



ФГБОУ ВО «СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

КАФЕДРА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ №5

*Методическая разработка
для преподавателя на тему:*

Особенности заболеваний миокарда у лиц старческого возраста.

Тема занятия: «*Особенности заболеваний миокарда у лиц старческого возраста*».

Место проведения занятия: учебная комната, отделение терапии.

Обоснование необходимости изучения темы.

Болезни мышцы сердца довольно часто встречаются в клинической практике. За последние годы достигнуты значительные успехи в их диагностике благодаря применению, в частности, таких новых методов исследования, как эхокардиография и коронарография, а в некоторых случаях и пункционная биопсия миокарда.

В то же время в большинстве случаев решающее значение в распознавании болезней сердечной мышцы имеют клинические и ЭКГ-данные.

Общепринято существование миокардитов, при которых имеют место воспалительные изменения сердечной мышцы различной этиологии. Ошибки в диагностике субклинических форм миокардитов встречаются довольно часто.

Кроме того, существуют изменения в мышце сердца, обусловленные различными метаболическими расстройствами, характерными для каждой конкретной патологии проявлениями (эндогенная патология, заболевания системы крови, авитаминозы, интоксикации и т.д.).

Весьма затруднительная дифференциальная диагностика миокардита и дистрофии миокарда, так как в ряде случаев при явной дистрофии миокарда могут быть признаки воспалительной реакции, а в некоторых случаях миокардита отсутствуют явные признаки воспаления, как клеточной реакции.

Клинико-анатомические сопоставления показали сложность оценки поражения миокарда в ряде случаев. Это привело к появлению термина «миокардиопатия», которым принято называть поражения мышцы сердца неясной этиологии. Клиническая и морфологическая картина кардиомиопатий мало знакомы практическому врачу, и это является одной из причин диагностических ошибок.

Цель занятия:

освоение принципов диагностики, дифференциально-диагностических приемов лечения и профилактики различных видов поражения миокарда с учетом возрастных особенностей.

Задачи занятия

Изучить: общие признаки поражения миокарда по клиническим (симптомам) признакам, а также по данным ЭКГ, ФКГ, ПКГ, БКГ, ЭхоКГ;
клинико-лабораторные признаки воспалительного поражения миокарда;
признаки и методы диагностики миокардиодистрофий с учетом этиологического фактора;
признаки и методы диагностики различных видов миокардиопатий;
освоить принципы дифференциальной диагностики различных форм поражения миокарда;
освоить принципы этиопатогенетической терапии и профилактики заболеваний миокарда.
изучить особенности течения заболеваний миокарда у лиц старческого возраста.

План и организационная структура занятия.

№ п/п	Этапы занятия	Время мин	Уровень усвоения	Место практ-х занятий	Оснащение
1.	Организационные мероприятия.	5'		Учебная комната	Журнал учета
2.	Контроль исходного уровня знаний аспирантов.	15'		----//----	Контрольные вопросы и задачи
3.	Клинический разбор больных с миокардитом, МКД и КМП.	60'		палаты отделения	Больные
4.	Анализ полученных данных: выделение основных симптомов и синдромов круга заболеваний для дифференциального диагноза по ведущему синдрому.	40'		учебная комната	Истории болезни
5.	Дифференциальный диагноз.	40'		----//----	----//----
6.	Предварительный диагноз.	10'		----//----	----//----
7.	Анализ результатов лабораторных и инструментальных исследований.	20'		----//----	----//----
8.	Клинический диагноз, формулировка.	10'		----//----	----//----
9.	Общие принципы лечения.	10'		----//----	----//----
10.	Индивидуальная терапия: режим, диета, медикаментозная.	15'		----//----	----//----
11.	Прогноз. Трудоустройство. Профилактика.	10'		----//----	----//----
12.	Контроль заключительного уровня знаний.	20'		----//----	тесты-задачи
13.	Задание на дом.	10'		----//----	рекомендуемая литература, методические указания.
		5'			

ГРАФ ЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ «Особенности заболеваний миокарда у лиц старческого возраста».



Содержание занятия.

1. Подготовительный этап.

В начале занятия преподаватель формулирует цель и задачи занятия и знакомит аспирантов с планом занятия. Затем производится контроль исходного уровня знаний путем устного ответа аспирантов на заданные вопросы данной темы (см приложение №1).

Накануне аспиранты курируют тематических больных.

2. Основной этап.

В учебной комнате аспиранты поочередно докладывают данные о больных с различными заболеваниями миокарда (миокардит, миокардиодистрофия, миокардиопатия), полученные при обследовании больных накануне.

