ГБОУ ВПО «АСТРАХАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВОХРАНЕНИЯ

КАФЕДРА КАРДИОЛОГИИ ФПО

**«УТВЕРЖДАЮ»**

Зав. кафедрой кардиологии ФПО

ГБОУ ВПО Астраханский ГМУ Минздрава России,

д.м.н., профессор М.А. Чичкова

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2014 г.

**ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ТРЕХ УРОВНЕЙ**

Астрахань – 2014г.

**Задача № 1**

Больной К., 63 лет, обратился с жалобами на боли в икроножных мышцах во время ходьбы, ощущение онемения пальцев ног.

Объективно: Состояние средней тяжести, в лёгких на выдохе – сухие хрипы; в сердце – акцент II тона на аорте. При выслушивании брюшной аорты в месте её бифуркации – грубый систолический шум. Нижние конечности холодные наощупь. Пульсация на a. dorsalis pedis et a. tibialis posterior, а также в подколенной ямке не определяется.

*Ваш предварительный диагноз. Что нужно сделать для его подтверждения? Какой тип ГЛП вы предполагаете у больного и как его определять?*

**Задача № 2**

Больной Н., 76 лет, жалуется на перемежающуюся хромоту. 6 лет назад перенёс инфакрт миокарда, с тех пор страдает стенокардией напряжения III ФК. Боли в ногах при ходьбе появились 2 года назад.

*У больного без сомнения атеросклероз аорты. Какой тип ГЛП вы у него предполагаете? Что для постановки диагноза нужно сделать? Предпочтение каким гиполипидемическим средствам вы отдадите?*

**Задача № 3**

Больной Т., 68 лет, страдает ПИКС и стенокардией напряжения II ФК. При обследовании обнаружена дисфункция IIа фенотипа. С целью коррекции липидного спектра назначен аторис в дозе 20 мг в день. На этом фоне появилась боль в мышцах и слабость.

*Какие исследования предлагаете сделать для подтверждения ГЛП IIа типа? Чем объясняете появление новых жалоб и как это можно подтвердить? Какова ваша тактика?*

**Задача № 4**

Больная Н., 45 лет, в менопаузе, страдает СД 2 типа – компенсированным. Что необходимо ей порекомендовать с целью предупреждения и сдерживания атеросклероза?

**Задача № 5**

Больная О., 54 лет, страдает ожирением абдоминального типа, артериальной гипертонией, гиперлипидемией.

*Какой синдром имеет место у данной больной? Какие рекомендации помимо снижения веса, коррекции гипергликемии вы ей дадите? Какие гиполипидемические препараты порекомендуете? Какой на ваш взгляд тип гиперлипидемии у этой больной имеет место быть?*

**Задача № 6**

Больной поступил с ОКС в ПСО, ранее ничем не лечился. В первые дни пребывания ему проверили липидный спектр. При концентрации ХС ЛПНП > 2,5 ммоль/л целесообразно назначить один из статинов. В дальнейшем доза титруется.

*Что вы преследуете этим: а) снижение частоты коронарной смерти б)снижение чатсоты фатальных и нефатальных осложнений в) подготовить к инвазивным вмешательствам на коронарных артериях*

**Задача № 7**

У больного 17 лет высокая степень артериальной гипертензии, не поддающаяса лечению гипотензивными препаратами. При выслушивании магистральных сосудов определяется грубый систолический шум в проекции правой почечной артерии. В крови ХС – 6,5 ммоль/л, ХС ЛПНП – 4,6 ммоль/л ХС ЛПВП – 1,25 ммоль/л, ТГ – 1,5 ммоль/л.

*Ваш предварительный диагноз. Чем подтведить его? Ваша тактика лечения.*

**Задача № 8**

Больная С., 43 лет, пониженного питания. На коже конечностей эруптивные ксантомы; гепатоспленомегалия. Отмечает боли в животе. Боли в сердце не беспокоят. На ЭКГ изменений нет. Сыворотка крови при стоянии молочного цвета.

*Ваш предварительный диагноз. Какие изменения вероятны при исследовании крови на липидный спектр?*

**Задача № 9**

Больной М., 53 лет, поступил с жалобами на загрудинные боли и повышение АД до 170/90 мм рт.ст. Избыточного питания. Периорбитальные ксантелазмы крупных размеров, туберозные ксантомы в области локтя. I тон на верхушке приглушен, акцент II тона на аорте. На ЭКГ – блокада передней ветви ножки пучка Гиса, нарушение реполяризации в V1-V3. Наблюдается помутнение хорошо отцентрифугированной сывортоки взятой натощак.

*Ваш предварительный диагноз. Какие изменения можно выявить при исследовании крови на глюкозу и липидный спектр?*

**Задача № 11**

Больной М.,45 л.,поступил в больницу с жалобами на сильное сердцебиение, боли в сердце. Заболел остро: за 2 часа до поступления возник приступ болей за грудиной, вскоре появилось сердцебиение. После введения обезболивающих средств врачом ССП госпитализирован.При поступлении состояние тяжелое, больной бледный, акроцианоз, конечности холодные, тоны сердца глухие,ритмичные.ЧСС-180 уд. В мин., пульс слабый,АД-80/60мм.рт.ст. ЭКГ:R-R-0,33, ритм правильный,QRS-0,14сек.,автономный зубец Р.Лейкоциты крови -12000.

Вопросы:1.Наиболее вероятный диагноз? 2.Какие мероприятия нужно проводить на догоспитальном этапе?3.Протрактуйте ЭКГ.4.Какие эстренные мероприятия необходимы?

**Задача № 12**

Больной Н.,65л.,поступил в клинику с жалобами на частые перебои, ощущения замирания и остановки сердца, одышку, несильные боли за грудиной при физическом напряжении, приступы потери сознания. В анамнезе 4 года назад перенес ИМ. Последние 2 года отмечает изредка кратковременные (на несколько сек.)приступы потери сознания. При поступлении состояние средней тяжести, цианоз губ, пастозность голеней, в легких в задненижних отделах единичные влажные хрипы. Тоны сердца глухие, аритмичные, пульс 48в мин. без дефицита. Живот мягкий, печень на 2см.ниже реберной дуги. ЭКГ-ритм синусовый, P-Q=0,20 сек.R-R-0,15сек,выпадает каждый второй-третитий желудочковый комплекс. Комплекс расширен, время внутреннего отклонения 0,06 сек., резкое отклонение электрической оси влево.

Вопросы:1.Каким заболеванием страдает больной? 2.С каким видом аритмии связаны его жалобы? 3.Какое лечение ему рекомендуется?

**Задача №13**

Больная 63 лет ,поступила с жалобами на периодически возникающие приступы слабости, головокружения ,иногда с потерей сознания ,одышку при ходьбе. Больна около 3 лет, когда при ходьбе стали появляться прступы слабости, головокружения .В последний год - приступы , сопровождающиеся потерей сознания. В день поступления внезапно потеряла сознание ,были судороги ,непроизвольное мочеиспускание .При поступлении состояние средней тяжести. Цианоз губ. Отеков нет. В легких в задненижних отдел ах единичные влажные хрипы. Границы сердца :вправо на 1,5 см.от правого края грудины, левая на 2см от среднеключичной линии. На верхушке 1 тон глухой, но периодически его звучность усиливается, акцент 2 тона на аорте. Пульс 40 уд. / мин.,ритмичен,напряжен.АД-200/80мм.рт.ст.

ЭКГ: зубцы Р не связаны с комплексом QRS.Р-Р=0,75сек.,R-R=1,5сек.При рентгеноскопии :расширение границ сердца, увеличена амплитуда сокращений сердца и аорты.

Вопросы:1.Назовите ведущий синдром в клинической картине заболевания. 2.Какое нарушение ритма лежит в основе этого синдрома? 3.Какие причины могут вызвать эти нарушения? 4.Напишите клинический диагноз. 5.Перечислите заболевания, с которыми необходимо дифференцировать ведущий клинический синдром. 6.Неотложная помощь во время приступа потери сознания. 7.Лечение в межприступном периоде.

**Задача № 14**

Больная Л.,23г.Через 10 дней после перенесенной ОРВИ появились перебои в работе сердца, которые она ощущает только в горизонтальном положении. Они сопровождаются появлением чувства нехватки воздуха.

