

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Кафедра кардиологии, ревматологии и функциональной диагностики

Оценочные материалы

по дисциплине **«Кардиология»**

Специальность 31.08.36 Кардиология

2023

1. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной (полностью или частично)

универсальных (УК)/общекультурных (ОК)

Код и наименование универсальной/ общекультурной компетенции	Индикатор(ы) достижения универсальной/ общекультурной компетенции
УК-1 Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Знает методологию системного подхода при анализе достижений в области медицины и фармации. Умеет критически и системно анализировать достижения в области медицины и фармации. Умеет определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте. Владеет методами и приемами системного анализа достижений в области медицины и фармации для их применения в профессиональном контексте.

общепрофессиональных (ОПК):

Код и наименование общепрофессиональной компетенции	Индикатор(ы) достижения общепрофессиональной компетенции
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	Знает и умеет работать со стандартами оказания медицинских услуг. Знает методы определения патологических состояний, симптомов и синдромов при кардиологических заболеваниях в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем Знает симптомокомплексы патологических состояний при сердечно-сосудистых заболеваниях, изменения сердечно-сосудистой системы при беременности, поражения сердечно-сосудистой системы при других заболеваниях, этиологию и патогенез сердечно-сосудистых заболеваний. Составляет алгоритм диагностики и обследования пациентов. Знает принципы выбора современных методов обследования больного кардиальной патологией: лабораторных и биохимических методов исследования, рентгенографии, электрокардиографии (далее – ЭКГ) холтеровского мониторирования электрокардиограмм, суточного мониторирования артериального давления (далее – СМАД), велоэргометрии, показания,

	<p>ограничения и противопоказания к их использованию у взрослых с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и интерпретирует полученные результаты. Знает современные методы диагностики, классификации, особенности клиники сердечно-сосудистых заболеваний. Знает принципы сочетания кардиальной и коморбидной патологии с выделением основного и сопутствующего клинических синдромов. Знает основы диагностики состояний, требующих неотложной помощи пациентам с заболеваниями сердечно-сосудистой системы</p>
<p>ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность</p>	<p>Знает принципы ведения и лечения пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Знает основы клинической фармакологии, фармакодинамики и фармакокинетики основных групп лекарственных препаратов, применяемых для лечения сердечно-сосудистых заболеваний. Знает показания и противопоказания к назначению, возможные осложнения и побочные действия, нежелательные реакции у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы; Применяет медикаментозное и немедикаментозное лечение сердечно-сосудистых заболеваний. Знает принципы терапии и профилактики часто встречающихся коморбидных состояний у кардиологических больных. Знает показания и противопоказания к хирургическому лечению сердечно-сосудистых заболеваний, предоперационной подготовки и послеоперационного ведения пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, подготовку кардиологических больных к внесердечным операциям</p>
<p>ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу</p>	<p>Знает виды медицинских экспертиз, правила и порядок исследования, направленного на установление состояния здоровья гражданина, в целях определения его способности</p>

	<p>осуществлять трудовую или иную деятельность.</p> <p>Умеет устанавливать причинно-следственную связь между воздействием каких-либо событий, факторов и состоянием здоровья.</p> <p>Знает правила и порядок экспертизы временной нетрудоспособности граждан в связи с заболеваниями, травмами, отравлениями и иными состояниями.</p> <p>Анализирует и оценивает качество оказания медицинской помощи с использованием современных подходов к управлению качеством медицинской помощи.</p>
<p>ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения</p>	<p>Владеет методикой проведения мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.</p> <p>Владеет навыками проведения мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.</p> <p>Осуществляет контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни</p>
<p>ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</p>	<p>Знает и владеет методикой сбора жалоб и анамнеза у пациентов (их родственников или законных представителей).</p> <p>Знает и владеет методикой физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация).</p> <p>Знает клинические признаки внезапного прекращения кровообращения и/или дыхания.</p> <p>Знает правила проведения базовой сердечно-легочной реанимации.</p>

профессиональных (ПК)

Код и наименование профессиональной компетенции	Индикатор(ы) достижения профессиональной компетенции
<p>ПК-1. Способен применять клинические рекомендации, стандарты и клинические протоколы в диагностике и лечении пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями</p>	<p>Направляет пациентов с заболеваниями и (или) состояниями сердечно-сосудистой системы на лабораторное, инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по</p>

	вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи . Назначает немедикаментозную терапию и лекарственные препараты и медицинские изделия пациентам с заболеваниями и (или) состояниями сердечно-сосудистой системы в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
--	---

2. Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями

Наименование компетенции	Виды оценочных материалов	количество заданий на 1 компетенцию
УК-1	Задания закрытого типа (тесты с одним вариантом правильного ответа)	25 с эталонами ответов
	Задания открытого типа: Ситуационные задачи Вопросы для собеседования	75 с эталонами ответов
ОПК-4	Задания закрытого типа (тесты с одним вариантом правильного ответа)	25 с эталонами ответов
	Задания открытого типа: Ситуационные задачи Вопросы для собеседования	75 с эталонами ответов
ОПК-5	Задания закрытого типа (тесты с одним вариантом правильного ответа)	25 с эталонами ответов
	Задания открытого типа: Ситуационные задачи Вопросы для собеседования	75 с эталонами ответов
ОПК-7	Задания закрытого типа (тесты с одним вариантом правильного ответа)	25 с эталонами ответов
	Задания открытого типа: Ситуационные задачи Вопросы для собеседования	75 с эталонами ответов
ОПК-8	Задания закрытого типа (тесты с одним вариантом правильного ответа)	25 с эталонами ответов
	Задания открытого типа: Ситуационные задачи Вопросы для собеседования	75 с эталонами ответов
ОПК-10	Задания закрытого типа (тесты с одним вариантом	25 с эталонами ответов

	<i>правильного ответа)</i> Задания открытого типа: Ситуационные задачи Вопросы для собеседования	75 с эталонами ответов
ПК-1	Задания закрытого типа <i>(тесты с одним вариантом правильного ответа)</i> Задания открытого типа: Ситуационные задачи Вопросы для собеседования	25 с эталонами ответов 75 с эталонами ответов

УК-1:

Задания закрытого типа: ВСЕГО 25 заданий.

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

1. Правым желудочком.
2. Левым желудочком.
3. Левым предсердием.

Эталон ответа: 1. Правым желудочком.

2. Механическое сцепление соседних кардиомиоцитов обеспечивается:

1. Промежуточными соединениями.
2. Десмосомами.
3. Поперечной тубулярной системой.
4. Правильно 1,2.
5. Ничем из перечисленного.

Эталон ответа: 4. Правильно 1,2.

3. Коронарные артерии относятся к артериям:

1. Эластического типа.
2. Мышечно-эластического типа.
3. Мышечного типа.

Эталон ответа: 2. Мышечно-эластического типа.

4. Сосуды Вьессена-Тебезия:

1. Относятся к особому типу артерио-венозных анастомозов.
2. Представляют собой узкие сосудистые щели, выстланные эндотелием.
3. Обеспечивают непосредственный переход крови из артерий в вены, минуя капиллярную сеть.
4. Все перечисленное.
5. Ничего из перечисленного.

Эталон ответа: 4. Все перечисленное.

5. Основными сократительными белками являются:

1. Миозин.
2. Тропомиозин.

3. Тропонин.
4. Актин.
5. Правильно 1 и 4.

Эталон ответа: 5. Правильно 1 и 4.

6. Внутренняя сторона клеточной мембраны миоцита в состоянии покоя заряжена:

1. Отрицательно.
2. Положительно.
3. Заряд равен 0.
4. Возможны все три варианта.

Эталон ответа: 1. Отрицательно.

7. Внутри миоцита в состоянии покоя концентрация ионов калия:

1. Больше, чем во внеклеточной жидкости.
2. Меньше, чем во внеклеточной жидкости.
3. Такая же, как во внеклеточной жидкости.

Эталон ответа: 1. Больше, чем во внеклеточной жидкости.

8. Внутри миоцита в состоянии покоя концентрация ионов натрия:

1. Больше, чем во внеклеточной жидкости.
2. Меньше, чем во внеклеточной жидкости.
3. Такая же, как во внеклеточной жидкости.

Эталон ответа: 2. Меньше, чем во внеклеточной жидкости.

9. Фаза "0" потенциала действия клеток проводящей системы сердца и миокарда обусловлена:

1. Выходом из клетки ионов калия.
2. Входом в клетку ионов натрия.
3. Входом в клетку ионов кальция.
4. Выходом из клетки ионов кальция.

Эталон ответа: 2. Входом в клетку ионов натрия.

10. Наименьшей по продолжительности фазой потенциала действия является:

1. 0.
2. 1.
3. 2.
4. 3.
5. 4.

Эталон ответа: 1. 0.

11. Самой продолжительной фазой потенциала действия миокарда является:

1. 0.
2. 1.
3. 2.
4. 3.

Эталон ответа: 3. 2.

12. 2-я фаза потенциала действия клеток миокарда преимущественно обусловлена:

1. Быстрым входом ионов натрия внутрь клетки.
2. Выходом ионов хлора из клетки.
3. Входом ионов кальция внутрь клетки.
4. Входом ионов калия.
5. Правильного ответа нет.

Эталон ответа: 3. Входом ионов кальция внутрь клетки.

13. Для замещающего ритма из АВ-соединения характерна частота:

1. Менее 20 в мин.
2. 20-30 в мин.
3. 40-60 в мин.
4. 60-80 в мин.
5. 90-100 в мин.

Эталон ответа: 3. 40-60 в мин.

14. Для замещающего ритма из волокон Пуркинье характерна частота:

1. 20 в мин.
2. 20-30 в мин.
3. 40-50 в мин.
4. 60-80 в мин.

Эталон ответа: 1. 20 в мин.

15. Скорость проведения импульса зависит от:

1. Скорости и амплитуды "0" фазы потенциала действия.
2. Уровня потенциала покоя.
3. И того, и другого.
4. Ни от того и ни от другого.

Эталон ответа: 1. Скорости и амплитуды "0" фазы потенциала действия.

