

ЗАДАЧА 2

Студент С., 20 лет, жалоб не предъявляет. Во время диспансерного обследования у него обнаружен систолический шум во II м/р у правого края грудины, хорошо проводящийся на сонную артерию. На верхушке сердца так же выслушивается слабый систолический шум. II тон сердца над аортой ослаблен. I тон на верхушке громче II тона. Верхушечный толчок несколько усилен, пальпируется в V м/р на 1 см. кнаружи от среднеключичной линии.

Ваш предварительный диагноз.

Из приведенных методов исследования выберите 2 наиболее информативных для обоснования вашего диагноза.

Выберите 4 признака органического шума выраженного аортального стеноза.

Ответ на задачу 2:

Аортальный стеноз

Эхокардиография, фонокардиография.

Максимальная громкость во II м/р справа от грудины, проводится на сонную артерию, ромбовидная форма шума, высокочастотный шум.

ЗАДАЧА 3

Школьник Н., 8 лет, часто страдает простудными заболеваниями, хроническим тонзиллитом. Год назад перенес «свинку». Физическое развитие соответствует возрасту. При профосмотре у него обнаружен систолический шум во II м/р у левого края грудины. Во время выдоха шум несколько усиливается, в положении сидя исчезает. В прекардиальной области выслушивается трехчленный ритм. Форма и размеры сердца не изменены. При исследовании пульса выявлена дыхательная аритмия. АД 90/60 мм.рт.ст. На ФКГ обнаружено расщепление II тона, расстояние между компонентами тона неодинаковое в различных циклах. Шум мезосистолический среднечастотный, имеет веретенообразную форму. Патологии со стороны других органов не выявлено.

Дайте заключение о характере шума.

Может ли у здоровых людей выслушиваться расщепление II тона?

Укажите 4 признака типичного невинного систолического пульмонального шума.

Ответ на задачу 3:

Невинный пульмональный шум.

Да.

Шум мезосистолический, шум среднечастотный, может оказаться непостоянным, не проводится на сонную артерию.

ЗАДАЧА 4

Школьник К., 15 лет, в физическом развитии от сверстников не отставал. Хорошо учился. Изредка болел респираторными заболеваниями. При профилактических осмотрах у него выслушивался систолический шум во II межреберье у левого края грудины. Сердечный ритм трехчленный. Пульс ритмичный, 82 удара в минуту, АД 100/70 мм.рт.ст. Форма и размеры сердца на рентгенограмме не изменены. На ЭхоКГ обнаружено небольшое увеличение правого предсердия. На ФКГ - расщепление II тона, расстояние между компонентами тона всегда одинаковое. Систолический шум над легочной артерией начинался от I тона, имел веретенообразную форму, фиксировался на средних частотах, заканчивался не доходя до II тона.

Решите, какой это шум - органический, функциональный или абсолютно невинный у здорового человека?

Решите, каким является расщепление II тона.

Поставьте предварительный диагноз.

Ответ на задачу 4

Функциональный шум на лёгочной артерии при увеличении массы крови или скорости кровотока.
Патологическим.
Дефект межпредсердной перегородки.

ЗАДАЧА 5

У 10-летнего ребенка, страдающего железодефицитной анемией, в I и II межреберье у края грудины выслушивается длительный «завывающий» шум. Такой же шум выслушивается на шее. Диастолический компонент шума несколько громче систолического. В положении на спине шум исчезает, в положении стоя - становится более длительным и громким. Сердце слегка расширено, на верхушке выслушивается громкий систолический шум. В прекардиальной области выслушивается трехчленный ритм. При задержке дыхания выслушиваются два тона сердца.

Назовите шум, выслушиваемый на основании сердца

Решите, каким является расщепление II тона.

Назовите причину систолического шума на верхушке сердца.

Ответ на задачу 5

Венный длительный "шум волчка".

Физиологическим.

Функциональный шум при анемии.

ЗАДАЧА 6

Больной К., 23 лет, в детстве часто болел ангинами. Пять лет назад проведена тонзилэктомия. В течение последнего года стал отмечать одышку при физической нагрузке. Во время обследования обнаружен грубый пансистолический шум на верхушке, проводящийся в левую подмышечную область. I тон на фоне шума выслушивается плохо. II тон над легочной артерией акцентирован. Верхушечный толчок пальпируется хорошо, несколько левее среднеключичной линии. Сердечный толчок не пальпируется. Со стороны других органов при клиническом исследовании больного существенной патологии не обнаружено.

