

№ ОРД- КАРД- 19-01-20

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации

кафедра внутренних болезней № 4

УТВЕРЖДЕНО

протоколом заседания Центрального координационного учебно-методического совета от «05» февраля 2021 г. № 3

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

по дисциплине Кардиология

основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры по специальности **31.08.36 Кардиология,** утвержденной 26.02.2021 г.

для ординаторов 1, 2 курса

по специальности 31.08.36 Кардиология

Рассмотрено и одобрено на заседании кафедры от «21» января 2021 г. (протокол № 11)

Заведующая кафедрой, профессор, д.м.н., Астахова Замира Татарбековна

г. Владикавказ 2021 г.

СТРУКТУРА ФОС

1. Титульный лист
2. Структура ФОС
3. Паспорт оценочных средств
4. Комплект оценочных средств
 - эталоны тестовых заданий
 - ситуационные задачи
 - перечень вопросов к зачету/экзамену

ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
Дисциплина Кардиология
Специальность 31.08.36 Кардиология

№	Наименование контролируемого раздела (темы) дисциплины/модуля	Количество тестов/задач	Код формируемых компетенций
1	2	3	4
Вид контроля	Промежуточный		
1.	Кардиология	60/40	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5.ПК 6.ПК 8.ПК 9

1. Тахикардия с узкими комплексами QRS: дифференциальный диагноз, лечение.
2. Определение и современная классификация артериальной гипертензии. Диагностика артериальной гипертензии.
3. Хроническая сердечная недостаточность с сохранной фракцией выброса ЛЖ: клиника, этиология, диагностика и лечение.
4. Лечение хронической сердечной недостаточности со сниженной фракцией выброса ЛЖ.
5. Амиодарон: основные показания и противопоказания, побочные эффекты.
6. Плейотропные эффекты статинов.
7. Альфа-адреноблокаторы: классификация, основные показания и противопоказания, побочные эффекты.
8. Тромбоэмболия легочной артерии: клиника, диагностика, лечение.
9. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний.
10. Диуретики: классификация, основные показания и противопоказания, побочные эффекты.
11. Ингибиторы АПФ: классификация, основные показания и противопоказания, побочные эффекты.
12. Осложнения инфаркта миокарда (нарушения ритма и проводимости): диагностика, лечение.
13. Факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний.
14. Диагностика и лечение метаболического синдрома.
15. Прямые антикоагулянты: классификация, основные показания и противопоказания, побочные эффекты.
16. Проведение электрической кардиоверсии.
17. Миокардиты: клиника, диагностика, лечение.
18. Хроническая ишемическая болезнь сердца: диагностика и лечение.
19. Лечение артериальной гипертензии.
20. Сердечные гликозиды: основные показания, побочные эффекты. Гликозидная интоксикация: клиника, диагностика.
21. Отёк легких: клиника, диагностика, лечение.
22. Экстренная помощь при ТЭЛА.
23. Реваскуляризация миокарда у пациентов с хронической ишемической болезнью сердца: показания, выбор метода реваскуляризации.
24. Диуретики: классификация, основные показания и противопоказания, побочные эффекты.
25. Кардиотропная терапия у пациентов с хронической болезнью почек, коррекция доз препаратов.
26. Хроническая сердечная недостаточность со сниженной фракцией выброса ЛЖ: клиника, этиология, диагностика.
27. Тампонада сердца: клиника, диагностика, лечение.
28. Универсальное определение инфаркта миокарда. Универсальная классификация инфаркта миокарда.
29. Анализ данных велэргометрии суточного мониторирования ЭКГ.
30. Симптоматические артериальные гипертензии: классификация, диагностика,
31. лечение.
32. Экстренная помощь при отеке легких.
33. Острый коронарный синдром без подъёма сегмента ST: классификация, клиника, диагностика, стратификация риска.
34. Экстрасистолия: классификация, диагностика, лечение.
35. Оценка эффективности лечения непрямыми антикоагулянтами.
36. Международное нормализованное отношение, целевые значения. Правила подбора дозы варфарина.
37. Современные подходы к лечению ОКС с подъёмом сегмента ST.
38. Острая митральная недостаточность: клиника, этиология, лечение.
39. Фибрилляция предсердий: этиология, классификация, клиника.
40. Двойная антиагрегантная терапия: показания, рекомендуемые схемы, продолжительность.
41. Осложнения инфаркта миокарда: диагностика, лечение.
42. Остановка кровообращения. Реанимационные мероприятия.

43. Фибрилляция предсердий: подходы к лечению (контроль ритма/контроль ЧСС).
44. Современные подходы к лечению ОКС с подъемом сегмента ST.
45. Блокаторы рецепторов ангиотензина II: классификация, основные показания и противопоказания, побочные эффекты.
46. Острая сердечная недостаточность: классификация, диагностика, лечение.
47. Непрямые антикоагулянты : классификация, основные показания, противопоказания, побочные эффекты.
48. Фибрилляция предсердий: оценка риска тромбоэмболических событий/кровотечений, подходы к антитромботической терапии.
49. Блокаторы кальциевых каналов: классификация, основные показания и противопоказания, побочные эффекты.
50. Лечение гипертонических кризов.
51. Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST: клиника, диагностика.
52. Показания к имплантации ЭКС. Режимы стимуляции ЭКС.
53. Остановка кровообращения. Реанимационные мероприятия.
54. Нитраты: классификация, основные показания и противопоказания, побочные эффекты.
55. Реперфузионная терапия при ОКС с подъемом сегмента ST: показания, противопоказания.
56. Бета-адреноблокаторы: классификация, основные показания, противопоказания, побочные эффекты.
57. Экстрасистолия: классификация, диагностика и лечение.
58. Непрямые антикоагулянты: классификация, основные показания и противопоказания, побочные эффекты.
59. Гипертрофическая кардиомиопатия: клиника, диагностика, лечение.
60. Инфекционный эндокардит: клиника, диагностика, лечение.
61. Миокардиты: клиника, диагностика, лечение.
62. Гиполипидемические препараты: классификация, основные показания и противопоказания, побочные эффекты.
63. Осложнения инфаркта миокарда (острая левожелудочковая недостаточность, кардиогенный шок): диагностика и лечение.
64. Дилатационная кардиомиопатия: клиника, диагностика, лечение.
65. Гипертрофическая кардиомиопатия: клиника, диагностика и лечение.
66. Анализ данных ЭХО-КГ.
67. Тахикардия с широкими комплексами QRS: дифференциальный диагноз, лечение.
68. Перикардиты: классификация, этиология, клиника, лечение.
69. Новые оральные антикоагулянты: классификация, основные показания и
70. противопоказания, побочные эффекты.
71. Гипертрофическая кардиомиопатия: клиника, диагностика и лечение.
72. Дегенеративный стеноз устья аорты: клиника, диагностика, лечение, показания
73. к оперативному лечению.
74. Кардиотропная терапия у пациентов с хронической болезнью почек, коррекция
75. доз препаратов.
76. Современные подходы к лечению ОКС с подъемом сегмента ST.
77. Атриовентрикулярные блокады: классификация, диагностика, лечение.
78. Перикардиты: классификация, этиология, клиника, лечение.

Тесты

1. Диафрагмальная (нижняя) поверхность сердца представлена в основном:

- а) Правым желудочком.
- б) Левым желудочком.**
- в) Левым предсердием.

2. Механическое сцепление соседних кардиомиоцитов обеспечивается:

- а) Промежуточными соединениями.
- б) Десмосомами.
- в) Поперечной тубулярной системой.
- г) Промежуточными соединениями и десмосомами**
- д) Ничем из перечисленного.

3. Коронарные артерии относятся к артериям:

- а) Эластического типа.
- б) Мышечно-эластического типа.
- в) Мышечного типа.**

4. Сосуды Вьессена-Тебезия:

- а) Относятся к особому типу артерио-венозных анастомозов.
- б) Представляют собой узкие сосудистые щели, выстланные эндотелием.
- в) Обеспечивают непосредственный переход крови из артерий в вены, минуя капиллярную сеть.
- г) Все перечисленное.**
- д) Ничего из перечисленного.

5. Основными сократительными белками являются:

- а) Миозин.
- б) Тропомиозин.
- в) Тропонин.
- г) Актин.
- д) Правильно: Миозин. Актин.**

6. На скорость сокращения миофибрилл влияют:

- а) Скорость гидролиза АТФ.
- б) Концентрация ионов кальция.
- в) Концентрация ионов магния.
- г) Все перечисленное.**
- д) Ничего из перечисленного.

7. К проводящей системе сердца относится все перечисленное, кроме:

- а) Синусового узла.
- б) Клеток сократительного миокарда.**
- в) Атрио-вентрикулярного узла.
- г) Пучка Гиса и его разветвлений.
- д) Волокон Пуркинье.

8. Наиболее высокая скорость проведения импульсов регистрируется в:

- а) Атрио-вентрикулярном узле.
- б) Атрио-вентрикулярном соединении.
- в) Пучке Гиса.
- г) Волокнах Пуркинье.**

9. К артериям мышечного типа относятся:

- а) Легочная артерия.

- б) Коронарные артерии.
- в) Почечная, мезентериальные артерии.
- г) Все перечисленное.
- д) **Только второй и третий ответы.**

10. Функциональное назначение атрио-вентрикулярного узла в норме:

- а) **Замедление проведения импульсов.**
- б) Ускорение проведения импульсов.
- в) Генерация импульсов.
- г) Все перечисленное.
- д) Ничего из перечисленного.

11. При синоатриальной блокаде II степени может наблюдаться:

- а) Постепенное замедление синоатриальной проводимости с последующим выпадением очередного импульса.
- б) Не меняющееся время синоатриального проведения с выпадением очередного импульса.
- в) И то, и другое.
- г) Ни то, и ни другое.

12. При синоатриальной блокаде II степени по типу Мобитц I наблюдается:

- а) Выпадение комплексов PQRS_T.
- б) Укорочение интервала PP перед выпадением импульсов.
- в) Выскальзывающие импульсы во время выпадения комплекса PQRS_T.
- г) Все перечисленное.

13. При синоатриальной блокаде 3:2:

- а) 3 импульса возникают в синусовом узле, из них 2 блокируются в синоатриальной зоне.
- б) 3 импульса возникают в синусовом узле, из них 2 проводятся на предсердие.
- в) 3 импульса возникают в синусовом узле, 3 проводятся на желудочек (проведенные синусовые и выскальзывающие импульсы).

14. Синоаурикулярная блокада 2:1 на ЭКГ выглядит как:

- а) Синусовая брадикардия.
- б) Синусовая аритмия.
- в) Экстрасистолия из верхней части предсердия по типу бигеминии.
- г) Возможен каждый из перечисленных вариантов.

15. При межпредсердной блокаде на ЭКГ может наблюдаться:

- а) Появление уширенного двугорбого зубца Р.
- б) Мерцание левого предсердия.
- в) И то, и другое.
- г) Ни то, и ни другое.

16. При полной межпредсердной блокаде на ЭКГ наблюдается:

- а) На фоне нормального синусового ритма независимая электрическая активность левого предсердия.
- б) Эктопический ритм из АВ-соединения и возбуждение предсердия импульсом синусового узла.
- в) Эктопический ритм из нижней части правого предсердия.
- г) Все ответы правильные.
- д) Правильного ответа нет.

17. Для АВ-блокады I степени не характерно:

- а) Продолжительность PQ > 0,20" при ЧСС 60-80 в I мин.
- б) Укорочение PQ при увеличении частоты сердечных сокращений.
- в) И то, и другое.
- г) Правильного ответа нет.

18. Остро возникшая АВ-блокада I степени чаще всего локализуется в:

- а) АВ-узле.
- б) Стволе пучка Гиса.
- в) Ножках пучка Гиса.
- г) Правильного ответа нет.

19. Продолжительность приступа стенокардии напряжения после прекращения нагрузки, как правило составляет:

а) Несколько минут (менее 10 минут).

б) Менее 30 сек.

в) 15-20 мин.

20. У больных со стенокардией напряжения II ФК приступы возникают:

а) При подъеме по лестнице менее, чем на один этаж

(меньше 2 - х пролетов лестницы).

б) При подъеме по лестнице более, чем на один этаж

(более 2 - х пролетов лестницы).

в) Только при очень больших физических нагрузках.

г) При любой, даже минимальной физической нагрузке.

21. Признаком стенокардии напряжения IV ФК является:

а) Возникновение стенокардии при подъеме по лестнице

более, чем на один этаж (более 2-х пролетов лестницы).

б) Возникновение стенокардии при минимальной физической нагрузке.

в) Возникновение спонтанной стенокардии.

г) Отсутствие эффекта от нитроглицерина.