В палате у постели больных уточняются анамнестические данные, аспирантам предоставляется возможность непосредственного ознакомления с объективными данными. Далее, в учебной комнате анализируются выявленные симптомы заболевания, включая и результаты дополнительных лабораторно-инструментальных исследований, взятых из историй болезни, формируются клинические синдромы различных видов поражения миокарда, проводится дифференциальный диагноз по ведущему синдрому, формулируется развернутый клинический диагноз в соответствии с современной классификацией.

Разбираются вопросы индивидуальной терапии тематических больных, прогноза заболевания, дальнейшей тактики ведения больных, оцениваются профилактические мероприятия в системе комплексного подхода к лечению больных с заболеваниями миокарда.

3. Заключительный этап.

Проводится контроль конечного уровня усвоения путем анализа ЭКГ, ФКГ, рентгенограмма сердца, решения ситуационных задач. Дается задание на дом.

Перечень практических навыков, необходимых для усвоения данной темы.

- 1) Знать клинику различных форм поражения миокарда (миокардиты, МКД, КМП). Особенности течения заболеваний миокарда у лиц старческого возраста.
- 2) Уметь выделять ведущие клинические синдромы поражения миокарда (воспалительного и невоспалительного характера).
- 3) Уметь трактовать результаты лабораторно-инструментальных исследований, используемых в диагностике заболеваний миокарда.
- 4) Овладеть методом дифференциальной диагностики поражений миокарда по ведущему синдрому (синдром поражения мышцы сердца).
- 5) Знать классификацию различных форм поражения миокарда.
- 6) Овладеть принципами этиопатогенетической терапии при различных формах поражения миокарда.
- 7) Уметь решать профилактические и врачебно-экспертные вопросы.

Оснащение занятия.

- Технические средства: мультимедийный проектор.
- Демонстрационный материал: тематические больные с диагнозом миокардит, миокардиодистрофия, миокардиопатия.
- Истории болезни
- Рентгенограммы
- Набор лабораторных исследований, ЭКГ, ФКГ, ПКГ.

Вопросы для контроля исходного уровня знаний.

1. *Какие формы патологии миокарда вы знаете?*
2. *Дайте определение понятию «неревматические некоронарогенные заболевания миокарда».*
3. *Охарактеризуйте клинический синдром поражения мышцы сердца.*
4. *Дайте определение миокардитам*
5. *Приведите современную классификацию миокардитов.*
6. *Каковы клинические проявления основных вариантов течения миокардита?*
7. *Какие лабораторные и инструментальные методы исследования используются для диагностики миокардитов?*
8. *Какие изменения лабораторных и инструментальных методов исследования характерны для миокардитов?*
9. *Перечислите основные принципы лечения миокардитов.*
10. *Перечислите особенности течения заболевания у лиц различных возрастных групп.*

Вопросы для контроля конечного уровня знаний.

1. *Охарактеризуйте морфологические диагностические критерии миокардитов (Далласские, 1984).*
2. *Дайте определение понятию «миоперикардит».*
3. *Дистрофии миокарда (определение понятия, причины развития, классификация, клинический симптомокомплекс, диагностика, лечение, профилактика, примеры формулировки диагноза).*
4. *Кардиомиопатии (определение понятия, классификация, клинический симптомокомплекс, диагностика, лечение, примеры формулировки диагноза).*
5. *Проведите дифференциальный диагноз миокардита и стенокардии, ИЦД, дилатационной КМП, ревматическим миокардитом, экссудативным перикардитом.*
6. *Приведите примеры формулировки диагноза миокардита.*
7. *Перечислите основные исходы миокардита.*
8. *Перечислите основные группы препаратов, используемых для лечения больных миокардитом.*

Тестовый контроль к теме «Особенности заболеваний миокарда у лиц старческого возраста».

