

Задача №1.

Мужчина 52 лет, внезапно почувствовал слабость, головокружение, частое сердцебиение, появилась одышка. При объективном осмотре: пульс около 160 в минуту, АД 90/50 мм.рт.мт., в нижних отделах легких – масса влажных хрипов. По ЭКГ: зубцы Р не визуализируются, интервалы R-R различные, комплексы QRS расширены до 0,12.

Ваш диагноз и почему?

С какими состояниями необходимо дифференцировать?

Какова тактика лечения больного?

Задача №2.

Больная 48 лет. В анамнезе с молодости ревматизм, сложный митральный порок сердца с преобладанием стеноза. Последние две недели появилась одышка, заметила появление отеков на стопах. Обратилась в поликлинику, где после осмотра и записи ЭКГ диагностирована фибрилляция предсердий. Давность возникновения аритмии указать не может. Больная направлена в стационар. При поступлении ЭКГ: ритм – фибрилляция предсердий, ЧСЖ 90-120 в минуту. По Эхо-КГ ЛП 5,8см, стеноз и недостаточность митрального клапана.

Какова будет Ваша тактика?

Задача №3.

Мужчина 48 лет, после злоупотребления алкоголем в течение 2 дней почувствовал перебои в работе сердца, слабость, утомляемость, одышку при ходьбе. При объективном осмотре: пульс около 120 в минуту, АД 120/70 мм.рт.мт. По ЭКГ: зубцы Р не визуализируются, интервалы R-R различные, комплексы QRS не расширены.

Ваш диагноз?

Причина заболевания?

Какое необходимо дообследование?

Какова тактика лечения больного?

Задача №4.

Больная 52 лет. В анамнезе частые (3-5 раз в год) пароксизмы фибрилляции предсердий, проводимое лечение кордароном неэффективно. При осмотре: астеник, кожные покровы сухие, глаза блестят, при разговоре активно жестикулирует, эмоционально неуравновешенна. Объективно: положительные симптомы экзофтальма, ЧСС 98 в минуту, АД 140/70 мм.рт.ст.. ЭКГ: синусовая тахикардия. Эхо-КГ: патологии не выявлено.

Какова ваша тактика?

Почему неэффективно проводимое лечение?

План обследования?

Задача №5.

У больного Н, 55 лет, внезапно возник приступ сердцебиения (170 в минуту), который врач купировал массажем каротидного синуса.

Чем мог быть обусловлен приступ сердцебиения?

Какие еще вагусные пробы Вы знаете?

Задача №6.

Больная П., 56 лет, на 2й день ОИМ внезапно потеряла сознание, покрылась холодным потом. Кожа бледная, холодная. Тоны сердца глухие, ритмичные. Пульс 170, АД 80/50. По ЭКГ: широкие желудочковые комплексы несинусовой формы.

Какое осложнение после перенесенного ОИМ возникло у больной?

Ваша тактика?

Задача №7.

Больная О., 45 лет обратилась с жалобами на сердцебиение, головокружение, общую слабость. Приступ сердцебиения возник впервые, около 2 часов назад, после физической нагрузки. Объективно: состояние больной средней степени тяжести. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 170 в минуту, ритмичный. АД-120/70мм. Мочеиспускание частое. На ЭКГ – ритм правильный 170 в минуту, зубец Р не определяется. Желудочковый комплекс не изменен.

Какой вид тахикардии?

С чего начать купирование приступа?

Какова медикаментозная терапия данного нарушения ритма?

Задача №8.

У больного Н., 67л., с диагнозом ИБС: постинфарктный кардиосклероз, стенокардия II ф.к., аневризма левого желудочка, развилась пароксизмальная желудочковая тахикардия.

Какова причина нарушения ритма?

Какие лекарственные препараты Вы предложите для профилактики данной аритмии?

Задача №9.

Больной В., 54 года, предъявляет жалобы на приступы ритмичного сердцебиения. В течение последних 3 месяцев приступы тахикардии участились. Обратился к врачу с просьбой назначить препараты для профилактики приступов.

Какие исследования помогут в уточнении вида аритмии?

Задача №10.

Больной К., 38 лет с жалобами на периодические приступы слабости, головокружения, кратковременные потери сознания. На ЭКГ на фоне регулярного синусового ритма с ЧСС 70 в минуту регистрируется положительная Δ -волна в III V1, (-) в I, V6.

С чем связаны жалобы больного?

Задача №11.

Больной 69 лет, около 10 лет отмечает редкие боли за грудиной при интенсивной работе на садовом участке, быстро проходящие в покое, иногда перебои в работе сердца. Последние две недели перебои в работе сердца стали постоянными, появилась одышка при ходьбе. При осмотре кожные покровы без особенностей, в лёгких хрипов нет, ЧДД- 17 в минуту, перкуторные границы сердца расширены влево на 1 см, тоны сердца аритмичны с ЧСС – около 94 в минуту, пульс – 80 в минуту, АД – 130/70 мм рт. ст. По ЭКГ: зубцы Р не регистрируются, вместо них выявляются частые полиморфные мелкие волны, интервалы R-R не постоянны.