Назовите ваш предварительный диагноз.

Выберите из предложенных шумов наиболее характерный для выраженной органической митральной недостаточности.

Какие изменения вы ожидаете получить при перкуссии сердца?

Ответ на задачу 6

Органическая митральная недостаточность.

Пансистолический высокочастотный шум на верхушке.

Смещение верхней и левой границ относительной тупости сердца.

ЗАДАЧА 8

Больная М, 16 лет, в течение 8 лет наблюдается ревматологом. Неоднократно болела ангиной. 4 года назад проведена тонзилэктомия. Последние 3 года отмечает постепенно нарастающую одышку при физической нагрузке, несколько раз возникало кровохарканье. При осмотре: на лице «митральная бабочка», умеренный акроцианоз. Прекардиальная область не изменена. Вдоль левого края грудины пальпируется сердечный толчок. На верхушке сердца пальпируется «кошачье мурлыканье». Пульс ритмичный, 86 ударов в минуту, АД 120/70 мм.рт.ст. Нижний край печени пальпируется на 1 см ниже края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Отеков нет.

О каком заболевании можно подумать?

Укажите 3 признака диастолического шума митрального стеноза на верхушке сердца.

Какие два функциональных шума могут выслушиваться при тяжелом митральном стенозе?

Отчет на задачу 8

Митральный стеноз.

Мезодиастолический убывающий с возможным пресистолическим усилением, преимущественно средне-, иногда низкочастотный, никуда не проводится.

Систолический шум у мечевидного отростка, шум Грехем-Стила.

ЗАДАЧА 9

Больная С., 36 лет, с 14-летнего возраста страдает ревматическим митральным стенозом. 5 лет назад в связи с часто наступающей одышкой и сердцебиением, частыми приступами сердечной астмы больной предлагалась комиссуротомия, от которой она отказалась. В последние 3-4 года стала отмечать постепенно нарастающие отеки нижних конечностей, почти постоянную тяжесть в правом подреберье, дважды за последние два года диагностировался асцит. При физикальном исследовании хорошо пальпируется сердечный толчок и эпигастральная пульсация, при перкуссии по груди - четкое притупление перкуторного звука ниже III ребра. На шее пальпируется положительный венный пульс. Печень выступает из подреберья на 4 см., сравнительно мягкая с острым краем, болезненная при пальпации. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Нижние конечности отечные.

О каком осложнении митрального стеноза можно думать в настоящее время?

Выберите из предложенных один безусловный признак трикуспидальной недостаточности.

Укажите 3 симптома, которые можно выявить при выслушивании у мечевидного от роста при трикуспидальной недостаточности.

Ответ на задачу 9

Относительная трикуспидальная недостаточность.

Положительный венный пульс.

Правожелудочковый III тон, ослабление I тона, систолический шум.

ЗАДАЧА 10

40-летний служащий в молодости страдал хроническим тонзиллитом. В 20-летнем возрасте проведена тонзилэктомия. Самочувствие обычно удовлетворительное, лишь периодически отмечает сердцебиение и головокружение. При осмотре кожные покровы и слизистые бледные. Видна резкая пульсация сосудов на шее. Верхушечный толчок разлитой, смещен влево и вниз. При перкуссии определяется резко подчеркнутая талия сердца. Пульс ритмичный, 78 ударов в минуту, быстрый и твердый, АД 160/30 мм.рт.ст.

О каком заболевании можно подумать?

Укажите 3 симптома, которые наиболее вероятны в описанной ситуации.

Укажите 5 симптомов, которые могут быть обнаружены при исследовании сосудов у данного больного.

Ответ на задачу 10

Аортальная недостаточность.

Протодиастолический шум в точке Боткина-Эрба, ослабление I тона, ослабление II тона.

Феномен Квинке, "пляска каротид", быстрый твёрдый пульс, двойной шум Дюрозье, симптом Мюссе.

ЗАДАЧА 11.

Больная А., 42 лет жалуется на одышку при ходьбе и в ночное время (просыпается от ощущения недостатка воздуха, при этом появляется кашель с трудноотделяемой мокротой. 2 раза наблюдалась кровохарканье. 10 лет наблюдается по поводу ревматизма, лечится не регулярно. Ухудшение самочувствия возникло 2 нед. назад, после переохлаждения.