Вопросы.1.Ваша тактика(диагностический поиск). 2.Диагноз. 3.Терапия(мотивировать)

**Задача № 15**

Больной М.47лет. Около месяца испытывает сильное сердцебиение , кратковременные колющие боли в области сердца и одышку при физической нагрузке. Ранее болел только простудными заболеваниями. Злоупотребление алкоголем отрицает. При осмотре обращает на себя внимание телеангиоэктазии на коже лица ,инъекция сосудов склер. Границы сердца в пределах нормы,тоны приглушены,аритмичные,ЧСС-100 мин. ЭКГ-волны f

Вопросы1.Предположительный диагноз (обосновать)2.Дифференциальный диагноз.3.Терапия.

**ЗАДАЧА №16.**

Больная Ф.58л.Госпитализирована в связи с приступом сильного неравномерного сердцебиения, которое продолжается 3 суток и сопровождается нарастающей одышкой. При осмотре положение тела ортопное, акроцианоз, пастозность стоп и голеней. При аускультации сердца-1 тон громкий, диастолический шум на верхушке, в 5 точке,щелчок открытия митрального клапана.ЧСС-115-137 в мин., пульс 90-100 уд.в мин.ЧДД-23 в мин., в задненижних отделах легких влажные хрипы на фоне жесткого дыхания. Пальпируется болезненный край печени.

Вопросы.1.Расшифруйте ЭКГ (ЭКГ прилагается).2.Диагноз .3.Ваша тактика.

**Задача №17**

Больная Д.,37л.В течение 2 лет страдает лабильной АГ с АД 150/80-180/90.В последние месяцы появились приступы сердцебиения длительностью по несколько часов. Ухудшилось настроение, появилась бессонница, плаксивость. ЭКГ- синусовая тахикардия.

Вопросы.1.Дифференциальный дигноз.2.Обследование.3.Терапия.

**Задача №18**

Больная К., 64л.Последние 3 месяца беспокоит сильное сердцебиение, усиливающиеся при волнении и ходьбе. При осмотре -цианоз губ, пастозность стоп и голеней ;в легких жесткое дыхание, влажные хрипы в заднее-нижних отделах; границы относительной тупости сердца расширены влево; тоны сердца приглушены, аритмичны, систолический шум на верхушке. акцент 2тона над легочной артерией;АД-140/80мм.рт.ст. Нижний край печени на3-4 см.ниже реберной дуги, закругленный, болезненный при пальпации.

1.Вопросы.1.Протрактуйте ЭКГ (прилагается).2.Дифференциальный диагноз. 3.Необходимое обследование . 4.Диагноз. 5.Терапия.

**Задача №19**

.Больной М.,26л.Трижды за последние 5 месяцев перенёс приступы сильного сердцебиения, возникающие внезапно и также внезапно заканчивающиеся через 5- 30 мин.Они сопровождаются слабостью, потливостью, иногда частым мочеиспусканием. Вне приступов самочувствие хорошее. При осмотре сердечной патологии не выявлено. ЭКГ вне приступа норма.

Вопросы.1.Предположительный диагноз. 2.Обследование.3.Терапия во время приступа и вне приступа.

**Задача № 20**

Больной Л. 72 г.Страдает стенокардией, перенёс инфаркт миокарда, появилась экстрасистолия. АД 130/80 мм.рт.ст. Явлений застойной сердечной недостаточности нет. ЭКГ прилагается.

Вопросы.1.Расшифруйте ЭКГ 2.Обследование. 3.Тактика.

**Задача № 21**

Больной Т.,32 г.В течение 3 месяцев отмечает появление одышки и сердцебиения при физической нагрузке; недавно появились приступы многочасового сильного сердцебиения, которые удалось зарегистрировать на ЭКГ. При осмотре явлений сердечной недостаточности нет. Границы относительной тупости сердца нормальные. Тоны сердца ритмичные, шумов нет. АД -90/60мм .рт.ст. ЭКГ прилагается.

Вопросы.1.Расшифруйте ЭКГ. 2.Предположительный диагноз. 3.Тактика.

**Задача №22**

Больной М.,25л. Предъявляет жалобы на ежедневные приступы внезапного сердцебиения. Первый приступ возник в 18-летнем возрасте, значительное учащение приступов произошло за последние 3 месяца после перенесённого ОРВИ. Лечение метопрололом неэффективно. При обследовании вне приступа сердечной патологии не выявлено. Пульс 73 в мин. АД120/80мм.рт.ст.Приступы купируются при натуживании. ЭКГ-норма.

Вопросы.1.Обследование.2.Предположительный диагноз.3.Лечение во время приступа и вне приступа.

**Задача №23.**

Больной З.,72г.Перенёс инфаркт миокарда, по поводу полной поперечной блокады имплантирован ЭКС.В магазине возник глубокий обморок. Пульс 42-71 в мин. АД 200мм.рт.ст.

Вопросы.1.Предположительный диагноз 2.Дифференциальный диагноз.3.Тактика.

**Задача №24.**

Мужчина 48 лет пришел на мед. осмотр. Рост 178 см. Вес 70 кг. Правильного телосложения. В легких везикулярное дыхание. Границы сердца не расширены. I тон на верхушке средней громкости. Ps 90 в минуту, ритмичный. Хорошего наполнения, не напряжен, одинаковый на обеих руках. АД после 2-х кратного измерения 155/95 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Из анамнеза жизни: курит с 20 лет, отец перенес инфаркт миокарда.

1. Каков предварительный диагноз? 2. План обследования. 3. Рекомендации по лечению.

**Задача №24.**

Больная К., 65 лет, страдает ГБ в течение 10 лет, максимальные цифры АД – 175/105 мм рт.ст., в течение 5 лет диагностирован СД II типа. Регулярно принимает лизиноприл в дозе 10 мг. При обследовании определяется гипертрофия левого желудочка. Ps – 68 в минуту, АД – 160/100 мм рт.ст. При лабораторном исследовании – креатинин сыворотки 130 мкмоль/л, СКФ – 60 мл/мин, микроальбуминурия.

1. Ваш диагноз. 2. Рекомендации по медикаментозному лечению гипертонической болезни.

**Задача №25.**

Больной Т., 68 лет, страдает гипертонической болезнью в течение 20 лет. Максимальные цифры АД в анамнезе 210/110 мм рт.ст. Курит. Ранее злоупотреблял алкоголем. 3 года назад перенес инфаркт миокарда. В настоящее время – стенокардия напряжения II ФК. Отмечает одышку при физической нагрузке, к вечеру отекают ноги. Объективно: в легких везикулярное дыхание. Границы сердца расширены влево на 2 см. I тон на верхушке приглушен, акцент II тона на аорте. Ps – 72 удара в минуту, ритмичен, не напряжен. АД – 170/95 мм рт.ст. Пальпируется край печени – плотноватый, безболезненный. Периферических отеков нет. Принимает кардиомагнил 75 мг на ночь, кардикет по 20 мг 2 р в день, зналаприл по 10 мг 2 р в день.

1. Сформулируйте диагноз. 2. Внесите коррективы в лечение. Видите ли Вы недостатки в проводимом лечении?

**Задача №25.**

Больная К, 64 лет, страдает ГБ с 50летнего возраста. Максимальные цифры АД – 210/120 мм рт.ст. 4 года назад перенесла МИ, после чего на фоне лечения ИАПФ (попеременно капатен, эналаприл, диротон). АД снизилось до нормальных величин 120/80 – 130/85 мм рт.ст. Однако у больной очень сильный кашель, который она подавляла разными противокашлевыми препаратами. При назначении b-АБ пульс урежается до 48-50 ударов в минуту, при назначении нормодипина – выраженные отеки ног.

1. Сформулируйте диагноз. 2. Ваши рекомендации.

**Задача №26.**

Больной С., 44 года. АД повышается в течение 5 лет до 170/100 мм рт.ст. Избыточного питания (рост 165 см, вес 100 кг). Со стороны внутренних органов, кроме расширения левой границы относительной сердечной тупости на 1,0 см влево от срединно-ключичной линии, других изменений нет. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный. АД – 160/95 мм рт.ст. В крови ДЛП: ОХС – 7,5 ммоль/л, ХС ЛНП – 4,5 ммоль/л, ХС ЛВП – 0,8, ТГ – 1,7 ммоль/л. 1.

Сформулируйте диагноз. 2. Ваши рекомендации.

**Задача №27.**

Больная 48 лет жалобы на нарастающее удушье, кашель с пенистой с примесью крови мокроты. Со слов больного 15 лет страдает пороком сердца.