16. На биодоступность нитратов при приеме внутрь в решающей степени влияет:

1. Моторика желудочно-кишечного тракта.
2. Связывание с белками плазмы.
3. Метаболизм в печени.
4. Все ответы правильные.
5. Правильного ответа нет.

Эталон ответа: 4. Все ответы правильные.

17. В экспериментах на изолированном сердце коринфар:

1. Уменьшает автоматизм синусового узла.
2. Увеличивает автоматизм синусового узла.
3. Не влияет на автоматизм синусового узла.

Эталон ответа: 3. Не влияет на автоматизм синусового узла.

18. При атеросклерозе поражаются в первую очередь следующие слои сосудистой стенки:

1. Интима.
2. Медия.
3. Адвентиция.

Эталон ответа: 1. Интима.

19. Для ИБС характерны следующие особенности коллатерального кровообращения:

1. Коллатеральное кровообращение развито лучше, чем в интактном сердце.
2. Коллатеральное кровообращение развито хуже, чем в интактном сердце.
3. Существенных особенностей коллатерального кровообращения при ИБС нет.

Эталон ответа: 3. Существенных особенностей коллатерального кровообращения при ИБС нет

20. Потребность миокарда в кислороде определяет:

1. Частота сердечных сокращений.
2. Контрактильность миокарда.
3. Напряжение стенки левого желудочка.
4. Все перечисленное.
5. Правильно 1 и 2.

Эталон ответа: 4. Все перечисленное.

21. «Двойное произведение» - показатель, в определенной степени отражающий потребность миокарда в кислороде, представляет собой:

1. Произведение частоты сердечных сокращений на систолическое артериальное давление.
2. Произведение частоты сердечных сокращений на динамическое диастолическое артериальное давление.
3. Произведение частоты сердечных сокращений на среднее артериальное давление.
4. Произведение частоты сердечных сокращений на давление заклинивания легочных капилляров.

Эталон ответа: 1. Произведение частоты сердечных сокращений на систолическое артериальное давление.

22. Патогенетическими звеньями гипертонической болезни являются все перечисленные, кроме:

1. Повышения активности симпато-адреналовой системы.
2. Изменения ренин-ангиотензин-альдостероновой системы.
3. Атеросклероза почечных артерий.
4. Нарушения трансмембранного транспорта ионов.
5. Изменения системы простагландинов.

Эталон ответа: 3. Атеросклероза почечных артерий.

23. Фактором, определяющим уровень АД, не может быть:

1. Минутный объем сердца.
2. Общее периферическое сосудистое сопротивление.
3. Ренин-ангиотензиновая система.
4. Уровень электролитов крови.

Эталон ответа: 4. Уровень электролитов крови.

24. Гипотензивным действием обладают все следующие простагландины, кроме:

1. Простагландин Е1.
2. Простагцилин.
3. Тромбоксан.
4. Простагландин F.
5. Правильно 3 и 4

Эталон ответа: 5. Правильно 3 и 4

25. В зависимости от активности ренина можно выделить следующие формы артериальных гипертензий:

1. Норморениновую.
2. Гиперрениновую.
3. Гипорениновую.
4. Все перечисленные.
5. Только 2 и 3.

Эталон ответа: 4. Все перечисленные.

Задания открытого типа: ВСЕГО 75 заданий

1. Как изменяется скорость пульсовой волны при старении человека?

Эталон ответа: В сосудах большинства (но не обязательно у всех) пожилых людей происходят склеротические изменения. Поэтому стенки таких сосудов более жесткие, более упругие, чем у молодых. Пульсовая волна быстрее распространяется в более упругой среде. Поэтому у пожилых людей скорость ее, как правило, больше.

2. У больного предполагается замедление атриовентрикулярной проводимости; Как доказать это?

Эталон ответа: Распространение возбуждения в сердце наиболее наглядно представлено на ЭКГ. В данном случае будет иметь место увеличение продолжительности интервала PQ на ЭКГ.

3. У больного начался приступ тахикардии. Под рукой нет никаких необходимых лекарств. Как можно попытаться оборвать приступ?

Эталон ответа: Проще всего попытаться использовать рефлекс Данини-Ашнера (глазосердечный) или надавить на шею на участки бифуркации сонных артерий, где находятся рецепторы каротидного синуса.

4. В настоящее время в РФ для обозначения науки, изучающей общественное здоровье, применяется следующее название?

Эталон ответа: общественное здоровье и здравоохранение

5. Под термином общественное здоровье понимают?

Эталон ответа: Это наука о закономерностях здоровья

6.Здравоохранение – это:

Эталон ответа: система лечебно-профилактических мероприятий по охране здоровья

7..В зависимости от вида финансирования системы здравоохранения подразделяются.

Эталон ответа: Подразделяются на преимущественно государственные, преимущественно страховые, преимущественно частные и смешанные системы

8.Назовите пример страны с преимущественно государственной системой здравоохранения

Эталон ответа: Великобритания

9.Назовите основной источник финансирования при государственной системе здравоохранения.

Эталон ответа: государственный бюджет

10.Минимальные затраты на здравоохранение в процентах от валового внутреннего продукта (ВВП), по мнению экспертов ВОЗ, должны составлять:

Эталон ответа: 6 – 9%

11.Бесплатная медицинская помощь в государственных учреждениях здравоохранения обеспечивается за счет средств:

Эталон ответа: Используются средства бюджета и ОМС

12.Основными документами, регламентирующими работу здравоохранения РФ, являются:

Эталон ответа: Это следующие документы: Конституция РФ, ФЗ «Об обязательном медицинском страховании граждан РФ» и ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ»

13. Обязательное медицинское страхование (ОМС) относится к категории

Эталон ответа: Это категория социального страхования

14. В связи с чем соблюдение врачебной тайны необходимо?

Эталон ответа: Соблюдение врачебной тайны необходимо для защиты внутреннего мира пациента, для защиты социальных и экономических интересов пациента, с целью создания основы доверительных взаимоотношений с пациентом и для поддержания престижа медицинской профессии

15. К субъектам медицинского страхования относятся:

Эталон ответа: В эту категорию относятся страхователи - органы власти территории или работодатели, а также страхователи - физические лица и застрахованные граждане

16.Разработка и утверждение базовой программы обязательного медицинского страхования относится к компетенции:

Эталон ответа: Это является компетенцией Правительства Российской Федерации

17.Территориальная программа обязательного медицинского страхования составляется на уровне:

Эталон ответа: На уровне субъектов Российской Федерации

18. Взнос на обязательное медицинское страхование работающего населения перечисляется в фонд медицинского страхования:

Эталон ответа: Отчисляют работодатели

19. Средства обязательного медицинского страхования на территории области формируются

Эталон ответа: Формирование происходит за счет средств местной администрации, средств государственных предприятий и учреждений и средств частных и коммерческих предприятий и учреждений.

20. В компетенцию Росздравнадзора входит:

Эталон ответа: Компетенцией Росздравнадзора является лицензирование медицинской и фармацевтической деятельности. Не входят в сферу деятельности реализация мер по охране семьи, материнства, отцовства и детства, установление системы статистического учета и отчетности в области охраны здоровья граждан

21. Кем выдается разрешение на занятие частной медицинской практикой?

Эталон ответа: Разрешение на занятие частной медицинской практикой выдается лицензионной комиссией

22. К какой группе прав относится сохранение врачебной тайны?

Эталон ответа: Это категория прав всех граждан в области охраны здоровья

23. Почему необходимо соблюдение врачебной тайны?

Эталон ответа: Соблюдение врачебной тайны необходимо для защиты внутреннего мира человека, его автономии, защиты социальных и экономических интересов личности, для охраны от манипуляций со стороны внешних сил; для создания основы доверительности и откровенности взаимоотношений «врач – пациент»; а также для поддержания престижа медицинской профессии.

24. От чего зависит доступность лечебно-профилактической помощи?

Эталон ответа: Доступность лечебно-профилактической помощи обеспечивается развитием широкой сети лечебно-профилактических учреждений, подготовкой высококвалифицированных врачебных кадров; в.производством и закупкой недостающих медикаментов и развитием широкой сети учебно-методических медицинских центров.

25. Чем определяется мощность поликлиники?

Эталон ответа: определяется числом посещений в смену

26. Что происходит с функцией врачебной должности при снижении нормы нагрузки врача?

Эталон ответа: Она уменьшается

27. Какие виды работы выполняются врачом поликлиники?

Эталон ответа: Врач поликлиники проводит диагностику и лечение заболеваний, профилактическую, санитарно-просветительную работу, занимается реабилитацией, диспансеризацией населения, проводит экспертизу временной нетрудоспособности

28. Виды медицинской документации, заполняемые в поликлинике.

Эталон ответа: В поликлинике заполняются экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку, медицинское свидетельство о смерти, листок нетрудоспособности, медицинская карта амбулаторного больного

29. Какими показателями характеризуется организация работы поликлиники?

Эталон ответа: Организация работы поликлиники характеризуется структурой посещений по специальностям, динамикой посещений, распределением посещений по виду обращений, по месяцам, дням недели, часам дня, объемом помощи на дому, структурой посещений на дому, активностью врачей при оказании помощи на дому, соотношением первичных и повторных посещений на дому

30. Материальные затраты на профилактику хронических неинфекционных заболеваний по стоимости аналогичны лечению заболевания

Эталон ответа: затраты ниже стоимости лечения

31. Здоровье индивидуума является ценностью для следующих персоналий.

Эталон ответа: это ценность для цивилизованного общества

32. Современное общество должно заботиться о следующих категориях

Эталон ответа: общество заботится о здоровье каждого индивидуума

33. Врач должен лечить

Эталон ответа: Больного, а не болезнь

34. Субъектами государственного социального страхования являются:

Эталон ответа: организации, предприятия, учреждения, осуществляющие страховые взносы;

35. Что является задачами оказания стационарной помощи?

