

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА (СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ) ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.36 «КАРДИОЛОГИЯ»

Ситуационная задача 1

В стационар по СМП госпитализирован мужчина 53 лет с впервые возникшим приступом интенсивной сжимающей загрудинной боли без отчётливой иррадиации, одышкой. К моменту обращения длительность приступа около 5 часов.

В анамнезе: курит много лет, по 1 пачке в день. Периодическое повышение АД до 170/100 мм рт.ст. постоянной терапии не получает.

При осмотре сознание ясное. Кожные покровы бледные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в минуту. Тоны сердца ритмичны. ЧСС 89 ударов в минуту, АД - 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Снята ЭКГ (рис.1).

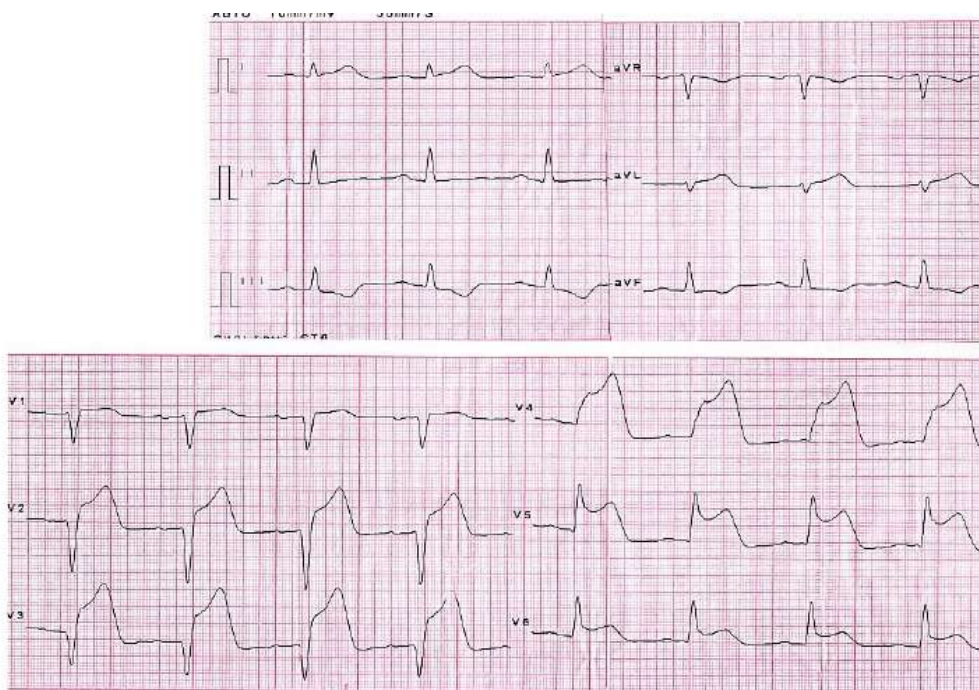


Рис.1: ЭКГ пациента, 53 лет.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Опишите ЭКГ.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Какие лабораторные маркеры рекомендуется использовать для подтверждения диагноза?

Ситуационная задача 2

Пациент К, 45 лет, обратился с жалобами на одышку при ходьбе до 100 м, усиление одышки в горизонтальном положении, сердцебиение, общую слабость, отеки на ногах. В течение 2 месяцев отмечает появление одышки, слабости. Неделю назад появились перебои в работе сердца и сердцебиение, с этого же времени появились отеки на ногах. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРЗ, аппендэктомия в детском возрасте, грипп около 4 лет назад. Объективно: общее состояние тяжелое. Кожа бледная. Отеки голени, стоп. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Притупление перкуторного звука в нижних отделах легких. Дыхание везикулярное, в нижних отделах крепитация, ЧДД - 26 в минуту. Верхушечный толчок в VI межреберье на 3 см

кнаружи от левой среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца: правая - на 2 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - II межреберье по левой среднеключичной линии, левая - по передней подмышечной линии. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке и в V точке аускультации. Ритм сердца неправильный, ЧСС – 122 удара в 1 минуту, АД - 100/80 мм рт. ст., средний пульс - 105 в минуту, неритмичный. Размеры печени по Курлову - 14×11×10 см. Общий анализ крови: гемоглобин - 125 г/л, лейкоциты - $4,0 \times 10^9$ /л, СОЭ - 10 мм/ч. При рентгенографии органов грудной клетки выявлен синдром кардиомегалии. Эхо-КС: дилатация левого и правого желудочков, диффузный гипокинез, фракция выброса - 28%. ЭКГ: фибрилляция предсердий, ЧЖС - 132 в 1 минуту.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз (кратко).
2. Проведите дифференциальный диагноз (перечисление диагнозов).
3. Предложите дополнительные методы диагностики (перечисление методов).
4. Определите тактику лечения (перечисление - группы препаратов).

Ситуационная задача 3

Пациент С., 62 лет, поступил в стационар с жалобами на общую слабость, щемяще-сжимающие боли в левой половине грудной клетке, чувство нехватки воздуха,

Вышеуказанные жалобы впервые появились 4 часа назад на фоне перенесенного стресса (похороны матери).

Из анамнеза известно, на протяжении многих лет страдает артериальной гипертензией с максимальными цифрами АД 230-240/110 мм. рт. ст., наиболее часто регистрирует 130-140/85-90 мм рт. ст.; регулярно принимает гипотензивную терапию лозартан 50 мг, периодически принимает торасемид (в связи с отеками нижних конечностей). С 2006 года сахарный диабет II типа на инсулине. Коронарный анамнез ранее не прослеживался.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы чистые, обычной окраски, отеки ног. ЧДД: 18 в мин. Участие грудной клетки в дыхании равномерное. Аускультативно над всей поверхностью грудной клетки выслушивается жесткое дыхание, единичные застойные влажные хрипы в нижних отделах в обеих сторон. SPO₂ 98% на фоне дыхания атмосферным воздухом. Ритм сердца правильный, ЧСС 18 в мин. Тоны сердца приглушенные, шумов нет. АД 170/90 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Поколачивание в области почек безболезненное с обеих сторон.

Результаты лабораторной диагностики:

ОАК: лейкоциты $4,8 \times 10^9$ /л, Гемоглобин 115,0 г/л, лимфоциты $2,1 \times 10^9$ /л, нейтрофилы $2,0 \times 10^9$ /л,

Б/х анализ крови: С-реактивный белок 12,09 мг/л, мочевины 12,3 ммоль/л, глюкоза 10,5 ммоль/л, креатинин 156,50 мкмоль/л.

Кардиомаркеры: натрийуретический пептид 5789 пг/мл, тропонин I 25,60 нг/мл; тропонина I (через 2 часа) 1400 нг/мл.

ЭКГ при поступлении: синусовый ритм. ЧСС 80 в мин., ЭОС отклонена влево. Признаки гипертрофии ЛЖ с отрицательными зубцами Т в V₃-V₆, депрессией сегмента ST в левых грудных отведениях (рис. 1).

ЭхоКГ: дилатация желудочков и предсердий, диффузный гипокинез миокарда, ФВ - 32 %, митральная регургитация II степени.

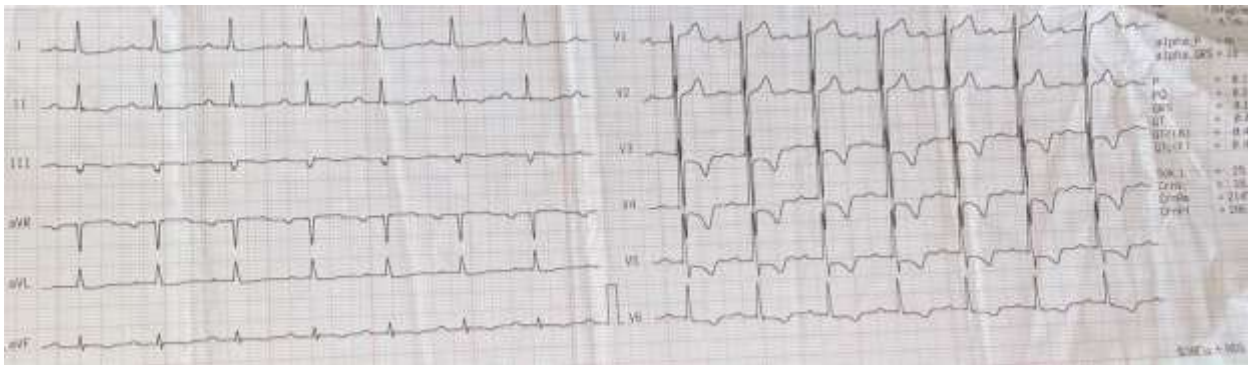


Рис.1: ЭКГ пациента С., 62 лет

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Определите дальнейшую тактику лечения больного.

Ситуационная задача 4

Пациентка С., 50 лет, поступила с жалобами на повышение температуры тела до 39,0 °С, слабость, отсутствие аппетита, похудание на 9 кг за последние 3 месяца. Около 3,5 месяцев назад перенесла операцию на правом колене. Через 10 дней после манипуляции отметила появление субфебрилитета и повышенной потливости, ломоту в теле. В течение двух недель лечилась самостоятельно, к врачу не обращалась, появились потрясающие ознобы, что послужило причиной обращения за медицинской помощью. При рентгенографии органов грудной клетки патологии не выявлено. В анализах крови лейкоцитоз: 15×10^9 /л, а также увеличение СОЭ до 28 мм/ч. Был назначен ампициллин 2 г/сут, пациентка отметила снижение температуры тела. Однако, через 5 дней после завершения приема антибиотиков вновь температура тела 39°С с ознобом, вызвала СМП, была госпитализирована.

Объективно: Состояние тяжелое. Ортопноэ. Температура тела 39,5°С. Кожные покровы, влажные, тургор снижен, на ладонях безболезненные геморрагические пятна 3 мм в диаметре. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Аускультативно дыхание жесткое, ЧДД - 22 в минуту. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - верхний край III ребра, левая - по левой передней подмышечной линии в VI межреберье. Тоны сердца ритмичные, приглушенные. Во II межреберье справа от грудины и в точке Боткина-Эрба - мягкий дующий протодиастолический шум. ЧСС - 115 удара в минуту. АД - 130/50 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Данные лабораторных исследований: общий анализ крови: гемоглобин - 115 г/л, лейкоциты - 27×10^9 /л, СОЭ - 39 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий билирубин - 32,2 мкмоль/л, СРБ 54,27 мг/л, фибриноген - 4,5 г/л, альбумин - 38%, ревматоидный фактор положительный. Общий анализ мочи: удельный вес - 1010, белок - 0,99 г/л, лейкоциты - 5-6 в поле зрения, выщелоченные эритроциты - 5-8 в поле зрения.

Данные инструментальных исследований:

ЭКГ (рис 1.): фибрилляция предсердий, депрессия сегмента ST и отрицательный зубец T в отведениях I, aVL, V4-6.

ЭхоКГ: толщина задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки - 1,1 см. Конечный диастолический размер ЛЖ - 5,7 см, размер ЛП - 5,2 см. На створке аортального клапана имеется эхогенное образование размерами 1,0 см × 0,8 см. Аортальная регургитация III степени, митральная регургитация II степени (рис.2).

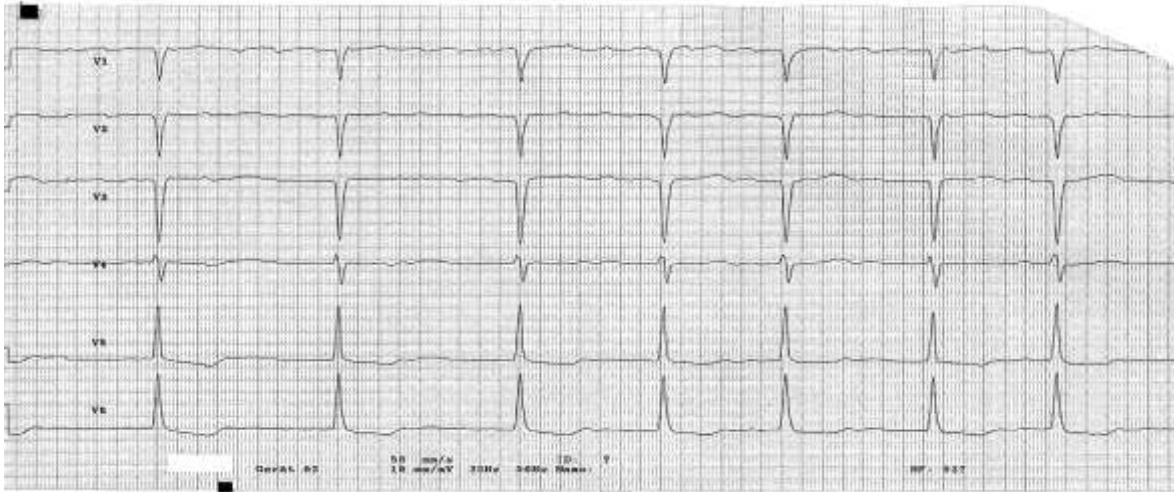


Рис.1. ЭКГ пациентки С. 50 лет

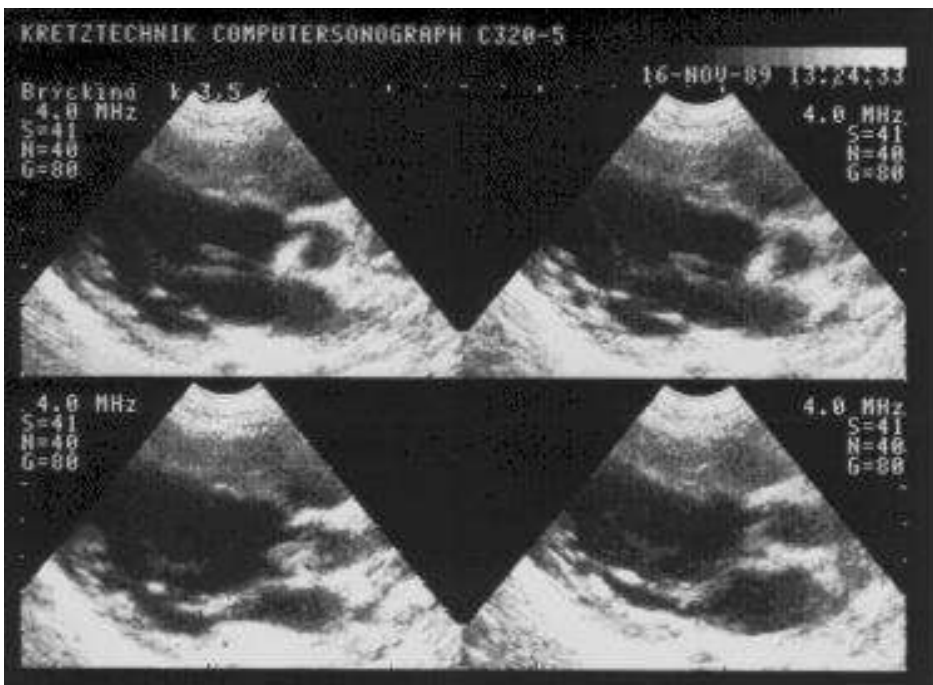


Рис. 2 ЭхоКГ пациентки С. 50 лет

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Предложите дополнительные методы диагностики.
4. Определите тактику лечения (назовите группы препаратов).