В последние 2-3 месяца состояние ухудшилось, беспокоит одышка при умеренной физической нагрузке, сухой кашель, появляющийся в положении лежа. Объективно: ортопноэ, акроцианоз. ЧДЦ - 28 в минуту, в дыхании участвует вспомогательная мускулатура. Перкуторно левая граница – по левой среднеключичной линии, верхняя - на 2-м ребре, правая - на 1,5 см кнаружи от правого края грудины. При аускультации выслушивается масса влажных разнокалиберных хрипов над всей поверхностью легких. Тоны сердца ритмичные, I тон усилен, на верхушке выслушивается диастолический шум с пресистолическим усилением, пульс 120 в мин., АД 140/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Периферических отеков нет.

1.Определите неотложное состояние.

2.Окажите неотложную помощь.

**Задача №27.**

Больной 54 лет, госпитализирован в кардиореанимационное отделение с выраженной одышкой. 3 года назад перенес инфаркт миокарда с зубцом Q, осложненный развитием аневризмы передней стенки левого желудочка.

Объективно: цианоз кожи и слизистых оболочек, акроцианоз. Находится в положении ортопноэ. При перкуссии границы сердца: левая - на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя - в III межреберье, правая - по правому краю грудины. Аускультативно выслушивается грубый систолический шум над верхушкой. ЧСС 110 в 1 мин. АД 170/100 мм рт.ст. Выявляется значительное притупление перкуторного звука в нижних отделах обоих легких, при аускультации выслушивается большое количество мелкопузырчатых хрипов над всей поверхностью легких. Печень увеличена на 4 см. Отеки нижних конечностей. ЭКГ без динамики.

1.Определите неотложное состояние.

2.Окажите неотложную помощь.

**Задача №27.**

У больного 64 лет два часа назад возникла интенсивная боль за грудиной, выраженная слабость, чувство страха.

В течение 8 лет страдает стенокардией напряжения. Последние 2 недели после эмоционального напряжения состояние ухудшилось, загрудинные боли возникали при меньшей физической нагрузке, иногда в покое, принимал нитроглицерин до 6 таблеток в день.

Объективно: больной заторможен, кожа бледная, холодный пот. Пульс 108 в мин., слабого наполнения, ритмичный. АД - 70/50 мм.рт.ст. Тоны сердца глухие, ритмичные. Дыхание жесткое, хрипы мелкопузырчатые в нижних отделах легких. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Периферических отеков нет.

1.Определите неотложное состояние.

2. Окажите неотложную помощь.

**Задача №28.**

Больная 66 лет, обратилась в поликлинику с жалобами на головокружение, общую слабость, пошатывание при ходьбе. 2 дня назад была кратковременная потеря сознания. Объективно: состояние средней тяжести, кожа и слизистые обычного цвета. При перкуссии границы сердца: левая - на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя - в III межреберье, правая – по правому краю грудины. Аускультативно: в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 43 в 1 мин. АД 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Периферических отеков нет. Во время осмотра внезапно потеряла сознание на несколько секунд. Кожа бледная. Пульс 30 в 1 мин., ритмичный. На

представленной ЭКГ:

1. Определите неотложное состояние.

2. Окажите неотложную помощь.

**Задача №29.**

Больной 67 лет обратился в поликлинику с жалобами на головокружение, общую слабость, дважды была потеря сознания. 4 года назад перенес инфаркт миокарда.

Объективно: состояние средней тяжести, кожа и слизистые обычного цвета. При перкуссии границы сердца: левая - на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя - в III межреберье, правая - по правому краю грудины. Аускультативно: в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, аритмичные, ЧСС 62 в 1 мин. АД 140/90 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Периферических отеков нет.

При проведении суточного мониторирования ЭКГ выявлены эпизоды АВ-блокады 2 ст. Мобитц 2 (2:1-4:1), частые периоды асистолии желудочков с максимальной продолжительностью 3,5 сек. Во время осмотра внезапно потерял сознание. Кожа бледная. Пульс и АД не определяется.

1.Определите неотложное состояние.

2.Окажите неотложную помощь.

**Задача №30.**

Мужчина 60 лет госпитализирован в инфарктное отделение через 4 часа после начала приступа загрудинной боли.

Объективно: кожа бледная. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушенные, аритмичны. Пульс 96 в 1 мин. АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Периферических отеков нет.

На ЭКГ - ритм синусовый, частая полиморфная желудочковая экстрасистолия, патологический зубец Q в I, aVL; QS в VI, V2, V3 отведении, куполовидный подъем ST, отрицательный Т.

Во время регистрации ЭКГ внезапно потерял сознание, захрипел, отмечены тонические судороги. Дыхание отсутствует, пульс и АД не определяются.

1.Определите неотложное состояние.

2.Окажите неотложную помощь.

**Задача №31.**

У больного 28 лет внезапно появилась чувство страха, беспокойство и сердцебиение.

Из анамнеза выявлено, что около 6 лет эпизодически беспокоят подобные приступы сердцебиения, которые самостоятельно проходят в течение 10-30 мин.

Объективно: состояние средней тяжести, кожа и слизистые обычного цвета. При перкуссии границы сердца: левая - на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя - в III межреберье, правая - по правому краю грудины. Аускультативно: в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 180 в 1 мин. АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Периферических отеков нет.

1.Определите неотложное состояние.

2.Окажите неотложную помощь.

**Задача №32.**

Больной Щ., 58 лет, беспокоит сильное сердцебиение, головокружение, дискомфорт за грудиной. Объективно: бледность кожных покровов. ЧДЦ = 24 в минуту, дыхание поверхностное. Аускультативно: в легких дыхание жесткое, единичные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, ЧСС 146 в 1 мин. АД = 140/80 мм рт.ст. Пульс 146 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Периферических отеков нет.

На ЭКГ:

1. Определите неотложное состояние.

2.Окажите неотложную помощь.

**Задача №33.**

У больного 58 лет в течение нескольких часов беспокоит интенсивная головная боль, тошнота, принял таблетку анальгина без эффекта.

Около часа назад появилась давящая боль за грудиной. В течение 8 лет отмечает эпизодическое повышение АД.

Объективно: состояние средней тяжести, кожа гиперемирована. При перкуссии границы сердца: левая - на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, верхняя - в III межреберье, правая – по правому краю грудины. Аускультативно: в легких - дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 92 в 1 мин. АД - 190/100 мм рт.ст Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Отеков нет.

На ЭКГ:

1.Определите неотложное состояние.

2.Окажите неотложную помощь.

**Задача №34.**

Больная 53 лет жалуется на интенсивную головную боль, головокружение, тошноту, ноющую боль в области сердца, перебои в области сердца.

Ухудшение состояния наступило после стрессовой ситуации. Повышенное АД отмечает на протяжении 3 лет. Объективно: гиперемия лица. Ps 85/мин., АД 210/115 мм. рт. ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца смещены влево на 1,5 см. На верхушке сердца тоны ясные, акцент IIтона на аорте. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Периферических отеков нет.

ЭКГ - ритм синусовый, ЧСС - 85 в 1 мин., одиночные наджелудочковые экстрасистолы, признаки гипертрофии левого желудочка с систолической перегрузкой.

1.Определите неотложное состояние.

2.Окажите неотложную, помощь.

**Задача №35.**

Больная 46 лет жалуется на выраженное головокружение, резкую слабость.

В течение 4 лет отмечает эпизодическое повышение АД. Около 1,5 часов назад после эмоциональной нагрузки появилась интенсивная головная боль, колющая боль в области сердца, в связи с чем приняла 10 мг нифедипина и таблетку нитроглицерина под .язык. Через 10 минут состояние не улучшилось, приняла еще 2 таблетки нитроглицерина и 50 мг каптоприла. Через 1 час при резком подъеме с кровати был кратковременный обморок.

Объективно: состояние средней тяжести, кожа бледна. При перкуссии границы сердца: левая - на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя - в III межреберье, правая - по правому краю грудины. Аускультативно: в легких -дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 98 в 1 мин. Пульс 98 в 1 мин, слабого наполнения. АД - 70/40 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Отеков нет.

На ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС - 100 в 1 мин., признаки гипертрофии левого желудочка.

1.Определите неотложное состояние.

2.Окажите неотложную помощь.

**Задача №36.**

Мужчина около 50 лет во время работы внезапно потерял сознание.

Спонтанное дыхание отсутствует, отмечается резкая бледность кожных покровов, зрачки расширены, пульсация на сонной артерии отсутствует. Известно, что пострадавший наблюдается поликлиникой по поводу ИБС.