При осмотре: температура 37,20С, одышка в покое, ЧД 26 в 1 мин. Синюшность губ. Пульс слабый, аритмичный, 116 в 1 мин. АД 14/10,7 кПа (105/80 мм.рт.ст.). Сердечный толчок разлитой. Правая граница относительной тупости сердца смещена вправо на 2 см. от правой грудинной линии, верхняя достигает второго межреберья, левая - на 2 см. кнаружи от левой срединно-ключичной линии. 1 тон над верхушкой неодинаковой звучности, систолический и протодиастолический шумы над верхушкой. Усиление и расщепление 2 тона над лёгочной артерией. В задненижних отделах лёгких жёсткое дыхание и незвучные мелкопузырчатые хрипы в небольшом количестве. Печень на 3-4 см. выступает из-под реберной дуги, уплотнена, немного болезненна при пальпации. На голенях мягкие отёки.

ВОПРОСЫ

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимы методы обследования и лечения?
3. Ваша врачебная тактика?
4. Каковы механизмы ночной одышки и кровохарканья?

ЗАДАЧА 12

Женщина 45 лет предъявляет жалобы на ощущение толчков в области сердца и пульсации в области шеи и головы, головокружение, обмороки (особенно при быстром переходе из горизонтального в вертикальное положение), одышку в течение последних 2 мес., боли в правом подреберье, отеки ног. В анамнезе - пневмония, сотрясение мозга, сифилис, хронический цистит. Объективно: состояние средней тяжести. Кожа бледная, акроцианоз. Застойные явления по обоим кругам кровообращения. Пульсация сосудов шеи. Положительный симптом Мюсси. Пальпация области сердца - энергичный, резистентный, куполообразный верхушечный толчок в VI-VII межреберьях слева, смещен влево и вниз. Границы сердца перкуторно расширены влево и вправо. Аускультативно: I тон на верхушке ослаблен, II тон на аорте звучный с металлическим оттенком, здесь же - грубый протодиастолический шум, проводящийся к верхушке сердца, выслушивается двойной тон Траубе, двойной шум Виноградова-Дюрозье. АД 140/40 мм рт.ст. ЧСС 90 в мин. Рентгенография органов грудной клетки; признаки венозной легочной гипертензии, аорта расширена.

Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

ЗАДАЧА 13

Больной 27 лет поступил с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, головокружения, боли в области сердца, ознобы, потливость, общую слабость. Из анамнеза известно, что больной с 18 лет состоит на учёте у ревматолога по поводу митрального порока сердца. Последние три недели у больного отмечалась субфебрильная температура, ночная потливость, нарастающая слабость.

При осмотре: кожные покровы бледные, с сероватым оттенком, на слизистой мягкого нёба и конъюнктиве мелкоочечные кровоизлияния, склеры субиктеричны. Верхушечный толчок усиленный, разлитой, локализован в 5 межреберье на 2 см влево от срединно-ключичной линии. При аускультации – систолический дующий шум на верхушке, связанный с 1 тоном, выраженный протодиастолический шум во 2 межреберье справа. Пульс высокий и быстрый, «пляска каротид», АД 130/30 мм.

В анализе крови: Нв 88 г/л, эр $3,4 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоц $11,7 \cdot 10^9$ /л, нейтр 72% со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 49 мм/час, СРБ +++, общий белок 75 г/л, альбумины 47%, глобулины 53%, α_1 7,2%, α_2 9,8%, γ 24%, фибриноген 7,1 (норма 2-4 г/л), билирубин 32 мкмоль/л, прямой 25,4 мкмоль/л, непрямой 6,6 мкмоль/л, креатинин 209 (норма 48-98 мкмоль/л), мочевины 10,6 (норма 2,5 – 8,3 ммоль/л).

- О каком заболевании следует думать прежде всего? Почему?
- Какие дополнительные исследования Вы назначите для уточнения диагноза?
- Принципы лечения данного заболевания.

ЗАДАЧА 14

Больной 56 лет поступил с жалобами на озноб, пот. Лихорадку, ноющие боли в области сердца, сердцебиения, одышку при физической нагрузке, головные боли, общую слабость. Заболел внезапно три месяца назад после переохлаждения, отмечал повышение температуры до 39-40° с потрясающим ознобом и проливным потом. За это время сильно похудел, появилась выраженная мышечная слабость, затем присоединилась нарастающая одышка, головная боль, носовые кровотечения. В анамнезе указания на какие-либо заболевания отсутствуют.