Ситуационная задача 5

Пациент, 55 лет, обратился с жалобами на лихорадку до 39,5 °С, повышенную потливость, озноб, одышку, головокружение при небольшой физической нагрузке, слабость, отсутствие аппетита, похудание на 10 кг за последние 2 месяца. Вредные привычки: в течение многих лет злоупотребляет алкоголем, в течение 30 лет курит по 1 пачке в день. Около 2,5 месяцев назад перенес экстракцию зуба. Через неделю после манипуляции появились субфебрилитет и повышенная потливость. В течение двух недель лечился народными средствами, на фоне чего появилась лихорадка с ознобами, повышенная потливость, боли в мышцах и суставах. Еще в течение недели за медицинской помощью не обращался. При обращении в поликлинику по месту

жительства при рентгенографии органов грудной клетки патологии не выявлено. В анализах крови отмечались лейкоцитоз - 14×10^9 /л, увеличение СОЭ до 24 мм/ч. Был назначен Ампициллин в дозе 2 г/сут., на фоне чего отметил уменьшение температуры тела до субфебрильных цифр и болей в суставах. Сохранялись повышенная потливость, резкая слабость, отсутствие аппетита. Через 5 дней после завершения приема антибиотиков вновь отметил повышение температуры тела до 39°C с ознобом. При осмотре. Состояние тяжелое. Заторможен. Ортопноэ. Температура тела $39,5^\circ\text{C}$. Пониженного питания. Кожные покровы бледные с желтушным оттенком, влажные, тургор снижен, на ладонях безболезненные геморрагические пятна 3 мм в диаметре. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. При сравнительной перкуссии легких - звук с коробочным оттенком, с притуплением в нижних отделах. Границы легких в норме. При аускультации дыхание жесткое, влажные хрипы в нижних отделах обоих легких. ЧД - 24 в минуту. Верхушечный толчок в шестом межреберье по левой передней подмышечной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - верхний край III ребра, левая - по левой передней подмышечной линии в VI межреберье. При аускультации сердца: тоны сердца ритмичные, ослабление I тона в VI межреберье по левой передней подмышечной линии, ослабление II тона во II межреберье справа от грудины. Во II межреберье справа от грудины и в точке Боткина-Эрба - мягкий дующий протодиастолический шум, в VI межреберье по левой передней подмышечной линии - систолический шум. Пульс высокий, скорый, ритмичный, симметричный на обеих руках. ЧСС - 115 удара в минуту. АД - 130/40 мм рт. ст. Пульсация сонных артерий. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: $14 \times 12 \times 10$ см. Пальпация печени умеренно болезненна. Селезенка пальпируется у края реберной дуги, мягкая, болезненная. Поперечник - 10 см, длинник - 12 см. Общий анализ крови: гемоглобин - 85 г/л, лейкоциты - 22×10^9 /л, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы - 78%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 8%, моноциты - 5%. СОЭ - 38 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий билирубин - 41,2 мкмоль/л, СРБ ++++, фибриноген - 6,5 г/л, альбумины - 40%, ревматоидный фактор +. Общий анализ мочи: удельный вес - 1010, белок - 0,99 г/л, лейкоциты - 5-6 в поле зрения, выщелоченные эритроциты - 5-8 в поле зрения. ЭхоКГ: толщина задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки - 1,0 см. Расширение полости левого желудочка: конечный диастолический размер левого желудочка - 6,0 см, размер левого предсердия - 5,5 см. На створке аортального клапана имеется эхогенное образование размерами $1,0 \times 0,8$ см. Аортальная регургитация III степени, митральная регургитация II степени.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз (кратко).
2. Проведите дифференциальный диагноз (перечисление диагнозов).
3. Предложите дополнительные методы диагностики (перечисление методов).
4. Определите тактику лечения (перечисление - группы препаратов).

Ситуационная задача 6

Пациент, 69 лет, обратился с жалобами на выраженную одышку при незначительной физической нагрузке, приступы удушья по ночам. Ухудшение состояния наблюдается около недели до госпитализации. Из анамнеза: 6 лет назад диагностирована дилатационная кардиомиопатия. Больной постоянно получал подобранное лечение: Гипотиазид - 12,5 мг в сутки, Фозиноприл - 20 мг ежедневно, Карведилол - 12,5 мг 2 раза в день. Наблюдались слабость при физической нагрузке. Пациент сообщил, что несколько дней назад после переохлаждения появился кашель, повышалась температура тела до $37,4^\circ\text{C}$. Вследствие нарастания слабости, прекратил прием Карведилола, использовал обильное питье, витамины. Состояние ухудшилось. Объективно: вес - 76 кг, рост - 168 см. Цианоз. При аускультации: застойные хрипы в легких с двух сторон; тоны сердца глухие,

ритмичные, протодиастолический ритм галопа. ЧСС - 105 ударов в минуту. АД - 105/70 мм рт. ст. Симметричные отеки нижних конечностей. В анализах крови: натрий - 138 ммоль/л, калий - 3,9 ммоль/л. ЭКГ: синусовый ритм, блокада левой ножки пучка Гиса, желудочковые экстрасистолы. QRS 0,13 сек. ЭхоКГ: диффузная гипокинезия стенок левого желудочка, фракция выброса - 36%, конечный диастолический размер левого желудочка - 69 мм.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Предложите дополнительные методы диагностики.
4. Определите тактику лечения (перечисление - группы препаратов).

Ситуационная задача 7

Пациентка, 85 лет, обратилась с жалобами 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. Сформулируйте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Предложите дополнительные методы диагностики.
4. Определите тактику лечения (перечисление - группы препарат).

Ситуационная задача 8

Пациентка К, 37 лет, обратилась с жалобами на боль в поясничной области справа, с иррадиацией в правую паховую область, частые позывы к мочеиспусканию. Ранее считала себя здоровой. Настоящее ухудшение состояния с 02.04.22, когда впервые отметила острую боль в правом боку, поясничной области справа, чувство нехватки воздуха, тошноту, однократно рвоту. Госпитализирована СМП с подозрением на почечную колику. По данным МСКТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства с в/в контрастированием выявлены инфаркты правой почки, правосторонний нефроптоз. Объективно: кожные покровы обычной окраски и влажности. Отеков нет. Дыхание везикулярное. Аускультативная картина митрального стеноза, более ярко выслушиваемая в вертикальном положении пациентки. АД 120/80 мм рт.ст.(на правой и левой руках). Пульс 80 ударов в минуту. С/м поколачивания справа слабо положительный. Лабораторно: гемоглобин 124 г\л, лейкоциты 8.3 тыс., тромбоциты 154 тыс., СРБ в динамике 3->32->60->21 мг\л, калий 4 ммоль\л, мочевины 3.8 ммоль\л, креатинин 113 мкмоль\л, ЛДГ в динамике 1440->933 ед\л, Д-димер в динамике 401->232 нг\мл. Антитела к кардиолипину, антитела к бета-2 гликопротеину, фосфатидилсерину - отрицательно. ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 75 в мин., ЭОС нормальное положение, неполная блокада ПНПГ.

По ЭхоКГ: Дилатация левого предсердия. В полости ЛП визуализируется округлой формы образование с достаточно ровным контуром, занимающее практически всю полость левого предсердия, размером 5,0 x 5.6 см, смешанной, преимущественно средней эхогенности, место крепления достоверно определить сложно, скорее всего – межпредсердная перегородка. Образование вызывает обструкцию приносящего тракта левого желудочка (легкую). Определяется митральная регургитация, струя регургитации обтекает образование, достигая основания ЛП.

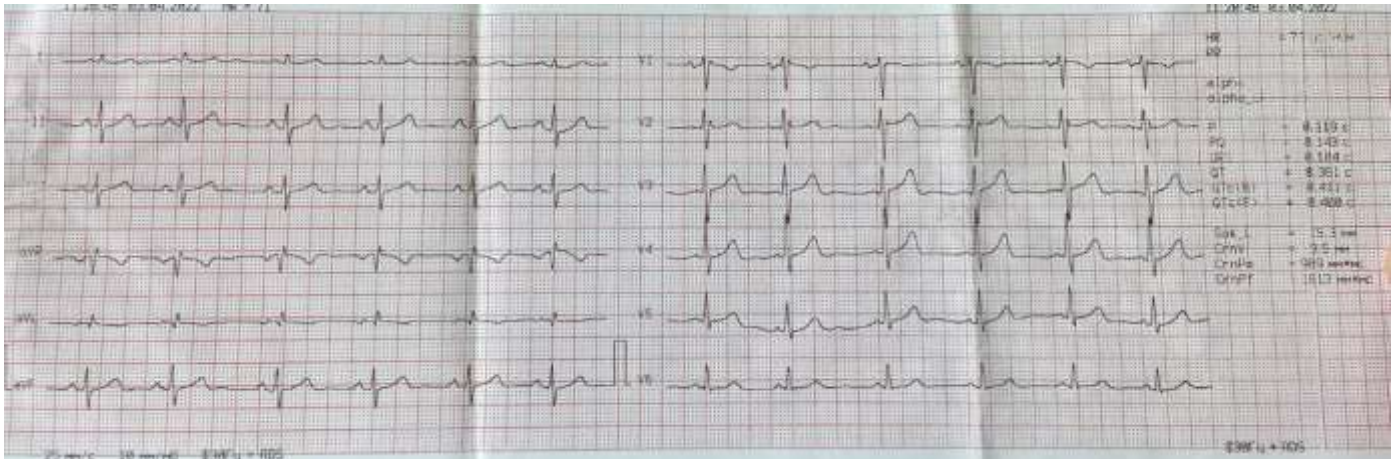


Рис.1. ЭКГ пациентки К. 37 лет



Рис.2. ЭхоКг пациентки К. 37 лет

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Предложите дополнительные методы диагностики.
4. Определите тактику лечения.

Ситуационная задача 9

Пациенту 50 лет поставлен диагноз «ишемическая болезнь сердца (ИБС), стенокардия напряжения стабильная, ФК II». С 30 лет страдает atopической 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. При ЭХО-кардиографии у больного обнаружена фракция выброса 35%. Верапамил отменен.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Предложите дополнительные методы диагностики.
4. Определите тактику лечения (перечисление - группы препаратов).

Ситуационная задача 10

Пациент, 50 лет, обратился 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. Сформулируйте диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Предложите дополнительные методы диагностики.
4. Определите тактику лечения (перечисление - группы препаратов).

Ситуационная задача 11

Пациентка П, 25 лет, с жалобами на сжимающие боли за грудиной при занятиях фитнесом, умеренную одышку. Из анамнеза: данные симптомы стала отмечать с 18 лет, однако раньше не придавала им значения, считая их нормальной реакцией на физические упражнения. АД в норме. Перенесенные заболевания: удаление дермоидной кисты яичника в 24 года. Пациентка учиться в ВУЗе. Вредных привычек не имеет. Семейный анамнез: отец пациентки умер внезапно в 48 лет. По данным вскрытия – кардиомиопатия.

Объективно: состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, рост – 162 см, вес – 55 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 17 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумов нет. АД – 110/70 мм рт.ст. Пульс 96 ударов в мин. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Клинический анализ крови и мочи без патологии. Биохимический анализ крови без патологии. Данные ЭКГ представлены на рис. 1. При ЭхоКГ обнаружена асимметричная гипертрофия ЛЖ с утолщением МЖП в средней трети до 22 мм при толщине задней стенки ЛЖ 9 мм. Индекс массы миокарда ЛЖ 141 г/м². Конечно-диастолический объем ЛЖ 45 мл. Показатели диастолической функции ЛЖ: E/A 1,6, индекс объема левого предсердия 36 мл/м², E/e' 11,2. ФВ ЛЖ 70%.

МРТ пациентки представлена на рис. 2



Рис. 1. ЭКГ пациентки П., 25 лет

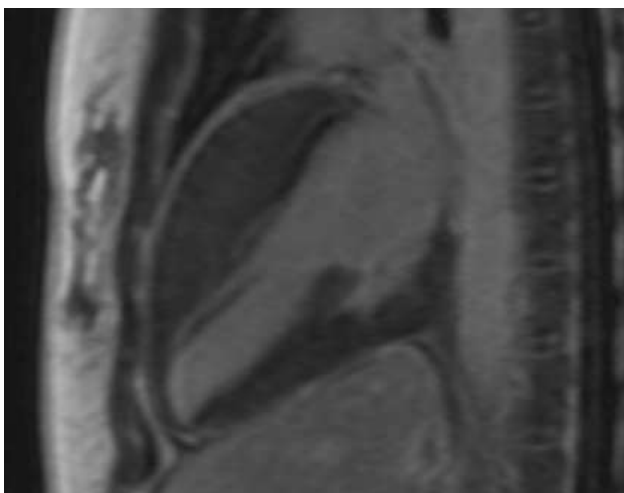


Рис. 2. МРТ пациентки П., 25 лет

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Предложите дополнительные методы диагностики.
4. Определите тактику лечения.

Ситуационная задача 12

Женщина, 60 лет, наблюдалась у кардиолога с диагнозом ИБС: стенокардия напряжения. Беспокоят нестабильность цифр АД с частыми повышением до 170/90 мм рт.ст., одышка при умеренной физической нагрузке, изредка - сжимающие боли за грудиной. Артериальная гипертензия около 3 лет. Постоянно принимает эналаприл, бисопролол, аспирин, розувастатин. Трудовой анамнез: без особенностей. В настоящее время пенсионер. Объективно при осмотре: состояние удовлетворительное. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 76 ударов в минуту. АД - 135/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка 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. ЭКГ представлена на рис. 1. ЭхоКГ представлена на рис. 2. При ЭхоКГ толщина МЖП и задней стенки ЛЖ составила 11 мм. КДО ЛЖ 56 мл. ФВ ЛЖ 68%. Переднезадний размер левого предсердия 42 мм. Соотношение

Е/А 2,2. Индекс объема ЛП 25 мл/м², Е/е'средний 8,0. Скорость трикуспидальной регургитации 2,6 м/с. СДЛА 30 мм рт.ст. Умеренная митральная регургитация. Гипертрофия апикальных сегментов ЛЖ до 2,4-2,7 см. При велоэргометрии зафиксирована переходящая депрессия сегмента -1,6 мм в V5-V6 (без ангинозных болей), снижением АД с 140/80 до 120/80 мм рт.ст. (неадекватная реакция АД при физической нагрузке). При коронароангиографии стенотического поражения коронарных артерий не выявлено.



Рис. 1. ЭКГ пациентки М., 60 лет



Рис. 2. ЭхоКГ пациентки М., 60 лет. Апикальная четырехкамерная позиция

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз. Чем обусловлена ишемия миокарда у пациентки?
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Предложите дополнительные методы диагностики.

4. Определите тактику лечения.