1. Инфекционный эндокардит развивается чаще всего
 - A) При ИБС
 - B) При синдроме слабости синусового узла
 - C) При ревматических пороках сердца
 - D) При дефекте межпредсердной перегородки
 - E) При кардиомиопатии.
2. Основными клиническими признаками миокардитов являются все перечисленные, кроме:
 - A) Болей в области сердца постоянного характера
 - B) Болей в области сердца не постоянного характера
 - C) Сердцебиений
 - D) Субфебрильной температуры
 - E) Одышки
3. Для миокардитов характерно:
 - A) Расширение границ сердца влево
 - B) Приглушенность тонов
 - C) Систолический шум у верхушки
 - D) Все перечисленное
4. Основными ЭКГ – признаками миокардитов являются:
 - A) Снижение амплитуды зубца Т
 - B) Инверсия зубца Т
 - C) Нарушение проводимости
 - D) Нарушение возбудимости
 - E) Все перечисленное
5. При постановке диагноза аллергического миокардита необходимо выяснить:
 - A) Наличие в анамнезе аллергического заболевания
 - B) Непереносимость ряда лекарств, пищевых продуктов
 - C) Реакцию на введение вакцин, сывороток
 - D) Наличие скрытого периода аллергического воздействия
 - E) Все перечисленное
6. Острый миокардит может проявиться синдромами:
 - A) Асистолическим
 - B) Аритмическим
 - C) Болевым (инфарктоподобным)
 - D) Псевдоклапанным
 - E) Всеми перечисленными
7. При острых миокардитах имеются специфические признаки:
 - A) Правильно
 - B) Неправильно
8. Патогномоничными диагностическими признаками острого миокардита являются:
 - A) Боли в левой половине грудной клетки
 - B) Изменения конечной части желудочкового комплекса
 - C) Изменения комплекса QRS на ЭКГ
 - D) Повышение конечно-диастолического давления в левом желудочке
 - E) Ничего из перечисленного
9. Термин «кардиомиопатии» обозначает заболевание мышцы сердца воспалительной природы, возникающее наиболее часто при воздействии:
 - A) Анемии
 - B) Хронической алкогольной интоксикации
 - C) Противоопухолевых антибиотиков
 - D) Эозинофильном фибропластическом эндокардите Леффера
10. Истинно аллергическими миокардитами являются:
 - A) Дифтерийные
 - B) Сывороточные
 - C) Бактериальные
 - D) Грибковые
 - E) Токсоплазмозные
11. Наиболее частые возбудители неревматических миокардитов:
 - A) Вирусы
 - B) Стрептококки
 - C) Пневмококки

- D) Простейшие
E) Возбудители других бактериальных инфекций
12. Заболевание, подлежащее исключению при болевой форме очагового миокардита
A) Дисритмическая форма нейроциркуляторной дистонии
B) Рефлюкс-эзофагит
C) Язвенная болезнь кардиального отдела желудка
D) Стенокардия
E) Хронический холецистит
13. Заболевание, подлежащее исключению при оформлении диагноза диффузного миокардита
A) Нефротический синдром
B) Цирроз печени
C) Дилатационная миокардиодистрофия
D) Анемическая миокардиодистрофия
E) Тиреотоксическое сердце
14. Наиболее частая жалоба больных с очаговым неревматическим миокардитом:
A) Общая слабость
B) Сердцебиение
C) Сердечные боли неангинозного характера
D) Приступы стенокардии
E) Одышка
15. Наиболее частые ЭКГ – признаки острого неревматического миокардита:
A) Стойкие нарушения реполяризации и проводимости
B) Динамические изменения зубца Т
C) Инфарктоподобные изменения ЭКГ
D) Гигантский зубец Т
E) Удлинение интервала Q-T
16. Наиболее частый аускультативный признак миокардита:
A) Маятникообразный ритм
B) Брадикардия
C) Шум трения перикарда
D) Глухость 1 тона
E) Ритм галопа
17. Эхокардиографические признаки диффузного миокардита:
A) Локальные зоны гипокинезии
B) Тотальная гипокинезия миокарда
C) Гипокинезия задней стенки левого желудочка
D) Гипертрофия межжелудочковой перегородки
E) Увеличение левого предсердия
18. Показания для проведения этиотропной терапии неревматического миокардита:
A) Рецидив миокардита
B) Затяжное течение
C) Отсутствие эффекта от нестероидных противовоспалительных средств
D) Противорецидивное лечение
E) Активная инфекция
19. Тактика врача при обнаружении активного миокардита
A) Амбулаторное обследование
B) Амбулаторное лечение
C) Госпитализация
D) Оформление на диспансерный учет
E) Рекомендовать санитарное лечение
20. Показания для назначения глюкокортикоидов при неревматическом миокардите:
A) Тяжелое течение
B) Острый миокардит, рецидив хронического
C) Наличие острофазовых показателей воспаления
D) Во всех перечисленных случаях
E) Ни в одном случае
21. Активный вирусный миокардит характеризуется наличием повреждения:
A) Стенок коронарных сосудов
B) Кардиомиоцитов
C) Интерстиция миокарда
D) Ганглионарного аппарата сердца
E) Инфильтрации миокарда иммунными лимфоцитами