22. При наличии стенокардии напряжения II ФК:

а) Больной не способен без остановки подняться по лестнице

более чем на один этаж (преодолеть без остановки

2 пролета лестницы).

б) Больной в состоянии без остановки подняться по лестнице на 2 -5- й этаж.

в) Приступы стенокардии возникают в покое.

г) Приступы стенокардии возникают только при

очень больших физических нагрузках.

23. *Спонтанная стенокардия:*

- а) Это синоним стенокардии покоя.
- б) Возникает вследствие повышения потребности миокарда в кислороде.
- в) Возникает вследствие уменьшения коронарного кровотока (без признаков повышения потребности миокарда в кислороде).**
- г) Правильного ответа нет.

24. *У больных с приступами спонтанной стенокардии, как правило:*

- а) Имеется и стенокардия напряжения.**
- б) Нет приступов стенокардии напряжения.

25. *У больных с прогрессирующей (нестабильной) стенокардией отмечается:*

- а) Возникновение приступов при более легкой нагрузке.
- б) Появление приступов стенокардии в покое.
- в) Увеличение продолжительности приступов стенокардии.
- г) Уменьшение эффекта от нитроглицерина.
- д) Все перечисленное.**

26. *Гемодинамически значимым является атеросклеротический стеноз ствола левой коронарной артерии, достигающий как минимум:*

- а) 70%.
- б) 50%.**
- в) 30%.
- г) 20%.

27. *Нестабильная стенокардия, не поддающаяся медикаментозной терапии:*

- а) Является показанием для проведения коронарографии с целью решения вопроса о хирургическом лечении ИБС.**
- б) Не является показанием для проведения коронарографии с целью решения вопроса о хирургическом лечении ИБС.
- в) Является противопоказанием для проведения коронаро-ангиографии.

28. Неблагоприятными прогностическими факторами, влияющими на исход операции аорто-коронарного шунтирования, являются:

- а) Существенное снижение сократительной функции левого желудочка.
- б) Возраст старше 70 лет.
- в) Лабильная артериальная гипертония.

г) Правильно первый и второй ответы.

29. Хирургическое лечение хронической постинфарктной аневризмы левого желудочка показано при:

- а) Отсутствии осложнений, связанных с наличием хронической аневризмы.
- б) Обнаружении тромба в аневризме.

в) Обнаружении тромба в аневризме и наличии в анамнезе тромбоэмболии.

г) Правильно второй и третий ответы.

д) Правильного ответа нет.

30. У больных ИБС эндоваскулярную балонную дилатацию коронарных артерий, а не операцию аорто-коронарного шунтирования целесообразно проводить при:

а) Поражении трех коронарных артерий.

б) Проксимальном стенозе одной коронарной артерии.

в) Дистальном стенозе двух коронарных артерий.

г) Правильно первый и третий ответы.

31. Эндоваскулярная балонная дилатация коронарных артерий по сравнению с операцией аорто-коронарного шунтирования:

а) Менее травматична.

б) Имеет меньше осложнений.

в) Уменьшает продолжительность пребывания больного в стационаре.

г) Все перечисленное.

32. По химическому строению не относится к группе нитратов:

а) Нитронг.

б) Корватон.

в) Тринитролонг.

г) Нитросорбид.

д) Эринит.

33. *Активные метаболиты, обладающие собственным антиангиналь-ным эффектом, образуются в печени при приеме:*

- а) Сустака.
- б) Тринитролонга.

в) Нитросорбида.

- г) Коринфара.

34. *Из перечисленных антиангинальных препаратов синдром отмены не свойственен:*

- а) Пропранололу.

б) Нитросорбиду.

- в) Атенололу.

- г) Метопрололу.

35. *Синдром отмены бета-блокаторов у больных ИБС может проявиться:*

- а) Учащением приступов стенокардии.
- б) Появлением приступов стенокардии в покое.
- в) Снижением толерантности к физической нагрузке.
- г) Развитием инфаркта миокарда.

д) Всем перечисленным.

36. *Синдром отмены нитратов описан для:*

- а) Больных со стенокардией напряжения.
- б) Больных со спонтанной стенокардией.

в) Рабочих, занятых на производстве взрывчатых веществ.

- г) Лиц с нейроциркуляторной дистонией.

37. *Кардиоселективность бета-блокаторов:*

а) С увеличением дозы кардиоселективность снижается.

- б) Увеличивается при увеличении дозы.

- в) Не зависит от дозы.

38. *Кардиоселективные бета-блокаторы у больных ИБС с бронхиальной астмой:*

- а) Назначать можно.

б) Назначать нельзя.

- в) Данный вопрос не изучен.

39. Толерантность к препарату может развиться при лечении:

- а) **Нитратами.**
- б) Бета-блокаторами.
- в) Антагонистами кальция.
- г) Всеми перечисленными средствами.

40. Наиболее эффективными у больных со спонтанной стенокардией являются:

- а) Нитраты.
- б) Бета-блокаторы.
- в) **Антагонисты кальция.**
- г) Эффективность перечисленных групп препаратов при спонтанной стенокардии практически одинакова.

41. У больных ИБС с сопутствующей артериальной гипертонией следует предпочесть:

- а) Нитраты.
- б) Бета-блокаторы.
- в) Антагонисты кальция.
- г) Нитраты и бета-блокаторы.
- д) **Антагонисты кальция и бета-блокаторы.**

42. У больных ИБС с застойной недостаточностью кровообращения следует предпочесть:

- а) Надолол (коргард).
- б) Верапамил.
- в) Дилтиазем.
- г) Анаприлин.
- д) **Нитраты.**

43. Продолжительность антиангинального эффекта суспензии у большинства больных при разовом приеме составляет:

- а) 1-1,5 часа.

б) 8 -12 часов.

в) 3 - 5 часов.

г) 6 -10 часов.

44. При применении нитратов уровень артериального давления (АД) в большинстве случаев:

а) Не изменяется.

б) Увеличивается.

в) Уменьшается.

г) Изменения не закономерны.

45. В наибольшей степени уменьшают преднагрузку на левый желудочек:

а) Бета-блокаторы.

б) Нитраты.

в) Антагонисты кальция.

г) Все в одинаковой степени.

46. Назначение анаприлина по 20 мг 4 раза в день больным со стенокардией напряжения оказывается:

а) Достаточным у большей части больных.

б) Достаточным приблизительно у половины больных.

в) Эффективным лишь в единичных случаях.

47. Коринфар в дозе 10 мг 3 раза в день:

а) Как правило, обладает антиангинальным эффектом.

б) Как правило, не обладает достаточным антиангинальным эффектом.

в) Обладает антиангинальным эффектом приблизительно у половины больных.

48. Верапамил (финоптин) при его назначении по 40 мг 3 раза в день:

а) Обычно обладает антиангинальным эффектом.

б) Обычно не обладает антиангинальным эффектом.

в) Обладает антиангинальным эффектом приблизительно

у половины больных.

49. Минимальная эффективная разовая доза нитросорбида при стенокардии напряжения составляет при приеме внутрь:

а) Обычно 5 мг.

б) Обычно 10 мг.

в) Не менее 20 мг.

50. Для больных с III типом дислиппротеидемии характерны:

а) Плоские ксантомы в складках ладоней.

б) Липоидная дуга роговицы.

в) Ксантоматоз ахилловых сухожилий.

г) Увеличение печени и селезенки.

51. Оптимальное содержание холестерина в плазме крови для мужчины в возрасте 20 лет составляет:

а) Менее 5,2 ммоль/л.

б) От 5,2 до 6,2 ммоль/л.

в) Более 6,2 ммоль/л.

52. При приеме никотиновой кислоты в плазме крови уменьшается содержание:

а) Только холестерина.

б) Только триглицеридов.

в) И холестерина, и триглицеридов.

г) Холестерина, но повышается уровень

триглицеридов.

53. Эффективная гиполлипдемическая суточная доза никотиновой кислоты составляет:

а) Около 0,5 г.

б) Около 1,0 г.

в) Около 1,5 г.

г) Около 3,0 г.

54. Побочные эффекты никотиновой кислоты связаны в основном с:

а) Вазоконстрикцией.

б) Вазодилатацией.

в) Аллергическими реакциями.

г) Гиповитаминозом.

55. Побочными эффектами никотиновой кислоты являются:

а) Тахикардия.

б) Гиперемия лица.

в) Гиперурикемия.

г) Все ответы правильные.

д) Правильного ответа нет.

56. Для гипертрофии левого предсердия не характерно:

а) Увеличение положительной фазы зубца Р в отведении V1.

б) Индекс Макруза 1,7 (отношение продолжительности зубца Р к сегменту PQ).

в) Ширина зубца Р в I и aVL отведениях, равная 0,12 сек.

г) Все перечисленные признаки.

57. Отличить гипертрофию левого предсердия от внутрисердечной блокады позволяет:

а) Продолжительность зубца Р в отведениях I, aVL $> 0,10$ сек.

б) Наличие двугорбого зубца Р в отведениях I, AVL, V5-6.

в) Сглаженный зубец Р в отведениях III, aVF.

г) Все перечисленные признаки.

д) Ни один из вышеперечисленных признаков.

58. Уширенный, двугорбый Р в отведениях I и aVL встречается:

а) При митральном пороке сердца.

б) При пролапсе митрального клапана с регургитацией.

в) При дилатационной кардиопатии.

г) При ИБС с сердечной недостаточностью.

д) Во всех вышеперечисленных случаях.

59. Высокий остроконечный зубец Р в отведениях III, aVF отмечается:

а) При тромбоэмболии легочной артерии.

б) При миксоте правого предсердия.

в) При хронических неспецифических заболеваниях легких.

г) Во всех перечисленных случаях.

д) Ни при одном из перечисленных случаев.

60. При комбинированной гипертрофии левого и правого предсердий обычно не встречается:

а) Уширенный, двугорбый Р в I и aVL отведениях.

б) Увеличение отрицательной и положительной фазы зубца Р в отведениях V1-V2.

в) Индекс Макруза меньше или равен 1,6 (отношение продолжительности зубца Р к сегменту PQ).

г) Амплитуда зубца Р в отведениях III, aVF, равная 2,5 мм.

д) Ничего из перечисленного.

е) Все перечисленное.

Ситуационная задача № 1

Мужчина 35 лет, поступил в клинику в ноябре с жалобами на выраженную одышку, усиливающуюся при небольшой физической нагрузке, ночные приступы удушья, головокружение, выраженную слабость. В анамнезе: В марте сего года возник сухой кашель, чаще ночью, умеренная одышка при ходьбе, подъеме на лестницу. Появлению этих симптомов за две недели предшествовало охлаждение. Несмотря на проводимую терапию одышка нарастала, присоединились ночные приступы удушья. Больной был госпитализирован в терапевтическое отделение – диагностировано, со слов больного, увеличение размеров сердца, сердечная недостаточность. Стационарное лечение улучшало состояние больного лишь на короткий срок. До настоящей госпитализации дважды по месяцу находился в терапевтическом отделении по месту жительства. Больной не курит, алкоголь употребляет редко. Страдает эрозивным гастритом в течении 9 лет. Отец скончался в 40-летнем возрасте от кардиальной патологии. Объективно: кожные покровы бледные, акроцианоз, невыраженные отеки нижних конечностей. Границы относительной сердечной тупости расширены во все стороны, тоны глухие, систолический шум на верхушке, ритм правильный, АД 110/80 мм.рт.ст., пульс 100 в 1 минуту, слабого наполнения и напряжения. Над легкими ослабленное везикулярное дыхание, мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах, число дыханий в минуту 22 Живот мягкий, печень выступает из-под реберной дуги на 2 см. При обследовании: общий анализ крови-эритроциты: $3,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 98 г/л, цветной показатель– 0,7, лейкоциты – $7,5 \times 10^9/л$, СОЭ – 20 мм/час. Общий анализ мочи без патологии. Биохимический анализ крови: ПТИ 90%, креатинин 0,36 ммоль/л, билирубин 22,7 ммоль/л, сахар 4,4 ммоль/л. ЭКГ: трепетание предсердий, правильная форма, 3:1, диффузные изменения миокарда. ЭхоКГ – дилатация всех камер сердца, фракция выброса левого желудочка 21%. Митральная недостаточность II- III степени. О каких заболеваниях может идти речь? Лечение заболевания наиболее вероятного с вашей точки зрения?

