. Больная 30 лет поступила в клинику с жалобами на небольшую головную боль, повышенную общую возбудимость, беспокойство, суетливость, прерывистый сон, потливость, слабость, сердцебиение. Объективно: лицо гиперемированное, кожа эластичная, влажная. Питание - пониженное. Положительные симптомы Кохера, Мебиуса, тремор рук. Систолический шум на верхушке и в точке выслушивания лёгочной артерии, пульс аритмичен, 110 уд/мин. АД - 170/40 мм рт.ст. По данным ЭКГ: левограмма, увеличение зубцов Т, отсутствие зубцов Р, комплексы QRS на различных расстояниях друг от друга. Кровь: Hb – 90 г/л, эр.- $3,7 \cdot 10^{12}/л$, Л – $4,0 \cdot 10^9/л$, СОЭ - 30 мм в час. Э -3, п - 3, с- 42, л - 45, м - 7.

1. Назовите диагноз.
2. Опишите патогенез и характер поражения сердечно-сосудистой системы при данном заболевании.
3. Назначьте лечение.

Задача 22. Больная 22 лет жалуется на головные боли, шум в ушах, иногда повышение температуры. Больна два года, после родов стали появляться головные боли, иногда повышалась температура, отмечала общую слабость. Врачи находят повышение артериального давления. Объективно: больная бледная, отмечается небольшая пастозность век. В лёгких изменений нет. Сердце - небольшое увеличение влево, нежный систолический шум на верхушке, акцент II тона на аорте. АД - 180/100 мм рт. ст. Симптом поколачивания отрицательный. Анализ крови: Hb – 100 г/л, эр.- $3,5 \cdot 10^{12}/л$, Л – $10,0 \cdot 10^9$, СОЭ - 25 мм в час. Э -1, п - 10, с- 70, л - 13, м - 6. Анализ мочи: уд.вес - 1016, белок – 1%, сахара нет, лейкоциты - 30-50 в поле зрения, эритроц. - 1-2 в поле зрения.

1. Назначьте дополнительные методы исследования.
2. Выделите ведущий синдром и проведите дифференциальную диагностику.
3. Опишите механизм формирования симптоматической артериальной гипертензии при данной патологии.
4. Назначьте лечение.

Задача 23. Больная 35 лет жалуется на головную боль. Объективно: больная тучная. Жир расположен главным образом на лице, шее, туловище. На коже рук, груди и бедрах имеются красноватые полосы. Сердце увеличено влево, сердечные тоны чистые. АД - 180/110 мм рт. ст. Анализ мочи: уд. вес 1020, следы белка, в осадке - единичные эритроциты и лейкоциты. Количество 17-оксикетостероидов и 17-кетостероидов в моче увеличено. Рентгенологически отмечается увеличение надпочечников.

1. Назначьте дополнительные методы исследования.
2. Выделите ведущий синдром и проведите дифференциальную диагностику.
3. Механизм повышения артериального давления при данной патологии.
4. Назначьте лечение.

Задача 24. Больной 40 лет поступил в клинику с жалобами на периодические боли в затылочной области, сопровождающиеся чувством страха, беспокойством и парестезией в конечностях. Отмечаются потливость, тошнота, рвота, повышение температуры до $37,5^{\circ}\text{C}$. Такое состояние продолжается несколько часов, затем внезапно заканчивается. Впервые подобные приступы появились около 10 лет назад. Объективно: АД - 240/120 мм рт ст. Пульс 120 уд/мин. Больной бледен, повышенная потливость, имеется ознобоподобное состояние, блеск глаз, расширение зрачков. Со стороны сердца: небольшое увеличение влево, тоны глухие, ритмичные, тахикардия, акцент II тона на аорте. Анализ крови: глюкоза – 7,1 ммоль/л, лейкоциты – $3,2 \cdot 10^9$. Анализ мочи: уд. вес - 1015, белок - следы, единичные эритроциты, следы сахара. Глазное дно: артериальные сосуды сужены, вены расширены.

1. Обоснуйте план дополнительных методов исследования.
2. Выделите ведущий синдром, проведите дифференциальную диагностику.
3. Определите тактику медикаментозного и хирургического лечения данного заболевания.

Задача 25. Больная 48 лет жалуется на приступы резкой мышечной слабости и периодически наступающие параличи, головную боль, шум в ушах. Объективно: кожные покровы бледные. В лёгких везикулярное дыхание. Левая граница сердца смещена на 2 см. Сердечные тоны ясные, акцент II тона на аорте. Пульс 60 ударов в минуту. АД 230/140 мм рт. ст. Содержание калия в крови - 2,8 ммоль/л. Записана ЭКГ (рисунок 15).

1. Расшифруйте ЭКГ.
2. Объясните патогенез повышения артериального давления.
3. Обоснуйте план дополнительных методов исследования.
4. Выделите ведущий синдром, проведите дифференциальную диагностику.
5. Назначьте лечение.