22. К инфекционно-токсическим миокардитам относятся:
- A) Вирусные
 - B) При аллергии
 - C) Идиопатические
 - D) Трансплантационные
 - E) Лекарственные
23. Фактор, играющий роль в патогенезе неревматических миокардитов
- A) Психоэмоциональная травма
 - B) Черепно-мозговая травма
 - C) Сенсibilизация организма
 - D) Оперативное вмешательство
 - E) Ранняя активизация больного инфекционным заболеванием
24. В патогенезе неревматического миокардита главную роль играют аллергические реакции:
- A) Псевдоаллергические
 - B) Реагинового типа
 - C) Цитотоксического типа
 - D) Гиперчувствительности замедленного типа
 - E) Повреждения иммунными комплексами
25. Наиболее частая причина бактериальных миокардитов:
- A) Патогенные грибки
 - B) Стафилококки
 - C) Стрептококки
 - D) Брюшнотифозная инфекция
 - E) Дифтерийная палочка
26. Наиболее частая жалоба больного с диффузным миокардитом:
- A) Перебои в области сердца
 - B) Головные боли
 - C) Боль в области сердца
 - D) Одышка
 - E) Уменьшение диуреза
27. Инструментальный метод исследования обязательный для диагностики миокардитов:
- A) Фонокардиография
 - B) Рентгенокимография
 - C) Электрокардиография
 - D) Вентрикулография
 - E) Реокардиография
28. При каких показателях лабораторные показатели часто не изменены?
- A) Вирусных
 - B) Грибковой этиологии
 - C) Типа Абрамова-Фидлера
 - D) Аллергических
 - E) Паразитарных
29. Лабораторные показатели при неревматических миокардитах наиболее часто выявляют:
- A) Высокую активность воспаления
 - B) Нормальные показатели
 - C) Положительную реакцию Вассермана
 - D) Среднюю степень активности
 - E) Минимальную степень активности
30. Основой лечения миокардитов является:
- A) Антибактериальная терапия
 - B) Нестероидные противовоспалительные средства
 - C) Физиотерапевтические средства
 - D) Метаболическая терапия
 - E) Рефлексотерапия

**Ответы к тестовому контролю по теме «Заболевания
миокарда».**

1. C
2. B
3. D
4. E
5. E
6. E
7. B
8. E
9. B
10. D
11. B
12. A
13. D
14. C

15. C
16. B
17. D
18. B
19. E
20. C
21. D
22. B
23. A
24. C
25. D
26. C
27. D
28. C
29. C
30. E

Тестовый контроль к теме «Гипертрофическая кардиомиопатия».

1. Снижение сердечного выброса при ГКМП обусловлено:
А) нарушение сократительной способности миокарда
Б) обструкцией выходного отдела левого желудочка
В) изменениями диастолического наполнения левого желудочка
Г) нарушением сердечного ритма
Д) ни одним из перечисленных положений
2. Какие нарушения ритма характерны для ГКМП?
А) желудочковая экстрасистолия
Б) пароксизмальная наджелудочковая тахикардия
В) мерцательная аритмия
Г) пароксизмальная желудочковая тахикардия
Д) все вышеперечисленные нарушения
3. Какой из приведенных признаков характеризует сниженную диастолическую растяжимость миокарда левого желудочка?
А) увеличение амплитуды первого тона
Б) появление четвертого тона
В) появление тона открытия митрального клапана
Г) уменьшение амплитуды второго тона
Д) ни один из перечисленных признаков
4. Систолический шум при ГКМП отличается от систолического шума при аортальном стенозе тем, что он:
А) небольшой интенсивности
Б) регистрируется в точке Боткина
В) имеет ромбовидную форму
Г) изменяется по интенсивности в зависимости от положения тела
Д) занимает всю систолу
5. Появление мерцательной аритмии у больных с ГКМП представляет угрозу в связи с вероятностью развития:
А) острой левожелудочковой недостаточности
Б) тромбоэмболии в систему большого круга кровообращения
В) острой правожелудочковой недостаточности
Г) тромбоэмболии легочной артерии
Д) всех перечисленных осложнений
6. Какой из эхокардиографических признаков не наблюдается при ГКМП?
А) увеличение левого предсердия и уменьшения левого желудочка
Б) асимметричная гипертрофия миокарда
В) сниженная скорость диастолического прикрытия передней створки митрального клапана
Г) увеличение левого желудочка и левого предсердия
Д) все перечисленные признаки
7. ГКМП часто сопровождается:
А) мозговым инсультом
Б) синкопальным синдромом
В) артериальной гипертонией
Г) синдромом Рейно
Д) ни одним из перечисленных синдромов
8. Для ГКМП характерно:
А) отсутствие поражений коронарных артерий
Б) выраженные атеросклеротические изменения коронарных артерий
В) врожденные аномалии коронарных артерий
Г) поражением ствола левой коронарной артерии
Д) ни одно из перечисленных положений
9. Изменения ЭКГ у больных с ГКМП характеризуется:
А) признаками гипертрофии миокарда
Б) синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта
В) патологическим зубцом Q
Г) снижением сегмента ST и отрицательным зубцом T
Д) всеми перечисленными признаками
10. Назначение β -адреноблокаторов больным с ГКМП сопровождается:
А) улучшением диастолического наполнения левого желудочка
Б) устранением нарушений ритма
В) уменьшением обструкции выходного отдела левого желудочка
Г) увеличением размеров левого желудочка
Д) всеми перечисленными признаками