Вопрос 1: Какое патологическое состояние возникло у больного?

Вопрос 2: Какова должна быть тактика неотложной терапии данного состояния?

**Задача №37.**

В амбулаторию обратился пациент 62 лет с жалобами на сильную головную боль пульсирующего характера в затылочной области, мелькание «мушек» перед глазами, шум в ушах, однократную рвоту, слабость. Данное состояние появилось 2 часа назад после психоэмоционального стресса. Объективно: сознание - на уровне умеренного оглушения, лицо гиперемировано, менингеальных симптомов нет. АД - 210/100 мм.рт.ст., ЧСС - 80 в 1 минуту, пульс напряженный.

Вопрос 1: Какое состояние можно предположить у больного?

Вопрос 2: Какова должна быть тактика неотложной терапии данного состояния?

**Задача №38.**

Бригадой скорой помощи в приемный покой многопрофильной больницы доставлен пациент с диагнозом острый инфаркт миокарда. В приёмном покое состояние пациента ухудшилось, что проявилось в беспокойстве, появлении жалоб на чувство нехватки воздуха. Объективно: дыхание шумное, появились влажные хрипы, слышные на расстоянии, при кашле выделилась пенистая розовая мокрота, АД - 80/50 мм.рт.ст., ЧСС - 130 уд/мин.

Вопрос 1: Какое состояние можно предположить у больного?

Вопрос 2. Какие неотложные мероприятия должны быть предприняты?

**Задача № 39.**

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

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

На рентгенограммах грудной клетки сосудистый рисунок легких усилен, по левому контуру увеличены 2-я и 3-я дуги, в первой косой проекции пищевод отклоняется по дуге большого радиуса, плевральные синусы свободны. ЭКГ прилагается.

Дайте письменный ответ на следующие вопросы:

1. Проведите диагностический поиск

2. После II этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.

3. Нужно ли проводить дополнительные исследования (если нужно, то какие), какую информацию Вы ожидаете получить от этих исследований?

4. Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.

5. Назначьте лечение и обоснуйте его.

**Задача № 40.**

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

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

На рентгенограммах органов грудной клетки: увеличены 3-я и 4-я дуги по левому контуру сердца, контрастированный пищевод отклоняется по дуге большого радиуса, плевральные синусы свободны. ЭКГ прилагается.

Дайте письменный ответ на следующие вопросы:

1. Проведите диагностический поиск

2. После II этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.

3. Нужно ли проводить дополнительные исследования (если нужно, то какие), какую информацию Вы ожидаете получить от этих исследований?

4. Сформулируйте клинический диагноз. Укажите диагностические критерии.

5. Назначьте лечение и обоснуйте его.

**Задача № 41.**

Больная С., 25 лет, предъявляет жалобы на выраженную общую слабость, потливость, повышение температуры тела до 38,1 град, которое сопровождается ознобом, одышку при небольших физических нагрузках, приступы удушья по ночам, которые постепенно купируются в положении сидя, на приступы учащенного неритмичного сердцебиения, возникающие внезапно и купирующиеся в пределах 4-6 часов, на преходящие отеки голеней и стоп. В анамнезе – пролапс митрального клапана без регургитации. Год назад в гинекологическом стационаре проводилось диагностическое выскабливание, на следующий день впервые было отмечено повышение температуры (максимально – до 37,8 град.), был проведен курс антибактериальной терапии с эффектом (температура нормализовалась), была выписана домой. Однако через два дня после выписки возобновились подъемы температуры тела до субфебрильных цифр с ознобами, в дальнейшем температура достигала 38,7 град. Самостоятельно принимала сумамед без эффекта, при осмотре гинекологом данных за воспалительный процесс в малом тазу получено не было. Постепенно нарастали слабость и одышка, сохранялась лихорадка, по поводу которой принимала НПВП с временным эффектом. К врачу не обращалась. Неделю назад внезапно развился приступ учащенного сердцебиения, который сопровождался нарастанием одышки и купировался самостоятельно через 4 часа. С повторным приступом госпитализирована в клинику.

При осмотре: состояние средней тяжести. Конституция астеническая. Температура тела 37,4 град. Кожные покровы и слизистые умеренно бледные, чистые. На конъюнктивах – единичные геморрагии. Акроцианоз. Отеки голеней и стоп. Отмечается гипермобильность суставов. ЧД 20 в минуту, дыхание жесткое, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Сердечный толчок не определяется. Сердце: левая граница на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии, правая граница по правому краю грудины, верхняя – по нижнему краю III ребра. Тоны сердца приглушены, выслушивается III тон. I тон на верхушке ослаблен, после него выслушивается шум, проводящийся в левую подмышечную область. ЧСС 122 удара в минуту, ритм сердца неправильный, АД 100 и 70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень не выходит за край реберной дуги по правой среднеключичной линии, пальпируется слегка болезненный полюс селезенки (размеры ее 11х7 см).

В ан. крови Нв 119 г%, эритр. 3,4 млн., лейк. 9,6 тыс., п/я 7%, нейтр. 64%, лимф. 19%, тромб. 134 тыс., СОЭ 48 мм/час, об. белок 6,5 г; СРБ +++, креатинин 110 мкмоль/л, На рентгенограммах органов грудной клетки: несколько увеличены 2-я и 3-я и 4-я дуги по левому контуру сердца, контрастированный пищевод отклоняется по дуге большого радиуса, плевральные синусы свободны. ЭКГ прилагается.

Дайте письменные ответы на следующие вопросы:

1. Проведите диагностический поиск.

2. После II этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.

3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.

4. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.

5. Каковы показания к оперативному лечению при данном заболевании.

6. Какова оптимальная тактика лечения больной на данный момент.

**Задача № 42.**

Больной В., 75 лет, предъявляет жалобы на общую слабость, головокружения, головные боли, периодическую потливость по ночам, эпизоды повышения температуры тела до 38,3 град, одышку при умеренных физических нагрузках, приступы сжимающих болей за грудиной без четкой связи с нагрузками, интенсивную боль в правой поясничной области, возникшую около двух часов назад, потемнение мочи. Более 40 лет курит около 20 сигарет в день. В течение последних 20 лет беспокоят приступы загрудинных болей, которые расценивались как стенокардия, проводилась терапия нитратами и аспирином с некоторым эффектом. Около 7 лет назад стал отмечать боли в икроножных мышцах при ходьбе, которые значительно наросли в течение последнего полугода, в связи с чем 2 месяца назад произведена операция аорто-бедренного шунтирования. После операции отмечался длительный период субфебрильной температуры, которая постепенно нормализовалась на фоне терапии клафораном. Однако эпизоды повышения температуры периодически возобновлялись, значительно нарастала общая слабость, стали беспокоить выраженные головокружения.

При осмотре: состояние тяжелое. Конституция гиперстеническая. Температура тела 37,1 град. Кожные покровы и слизистые умеренно бледные, чистые. Акроцианоз. Отеков нет. ЧД 22 в минуту, дыхание жесткое, проводится во все отделы легких, в базальных отделах с обеих сторон – единичные незвонкие влажные мелкопузырчатые хрипы. Сердце: левая граница на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии, правая граница по правому краю грудины, верхняя – по нижнему краю III ребра. Тоны сердца приглушены, II тон во втором межреберье справа от грудины резко ослаблен, после I тона выслушиваются грубый шум, проводящийся на сонные артерии, и шум после II тона с эпицентром в точке Боткина. ЧСС 106 ударов в минуту, ритм сердца правильный, АД 110 и 45 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень +1 см по правой среднеключичной линии, селезенка не пальпируется, размеры ее 10х7 см.

На рентгенограммах органов грудной клетки: значительно увеличены 3-я и 4-я дуги по левому контуру сердца, плевральные синусы свободны. ЭКГ прилагается.

**Дайте письменные ответы на следующие вопросы:**

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

**Задача № 43.**

Пациент А., 26 лет поступил в клинику с жалобами на повышение температуры тела до 380С, сопровождающееся ознобами; ночную потливость; снижение аппетита; отеки голеней, тяжесть в правом подреберье.

Из анамнезе известно, что в детстве рос и развивался нормально. Окончил среднюю школу, училище. С 17 лет работал курьером. Последние 3 года постоянной работы не имеет. Курит в течение 12 лет до 1 пачки сигарет в день. Со слов матери, в течение последних 3-х лет употребляет наркотические вещества (героин). Наследственность не отягощена. Из перенесенных заболеваний отмечает скарлатину в детстве, около 1 года назад перенес тяжелую пневмонию, лечился в стационаре. Аллергологический анамнез не отягощен.