Рисунок №15 к задаче №25.



Задача 26. У больного В. 37 лет заболевание началось остро: появилась боль в горле, температура тела повысилась до 39°C . Через 4 дня боли в горле исчезли, но вскоре появились отёки на лице, одышка, общая слабость, головная боль, боль в пояснице. Объективно: лицо отёчное, бледное, отёки по всей поверхности тела, особенно выраженные на лице по утрам. АД - 160/100 мм рт.ст.. В моче: белка 1,5‰, уд. вес - 1025, в осадке эритроциты, покрывают всё поле зрения, единичные гиалиновые и зернистые цилиндры. Уд.вес мочи по пробе Зимницкого- 1012-1023. Диурез дневной -600 мл, ночной - 500 мл. Мочевина крови - 5,6 ммоль/л. Несмотря на лечение состояние прогрессивно ухудшается, отёки не уменьшаются. Через 6 месяцев СОЭ составило 55 мм в час. Уд. вес мочи по пробе Зимницкого стал равен 1010-1012 при нормальном диурезе. Мочевина крови - 30 ммоль/л. Через 7 месяцев выявлено резкое похудание, кожные покровы сухие, шелушащиеся, бледные, лицо одутловатое. Появились рвота, носовые кровотечения. АД - 170/120 мм рт. ст. Уд. вес мочи 1008-1005. Мочевина крови - 50 ммоль/л, креатинин - 1000 мкмоль/л. Больной погибает.

1. Ваш диагноз?
2. Ошибки в ведении больного.
3. Обоснуйте правильное лечение
4. Определить форму и течение основного заболевания.

Задача 27. Больной П. 49 лет поступил в терапевтическое отделение с жалобами на пастозность лица и ног, одышку при небольшой физической нагрузке, нарушение зрения, носовое кровотечение. В прошлом (в течение последних 7 лет) неоднократно лежал в стационаре с подобными жалобами. При обследовании сердца отмечены увеличение левой границы влево на 1 см кнаружи от среднеключичной линии, глухость I тона, систолический шум на верхушке, акцент II тона на лёгочной артерии. АД 160/100 мм рт. ст. Пульс 88 уд/мин. В анализе крови: умеренная анемия, креатинин - 300 мкмоль/л. При исследовании мочи - умеренная протеинурия, гематурия (10-20 выщелоченных эритроцитов в поле зрения), цилиндрурия, уд. вес - 1010-1013. На глазном дне: границы сосочков смыты, завуалированы, мелкие точечные кровоизлияния и белые очаги дегенерации равномерно распределены по всему дну глаза.

1. Назовите ведущий синдром, проведите дифференциальную диагностику.
2. Назначьте лечение.
3. Определите прогноз больного.

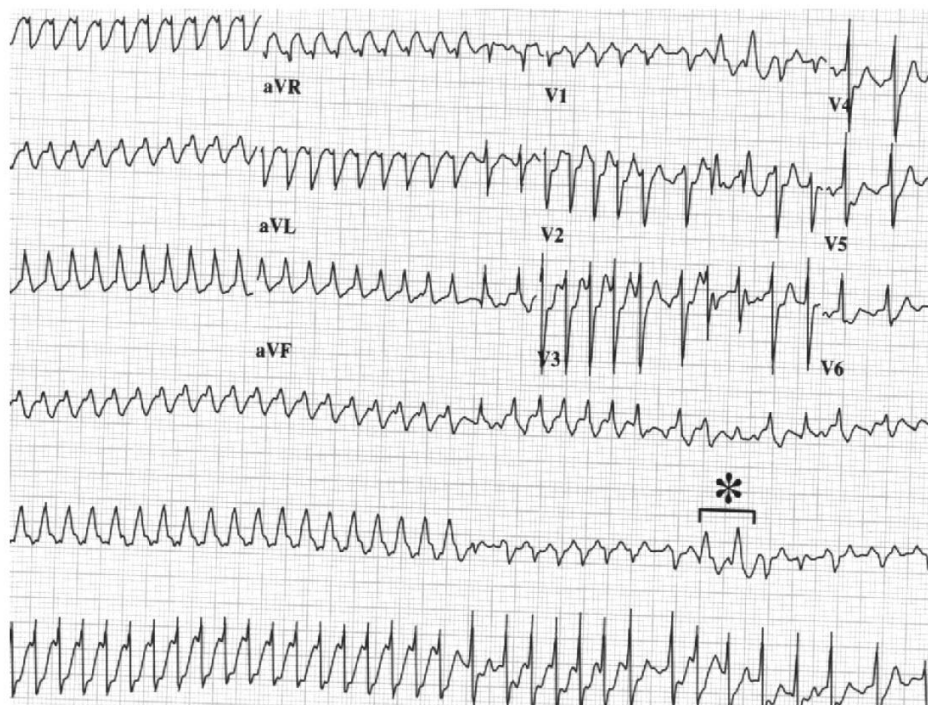
Задача 28. Больной П. 55 лет доставлен в клинику в коматозном состоянии. Со слов родственников болен много лет. В последнее время потерял аппетит, часто появляются тошнота, рвота и сонливость. В день госпитализации потерял сознание. Объективно: истощение, бледность. Язык сухой, запах мочевины изо рта. В лёгких - сухие хрипы. Сердце - систолический шум на верхушке, акцент II тона на аорте. АД 220/140 мм рт. ст. Кровь: Hb - 80 г/л, эр. $2,9 \cdot 10^{12}$, лейкоциты – $12 \cdot 10^9$. Моча: уд. вес - 1007, протеинурия, в осадке единичные эритроциты, зернистые цилиндры.