Эталонны ответов к тестовому контролю к теме: «ГКМП»

1. В
2. Д
3. Б
4. Г
5. А
6. Г
7. Б
8. А
9. Д
10. Д

Задача №1.

Больной И, 24 лет, жалуется на резко выраженную одышку в покое, усиливающуюся при небольшой физической нагрузке, сердцебиение, резкую слабость, тупую длительную боль в области сердца. Начало заболевания больной связывает с перенесенным гриппом: через неделю после гриппа возникла быстро прогрессирующая одышка, через две недели больной не смог из-за этого спать в горизонтальном положении.

При физическом обследовании обнаружено состояние ортотопноэ, ЧДД 28', границы сердца расширены влево до передней аксиллярной линии, вправо – за срединно-ключичную линию. Тоны сердца глухие. Пульс слабого наполнения, 110 в '. АД 100/70 мм рт ст., в легких выслушиваются застойные хрипы в нижнезадних отделах. Живот не увеличен. Пальпируется край болезненной печени на 3 см ниже реберной дуги.

Анализ крови и СОЭ – в норме. ЭКГ: синусовая тахикардия, резко выраженные диффузные изменения миокарда.

1. Ваш диагноз (обоснуйте его)?
2. Какие заболевания необходимо исключить?
3. Ваша врачебная тактика?
4. Показаны ли глюкокортикоидные гормоны?

Задача №2.

Больной М, 48 лет, жалуется на одышку при физической нагрузке, постоянное сердцебиение, плохой сон, похудение.

При осмотре: ЧД 20 в ', ЧСС 120 в', пульс аритмичный, скачущий, АД 140/70 мм рт ст, I тон сердца при выслушивании усилен по типу хлопающего, акцент II тона над легочной артерией. ЭКГ: мерцательная аритмия, зубец Т сглажен во всех грудных отведениях. Анализ крови и СОЭ в норме.

1. Ваш диагноз (обоснуйте его)?
2. Какие методы исследования необходимы для установления окончательного диагноза?
3. Ваша врачебная тактика?

Задача №3.

Больная К, 34 лет обратилась в поликлинику с жалобами на нарастающую в течение года общую слабость, вялость, сонливость, увеличение массы тела, появление отеков на ногах.

При осмотре: одутловатость лица, пастозность голеней и стоп, сухость кожи. Граница сердца расширена влево и вправо на 2,5 см. Тоны сердца глухие, ЧДД 18 в', ЧСС 64 в', ритм правильный, пульс медленный. АД 140/70 мм рт ст. Анализ крови и СОЭ в норме. ЭКГ: ритм синусовый, брадикардия, снижение вольтажа всех зубцов.

1. Ваш диагноз (обоснуйте его)?
1. Ваша врачебная тактика?
2. Показаны ли мочегонные средства?

Задача №4.

Больной Г, 44 лет, поступил в клинику в связи с некупирующимся приступом мерцательной аритмии с диагнозом «ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. НК ПБ». Жалуется на одышку при нагрузке. Из анамнеза известно, что больной систематически употребляет алкоголь, как он сообщил, «в дни зарплаты». Боли в области сердца не испытывает.

При осмотре: пульс 120 в ', мерцательная аритмия, АД 110/70 мм рт ст.

В области сердца патологической пульсации нет. Границы сердца перкуторно и рентгенологически расширены влево на 3 см. Тоны ослаблены, шумов нет. Обнаружено увеличение и уплотнение печени, безболезненной и слегка бугристой при пальпации. На ЭКГ - мерцательная аритмия.

1. Какова причина изменений со стороны сердца?
2. На основании чего снимается диагноз ИБС?
3. Ваша врачебная тактика?

Задача №5.