Считает себя больным в течение 2-х месяцев, в течение которых отмечает повышения температуры до 38,00С, сопровождающееся ознобами, ночные поты, общую слабость. Обращался к врачу по месту жительства. При рентгенографии легких патологических изменений не выявлено. Состояние расценено как ОРВИ. Принимал бисептол, затем сумамед (азитромицин) без существенного эффекта. В течение последних двух недель отметил появление отеков на ногах, тяжести в правом подреберье.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела 37,70С, кожные покровы бледные с синюшным оттенком, множественные следы инъекций в области локтевых сгибов, отеки стоп и голеней. Лимфатические узлы не пальпируются. В легких дыхание жесткое хрипов нет. Перкуторный звук ясный легочный, локальных притуплений не выявляется. При перкуссии сердца правая граница на 2 см правее правого края грудины, другие границы в пределах нормы. При аускультации тоны сердца ритмичные, ЧСС 110/мин, отмечается ослабление первого тона над трикуспидальным клапаном. Здесь же выслушивается систолический шум усиливающийся на вдохе. Отмечаются набухшие шейные вены. Живот мягкий, безболезненный. Печень +3 см от края реберной дуги. Край закруглен, мягкоэластической консистенции. Пальпируется край селезенки. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

В клиническом анализе крови: гемоглобин 110 г/л, эритроциты 3,9 х1012/л, лейкоциты 15 х 109/л, п/я 7%, с/я 80%, лимфоциты 9%, моноциты, 3%, эозинофилы 1%, СОЭ 55 мм/ч. СРБ ++++. В общем анализе мочи удельный вес 1017, белок 0,03‰, сахара нет, лейкоциты 2-3 в п/зр, эритроцитов нет. На ЭКГ: ритм синусовый, нормальное положение ЭОС, ЧСС 110/мин, отмечаются высокие (до 3 мм) зубцы P в отведениях II, III, aVF, двуфазные зубцы T в отведениях V2-V4. При рентгенографии органов грудной клетки небольшое выбухание правого контура сердца. Очаговых и инфильтративных изменений не выявлено. При ЭхоКГ: отмечается увеличение диастолического размера правого желудочка до 2,7 см, правого предсердия до 4,5 см. Отмечается вегетации и перфорация створки трикуспидального клапана, трикуспидальная регургитация II-III степени.

**Дайте письменные ответы на следующие вопросы:**

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

**Задача № 43.**

Больная П., 54 лет, обратилась за медицинской помощью в связи с появлением приступов боли загрудинной локализации, с иррадиацией в область левой лопатки, возникающих при умеренной физической нагрузке (при подъеме на 4 лестничных пролета), сопровождающиеся одышкой. Боль проходит после прекращения нагрузки. Появление указанных жалоб отметила в последний месяц. Пациентка курила по 10 сигарет в день в течение 20 лет, последние 8 лет не курит. В течение последних 15 лет отмечает подъемы артериального давления до 170/110 мм.рт.ст., регулярно антигипертензивные препараты не принимает, при ощущаемых субъективно подъемах АД принимает дибазол. Отец и мать пациентки живы, отец страдает АГ, год назад перенес ОНМК, мать страдает стенокардией. В гинекологическом анамнезе – 5 лет постменопауза, получает заместительную гормональную терапию клиогестом.

При осмотре: состояние удовлетворительное, температура тела 36,7ºС, кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. Пациентка повышенного питания, ИМТ – 32,6 кг/м2. Частота дыхания – 20 в мин., в легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, ЧСС – 82 в мин., АД – 164/92 мм рт.ст. Живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах, печень, селезенка не увеличены. Перистальтика выслушивается. Дизурических расстройств нет.

В анализах крови: гемоглобин – 13,4 г/л; Эритроциты – 4,2 млн.; гематокрит – 42%; лейкоциты – 6,2 тыс.; п/я – 2%; с/я – 72%; лимфоциты – 18%; эозинофилы – 2%; моноциты – 6%; СОЭ – 10 мм/ч. В биохимическом анализе крови: глюкоза – 118 мг/дл; креатинин – 1,0 мг/дл; общий билирубин – 0,9 мг/дл, общий холестерин – 274 мг/дл; триглицериды – 336 мг/дл. На ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС – 78 в мин., нормальное положение ЭОС, амплитудные критерии гипертрофии левого желудочка.

Проба с физической нагрузкой на тредмиле: Выполнена нагрузка 5 МЕТ. Общее время нагрузки – 4 мин.16сек. ЧСС от 86 до 120 в мин. АД от 152/86 до 190/100 мм рт.ст. Проба прекращена из-за усталости больной. Ишемических изменений ST не зарегистрировано. Реакция на нагрузку по гипертоническому типу. Заключение: Проба не доведена до диагностических критериев ишемии. Толерантность к физической нагрузке средняя.

**Дайте письменные ответы на следующие вопросы:**

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

**Задача № 44.**

Больной Д., 58 лет, обратился за медицинской помощью в связи с появлением дискомфорта в левой половине грудной клетки и чувства нехватки воздуха, возникающих при умеренной физической нагрузке (при ходьбе в быстром темпе, подъеме в гору). Указанные ощущения проходят после прекращения нагрузки. Появление указанных жалоб отметил около 3 месяцев назад, до настоящего времени за медицинской помощью не обращался. Пациент курит по 20-30 сигарет в день в течение 40 лет. Отец пациента страдал артериальной гипертонией, умер в возрасте 74 лет от ОНМК. Мать пациента жива, страдает артериальной гипертонией, ИБС. Брат пациента 2 года в возрасте 53 лет назад без предшествующей стенокардии перенес инфаркт миокарда. У пациента в анамнезе язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

При осмотре: состояние удовлетворительное, температура тела 36,7ºС, кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. ИМТ – 27,3 кг/м2. Частота дыхания – 20 в мин., в легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, единичные сухие жужжащие хрипы на форсированном выдохе. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, ЧСС – 88 в мин., АД – 172/96 мм рт.ст. Живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах, умеренно болезненный в эпигастральной области, печень, селезенка не увеличены. Перистальтика выслушивается. Дизурических расстройств нет.

В анализах крови: гемоглобин – 16,4 г/л; Эритроциты – 5,3 млн.; гематокрит – 43%; лейкоциты – 5,1 тыс.; п/я – 1%; с/я – 64%; лимфоциты – 28%; эозинофилы – 2%; моноциты – 5%; СОЭ – 12 мм/ч. В биохимическом анализе крови: глюкоза – 109 мг/дл; креатинин – 1,0 мг/дл; общий билирубин – 0,9 мг/дл, общий холестерин – 288 мг/дл; триглицериды – 456 мг/дл. На ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС – 86 в мин., отклонение ЭОС влево, полная блокада левой ножки пучка Гиса.

**Дайте письменные ответы на следующие вопросы:**

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

**Задача № 45.**

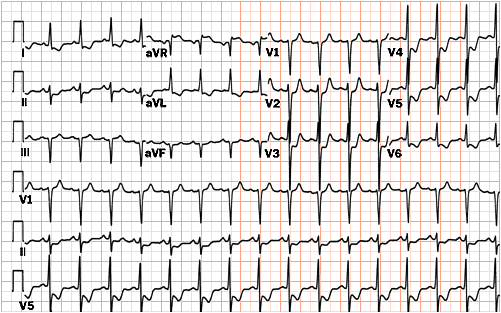
Больной Н., 64 лет, обратился за медицинской помощью в связи с увеличением частоты и продолжительности эпизодов загрудинной боли, иррадиирующей в левую руку. 8 лет назад у пациента диагностирована стенокардия напряжения II ФК. Постоянно принимает атенолол 50 мг/сут., аспирин 100 мг/сут. На фоне терапии приступы стенокардии не возникали. Около 4 месяцев назад вновь отметил возникновение ангинозных приступов, для купирования которых стал применять изосорбида динитрат (10-20 мг сублингвально) с эффектом. В поликлинике по месту жительства пациенту рекомендавали увеличить дозу атенолола до 100 мг/сут. и добавить к лечению триметазидин (20 мг 2 раза в день). Изменение терапии дало положительный эффект, однако в течение последнего месяца пациент стал отмечать увеличение частоты и продолжительности приступов стенокардии, которые стали возникать при меньшем пороге нагрузки (ходьба в умеренном темпе до 150-200 м, подъем на один лестничный пролет), возросла потребность в дополнительном приеме нитропрепаратов.