Эталон ответа: В задачи оказания стационарной помощи входят повышение качества медицинской помощи,

36. Функциями приемного отделения городской больницы являются:

Эталон ответа: Оформление документации на госпитализированных больных, оказание первой медицинской помощи нуждающимся, установление предварительного диагноза

37. В стационаре ведется статистический учет заболеваемости:

Эталон ответа: Госпитализированных пациентов

38. В стационаре ведется следующая медицинская документация:

Эталон ответа: Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку, статистическая карта выбывшего из стационара, медицинское свидетельство о смерти, листок нетрудоспособности, история болезни

39. Организация работы стационара включает в себя следующие показатели:

Эталон ответа: Среднее число дней работы койки, среднее число занятых и свободных коек; оборот койки, средние сроки пребывания больного в стационаре

40. Задачи стационарной медицинской помощи населению включают следующие действия:

Эталон ответа: Круглосуточное медицинское наблюдение за больным, квалифицированное диагностическое обследование, проведение лечебных мероприятий по восстановлению здоровья и трудоспособности

41. Принципы организации экспертизы трудоспособности в России:

Эталон ответа: Государственный характер, профилактическое направление, коллегиальность в решении вопросов экспертизы трудоспособности

42. Проведение экспертизы временной нетрудоспособности осуществляется:

Эталон ответа: В родильном доме, в детской больнице, в женской консультации, в поликлинике, в диспансере, в стационаре

43. Право на получение листка нетрудоспособности имеют:

Эталон ответа: Работающие граждане Российской Федерации, иностранные граждане, работающие в учреждениях РФ, независимо от форм собственности, безработные граждане, состоящие на учете в центрах занятости

44. Право на выдачу листка нетрудоспособности имеют специалисты:

Эталон ответа: Врачи стационарных учреждений, частнопрактикующие врачи, имеющие лицензию, врачи амбулаторно-поликлинических учреждений

45. Временная нетрудоспособность может наступить в связи с:

Эталон ответа: Заболеванием, несчастным случаем на производстве и в быту, санаторно-курортным лечением, уходом за больным взрослым членом семьи, уходом за больным ребенком

46. Продление листка нетрудоспособности свыше 15 дней осуществляет

Эталон ответа: врачебная комиссия лечебно-профилактического учреждения

47. Листок нетрудоспособности при заболеваниях и травмах может быть продлен до полного восстановления трудоспособности:

Эталон ответа: На 10 месяцев

48. Листок нетрудоспособности при заболеваниях и травмах выдается со дня:

Эталон ответа: Со дня установления нетрудоспособности при врачебном осмотре

49. Листок нетрудоспособности по уходу за больным взрослым членом семьи при амбулаторном лечении выдается лечащим врачом на срок:

Эталон ответа: До 7 дней

50. При наступлении беременности в период частично оплачиваемого отпуска по уходу за ребенком листок нетрудоспособности:

Эталон ответа: не выдается

51. Для адекватной помощи новорожденным с пороками сердца необходимо:

Эталон ответа: Наладить диагностику врожденных пороков сердца в роддомах и детских больницах, разработать транспортировку детей, находящихся в критическом состоянии, разработать методику хирургического лечения детей от 1 года до 3 лет, при этом особое внимание уделить возрасту первых трех месяцев жизни, изучить влияние на организм, разработать и внедрить в практику искусственное кровообращение и глубокую гипотермию у новорожденных и больных до 3 лет.

52. Структура помощи больным с ишемической болезнью сердца включает

Эталон ответа: поликлиническое отделение, отделение хирургического лечения ишемической болезни сердца, отделение острых расстройств коронарного кровообращения, отделение интенсивной терапии для больных после операций по поводу ишемической болезни сердца и кардиогенного шока.

53. В лаборатории функциональной диагностики кардиохирургического Центра должна быть аппаратура, позволяющая провести

Эталон ответа: велоэргометрическую пробу, эхокардиографию, ультразвуковую доплерографию сосудов

54. В современном сосудистом Центре должны выполняться следующие операции и процедуры

Эталон ответа: катетеризация сердца и сосудов и ангиопластика, неинвазивные исследования сердца, компьютерная томография и ядерно-магнитный резонанс

55. Топографо-анатомические взаимоотношения элементов нервно-сосудистого пучка в пределах сонного треугольника шеи (снаружи - внутрь)

Эталон ответа: общая сонная артерия - внутренняя яремная вена - блуждающий нерв

56. Бифуркация общей сонной артерии чаще всего соответствует

Эталон ответа: верхнему краю щитовидного хряща

57. При подключичном доступе в направлении изнутри кнаружи располагается

Эталон ответа: плечевое сплетение - артерия - вена

58. Наибольшими возможностями подхода к различным отделам сердца обладает

Эталон ответа: продольная срединная стернотомия

59. Зубец Р в норме всегда отрицательный

Эталон ответа: в отведении aVR

60. Продолжительность интервала PQ при увеличении частоты сердечных сокращений в норме

Эталон ответа: уменьшается

61. При синусовой тахикардии возможно

Эталон ответа: укорочение интервала PQ, укорочение интервала QT

62. Для предсердной экстрасистолии характерно

Эталон ответа: отсутствие расширения комплекса QRS, наличие неполной компенсаторной паузы

63. На развитие врожденного порока сердца влияют

Эталон ответа: физические и химические факторы, генетические факторы и окружающая среда

64. По форме аневризмы грудной аорты могут быть

Эталон ответа: мешковидные и веретенообразные

65. Дефект аорто-легочной перегородки отличается от общего артериального ствола наличием

Эталон ответа: двух изолированных полулунных клапанов

66. Митральный стеноз чаще всего формируется вследствие

Эталон ответа: ревматизма

67. Наиболее ранним симптомом митрального стеноза является

Эталон ответа: сердцебиение вследствие предсердной аритмии

68. Наиболее типичными клиническими проявлениями митральной недостаточности является

Эталон ответа: одышка и тахикардия

69. Показанием к операции при митральной недостаточности является I

Эталон ответа: одышка при незначительной физической нагрузке в сочетании с шумом на верхушке

70. Характерным ЭКГ-признаком наличия постинфарктной аневризмы сердца является

Эталон ответа: застывший подъем сегмента ST

71. Для эпидемиологии ишемической болезни сердца характерно

Эталон ответа: данная патология является основной причиной смертности у мужчин старше 40 лет и женщин старше 50 лет, развитие повторного инфаркта в течение 5-летнего периода после перенесенного инфаркта миокарда наблюдается у 13% мужчин и 40% женщин, развитию инфаркта миокарда стенокардия предшествует у 20% больных,

сердечно-сосудистые заболевания составляют приблизительно 50% причин летальности в развитых странах мира

72 Аутопластика артерий малого диаметра возможна за счет

Эталон ответа: аутоартерии

73. Предпосылками к развитию реконструктивной хирургии сосудов явились

Эталон ответа: разработка техники сосудистого шва, создание синтетических протезов, разработка антикоагулянтной терапии

74. В патогенезе варикозной болезни ведущую роль играет

Эталон ответа: врожденная слабость соединительной ткани венозной системы, нарушение функции клапанного аппарата глубокой венозной системы, нарушение функции коммуникантных вен

75. Срочное вмешательство на фоне желудочно-кишечного кровотечения при портальной гипертензии должно начинаться

Эталон ответа: с установки зонда Блекмора и с экстренной эзофагогастродуоденоскопии

ОПК-4:

Задания закрытого типа: ВСЕГО 25 заданий.

1. Больные с тетрадой Фалло принимают вынужденное положение:

1. Ортопноэ.
2. Лежа на левом боку с приведенными к животу ногами.
3. На корточках.
4. Ни одного из перечисленных.

Эталон ответа: 3. На корточках.

2. Усиленная пульсация сонных артерий характерна для:

1. Аортальной недостаточности.
2. Трикуспидальной недостаточности.
3. Митральной недостаточности.
4. Митрального стеноза.

Эталон ответа: 1. Аортальной недостаточности.

3. Диффузный цианоз у больных с пороками сердца обусловлен:

1. Сбросом крови слева-направо.
2. Сбросом крови справа-налево.
3. Наличие цианоза не зависит от направления сброса крови.

Эталон ответа: 2. Сбросом крови справа-налево..

4. После возникновения сброса крови справа-налево встречаются "барабанные палочки" и цианоз ног, но не рук, при следующем пороке сердца:

1. Незаращении артериального (Боталлова) протока.
2. Дефекте межпредсердной перегородки.

3. Дефекте межжелудочковой перегородки.

4. Тетраде Фалло.

Эталон ответа: 1. Незаращении артериального (Боталлова) протока..

5. Утолщение ахиллова сухожилия характерно для:

1. Семейной гипертриглицеридемии.

2. Комбинированной семейной гиперлипидемии.

3. Семейной гиперхолестеринемии.

4. Семейной дисбеталипопротеидемии.

Эталон ответа: 3. Семейной гиперхолестеринемии.

6. Выраженная асимметрия АД на руках характерна для:

1. Синдрома Конна.

2. Дефекта межжелудочковой перегородки.

3. Триады Фалло.

4. Неспецифического аортоартериита.

Эталон ответа: 4. Неспецифического аортоартериита

7. Для злокачественного течения артериальной гипертонии характерно:

1. Поражение артерий сетчатки.

2. Атеросклероз сосудов нижних конечностей.

3. Нарушения ритма сердца.

4. Появление блокад сердца.

Эталон ответа: 1. Поражение артерий сетчатки.

8. Кардиомиопатией называют:

1. Поражения миокарда известной этиологии.

2. Поражения миокарда, связанные с каким-либо системным заболеванием.

3. Поражения миокарда неизвестной этиологии.

4. Специфические заболевания миокарда.

5. Все перечисленное.

Эталон ответа: 5. Все перечисленное.

9. Идиопатические формы поражения миокарда включают:

1. Гипертрофическую форму кардиомиопатии.

2. Дилатационную форму кардиомиопатии.

3. Рестриктивную форму кардиомиопатии.

4. Все перечисленное.

5. Правильно 1 и 2.

Эталон ответа: 4. Все перечисленное.

10. Для дилатационной кардиомиопатии характерна:

1. Левожелудочковая недостаточность.

2. Правожелудочковая недостаточность.

3. Одновременная недостаточность как левого, так и правого желудочков.