Больная К, 52 лет, поступила в клинику по направлению участкового врача. Жалуется на одышку при незначительной физической нагрузке, сердцебиение, перебои в сердечной деятельности, отеки на ногах. В течение последних 6 лет при регулярных профосмотрах диагностировали кардиомегалию. После перенесенного 2 месяца назад гриппа состояние ухудшилось: возросла одышка, появилось сердцебиение, затем отеки на ногах к вечеру. Амбулаторное лечение эффекта не дало. В анамнезе данных о перенесенном ревматизме нет.

При осмотре: состояние тяжелое, больная избыточного питания, кожные покровы бледные, акроцианоз. Пульс 96 в¹, неритмичный, одинаковый на обеих руках. АД 150/90 мм рт ст. ЧСС 120 в¹. Сердце расширено во все стороны. Определяется ослабление звучности тонов, систолический шум над верхушкой и над основанием мечевидного отростка, мерцательная аритмия.

В нижнебоковых отделах легких выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы в небольшом количестве. Живот увеличен за счет подкожной основы и асцита. Печень выступает на 4 см из-под реберной дуг, плотная, с закругленным нижним краем. Выраженные отеки на голенях и тыле стоп.

Анализ крови: Э-3,96x10¹²/л, Нб 118 г/л, Л-5,6x10⁹/л, сдвига в лейкоцитарной формуле нет, СОЭ – 18 мм/ч.

СРБ отрицательный, титры антистрептолизина-О и антистрептогиалуронидазы в пределах нормы. Умеренно выраженная диспротеинемия с увеличением до 25% α-глобулина.

Результаты рентгенологического исследования: выраженные признаки пневмосклероза и эмфиземы легких, сердце увеличено за счет всех отделов.

Данные ЭКГ: горизонтальное положение оси сердца, четких признаков гипертрофии желудочков нет, снижение зубца Т в грудных отведениях, снижение вольтажа комплекса QRS во всех отведениях, мерцательная аритмия.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие заболевания нужно исключить?
3. Возможно ли хирургическое лечение?

Задача №6.

Больная З, 31 год, жалуется на одышку при физической нагрузке, резкую общую слабость, приступы сердцебиений, во время которых «сотрясается все тело», головокружение и обмороки, постоянную боль в области сердца.

Считает себя больной около 3-х лет, наблюдается участковым врачом и лечится по поводу ревматизма и недостаточности митрального клапана. Имеет инвалидность III группы.

При осмотре: больная пониженного питания, видимых отеков нет. Пульс 60 в¹, ритмичный, слабого наполнения. АД 90/60 мм рт ст. ЧДД 22в¹. Выраженная пульсация в области верхушки сердца. Пальпаторно над областью аорты систолическое дрожание. Границы сердца смещены влево на 2,5 см. Над верхушкой сердца I тон ослаблен, систолический шум, проводящийся в подмышечную область. На аорте систолический шум. При клиническом и биохимическом исследовании крови отклонений не

обнаружено. Данные ЭКГ: ритм синусовый, отклонение ЭОС влево, признаки гипертрофии левого желудочка.

Данные ЭхоКГ: гипертрофия левого желудочка и перегородки. Соотношение перегородки к задней стенке 3:1. Полость левого желудочка увеличена. Относительная недостаточность митрального клапана.

1. Ваш диагноз?
2. Чем обусловлены приступообразные одышка, обмороки и сердцебиение?
3. Ваша врачебная тактика. Показаны ли нитропрепараты?

Задача №7.

Больной К, 28 лет, поступил с жалобами на одышку при физической нагрузке и в покое, тяжесть в правом подреберье. Болеет около 4 лет. Неоднократно лечился в стационаре с кратковременным эффектом.

При осмотре: кожные покровы бледные, цианоз губ, акроцианоз, пастозность голеней и стоп. Систолический шум над верхушкой сердца и по левому краю грудины, мерцательная аритмия с дефицитом пульса 20 в'. В задненижних отделах легких ослабленное дыхание. Печень выступает из-под реберной дуги на 5-6см.

Данные ЭКГ: отклонение ЭОС вправо, комбинированная гипертрофия миокарда, сложные нарушения ритма сердца и проводимости.

Данные ЭхоКГ: полости обоих желудочков и левого предсердия значительно расширены, клапаны не изменены, сократительная функция миокарда снижена. В результате рентгенологического исследования изменений в легких не обнаружено. Сердце значительно расширено в поперечнике, талия не дифференцируется. Контрастированный пищевод отклоняется кзади пологой дугой.

1. Ваш диагноз?
2. Каково значение ЭхоКГ в данном случае?
3. Ваша врачебная тактика. Показаны ли сердечные гликозиды?

Задача №8.