Пациент курил по 20 сигарет в день в течение 35 лет, последние 8 лет не курит. Отец пациента страдал артериальной гипертонией, умер в возрасте 66 лет от онкологического заболевания, мать пациента страдала артериальной гипертонией, ИБС, умерла в возрасте 76 лет от инфаркта миокарда. Брат пациента перенес инфаркт миокарда в возрасте 48 лет. У пациента в анамнезе атопический дерматит, хронический гастрит.

При осмотре: состояние удовлетворительное, температура тела 37,1ºС, пациент тревожен, кожные покровы бледные, нормальной влажности. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. ИМТ – 29,4 кг/м2. Частота дыхания – 24 в мин., в легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, ЧСС – 90 в мин., АД – 158/84 мм рт.ст. Живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах, печень, селезенка не увеличены. Перистальтика выслушивается. Дизурических расстройств нет.

В анализах крови: гемоглобин – 11,2 г/л; Эритроциты – 3,9 млн.; гематокрит – 34%; лейкоциты – 12,4 тыс.; п/я – 2%; с/я – 78%; лимфоциты – 24%; эозинофилы – 4%; моноциты – 2%; СОЭ – 22 мм/ч. В биохимическом анализе крови: глюкоза – 130 мг/дл; креатинин – 1,3 мг/дл; общий билирубин – 0,9 мг/дл, общий холестерин – 269 мг/дл; триглицериды – 376 мг/дл.

ЭКГ представлена ниже:



**Дайте письменные ответы на следующие вопросы:**

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

**Задача № 45.**

Больной П., 56 лет, госпитализирован по каналу скорой медицинской помощи в связи затяжным приступом загрудинной боли. В 6 часов утра у пациента впервые в жизни развился приступ интенсивной боли за грудиной, без иррадиации, сопровождавшийся выраженной слабостью, тошнотой, головокружением и чувством страха. Самостоятельно принял 2 таблетки валидола без эффекта. К моменту приезда бригады СМП продолжительность болевого приступа составила 40 минут. На догоспитальном этапе приступ был частично купирован наркотическими анальгетиками. Общая продолжительность времени с момента начала приступа до поступления в ОИТ и Р составила 3 ч.

Пациент курит по 20 сигарет в день в течение 40 лет. В течение последних 10 лет страдает артериальной гипертонией с максимальным повышением АД до 190/110 мм рт.ст., регулярно антигипертензивные препараты не принимает, при ощущаемых субъективно подъемах АД принимает коринфар. Отец и мать пациента умерли в преклонном возрасте от инфаркта миокарда, брат пациента три года назад в возрасте 50 лет перенес инфаркт миокарда.

При осмотре: состояние тяжелое, температура тела 36,2ºС, кожные покровы бледные, влажные. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. Пациент повышенного питания, ИМТ – 31,9 кг/м2. Частота дыхания – 26 в мин., в легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, короткий мягкий систолический шум на верхушке сердца, ЧСС – 52 в мин., АД – 100/60 мм рт.ст. Живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах, печень, селезенка не увеличены. Перистальтика выслушивается. Дизурических расстройств нет.

В анализах крови: гемоглобин – 15,2 г/л; Эритроциты – 5,1 млн.; гематокрит – 35%; лейкоциты – 11,1 тыс.; п/я – 2%; с/я – 72%; лимфоциты – 18%; эозинофилы – 2%; моноциты – 6%; СОЭ – 12 мм/ч. В биохимическом анализе крови: глюкоза – 130 мг/дл; креатинин – 1,2 мг/дл; общий билирубин – 0,9 мг/дл.

На ЭКГ: синусовая брадикардия, ЧСС – 50 в мин., отклонение ЭОС влево, элевация сегмента ST в отведениях II, III, aVF на 1,5 мм, амплитудные критерии гипертрофии левого желудочка.

**Дайте письменные ответы на следующие вопросы:**

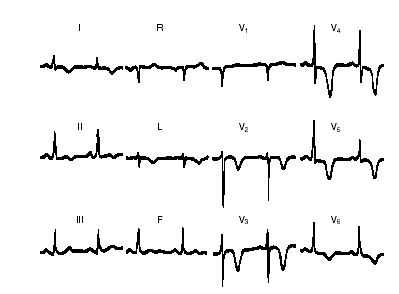
1. Проведите диагностический поиск.
2. После II этапа диагностического поиска сформулируйте предварительный диагноз.
3. Определите план обследования и необходимость проведения дополнительных исследований.
4. Сформулируйте клинический диагноз и укажите диагностические критерии.
5. Назначьте лечение и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

**Задача № 45.**

Больная В., 67 лет, госпитализирована бригадой скорой медицинской помощи в связи затяжным приступом загрудинной боли. В течение последних 5 лет страдает стенокардией напряжения, соответствующей IIФК (по классификации CCS). Постоянно принимает атенолол 50 мг/сут., аспирин 100 мг/сут., при возникновении приступа стенокардии использует нитроглицерин в виде спрея. Накануне вечером после психо-эмоционального стресса развился затяжной приступ стенокардии, для купирования которого пациентка дополнительно применила 4 ингаляции нитроспрея. Аналогичный приступ возник около 3 ч утра. Ингаляции нитроспрея оказались практически неэффективными, и пациентка вызывала бригаду скорой помощи.

В анамнезе – в течение 10 лет артериальная гипертония, кризового течения. Семейный анамнез не отягощен. При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела 36,8ºС, кожные покровы бледные, влажные, пациентка тревожна. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. Рост – 166 см, масса тела – 69 кг. Частота дыхания – 20 в мин., в легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, шумов нет, ЧСС – 84 в мин., АД – 190/110 мм рт.ст. Живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах, печень, селезенка не увеличены. Перистальтика выслушивается. Дизурических расстройств нет.

ЭКГ представлена ниже:



**Дайте письменные ответы на следующие вопросы:**

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

**Задача № 46.**

Больной П., 72 лет, госпитализирован бригадой скорой медицинской помощи в связи затяжным приступом загрудинной боли. Болевой приступ возник около 5 ч утра, боль иррадиировала в область левой лопатки. Пациент самостоятельно принял 6 таблеток нитросорбида, без эффекта.

В течение последних 8 лет страдает стенокардией напряжения, соответствующей IIФК (по классификации CCS). Постоянной антиангинальной терапии не получает, при возникновении приступов загрудинных болей принимает изосордиба динитрат (10-20 мг под язык). В течение последних 12 лет страдает артериальной гипертонией, с максимальным повышением АД давления до 200/120 мм рт.ст. Субъективно повышение АД не ощущает, антигипертензивные препараты не принимает. Курит в течение 50 лет по 20 сигарет в день. Отец пациента умер в возрасте 50 лет от инфаркта миокарда, мать пациента умерла в возрасте 82 лет от онкологического заболевания, страдала артериальной гипертонией.

При осмотре: состояние средней тяжести, температура тела 36,2ºС, кожные покровы бледные, влажные. Периферические лимфатические узлы не увеличены, отеков нет. Рост – 182 см, масса тела – 74 кг. Частота дыхания – 22 в мин., в легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, единичные сухие жужжащие хрипы. Тоны сердца приглушены, аритмичные, акцент II тона над проекцией аорты, систолический шум над проекцией аорты, проводящийся на сосуды шеи, ЧСС – 92 в мин., АД – 170/100 мм рт.ст. Живот мягкий, доступный пальпации во всех отделах, печень, селезенка не увеличены. Перистальтика выслушивается. Дизурических расстройств нет.

В анализах крови: гемоглобин – 157 г/л; эритроциты – 4,9 млн.; гематокрит – 39%; лейкоциты – 5,3 тыс.; п/я – 1%; с/я – 65%; лимфоциты – 25%; эозинофилы – 4%; моноциты – 5%; СОЭ – 15 мм/ч. В биохимическом анализе крови: глюкоза – 6,0 ммоль/л; креатинин – 105 мкмоль/л.

На ЭКГ – синусовый ритм, ЧСС – 90 в мин., полная блокада левой ножки пучка Гиса. На ЭКГ, зарегистрированной в поликлинике, нарушений внутрижелудочковой проводимости не было.