Ситуационная задача 13

Пациент К, 51 г., в течение 2 месяцев стал отмечать быструю утомляемость, одышку при быстрой ходьбе. Появились отеки лодыжек. Из анамнеза: Около 5 лет отмечает эпизодическое повышение АД до 150/90 мм рт.ст. Гипотензивную терапию получал ситуационно (Капотен, Нифедипин). Курит более 20 лет по 10-15 сигарет в день. Семейный анамнез: мать 75 лет, страдает АГ, ИБС. Отец 76 лет, перенес инфаркт миокарда. Объективно: телосложение правильное. Кожные покровы обычного цвета, чистые. Видимые слизистые бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Дыхание жесткое, проводится по всем лёгочным полям, хрипов нет, ЧДД – 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 75 в минуту. АД – 105/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень – на 1,5 см выступает из-под края рёберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Отеки стоп, голеней. Повышение СОЭ до 25 мм/ч. Биохимический анализ крови: повышение АСТ до 52,4 Ед/л (норма до 38), общего билирубина – 29,9 мкмоль/л (норма до 22), щелочной фосфатазы -102,0 Е/л (норма до 96), АЛТ – 35,3 Ед/л, мочевины-5,0 ммоль/л, креатинин в динамике 80-95-108 мкмоль/л; общий белок-58.2 г/л, КФК-121 - 146 Ед/л; калий- 4,1 ммоль/л, натрий-139 ммоль/л; холестерин -3,57 ммоль/л, триглицериды -1.02 ммоль/л. Уровень тропонина Т 18 нг/л, высокочувствительный тропонин Т - 0,168 нг/мл (99-ый перцентиль референсного значения 0,014 нг/мл). Высокий уровень NTproBNP- 3646 нг/л (норма до 125). ЭКГ пациента представлена на рис. 1. ЭхоКГ пациента представлено на рис. 2. При ЭхоКГ выявлена резко выраженная симметричная концентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ с толщиной МЖП до 23 мм и ЗСЛЖ до 26 мм. Полость ЛЖ не увеличена: КДО 90 мл, КСО 64 мл. Диффузный гипокинез ЛЖ со снижением ФВ до 29%. Признаков внутрижелудочковой обструкции не выявлено. Переднезадний размер левого предсердия увеличен до 51 мм. Рестриктивный тип диастолического наполнения ЛЖ: E/A 3,2; E/e' средний – 14. Индекс объема ЛП 39 мл/м². Отмечалось также утолщение свободной стенки правого желудочка до 11 мм. Выявлена умеренная легочной гипертензия с СДЛА 39 мм рт. ст. В полости перикарда жидкость объемом до 300 мл. При коронароангиографии стенотического поражения коронарных артерий не выявлено. УЗИ брюшной полости и почек: Гепатоспленомегалия. УЗ- признаки диффузных изменений печени и поджелудочной железы. Асцит. УЗ-признаки диффузных изменений почек. Нефролитиаз почек. Биопсия подчелюстной слюнной железы с окраской Конго красным - светло-зеленое двулучепреломление при микроскопии в поляризованном свете. При генетическом анализе обнаружен патогенный вариант с.128G>A в гене транстиретина TTR (Ser43Asn, p.S43N; устаревшее название мутации - Ser23Asn) в гетерозиготном состоянии.

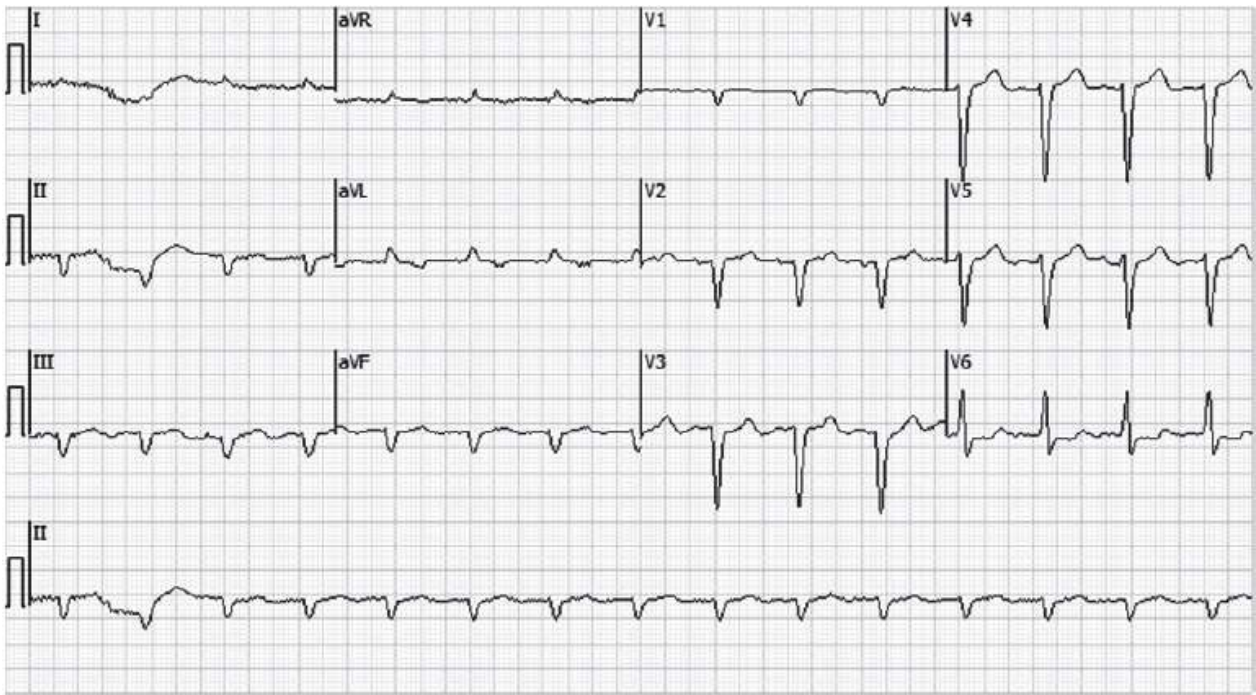


Рис. 1. ЭКГ Пациента К., 51 год

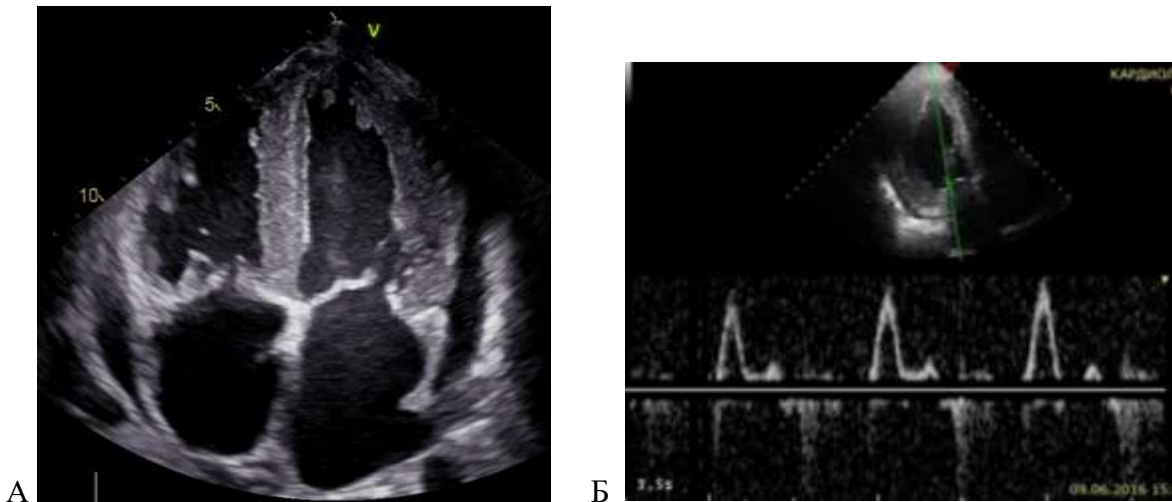


Рис. 2. ЭхоКГ Пациента К., 51 год. А – апикальная четырехкамерная позиция. Б – транмитральный диастолической поток

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Чем обусловлена сердечная недостаточность у пациента?
3. Предложите дальнейшие методы диагностики.
4. Определите особенности и тактику лечения.

Ситуационная задача 14

Пациент Г, 37 лет, с жалобами на жгучие боли в конечностях, одышку при физической нагрузке. На протяжении 10 лет прогрессирование почечной недостаточности. Получает заместительную почечную терапию – гемодиализ. Прооперирован по поводу тяжелой аортальной регургитации с заменой клапана на механический протез с субаортальной миктотомией. Объективно: телосложение правильное. На коже передней брюшной стенки ангиокератомы. В легких дыхание везикулярное, проводится по всем лёгочным полям. ЧДД – 19 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 75 в минуту. АД – 140/85 мм рт.ст. ЭКГ пациента представлена на рис.1. При ЭхоКГ (рис. 2) выявлена умеренная концентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ с толщиной МЖП до 17 мм и ЗСЛЖ до 16 мм. Гипертрофия свободной стенки ПЖ до 10 мм. КДО ЛЖ 160 мл.

ФВ 50%. Механический протез в позиции аортального клапана без признаков дисфункции. Гистологическое исследование участка миокарда, полученного в ходе миэктомии, выявило большое количество вакуолей и лизосом с гликофинголипидами в кардиомиоцитах. Тест с сухими пятнами крови выявил выраженное снижение активности альфа-галактозидазы А до 0,31 нмоль/г/мл.

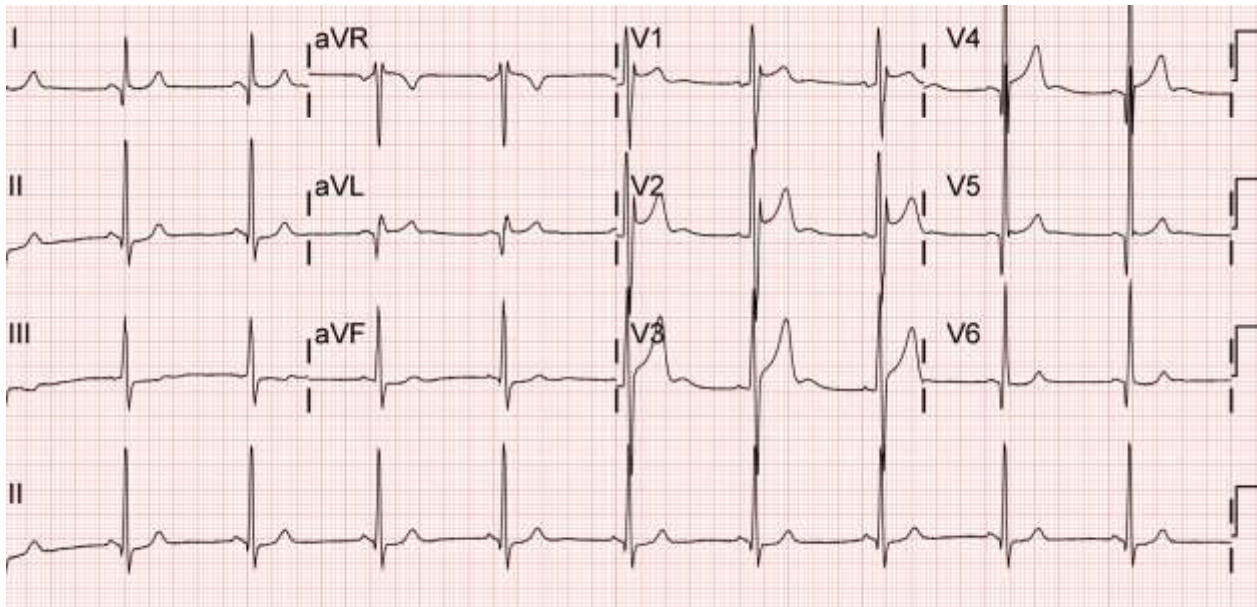


Рис. 1. ЭКГ пациента Г, 37 лет



Рис. 2. ЭхоКГ пациента Г., 37 лет

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назовите причину заболевания.
3. Перечислите возможные кардиальные проявления данного заболевания.
4. Определите тактику лечения.

Ситуационная задача 15

Женщине 33 лет. Из анамнеза известно, что впервые повышение АД до 150/90 мм рт ст. было обнаружено случайно в 20-летнем возрасте. Чувствовала себя здоровой, к врачам не обращалась, эпизодически принимала анаприлин. Ухудшение самочувствия в течение 2 лет, когда стала отмечать повышенную утомляемость, снижение работоспособности, периодические головные боли, снижение остроты зрения. АД при контроле постоянно регистрировалось на высоком уровне (190-230/120-140 мм рт ст.). Применение антигипертензивных средств (капотен 37,5 мг в сутки, атенолол 50 мг в сутки, арифон 2,5 мг в сутки) не давало оптимального эффекта: АД снижалось до 160 - 170/110 мм рт ст.). Объективно: астенического телосложения, пониженного питания. ЧСС=72

уд/мин., АД= 210/130 мм рт. ст., S=D. В мезогастральной области выслушивается систоло-диастолический шум. В остальном по органам - без особенностей. Анализ мочи: уд. вес - 1022, белок - 0,15 %, лейкоциты 2-3 в п/зр., эритроциты 0-1 в п/зр., цилиндров нет. Биохимический анализ крови - без особенностей. Глазное дно: гипертоническая нейроангиоретинопатия с отеком дисков зрительных нервов. Экскреторная урография: Левая почка уменьшена в размерах. Отмечается задержка контрастирования ЧЛС и замедление выведения контрастного вещества слева.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назовите причину заболевания.
3. Какие дополнительные исследования следует провести для окончательного установления диагноза?
4. Определите тактику лечения.

Ситуационная задача 16

Пациент С, 50 лет. Доставлен бригадой скорой помощи в отделение реанимации и интенсивной терапии с жалобами на слабость, одышку при минимальной физической нагрузке, ощущение вздутия живота, тяжесть и распирание за грудиной и в эпигастрии. Положение ортопноэ. За 9 дней до поступления признаки ОРВИ с лихорадкой до 38°C, нарастание одышки. После бессонной ночи (спал сидя из-за одышки) вызвал скорую помощь и госпитализирован. Анамнез: С детства занимался спортом. Последние 15 лет занимается в тренажерном зале. С 2018 года - профессионально занялся бодибилдингом с использованием фармакологических препаратов (сустанон-250, болденон, тренболон, метенолон и др. стероидные препараты). Алкоголь не употребляет, иногда курит кальян. Около 2 лет отмечает периодически повышение давления до 150/100 мм рт. ст., несистематически принимал антигипертензивную терапию. Около 3 лет назад с связи с нарастанием одышки обследован в НИИ им. Склифосовского, выявлено - двусторонний гидроторакс, незначительный гидроперикард, признаки тяжёлой легочной гипертензии (СДЛА 85 мм рт. ст.), снижение ФВ левого желудочка до 20%. На фоне терапии спиронолактоном 25 мг/сут, торасемидом 10 мг/сут, карведилолом 12.5 мг/сут, лозартаном 12,5 мг/сут, занятиями только легкими аэробными физическими нагрузками (ходьба, бег), постепенной отменой анаболических стероидных гормонов состояние улучшилось. В течение 8 месяцев восстановилась сократительная функция ЛЖ (ФВ ЛЖ 58%). Через год начал активно готовится к чемпионату по бодибилдингу, возобновил прием анаболических стероидных препаратов и др. (сустанон 250 мг 2 р. в неделю, каберголин, анастрозол, инъекции хорионического гонадотропина). На фоне ОРВИ с лихорадкой появились вышеописанные жалобы. Объективно: в лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. ЧДД 20 в мин. Тоны сердца приглушены. АД 133/100 мм рт. ст. ЧСС 98 уд/мин. Сатурация O₂ на атмосферном воздухе 94%. Периферических отёков нет. Тропонин I 38 нг/л, через 4 часа 28 нг/л, общий холестерин: 5,83 ммоль/л, ЛПНП: 4,25 ммоль/л, Д-димер: 247 нг/мл. ЭКГ (рис. 1): синусовая тахикардия, ПБЛНПГ, признаки ГЛЖ, слабое нарастание зубцов R в грудных отведениях. ЭХОКГ (рис. 2): МЖП 16 мм, ЗСЛЖ 20 мм. Дилатация полости ЛЖ. ФВ ЛЖ 18%. Диффузный гипокинез ЛЖ, митральная регургитация 2 ст, трикуспидальная регургитация 2-3 ст. СДЛА 84 мм рт.ст. Диастолическая дисфункция ЛЖ – II степени (E/A 97/54=1,8 E/e' 14,9).