Вопросы:

Сформулируйте диагноз.

План обследования.

План лечения.

Задача №12.

Больная Г., 44 лет. В течение 20 лет диагностируется синдром ВПУ с пароксизмами ортодромной АВ-тахикардии. Раньше приступы были редкие, хорошо купировались вагусными приемами или кордароном. Последние 5 лет приступы участились. Для профилактики приступов тахикардии больной был назначен кордарон, который она принимает постоянно более 4 лет. В течение 2 месяцев отмечает сердцебиение, короткие приступы тахикардии, потливость, тремор рук, быструю смену настроения, похудела на 5 кг. Кордарон для купирования неэффективен.

Вопросы:

Какое осложнение развилось у больной?

Какие исследования необходимо провести для подтверждения?

Какой метод лечения порекомендовать больной?

Задача №13.

Больная М., 48 лет., поступила в кардиологическое отделение с жалобами на сердцебиение, одышку при незначительной физической нагрузке, похудение, отеки нижних конечностей. Болеет уже на протяжении 6-ти месяцев. При объективном обследовании: небольшой экзофтальм, тремор рук, отеки нижних конечностей. В легких – везикулярное дыхание. Пульс аритмичный, до 100-110 уд. за мин., АД – 140/70 мм рт. ст. Левая граница сердца по левой средне-ключичной линии, I-й тон на верхушке громкий, над другими точками тоны ослабленные, над всеми точками систолический короткий шум, тоны аритмичные, ЧСС до 120-130 уд. за мин. Живот мягкий, печень выступает на 2-3 см ниже реберной дуги. Пальпируется увеличенная щитовидная железа. На ЭКГ – ритм неправильный, зубец Р отсутствует, в V1-V2 регистрируются волны фибрилляции.

Ваш диагноз? Какие методы исследования необходимые для подтверждения диагноза? Лечение.

ЗАДАЧА №14

Больной З., 27 лет, жалуется на приступы сердцебиения, возникающие как в покое, так и при нагрузке, длящиеся до 3-4 часов, купируются спонтанно, либо задержкой дыхания.

Из анамнеза болезни: 1-й приступ сердцебиения возник в детстве, после бега. Повторно сердцебиения стали возникать с 19 лет, повторялись 1-2 раза в год. Последние полгода частота приступов возросла до 3-4 раз в неделю, длительность увеличилась до 4 часов, перестали купироваться задержкой дыхания. Последний приступ развился 2,5 часа назад.

Из анамнеза жизни: у сестры сердцебиения.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, периферические лимфоузлы и щитовидная железа не увеличены. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин, тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение в норме, ЧСС=PS=160 в мин. АД 100/70 мм Hg. Осмотр желудочно-кишечного тракта без особенностей.

Лабораторные данные: ОАК без патологии. Биохимический анализ крови: АСТ - 24 ЕД/л, холестерин - 4,7 ммоль/л, триглицериды - 1,8 ммоль/л. Коагулограмма: фибриноген - 2,99 г/л, протромбин 109%, АЧТВ 37,6 сек.

ЭхоКС: Аорта и клапаны не изменены. ЛП-34, ЛЖ-46 мм, МЖП=ЗСЛЖ=9мм, ФВЛЖ-65 % ММЛЖ 156г По доплеру: на аорт. клапане кровотоков не изменен, на митр. клапане регургит.+ , на трехстворч. клапане кровотоков не изменен. СистДЛА 20 мм Hg.

На ранее зарегистрированной ЭКГ: синусовый ритм ЧСС 68 в мин., укороченный PQ, уширенный комплекс QRS, с подъемом восходящего колена.

По данным ЭФИ: индуцирован пароксизм тахикардии с узкими комплексами QRS, величина RP > 100 мс.

Вопросы:

- Выделите основные синдромы, интерпретируйте данные ЭКГ.
- Предварительный диагноз
- План обследования, ожидаемые результаты
- Лечение при приступе тахикардии и тактика ведения больного в межприступный период
- Прогноз, диспансеризация, МСЭ

ЗАДАЧА №15

Больная К., 60 лет, предъявляет жалобы на сердцебиения, возникающие при физической нагрузке, одышку при ходьбе, отеки ног к вечеру.

Из анамнеза заболевания: больной себя считает в течение 5 лет, когда впервые стали появляться сердцебиения, повышенное АД около 15 лет, максимальное АД 160/100 мм.рт.ст, сопровождается головными болями в затылочной области. Гипотензивные препараты принимает нерегулярно. В течение последних 5 лет отмечает перебои в работе сердца.