Эталон ответа: 3. Одновременная недостаточность как левого, так и правого желудочков.

11. При аускультации у больных с дилатационной кардиомиопатией часто выслушивается:

1. Дующий пансистолический шум.
2. Поздний систолический шум.
3. Четвертый тон.
4. Диастолический шум.

Эталон ответа: 1. Дующий пансистолический шум.

12. Клиническими проявлениями гипертрофической кардиомиопатии являются:

1. Одышка.
2. Стенокардия напряжения.
3. Обмороки.
4. Все перечисленное.
5. Правильно 1 и 3.

Эталон ответа: 4. Все перечисленное.

13. У больных гипертрофической кардиомиопатией в большей степени нарушена:

1. Систолическая функция левого желудочка.
2. Диастолическая функция левого желудочка.
3. Степень нарушения примерно одинакова.

Эталон ответа: 2. Диастолическая функция левого желудочка.

14. Основным механизмом обструкции выносящего тракта левого желудочка у больных с обструктивным вариантом гипертрофической кардиомиопатии является:

1. Соприкосновение во время систолы межжелудочковой перегородки и боковой стенки левого желудочка.
2. Движение передней створки митрального клапана во время систолы к межжелудочковой перегородке.
3. Противопоставление межжелудочковой перегородки и створок аортального клапана.
4. Все перечисленное.

Эталон ответа: 2. Движение передней створки митрального клапана во время систолы к межжелудочковой перегородке.

15. В норме полость перикарда содержит:

1. Около 5 мл жидкости.
2. До 50 мл жидкости.
3. 100-200 мл жидкости.
4. 300-500 мл жидкости.

Эталон ответа: 2. До 50 мл жидкости.

16. В норме толщина перикарда составляет:

1. До 0,5мм.
2. 1-1,5мм.
3. 5-10 мм.

Эталон ответа: 2. 1-1,5мм.

17. Первичной клинической формой нарушения ритма сердца не является:

1. Экстрасистолия.
2. Атриовентрикулярная диссоциация.
3. Ускоренные эктопические ритмы сердца.
4. Атриовентрикулярная блокада.
5. Ни одно из перечисленных.

Эталон ответа: 2. Атриовентрикулярная диссоциация.

18. Экстрасистолией называют:

1. Преждевременные импульсы.
2. Импульсы, появляющиеся после паузы.
3. И то, и другое.
4. Ни то, ни другое.

Эталон ответа: 3. И то, и другое.

19. К выскальзывающим сокращениям относят:

1. Эктопические импульсы.
2. Преждевременные импульсы.
3. Импульсы, появляющиеся после паузы.
4. Все перечисленное.
5. Правильно 1 и 2.

Эталон ответа: 5. Правильно 1 и 2.

20. Среди дополнительных путей атриовентрикулярного проведения чаще встречается:

1. Пучок Джеймса.
2. Пучок Махайма.
3. Пучок Кента.

Эталон ответа: 3. Пучок Кента

21. У больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта наиболее часто возникает:

1. Мерцательная аритмия.
2. Пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия.
3. Желудочковая тахикардия.
4. Атриовентрикулярная блокада.

Эталон ответа: 2. Пароксизмальная суправентрикулярная тахикардия.

22. Основным признаком феномена Вольфа-Паркинсона-Уайта на ЭКГ является:

1. Укорочение интервала PR.
2. "Дельта-волна".
3. Уширение комплекса QRS.
4. Дискордантное смещение сегмента ST.

Эталон ответа: 2. "Дельта-волна".

23. Наиболее опасным вариантом тахиаритмии у больных с синдромом Вольфа-Паркинсона-Уайта является:

1. Мерцательная аритмия.

2. Пароксизмальная атриовентрикулярная тахикардия.
3. Правильного ответа нет.
4. И то, и другое.

Эталон ответа: 1. Мерцательная аритмия.

24. Основным показанием для назначения длительного мониторирования ЭКГ у больных с заболеваниями сердца является:

1. Выявление бессимптомных аритмий.
2. Уточнение диагноза у больных с частыми клиническими симптомами, если не удалось зарегистрировать аритмию на обычной ЭКГ.
3. Оба ответа правильные.
4. Правильного ответа нет.

Эталон ответа: 3. Оба ответа правильные.

25. Основное назначение проведения чреспищеводной электростимуляции сердца у больных с пароксизмальными тахиаритмиями:

1. Уточнение электрофизиологического механизма развития тахикардии.
2. Ускорение подбора антиаритмической терапии у больных с пароксизмальными наджелудочковыми тахиаритмиями.
3. Оба ответа правильные.
4. Правильного ответа нет.

Эталон ответа: 3. Оба ответа правильные..

Задания открытого типа: ВСЕГО 75 заданий

1. Назовите три основных эхокардиографических признака тампонады сердца.

Эталон ответа: коллабирование стенок правого желудочка и правого предсердия в диастолу; дилатация нижней полой вены и отсутствие ее реакции на дыхание; зависимость скорости кровотока на трикуспидальном и митральном клапане от акта дыхания.

2. Назовите основные анатомические образования, которые могут быть ошибочно приняты за вегетации в ходе эхокардиографического исследования.

Эталон ответа: фиброма клапана, миксоматозная дегенерация створок клапана, тромбэндокардит, артефакт от кальцината, узелки Арантиуса на аортальном клапане.

3. Назовите основные прямые эхокардиографические признаки расслаивающейся аневризмы грудной аорты.

Эталон ответа: наличие в просвете аорты подвижной линейной структуры, разделяющей просвет аорты на истинный и ложный канал; наличие кровотока в ложном канале в случае его функционирования; внутрестеночной гематомы или тромбоза при отсутствии второго фенестрационного отверстия; быстро прогрессирующее дилатация просвета аорты.

4. Назовите основные косвенные эхокардиографические признаки расслаивающейся аневризмы грудной аорты.

Эталон ответа: появление перикардального выпота; прогрессирующая аортальная регургитация; внезапная объемная перегрузка камер сердца; внезапное появление плеврального выпота.

5. Назовите основные эхокардиографические признаки дефекта межпредсердной перегородки.

Эталон ответа: обнаружение перерыва эхо-сигнала от межпредсердной перегородки; регистрация сброса крови через дефект в режиме цветовой доплерэхокардиографии; расширение правых камер сердца вследствие объемной перегрузки.

6. Назовите основные эхокардиографические признаки дефекта межжелудочковой перегородки.

Эталон ответа: обнаружение прерыва эхо-сигнала от межжелудочковой перегородки; регистрация сброса крови через дефект в режиме цветовой доплерэхокардиографии; расширение правых камер сердца вследствие объемной перегрузки.

7. Какие показатели и в каких позициях необходимо измерить для расчета Qp:Qs? Что показывает это отношение.

Эталон ответа: Qp:Qs – отношение легочного кровотока к системному для расчета объема шунта при дефектах перегородок. Необходимо измерить диаметр выходного тракта левого желудочка в парастернальной позиции по длинной оси ЛЖ; ВТИ потока в выходном тракте ЛЖ импульсным доплером в апикальной пятикамерной позиции; диаметр выходного тракта правого желудочка в позиции по короткой оси и ВТИ потока на клапане легочной артерии импульсным доплером в этой же позиции.

8. Назовите три основных эхокардиографических признака коарктации аорты.

Эталон ответа: видимое сужение нисходящего отдела аорты в типичном месте ниже места отхождения левой подключичной артерии; ускорение кровотока и увеличение градиента давления в месте сужения; коллатеральный тип кровотока в брюшном отделе аорты.

9. Основные эхокардиографические признаки тетрады Фалло.

Эталон ответа: дэкстрапозиция аорты- аорта визуализируется «сидящей» на дефекте межжелудочковой перегородки» стеноз легочной артерии; ДМЖП; гипертрофия правого желудочка.

10. Основные эхокардиографические признаки аномалии Эбштейна.

Эталон ответа: апикальное смещение створок ТК на ≥ 8 мм/м² площади поверхности тела; расширение «атриализованной» части ПЖ с различной степенью гипертрофии и истончения стенки; трикуспидальная регургитация.

11. Виды нарушения локальной сократимости левого желудочка

Эталон ответа: гипокинезия- уменьшение утолщения сегмента ЛЖ в систолу по сравнению с другими сегментами; акинезия- отсутствие утолщения сегмента; дискинезия – парадоксальное движение сегмента в систолу (выбухание) – характерно для аневризмы.

12. При каких патологических состояниях регистрируется парадоксальное движение межжелудочковой перегородки?

Эталон ответа: полная блокада левой ножки пучка Гиса; кардостимуляция; легочная гипертензия.

13. Основные эхокардиографические признаки инфаркта миокарда правого желудочка (ПЖ).

Эталон ответа: дилатация ПЖ; нарушение кинетики ПЖ; парадоксальное движение МЖП; патологическая трикуспидальная регургитация; дилатация правого предсердия и НПВ.

14. Абсолютные противопоказания к проведению стресс-эхокардиографии.

Эталон ответа: инфаркт миокарда; нестабильная стенокардия; НК стадии IIБ-III; расслаивающаяся аневризма аорты; аневризма сердца с тромбом; ТЭЛА в анамнезе; выраженный аортальный стеноз; острый тромбофлебит; инфекционные заболевания; лихорадка; ОНМК; выраженная дыхательная недостаточность.

15. Назовите стресс-эхокардиографические критерии прекращения пробы.

Эталон ответа: достижение максимально возможной дозы фармакологического стресс-агента; субмаксимальной физической или электрофизиологической нагрузки; достижение предельно допустимой ЧСС; положительный тест – появление или усугубление зон нарушения локальной сократимости.

16. Назовите клинические критерии прекращения стресс-эхокардиографической пробы.

Эталон ответа: возникновение приступа стенокардии; значительное снижение или значительное повышение систолического АД при нагрузке; одышка; появление резкой слабости; отказ больного от дальнейшего проведения пробы.

17. Назовите электрокардиографические критерии прекращения стресс-эхокардиографической пробы.