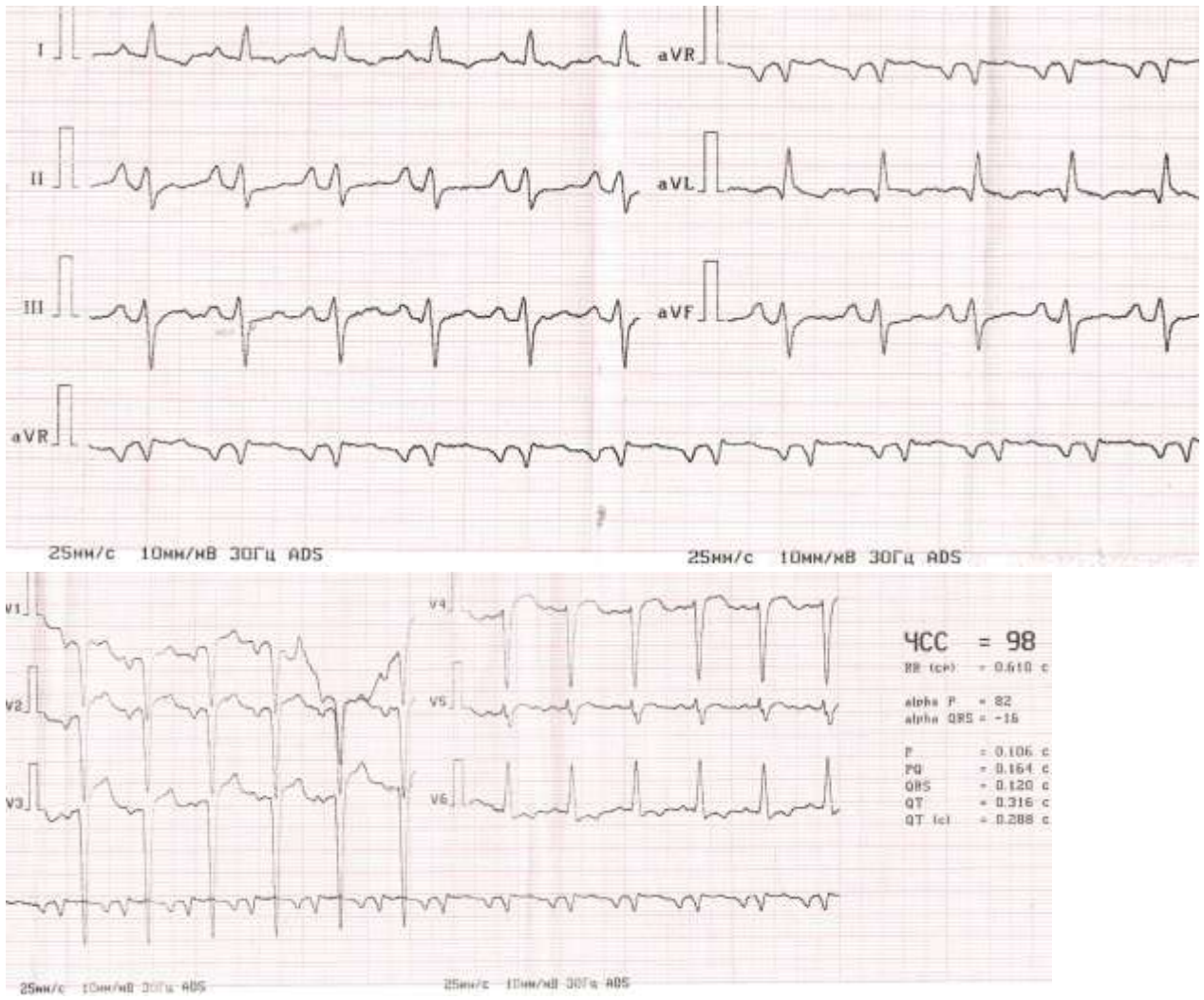


Рис. 1. ЭКГ пациента С., 50 лет



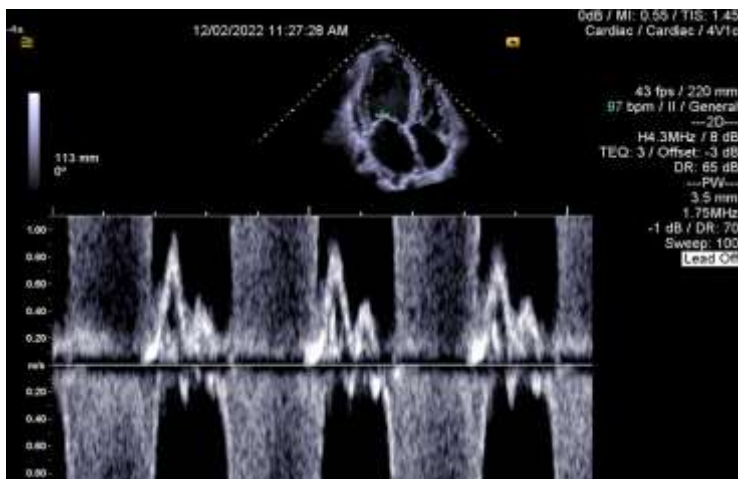


Рис. 2. ЭхоКГ пациента С., 50 лет

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назовите причину заболевания. Дифференциальный диагноз.
3. Какие дополнительные исследования следует провести для окончательного установления диагноза?
4. Определите тактику лечения.

Ситуационная задача 17

Пациент П, 66 лет, доставлен бригадой СМП в стационар. Жалобы при поступлении на умеренные сжимающие боли за грудиной, без иррадиации, интенсивность болей уменьшилась после терапии СМП (вводился морфин).

Из анамнеза: С осени 2021г отмечает частые эпизоды давящей загрудинной боли при ходьбе до 300 м, чувство нехватки воздуха, купирующиеся в покое, терапию не принимал, за медицинской помощью не обращался. Сегодня рано утром появились жгучие боли давящего характера в левой половине грудной клетки с иррадиацией в лопатку, болевой синдром не связывает с изменением положения тела, дыханием, приемом пищи. В связи с длительно сохраняющимся ангинозным приступом, вызвал бригаду СМП, с подозрением на ОКС доставлен в больницу, на ДГЭ морфин в\в, клопидогрель 600мг.

В анамнезе длительно страдает гипертонической болезнью, максимальные цифры АД до 150/90 мм рт ст, адаптирован к 130-140 мм рт.ст. Постоянную терапию не принимает, симптоматически принимает Периндоприл. ХОБЛ, смешанного генеза, вне обострения.

Вредные привычки: Курит. Стаж курения 50 лет. Употребление алкоголя не отрицает.

Объективно: Рост 178 см, вес 85 кг, ИМТ 26,8 кг/кв.м. Состояние тяжелое. Кожа обычной окраски, влажность кожи нормальная, цианоз отсутствует, отмечается пастозность стоп. Дыхание поверхностное, регулярное, ЧДД: 21 в мин. При аускультации дыхание везикулярное, единичные влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах с обеих сторон. Ритм сердца не нарушен, шумы не выслушиваются. ЧСС: 92 в мин. АД 150/90 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Данные инструментальных исследований:

ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 100 в мин, ЭОС вертикальная, элевация сегмента ST I, aVL, V1-V6, депрессия ST и «-»T в II,III.

По ЭХО-КГ: Снижение общей систолической функции миокарда ЛЖ (ФВ 35%) с нарушением его локальной сократимости. Гипокинез базального и акинез среднего сегментов переднеперегородочной стенки, гипоакинез всех сегментов перегородочной стенки, акинез с дискинезом

верхушки циркулярный до средних сегментов нижней, передней стенки, боковой стенки. Незначительная симметричная гипертрофия миокарда ЛЖ Двусторонний невыраженный гидроторакс.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Дополнительные методы обследования.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Дальнейшая тактика ведения пациента.

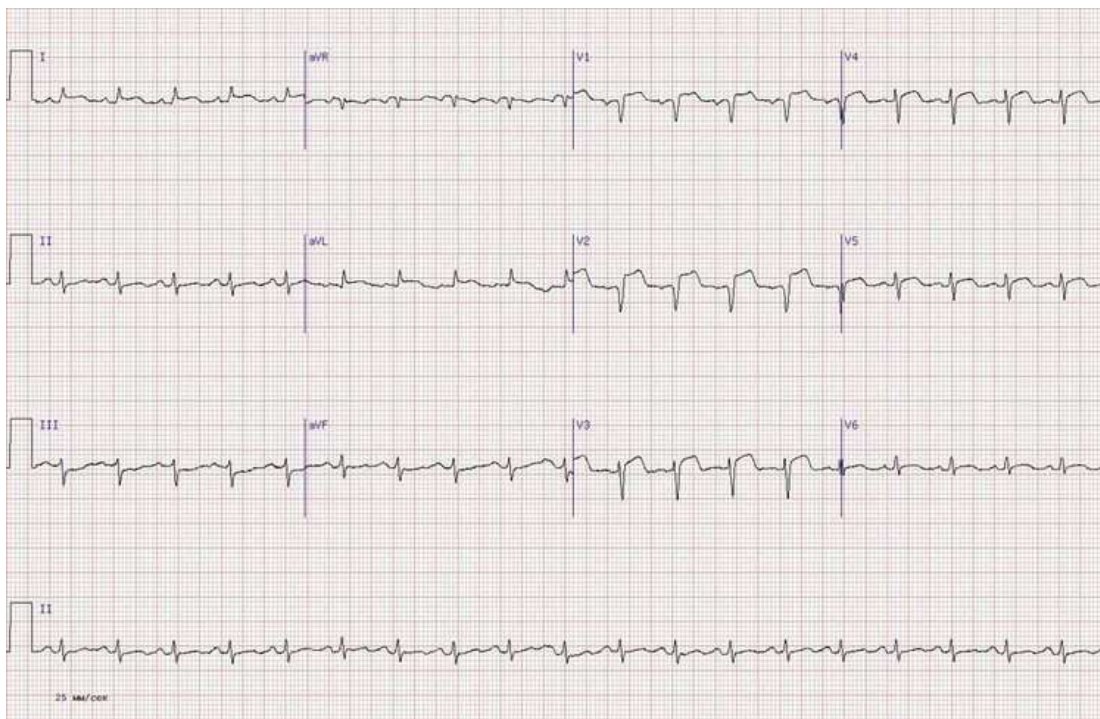


Рис 1. ЭКГ пациента П. 66 лет

Ситуационная задача 18

Больной К., 48 лет. Жалобы на сердцебиение, перебои в работе сердца, эпизоды головокружения, возникающие при физической нагрузке. Около 5 лет назад эпизоды потери сознания, диагностирована гипертрофическая кардиомиопатия с обструкцией выносящего тракта ЛЖ. Последние 2 года – пароксизмальная форма фибрилляции предсердий, принимает кордарон 200 мг/сут, беталок зок 50 мг в сутки. На фоне терапии – положительная динамика: обмороки не повторялись, фибрилляция предсердий не рецидивировала. Однако последние 1,5 месяца отметил вновь появление и прогрессирование прежней симптоматики и нарушений ритма сердца. Был госпитализирован. Доза бета-блокаторов увеличена в два раза (100 мг беталок зок), однако средняя ЧСС при ХМ-ЭКГ не меньше 80 уд в мин, пробежки неустойчивой желудочковой тахикардии. ЭКГ представлена на рис. 1. При ЭхоКГ (рис. 2) КДО 110 мл, КСО 44 мл, МЖП 1,8 см, ЗСЛЖ 1,2 см, ФВ ЛЖ 68%, передне-задний размер ЛП 4,6 мл. Максимальный градиент в выносящем тракте ЛЖ 40 мм рт. ст. При ультразвуковом обследовании щитовидной железы патологии не выявлено. При исследовании гормонов щитовидной железы уровень ТТГ составил 0,006 мМЕ/л (в норме от 0,27 до 4,2 мМЕ/л), Т4 свободный 71,12 нмоль/л (в норме от 12,0 до 22,0 нмоль/л).

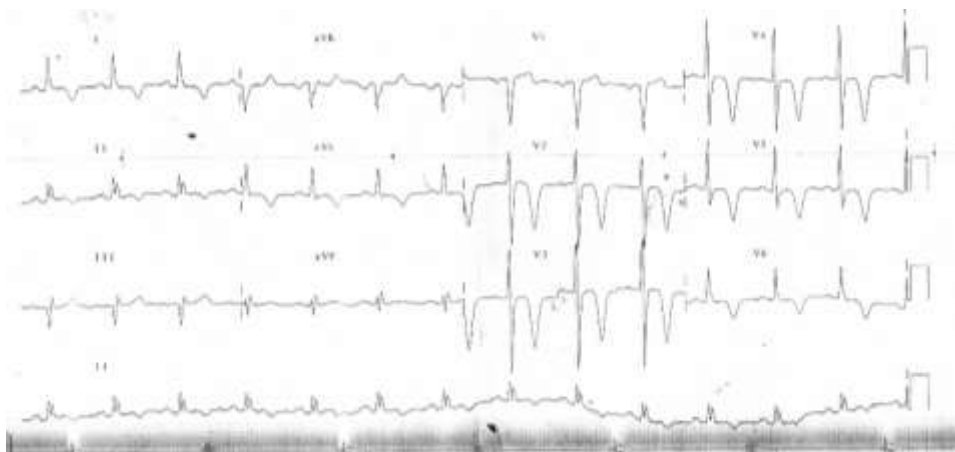


Рис 1. ЭКГ пациента К. 48 лет

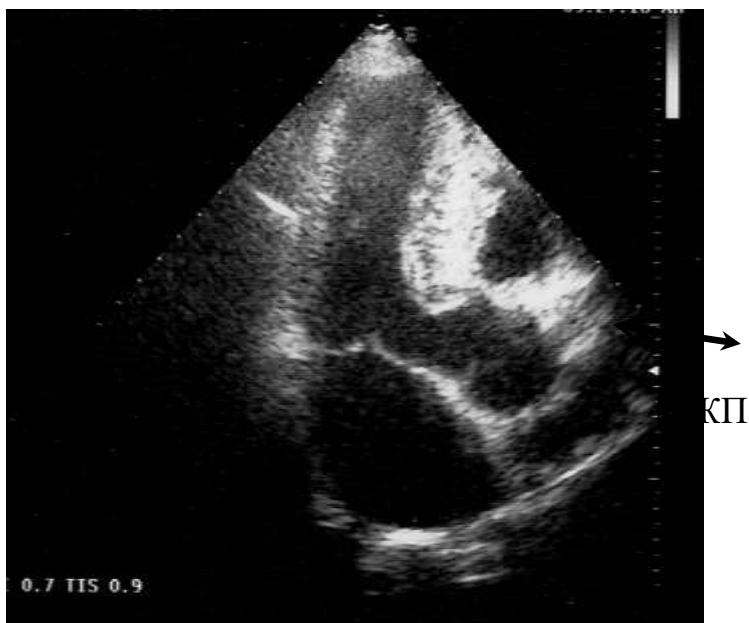


Рис 2. ЭхоКГ пациента К. 48 лет

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Дополнительные методы обследования.
3. Тактика ведения пациента.
4. Тактика в отношении родственников пациента.