Из анамнеза жизни: отец умер от ОНМК в 57 лет.

Объективно: состояние удовлетворительное. Рост 160 см, масса - 90 кг. Подкожная жировая клетчатка развита избыточно. Пульс=ЧСС=80 в мин, АД 160/100 мм.рт.ст. Границы сердца: правая - 1 см кнаружи от правого края грудины в 4 м/р, верхняя - в 3 м/р, левая по левой СКЛ в 5 м/р. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, в области верхушки систолический шум с проведением до передней подмышечной линии. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень 9-8-7 см. Пастозность голеней.

Обследование:

Б/Х: общий холестерин - 7,0 ммоль/л, ТГ - 2,0 ммоль/л

ОАМ: плотность - 1020, белок - 0,033, лейкоциты - 2-3 в п/зр.

ЭКГ: синусовый ритм ЧСС 80 в мин., гипертрофия ЛП, ЛЖ.

ЭхоКС: аорта уплотнена. АК створки умеренно уплотнены в основании, раскрытие достаточное МК, ТК не изменены. ЛП - 45, ЛЖ - 57, МЖП - 12, ЗСЛЖ - 12, ММЛЖ - 248 г, ИММЛЖ - 154 г/м², ФВлж - 51%, индекс сферичности ЛЖ - 0,65, КДОлж - 184 мл, ИКДОлж - 108 (N - 85 мл). Правые отделы не расширены. По доплеру: на АК и МК кровотоков не изменен, на МК регургитация (++), E/A - 0,9, ВИВРЛЖ - 88 мс.

Консультация окулиста: на глазном дне вены расширены, извиты, артерии несколько сужены.

1. Выделите синдромы, интерпретируйте данные ЭхоКС.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Дополнительные методы обследования и ожидаемые результаты.
4. Лечение.
5. Прогноз.

ЗАДАЧА №16

Больной З., 54х лет, жалуется на приступы сердцебиения, возникающие как в покое, так и при нагрузке, длящиеся до 12 часов, купируются самостоятельно.

Из анамнеза болезни: 1-ый приступ сердцебиения возник после эмоционального напряжения. Повторно приступы сердцебиения стали возникать с 50 лет, повторялись 1-2 раза за 6 мес. Последние полгода частота приступов возросла до 2 раз в мес., длительность увеличилась до 12 часов, задержкой дыхания приступы не купируются. Последний приступ развился 4 часа назад.

Из анамнеза жизни: у матери артериальная гипертония.

Объективно: состояние ср. тяжести, сознание ясное, периферические лимфоузлы и щитовидная железа не увеличены. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в 1 мин., тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение в норме, ЧСС=PS=150 в мин. АД 110/70 мм Hg. ЖКТ без особенностей.

Лабораторно: ОАК без патологии.

БАК: АСТ - 27 ЕД/л, холестерин - 4,2 ммоль/л, триглицериды - 1,8 ммоль/л

Коагулограмма: фибриноген - 2,99 г/л, протромбин 119%, МНО - 1,0

ЭхоКС: Аорта и клапаны не изменены. ЛП-40, ЛЖ-46 мм, МЖП=ЗСЛЖ=9мм, ФВЛЖ-72 %, ММЛЖ 156г По доплеру: на аорт клапане кровотоков не изменен, на митр клапане регургит.+, Е/А-1,8, ВИВРЛЖ 60 мс., на трехстворч. клапане кровотоков не изменен. СистДЛА 20 мм Hg.

ЭКГ: несинусовый ритм с частотой сокращений желудочков 150 в мин., волны F. По данным ЧПЭКГ: частота ритма предсердий 300 в мин.

Вопросы:

1. Выделите основные синдромы, интерпретируйте данные ЭКГ.
2. Предварительный диагноз.
3. План обследования, ожидаемые результаты.
4. Лечение при приступе тахикардии и тактика ведения больного в межприступный период.
5. Прогноз, диспансеризация, МСЭ.

ЗАДАЧА №17

Больной А. 52 года, поступил в клинику в 14 часов с жалобами на боли за грудиной. Заболел остро: на работе в 12 ч внезапно у больного появилось чувство сжатия и боли за грудиной, а затем сердцебиение. Вызвана бригада «скорой помощи». После внутривенного вливания боль несколько уменьшилась, но состояние не улучшилось. Больной доставлен в стационар.

При осмотре: состояние тяжелое, кожные бледные, губы слегка цианотичные, конечности холодные. Тоны сердца глухие, ритмичные. Пульс 180 в минуту, слабый. АД 85/60 мм рт.ст. Данные ЭКГ: пароксизмальная желудочковая тахикардия.

Предварительный диагноз, лечение, план обследования.

ЗАДАЧА №18.

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?