Ситуационная задача № 2

Больной, 62 лет, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на одышку при небольшой физической нагрузке, головокружение, обмороки при ходьбе, иногда сжимающие боли в области сердца. Из анамнеза известно, что в детстве часто болел ангинами, подозревали порок сердца. 30 лет назад у больного впервые появилась одышка при физической нагрузке, диагностирован ревматический митрально-аортальный порок сердца. Последние 18 лет стали возникать синкопальные состояния при физической нагрузке, боли в области сердца, присоединились пароксизмы мерцательной аритмии. Со временем диагноз ревматического порока был заменен диагнозом ИБС стенокардия напряжения. Больной периодически принимает кардикет, отмечает на его фоне учащение приступов нарушения ритма и обмороки. Семейный анамнез: отец внезапно умер в возрасте 47 лет. Объективно: кожные покровы обычной окраски. Над легкими выслушивается ослабленное везикулярное дыхание. Границы относительной сердечной тупости не расширены, верхушечный толчок разлитой, усиленный, тоны сердца приглушены, над всей поверхностью грудной клетки выслушивается грубый систолический шум, ритм правильный, ЧСС 65 в мин., АД 110/80 мм.рт.ст.. Живот мягкий, печень не выступает из-под края реберной дуги .

При обследовании: общий анализ крови-эритроциты: $3,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 148 г/л, лейкоциты – $7,5 \times 10^9/л$, СОЭ – 20 мм/час. Общий анализ мочи без патологии. Биохимический анализ крови: ПТИ 90%, креатинин 0,36 ммоль/л, билирубин 22,7 ммоль/л, сахар 4,4 ммоль/л

ЭКГ: ритм синусовый 60 в минуту. Эос отклонена влево. Признаки гипертрофии миокарда левого желудочка. Глубокий зубец Т V 3- V6.

Эхокг. АО – 35 мм, ЛП – 41 мм, МЖП – 20 мм, ЗСЛЖ – 13 мм, КДР – 4,1 мм, КСР – 2,1 мм, ФВ – 73 %. Признаки обструкции выносящего тракта ЛЖ-систолическое смещение вперед передней створки митрального клапана, митрально-септальный контакт, частичное прикрытие аортальных створок в систолу. Митральная регургитация 1 степени.

О каких заболеваниях может идти речь?

Лечение заболевания наиболее вероятного с вашей точки зрения?

Ситуационная задача № 3

Больной М., 46 лет, поступил в кардиологическое отделение в октябре 2006 года с жалобами на одышку при незначительных физических нагрузках, в последнее время - в покое, «перебои» в работе сердца, общую слабость, отеки голеней, тяжесть в правом подреберье.

Ранее ничем не болел. Вышеописанная симптоматика появилась и нарастала в течение 4 Состояние при поступлении средней тяжести. Акроцианоз, умеренные отеки голеней. Левая граница относительной сердечной тупости смещена влево до передней подмышечной линии. Тоны сердца глухие, ритм неправильный, ЧСС 98 в мин., пульс 84 в мин. В легких аускультативно – влажные хрипы в нижних отделах с обеих сторон. ЧДД- 28 в мин. Печень выступает из-под реберной дуги на 6 см. На рентгенограмме грудной клетки - резкое увеличение размеров сердца за счет расширения всех камер. На ЭКГ – фибрилляция предсердий, желудочковая экстрасистолия, низкий вольтаж в стандартных отведениях. В отведениях VI -V3 высокоамплитудные комплексы типа QS, блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса.

На фоне терапии состояние улучшилось, был выписан на работу. В декабре 2007 года повторно был госпитализирован в связи с значительным ухудшением самочувствия: прогрессировали симптомы тотальной сердечной недостаточности, резко снизилась толерантность к нагрузкам, появились приступы удушья по ночам. За 2 дня до поступления усилилась одышка, появился кашель с выделением кровянистой мокроты, сопровождавшийся болями, чувством стеснения в груди, резкой слабостью.

О каких заболеваниях может идти речь?

Лечение заболевания наиболее вероятного с вашей точки зрения?

Ситуационная задача № 4

Больной М., 42 лет поступил с жалобами на выраженные распирающие боли в области сердца, не купирующиеся нитратами, частично купирующиеся наркотическими анальгетиками, чувством «нехватки воздуха». Заболел остро, на фоне полного здоровья, без видимой причины появилась резкая боль в грудной клетке и одышка, сопровождающаяся снижением АД и цианозом лица. В экстренном порядке госпитализирован. В течение ряда лет отмечает подъемы АД.

При поступлении состояние тяжелое, кожные покровы бледно-розовые, акроцианоз, цианоз губ, отеков нет. Над легкими: ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 14 в мин. Границы относительной сердечной тупости смещены влево, аускультативно: I тон ослаблен верхушке, ритм правильный, ЧСС - 85 в мин, АД – 138/80 ЭКГ – Ритм синусовый, ЧСС – 60 в мин, Эл. ось – не отклонена, Признаки гипертрофии

левого желудочка, умеренные изменениями миокарда нижней стенки ЛЖ.
Эхо КГ – АО – 48,0 мм (расслоение), ЛП – 38,0 мм, ПЖ – 30 мм, ПП – 30*47 мм, КДР – 51 мм, МЖП – 12,8 мм, ЗСЛЖ – 11,0 мм, ФВ – 47%. Давление в легочной артерии 46 мм.рт.ст. В полости перикарда 120 мл жидкости. Парадоксальное движение МЖП. Отмечается наличие сообщения по ходу расслоения между истинным и ложным каналами. Дилатация правых камер сердца, снижение сократительной функции миокарда ЛЖ, гипокинез задней стенки в базальном сегменте. Аортальная регургитация I - II ст. Легочная гипертензия 46 мм.рт.ст. Небольшой перикардиальный и левосторонний плевральный выпот.

О каких заболеваниях может идти речь?

Лечение заболевания наиболее вероятного с вашей точки зрения?

Ситуационная задача № 5

Больной Л., 24 лет жалуется на умеренные постоянные ноющие боли в области сердца, не купирующиеся нитратами, не связанные с физической нагрузкой, «перебои» в работе сердца, сердцебиение, ознобы, потливость в ночное время, выраженную общую слабость, снижение работоспособности. Считает себя больным в течение месяца, когда после перенесенной ангины стал отмечать вышеуказанные жалобы. Самостоятельно принимал ципролет с кратковременным положительным эффектом.

Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела – 37,6 °С, кожные покровы бледные, гиперемия лица, отеков нет. Над легкими: везикулярное дыхание, хрипов нет.

ЧДД – 14 в мин. Границы относительной сердечной тупости смещены влево,

аускультативно: тоны ослаблены, ритм нарушен единичными экстрасистолами, ЧСС – 105 в мин, АД – 108/60 мм.рт.ст.

Общий анализ крови: Эр – 3,8*10¹²/л, Нв – 131 г/л, цв.пок – 0,9, Л – 12,1 * 10⁹, с/я – 68%, п/я – 16%, л – 10%, э – 2%, м – 4%; СОЭ – 22 мм/ч

ЭКГ – Ритм синусовый, вольтаж снижен, ЧСС – 100 в мин, Эл. ось – не отклонена,

Диффузные изменения миокарда, единичные желудочковые экстрасистолы.

1 О каких заболеваниях может идти речь?

2 Какие дополнительные методы исследования должны быть проведены с целью дифференциальной диагностики?

3 Лечение заболевания, наиболее вероятного, с Вашей точки зрения?

Ситуационная задача № 7

Больная Л., 49 лет, поступила на лечение в кардиологическое отделение с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, усиливающуюся при разговоре, периодическое покашливание, отеки ног, тяжесть в правом подреберье, боли в области сердца, слабость, потливость.

Около 12 лет страдает ревматизмом с сформировавшимся стенозом митрального клапана. Находится под наблюдением у ревматолога. Последние два года не наблюдается и лечения не получает.

Объективно: состояние, тяжелое, ортопноэ, цианоз губ, в легких – в нижних отделах крепитация, ЧДД 25 в мин. Границы сердца расширены вверх и вправо, полифония I тона, ритм хаотичный, ЧСС – 110 в мин, пульс – 78 в мин, слабого наполнения и напряжения, АД 120/80 мм.рт.ст. Живот мягкий безболезненный, размеры печени по Курлову 12*11*8 см., массивные отеки голеней и стоп.

На фоне проводимой терапии (иапф, диуретики, сердечные гликозиды) состояние больной

улучшилось. Накануне выписки, после проведения утреннего туалета, больная почувствовала резкую общую слабость, интенсивную боль за грудиной, одышку, головокружение, появился кашель с прожилками крови.

Объективно: кожные покровы влажные, выраженный цианоз, ЧДД – 25 в мин, в легких – влажные хрипы. Ритм сердца нарушен, ЧСС – 120 в мин, акцент II тона над легочной артерией, АД 90/60 мм.рт.ст. ЭКГ – Эл ось отклонена вправо, ЧСС – 120 в мин, ритм нарушен, зубец Р отсутствует, уширение QRS в V1 – V2, S I, Q III, подъем ST в III отведении.

- 1 О каких заболеваниях может идти речь?
- 2 Какие дополнительные методы исследования должны быть проведены с целью дифференциальной диагностики?
- 3 Лечение заболевания, наиболее вероятного, с Вашей точки зрения?

Ситуационная задача № 8

Больная К., 45 лет, обратилась к участковому врачу с жалобами на одышку при небольшой физической нагрузке, сердцебиение, «перебои» в работе сердца, выраженную слабость. Из анамнеза: с детства страдала частыми ангинами. Наблюдалась у ревматолога. Последние 15 лет лечения не получала. 1,5-2 года отмечает появление и нарастание одышки, снижение толерантности к физической нагрузке, 2 месяца назад появились сердцебиение и «перебои» в работе сердца.

Объективно: кожные покровы бледные, румянец щек с цианотичным оттенком, акроцианоз. Границы относительной сердечной тупости расширены вверх и вправо; при аускультации – деятельность сердца аритмичная, в зоне верхушки сердца определяется хлопающий, полифоничный I тон, щелчок открытия митрального клапана, диастолический шум; пульс 107 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, аритмичный, дефицит пульса – 7; АД 115/ 70 мм. рт.ст. Аускультативно над легкими – ослабленное везикулярное дыхание, в нижних отделах с обеих сторон крепитация.

Общий анализ крови и мочи - патологии не выявлено.

На ЭКГ: электрическая ось сердца отклонена вправо. Ритм – мерцательная аритмия, тахисистолическая форма; признаки гипертрофии левого предсердия и правого желудочка.

- 1 О каких заболеваниях может идти речь?
- 2 Какие дополнительные методы исследования должны быть проведены с целью дифференциальной диагностики?
- 3 Лечение заболевания, наиболее вероятного, с Вашей точки зрения?

Ситуационная задача № 9

Больная М., 36 лет, находится в родильном доме 2 – е сутки после кесарева сечения. Утром, после посещения туалета стала отмечать одышку с затрудненным вдохом, сухой кашель. На следующий день одышка стала нарастать, присоединились интенсивные боли за грудиной жгучего характера, усиливающаяся при дыхании, кашле, поднялась температура тела до 38°C.

При объективном осмотре: лежит на койке с низким изголовьем, кожные покровы бледно – пепельного оттенка, цианоз ногтевых лож. Число дыхательных движений 25 в минуту, аускультативно в легких крепитация с обеих сторон. Границы относительной сердечной тупости смещены вправо. Акцент II тона над легочной артерией. Ритм учащен ЧСС = 110 в минуту. АД 90 /60 мм.рт.ст.

По данным имеющегося обследования: в ОАК – Эритро: $3,4 \times 10^{12}/л$, Hb 133 г/л, ц.п – 0,9, лейко – $12,5 \times 10^9/л$, баз – 2%, эоз – 2%, п/я – 11%, с/я – 73%, л – 10%, м – 2%, СОЭ – 25 мм/час. На ЭКГ

– ритм синусовый, ЧСС 110 в минуту, SI – QIII, подъем сегмента ST и отриц Т в III, AVF, V1-V3. блокада правой ножки пучка Гиса.

На R – грамме органов грудной клетки: очаговое затемнение клиновидной формы, высокое стояние купола диафрагмы.

1 О каких заболеваниях может идти речь?

2 Какие дополнительные методы исследования должны быть проведены с целью дифференциальной диагностики?

3 Лечение заболевания, наиболее вероятного, с Вашей точки зрения?

Ситуационная задача 10

Больная Б. 38 лет предъявляет жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке, быструю утомляемость, слабость, эпизоды удушья, возникающие в горизонтальном положении, отеки голеней и стоп. В возрасте 17 лет был выявлен ревматический порок сердца - недостаточность митрального клапана.