Ситуационная задача 19

Пациентка Х., 76 лет. Жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке, приступы удушья по ночам в положении лежа, отеки стоп и голеней, ноющие боли в грудной клетке без четкой связи с физической нагрузкой.

Из анамнеза: в 25-летнем возрасте перенесла острую ревматическую атаку с болями в суставах. Длительное время находилась на диспансерном наблюдении с курсами противорецидивной терапии антибиотиками. В течение многих лет самочувствие оставалось удовлетворительным. В возрасте 75 лет после физической нагрузки (посещала бассейн) впервые возник пароксизм фибрилляции предсердий. Стала беспокоить одышка вначале при нагрузке, а затем и по ночам в положении лежа. Появились отеки стоп и голеней. Последние 2 ночи перед госпитализацией спала сидя из-за удушья.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Отеки нижней трети голеней и стоп. В легких дыхание жесткое, ослаблено в нижних отделах. Выслушиваются

единичные сухие рассеянные хрипы. ЧДД – 24 в мин. Границы сердца расширены влево. Тоны сердца приглушены. Выслушивается неинтенсивный диастолический шум на верхушке. Ритм неправильный. ЧСС – 90-100 в мин. АД 130/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень увеличена на 2 см.

На ЭКГ – фибрилляция предсердий с ЧСС 111 в мин. Горизонтальное положение ЭОС.

ЭхоКГ: «Парусение» передней створки митрального клапана. Створки митрального клапана сращены в области комиссур. Площадь митрального отверстия по доплеровскому режиму – 1,7 кв.см. Трансмитральный градиент средний – 5,2 мм рт.ст., максимальный – 14 мм рт.ст.

Митральная регургитация II степени. Трикуспидальная регургитация III степени. Конечнодиастолический объем ЛЖ – 116 мл. Фракция выброса ЛЖ – 66%.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Тактика лечения.
3. Какие осложнения возникают при данном заболевании в случае возникновении фибрилляции предсердий?
4. Какова причина развития ХСН у больной при нормальной ФВ ЛЖ?

Ситуационная задача 20

Пациент Р., 38 лет. Поступил с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, чувство сердцебиения, кровохарканье. Из анамнеза: Ухудшение состояния отмечает в течение 4-х месяцев. Злоупотребление алкоголем и другие интоксикации отрицает. При осмотре: акроцианоз, ЧДД 24 в минуту. При аускультации в легких влажные мелкопузырчатые хрипы, справа в нижней доле дыхание не проводится. Пульс 90 в минуту, аритмичный, слабого наполнения, напряжения. Патологических пульсаций не выявлено, набухание шейных вен. ЧСС 118 в минуту. Левая граница сердца по левой средне-ключичной линии в VI межреберье, правая на 1,5 см кнаружи от грудины, верхняя в III межреберье. Тоны сердца аритмичные, систолический шум на верхушке, в точке Боткина, хорошо проводится в область над мечевидным отростком, акцент II тона над легочной артерией. Нижний край печени ровный, плотноэластичный, выступает из-под реберной дуги на 4 см. Голени пастозны. ЭКГ: ритм желудочков неправильный, 118 в минуту, нет зубца Р, регистрируются волны f, в отведении VI комплекс QRS по форме $rSR' = 0,12$. ЭхоКГ: увеличены все полости сердца. В В-режиме - дилатация полостей, истончение стенок сердца, их гипокинезия, сферическая форма левого желудочка, выявлены тромбы в полости сердца, легочная гипертензия. При доплеровском исследовании - патологическая митральная и трикуспидальная регургитация 3 степени (рис. 1).

Лабораторные данные: Общие анализы крови, мочи, биохимический анализ крови без изменений.

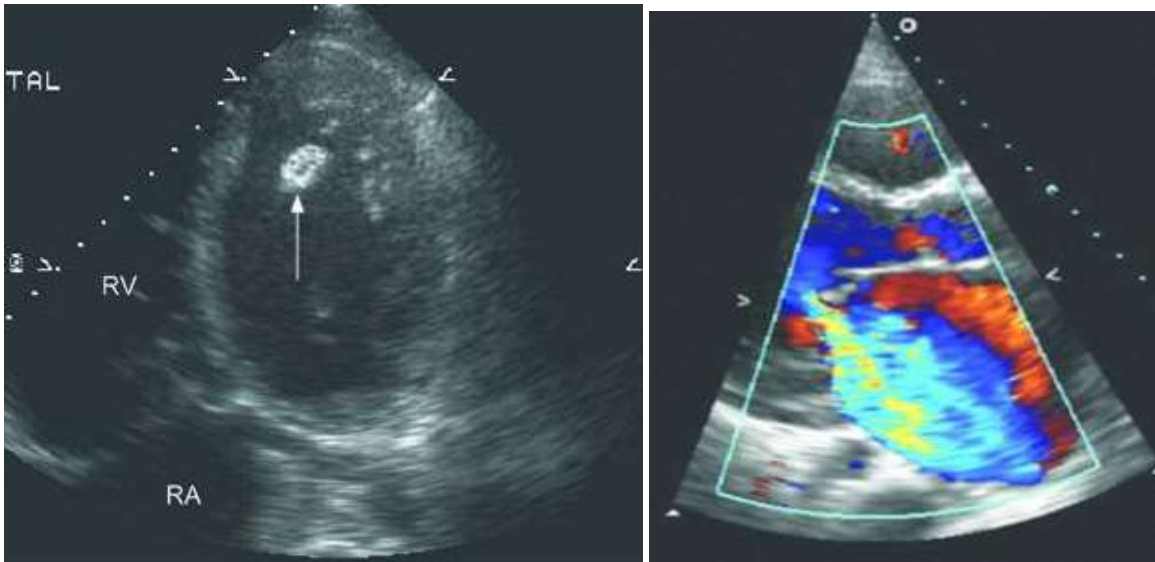


Рис. 1. ЭхоКГ пациента З., 38 лет.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Сформулируйте заключение по ЭКГ.
3. Перечислите группы препаратов, необходимые пациенту.
4. Необходима дифференциальная диагностика со следующими заболеваниями.

Ситуационная задача 21

В стационар по СМП госпитализирован мужчина 53 лет с впервые возникшим приступом интенсивной сжимающей загрудинной боли без отчетливой иррадиации, одышкой. К моменту обращения длительность приступа около 5 часов.

В анамнезе: курит много лет, по 1 пачке в день. Периодическое повышение АД до 170/100 мм рт.ст постоянной терапии не получает.

При осмотре сознание ясное. Кожные покровы бледные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 20 в минуту. Тоны сердца ритмичны. ЧСС 89 ударов в минуту, АД - 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Снята ЭКГ (рис.1).

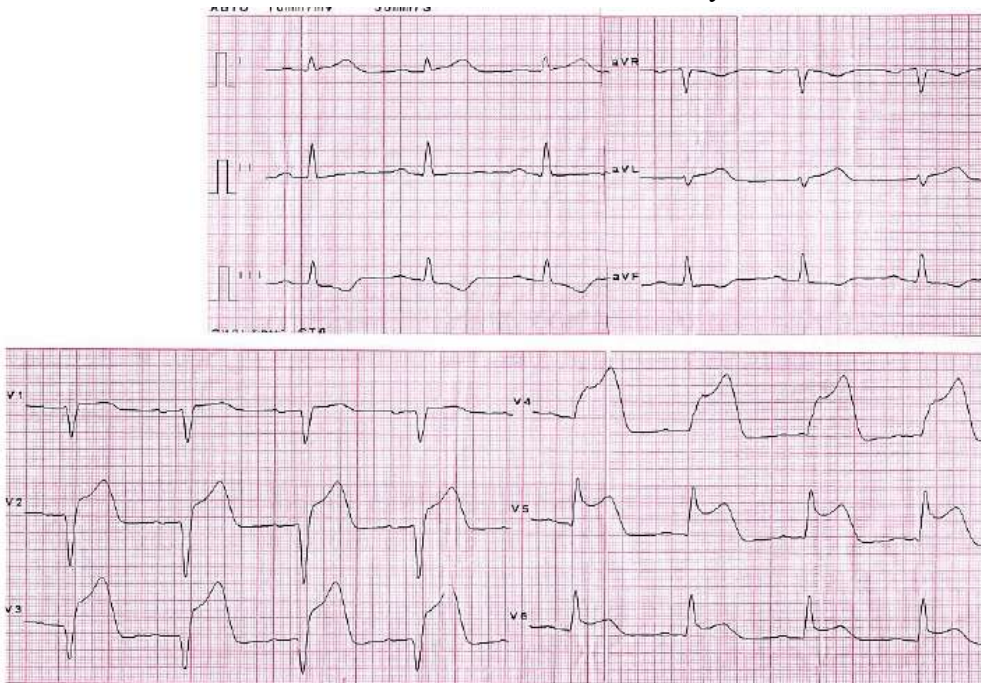


Рис.1: ЭКГ пациента, 53 лет.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Опишите ЭКГ.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Какие лабораторные маркеры рекомендуется использовать для подтверждения диагноза?

Ситуационная задача 22

Пациентка Ж., 71 года, поступила с жалобами на ощущение нехватки воздуха, дискомфорт в грудной клетке, возникшие утром в день поступления. За три недели до госпитализации перенесла коронавирусную инфекцию, лечилась дома симптоматически, антикоагулянтная терапия не проводилась. В анамнезе варикозная болезнь нижних конечностей, гипертоническая болезнь II ст, АГ I ст, риск ССО 3 (высокий).

Осмотр при поступлении: Сознание ясное. Кожные покровы обычного цвета, тёплые, нормальной влажности. Температура тела 36,4 С. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Отёков нет. Дыхание ровное, ритмичное. ЧДД 22 в мин. Аускультативно в лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. SpO₂ 82 % на атмосферном воздухе. При инсуффляции кислорода со скоростью 9 л/мин - SpO₂ - 96%. Ритм сердца правильный, ЧСС 89 уд в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный.

Лабораторные данные: Антитела COVID-19: nCoV IgM: 9.61 (<2), nCoV IgG:333.05 (<10)

ПЦР-мазок COVID-19 - отрицательный.

ОАК: Лейкоциты 9,7 тыс. Лимфоциты 0,9. СРБ 19,82 мг/л. ЛДГ 464,4 Ед/л. Ферритин 520 мкг/л. Фибриноген 5,47 г/л, Д-димер 8875 нг/мл, NT-proBNP 5255 нг/л, Тропонин I - 130 (полож)

Инструментальные данные:

ЭКГ (рис. 1). Ритм синусовый, ЧСС 60 в мин, ЭОС вправо, глубокий Q и «-» Т III, неполная блокада ПНПГ.

МСКТ ангиографии легочных артерий: При КТ-ангиографии в просвете правой и левой легочных артериях определяется протяженный линейный дефект контрастирования в виде тромба -наездника, перекрывающий просвет сосуда справа приблизительно на 43%, слева около 30%, распространяющийся в долевые и сегментарные артерии с частичным сохранением сегментарного кровотока. В плевральных полостях следы жидкости. Сердце в размерах не увеличено. Легочный ствол не расширен – до 34 мм.

По данным ЭХО-КГ (рис 2.): ЛП (ПЗР) - 3,2 см (норма 2.3-4.0 см); ЛП (апик.) - 3,3 x 4,7 см (норма 4.0 x 4.9). ПП - 3,8 x 4,3 см (норма 3.8 x 4.6 см). ПЖ - 3,0 см (норма до 3,0 см), ПЖ (апик.) – 4,4 см (норма до 4,1 см). СДЛА - 48 мм рт ст (норма до 25 мм рт ст в покое). ФВ ЛЖ по Симп - 57% (норма >50-52%). Незначительная симметричная гипертрофия миокарда ЛЖ. Дилатация ПЖ умеренная - по размерам приближается к ЛЖ, участвует в образовании верхушки сердца. ЛЖ имеет D-образную форму за счет перегрузки правых отделов. Гипокинезия свободной стенки ПЖ при сохранной сократимости верхушки. Визуализируется расширенный коронарный синус.

По данным УЗДГ вен нижних конечностей: эхо-признаки окклюзионного тромбоза поверхностных бедренных, подколенных, задних большеберцовых, суральных и малоберцовых вен с обеих сторон, с признаками флотации верхушек тромбов в просвете поверхностных бедренных вен.

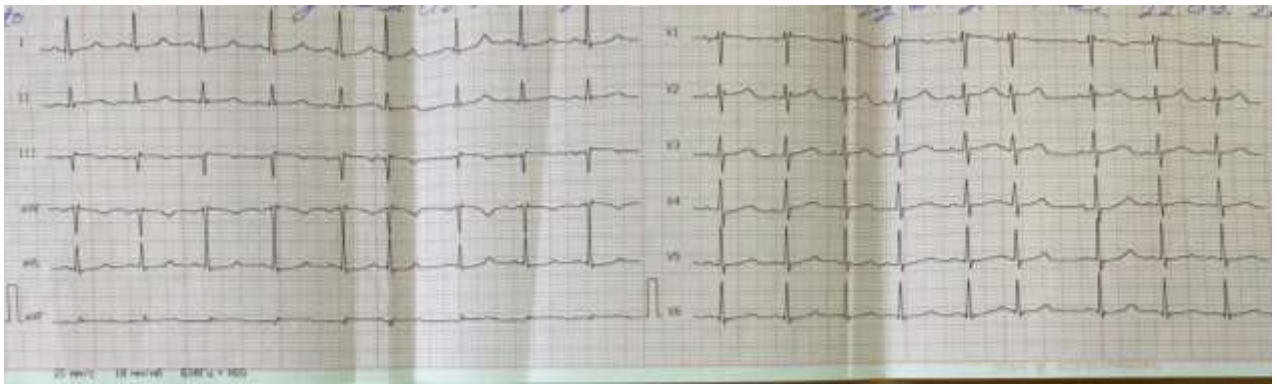


Рис. 1: ЭКГ пациентки Ж., 71 год



Рис. 2: ЭхоКГ пациентки Ж., 71 год

Вопросы:

1. Установите диагноз, проведите дифференциальную диагностику.
2. Что послужило причиной развития данного состояния?
3. Какие шкалы помогают подтвердить/исключить данный диагноз? Какие критерии рассматриваются в этих шкалах?
4. Тактика ведения пациентки, лечение? Имеются ли у пациентки показания для хирургического лечения? Оцените прогноз для пациентки.