При осмотре состояние больного тяжёлое, бледен, питание снижено. На голенях и стопах свежие геморрагические высыпания, петехиальные до 2 см в диаметре. Умеренная пульсация каротид. Левая граница сердечной тупости на 3 см кнаружи от среднеключичной линии. Систолический и диастолический шум на всех точках, пульс 120 уд/мин, быстрый, высокий, ритмичный. АД 120/40 мм рт.ст. Печень плотная с закругленным краем, чувствительная при пальпации, размеры 12*14*12 см. Пальпируется селезёнка, размеры её 17*8 см. В крови: Нв 103 г/л, эр $3,5 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоц 8,2*10⁹/л, п/я 8%, с 67%, лимф 21%, мон 4%, СОЭ 44 мм/час. Фибриноген 6,8 г/л, общий белок 92 г/л, альбумины 32%, гамма глобулины 30%. При бактериологическом исследовании трижды выделен эпидермальный стафилококк. В анализе мочи: белок 0,66 г/л, эритроц 6-8 в п/зр. На ЭКГ синусовый ритм, блокада передневерхней ветви левой ножки пучка Гиса, гипертрофия левого желудочка. ЭХОКГ: подвижность створок клапана аорты не ограничена, на свободных краях створок булавовидные вегетации, пролабирующие в диастолу за плоскость аортального кольца в выводной отдел левого желудочка. Умеренная дилатация полостей, концентрическая гипертрофия миокарда левого желудочка

- Достаточно ли у Вас данных, чтобы поставить диагноз?
- Если достаточно, то сформулируйте клинический диагноз.
- Назначьте лечение больного.
- Определите прогноз.

ЗАДАЧА 15

Больная 20 лет жалуется на одышку при подъёме на лестницу и кровохарканье.

Объективно: цианотический румянец, в лёгких застойные явления. В положении на левом боку пальпируется пресистолическое дрожание в области верхушки сердца. Границы сердца смещены вверх и вправо. Мерцательная аритмия, тахисистолическая форма, хлопающий 1 тон и диастолический шум на верхушке. Печень увеличена, плотноватая, слегка болезненная. При контрастном рентгенологическом исследовании пищевод отклоняется по дуге малого радиуса. В анализе крови лейкоц 4,8*10⁹/л, СОЭ 5 мм/час, СРБ отрицательный.

- Укажите возможные изменения ЭКГ-картины. Объясните их причины.
- Выделите синдромы
- Сформулируйте диагноз

ЗАДАЧА 16

Больная 25 лет поступила с жалобами на одышку в покое, ноющие и колющие боли в области сердца, сердцебиение при малейшей физической нагрузке, отёки на ногах, увеличение живота. Ухудшение состояния отмечает в течение двух месяцев, связывает с простудой. 8 лет назад у больной после охлаждения болели и припухали суставы рук и ног, была высокая температура. С тех пор беспокоит одышка при быстрой ходьбе и значительном физическом напряжении.

При поступлении в клинику отмечается цианоз губ, носа, пальцев рук и ног, массивные отёки на обеих нижних конечностях, а также в области брюшной стенки и поясницы. Границы относительной сердечной тупости: правая по правой парастеральной линии, верхняя на уровне 2 ребра. На верхушке усиление 1 тона, пресистолический и систолический шумы, в точке выслушивания трёхстворчатого клапана выявляется ослабление 1 тона, систолический шум.

На лёгочной артерии акцент и расщепление 2 тона, положительный венный пульс на шее.

ЧСС 90 уд/мин, ритм правильный. АД 110/70 мм рт.ст. Над лёгкими перкуторный лёгочный звук, выслушивается жёсткое дыхание, значительное количество рассеянных сухих хрипов. Ниже обеих лопаток и в аксиллярных областях большое количество влажных мелкопузырчатых хрипов. В брюшной полости определяется свободная жидкость. Край печени на 6 см ниже рёберной дуги, плотный, безболезненный при ощупывании. На ЭКГ: $S_I - R_{III}$, ширина QRS 0,14 сек, время внутреннего отклонения в $V_{1,2}$ 0,08 сек. После лечения отёки исчезли.

