

Задача №1.

Мужчина 56 лет находящийся на лечении в ревматологическом отделении, внезапно потерял сознание. Известно, что у него хроническая фибрилляция предсердий, получает гликозиды. После реанимационных мероприятий пришел в сознание. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 28 в минуту. АД 80/60 мм рт ст. На ЭКГ: фибрилляция предсердий, интервалы R-R равны.

Какая причина потери сознания? Назовите по автору этот синдром.

Что привело к такой брадиаритмии?

Назначьте лечение этой брадиаритмии.

Задача №2.

Больной Р. 56 лет, поступил в отделение реанимации кардиоцентра с купированным болевым синдромом за грудиной. Жалуется на слабость, одышку в покое. На ЭКГ кардиобригады в отведениях I, aVL, V1-V6, регистрируется подъем ST с (+)зубцом Т. Вскоре после поступления больной потерял сознание. Начат наружный массаж сердца, искусственное дыхание аппаратом Амбу. Длительность потери сознания 15 секунд. После потери сознания регистрируются широкие QRS с частотой 25 в минуту, частота зубцов Р 100 в минуту.

Назовите локализацию инфаркта миокарда?

Какое осложнение инфаркта миокарда у пациента?

Чем обусловлена потеря сознания?

Лечение осложнения инфаркта миокарда?

Задача №5.

Пациент 48 лет госпитализирован в кардиоцентр с диагнозом инфаркт миокарда. Время от начала болей 2 часа. На момент поступления болевой синдром не купирован. По ЭКГ: ритм синусовый. ЧСС 88 в мин. В отведениях I, aVL, V1-V6, регистрируется подъем ST с (+) зубцом Т. Пациенту проведен системный тромболизис актилизе. Через час после введения актилизе пациент внезапно потерял сознание. АД и пульс не определяются.

Какая наиболее вероятная причина клинической смерти у данного больного?

Как можно оценить эффективность проводимой тромболитической терапии?

Составьте алгоритм действий врача?

Задача №7.

Больная 56 лет находится на лечении в ревматологическом отделении с диагнозом: Хроническая ревматическая болезнь сердца. Комбинированный митральный порок с преобладанием стеноза. Хроническая фибрилляция предсердий. Сердечная недостаточность IIБ стадии, III ф.кл. Причиной госпитализации послужила нарастающая сердечная недостаточность (одышка при малейшей физической нагрузке, отеки ног). В стационаре получает ИАПФ (эналаприл 2,5 мг/сут), диуретики (торасемид 10 мг/сут), сердечные гликозиды (дигоксин 0,25 мг/сут), дезагреганты (аспирин 100 мг/сут). На фоне терапии состояние значительно улучшилось: отеков ног нет, одышки при ходьбе по отделению обычным темпом нет. На десятый день пребывания в стационаре пациентка внезапно потеряла сознание. АД и пульс не определяются.

Какая наиболее вероятная причина клинической смерти у данного больного?

Оцените проводимую терапию?

Составьте алгоритм действий врача?

Задача №8.

Пациент 43 лет госпитализирован в стационар по поводу нарушения ритма. Ранее заболевания сердца не было. По ЭКГ: ритм - фибрилляция предсердий, ЧСЖ ≈ 140 в мин. Давность пароксизма менее суток. Для восстановления ритма пациенту был назначен кордарон (амиодарон) в насыщающей дозировке 1,2 г/сут (6 таблеток) в первый день, затем по 3 таблетки в сутки. По ЭКГ через 3 дня: ритм – фибрилляция предсердий, ЧСЖ $\approx 75-80$ в мин. В этот день пациент внезапно потерял сознание. АД и пульс не определяются.

Какая наиболее вероятная причина клинической смерти у данного больного?

Оцените назначенную антиаритмическую терапию?

Составьте алгоритм действий врача?

Задача №9.

Больная 54 лет, с длительным гипертоническим анамнезом экстренно госпитализирована в стационар с диагнозом: Пароксизм желудочковой тахикардии. При поступлении: Кожные покровы бледные, влажные. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 160 в мин. Пульс слабого наполнения. АД 60/40 мм.рт.ст. Для восстановления ритма пациентке была проведена дефибрилляция (200 Дж). После первого разряда по ЭКГ: фибрилляция желудочков.

Какая причина появления фибрилляции желудочков у данной больной?

Какие ошибки были допущены?

Составьте алгоритм дальнейших действий врача?

Задача №10.

Пациент 66 лет госпитализирован в кардиоцентр с диагнозом инфаркт миокарда. Время от начала симптомов инфаркта миокарда 10 часов. По ЭКГ при поступлении: ритм синусовый. ЧСС 48 в мин. В отведениях II, III, aVF регистрируется подъем ST с (+) зубцом Т, патологический Q в III, aVF. Через час пребывания в стационаре потерял сознание. АД и тоны сердца не определяются. По ЭКГ – редкий идиовентрикулярный ритм с частотой 15 в мин.

Определите локализацию и глубину инфаркта миокарда?

Какое осложнение развилось у больного?

Какова его причина?

Составьте алгоритм дальнейших действий врача?

ЗАДАЧА № 11.

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 115/60 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 - 90/40 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?

Задача №12.

У больного 60 лет с острым инфарктом миокарда и хронической фибрилляцией предсердий на ЭКГ в отведениях II, III, aVF регистрируется подъем ST с (+)T, интервалы RR равны, частота желудочковых сокращений – 40 в минуту, сохраняется фибрилляция предсердий, QRS – 0,10 секунд.

Укажите локализацию инфаркта миокарда?

Какое осложнение инфаркта миокарда возникло у больного?

Задача №13.

У пациента П., 38 лет с синкопальными состояниями в анамнезе на ЭКГ регистрируется полная блокада ПНПГ с куполообразным подъемом сегмента ST и отрицательным T в отведениях V1 и V2. При суточном мониторинге регистрируются полиморфные желудочковые экстрасистолы.

Назовите синдром, имеющийся у пациента?

Какова вероятная причина синкопальных состояний?

Лечебная тактика?

Задача №14.

Пациент Л., 59 лет госпитализирован в кардиоцентр в связи с кратковременной потерей сознания. При обследовании на ЭКГ регистрируется синусовая брадикардия с частотой 40 в минуту, но при длительной записи ЭКГ периодически регистрируются интервалы R-R в два, а иногда в три раза короче длинных интервалов R-R. Другой патологии у пациента не выявлено.

Что за синкопальное состояние у больного.

Какова причина синкопе.

Чем обусловлена брадикардия.

Лечебная тактика?

Задача №15.

Больной Г., 56 лет, находящийся на лечении в ревматологическом отделении, внезапно потерял сознание. Известно, что у него хроническая фибрилляция предсердий, получает гликозиды. После реанимационных мероприятий пришел в сознание. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 28 в минуту. АД 80/60 мм рт.ст. На ЭКГ: фибрилляция предсердий, интервалы R-R равны.

Укажите причину потери сознания?

Что привело к такой брадиаритмии?

Лечебная тактика?

Задача №16.

Больная Р., 58 лет, страдает артериальной гипертонией, ст. 2, риск 3. Несколько недель тому назад появились пароксизмы фибрилляции предсердий. Назначен кордарон 200мг 2 раза в день. После этого появились кратковременные обморочные состояния, головокружение. На ЭКГ короткие пароксизмы мерцания предсердий. Сразу после прекращения пароксизмов синусовые паузы 2-3 секунды.

Сформулируйте диагноз?

Назначьте обследование?

Лечебная тактика?

ЗАДАЧА №17.

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

Предварительный диагноз, план обследования и лечения.