При осмотре: состояние тяжелое. Акроцианоз. Отеки голеней и стоп. ЧДД - 24 в минуту. При сравнительной перкуссии легких справа ниже угла лопатки отмечается притупление перкуторного звука. При аускультации ослабленное везикулярное дыхание, в нижних отделах - небольшое количество влажных мелкопузырчатых хрипов. Левая граница сердца - на 3 см снаружи от среднеключичной линии в VI межреберье. Аускультативная картина соответствует имеющемуся пороку. Ритм сердечных сокращений неправильный, ЧСС - 103 удара в минуту. АД - 110/65 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме за счет ненапряженного асцита, мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 13×12×10 см. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, край ее закруглен, слегка болезненный.

На ЭКГ ритм неправильный, зубцы Р отсутствуют.

Вопросы: 1. Выделите ведущий синдром.

2. Установите предварительный диагноз.

3. Наметьте план обследования пациента на первом этапе.

4. Определите тактику лечения.

5. К какому специалисту необходимо направить пациентку и с какой целью?

Ситуационная задача 11

Больной Л. 16 лет предъявляет жалобы на головные боли, носовые кровотечения, боли в ногах после длительной ходьбы.

При осмотре отмечается гиперстеническая конституция больного, развитый плечевой пояс, гиперемия лица. Пульс на лучевой артерии напряжен, ритмичный с частотой 64 в минуту, симметрично с обеих сторон. Левая граница сердца на 2 см снаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца звучные, ясные, на всех точках аускультации выслушивается грубый систолический шум, проводящийся на сосуды шеи и в межлопаточное пространство, акцент II тона на аорте. АД на плечевой артерии - 170/110 мм рт. ст., на бедренной артерии - 150/80 мм рт. ст. с обеих сторон.

Вопросы: 1. Выделите и обоснуйте ведущий синдром.

2. Установите предварительный диагноз.

3. Наметьте план обследования пациента на первом этапе.

4. Определите круг дифференциального диагноза.

5. Определите тактику лечения.

Ситуационная задача 12

Больная А. 38 лет поступила по скорой помощи в приемное отделение стационара с жалобами на пульсирующую головную боль, сопровождающуюся чувством сдавления головы, сердцебиением, потливостью, ознобом. За последние 6 месяцев отмечает похудание на 4 кг. Измеряла АД нерегулярно.

В анамнезе за последние 8 месяцев - частые гипертонические кризы, купированные врачами скорой помощи (препараты не помнит). Постоянно гипотензивной терапии не принимала, но при повышении АД свыше 170/100 мм рт. ст. принимала Каптоприл 25 мг внутрь без выраженного эффекта.

При осмотре: АД – 220/130 мм рт. ст., ЧСС – 180 ударов в минуту. Температура тела - 37,8°C, бледность кожных покровов, тремор, похолодание кистей рук, светобоязнь.

Отмечалось кратковременное синкопальное состояние.

Проведена терапия внутривенным медленным введением препарата Урапидил со снижением АД в течение часа до 160/90 мм рт. ст.

Вопросы: 1. Выделите ведущие синдромы.

2. Установите предварительный диагноз.

3. Наметьте план обследования пациентки на первом этапе.

4. Определите круг дифференциального диагноза.

5. Определите тактику лечения.

Ситуационная задача 13

Больной 75 лет на приеме у врача-терапевта участкового предъявляет жалобы на приступы головокружения, иногда с кратковременной потерей сознания, участвовавшие в течение последнего месяца. Кроме этого, имеется одышка при незначительной физической нагрузке и отеки на ногах, которые появились также около месяца назад и в последующем усиливались. Анамнез: больным себя считает около 10 лет, когда впервые появились сжимающая боль в области сердца и одышка при ходьбе до 200 м, боль эффективно купируется Нитроглицерином. Год назад впервые возник приступ потери сознания в течение нескольких минут, сопровождавшийся непроизвольным мочеиспусканием. В последний месяц аналогичные приступы участились, появилось повышение АД.

Объективно: сознание ясное. Выраженный цианоз губ, граница относительной сердечной тупости сердца смещена влево на 2 см. Тоны сердца глухие, ритмичные.

Временами выслушивается громкий (пушечный) I тон. ЧСС - 34 удара в минуту. АД - 180/100 мм рт. ст. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. Печень выступает из-под реберной дуги на 5 см, край ее плотный, чувствительный при пальпации. Симметричные отеки на ногах до верхней трети голеней.

Представлена ЭКГ (скорость 25 мм/с):



Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Назовите отклонения от нормы, видимые на представленной ЭКГ, и сформулируйте ЭКГ-заключение.

3. Какой синдром является ведущим в клинической картине данного заболевания?

4. Среди каких сходных состояний требуется провести дифференциальную диагностику?

5. Какой метод купирования данного неотложного состояния, проявляющегося обмороками, является наиболее эффективным?

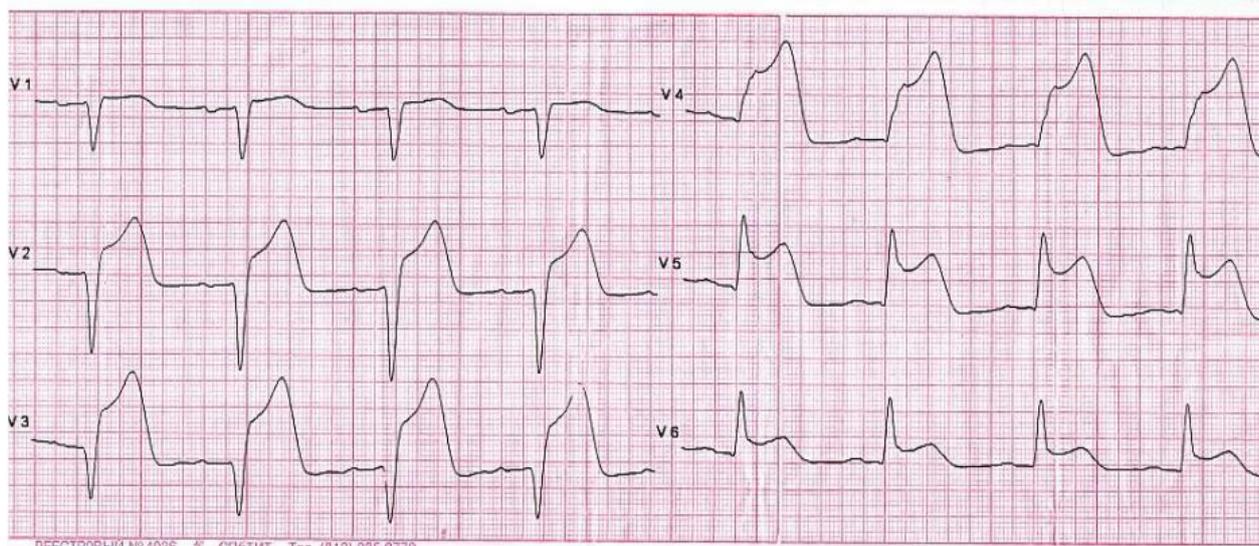
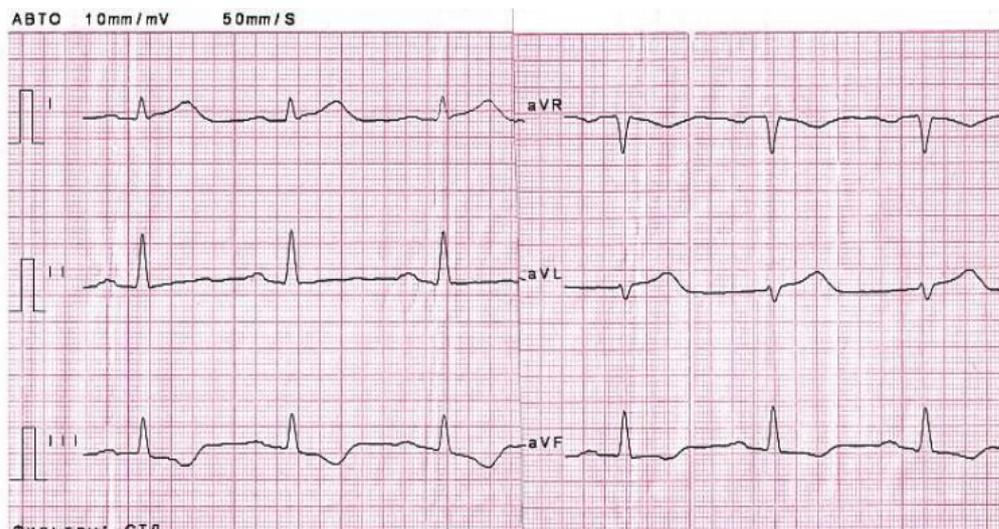
Ситуационная задача 14

В поликлинику обратился мужчина 42 лет с впервые возникшим приступом интенсивной сжимающей загрудинной боли без отчетливой иррадиации, сопровождающейся тошнотой, профузным потоотделением, одышкой. К моменту обращения длительность приступа около 3

часов. Курит много лет, 10-15 сигарет в день. Артериальной гипертензии и других заболеваний сердечно-сосудистой системы, сахарного диабета, неврологических заболеваний, травм головы, коагулопатий и значительных кровотечений в анамнезе нет.

Сознание ясное. Кожные покровы бледные, гипергидроз. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Тоны сердца ритмичны. ЧСС - 90 ударов в минуту, АД - 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена.

Экстренно снята ЭКГ:



Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Назовите отклонения от нормы, видимые на представленной ЭКГ, и сформулируйте ЭКГ-заключение.
3. Какова тактика врача общей практики в данной ситуации?
4. Среди каких неотложных состояний требуется провести дифференциальную диагностику?
5. Какие лабораторные маркеры рекомендуется использовать для подтверждения диагноза?

Ситуационная задача 15

Больной К. 45 лет обратился в поликлинику к врачу-терапевту участковому с жалобами на головокружение, перебои в работе сердца, мелькание «мушек» перед глазами.

В течение 5 лет страдает гипертонической болезнью, эпизодически при повышении АД принимает Каптоприл. Сегодня после тяжелой физической нагрузки (поднял шкаф на 2 этаж) появилось подобное состояние.

Объективно: кожные покровы лица и верхней половины туловища гиперемированы. Тоны сердца аритмичные, ЧСС – 120 ударов в минуту, частые экстрасистолы. АД – 180/100 мм рт. ст. В легких дыхание проводится во все отделы, хрипов не слышно, ЧД – 18 в минуту. Периферических отеков нет.

На ЭКГ: синусовый ритм, прерываемый частыми предсердными экстрасистолами, признаки гипертрофии левого желудочка, ЧСС – 120 ударов в минуту.

Вопросы:

1. Выделите ведущие клинические синдромы.
2. Поставьте диагноз.
3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
4. Выберите препараты для купирования гипертонического криза у данного больного. Обоснуйте свой выбор.
5. Определите плановое лечение гипертонической болезни у данного больного.

Ситуационная задача 16

Больной Ф. 78 лет вызвал врача-терапевта участкового на дом с жалобами на приступы сердцебиения, перебои в работе сердца, которые сопровождаются слабостью, одышкой. Приступы аритмии стали беспокоить последние шесть месяцев, продолжительностью несколько минут, проходят самостоятельно при перемене положения тела. Из анамнеза известно, что последние несколько лет стала снижаться память, редко отмечает повышение АД до 160/90 мм рт. ст. Перенесенные заболевания: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, очаговая пневмония. В настоящее время – пенсионер, работал преподавателем в вузе. Вредных привычек не имеет.

При осмотре состояние больного средней тяжести. Телосложение правильное, рост – 168 см, вес – 70 кг. Форма грудной клетки коническая, дыхание свободное через нос. Заметна пульсация шейных вен. ЧД – 17 ударов в минуту. При перкуссии звук ясный, легочный, границы легких в пределах нормы. При аускультации дыхание жесткое, хрипов нет. Система кровообращения. Границы относительной сердечной тупости: правая – правый край грудины, левая – на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя - верхний край III ребра. При аускультации тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 112 ударов в минуту, дефицит пульса. АД – 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется, размеры по Курлову – 9×8×7 см.

Общий анализ крови и мочи без патологии. В биохимическом анализе крови определяется высокий уровень холестерина.

Записана ЭКГ: зубцы Р во всех отведениях отсутствуют. Между комплексами QRS, мелкие волны «f», частота желудочков 110-150 в минуту.

Вопросы: 1. Какое нарушение ритма у больного?

2. С какими наджелудочковыми аритмиями необходимо провести дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования вы назначите больному? Обоснуйте ответ.
4. На основании каких параметров оценивается риск развития инсульта и системных тромбоэмболий (ТЭО) у данного больного? Является ли необходимым назначение антикоагулянтов у данного больного?
5. Перечислите, что относится к сердечно-сосудистым и другим состояниям, ассоциирующимся с фибрилляцией предсердий. Назовите, какие состояния ассоциируются с развитием фибрилляции предсердий у данного больного.