**Вопросы:**

**Дайте письменные ответы на следующие вопросы:**

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

**Задача № 47.**

Больной Б., 74 лет, предъявляет жалобы на общую слабость, головокружения, эпизоды кратковременной потери сознания, которые возникают без предшествующих симптомов, внезапно, на перебои в работе сердца, приступы сжимающих болей за грудиной без иррадиации, возникающие при ходьбе на расстояние более 150 мм и проходящие в покое. Приступы сжимающих болей за грудиной при значительных нагрузках (быстрая ходьба на расстояния более 1 км) стали беспокоить около 3 лет назад, самостоятельно купировались в покое. Не обследовался и не лечился. Два месяца назад стали беспокоить нечастые перебои в работе сердца, в связи с чем эпизодически принимал анаприлин с небольшим эффектом; кроме того, отметил появление общей слабости, головокружений, трижды терял сознание (впервые – после приема 20 мг анаприлина, в дальнейшем без видимой причины), что сопровождалось получением небольших травм (ссадин и ушибов). Боли за грудиной стали возникать при значительно меньших нагрузках, чем ранее. Госпитализирован после очередного эпизода потери сознания. При осмотре: состояние средней тяжести. Конституция гиперстеническая. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Отеков нет. ЧД 18 в минуту, дыхание с жестким оттенком в базальных отделах, хрипов нет. Сердце: левая граница по левой среднеключичной линии, правая граница по правому краю грудины, верхняя – по нижнему краю III ребра. Тоны сердца несколько приглушены, шумов нет. ЧСС 46 ударов в минуту, на фоне правильного ритма выслушиваются преждевременные сокращения (до 6 в минуту), АД 130 и 80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень +1 см по правой среднеключичной линии.

В ан. крови Нв 137 г/л, эритр. 4,2 млн., лейк. 7,5 тыс., тромб. 243 тыс., СОЭ 11 мм/час, креатинин 110 мг, триглицериды 1,9 мммоль/л, общий холестерин 6,2 мг/дл, глюкоза 5,3 ммоль/л. ЭКГ прилагается.

Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру: ритм синусовый, ЧСС днем 42-117/мин. (ср. 58/мин.), ЧСС ночью 35-64/мин. (ср. 50/мин.). Желудочковая политопная экстрасистолия - всего 2130, в т.ч. 34 куплета, 11 эпизодов бигеминии; наджелудочковая экстрасистолия - всего 847. Преходящее удлинение интервала PQ максимально до 0,28 с., 13 эпизодов АВ блокады II степени 1 типа (периодики Самойлова-Венкебаха), с 16 до 18 часов – повторные эпизоды АВ блокады 2:1 и 3:1 с максимальной паузой 3,2 с. Анализ ST-T: депрессия сегмента ST до 0.2 мВ в левых грудных отведениях, что сопровождалось отметкой о болях.

**Дайте письменные ответы на следующие вопросы:**

1. 1. Что послужило причиной развития обмороков и ухудшения состояния больного в течение последних 2-х месяцев?
2. 2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз у данного больного.
3. 3. Какое мероприятие является первоочередным в данной клинической ситуации и какого клинического эффекта можно от него ожидать?
4. 4. Какие исследования и с какой целью необходимо дополнительно выполнить данному больному в плановом порядке?
5. 5. Какова оптимальная тактика лечения больного на данный момент и в последующем?

**Задача № 48.**

Больная М., 52 лет, предъявляет жалобы на возникающие без видимой причины, преимущественно днем внезапные приступы учащенного ритмичного сердцебиения, которые сопровождаются чувством нехватки воздуха, избыточным потоотделением, чувством внутренней дрожи, длятся от 20 минут до 1-1,5 часов и заканчиваются спонтанно (также внезапно); частоту пульса во время приступа самостоятельно определить не удается в связи с его высокой частотой. Подобные приступы возникают в течение последних 4-х лет с различной периодичностью (как правило, раз в несколько месяцев), ранее купировались в результате глубокого вдоха с задержкой дыхания. Во время приступа ЭКГ ни разу не фиксировалась, на снятых в межприступный период ЭКГ, а также при ЭХО-КГ отклонений от нормы выявлено не было. Медикаментозной терапии не получала. Последний приступ возник 3 дня назад, не купировался на фоне глубокого вдоха, сопровождался выраженной общей слабостью и артериальной гипотонией (80 и 60 мм.рт.ст.), через 40 минут закончился спонтанно.

При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Конституция нормостеническая. Кожные покровы чистые, влажность повышена, красный дермографизм. Отеков нет. ЧД 17 в минуту, дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Сердце: левая граница на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, правая граница по правому краю грудины, верхняя – по нижнему краю III ребра. Тоны сердца звучные, шумов нет. ЧСС 94 удара в минуту, ритм сердца правильный, АД 130 и 75 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень по правой среднеключичной линии не выступает из-под края реберной дуги.

В ан. крови Нв 12,7 г%, эритр. 3,9 млн., лейк. 5,6 тыс., СОЭ 7 мм/час, об. белок 6,8 г%, креатинин 1,0 мг%, азот мочевины 15 мг%, общий билирубин 1,0 мг%, глюкоза 102 мг%. В ан. мочи рН 5, уд. вес 1018, белка, сахара, ацетона нет, лейк. и эритр. единичные в поле зрения.

ЭКГ, снятая при поступлении, прилагается.

ЭХО-КГ: левый желудочек 4,5 см, правый желудочек 1,6 см, левое предсердие 3,2 см, толщина межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка 0,9 см, сократительная способность не нарушена (фракция выброса 67%), зон гипокинеза не выявлено. Определяется прогиб передней створки митрального клапана без регургитации, другие клапаны не изменены. Аорта уплотнена.

**Дайте письменные ответы на следующие вопросы:**

1. Какова наиболее вероятная природа описанных больной приступов? Чем обусловлена клиническая симптоматика во время приступа?

2. Какими методами можно подтвердить Ваше предположение - спланируйте дальнейшее обследование больной и обоснуйте необходимость проведения каждого из запланированных исследований.

3. Чем обусловлен врожденный вариант данного заболевания?

4. Какова должна быть лечебная тактика во время приступа и в межприступный период?

5. Каков прогноз заболевания у данной больной?

**Задача № 49.**

Больной Г., 45 лет, предъявляет жалобы на одышку при умеренных физических нагрузках (подъем по лестнице на 1.5 этажа), периодически возникающее ощущение учащенного неритмичного сердцебиения, которое купируется после дополнительного приема 25 мг атенолола, на преходящие отеки голеней и стоп. Чувствовал себя удовлетворительно до раннего утра 15.05, когда после употребления умеренного количества алкоголя самочувствие внезапно ухудшилось, появилась одышка, стал периодически ощущать неритмичное сердцебиение. Принимал валокордин без существенного эффекта. На утро 16.05 данное состояние сохранялось, в связи с чем обратился в поликлинику по месту работы, где зафиксирована ЭКГ. С учетом выявленных на ЭКГ изменений вызвана бригада СМП, в/в капельно введено 1000 мг новокаинамида без эффекта, рекомендовано стационарное лечение в плановом порядке. В течение последующих дней одышка сохранялась, под вечер стали отмечаться небольшие отеки голеней и стоп. 21.05 госпитализирован в клинику.

При осмотре: состояние средней тяжести. Конституция нормостеническая. Кожные покровы чистые, нормальной окраски. Пастозность голеней и стоп. ЧД 20 в минуту, дыхание с жестким оттенком в базальных отделах, хрипов нет. Сердце: левая граница по левой среднеключичной линии, правая граница по правому краю грудины, верхняя – по нижнему краю III ребра. Тоны сердца несколько приглушены, шумов нет. ЧСС 136 ударов в минуту, ритм сердца неправильный, дефицит пульса до 20-25 в минуту, АД 110 и 70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень + 0,5 см по правой среднеключичной линии. Щитовидная железа не пальпируется.

В ан. крови Нв 142 г%, эритр. 4,5 млн., лейк. 5,5 тыс., п/я 1%, нейтр. 54%, лимф. 29%, тромб. 214 тыс., СОЭ 7 мм/час, глюкоза 5,0 ммоль/л, общий холестерин 5,6 ммоль/л, триглицериды 1,5 ммоль/л. ЭКГ прилагается.