- Поставьте предварительный диагноз.
- Дайте заключение по ЭКГ.
- Обоснуйте план обследования больной.

ЗАДАЧА 17

Больная 25 лет жалуется на пульсацию во всём теле, появление обморочных состояний, головокружение, незначительную одышку. Имеется «пляска каротид». АД 170/30 мм рт.ст. Пульс 80 уд/мин. При перкуссии определяется значительное увеличение сердца влево. Куполообразный верхушечный толчок смещён вниз и влево. Аускультативно: 1 тон ослаблен, диастолический шум убывающего характера на аорте и в V точке. ЭКГ – отклонение ЭОС влево, признаки ГЛЖ, отрицательный зубец Т и смещение сегмента ST вниз в отведениях V₅₋₆. Анализ крови без особенностей.

- Предварительный диагноз.
- План обследования.
- Объясните механизм формирования изменений ЭКГ.

Задача 18.

Больная С, 46 лет, поступила в клинику с жалобами на интенсивную боль, похолодание правой голени, возникшие около двух часов назад без видимой причины, одышку при умеренных физических нагрузках (подъем по лестнице на 1 -2 этажа), ночной кашель с отделением небольшого количества мокроты, периодически возникающее при нагрузках ощущение учащенного сердцебиения, ноющие боли в области сердца, купирующиеся приемом валидола. В детстве однократно перенесла двустороннюю гнойную ангину, в дальнейшем чувствовала себя удовлетворительно. С 30 лет стала отмечать одышку при физических нагрузках, которая постепенно нарастала. С 35 лет стали беспокоить приступы учащенного неритмичного сердцебиения, которые купировались введением новокаинамида. От предложенного оперативного вмешательства отказывалась. Принимала аллапинин, верошпирон, эналаприл, тромбо-АСС с некоторым эффектом. За месяц до поступления в клинику развился затяжной приступ учащенного сердцебиения, который бригаде СМП не удалось купировать обычной дозой новокаинамида. Было рекомендовано заменить аллапинин на обзидан, в остальном лечение продолжить. Заметно выросла одышка, появился влажный кашель по ночам.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожа правой голени холодная, бледная, пульсация на тыльной артерии стопы не определяется. Голени и стопы пастозны. Число дыханий 20 в минуту, дыхание жесткое, в базальных отделах справа выслушиваются единичные незвонкие влажные мелкопузырчатые хрипы. Правая граница сердца по правому краю грудины, верхняя - по верхнему краю III ребра, левая - по левой средне-ключичной линии. Пальпируется пульсация в 3-4 межреберье слева от грудины. ЧСС 96 ударов в минуту, ритм неправильный, дефицит пульса 14 в минуту. I тон на верхушке несколько усилен, определяется акцент II тона во втором межреберье слева от грудины. На верхушке выслушиваются шум между I и II тонами, проводящийся в левую подмышечную область, и шум после II тона, который усиливается в положении лежа на левом боку. АД 110 и 70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

В анализах крови: Нв 13,5 г%, эритроц. 4,1 млн., лейкоц. 4,9 тыс., лейкоц. формула не изменена, тромбоц. 195 тыс., СОЭ 7 мм/час, об. белок 7,8г%, альбумин 4,1 г%, глюкоза 101 мг%, креатинин 1,2 мг%, общий билирубин 1,0 мг%, прямой билирубин 0,2 мг%, СРБ +, латекс тест отрицательный, АСЛО ниже 200 ед. На рентгенограммах грудной клетки сосудистый рисунок легких усилен, по левому контуру увеличены 2-я и 3-я дуги, в первой косой проекции пищевод отклоняется по дуге большого радиуса, плевральные синусы свободны. ЭКГ: мерцательная аритмия (ФП), ЧЖС 90-125 в мин., признаки ГПЖ.

Дайте ответ на следующие вопросы:

1. Проведите диагностический поиск
2. После II этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Нужно ли проводить дополнительные исследования (если нужно, то какие), какую информацию Вы ожидаете получить от этих исследований?
4. Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.

Задача 19.