Ситуационная задача 17

Пациент А.Т. 49 лет, инженер, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на эпизодическое повышение АД до 150/90-160/95 мм рт. ст., сопровождающееся головными болями в затылочной области. По совету своих знакомых при плохом самочувствии, связанном с высоким АД, принимает Эналаприл по 10 мг. Кроме того, в последние 2-3 месяца стал отмечать появление ноющих болей в области икроножных мышц при ходьбе на расстоянии 250-300 метров, купирующихся в покое. Считает себя больным около 2 лет, когда впервые появились вышеуказанные жалобы. Ранее не обследовался. Систематической терапии не получает. Максимальные цифры АД – 170/100 мм рт. ст. Около 10 лет назад была выявлена язвенная болезнь 12-перстной кишки, после курса консервативной терапии обострений больше не было. Другие хронические заболевания отрицает. Курит около ½ пачки в день - 30 лет. Алкоголь употребляет умеренно. Семейный анамнез: мать страдает ИБС, ГБ; отец умер в возрасте 62 лет от инфаркта миокарда. Операций, травм не было.

При физикальном осмотре состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые не изменены. Рост - 172 см, вес - 80 кг, ИМТ – 27 кг/м². Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа б/о. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки звук ясный легочный. Топографическая перкуссия – границы легких в пределах нормы. ЧДД – 18 в минуту. При аускультации легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Границы сердца не изменены. Тоны сердца ясные, акцент 2 тона над аортой. Ритм сердца правильный, прерываемый единичными экстрасистолами. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 150/90 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Поколачивание области почек безболезненное с обеих сторон. Дизурических явлений нет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препараты каких группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Какие комбинации групп гипотензивных препаратов противопоказаны данному пациенту?

Ситуационная задача 18

Больная К. 58 лет страдает артериальной гипертензией (АД – 175/105–160/95 мм рт. ст.). Отмечает повышение АД в течение 18 лет. Постоянно принимает Атенолол 50 мг в сутки, Гидрохлортиазид 25 мг в сутки. За последние десять лет прибавила в весе 30 кг.

Объективно: повышенного питания. Рост - 158 см, вес - 91 кг. Индекс массы тела – 36,5 кг/м². Объем талии - 120 см, объем бедер - 128 см. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Отеков нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 90 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень у реберного края.

Биохимический анализ крови: холестерин общий – 7,2 ммоль/л; триглицериды – 3,12 ммоль/л; ХС-ЛПВП – 0,9 ммоль/л; креатинин – 95,9 мкмоль/л; глюкоза крови натощак – 6,3 ммоль/л; через 2 часа после приема 75 г глюкозы – 9,0 ммоль/л.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-желтый, относительная плотность – 1014, прозрачная, реакция кислая, белок, сахар отсутствуют, лейкоциты – единичные в поле зрения.

Анализ мочи на микроальбуминурию – 200 мг/сутки.

СКФ: 81,7 мл/мин по формуле Кокрофта-Голта.

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС – 70 ударов в минуту, гипертрофия левого желудочка. ЭХО-КГ: клапанной патологии не выявлено, полости сердца не расширены, индекс массы миокарда левого желудочка - 121 г/м², признаки диастолической дисфункции, ФВ – 65%.

- Вопросы:** 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие группы антигипертензивных препаратов Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Правильно ли назначена комбинация бетаблокатор и диуретик? Обоснуйте свой выбор.
5. Через 6 месяцев регулярной антигипертензивной терапии (комбинация Амлодипина в дозе 10 мг/сутки и препарата из группы блокаторов РААС (ингибитор АПФ или антагонист рецепторов к ангиотензину II) + Розувостатин 20 мг/сутки + соблюдение диеты – АД в пределах 120–130/70–80 мм рт.ст., глюкоза натощак – 5,4 ммоль/л, общий холестерин – 5,0 ммоль/л, ТГ – 1,8 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,2 ммоль/л, креатинин – 100 мкмоль/л, СКФ (по формуле Кокрофта-Голта) = 65,3 мл/мин; альбуминурия – 10 мг/сутки. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Ситуационная задача 19

Мужчина 43 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на периодически появляющуюся головную боль в затылочной области. Боли беспокоят около месяца на фоне напряженного рабочего графика (ночные дежурства), курит примерно 20 лет до 15 сигарет в день. Головные боли участились в течение последней недели, при измерении АД 150–160/90 мм рт. ст. Родители страдают гипертонической болезнью, отец в 45 лет перенес инсульт.

Объективно: состояние удовлетворительное. Масса тела повышена по абдоминальному типу, рост - 172 см, вес - 86 кг. Объем талии - 105 см, объем бедер - 92 см. Отеков нет. Аускультативно: дыхание над легкими везикулярное, хрипов нет. ЧД – 18 в мин. Тоны сердца ясные ритмичные, перкуторно границы относительной тупости сердца в пределах нормы. АД – 150/90 мм рт. ст., ЧСС – 92 удара в минуту. Живот мягкий безболезненный, печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный, дизурических явлений нет. Стул в норме.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 145 г/л; эритроциты – $4,9 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты - $7,0 \times 10^9$ /л; СОЭ – 15 мм/час. Общий анализ мочи: относительная плотность - 1018, белок – нет, в моче осадке лейкоциты – 2-4 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий холестерин – 5,3 ммоль/л, мочевиная кислота – 500 мкмоль/л, креатинин – 78 мкмоль/л, глюкоза натощак – 5,8 ммоль/л. Микроальбуминурия: 25 мг/сут.

ЭКГ: ритм синусовый, признаки гипертрофии миокарда ЛЖ, очаговых изменений нет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие группы антигипертензивных препаратов Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Через 6 месяцев регулярной антигипертензивной терапии (комбинация Амлодипина в дозе 5 мг/сутки и ингибитора АПФ Эналаприла 20 мг/сутки) + соблюдение диеты – АД в пределах 120–130/70–80 мм рт. ст., мочевиная кислота – 300 мкмоль/л, креатинин – 78 мкмоль/л; альбуминурия – 0 мг/сутки. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Ситуационная задача 20

Мужчина 57 лет вызвал врача-терапевта участкового на дом. Предъявляет жалобы на интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, левую лопатку. Вышеописанная симптоматика появилась около 2 часов назад после интенсивной

физической нагрузки. Самостоятельно принял 2 таблетки Нитроглицерина – без эффекта. Ранее боли подобного характера никогда не беспокоили.

В анамнезе артериальная гипертензия в течение последних 10 лет с максимальными цифрами артериального давления 200/100 мм рт. ст. Регулярно лекарственные препараты не принимал. Курит по 1 пачке сигарет в день в течение 30 лет. Газоэлектросварщик. Аллергические реакции отрицает.

При объективном обследовании: кожные покровы влажные. В легких перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, АД – 160/100 мм рт. ст., ЧСС – 88 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме.

На ЭКГ зарегистрировано: синусовый ритм, подъем сегмента ST > 0,2 мВ в отведениях II, III, aVF. Транспортная доступность до стационара неотложной кардиологии, располагающего возможностью проведения первичного ЧКВ – 30 минут.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какой должна быть тактика ведения пациента на догоспитальном этапе? Обоснуйте свой выбор.
4. Какой объем медикаментозной помощи должен быть оказан пациенту на догоспитальном этапе?
5. Достаточно ли данных для постановки диагноза? Обоснуйте свой ответ. При необходимости предложите дополнительные методы исследования.

Ситуационная задача 21

Мужчина 59 лет находился на стационарном лечении в кардиологическом диспансере с 1 сентября по 14 сентября по поводу переднего Q-образующего инфаркта миокарда от 1 сентября. Поступал с жалобами на интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в область левой лопатки, одышку, возникшие после стрессовой ситуации. Из анамнеза известно, что в последние 2 года периодически повышалось АД до максимальных цифр 160/90 мм рт. ст. Постоянно лекарственную терапию не получал, эпизодически принимал каптоприл 25 мг. При физической нагрузке периодически возникал дискомфорт в области сердца, одышка. За медицинской помощью не обращался. Курит более 30 лет по ½ пачке сигарет в день.

Семейный анамнез: отец умер от инфаркта миокарда в возрасте 60 лет. Работает машинистом башенного крана.

При поступлении проведена коронароангиография, обнаружена окклюзия передней межжелудочковой артерии, выполнены ЧТКА и эндопротезирование передней межжелудочковой артерии.

В анализах: общий холестерин - 6,36 ммоль/л, ЛПНП - 3,69 ммоль/л, ЛПВП - 1,25 ммоль/л, ТГ - 2,26 ммоль/л, глюкоза натощак – 4,5.

ЭХО-КГ: гипертрофия левого желудочка, увеличение полости левого предсердий. Локальная гипокинезия боковой стенки левого желудочка. Митральная регургитация 2 ст., трикуспидальная регургитация 1 ст. Нарушение диастолической функции левого желудочка ($VE/VA < 1,0$). ФВ – 48%.

Период стационарного лечения протекал без особенностей, после выписки пациент направлен в специализированный кардиореабилитационный стационар, где находился до 30 сентября.

Результаты велоэргометрии: субмаксимальная ЧСС - 137 ударов в минуту достигнута при нагрузке 100 Вт.

Результаты теста с 6-минутной ходьбой: за 6 минут пройдено 412 метров.

30 сентября явился на прием в поликлинику по месту жительства. Боли в сердце не беспокоят, при быстрой ходьбе появляется одышка. Постоянно принимает Аспирин 100 мг/сут, Клопидогрел 75 мг/сут, Аторвастатин 40 мг/сут, Бисопролол 2,5 мг/сут, Лизиноприл 5 мг 2 раза в сутки.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 37 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 16 в минуту. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 150/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. Дизурических расстройств нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Разработайте программу реабилитации на поликлиническом этапе.
4. Оцените данные лабораторных анализов и объективного осмотра пациента, проведите коррекцию медикаментозной терапии.
5. Укажите сроки временной нетрудоспособности. Разработайте план диспансерного наблюдения.

Ситуационная задача 22

Пациент Д. 50 лет обратился в поликлинику с жалобами на частые головные боли, периодическую жажду, сухость во рту, учащенное мочеиспускание днем и до 6 раз последние несколько дней, тяжесть в поясничной области, особенно последние несколько дней после переохлаждения и повышенную утомляемость около недели. Однократно поднималась температура до 37,8°C. Из анамнеза – СД 2 типа 3 года, получает Метформин 2000 мг/сут, глюкоза крови больше 6 ммоль/л натощак не повышается. Гипертоническая болезнь около 5 лет. Принимает Валсартан 40-80 мг/сутки в зависимости от уровня АД. Максимальное повышение АД до 150/90 мм рт. ст. при рабочем 135/80 мм рт. ст. Ведет малоподвижный образ жизни, работает посменно менеджером. Головные боли чаще возникают после ночной смены. У матери гипертоническая болезнь, у отца ИМ. Курит по 5-6 сигарет с течением 10 лет.

При осмотре – повышенного питания. ИМТ – 29 кг/м², объем талии (ОТ) - 100 см. Кожные покровы и слизистые обычной окраски. Перкуторно над легкими звук легочный. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД – 17 в минуту. В сердце тоны ослаблены, ритм правильный, акцент II тона над аортой, ЧСС – 78 ударов в минуту. АД – 135/85 мм рт. ст. (S=D) Язык влажный чистый, живот пальпаторно безболезненный, слегка увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки. Размеры печени не увеличены. Селезенка не увеличена. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Периферическая пульсация на артериях стоп сохранена, не снижена.

В общем анализе крови: эритроциты – 4,4×10¹²/л, гемоглобин – 142 г/л, цветовой показатель – 0,85, лейкоциты - 11×10⁹/л, палочкоядерные - 8%, сегментоядерные - 72%, лимфоциты - 16%, моноциты - 4%. СОЭ - 25 мм/ч.

В общем анализе мочи: удельный вес – 1018, белок – следы, лейкоциты – 20-30 в поле зрения, эритроциты 1-2 в поле зрения.

В биохимическом анализе крови: глюкоза крови - 5,2 ммоль/л, НвА1с - 5,6%, АЛТ - 25 МЕ/л, АСТ - 15 МЕ/л, креатинин - 75 мкмоль/л.

Рентгенография легких – без патологии. ЭКГ – синусовый ритм, признаки гипертрофии левого желудочка, ЧСС – 84 удара в минуту.

УЗИ брюшной полости – печень не увеличена, эхогенность не изменена, желчный пузырь не увеличен, стенка 2 мм, конкрементов нет, поджелудочная железа неравномерно

уплотнена, не увеличена. Почки не увеличены, деформация ЧЛС с обеих сторон, кисти конкрементов нет.

Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Назначьте терапию. Обоснуйте свой выбор.

5. Через 10 дней после лечения нормализовался общий анализ мочи - белка нет, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, нормализовался общий анализ крови - лейкоциты $5 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ - 10 мм/ч. Продолжали оставаться нормальными целевыми АД - 130/80 и гликемия - 5,5 ммоль/л. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Ситуационная задача 23

Больной Г. 26 лет на приеме у врача-терапевта участкового предъявляет жалобы на одышку при небольшой физической нагрузке. В анамнезе - частые ангины в детстве. В возрасте 12 лет у больного был эпизод болей в коленных суставах в течение недели. На фоне приема Диклофенака боли прошли через 1 неделю. В течение последних трех лет отмечает ухудшение переносимости физических нагрузок из-за одышки. Толерантность к нагрузкам резко снизилась за последние 6 месяцев: одышка стала возникать при ходьбе с обычной скоростью. К врачам не обращался. Неделю назад отметил приступ частого неритмичного сердцебиения, купированный самостоятельно через 5 часов.

При осмотре: кожные покровы обычной окраски, отмечается цианоз губ, кончика носа, «румянец» щек, в легких хрипов нет, ЧДД - 24 в минуту, перкуторно - верхняя граница сердца на уровне II межреберья, остальные границы в пределах нормы. На верхушке - трехчленный ритм, хлопающий первый тон, диастолический шум. Тоны ритмичные, ЧСС - 90 ударов в минуту, АД - 100/60 мм рт. ст. Живот безболезненный. Печень: +2 см от края реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Вопросы: 1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.

2. Определите и обоснуйте наиболее вероятную причину заболевания у пациента.

3. Чем обусловлен трехчленный ритм, выявленный при аускультации пациента?

4. Что Вы ожидаете выявить у пациента при ультразвуковом исследовании сердца?

5. Выберите и обоснуйте Вашу дальнейшую врачебную тактику.

Ситуационная задача 24

Больной М. 68 лет пришел на профилактический осмотр, жалоб не предъявляет. Два года назад перенес транзиторную ишемическую атаку. К врачам в дальнейшем не обращался. От приема лекарственных препаратов отказывается, мотивируя нежеланием принимать «химию» и хорошим самочувствием.

В легких при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 19 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичны, шумов нет. ЧСС - 85 ударов в минуту. АД - 190/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень не увеличена. Отеков нет. Индекс массы тела в норме. На ЭКГ синусовый ритм, признаки гипертрофии левого желудочка. В биохимическом анализе крови холестерин - 8,5 ммоль/л.

Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.

2. Какие исследования необходимо назначить больному в первую очередь в данной ситуации?

3. Каковы долгосрочные цели лечения данного пациента?

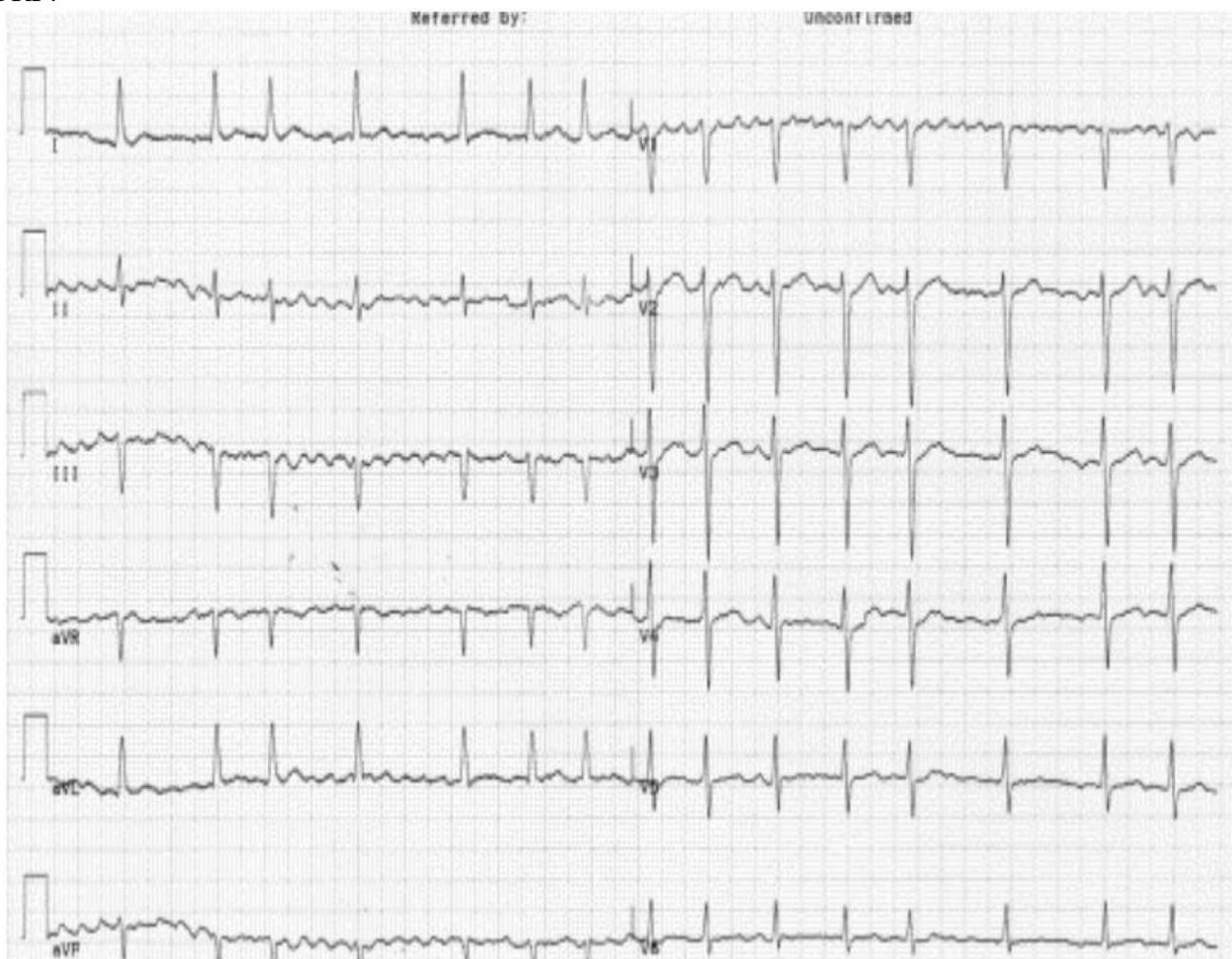
4. Определите оптимальную тактику лечения данного больного.

5. Укажите клинический признак, который требует углубленного дообследования для исключения вторичной (симптоматической) артериальной гипертензии. 20

Ситуационная задача 25

Больная Б. 38 лет поступила в клинику в связи с развитием около 5 дней назад одышки при обычных физических нагрузках, учащенного неритмичного сердцебиения. В детстве страдала частыми ангинами, которые прекратились в подростковом возрасте; тонзиллэктомия не проводилась. Ежегодно переносит острую респираторную вирусную инфекцию (ОРВИ), неоднократно отмечала появление герпетической сыпи на губах. За месяц до появления указанных жалоб перенесла опоясывающий герпес, по поводу которого проводилась симптоматическая терапия. Физические нагрузки переносила хорошо. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 37,2°C, озноба нет. Конституция нормостеническая. Кожные покровы чистые. Отеков нет. ЧД - 22 в минуту, дыхание жесткое в базальных отделах, хрипов нет. ЧСС - 115 ударов в минуту, ритм неправильный, дефицит пульса - до 10 в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. В анализах крови: СРБ - 5,6 мг/л, АСЛО - 125 МЕ/л (норма 0-125 МЕ/л).

ЭКГ:



Вопросы:

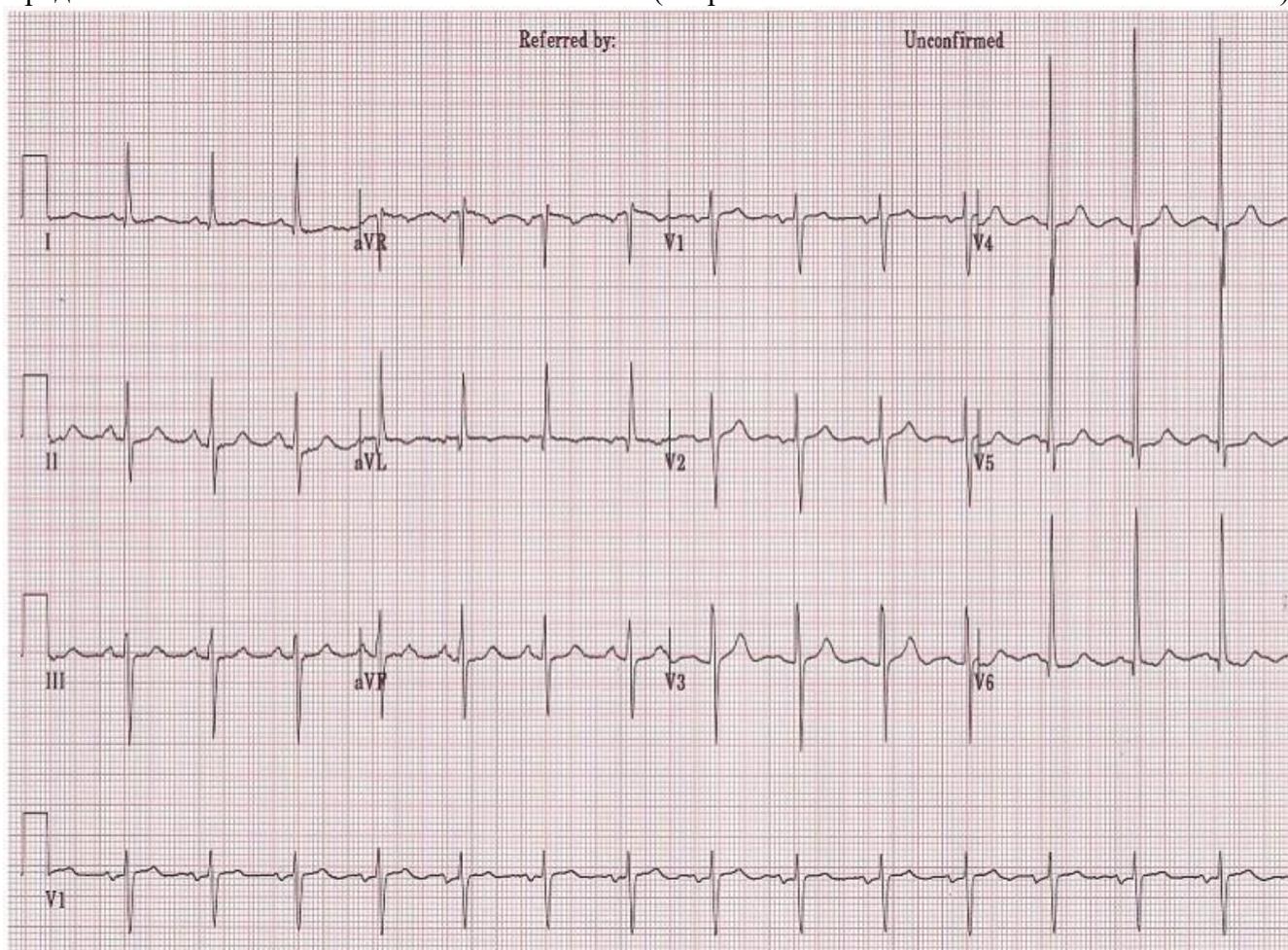
1. Расшифровать ЭКГ, указать, какие изменения Вы видите у пациентки на ЭКГ.
2. Предложите наиболее вероятный диагноз.
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз у данной больной, учитывая клиническую картину и данные ЭКГ?
4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
5. Определите и обоснуйте тактику ведения данной пациентки. Какие первоочередные лечебные мероприятия показаны больной?

Ситуационная задача 26

Больная Д. 56 лет поступила в больницу с жалобами на появление сильной головной боли, головокружения, ощущения пульсации в голове, тошноты, нечеткости зрения. Данные симптомы впервые в жизни появились шесть месяцев тому назад на фоне стресса. Была доставлена в больницу, где впервые было обнаружено повышение АД до 180/120 мм рт. ст. Наблюдалась в дальнейшем у врача-терапевта участкового, принимала гипотензивную терапию. В последнее время АД при нерегулярных измерениях 150/80 мм рт. ст.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Индекс массы тела - 29,7 кг/м². Лицо гиперемировано. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 16 в минуту. Пульс - 96 ударов в минуту, АД - 190/90 мм рт. ст. на обеих руках. Левая граница относительной сердечной тупости смещена на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Отеков на нижних конечностях нет. В общем анализе крови без патологических изменений.