Ситуационная задача 23

Мужчина Д., 65 лет, был госпитализирован в плановом порядке с диагнозом ИБС. Стенокардия напряжения II-III ФК. Из анамнеза известно, что около 2 лет гипертоническая болезнь с максимальными значениями АД до 170/90 мм рт. ст., привычные значения АД 120-130/80 мм рт. ст. ОНМК, ИМ, СД отрицает. Последние 5 лет периодически боли сжимающего характера в левой половине грудной клетки с иррадиацией в левую руку, возникающие при умеренной физической нагрузке, купирующиеся самостоятельно после прекращения нагрузки. Наблюдался у кардиолога в поликлинике по м/ж. При амбулаторном обследовании по ЭхоКГ ФВ 59%, зон нарушения локальной сократимости не выявлено. Нарушение функции диастолического расслабления миокарда левого желудочка. По данным нагрузочного теста (стресс-ЭхоКГ) результат положительный (на 3 ступени депрессия ST в отведениях II, V6 до 1,4мм; на пике нагрузки

умеренный гипокинез нижней стенки левого желудочка на уровне базального и среднего сегментов). При поступлении: Состояние средней тяжести. Индекс массы тела 28,6 кг/м². Частота сердечных сокращений 74 в минуту. АД 150/90 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичны. При аускультации шумов не выслушивается. Частота дыхания 18 в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Периферических отеков нет.

Выполнена диагностическая коронароангиография: Тип коронарного кровоснабжения: правый. Левая коронарная артерия (ЛКА): изменения в виде неровности контуров. Ствол ЛКА: эктазия бифуркации ствола ЛКА. Передняя межжелудочковая артерия (ПМЖА): эктазия проксимального сегмента ПМЖА, субокклюзия среднего сегмента ПМЖА.

Огибающая артерия (ОА): без ангиографически значимого стенозирования. Межсистемные коллатерали из ЛКА в дистальное русло ПКА. Правая коронарная артерия (ПКА): изменения в виде неровности контуров, стеноз проксимального сегмента ПКА 40%, хроническая окклюзия среднего сегмента ПКА (Рисунок 1.). Коронарная ангиопластика со стентированием ПМЖА. На контрольных ангиограммах диссекции, резидуального стеноза, эмболизации дистального русла нет. Кровоток ТМІ ІІІ.

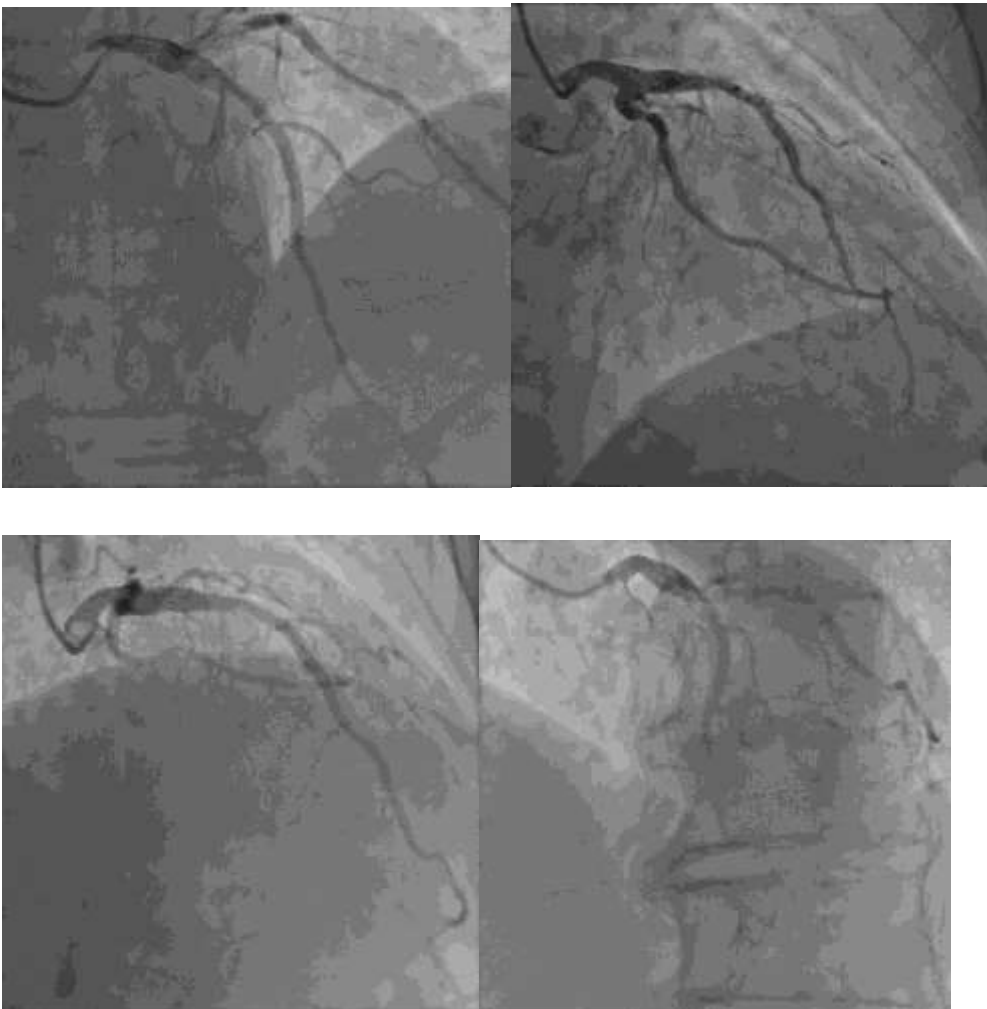


Рисунок 1. Коронароангиограммы пациента Д. 65 лет,

Вопросы:

1. Полностью сформулируйте диагноз.
2. Классификация тяжести в зависимости от степени поражения коронарных артерий?
3. Определите тактику лечения (перечисление - группы препаратов).
4. Предположите какие наиболее частые осложнения характерны для данного состояния?

Ситуационная задача 24

Больной Н., 64 лет, в течение 10 лет страдает язвенной болезнью желудка. Последние два года наблюдается у кардиолога по поводу ИБС. Стенокардии напряжения. Сегодня бригадой СМП доставлен в стационар в тяжелом состоянии с направительным диагнозом: Язвенная болезнь желудка. Перфорация язвы? Желудочное кровотечение? При поступлении предъявляет жалобы на интенсивные боли в эпигастрии, тошноту, слабость, холодный пот, одышку. Сегодня рано утром в покое почувствовал интенсивную боль в эпигастрии, слабость, холодный пот, головокружение, одышку.

Объективно: Состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, холодные, покрыты липким потом. Выраженная одышка смешанного характера, ЧДД 34 в мин. В легких жесткое дыхание, влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах с 2-х сторон. Тоны сердца ослаблены, ритмичные. ЧСС 102 в мин, пульс слабого наполнения. АД 65/35 мм рт. ст. Живот мягкий, несколько болезненный в эпигастрии. Симптомы раздражения брюшины сомнительные. Ректальное исследование: без патологии, кал обычного цвета.

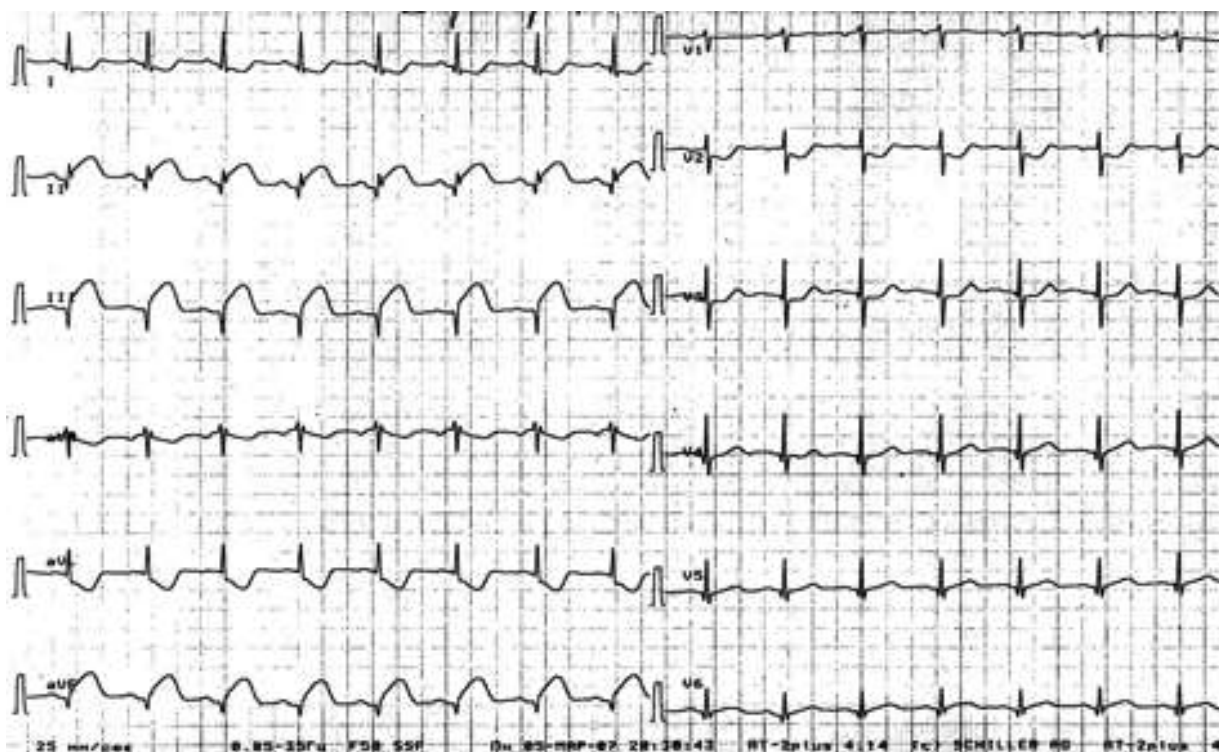


Рис. 1. ЭКГ больного Н., 64 года.

Вопросы:

1. Какой предварительный диагноз? Обоснуйте.
2. Опишите ЭКГ.
3. Какие диагностические мероприятия необходимо провести и в какой последовательности?
4. Определите основные направления неотложной терапии у данного пациента?

Ситуационная задача 25

Пациент К., 84 лет, жалобы на одышку, внезапно возникшие боли за грудиной давящего характера, иррадиирующие в левую лопатку.

Анамнез заболевания: с 8 утра после подъема по лестнице на 3 этаж возникли боли за грудиной давящего характера, иррадиирующие в левую лопатку. На догоспитальном этапе получал

клопидогрел 600мг, аспирин 250мг, Морфин 10мг с купированием болевого синдрома. Госпитализирован в стационар.

Анамнез жизни: Артериальная гипертензия около 20 лет с максимальным подъемом АД до 210/120 мм. рт. ст., адаптирован 130/80 мм. рт. ст. Постоянно принимает амлодипин по 5 мг.

Объективный статус: Рост 168 см, вес 70 кг. Цвет кожных покровов обычной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД: 17 в мин. Ритм сердца правильный, тоны сердца приглушенные. ЧСС 62 в мин. АД 100/60 мм. рт. ст. Язык влажный, без налета, живот мягкий, безболезненный, перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание не нарушено, дизурии нет.

Лабораторные исследования: ОАК: Эритроциты $4,13 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин 125 г/л, тромбоциты $292 \cdot 10^9/л$, лейкоциты $6,8 \cdot 10^9/л$.

Биохимический анализ крови: СРБ 0,28 Мг/л, АСТ 73,1 ЕД/л, АЛТ 38,7 ЕД/л, альфа-амилаза 139,3 ЕД/л, глюкоза 7,84 ммоль/л, калий 4,0 ммоль/л, мочевины 13,8 ммоль/л, креатинин 151,7 ммоль/л, D-димер 174 нг/мл, Тропонина I в динамике: <0,20 нг/мл (11:00), >180,00 нг/мл (17:10), >180,00 нг/мл (8:20).

Инструментальные исследования:

ЭКГ (рис. 1)

ЭхоКГ: ФВ ЛЖ по Симп $\approx 47\%$ (норма $> 55\%$). Определяется гипокинез базальных и средних сегментов задней и нижней стенок с переходом на заднюю часть межжелудочковой перегородки. Нарушение функции диастолического расслабления миокарда левого желудочка. Расширение полости левого предсердия.

УЗИ почек: Эхо-признаки диффузно-очагового нефросклероза, сморщивания правой почки, кисты левой почки.

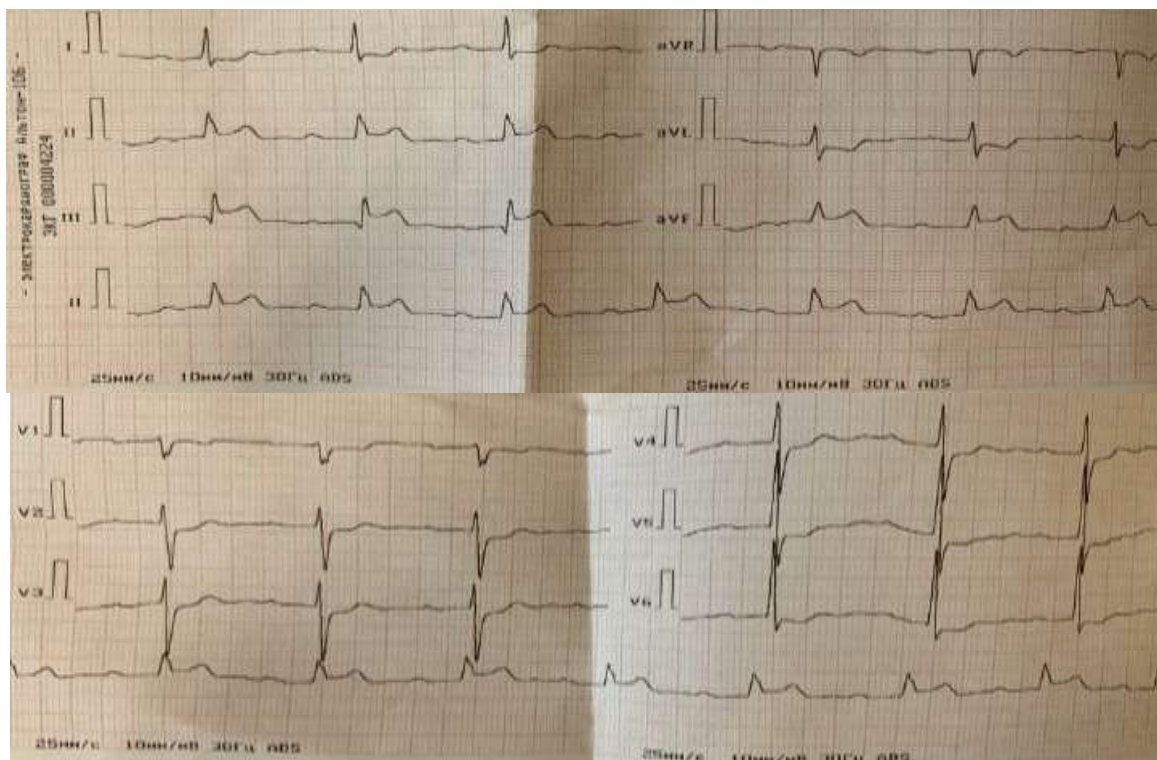


Рисунок 1. ЭКГ пациента К. 84 лет

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Опишите изменения на ЭКГ.
3. Тактика лечения и рекомендации.
4. Дальнейшая тактика ведения.