Эталон ответа: смещение сегмента ST по ишемическому типу; элевация сегмента ST; нарушения проводимости сердца; нарушения ритма в виде частых, политопных, групповых, ранних желудочковых экстрасистол; пароксизмальная тахикардия, мерцательная аритмия; изменение комплекса QRS.

18. Основные стандартные эхокардиографические позиции при проведении стресс-эхокардиографии.

Эталон ответа: парастеральная длинная ось левого желудочка, парастеральная короткая ось левого желудочка, апикальная четырехкамерная и апикальная двухкамерная позиция.

19. Основные стресс-агенты, используемые при проведении стресс-эхокардиографии.

Эталон ответа: проба с физической нагрузкой- велоэргометрия, тредмил-тест, изометрические нагрузки; фармакологическая адренэргическая стимуляция; вазодилатирующие стресс-тесты; вазоконстрикция коронарных артерий; комбинированные фарм.тесты (например, добутами+атропин)

20. Какие параметры при ультразвуковом исследовании артериальных сосудов возможно оценить в В-режиме?

Эталон ответа: косвенно оценить проходимость сосуда по наличию или отсутствию пульсации, геометрию, диаметр сосуда; состояние сосудистой стенки (толщина, структура, однородность); отсутствие или наличие внутрисосудистых образований; состояние периваскулярных тканей.

21. Какие параметры при ультразвуковом исследовании артериальных сосудов возможно оценить в режиме цветового доплеровского картирования (ЦДК)?

Эталон ответа: ЦДК на основании распределения цветового потока в сосуде в режиме реального времени позволяет оценить проходимость сосуда по наличию или отсутствию окрашивания просвета, геометрию, дефекты заполнения цветовой картограммы, зоны турбуленности.

22. Какие количественные параметры артериального кровотока чаще всего оцениваются при анализе доплеровской кривой?

Эталон ответа: пиковая систолическая скорость кровотока, конечно-диастолическая скорость кровотока, усредненная скорость кровотока, время ускорения кровотока, индекс резистивности и индекс пульсации.

23. Какие изменения артериальной стенки возможно выявить в ходе ультразвукового исследования в стадию липоидоза?

Эталон ответа: в стадию липоидоза отмечается изолированное изменение комплекса интима-медиа (КИМ), при УЗИ определяется утолщение, повышение эхогенности, нарушение дифференцировки на слои, нервно-поверхности, неоднородность структуры КИМ.

24. Назовите ультразвуковые критерии атеросклеротической бляшки.

Эталон ответа: атеросклеротической бляшкой считается зона: зона с величиной КИМ более 1,5 мм, выступающая в просвет артерии; или - высотой на 0,5 мм больше толщины КИМ, прилегающих участков артерии; или высотой на 50% больше толщины КИМ, прилегающих участков артерии.

25. Классификация атеросклеротических бляшек по ультразвуковой плотности, какими элементами представлена каждая из бляшек?

Эталон ответа: анэхогенные - мягкие бляшки, имеющие большое липидное ядро; средней эхогенности – фиброзная бляшка с большим содержанием коллагена; гиперэхогенные бляшки – фиброзные соединительно тканые элементы; кальцинированные бляшки – локальные или диффузные кальцификаты.

26. Ситуационная задача

Больной 39 лет: жалобы на одышку при ходьбе, сердцебиение, перебои в работе сердца, колющие боли в левой половине грудной клетки, отеки на ногах, повышение температуры до субфебрильных цифр. Около месяца назад перенес простудное заболевание, сопровождавшееся повышением температуры до 39⁰С, кашлем, болями в горле. Принимал амбулаторно НПВС, амоксициллин. Вышеперечисленные жалобы прошли, но сохранялась субфебрильная температура. Ухудшение самочувствия около недели, когда появилась одышка, боли в области сердца. Ранее ничем не болел. Курит, злоупотребляет алкоголем. Объективно: температура тела 37,3⁰С, акроцианоз. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Правая и левая границы сердца расширены на 1 см, тоны приглушены, экстрасистолы до 10 в 1 мин, ЧСС 112 в 1 мин, АД 100/60 мм рт.ст. Живот мягкий, печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги. Отеки голеней. Анализ крови: Нб 140 г/л, лейкоциты 10,4×10⁹/л, СОЭ 37 мм/ч. ЭКГ: синусовая тахикардия, единичные желудочковые экстрасистолы, правильное направление электрической оси сердца, снижение интервала ST на 1 мм и сглаженный T во всех отведениях. Флюорография: в легких без патологии, умеренное расширение границ сердца.

Назовите основные дифференцируемые состояния при данной клинической картине.

Эталон ответа: ИБС, кардиомиопатия, алкогольная миокардиодистрофия, бактериальный эндокардит.

27. Ситуационная задача

Больной 78 лет, инвалид II группы, жалуется на тошноту, отсутствие аппетита, однократную рвоту, перебои в работе сердца, одышку при незначительной физической нагрузке, отеки на ногах. Страдает гипертонической болезнью в течение 30 лет, дважды перенес инфаркт миокарда, после чего появились признаки сердечной недостаточности. Постоянно получает аспирин 100 мг/сут, периндоприл 4 мг/сут, дигоксин 0,25 мг/сут и дважды в неделю фуросемид по 40 мг/сут.

Объективно: избыточная масса тела, акроцианоз. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах с обеих сторон единичные влажные мелкопузырчатые хрипы. Левая граница сердца на 2 см снаружи от срединно-ключичной линии, тоны приглушены, мерцательная аритмия, акцент II тона над аортой. ЧСС 62 в 1 мин, пульс 54 в 1 мин, АД 160/95 мм рт.ст. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. Отеки на голенях, пояснице. При поколачивании по поясничной области болезненности нет. ЭКГ: горизонтальное направление электрической оси сердца, фибрилляция предсердий 48-56 в 1 мин, желудочковые экстрасистолы до 4 в 1 мин, удлинение QT до 0,52 с, снижение ST на 1 мм и сглаженный T во всех отведениях, признаки гипертрофии левого желудочка.

Сформулируйте диагноз.

Эталон ответа: ИБС: постинфарктный кардиосклероз, фибрилляция предсердий, постоянная брадисистолическая форма, ХСН IIБ стадии. Интоксикация дигиталисом. Гипертоническая болезнь III стадии.

28. Ситуационная задача

У больного 59 лет в течение ряда лет, чаще по утрам, возникают по 2-3 приступа загрудинных болей в сутки, обусловленные определенной физической нагрузкой. На фоне очередного приступа, возникшего после стрессовой ситуации, внезапно почувствовал ритмичное сердцебиение, сопровождающееся одышкой и резкой слабостью.

Объективно: акроцианоз. ЧСС более 140 в 1 мин. АД 90/60 мм рт.ст. На ЭКГ: зубцы P отсутствуют, изолиния изогнута в виде волн одинаковой высоты и ширины, интервалы RR одинаковы, комплексы QRS не изменены.

Ваш клинический диагноз.

Эталон ответа: 1. ИБС. Стенокардия напряжения II ФК, стабильного течения. Пароксизм трепетания предсердий, правильная форма.

29. Ситуационная задача

Больной П., 48 лет, поступил в кардиологическую клинику с жалобами на постоянную общую слабость, неритмичность работы сердца, на одышку в покое (усиливается в горизонтальном положении) и ходьбе в медленном темпе до 20-30 метров, практически постоянные головокружения, плохую переносимость жаркой погоды, частую потливость. Незначительные физические нагрузки приводят к усилению вышеописанных жалоб. Вследствие болезни значительно ограничены бытовые нагрузки. В течение последнего года состояние прогрессивно ухудшалось: в начале года ходил в спокойном темпе до 1 км, к концу года не смог преодолеть расстояние в 50 метров. В городской больнице проходил лечение по поводу язвы двенадцатиперстной кишки. При регистрации ЭКГ выявлена частая политопная и полиморфная желудочковая экстрасистолия. Группы инвалидности нет, женат, имеет дочь, не курит, употребляет до 2 литров пива в неделю. В анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний нет, страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки около 3 лет. С заболеванием сердца наблюдается у кардиолога 3 года с диагнозом «Дилатационная кардиомиопатия», последние 3 года рекомендованные лекарственные препараты не принимал и отметил постепенное ухудшение состояния здоровья.

Объективное исследование: состояние средней степени тяжести, положение активное, сознание ясное, цианоз губ, бледность кожных покровов. Дыхание в легких жесткое, единичные крепитирующие хрипы, ЧДД = 20/минуту. Тоны сердца аритмичные,

приглушены, шумы не выслушиваются, АД = 100/70, ЧСС = 85. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень + 4 см, безболезненная, отеков ног нет.

Лабораторные данные: Нв 110 г/л, КФК-МВ – 15 МЕ/л, АСТ – 30 Ед/л, АЛТ – 20 Ед/л, глюкоза крови – 4,5 ммоль/л, калий – 4,5 ммоль/л, натрий – 140 ммоль/л, креатинин – 0,140 ммоль/л, мочевины 12,0 ммоль/л, общий ХС – 4,0 ммоль/л, триглицериды – 1,2 ммоль/л, микроальбуминурия – 200 мг/сут., клубочковая фильтрация – 40 мл/мин.

Инструментальные данные:

Рентгенография грудной клетки: признаки дилатационной кардиомиопатии, центральный венозный застой.

ЭХО-КГ: НМК II-III, НТК II, КДО ЛЖ 367 мл, КСО 312 мл, ФВ ЛЖ 15-25%, в полости левого желудочка пристеночный тромб 37*26 мм, диффузная гипокинезия стенок левого желудочка, признаки легочной гипертензии.

Холтер ЭКГ: ритм синусовый со средней ЧСС 80/мин., редкая одиночная и парная наджелудочковая экстрасистолия, частая (полиморфная и политопная) одиночная, парная и групповая желудочковая экстрасистолия, периоды би-, три- и квадригемии, короткие пароксизмы желудочковой тахикардии.

Вопрос:

1. Представьте классификацию нарушений ритма сердца по Лауну.