ЭХО-КГ: левый желудочек 4,2 см, правый желудочек 1,3 см, левое предсердие 3,6 см, правое предсердие 3,2 см, толщина межжелудочковой перегородки и задней стенки левого желудочка 1,0 см, фракция выброса левого желудочка 56%, зон гипо- и акинеза не выявлено. Клапаны и аорта не изменены.

**Дайте письменные ответы на следующие вопросы:**

1. Какова причина внезапного ухудшения состояния больного? Сформулируйте предварительный клинический диагноз.

2. Какова была главная терапевтическая ошибка на догоспитальном этапе?

3. Охарактеризуйте этиологию диагносцированного Вами заболевания.

4. Какие исследования необходимо провести больному для уточнения этиологии заболевания и определения тактики лечения.

5. Какова наиболее оптимальная терапевтическая тактика у данного больного?

**Задача № 50.**

Мужчина 37 лет. Жалобы на одышку при незначительной физической нагрузке (ходьба по ровной поверхности), сердцебиение, приступы удушья по ночам, купирующиеся в положении сидя и после приема 2 таблеток нитроглицерина. Вышеописанные жалобы появились полгода назад вскоре после перенесенного гриппа, осложненного постгриппозной пневмонией.

Объективно: Состояние средней тяжести. Акроцианоз, кожные покровы бледные. ЧД = 20 в мин.. АД = 110\70 мм рт ст. Границы сердца расширены влево на 3 см. Тоны сердца глухие, ритмичные, ритм галопа. В легких на фоне ослабленного дыхания мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, слегка болезненная при пальпации. Пастозность голеней и стоп.

ЭКГ: Ритм синусовый 97 в мин.. Одиночная желудочковая экстрасистолия. Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса. Признаки ГЛЖ.

ВОПРОСЫ: Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза и их ожидаемые результаты?

Сформулируйте наиболее вероятный диагноз?

Тактика лечения пациента?

**ЗАДАЧА № 51**

Мужчина 59 лет. В анамнезе в течение 5 лет беспокоили давящие боли за грудиной при физической нагрузке , купирующиеся нитроглицерином. Частота приступов варьировала в зависимости от физической активности от 1 до 4 в день. Регулярно принимал локрен 10 мг в день, кардикет 40 мг 2 раза вдень (утром и днем ), кардиоаспирин 100 мг 1 раз в день. За последние 3 недели несмотря на регулярный прием препаратов отметил изменение характера загрудинных болей: они участились до 10-12 приступов в день, стали более продолжительными, появились приступы в покое в ночное время. На снятой ЭКГ - без существенной динамики по сравнению с предыдущими.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте правильный диагноз.
2. Какова правильная врачебная тактика?

**ЗАДАЧА № 52**

Мужчина 49 лет. Был доставлен в БИТ по поводу острого трансмурального инфаркта миокарда передне-перегородочной локализации. При поступлении: кожные покровы бледные. ЧСС = 88 уд\мин., АД = 130\80 мм рт ст.. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не прослушиваются. В легких - дыхание несколько ослаблено, хрипов нет. ЧД = 20 в мин.. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Периферических отеков нет. На 5 день заболевания состояние больного внезапно резко ухудшилось: появились признаки острой правожелудочковой недостаточности ( набухание шейных вен, увеличение печени, падение АД до 90\50 мм рт ст., синусовая тахикардия 125 уд\мин.), при аускультации сердца стал выслушиваться грубый пансистолический шум на верхушке и в точке Боткина.

ВОПРОСЫ:

1. Какова наиболее вероятная причина резкого ухудшения состояния больного?

2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?

**Задача № 53.**

Мужчина 60 лет. Находился на стационарном лечении по поводу трасмурального инфаркта миокарда передней локализации 5-дневной давности. Течение заболевания без осложнений: приступов стенокардии не было, нарушения ритма сердца не регистрировались. На ЭКГ: патологический зубец Q в V1-V4, элевация сегмента ST в I, AVL, V1-V5 на 2 мм. Проводилась терапия нитроглицерином в/в (первые сутки), гепарином в/в (первые трое суток), далее получал капотен, атенолол и аспирин.

На 5 сутки у больного развились признаки острого нарушения мозгового кровообращения с правосторонним гемипарезом.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения причины нарушения мозгового кровообращения ?
3. Тактика лечения.

**Задача № 54.**

Мужчина 43 лет. При эхокардиографическом исследовании получены следующие результаты: ЛП = 3,8 см, КДР = 5,2 см, КСР = 3,4 см, Тмжп = 1,7 см, Тзс = 1,1 см, ПЖ= 2,4 см. Клапанный аппарат интактен, насосная и сократительная функция в пределах нормы. По данным Д-ЭХОКГ: патологических токов не обнаружено.

ВОПРОСЫ:

1. Проявлением каких заболеваний может быть вышеописанная эхокг картина?
2. Какая дополнительная информация Вам необходима для уточнения диагноза?
3. Сформулируйте возможные клинические диагнозы.

**Задача № 55**

Мужчина 56 лет. В течение 2 лет беспокоят одышка, сердцебиение и головные боли. Однако, к врачам не обращался, сохраняя трудоспособность. Ухудшение самочувствия в течение последних 3 недель: одышка значительно усилилась, стала беспокоить в покое, заставляя больного спать с высоко поднятым изголовьем.

Объективно: акроцианоз, бледность кожных покровов. Тоны сердца приглушены, аритмичные, акцент 11 тона на аорте. В легких ослабленное дыхание, в нижних отделах единичные влажные хрипы. ЧСС = 130-150 ударов в минуту, дефицит пульса 20, АД = 210\130 мм рт ст S=D. Печень не увеличена. Периферических отеков нет.

ЭКГ: Тахисистолическая форма фибрилляция предсердий. Признаки ГЛЖ.

Глазное дно: гипертоническая нейроретинопатия.

Анализ крови: холестерин 8,2 ммоль\л, триглицериды 2,86 ммоль\л ( в остальном - без особенностей).

Анализ мочи: без особенностей.

Сцинтиграфия почек: Правая почка - без особенностей. Левая - значительно уменьшена в размерах, резко замедлено накопление и выведение препарата.

ЭХОКГ: Аорта уплотнена. ЛП = 4,9 см, КДР = 6,7 см, КСР = 5,2 см, Тмжп = 1,7 см, Тзс = 1,1 см.

ВОПРОСЫ:

1. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?

1. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз?

**Задача № 56.**

Мужчина 43 лет. Жалобы на одышку, сердцебиение, резкую слабость, отсутствие аппетита, периодические ознобы с повышением температуры тела до 38,5. В течение многих лет ставили диагноз «порока сердца». Однако, длительное время к врачам не обращался, чувствуя себя здоровым. Ухудшение самочувствия в течение 2 месяцев, когда появились вышеописанные жалобы. В анамнезе - хронический тонзиллит с частыми ангинами.

Объективно: выраженная бледность кожных покровов. На коже мелкие геморрагические высыпания. Температура тела 37,9. ЧСС=95 уд\мин.. АД = 140\30 мм рт ст.. Границы сердца расширены влево на 3 см. Тоны сердца глухие, ритмичные. В точке Боткина выслушивается диастолический шум, на аорте систолический шум, трехчленный ритм и ослабление 1 тона на верхушке, ослабление 11 тона на аорте. Аускультация легких - без особенностей. Печень и селезенка пальпаторно увеличены в размерах, слегка болезненны при пальпации. Периферических отеков нет.:

ВОПРОСЫ:

1. Какие исследования следует провести для уточнения диагноза?
2. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз.
3. Краткосрочная и долгосрочная тактика лечения пациента.

**Задача № 57.**

Мужчина 48 лет. В связи со стабильной стенокардией напряжения (II ФК) и гиперлипидемией II А типа регулярно принимает следующие препараты: локрен 20 мг в сутки, предуктал 3 таблетки в сутки, тромбо асс 100 мг на ночь и зокор 20 мг на ночь. На этой терапии отмечает хороший антиангинальный эффект, в крови достигнуто снижение общего холестерина с 7,8 до 4,9 ммоль\л, повышение ХС ЛПНП с 0,75 до 1,1 ммоль\л. Однако, в течение месяца отмечает появление болей постоянного характера в нижних конечностях, сопровождающихся мышечной слабостью. Объективно: пульсация на артериях стоп достаточная, пальпация мышц голеней и бедер с обеих сторон болезненна.

ВОПРОСЫ:

1. Какова наиболее вероятная причина появления вышеописанных жалоб ?
2. Какое исследование следует провести для уточнения генеза мышечных болей?