Ситуационная задача 26

Пациентка Н., 59 лет, поступила с жалобами на общую слабость, кашель с мокротой светлого цвета, нарастающую одышку при незначительной физической нагрузке, боли в грудной клетке при кашле, больше справа.

Анамнез заболевания. Ранее находилась на стационарном лечении с диагнозом коронавирусная инфекция. Проводилось лечение: Амоксициллин+Клавулановая кислота, Левилимаб, Эноксапарин натрия. Через 2 дня после выписки из стационара почувствовала себя плохо- появилась одышка, кашель. Повторно госпитализирована в стационар.

Анамнез жизни. Около 5 лет страдает артериальной гипертензией, на фоне гипотензивных препаратов (спиронолактон 25мг, лозап 50мг, метопролол 50мг) АД 130/80 мм.рт.ст. Сахарный диабет 2 типа, на инсулинотерапии. ИБС. ХСН. Ожирение 3 ст.

Объективно: Рост 162 см, вес 117 кг. Температура 36,5°C. Сознание ясное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Пастозность голеней и стоп. ЧДД 21 в мин. Дыхание жесткое, сухие хрипы в нижних долях легких, SPO₂ 95-94 % на атмосферном воздухе. АД 115/65 мм.рт.ст., ЧСС 80 уд. в мин.

Данные лабораторных исследований: Клинический анализ крови: Гемоглобин 125,0 г/л, тромбоциты $234,0 \cdot 10^9$ /л, лейкоциты $5,1 \cdot 10^9$ /л, нейтрофилы (абс) $3,0 \cdot 10^9$ /л.

Биохимический анализ крови: СРБ 0,04 мг/л, ЛДГ 262 ЕД/л, АЛТ 23 ЕД/л, АСТ 27,6 ЕД/л, ферритин 41 мкг/л, D-димер 2412,00 нг/мл, фибриноген 2,71 г/л.

Инструментальные исследования:

ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 75 в мин., ЭОС отклонена влево, отрицательный зубец Т в отведении III, признаки гипертрофии ЛЖ (рис.1)

ЭхоКГ: ФВ ЛЖ $\approx 55\%$ (норма $>54\%$). Определяется парадоксальное движение межжелудочковой перегородки. Дилатация полости левого предсердия и расширение правых камер сердца. ЛП (апикально) 4,7x5,4 (норма 4.0x5.2см), ПП 4,3x5,2 (норма 4.0x5.0см), ПЖ (апикально) 4,1 (норма до 3.7 см). СДЛА 55 мм. рт. ст. Трикуспидальная регургитация 2 степени.

КТ органов грудной клетки с в/в контрастированием: В правой легочной артерии в зоне трифуркации визуализируется пристеночные тромботические массы с формированием тромба наездника, распространяющегося на сегментарные ветви S9,S10, с окклюзией верхнедолевой ветви. Слева так же визуализируются тромботические массы в мелких сегментарных ветвях нижней доли с окклюзией ветви S9. (рис.2)

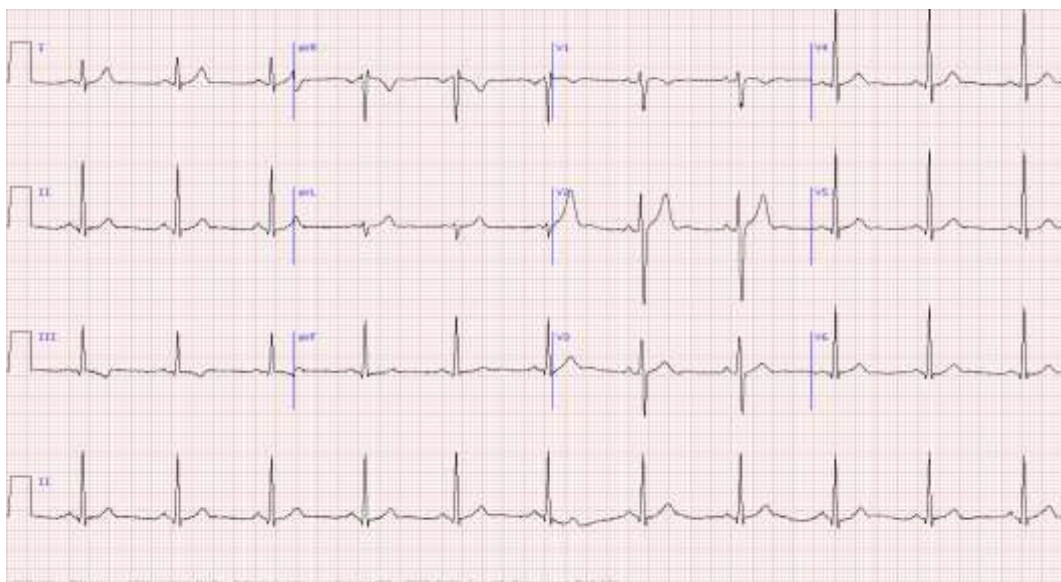


Рис. 1 ЭКГ пациентки Н. 59 лет

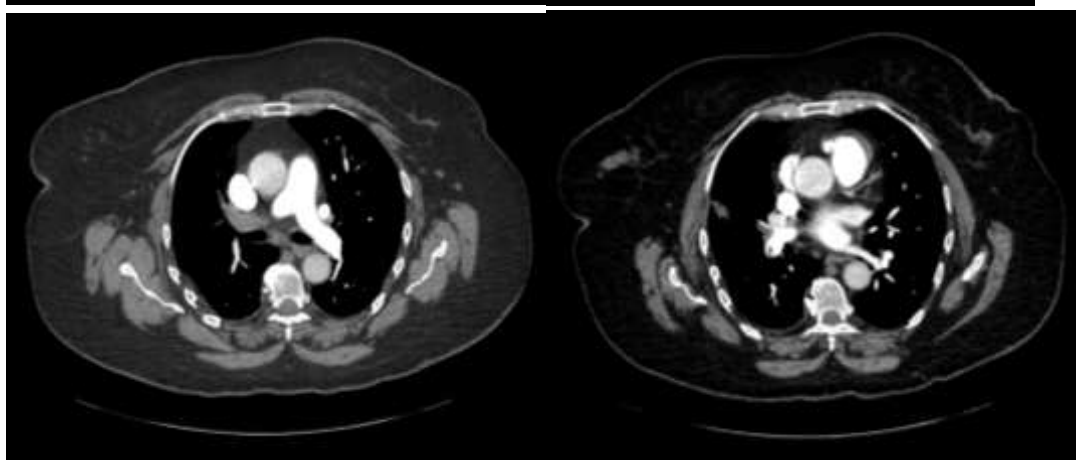
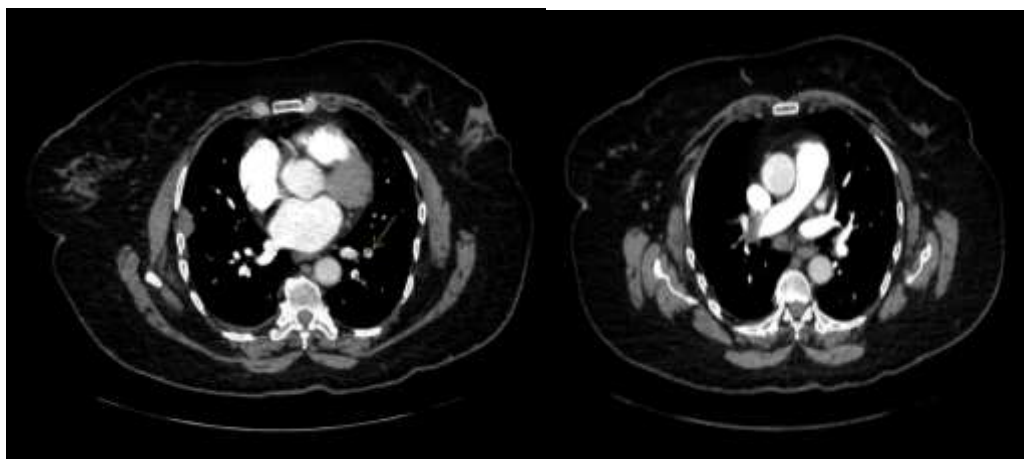


Рис. 2 МСКТ ОГК пациентки Н. 59 лет

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз?
2. Дополнительные методы обследования.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Лечение данной патологии и необходимые рекомендации после выписки.

Ситуационная задача 27

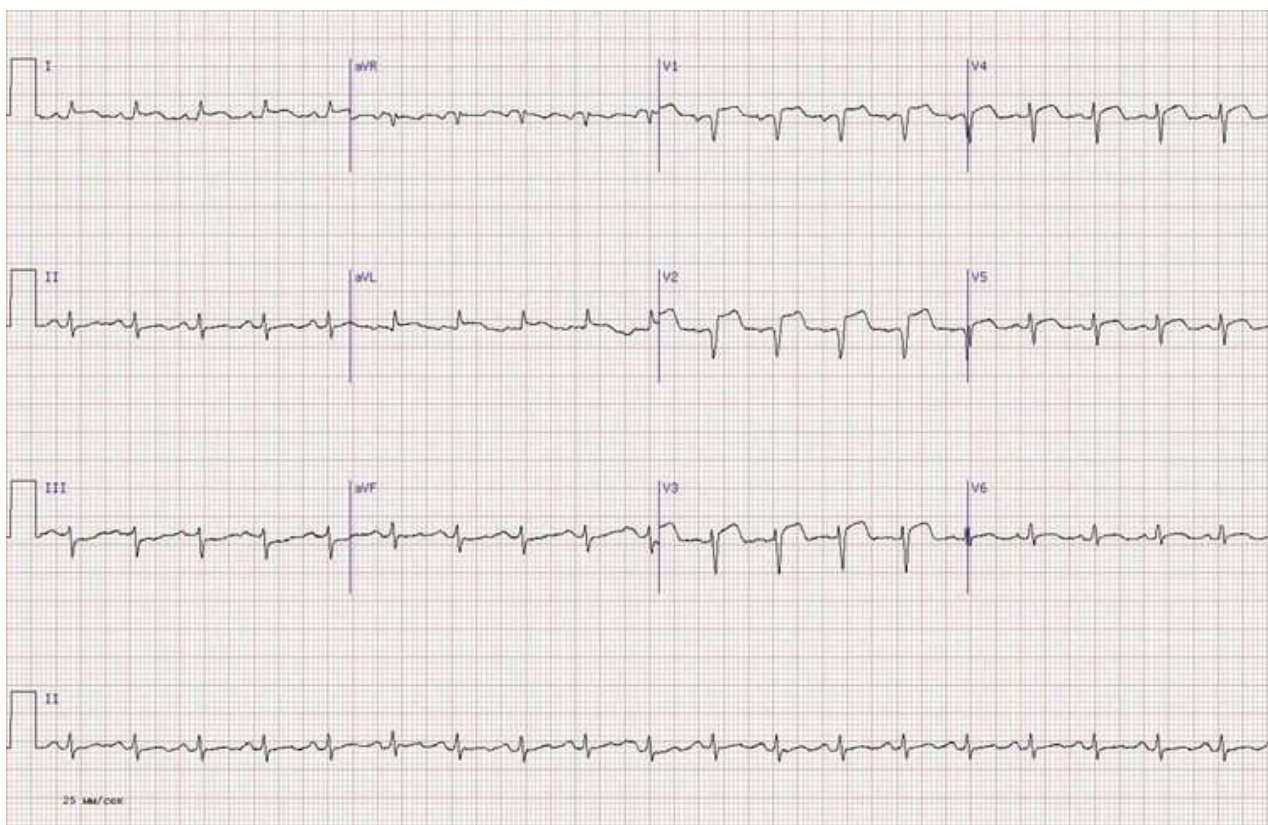
Пациент П, 66 лет, доставлен бригадой СМП в стационар. *Жалобы* при поступлении на умеренные сжимающие боли за грудиной, без иррадиации, интенсивность болей уменьшилась после терапии СМП (вводился морфин).

Из анамнеза: С осени 2021 г. отмечает частые эпизоды давящей загрудинной боли при ходьбе до 300 м, чувство нехватки воздуха, купирующиеся в покое, терапию не принимал, за медицинской помощью не обращался. Сегодня рано утром появились жгучие боли давящего характера в левой половине грудной клетки с иррадиацией в лопатку, болевой синдром не связывает с изменением положения тела, дыханием, приемом пищи. В связи с длительно сохраняющимся ангинозным приступом, вызвал бригаду СМП, с подозрением на ОКС доставлен в больницу, на ДГЭ морфин в\в, клопидогрель 600мг.

В анамнезе длительно страдает гипертонической болезнью, максимальные цифры АД до 150/90 мм рт. Ст., адаптирован к 130-140 мм рт.ст. Постоянную терапию не принимает, симптоматически принимает Периндоприл. ХОБЛ, смешанного генеза, вне обострения.; Вредные привычки: Курит. Стаж курения 50 лет. Употребление алкоголя не отрицает. Объективно: Рост 178 см, вес 85 кг, ИМТ 26,8 кг/кв.м. Состояние тяжелое. Кожа обычной окраски, влажность кожи

нормальная, цианоз отсутствует, отмечается пастозность стоп. Дыхание поверхностное, регулярное, ЧДД: 21 в мин. При аускультации дыхание везикулярное, единичные влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах с обеих сторон. Ритм сердца не нарушен, шумы не выслушиваются. ЧСС: 92 в мин. АД 150/90 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Данные инструментальных исследований: ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 100 в мин, ЭОС вертикальная, элевация сегмента ST I, aVL, V1-V6, депрессия ST и «-»T в II,III. По ЭХО-КГ: Снижение общей систолической функции миокарда ЛЖ (ФВ 35%) с нарушением его локальной сократимости. Гипокинез базального и акинез среднего сегментов передне-перегородочной стенки, гипоакинез всех сегментов перегородочной стенки, акинез с дискинезом верхушки циркулярный до средних сегментов нижней, передней стенки, боковой стенки. Незначительная симметричная гипертрофия миокарда ЛЖ. Двусторонний невыраженный гидроторакс.



Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Дополнительные методы обследования.
3. Дифференциальный диагноз.
4. Дальнейшая тактика ведения пациента.