Эталон ответа:

1. Классификация желудочковых аритмий В. Lown и М. Wolf (1971): 1. Редкие одиночные мономорфные экстрасистолы – менее 30/час; 2. Частые экстрасистолы – более 30/час; 3. Полиморфные экстрасистолы; 4. Повторные формы экстрасистол: 4А – парные, 4Б – групповые (включая эпизоды желудочковой тахикардии); 5. Ранние желудочковые экстрасистолы (типа «R на T»).

30. Ситуационная задача

Больная М., 58 лет, поступила в клинику с жалобами на выраженную общую слабость, ноющие, длительные, временами жгучие боли за грудиной и в области сердца, усиливающиеся при физической нагрузке, одышку при ходьбе до 100 метров, редкие приступы удушья по ночам. Больной себя считает около 12 лет. В анамнезе ревматизм (в детстве болели суставы. Отмечает ухудшение самочувствия в течение последних 2-х лет.

Объективно: кожные покровы бледные, выражена пульсация шейных сосудов. В нижних отделах легких влажные хрипы с обеих сторон. Положительные симптомы Альфреда де Мюссе и Квинке. Верхушечный толчок усилен, приподнимающийся, пальпируется в 6 межреберье. Сердце увеличено влево (до передней подмышечной линии) и вниз (6-е межреберье). Ослаблен 1 тон на верхушке сердца, 2 тон в 3-ей точке. На верхушке сердца систолический шум с проведением в подмышечную область, убывающий протодиастолический шум на аорте, который хорошо выслушивается в 5-й точке. Pulsus «celer et altus». ЧСС-80 уд/мин. АД-110/60 мм.рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги. Отеки н/з голеней.

Анализ крови: эритроц.- $4,1 \times 10^{12}$ /л, Нв- 160 г/л, лейкоц. – $7,2 \times 10^9$ /л, СОЭ – 15 мм/ч;

Биохимический анализ крови: АЛТ-45 Ед/л, АСТ-50 Ед/л, сахар-5,1 ммоль/л, о. Хс – 6,1 ммоль/л, ТГ-1,9 ммоль/л;

Полный анализ мочи: уд.вес -1020, белок-0,033%, лейкоц. -2-3 в п/зр.

RW отрицательно

ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС-100 уд/мин, высокий нарастающий z.R с V4, по V5, V6; z.T (-) в V4-V6; ЭхоКГ: ТМППЛЖ –11 мм, ТЗСЛЖ – 11 мм, КДР –68 мм, КСР-49

мм, КДО – 160 мл, КСО – 50 мл, ФВ-52%, аорта – утолщение створок клапана, регургитация 2-3 ст., МК-регургитация 2 ст.

Рентгенография органов грудной клетки: увеличение ЛЖ. Атеросклероз аорты. Резкое расширение восходящей аорты. Венозный застой в легких.

Вопрос:

1. Какие синдромы являются ведущими в клинической картине заболевания?

Эталон ответа

1. Ведущими синдромами в клинической картине выступают: синдром стенокардии, хронической сердечной недостаточности.

31. Ситуационная задача Больной С., 66 лет, находится в кардиологическом диспансере 3 дня. Поступил планово с диагнозом гипертоническая болезнь с целью коррекции терапии. Максимальное АД 200/100 мм рт.ст, адаптирован к АД 140/90 мм рт.ст., в анамнезе – ИБС (стенокардия напряжения, ПИКС). До госпитализации принимал индапамид, нитраты, тромбоАСС. Ночью состояние резко ухудшилось: жалобы на удушье, головную боль давящего характера в затылочной области, дискомфорт в области сердца.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Дыхание клокочущее. ЧДД-30 в минуту. ЧСС-100 ударов в минуту, АД-220/110 мм.рт.ст. Пациент задыхается, не может лежать.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС-100 уд/мин, высокий R в V4, V5, V6; з. Q в II, III, AVF, T (-) во II, III, AVF, депрессия ST на 1 мм в I, AVL, V5-V6

Вопрос:

1. Ваш диагноз и его обоснование.

Эталон ответа

1. Гипертоническая болезнь III ст., 3 ст., риск 4. Гипертонический криз, осложненный острой левожелудочковой недостаточностью (альвеолярный отек легких). ИБС. Стабильная стенокардия напряжения. ПИКС (задней стенки ЛЖ).

32. Ситуационная задача

Больной Р., 43 года. Доставлен в кардиологическую клинику бригадой СМП с жалобами на давящие загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, одышку, общую слабость, холодный пот. Жалобы возникли впервые в жизни около 3-х часов назад на фоне психоэмоционального стресса. Самостоятельно принимал корвалол и валидол без эффекта. На фоне оказанной помощи на этапе СМП отметил незначительное улучшение. Больной страдает артериальной гипертензией около 10 лет, адаптирован к АД 150/80 мм рт ст. Лекарственные препараты принимает нерегулярно, за медицинской помощью не обращался. Курит до 15 сигарет в день, отец страдал артериальной гипертензией и умер от ишемического инсульта в 50 лет, мать страдает ИБС, артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2-го типа.

Объективное исследование: больной в удовлетворительном состоянии, ИМТ – 32 кг/м², окружность талии 110 см. Регистрируется повышенная влажность кожных покровов, акроцианоз, язык влажный, обложен белым налетом. Дыхание в легких везикулярное жесткое, хрипов нет, ЧДД 22/мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, АД 150/80 мм рт ст., ЧСС 84/мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, отеков ног нет, симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон.

Лабораторные данные: лейкоциты – 10,5*10⁹/л, повышение содержания миоглобина и тропонинов T и I, КФК-MB – 65 МЕ/л, уровни АСТ и АЛТ в нормальных пределах.

Инструментальные данные:

ЭКГ: отрицательные зубцы T в отведениях V2-V5.

Вопрос:

1. Сформулируйте предварительный диагноз. Объясните патогенез развития данного заболевания.

Эталон ответа:

1. Острый мелкоочаговый (без Q, без подъема сегмента ST) инфаркт миокарда передней локализации. Острое снижение коронарного кровотока с частичной окклюзией сосуда, обусловленное развитием внутрисосудистого тромба, возможен спонтанный частичный тромболизис при полной окклюзии. Причиной внезапного тромбообразования в русле коронарной артерии является нестабильная атеросклеротическая бляшка, т.е. бляшка с большим рыхлым липидным ядром и тонкой соединительнотканной покрывкой, содержащей большое количество макрофагов (пенистых клеток).

33. Ситуационная задача

Больной В., 43 года. Обратился в кардиологическую клинику с жалобами на давящие загрудинные боли без иррадиации при ходьбе в быстром темпе на расстояние более 1 километра или при подъеме на 4 этаж, сопровождающиеся одышкой, общей слабостью и сердцебиениями. Жалобы проходят после 10-15 минутного отдыха. Вышеописанные жалобы отмечает в покое, проходят в течение 10-15 минут после применения валидола. Жалобы возникли впервые в жизни около 2 дней назад, связывает с психоэмоциональным стрессом. Больной отмечает повышение АД около 4 лет, регулярно за АД не следит, при измерении АД цифры обычно 160/90 мм рт.ст. Лекарственные препараты (цитрамон, пенталгин) принимает эпизодически при головных болях. Работает заместителем директора строительной компании, работа эмоционально напряженная, ведет малоподвижный образ жизни. Курит до 20-30 сигарет в день. Отец умер от инфаркта миокарда в 50 лет, мать страдает артериальной гипертензией.

Объективное исследование: состояние удовлетворительное, ИМТ – 35 кг/м², окружность талии 120 см. Отмечается незначительный цианоз губ, язык влажный, обложен белым налетом. Дыхание в легких везикулярное жесткое, хрипов нет, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, АД 170/100 мм рт.ст., ЧСС 84/мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Отеков ног нет. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон.

Лабораторные данные: п/а крови без особенностей, микроальбуминурия – 300 мг/сут., глюкоза крови – 6,8 ммоль/л, общий ХС – 7,4 ммоль/л, триглицериды – 6,0 ммоль/л, ЛПНП – 4,8 ммоль/л, ЛПВП – 1,07 ммоль/л, АСТ – 30 ЕД/л, АЛТ – 32 ЕД/л, калий – 4,5 ммоль/л, натрий – 140 ммоль/л, креатинин крови – 0,085 ммоль/л, мочевины крови – 5,0 ммоль/л.

Инструментальные данные: ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 90/мин., нормальное положение электрической оси сердца.

Вопрос:

1. Составьте план обследования пациента. Какие патологические изменения можно при этом выявить.

Эталон ответа:

1. ЭХО-КГ (ГЛЖ), Стресс-ЭхоКГ, Холтер-ЭКГ (НРС, ишемия), ВЭМ, коронарный кальций, перфузионная сцинтиграфия, спиральная томография, коронарная ангиография (начальные или выраженные признаки атеросклероза КА).

34. Ситуационная задача

Больная Д., 59 лет. Доставлена в кардиологическую клинику бригадой СМП с жалобами на остро возникшие около 12 часов назад интенсивные сжимающие загрудинные боли с иррадиацией в левую руку и под левую лопатку, выраженную одышку и общую слабость,

обильный холодный липкий пот, головокружение, сердцебиение. Дышать больная может только в положении сидя, периодически беспокоит приступообразный малопродуктивный кашель. Вышеописанные жалобы отмечает впервые в жизни, бронхолегочные и сердечно-сосудистые заболевания отрицает. АД не контролирует, регулярно лекарственные препараты не принимает, не курит. Работает поваром в школе. Отец умер от инфаркта миокарда, мать страдает артериальной гипертензией.

Объективное исследование: больная беспокойна, возбуждена, ортопноэ, «клокочущее» дыхание, избыточная «липкая» влажность кожных покровов, диффузный пепельно-серый цианоз кожных покровов, яркий цианоз кожи лица и шеи. Язык влажный, обложен белым налетом, Дыхание в легких везикулярное жесткое, большое количество влажных хрипов над всеми легочными полями, ЧДД 35/мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, АД 100/50 мм рт.ст., ЧСС 120/мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Отеков ног нет. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон.