Больной М, 53 лет, предъявляет жалобы на приступы давящих болей за грудиной, возникающие при умеренных физических нагрузках или без четкой связи с нагрузками, иррадиирующие в левую руку, длящиеся от нескольких до 20-25 минут, постепенно купирующиеся в покое, на головокружения, эпизоды потери сознания после приема 2 т. нитроглицерина под язык, на одышку при подъеме по лестнице на два этажа, на перебои в работе сердца, на эпизоды повышения температуры тела до 37,2-37,3 град. В анамнезе - тонзиллэктомия в 17 лет, после сильного переохлаждения - предположение врачей о развитии миокардита. Длительное время физические нагрузки переносил хорошо. В течение последних 3-х лет беспокоят приступы загрудинных болей преимущественно при нагрузках, частота и интенсивность которых постепенно нарастают. Для купирования приступов принимал нитраты с хорошим эффектом, однако в течение последнего полугодия несколько раз отмечал эпизоды кратковременной потери сознания сразу после приема нитроглицерина, в связи с чем от дальнейшего использования нитратов отказался. Регулярно принимал тромбо-АСС, эпизодически (при возникновении перебоев в работе сердца) - анаприлин. Два года назад отмечался длительный (около месяца) период субфебрилитета, к врачу не обращался. В течение последних месяцев отметил нарастание одышки, которая ранее отмечалась лишь при значительных нагрузках. Амбулаторно было рекомендовано проведение коронароангиографии; госпитализирован в клинику для обследования.

При осмотре: состояние средней тяжести. Конституция нормостеническая. Отеков нет. ЧД 18 в минуту, дыхание с жестким оттенком, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Сердце: левая граница на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии, правая граница по правому краю грудины, верхняя - по нижнему краю III ребра. I тон на верхушке ослаблен, выслушивается негрубый систолический шум, проводящийся в левую подмышечную область. Во втором межреберье справа от грудины II тон резко ослаблен, выслушивается грубый шум, который начинается вскоре после I тона и хорошо проводится на сонные артерии, а также мягкий шум после II тона с эпицентром в точке Боткина. Над почечными артериями шумов нет, пульсация на тыльных артериях стоп сохранена, симметрична. ЧСС 92 удара в минуту, ритм сердца правильный, АД 120 и 50 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень и селезенка не увеличены.

В ан. крови Нв 14,7 г%, эритроц. 4,5 млн., лейкоц. 5,6 тыс., нейтр. 56%, лимф. 31%, тромбоц. 212 тыс., СОЭ 24 мм/час, об. белок 7,1 г%, альб. 3,9 г%, белковые фракции: альб. -48 отн.%, альфа-1 - 5 отн.%, альфа-2 - 14 отн.%, бета - 11 отн.%, гамма - 22 отн.%; СРБ++, триглицериды 138 мг/дл, общий холестерин 234 мг/дл, ЛНП 112 мг/дл, глюкоза 102 мг%, креатинин 1,2 мг%, общий билирубин 1,1 мг%, RW отрицательная. На рентгенограммах органов грудной клетки: увеличены 3-я и 4-я дуги по левому контуру сердца, контрастированный пищевод отклоняется по дуге большого радиуса, плевральные синусы свободны. ЭКГ: ЧСС 94 в мин., признаки ГЛЖ, ГЛП.

Дайте ответ на следующие вопросы:

1. Проведите диагностический поиск
2. После II этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Нужно ли проводить дополнительные исследования (если нужно, то какие), какую информацию Вы ожидаете получить от этих исследований?
4. Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.

Задача 20.

Больная П., 28 лет, предъявляет жалобы на перебои в работе сердца, приступы учащенного сердцебиения, возникающие с частотой раз в 1 - 2 месяца, длящиеся несколько часов и купирующиеся обычно бригадой СМП внутривенным введением кордарона, на одышку при умеренных физических нагрузках (подъем по лестнице на 1-1,5 этажа, ходьба на расстояние более 100 м), приступы удушья, которые сопровождаются общей слабостью, кашлем, возникают чаще ночью и купируются в положении ортопноэ.