Представлена ЭКГ (скорость 25 мм/с):



Вопросы:

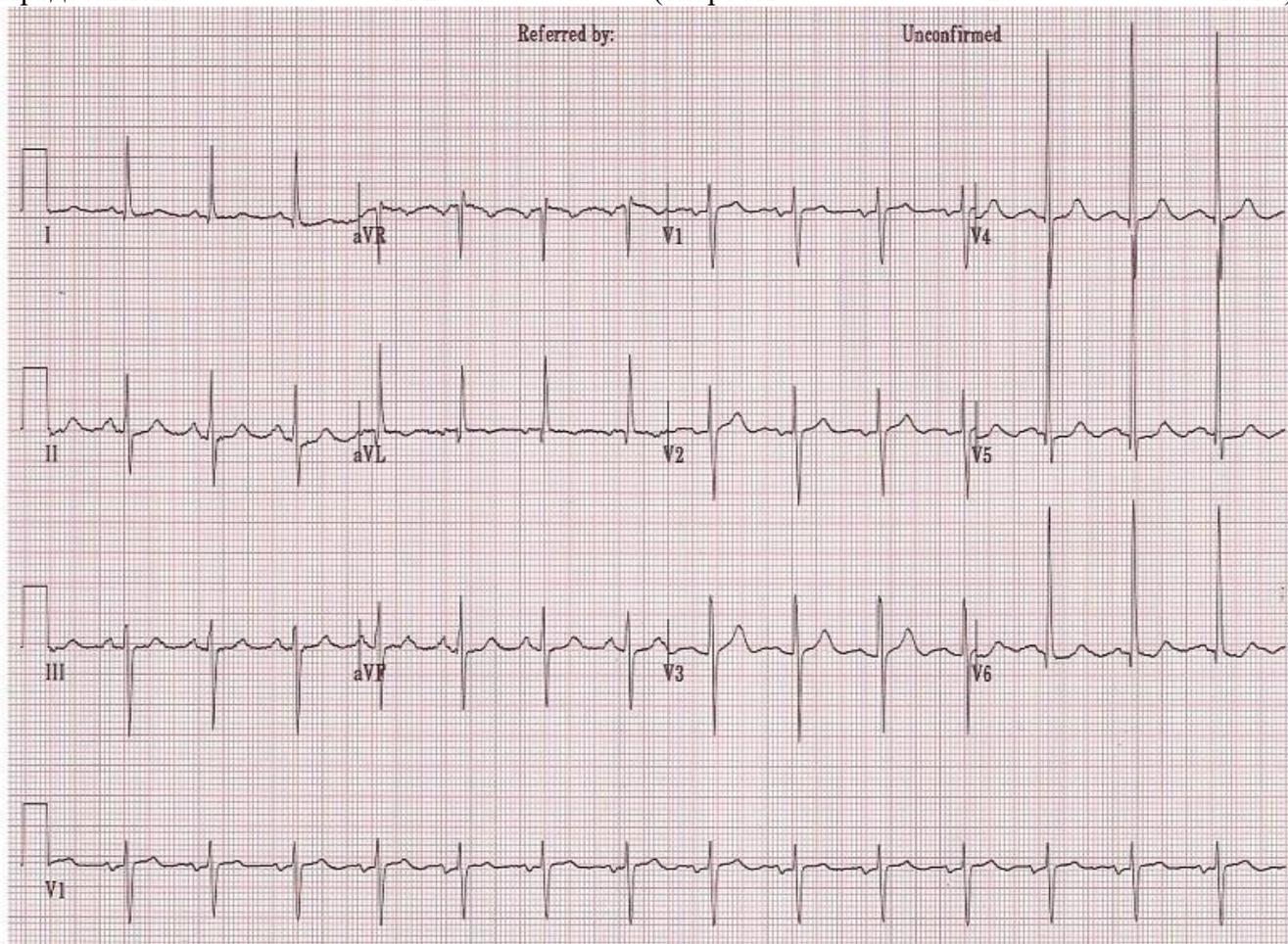
1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Назовите отклонения от нормы, видимые на представленной ЭКГ, и сформулируйте ЭКГ-заключение.
3. Какой синдром является ведущим в клинической картине данного заболевания?
4. Среди каких неотложных состояний требуется провести дифференциальную диагностику?
5. С введения каких препаратов следует начинать купирование данного неотложного состояния?

Ситуационная задача 27

Больной Е. 67 лет был экстренно направлен врачом-терапевтом участковым в больницу с жалобами на удушье, стеснение в груди, сухой кашель. Анамнез: в течение последних 15 лет страдает гипертонической болезнью, систематически не лечится. Вышеописанные жалобы появились впервые внезапно ночью во время сна.

Объективно: состояние тяжелое. Положение ортопноэ, разлитая бледность кожных покровов с цианозом губ, акроцианоз. Дыхание хриплое, ЧДД - 40 в минуту. В легких по всем полям разнокалиберные влажные хрипы. Пульс - 120 ударов в минуту, ритмичен, напряжен. АД - 180/120 мм рт. ст. Левая граница сердечной тупости смещена латерально на 2 см. Тоны сердца выслушиваются с трудом из-за хрипов в легких. Печень не пальпируется, отеков нет. Температура тела нормальная.

Представлена ЭКГ (скорость 25 мм/с):



Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Назовите отклонения от нормы, видимые на представленной ЭКГ, и сформулируйте ЭКГ-заключение.

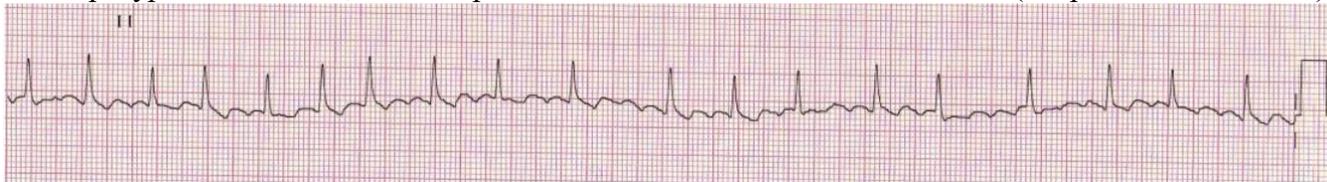
3. Какой синдром является ведущим в клинической картине данного заболевания? 23

4. Среди каких неотложных состояний требуется провести дифференциальную диагностику?
5. С введения каких препаратов следует начинать купирование данного неотложного состояния?

Ситуационная задача 28

Пациент К. 50 лет обратился к врачу-терапевту участковому в связи с впервые возникшим приступом сердцебиения, сопровождающимся мышечной дрожью, слабостью, незначительным затруднением дыхания. Приступ возник около 2 часов назад при сильном эмоциональном стрессе. Ранее при регулярной диспансеризации никаких заболеваний выявлено не было, АД было всегда в пределах нормы. На ранее снятых ЭКГ без патологических изменений. Весьма значительные физические нагрузки переносит хорошо.

При осмотре: сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски и влажности. В легких везикулярное дыхание, ЧДД - 18 в минуту. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца аритмичные, шумов нет, ЧСС - 144 удара в минуту, пульс - 108 в минуту. АД - 130/80 мм рт. ст. Печень не увеличена. Периферические отеки отсутствуют. Температура тела 36,9°C. Представлена ЭКГ отведение II (скорость 25 мм/с):



- Вопросы:**
1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
 2. Назовите отклонения от нормы, видимые на представленной ЭКГ, и сформулируйте ЭКГ-заключение.
 3. Какой синдром является ведущим в клинической картине данного заболевания?
 4. Среди каких сходных состояний требуется провести дифференциальную диагностику?
 5. С введения каких препаратов следует начинать купирование данного неотложного состояния?

Ситуационная задача 29

Больному 52 лет поставлен диагноз «ишемическая болезнь сердца (ИБС), стенокардия напряжения стабильная, ФК II». С 30 лет страдает атопической бронхиальной астмой средней тяжести. В качестве базисной терапии получает Серетид ингаляционно. Приступы астмы купируются Сальбутамолом. По поводу ИБС начал получать Метопролол по 25 мг 2 раза в день. На второй день начала приема Метопролола у больного участились приступы астмы, наблюдается снижение пиковой объемной скорости выдоха.

Вопросы:

1. Предположите причину учащения приступов астмы и снижения пиковой скорости выдоха.
2. Предположите альтернативные антиангинальные препараты в данной ситуации.
3. Какие нежелательные эффекты может вызвать Верапамил?
4. При ЭХО-кардиографии у больного обнаружена фракция выброса 35%. Верапамил отменен. Предложите антиангинальную терапию.
5. Бисопролол также обладает отрицательным инотропным действием. Будет ли латентная сердечная недостаточность противопоказанием к применению Бисопролола?

Ситуационная задача 30

Больной 65 лет с диагнозом «гипертоническая болезнь II степени, ИБС, стенокардия напряжения стабильная, ФК II, гиперлипидемия (ОХС – 6 ммоль/л, ЛПНП – 4 ммоль/л, 24

ЛПВП – 1,0 ммоль/л), хроническая сердечная недостаточность (ХСН) II стадия, ФК II». АД – 135/95 мм рт. ст., имеется фибрилляция предсердий, постоянная форма, ЧСЖ – 85 ударов в минуту.

Больной получает лечение: Эналаприл по 5 мг 2 раза, Нифедипин по 10 мг 2 раза, Изосорбитадинитрат пролонгированный 40 мг 2 раза, Гипотиазид 25 мг 1 раз утром, Дигоксин 0,25 мг 1 раз в сутки, Верапамил по 120 мг 3 раза.

Состояние больного не улучшается.

Вопросы:

1. Оцените обоснованность получаемых препаратов.
2. Какая группа препаратов является важнейшей при ИБС, ХСН и фибрилляции предсердий?
3. Какие осложнения возможны при постоянной форме фибрилляции предсердий? Какие меры профилактики должны быть предприняты?
4. Какой антикоагулянт необходим? Каковы меры контроля эффективности и безопасности?
5. Каковы меры по борьбе с гиперлипидемией у больного?

Ситуационная задача 31

Мужчина 55 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли сжимающего характера за грудиной, возникающие при ходьбе на расстояние 200 метров или при подъеме на один пролет лестницы, иррадиирующие в левое плечо, проходящие через 3-5 минут после остановки. Нитроглицерином не пользовался. Беспокоит также одышка при обычной физической нагрузке, утомляемость, которая появилась несколько недель назад.

Из анамнеза известно, что аналогичные боли беспокоят в течение полутора лет. В начале они возникали на большую, чем сейчас нагрузку, но последние несколько месяцев носят описанный выше характер. Больной получает Бисопролол 5 мг в сутки и Кардикет 40 мг 2 раза в сутки. На этом фоне приступы сохраняются. Курил в течение 20 лет по ½ пачки в день. Бросил курить 5 лет назад.

Семейный анамнез: отец внезапно умер в возрасте 59 лет.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 24 кг/м². Окружность талии – 96 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 130/85 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Периферических отеков нет. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: общий холестерин – 6,5 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 3,5 ммоль/л, ТГ – 2,7 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,1 ммоль/л, креатинин – 96 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) – 86,6 мл/мин.

На ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС – 82 удара в минуту, нормальное положение ЭОС, соотношение зубцов R и S в грудных отведениях не нарушено.

Выполнена ВЭМ – проба прекращена на нагрузке 75 Вт из-за появления дискомфорта в грудной клетке и депрессии ST на 2 мм в отведениях V4, V5, V6. «Двойное произведение» составило 195.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Больному проведена ЭХО-кардиография. Фракция выброса составила 40%. Какие лечебные мероприятия необходимо назначить пациенту? Обоснуйте свой выбор.
5. Проведена коронарография. Обнаружен стеноз ствола левой коронарной артерии 70%. Какова тактика дальнейшего ведения пациента? Обоснуйте Ваш выбор.

Ситуационная задача 32

Мужчина 47 лет вызвал бригаду скорой помощи в связи с появлением давящей боли за грудиной. Боль появилась 40 минут назад, в покое, не купировалась 2 дозами Изокета. Пациент отмечает выраженную слабость, потливость. Ранее боли за грудиной не беспокоили,

Ситуационная задача 33

Мужчина 55 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли сжимающего характера за грудиной, возникающие при ходьбе на расстояние 200 метров или при подъеме на один пролет лестницы, иррадиирующие в левое плечо, проходящие через 3-5 минут после остановки. Нитроглицерином не пользовался. Беспокоит также одышка при обычной физической нагрузке, утомляемость, которая появилась несколько недель назад.