Лабораторные данные: NTproBNP > 300 пг/мл, BNP > 100 пг/мл, лейкоциты – $12,5 \cdot 10^9$ /л, повышение содержания миоглобина и тропонинов Т и I, КФК-MB – 300 МЕ/л, АСТ – 400 Ед/л, АЛТ – 200 Ед/л, глюкоза крови – 7,3 ммоль/л, калий – 4,5 ммоль/л, натрий – 130 ммоль/л, креатинин – 0,125 ммоль/л, мочевина 10,0 ммоль/л. Инструментальные данные:

ЭКГ: зубец QS в V2-V6, куполообразный подъем ST в V2-V6.

Рентгенография грудной клетки: альвеолярный отек легких. ЭХО-КГ: КДО 180 мл, ФВ ЛЖ 38%. Пульсоксиметрия: при дыхании комнатным воздухом насыщение артериальной крови кислородом <90%.

Вопрос:

1. Представьте классификацию острой сердечной недостаточности по Killip и Forrester.

Эталонные ответы:

1. Для оценки тяжести поражения миокарда и прогноза при инфаркте миокарда применяются классификации Killip T., 1967 и Forrester JS., 1977. Killip: стадия I – нет признаков сердечной недостаточности, стадия II – сердечная недостаточность (влажные хрипы в нижней половине легочных полей, III тон, признаки венозной гипертензии в легких), стадия III – тяжелая сердечная недостаточность (явный отек легких, влажные хрипы распространяются более, чем на нижнюю половину легочных полей), стадия IV – кардиогенный шок (САД <90 мм рт.ст. с признаками периферической вазоконстрикции: олигурия, цианоз, потливость). Forrester (учитывает клинические признаки, наличие застоя в легких, снижение систолического индекса и повышенного давления заклинивания легочной артерии): группа I – норма, группа II – отек легких, группа III – гиповолемический шок, группа IV – кардиогенный шок.

35. Ситуационная задача

Больной О., 30 лет. Доставлен в кардиологическую клинику бригадой СМП. Из анамнеза стало известно, что после психоэмоционального перенапряжения внезапно развился приступ учащенного сердцебиения. Беспокоит выраженная общая слабость, одышка, головокружение. В течение 5 лет периодически беспокоят кратковременные приступы учащенного сердцебиения, которые проходят самостоятельно. К врачам не обращался, не обследовался.

Объективное исследование: состояние средней степени тяжести, незначительная бледность кожных покровов. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 21/мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, АД 90/60 мм рт.ст., ЧСС 180/мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Отеков ног нет. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон.

Инструментальные данные:

ЭКГ: зубец Р отсутствует, интервалы R-R одинаковые, ЧСС 180/мин., желудочковый комплекс QRS не расширен (0,08 сек.).

Вопрос:

1. Приведите классификацию нарушений ритма сердца.

Эталоны ответов:

1. Классификация аритмий сердца (Кушаковский М.С., 2002):

I. Нарушение образования импульса.

A. Нарушения автоматизма СА-узла (номотопные аритмии):

1. Синусовая тахикардия.
2. Синусовая брадикардия.
3. Синусовая аритмия.
4. Синдром слабости синусового узла.

Б. Эктопические (гетеротопные) ритмы, обусловленные преобладанием автоматизма эктопических центров:

1. Медленные (замещающие) выскальзывающие комплексы и ритмы:

- а) предсердные;
- б) из АВ-соединения;
- в) желудочковые.

2. Ускоренные эктопические ритмы (непароксизмальные тахикардии):

- а) предсердные;
- б) из Авсоединения;
- в) желудочковые.

3. Миграция суправентрикулярного водителя ритма.

В. Эктопические (гетеротопные) ритмы, обусловленные механизмом повторного входа волны возбуждения:

1. Экстрасистолия:

- а) предсердная;
- б) из АВ-соединения;
- в) желудочковая.

2. Пароксизмальная тахикардия:

- а) предсердная;
- б) из АВ-соединения;
- в) желудочковая.

3. Трепетание предсердий.

4. Мерцание (фибрилляция) предсердий.

5. Трепетание и мерцание (фибрилляция) желудочков.

II. Нарушения проводимости.

1. Синоатриальная блокада.

2. Внутрипредсердная (межпредсердная) блокада.

3. Атриовентрикулярная блокада:

- а) I степени;
- б) II степени;
- в) III степени (полная).

4. Внутрижелудочковые блокады (блокады ветвей пучка Гиса):

- а) одной ветви (однопучковые, или монофасцикулярные);

- б) двух ветвей (двухпучковые, или бифасцикулярные);
- в) трех ветвей (трехпучковые, или трифасцикулярные).

5. Асистолия желудочков.

6. Синдром преждевременного возбуждения желудочков:

- а) синдром Вольфа–Паркинсона– Уайта (WPW);
- б) синдром укороченного интервала P-Q® (CLC).

III. Комбинированные нарушения ритма.

- 1. Парасистолия.
- 2. Эктопические ритмы с блокадой выхода.
- 3. Атриовентрикулярные диссоциации.

36. Ситуационная задача

Больной А., 65 лет, поступил в отделение неотложной кардиологии с жалобами на сильные волнообразные боли за грудиной с иррадиацией в спину и позвоночник, которые возникли после подъема тяжести, была кратковременная потеря сознания. Боли длятся в течение 3 часов. Имеют мигрирующий характер. Врачом «скорой помощи» диагностирован инфаркт миокарда. Из анамнеза: у больного стойкая артериальная гипертония в течение 20 лет.

Объективно: кожные покровы и слизистые бледные. Перкуторный звук под легкими справа ниже угла лопатки тупой. В легких дыхание везикулярное, справа в нижних отделах резко ослаблено. Пульс 96 в мин, АД=90/60 мм.рт.ст. Тоны сердца ритмичные, прослушивается ритм галопа, протодиастолический шум над аортой, выраженная гипертрофия левого желудочка. Лейкоциты – 13,5х10⁹/л, Нв-102 г/л, Эритроциты-3,6х10¹²/л, АСТ-0,6 ммоль/л, АЛГ-0,4 ммоль/л, СОЭ-32 мм/час.

Вопрос:

1. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

Эталонные ответы:

1. ОКС, ОИМ, острый перикардит, острый плеврит, пневмоторакс, ТЭЛА, остеохондроз, острый панкреатит, острый холецистит, ЯБЖ

37. Ситуационная задача

Больной М., 43 лет, предъявляет жалобы на одышку смешанного характера при ходьбе до 1 км, подъеме по лестнице до 3 этажей; периодическое ощущение перебоев в работе сердца, «трепыхания в груди» (в основном после ходьбы), повышенную утомляемость иногда головокружения, высокие цифры АД при самоконтроле (160-180/100 мм рт ст) АД повышалось 5 лет до 150/90. Появились отеки лица. Ухудшение отмечает после переохладения 10 дней назад. В 11 лет перенес тяжелую ангину, после которой болели и отекали суставы, беспокоила общая слабость и одышка при физических нагрузках. Лечился стационарно. В течение 1 года проводилась противорецидивная антибактериальная терапия бициллином. В дальнейшем на учете у врача не состоял в связи с хорошим самочувствием. Появление и нарастание одышки, перебои в работе сердца отметил в последние 3 года, в связи с чем и обратился к врачу. Был обследован, выявлен сочетанный митральный порок. Постоянно наблюдается у ревматолога. В последнее время отметил значительное учащение сердцебиений. Отмечал периодически плохие анализы мочи.

При объективном осмотре: Состояние удовлетворительное. Бледность кожных покровов, умеренный цианоз губ, акроцианоз. Дыхание везикулярное жесткое, хрипов нет. Тоны сердца аритмичные, I тон приглушен, систоло-диастолический шум в I точке аускультации, акцент II тона над легочной артерией. ЧСС=95 в мин. PS = 89 в мин. Живот мягкий, б/б. Печень не увеличена. Отеков нет.

В анализах крови: гемогл.-150г/л, эр.-5,0*10¹²/л, лейкоц.-4,0*10⁹/л, СОЭ – 7мм/час, тромбоц.-280*10⁹/л; фибриноген 2,4 г/л., об. Белок 63,6г/л, АсТ 25Ед/л, АлТ 31 Ед/л, креатинин 0,146ммоль/л, мочевины 9,5 ммоль/л, К 5,0 ммоль/л АВР 50сек., ПТИ -78%.

Полный анализ мочи: сол/желт., уд. Вес 1005, белок 150мг/л, глюкоза 0, эпит. Пл. 1-3, лейкоц.0-2, эритроц. 5-6-8, гиал и зерн. Цилиндры 2-1-3 в п/зр.

ЭКГ: Ритм фибрилляции предсердий с ЧСС 89 в мин.

ХМЭКГ: Постоянная тахи-брадиформа фибрилляции предсердий с максимальной асистолией до 4344 мсек. Редкая одиночная, парная желудочковая экстрасистолия.

ЭХОКГ : Выраженный митральный стеноз с НМК II степени, кальциноз митрального клапана Iст, увеличение левого предсердия, правых камер сердца, НТК I степени. ФВ = 49%.

Признаки ЛГ.

УЗИ почек: размер левой почки 10*6,0см, правой почки 11,0*6,1см.

Вопрос:

1. Какие осложнения развились у пациента?

Эталонные ответы:

1.Постоянная тахи-брадиформа фибрилляции предсердий с максимальной асистолией до 3344 сек. Редкая одиночная, парная желудочковая экстрасистолия. Увеличение левого предсердия, правых камер сердца, НТК I степени. Снижение сократительной способности (ФВ 49%), ХСН 2А. ХБП С3 СКФ 50 мл/мин/1.72кв. м.). Возможно развитие нефропатии на фоне ОРЛ.

