

## Задача 1

Больной А., 72 г., вызвал бригаду СМП в связи с остро возникшей в покое длительной болью в левой половине и чувством нехватки воздуха. В анамнезе ИБС, инфаркт миокарда 5 лет назад, постоянная форма мерцательной аритмии, много лет – одышка при физической нагрузке и отеки ног. При осмотре: состояние тяжелое. Лежит низко. Цианоз губ, над легкими сухие рассеянные хрипы, ЧДД 28 в 1 мин. ЧСС 120 в 1 мин, пульс 100 в 1 мин, аритмия, АД 100/70 мм рт.ст. Печень +6 см из под края реберной дуги, край при пальпации болезненный. Отеки голеней и стоп, более выраженные справа. На ЭКГ – мерцательная аритмия, крупноочаговые рубцовые изменения передней стенки левого желудочка, сегменты ST изоэлектричны, зубцы Т положительные.

Ваш предположительный диагноз?

Какие неотложные мероприятия следует провести?

Следует ли больного госпитализировать?

Если да, то в какое отделение стационара?

## Задача 2

Больной В., 45 лет, обратился за медицинской помощью в связи с появлением кровохарканья впервые в жизни. В анамнезе перелом правой голени около месяца назад, находился на вытяжении, хронический обструктивный бронхит. Около 4 дней назад отмечалось синкопе. Состояние средней тяжести. Цианоз губ. Над легкими в нижних отделах справа - ограниченное притупление легочного звука и фокус влажных мелкопузырчатых хрипов. ЧСС 90 в 1 мин, АД 90/60 мм рт.ст. Живот безболезненный при пальпации, печень не увеличена, отеков нет. На ЭКГ – синусовый ритм, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, отрицательный зубец Т в отведениях V1-V2.

Каков предполагаемый диагноз?

Какие неотложные мероприятия следует провести?

Какая тактика ведения больного предпочтительна?

Какие исследования позволят уточнить диагноз?

### Задача 3

Больная К., 44 года, вызвала бригаду СМП в связи с внезапным появлением кровохарканья и нарастанием одышки. Из анамнеза: около 3 лет страдает пароксизмальной формой мерцательной аритмии (последний пароксизм с самостоятельным восстановлением ритма несколько дней назад), постоянно принимает по этому поводу верапамил; хроническим обструктивным бронхитом. При осмотре: состояние тяжелое. Ожирение. Цианоз губ. Лежит низко, одышка в покое до 32 в 1 мин. Над легкими – жесткое дыхание, масса сухих рассеянных хрипов. ЧСС 100 в 1 мин, ритм правильный. АД 110/70- мм рт.ст. Живот увеличен за счет подкожной жировой клетчатки, печень не пальпируется, отеков нет. На ЭКГ – синусовый ритм, высокий заостренный зубец Р в отведениях II, III, aVF, глубокий зубец S в I отведении, глубокий зубец Q и отрицательный зубец Т в III отведении, подъем сегмента ST в III отведении.

Каков предполагаемый диагноз?

Какие неотложные мероприятия следует провести?

Следует ли больную госпитализировать?

Если да, то в какое отделение стационара?

Какие исследования позволят уточнить диагноз?

#### **Задача 4**

Больная И., 28 лет, вызвала бригаду СМП в связи с острым появлением одышки и тупой боли в грудной клетке около 1 часа назад. Какие-либо хронические заболевания в анамнезе отрицает, до сегодняшнего дня считала себя здоровой. Принимает оральные контрацептивы, регулярно наблюдается у гинеколога. При осмотре состояние тяжелое. Лежит низко, кожные покровы бледные, цианоз губ, одышка в покое до 32 в 1 мин. Определяются набухание и пульсация шейных вен, акцент и раздвоение II тона на легочной артерии. ЧСС 120 в 1 мин, ритм правильный, АД 90/60 мм рт.ст. Печень увеличена (+3 см из под края реберной дуги), край при пальпации заостренный, болезненный. Периферических отеков нет. НА ЭКГ – ритм синусовый, неполная блокада правой ножки пучка Гиса, отрицательный зубец Т в отведениях III aVF V1 V2.

Каков предполагаемый диагноз?

Какие неотложные мероприятия следует провести?

Следует ли больную госпитализировать?

Если да, то в какое отделение стационара?

Какие исследования позволят уточнить диагноз?

## ЗАДАЧА 5

Больной Ю., 52 лет, жалуется на одышку постоянного характера, обмороки при физической нагрузке, боль за грудиной и сердцебиение, отёки нижних конечностей.

Болен около 2х лет, когда постепенно появилась и стала нарастать одышка, появился цианоз, а вскоре и отёки нижних конечностей. Неоднократно лечился в стационаре. Был установлен диагноз ревматизма, митрального порока сердца. По поводу чего безуспешно лечился противоревматическими средствами. И за неуклонного прогрессирования сердечной недостаточности (отёки, увеличение печени) направлен на консультацию к кардиологу для решения вопроса о возможности хирургического лечения предполагаемого порока сердца.

Из анамнеза было выяснено, что год назад перенёс тромбофлебит правой голени.

При осмотре: состояние тяжёлое, диффузный цианоз лица, акроцианоз, набухание шейных вен, отёки голеней. Кожа голеней гиперпигментирована. Левая голень в объёме на 2 см. больше правой. Пульс 76 в 1 мин., ритмичный. АД 14,7/9,3 кПа (110/70 мм.рт.ст.). В области сердца нерезко выражена пульсация конуса лёгочной артерии. Границы сердца смещены влево и вправо на 2,5 см. 1 тон над верхушкой ослаблен, систолический и продолжительный протодиастолический ритм галопа, акцент 2 тона над лёгочной артерией. Печень выступает из-под реберной дуги на 6 см. В лёгких ослабленное везикулярное дыхание справа.

Данные ЭКГ: признаки гипертрофии и систолической перегрузки правого желудочка, R-pulmonale, ритм синусовый.

Результаты рентгеноскопии: Лёгочные поля прозрачны, увеличены правые отделы сердца, конус лёгочной артерии, расширена правая ветвь лёгочной артерии.

Билирубин крови – 48 ммоль/л., хирург обнаружил хрон. тромбофлебит глубоких вен голени.

### ВОПРОСЫ

1. Ваш диагноз?
2. Каково происхождение диастолического шума?
3. Как исключить митральный стеноз?
4. Ваша врачебная тактика?

## ЗАДАЧА 6

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

Предварительный диагноз, обоснование, план обследования и лечения.