Больной К, 34 лет, направлен в клинику по поводу выраженной одышки в положении лежа, давящую боль за грудиной. Начало заболевания связывает с перенесенным гриппом. В анамнезе: в детстве перенес бронхоаденит. Поступил в клинику с диагнозом «инфекционно-аллергический миокардит». Лечение сердечными гликозидами и мочегонными эффекта не дало.

При осмотре: положение больного вынужденное – сидит с опущенными ногами, наклонив вперед туловище, лицо одутловатое, цианотичное, набухшие шейные вены. Пульс 100 в', ритмичный, тоны сердца глухие. Верхушечный толчок не определяется. Границы резко расширены влево и вправо. Рентгенологически обнаружено значительное увеличение размеров сердечной тени в обе стороны и признаки венозного застоя в легких. ЭКГ: снижение вольтажа зубцов.

Анализ крови: СОЭ 36 мм/ч. Анализ мочи: без особенностей.

1. Ваш диагноз? Какова этиология заболевания?
2. Какие необходимы дополнительные методы исследования?
3. Ваша врачебная тактика?

Эталоны ответов к задачам.**№1.**

1. Острый диффузный миокардит вирусного генеза. В пользу этого диагноза свидетельствуют анамнестические данные: начало заболевания сразу после гриппа, быстро прогрессирующая сердечная недостаточность, значительное увеличение размеров сердца, глухость тонов, выраженные диффузные изменения в миокарде на ЭКГ, отсутствие изменений по данным анализа крови.
2. Экссудативный перикардит.
3. Строгий постельный режим. Диета, богатая калием и витаминами, ограничение жидкости. Периферические вазодилататоры, мочегонные, витамины, анаболические средства, средства, улучшающие реологические свойства крови.
4. Учитывая вирусную этиологию миокардита, кортикостероидные гормоны не показаны.

№2.

1. Тиреотоксикоз. Дистрофия миокарда, мерцательная аритмия. НК I. В пользу тиреотоксикоза свидетельствуют жалобы на постоянное сердцебиение, плохой сон, похудение, характер давления – повышение систолического и пульсового давления, хлопающий I тон, акцент II тона над легочной артерией. Признаками миокардиопатии является мерцательная тахиаритмия, одышка, изменения на ЭКГ.
2. Радиоизотопное исследование щитовидной железы, исследование в плазме Т₃ и Т₄, консультация хирурга.
3. Мерказолил, седативные препараты. Хирургическое лечение.

№3.

1. Микседема. Дистрофия миокарда. НК 0. Признаки микседемы: жалобы на слабость, сонливость, увеличение массы тела, отеки, одутловатость лица, сухость кожи, брадикардия. Признаки миокардиопатии: расширенные границы сердца, глухость тонов, снижение вольтажа зубцов на ЭКГ.
2. Сканирование щитовидной железы, исследование в плазме Т₃, Т₄. Тиреоидин, витамины.
3. Отеки вне сердечного происхождения, поэтому назначать мочегонные не следует.

№4.

1. Алкогольная миокардиопатия, осложненная мерцательной аритмией. В пользу этого диагноза свидетельствует анамнез (систематическое употребление алкоголя), незначительное увеличение размеров сердца, поражение печени алкогольного генеза без признаков сердечной недостаточности (гепатит или жировой гепатоз).
2. У больного отсутствует значительное увеличение сердца, поэтому не может быть и сердечной недостаточности II степени, тем более, что в легких нет признаков застоя.
3. Необходимо запретить употребление алкоголя, назначить средства, улучшающие метаболизм в миокарде. Так как у больного впервые возникла мерцательная аритмия, необходимо принять все меры для нормализации ритма (новокаинамид, изоптин, хинидин).

№5.

1. Дилатационная кардиомиопатия, мерцательная аритмия, НК ПБ.
2. ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз; ревматизм, недостаточность митрального клапана IV- V степени; диффузный миокардит, синдром Пиквика.
3. Возможно хирургическое лечение – пересадка сердца. Разработана и внедряется в хирургическую практику новая операция – создание мышечного корсета вокруг сердца за счет пересадки и тренировки мышц спины.

№6.

1. Гипертрофическая кардиомиопатия с обструкцией выходного тракта (субаортальный стеноз). Относительная недостаточность митрального клапана. Сердечная астма.
2. Эти симптомы обусловлены периодами обструкции аортального отверстия в связи с перекрытием его гипертрофированной перегородкой.
3. В настоящее время основное лечение консервативное Хирургическое лечение (иссечение избыточной массы перегородки) не улучшает течение болезни. Показаны лекарственные препараты: β -адреноблокаторы, кордарон, антагонисты кальция. Нитропрепараты противопоказаны, так как они уменьшают приток крови к сердцу.