Из анамнеза известно, что аналогичные боли беспокоят в течение полутора лет. В начале они возникали на большую, чем сейчас нагрузку, но последние несколько месяцев носят описанный выше характер. Больной получает Бисопролол 5 мг в сутки и Кардикет 40 мг 2 раза в сутки. На этом фоне приступы сохраняются. Курил в течение 20 лет по ½ пачки в день. Бросил курить 5 лет назад.

Семейный анамнез: отец внезапно умер в возрасте 59 лет.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ – 24 кг/м². Окружность талии – 96 см. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 130/85 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Периферических отеков нет. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: общий холестерин – 6,5 ммоль/л, ХС-ЛПНП – 3,5 ммоль/л, ТГ – 2,7 ммоль/л, глюкоза натощак – 5,1 ммоль/л, креатинин – 96 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕП) – 86,6 мл/мин.

На ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС – 82 удара в минуту, нормальное положение ЭОС, соотношение зубцов R и S в грудных отведениях не нарушено.

Выполнена ВЭМ – проба прервана на нагрузке 75 Вт из-за появления дискомфорта в грудной клетке и депрессии ST на 2 мм в отведениях V4, V5, V6. «Двойное произведение» составило 195.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Больному проведена ЭХО-кардиография. Фракция выброса составила 40%. Какие лечебные мероприятия необходимо назначить пациенту? Обоснуйте свой выбор.
5. Проведена коронарография. Обнаружен стеноз ствола левой коронарной артерии 70%. Какова тактика дальнейшего ведения пациента? Обоснуйте Ваш выбор.

Ситуационная задача 34

Больной М. 66 лет вызвал врача-терапевта участкового на дом. Диагноз «ИБС, стенокардия напряжения ФК III. Постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда в 2013 году), коронаросклероз (коронарография в 2013 г., 2014 г.). Постоянная форма фибрилляции предсердий. Гипертоническая болезнь III ст. Риск ССО 4. ХСН II Б, ФК III». Жалобы на одышку при обычной физической нагрузке и в покое, кашель, преимущественно в горизонтальном положении и ночью, отеки нижних конечностей.

При осмотре АД - 120/70 мм рт. ст., PS – 60 ударов в минуту, при аускультации легких отмечаются влажные хрипы с обеих сторон, отеки стоп и голеней.

ЭКГ: фибрилляция предсердий, ЧСС – 65 ударов в минуту, отклонение ЭОС влево, признаки рубцовых изменений левого желудочка (инфаркт миокарда в анамнезе).

ЭХО-КГ: общая сократимость миокарда левого желудочка снижена (ФВ=30%).

Биохимия крови: АСАТ – 45 ед/л, АЛАТ – 39 ед/л, креатинин – 98 мкмоль/л, ОХС – 4,5 ммоль/л, ТГ – 1,4 ммоль/л, ЛВП – 1,0 ммоль/л, глюкоза – 4,5 ммоль/л, К⁺ – 4,0 ммоль/л.

На момент осмотра пациент получает: Верошпирон 25 мг 1 раз в день; Бисопролол 5 мг 1 раз в сутки; Аторвастатин 40 мг вечером; Дигоксин 0,125 мг 1 раз в день; Варфарин 5 мг 1 раза в день. Больной госпитализирован.

Вопросы:

1. Оцените адекватность выбранной диуретической терапии тяжести состояния пациента.
2. Назовите критерии эффективности диуретической терапии для данного пациента.
3. Укажите комбинацию лекарственных препаратов, сочетание которых усиливает риск брадикардии и АВ-блокады. Перечислите методы контроля безопасности фармакотерапии.
4. Укажите лабораторный показатель и его целевое значение для оценки эффективности и безопасности назначения Варфарина.
5. Изменение каких лабораторных показателей и во сколько раз может свидетельствовать о развитии побочных эффектов на фоне приема статинов?

Ситуационная задача 35

Больной П. 35 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на эпизоды внезапно возникающего головокружения при интенсивной физической нагрузке, эпизод кратковременной потери сознания.

Анамнез: ранее у врачей не наблюдался, хронические заболевания отрицает. Считает себя больным в течение 2 месяцев, когда впервые появились эпизоды головокружения. Накануне вечером после интенсивной нагрузки (переносил мебель) был эпизод кратковременной потери сознания. К врачу не обращался.

Наследственность: отец – внезапная смерть в 43 года.

При осмотре: состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы и слизистые обычной окраски, высыпаний нет. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧД – 14 в минуту. Верхушечный толчок усилен, концентрический. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС – 60 ударов в минуту. В области верхушки и вдоль левого края грудины выслушивается интенсивный систолический шум. АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Стул оформленный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Пациенту снята ЭКГ - ритм синусовый, правильный, ЧСС - 64 в минуту. Отклонение ЭОС влево. $R_{V6} > R_{V5} > R_{V4}$. Индекс Соколова-Лайона - 45 мм.

Вопросы:

1. Предложите план обследования пациента, обоснуйте.
2. Пациенту проведено обследование: ЭХОКГ - полости сердца не расширены, ФВ - 56%. Толщина задней стенки ЛЖ - 13 мм, толщина межжелудочковой перегородки - 18 мм, индекс массы миокарда - 132 г/м². Ваши дальнейшие действия для постановки диагноза. Обоснуйте свой выбор.
3. По результатам самостоятельного контроля АД и СМАД у пациента регистрируются нормальные значения АД. По результатам лабораторноинструментального обследования не выявлено поражения других органов-мишеней, факторов риска нет. Поставьте окончательный диагноз.
4. Обоснуйте диагноз.
5. Назначьте терапию, дайте рекомендации.

Ситуационная задача 36

Женщина 75 лет 21 мая обратилась к врачу с жалобами на сердцебиение. Из анамнеза известно, что 3 месяца назад пациентка перенесла острый нижний инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST; пациентке была выполнена коронарография - выявлен стеноз 28

огибающей ветви 85%, (ПМЖВ стеноз 45%, ОВ 45%), в связи с чем проводились трансбаллонная ангиопластика и стентирование ПКА стентом с лекарственным покрытием. В течение трех лет у пациентки верифицирована постоянная форма фибрилляции предсердий. У пациентки в анамнезе были 2 попытки восстановления ритма с помощью электроимпульсной терапии, которые оказались неуспешными.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, аритмичные. ЧСС - 140 ударов в минуту, пульс - 110 ударов в минуту. АД - 110/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: общий холестерин – 4,8 ммоль/л, ТГ - 2,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,1 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 3,2 ммоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз пациентки.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Перечислите группы препаратов, сроки их применения, которые должны быть рекомендованы для приема пациентке. Обоснуйте их применение.
5. Учитывая жалобы пациентки на сердцебиение, несмотря на прием препаратов, перечисленных в прошлом вопросе, какова дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Ситуационная задача 37

Мужчина 68 лет 18 апреля обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на головную боль, головокружение, мелькание мушек перед глазами. Из анамнеза известно, что 3 месяца назад пациент перенес острый нижний инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST; пациенту была выполнена коронарография – выявлен стеноз правой коронарной артерии 90%, (ПМЖВ стеноз 35%, ОВ 30%), в связи с чем проводилась трансбаллонная ангиопластика и стентирование ПКА стентом с лекарственным покрытием. В течение длительного времени страдает артериальной гипертензией с максимальным повышением цифр артериального давления до 210/110 мм рт. ст., хорошее самочувствие при артериальном давлении 120/70 мм рт. ст.

Вредные привычки: курение в течение 20 лет по 10 сигарет в день.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, гиперемированы. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 190/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: общий холестерин – 5,4 ммоль/л, ТГ – 1,6 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,1 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 3,6 ммоль/л.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Перечислите группы препаратов и сроки их применения, которые должны быть рекомендованы на постоянный прием пациенту. Обоснуйте их применение.
5. Через 2 месяца у пациента появились жалобы на сердцебиение, к врачам не обращался. В течение 5 дней данные жалобы сохранялись, в связи с чем вызвал скорую медицинскую помощь. На ЭКГ зарегистрирована фибрилляция предсердий. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор. 29

Ситуационная задача 38

Пациент Н. 52 лет, водитель, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на приступообразные боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, лопатку, возникающие во время быстрой ходьбы, интенсивной физической нагрузке, сопровождающиеся чувством страха, купирующиеся в покое. Считает себя больным в течение двух месяцев, лечился у врача-невролога с диагнозом "межреберная невралгия". Принимал Анальгин, Диклофенак, физиотерапевтические процедуры – без эффекта. Из анамнеза известно, что около 5 лет страдает артериальной гипертензией с максимальным повышением цифр АД до 175/100 мм рт. ст., постоянную антигипертензивную терапию не получает. Наследственность: отец и старший брат перенесли инфаркт миокарда в возрасте до 55 лет. Вредные привычки: курит в течение 20 лет по 20 сигарет в сутки; алкоголь умеренно употребляет.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Рост - 170 см, вес - 98 кг. ИМТ – 33,91 кг/м². Гиперстеническое телосложение. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Перкуторно над поверхностью легких ясный легочный звук. ЧДД - 17 в минуту. Аускультативно: на верхушке сердца ослабление I тона, над аортой - акцент II тона. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД - 170/100 мм рт. ст. ЧСС - 88 ударов в минуту. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме. В анализах: общий холестерин – 5,6 ммоль/л, ТГ – 2,4 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,9 ммоль/л, ХС-ЛПНП - 3,57 ммоль/л; креатинин – 89 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) = 84 мл/мин. На ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС - 88 ударов в минуту. Гипертрофия миокарда левого желудочка.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие группы лекарственных препаратов необходимо назначить пациенту? Обоснуйте свой выбор.
5. На стресс-ЭХО-КГ выявлено ухудшение сократимости в 4 сегментах. Ваша дальнейшая тактика ведения больного?

Ситуационная задача 39

Пациент Р. 55 лет, слесарь, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в межлопаточное пространство, преимущественно возникающие при быстрой ходьбе или при подъеме по лестнице более чем на один пролет в обычном темпе, купирующиеся приемом 1 таблетки Нитроглицерина сублингвально.

Из анамнеза известно, что впервые загрудинные боли возникли около двух лет назад, с тех пор выраженного прогрессирования заболевания не отмечал. Вредные привычки: курит в течение длительного времени по 2 пачки в сутки; злоупотребляет алкоголем.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Температура тела 36,6 °С. Рост - 162 см, вес - 95 кг. ИМТ – 36,2 кг/м². Гиперстеническое телосложение. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски и обычной влажности. Периферических отеков нет. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. При перкуссии определяется смещение левой границы относительной тупости сердца влево на 0,5 см. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД - 130/80 мм рт. ст. ЧСС - 87 ударов в минуту. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах, увеличен в объеме за счет подкожножирового слоя. Печень 30

не выступает из-под края реберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме.

В анализах: общий холестерин – 6,2 ммоль/л, ТГ – 2,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,8 ммоль/л, ХС-ЛПНП - 4,2 ммоль/л.

На ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС – 76 уд/мин. Отклонение ЭОС влево. Гипертрофия левого желудочка.

Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Назначьте лечение и обоснуйте.

5. При проведении стресс-эхокардиографии выявлено ухудшение локальной сократимости миокарда в 4 сегментах. Ваша тактика ведения.

Ситуационная задача 40

Больной 66 лет страдает приступами стенокардии напряжения при умеренной физической нагрузке в течение 4 лет. С того же времени знает об артериальной гипертензии. Регулярной терапии не получал. Утром проснулся из-за резкой жгучей боли за грудиной, не купируемой Нитроглицерином. Вызвал врача скорой помощи через 2 часа от начала болевого синдрома, когда жгучая боль за грудиной усилилась, стала иррадиировать в левую руку и появилась одышка, перебои в работе сердца.

При осмотре состояние средней тяжести, одышка в покое. Кожные покровы покрыты липким потом, холодные на ощупь, акроцианоз. Пульс - 92 в минуту, аритмичный, 5-6 экстрасистол в минуту, АД - 160/90 мм рт. ст. Тоны сердца глухие, акцент 2 тона на легочной артерии. Частота дыханий - 28 в минуту. Выслушиваются влажные хрипы в нижних отделах легких. Печень у края реберной дуги, периферических отеков нет. Больной был экстренно госпитализирован в отделение реанимации.

На ЭКГ: ритм синусовый, в отведениях V1-4 - подъем сегмента ST 3 мм выше изолинии, одиночная политопная желудочковая экстрасистолия с полной компенсаторной паузой.

Лейкоцитоз - 10,000. Тропонин - 16 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз.

2. Критерии основного диагноза.

3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?

4. Дополнительные методы обследования.

5. Лечебная тактика, выбор препаратов.