Ситуационная задача 28

Пациент М., 47 лет, поступил с жалобами на жгучие, давящие боли за грудиной, возникающие при ходьбе быстрым шагом, при подъеме на 2 этаж, купирующиеся приемом нитроглицерина. В анамнезе: 3 года назад перенес не-Q-инфаркт миокарда передней стенки ЛЖ. В течение последних 5 лет при измерении АД фиксируются цифры 150 и 90 мм рт. ст., однако регулярного гипотензивного лечения не получает. После перенесенного ИМ была проведена коронароангиография с выявлением стеноза ПМЖВ более 55%, однако ангиопластики, стентирования или иной манипуляции выполнено не было. Уровень ХС крови достигает 6,2 ммоль/л. При осмотре: Кожные покровы обычной окраски, чистые, отеков н/к нет ИМТ 26,

окружность на уровне пупка 95 см. Перкуторно границы сердца не изменены АД 154/92 мм рт. ст. Пульс хорошего наполнения, ритм правильный. При нагрузочном тестировании максимальная достигнутая физическая нагрузка – 100 Вт. Динамика ЭКГ – на 4 ступени физической нагрузки на 10 минуте отмечена горизонтальная депрессия ST в грудных отведениях на 0,15 мВ, сопровождаемая появлением болей в грудной клетке.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Как трактовать результат нагрузочного теста.
3. Предложите план обследования.
4. Тактика лечения и возможные варианты лечения.

Ситуационная задача 29

Больной, 19 лет, жалуется на головные боли, частые носовые кровотечения, парестезии и зябкость ног. Ранее отмечал повышенные цифры АД, обследование почек патологии не выявило. Приём гипотензивных средств эффекта не дал. При осмотре состояние удовлетворительное. Отмечается гиперстеническое телосложение. Пульс 76 ударов в минуту, АД 210 и 170 мм рт. ст. Границы сердца расширены влево. Аускультация выявляет акцент 2 тона на аорте, систолический шум по левому краю грудины. Максимально шум выслушивается сзади в межлопаточном пространстве слева от позвоночника. Отмечается гипотрофия мышц ног. Пульсация бедренных артерий не определяется. На ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка, диффузные изменения миокарда. Рентгенограмма грудной клетки выявила аортальную конфигурацию сердца, узурацию нижнего края 3-6 рёбер с обеих сторон.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз.
2. С помощью каких методов исследования можно подтвердить диагноз?
3. Почему при этом пороке отмечается узурация нижнего края рёбер?
4. Если предварительный диагноз подтвердится, нужна ли больному операция?

Ситуационная задача 30

У больного, 70 лет, с жалобами на одышку и боли за грудиной, возникающие при физической нагрузке, выявлена аортальный стеноз, выраженный кальциноз клапана, критические стенозы передней нисходящей и огибающей ветвей левой коронарной артерии.

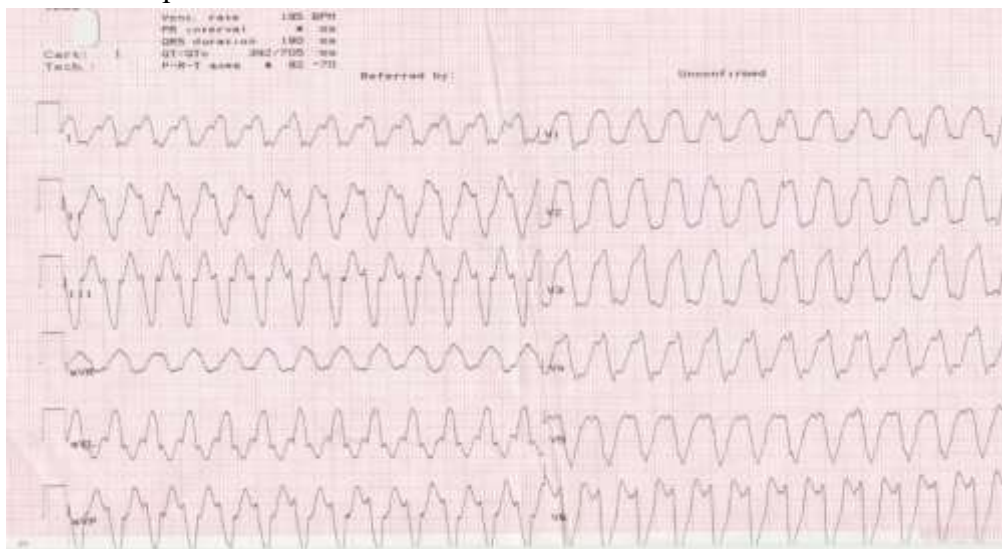
Вопросы:

1. Можно ли оперировать больных в таком возрасте на сердце? Может ли помочь этому больному операция?
2. Если да, то что следует сделать с аортальным клапаном?
3. Нужно ли одновременно вмешиваться на коронарных артериях?
4. Потребуется ли после операции больному специфическое лечение?

Ситуационная задача 31

Бригадой «скорой помощи» доставлен мужчина 54 лет с купированным болевым синдромом. На ЭКГ, зарегистрированной «скорой помощью», картина переднего распространённого инфаркта миокарда в стадии повреждения. На догоспитальном этапе внутривенно введены морфин и гепарин, сублингвально – нитроглицерин, аспирин, клопидогрел. При измерении АД в приёмном покое состояние пациента внезапно ухудшилось: появились общая слабость, головокружение, кожные покровы побледнели, покрылись холодным потом, развился акроцианоз. АД 60/30 мм рт. ст., пульс

170 уд. в 1 мин, слабого наполнения и напряжения, аритмичный. Тоны сердца глухие. ЧД 28 в 1 мин. ЭКГ представлена:



Вопросы:

1. Опишите ЭКГ.
2. Ваше заключение?
3. Ваши действия?
4. Составьте план лечения пациента после стабилизации состояния.

Ситуационная задача 32

У пациентки, 68 лет, находящейся на стационарном лечении по поводу ИБС, прогрессирующей стенокардии, внезапно появились тяжесть в груди, интенсивная головная боль (преимущественно в затылочной области), однократная рвота без предшествующей тошноты и последующего облегчения, удушье, кашель. При кашле выделяется пенистая розовая мокрота. В анамнезе артериальная гипертония (оптимальное АД 145/95 мм.рт.ст.). Объективно: состояние тяжёлое. Пациентка заторможена, положение ортопноэ. Кожные покровы бледные, покрыты холодным потом, выраженный цианоз. Дыхание учащенное, клочущее, с участием вспомогательной мускулатуры. ЧДД 28 в 1 мин. АД 195/110 мм рт. ст., пульс – 96 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, тахикардия. Аускультативно над всей поверхностью лёгких выслушиваются обильные разнокалиберные влажные хрипы (преимущественно средне- и крупнопузырчатые).

Вопросы:

1. Предположительный диагноз.
2. Тактика ведения пациентки.

Ситуационная задача 33

Больной В., 35 лет, доставлен в приёмное отделение БСМП в тяжёлом состоянии с жалобами на резкую раздирающую боль за грудиной, слабость. Сопровождающие больного лица сообщили, что в трамвае (больной ехал на работу) ему стало плохо, он побледнел, покрылся холодным потом. Жаловался на резкую боль в области сердца. На остановке его вывели из трамвая и доставили в больницу. При осмотре: кожные покровы бледные, влажные, на лице – капельки пота. Пульс 110 в 1 мин, слабого наполнения и напряжения. АД 80/40 мм рт. ст. Врач ещё не закончил осмотр, как больной потерял сознание. Пульс и АД не определяются. Зрачки расширены, на свет не реагируют, единичные дыхательные движения, быстро нарастающий цианоз. Зарегистрированная ЭКГ представлена:

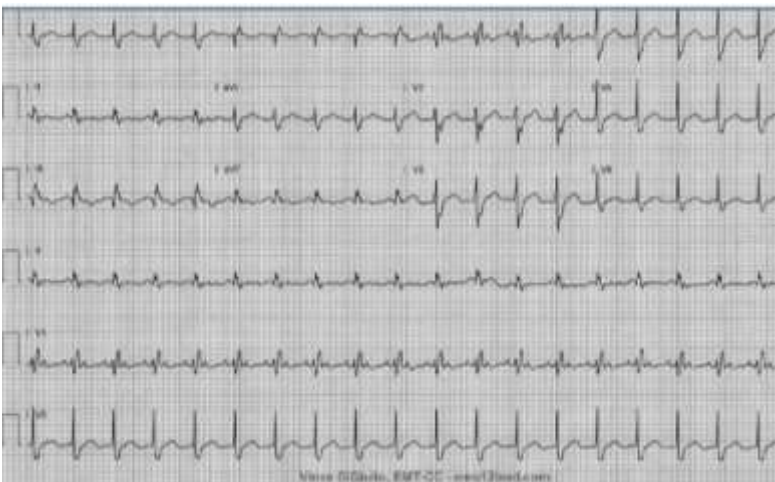


Вопросы:

1. Предположите диагноз.
2. Тактика действий.

Ситуационная задача 34

У больного Э., 56 лет, в первые сутки инфаркта миокарда развился приступ сердцебиения, сопровождающийся резкой слабостью и снижением АД до 80/40 мм рт. ст. На ЭКГ:

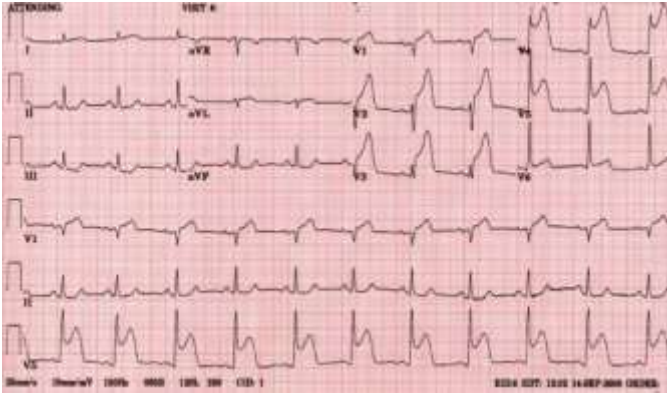


Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Ваша тактика?

Ситуационная задача 35

Больной Т., 48 лет, доставлен в приёмное отделение с жалобами на резчайшую боль за грудиной, иррадирующую в обе руки, под левую лопатку. В течение последних 10 дней при ходьбе по ровной местности (до 50 м) отмечает периодически возникающую боль за грудиной меньшей интенсивности и продолжительности. При осмотре: состояние тяжёлое, кожные покровы бледные, холодные, влажные. Пульс 124 в 1 мин, слабого наполнения и напряжения, аритмичный. АД 82/38 мм рт. ст. Тоны сердца глухие. ЧД 28 в 1 мин. На ЭКГ:



Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Ваша тактика?

Ситуационная задача 36

Пациент С, 52 лет, госпитализирован бригадой СМП с подозрением на ОКС в связи с резко возникшей интенсивной болью в грудной клетке сжимающего характера с иррадиацией в спину и обе руки. Боль возникла примерно час назад до вызова СМП. На до госпитальном этапе снята ЭКГ (рисунок 1). При поступлении артериальное давление 200/50 мм.рт.ст., ЧСС 98 в минуту. SpO₂=98%. При аускультации диастолический шум, максимально выраженный в 5-й точке. На фоне многократного введения наркотических анальгетиков болевой синдром не купирован. При переключении с каталки на кровать пациент отметил возникновение слабости в правых конечностях (неврологическая симптоматика регрессировала спонтанно в течение 15 минут). По данным ЭХО-КГ, зон нарушений локальной сократимости миокарда ЛЖ не выявлено. Аортальная регургитация 2-3 ст с центральным направлением струи регургитации. Тропонин при поступлении 2,0 нг /мл (норма менее 0,04 нг/мл). Интенсивность болевого синдром сохранялась крайне высокой. Отмечается смещение эпицентра болей в сторону шеи.

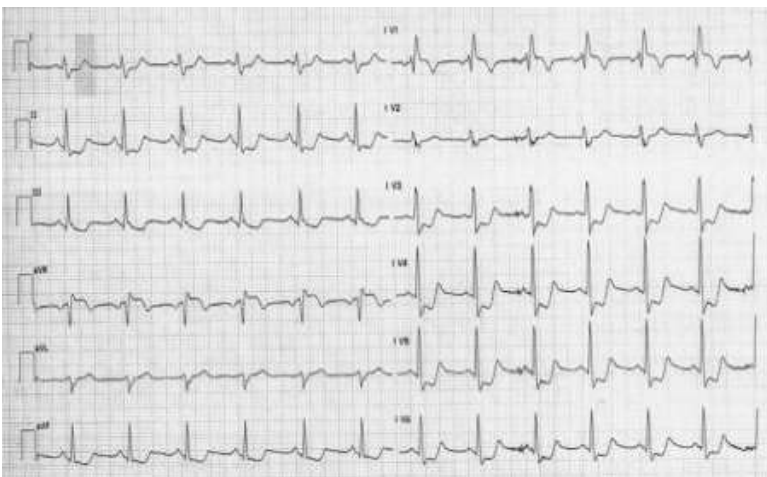


Рисунок 1. ЭКГ пациента С. 52 лет, на догоспитальном этапе

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Методы верификации диагноза.
4. Определите тактику лечения. Реабилитация пациента.

Ситуационная задача 37

Пациент К, 75 лет, экстренно госпитализирован в связи с нарастанием одышки и отечного синдрома в течение недели. Из анамнеза известно, что в возрасте 70 лет пациент перенес инфаркт миокарда и коронарное шунтирование (мамарно-коронарное ПМЖВ и аорто-коронарное ВТК и ПКА), после проведения которого ангинозные приступы не рецидивировали. В течение 3 лет у больного диагностирована сердечная недостаточность 2 ФК по NYHA со стабильным течением (без госпитализаций в связи с декомпенсацией). Регулярно принимает назначенные лекарственные препараты: лозартан 50 мг утром и 50 мг вечером, бисопролол 5 мг утром, спиронолактон 25 мг утром, фуросемид 40 мг утром, аторвастатин 20 мг вечером, ацетилсалициловая кислота 75 мг вечером. В течение прошедшей до госпитализации недели отмечался артрит первого плюснефалангового сустава слева с выраженным болевым синдромом в покое, в связи с чем больным самостоятельно принимал ибупрофен в дозе 400 мг 3 раза в день ежедневно. При госпитализации у больного положение ортопноэ, ЧДД 22 в минуту. АД = 170/90 мм.рт.ст. SзО₂ = 99%. При аускультации дыхание ослаблено слева, справа – мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца ослаблены, ритмичны, отчетливый 3 тон, систолический шум на верхушке сердца без иррадиации. На ЭКГ ритм синусовый с ЧСС 100 в минуту, блокада левой ножки пучка Гиса, единичные желудочковые экстрасистолы. При ЭХО-КГ дилатация всех полостей, ФВ 35%, умеренная митральная регургитация 2 ст. СДЛА = 50 мм.рт.ст. Значимых клапанных стенозов не выявлено. В анализах крови гемоглобин 115, лейкоциты 6,2, креатинин 2,8 мг/дл (предыдущее значение за 2 месяца до госпитализации – 1,7 мг/дл), мочевиная кислота 867 ммоль/л, тропонин Т 0,07 нг/дл, натрий 131 ммоль/л, калий 3,8 ммоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Определите тактику ведения пациента.
3. Методы купирования обострения подагрического артрита у пациента с декомпенсацией ХСН.
4. Принципы диспансерного наблюдения и реабилитации пациентов данной группы.