№7.

1. Дилатационная кардиомиопатия, мерцательная аритмия, НК ПБ.
2. ЭхоКГ дает возможность дифференцировать дилатационную кардиомиопатия и ревматический порок сердца.
3. Периферические вазодилататоры, мочегонные средства, анаболические препараты. Сердечные гликозиды, как правило, малоэффективны, быстро вызывают явления дигиталисной интоксикации.

№8.

1. Экссудативный перикардит. Учитывая наличие в прошлом бронхоаденита, нужно исключить туберкулезную этиологию заболевания.
2. ЭхоКГ, рентгенокимография, парацентез перикарда.
3. Пункция перикарда с эвакуацией жидкости, возможна и повторная. Мочегонные средства, глюкокортикостероидные гормоны, противотуберкулезная терапия.

Рекомендуемая литература:

1. Беленков, Ю. Н. Гипертрофическая кардиомиопатия / Ю. Н. Беленков, Е. В. Привалова, В. Ю. Каплунова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 392 с. - (Библиотека врача-специалиста).
2. Бурдули, Н. М. Дилатационная и гипертрофическая кардиомиопатии: учеб. пособие / Н. М. Бурдули. - Владикавказ : Рухс, 2007. - 72 с.
3. Внутренние болезни : учебник с компакт-диск: в 2 т. Т.1 / Под ред. Н.А. Мухина. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 672 с.
4. «ДКМП, вирусная инфекция и аутоиммунитет». Клин. мед., 1990 г., 7, 3.
5. «Современные представления об этиологии и патогенезе ДКМП». Кардиология 1990 г. №10, с.108.
6. «Поражения миокарда» (обзор). Тер. Архив, 1990 г., №8, с.135.
7. «Кардиомиопатия и миокардиты» (современные проблемы). Клин. мед, 1990 г, 10, 31.
8. «Гипертрофическая кардиомиопатия» (лекция на актуальную тему)). Кардиология 1990 г. №11, с.7.
9. «Некоронарогенные заболевания миокарда. Состояние проблемы», Клин. мед., 1998 г. №9, с.4.
10. «Клинико-инструментальные показатели в оценке прогноза миокардита и дилатационной кардиомиопатии». Кардиология 1997 г. №7, с.67.
11. «Чрескожная транслюминальная ангиопластика проксимального стеноза коронарной артерии при наличии сопутствующего миокардиального мостика». Кардиология 1993 г. №2, с.88.
12. «Кардиомиопатии и миокардиты (достижения и перспективы)». Кардиология 1996г. №8, с.74.
13. «Особенности клиники, диагностики и лечения миоперикардитов». Клин. мед., 1999г. №7, с.33.
14. «Острые вирусные миоперикардиты и их последствия». Клин. мед., 1999г. №9, с.8.
15. Джанашия П.Х., Куглов В.А., Назаренко В.А., Николенко С.А. «Кардиомиопатии и миокардиты» Москва. 2000г.
16. Амосова Е.Н. Миокардиты / Международ. Мед. Журнал.- 2000г. №1 с.22-25
17. Воронков Л.Г. Хроническая сердечная недостаточность как иммунопатологический и дисметаболический синдром / Укр. Тер. Жур. 2001г. №1 с. 17-20
18. Коваленко В.Н., Рябенко Д.В. Механизмы развития и направления патогенетической терапии вирусного миокардита / Укр. Кардиол. Жур. 2000г. №5-6 с.104-109
19. Малая Л.Т. Новое в лечении хронической недостаточности кровообращения / Укр. Тер. Жур. 2001г. №1 с.5-16
20. Коваленко В.Н., Несукай Е.Г. «Некоронарогенные болезни сердца». Практическое руководство. – К.: Морион, 2001г. – 480с.
21. С.Н.Терещенко, Н.А.Джаиани Дилатационная кардиомиопатия сегодня / сердечная недостаточность - Том 3/№ 2/2001
22. С.А.Бойцов, М.В.Дерюгин Современные возможности диагностики неревматических миокардитов / consilium – medicum Том 4/№ 3/2002
23. Д.В.Преображенский, Б.А.Сидоренко, Т.А.Батыралиев, А.В.Маренич, Н.Е.Романова Современные подходы к лечению хронической сердечной недостаточности (по материалам рекомендаций Американской коллегии кардиологов и Американской ассоциации кардиологов 2001 г.) / consilium – medicum Том 4/№ 3/2002.