1. Укажите ведущие синдромы.
2. Проведите дифференциальную диагностику по одному из ведущих синдромов.
3. Назовите лечебные мероприятия.
4. Какой прогноз данного больного?

Задача 30. Больная К. 45 лет, около 15 лет назад перенесла полиартрит с высокой температурой, опуханием и покраснением коленных, локтевых и голеностопных суставов, отмечалась летучесть болей. В течение месяца лечилась аспирином. Через 5 лет появились одышка при ходьбе, сердцебиение; в последние 2 года - отёки голеней, «перебои» в работе сердца. Объективно: пониженное питание. Цианоз губ. ЧСС – 100-180 уд. в мин., Пульс - аритмичный, малый. Дефицит пульса – 40. АД 100/80 мм рт ст. Границы относительной тупости сердца смещены: левая - на 1 см влево от среднеключичной линии, верхняя - второе ребро, правая - по правому краю грудины. Аускультативно: мерцательная аритмия, тахисистолическая форма, I тон на верхушке хлопающий, II не изменен, здесь же пресистолический шум, акцент II тона на лёгочной артерии. В задненижних отделах лёгких в небольшом количестве влажные мелкопузырчатые хрипы. Печень по Курлову 14-11-9 см, пальпируется уплотнённый её край, слегка болезненный. Пастозность голеней и стоп. Лабораторные данные без патологии. Записана ЭКГ (рисунок 16).

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Дайте заключение по ЭКГ.
3. Назовите осложнения основного заболевания.
4. Определите тактику ведения данной больной, назовите препараты для медикаментозного лечения.

Рисунок №16 к задаче №30.



Задача 31. Больная 30 лет госпитализирована в клинику с жалобами на повышение температуры тела до 38-39⁰, озноб, потливость, сыпь на ногах, слабость в правой руке и ноге, одышку при передвижении

Шесть месяцев назад после экстракции зуба остро повысилась температура до 38,2⁰С, появилась слабость. Во время амбулаторного лечения больная принимала тетрациклин без эффекта. Спустя месяц произошло острое нарушение мозгового кровообращения с

правосторонним гемипарезом, по поводу чего лечилась в неврологическом стационаре. Отмечалась стойкая субфебрильная температура - больная в течение недели получала пенициллин по 2 млн ед/сутки. Слабость в правой руке и ноге постепенно уменьшилась, однако, недомогание сохранялось.

После выписки периодически появлялось познабливание по вечерам. Резко ухудшилось состояние 2 недели назад - появились лихорадка, озноб, мелкоточечные высыпания на ногах.

Состояние больной тяжёлое. Кожные покровы бледные, на голенях мелкоточечные геморрагические высыпания. Ногти в виде часовых стёкол. Температура 38,5⁰С. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, в области 2 межреберья справа от грудины ослаблен II тон. Здесь же выслушивается диастолический шум. ЧСС - 86 уд/мин, АД - 150/60 мм рт ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову: 9-8-7 см. В левом подреберье пальпируется увеличенная селезёнка.

Анализ крови: Hb - 96 г/л, лейкоциты - 9,8 10⁹, э - 0, п - 6, с - 72, , л - 18, м - 4, СОЭ - 34 мм/час.

Анализ мочи: уд. Вес - 1024, белок - 0,99 г/л, эр. - 10-12 в п/зр., лейкоц. - 8-10 в п/з.

Рентгенография грудной клетки: рентгенограмма представлена на рисунке 17.

По данным ЭКГ: электрическая ось сердца отклонена влево, признаки умеренно выраженной гипертрофии левого желудочка.

1. Сформулируйте вероятный диагноз.
2. Объясните механизм формирования острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК).
3. Выделите ведущие синдромы и проведите дифференциальную диагностику. Какие исследования целесообразно провести для уточнения диагноза?
4. Каковы факторы риска развития заболевания?
5. Определите тактику ведения больной и назначьте лечение.

Рисунок №17 к задаче №31.