Из анамнеза известно, что в возрасте 16 лет впервые был выслушан шум в области сердца «функционального» характера, физические нагрузки переносила удовлетворительно. С 16 лет, во время занятий физкультурой, отметила снижение переносимости физических нагрузок, появление одышки, которая проходила в покое. Шум в области сердца по-прежнему расценивался как функциональный, обследование не проводилось. В 20 лет, во время первой беременности, одышка усилилась, стали беспокоить приступы удушья, которые самостоятельно купировались. Тогда же отметила появление перебоев в работе сердца. На позднем сроке беременности в связи с резким усилением одышки было проведено экстренное малоинвазивное катетерное вмешательство на сердце, в результате которого состояние значительно улучшилось, роды прошли в срок (произведено кесарево сечение). Сохранялись перебои в работе сердца, с этого же времени постоянно определяется небольшое количество жидкости в перикарде. Получала терапию диклофенаком, дигоксином, триампуром. В возрасте 25 лет впервые развился приступ учащенного сердцебиения, которой был купирован внутривенным введением кордарона, начата постоянная терапия хинидином-дурулес, который в возрасте 28 лет отменен в связи с наступлением второй беременности. В течение последнего года отмечает возобновление и постепенное усиление одышки. Два часа назад развился приступ учащенного сердцебиения, самостоятельно приняла 50 мг атенолола, госпитализирована в клинику. При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, легкий акроцианоз. Отеков нет. Число дыханий 22 в минуту, дыхание жесткое, в базальных отделах справа выслушиваются единичные незвонкие влажные мелкопузырчатые хрипы. Правая граница сердца по правому краю грудины, верхняя - по верхнему краю III ребра, левая - по левой средне-ключичной линии. ЧСС 76 ударов в минуту, ритм неправильный, дефицита пульса нет. I тон на верхушке усилен, определяется акцент II тона во втором межреберье слева от грудины. В пятом межреберье на 1,5 см кнаружи от левой средне-ключичной линии выслушивается шум, который начинается после II тона и усиливается в положении лежа на левом боку. АД 100 и 70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены.

В анализах крови: Нв 15,1 г%, эритроц. 4,8 млн., лейкоц. 6,8 тыс., лейкоц. формула не изменена, тромбоц. 260 тыс., СОЭ 10 мм/час, общий белок 7,8г%, альбумин 4,9 г%, электрофорез белков: альбумин 57,3%, альфа-14,2%, альфа-28,0%, бета-13,6%, гамма-17,0%, глюкоза 94 мг%, креатинин 1,2 мг%, общий билирубин 0,9 мг%, прямой билирубин 0,2 мг%, СРБ и латекс тест отрицательный, АСЛО ниже 200 ед. На рентгенограммах грудной клетки отмечается обогащение сосудистого рисунка, плевральные синусы свободны, сердечная талия сглажена, в I косой проекции контрастированный пищевод отклоняется по дуге малого радиуса (6 см), во II косой проекции полностью закрыт светлый треугольник. ЭКГ: мерцательная аритмия (ФП) с ЧЖС 72-90 в мин., признаки ГЛЖ.

Дайте ответы на следующие вопросы:

1. Проведите диагностический поиск.
2. После II этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.

ЗАДАЧА 21.

Больной Ш. 52 лет, поступил в клинику с жалобами на одышку, учащенные сердцебиения при повседневной нагрузке, периодические боли в сердце тупого характера, тяжесть в правом подреберье, отеки ног, больше в вечернее время. Заболел в 14-ти летнем возрасте, когда через три недели после перенесенной ангины появилась общая слабость, температура, боли и припухлость в коленных суставах. Был поставлен диагноз: Острая ревматическая лихорадка. При осмотре на момент поступления: верхушечный толчок пальпируется в VI межреберье. В точке Боткина и II межреберье справа систолический и диастолический шум. Систолический шум грубого тембра, проводится в яремную ямку и сонные артерии. Пальпаторно определяется систолическое дрожание во II межреберье справа от грудины. I и II тоны ослаблены.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Диагностические признаки какого клапанного поражения сердца имеют место у данного больного?
3. Какое дообследование необходимо провести больному? Какие рентгенологические признаки могут помочь в постановке диагноза?

ЗАДАЧА 22.

При клиническом обследовании больного 17 лет установлено: смещение верхушечного толчка влево, границы сердца смещены влево и вверх. При аускультации: на верхушке ослабление I тона, там же систолический шум, акцент II тона над легочной артерией. При рентгенографии – увеличение левых отделов сердца, талия сердца сглажена.

ВОПРОСЫ:

1. Какой порок сердца у данного пациента? Обоснуйте ответ имеющимися диагностическими признаками.
2. Назовите наиболее вероятные причины данного порока.
3. Укажите характерные для данного порока изменения гемодинамики.
4. Укажите методы дообследования больного.
5. Какие рентгенологические признаки характерны для данного порока?