38.Ситуационная задача

Больная С., 42 лет, обратилась в клинику с жалобами на одышку, сердцебиение, обморочные состояния, которые появляются при перемене положения тела. Беспокоят также постоянная общая слабость, быстрая утомляемость, похудание за время болезни, постоянное повышение температуры тела до 37,0 – 37,50С, одышка смешанного характера при ходьбе. Больна в течение года. 7 месяцев назад перенесла острое нарушение мозгового кровообращения (в бассейне правой СМА), 3 месяца назад – ТИА. Старшая сестра была прооперирована по поводу опухоли сердца 2 года назад.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Умеренная бледность кожных покровов, акроцианоз. Дыхание везикулярное, жесткое над нижними отделами легких, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца расширены влево на 1,5см. При аускультации сердца: расщепление I тона, диастолический шум в первой точке аускультации, изменяющийся и исчезающий при перемене положения тела больной. ЧСС=72 в мин. АД= 125/80мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

В анализах крови: гемогл.-105г/л, эр.-3,8*10¹²/л, гипохромия эритроцитов, лейкоц.-9,0*10⁹/л,сдвиг лейкоцитарной формулы влево до миелоцитов, СОЭ – 51мм/час, тромбоц.-380*10⁹/л. СРБ ++, фибриноген 4,44 г/л, серомукоиды 0,5ед., об. Белок 63,6г/л, АсТ 25Ед/л, АлТ 31 Ед/л, АСЛО – 50ед., РФ отриц. АВР 60сек., ПТИ -80%.

На ЭКГ: ритм синусовый, выявляются признаки гипертрофии левого предсердия.

Рентгенография органов грудной клетки: увеличение левого предсердия.

ТТЭХОКГ: Увеличение размеров левого предсердия, появление «облачка» эхосигнала между створками митрального клапана во время диастолы желудочков. Во время систолы желудочков дополнительный эхосигнал виден в полости левого предсердия. При линейном сканировании на протяжении сердечного цикла можно проследить за движением «облачка»

из левого предсердия в левый желудочек и обратно. Границы тени шероховатые, размытые. Умеренная легочная гипертензия.

Вопрос:

1. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

Эталоны ответов:

1. Миксомы могут имитировать не только любое заболевание сердца, но и инфекционный, иммунологический и злокачественный процессы. Дифференциальная диагностика со следующими заболеваниями: бактериальный эндокардит, внутрисердечный тромб, метастазы в сердце, липома сердца, первичное злокачественное новообразование сердца, лимфома сердца, метастазы в перикарде, первичные опухоли перикарда, кисты, саркоидоз сердца, гранулематоз, папиллярная фиброэластома

39. Ситуационная задача

Больная С., 57 лет, доставлена в приемное отделение больницы бригадой СМП. Жалуется на сердцебиение, которое началось внезапно, на «стеснение в груди», головокружение, потливость, нехватку воздуха. Приступ сердцебиения возник впервые, около 20 минут назад, после физической нагрузки. Два года назад перенесла инфаркт миокарда.

Объективно: состояние больной средней степени тяжести. В нижних отделах легких влажные хрипы. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 160 в минуту, ритмичный. АД 100/70. Мочеиспускание частое.

На ЭКГ: ритм правильный, 160 ударов в минуту, зубец Р не определяется. QRS-180 мс., деформирован. Электрическая ось отклонена влево.

Вопрос:

1. С каким неотложным состоянием доставлена больная?

Эталоны ответов

1. Пароксизм желудочковой тахикардии.

40. Ситуационная задача

Больной Л., 38 лет, инженер, доставлен в клинику с жалобами на головокружение, обмороки, боли в области сердца, одышку при физической нагрузке. В 10-летнем возрасте болели суставы. В последние 3-4 года стали беспокоить головокружения при ходьбе, иногда обмороки. В последний год беспокоят загрудинные боли и одышка при быстрой ходьбе. На работе при подъеме по лестнице внезапно появилось головокружение, было кратковременное потемнение в глазах, небольшие боли в сердце, сердцебиение. Доставлен БСМП с подозрением на инфаркт миокарда.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Бледность кожных покровов. Отеков нет. В легких дыхание жесткое. Сердце увеличено влево до передне-подмышечной линии. Верхушечный толчок усилен. При пальпации над грудиной определяется систолическое дрожание. I тон на верхушке ослаблен. Ослаблен II тон на аорте. Грубый систолический шум на аорте, проводится на сосуды шеи и в межлопаточную область. Пульс-52 в минуту, ритмичен. АД-100/85 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный. ЭОС отклонена влево. Высокий R в I, II, V4-V6. Депрессия ST в AVL, V4-V6, двухфазный T в I, II, AVL, V4-V6

ЭХО-КГ: АК- кальциноз 3 ст., ЛП-46 мм, ПП-43 мм, КДР-60 мм, КСР-55 мм, КДО-157 мл, КСО-55 мл, ФВ-52%, ТЗСЛЖ-12 мм., ТМЖПЛЖ-12 мм

Рентгенография органов грудной клетки: увеличение ЛЖ. Атеросклероз стенок аорты. Увеличение ЛП. Венозный застой в легких.

Вопросы:

1. Укажите дополнительные методы диагностики при данном заболевании.

Эталоны ответов

1. Дополнительные методы диагностики включают: катетеризация сердца, коронароангиография.

41. Ситуационная задача

Больная Д., 47 лет, поступила в больницу с жалобами на сильную головную боль, головокружение, шум в ушах, мелькание мушек перед глазами, ощущение дрожи во всем теле, тошноту. Шесть месяцев тому назад появилась сильная головная боль, головокружение, потемнение в глазах после психической травмы. Тогда была доставлена в больницу, где впервые обнаружено высокое давление (180/120 мм. Рт. Ст.). Находилась на стационарном лечении 8 дней и была выписана в удовлетворительном состоянии.

В настоящее время при поступлении общее состояние средней степени тяжести. Лицо гиперемировано. Пульс 98 ударов в минуту, АД – 190/120 мм.рт. ст на обеих руках. Границы сердца смещены влево на 1 см., тоны чистые. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Анализы крови и мочи без патологии. После проведенной терапии в приемном покое через 2 часа самочувствие улучшилось, уменьшилась головная боль. Исчезли мушки перед глазами и дрожь в теле. АД снизилось до 160/100 мм. Рт. Ст. Через 8 часов АД стало 140/90 мм. Рт.ст. Приступ закончился императивным позывом на мочеиспускание.

Вопрос:

1. Назовите ведущий синдром в клинике данного заболевания.

Эталоны ответов

1. Ведущий синдром в клинике данного заболевания – гипертензионный синдром.

42. Ситуационная задача

Больной Н., 65 лет, поступил с жалобами на одышку при ходьбе до 150 метров, изредка в состоянии покоя, отеки н/3 голени. Пять лет назад впервые стали беспокоить боли за грудиной сжимающего характера, возникающие при ходьбе, подъеме, покое, купирующиеся приемом нитроглицерина через 2-3 минуты. Два года назад перенес инфаркт миокарда, после чего стали беспокоить одышка, вначале при ходьбе, а в последнее время и в покое, появились отеки н/конечностей. Периодически принимал мочегонные. Отмечает ухудшение самочувствия в течение последнего года.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Положение ортопное. Цианоз губ. Отеки н/3 голени. Дыхание везикулярное, влажные хрипы в задне-нижних отделах обоих легких. Сердце увеличено влево. Систолический шум на верхушке, 1 тон на верхушке ослаблен. Акцент 2 тона на аорте. ЧСС-72 удара в минуту. АД- 180/90 мм.рт. ст. Печень на 3 см выступает из-под края правой реберной дуги. Живот мягкий, безболезненный.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС – 72 уд/мин, патологический зубец Q в I, aVL, V2-V5. Подъем сегмента ST в V2-V5 на 3 см. Электрическая ось отклонена влево, зубец R высокий в V6

ЭХО-КГ: аорта-стенки уплотнены, ЛП-45-56 мм, ПП- 43-52 мм, сист. Давление ЛА- 42 мм.рт. ст.. ЛЖ КДО- 190 мл, КСО -60 мл, ФВ-47%, ТЗСЛЖ-10 мм. Гипокинезия передне-перегородочной области, дискинезия верхушечной области ЛЖ.

Вопрос:

1. Дополнительные методы исследования.

Эталоны ответов

1. Дополнительные методы исследования:

- МРТ,
- рентгенография органов грудной клетки,
- определение уровня Na-уретического пептида.

43. Ситуационная задача

Больной А., 56 лет, доставлен бригадой СМП в кардиологический диспансер с жалобами на жгучие боли за грудиной с иррадиацией в левую подлопаточную область, чувство нехватки воздуха, потливость. Боли появились 2 часа назад. Из анамнеза известно, что пациент 2 недели назад выписан из гастроэнтерологического отделения, где проходил лечение по поводу обострения язвенной болезни желудка.

Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, холодные. Дыхание везикулярное, ослабленное в нижних отделах обоих легких. Тоны сердца аритмичные, ЧСС-52 уд/мин. АД-90/60 мм.рт. ст. Печень по краю правой реберной дуги

ЭКГ: подъем ST на 4 мм во II, III, aVF, АВ блокада 3 ст. Высокий z.R в V1-V2. Одиночные выскальзывающие экстрасистолы.

Вопрос:

1. Назовите необходимые дополнительные методы исследования

Эталонные ответы

1. Дополнительные методы исследования:

- полный анализ крови,
- биохимический анализ крови (тропонины, КФК-МВ, АСТ, АЛТ),
- ЭХО-КГ,
- коронароангиография.

44. Ситуационная задача

Больной В., 55 лет, вызвал на дом участкового врача. Больной жалуется на сильные пульсирующие боли в голове, особенно в затылочной области, на головокружение, тошноту, рвоту, ухудшение зрения, шум в ушах, онемение и слабость правой руки, давящую боль в области сердца, перебои в работе сердца, одышку при ходьбе до 100 м, подъеме на 2 этаж. Ухудшение связывает с перенесенным острым респираторным заболеванием.

Объективно: больной повышенного питания, заторможен, речь невнятная. Кожные покровы бледные. Частота дыхания 20 в минуту, дыхание везикулярное. Хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Границы сердца расширены влево на 2 см, акцент 2 тона на аорте, систолический шум на верхушке. АД 250/140 ммрт.ст. ЧСС 68 уд/мин. Печень по краю правой реберной дуги. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.

Вопрос:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

Эталонные ответы

1. Гипертоническая болезнь 3 стадии, 3 степени, риск 4. Гипертонический криз, осложненный гипертонической энцефалопатией.

45. Ситуационная задача

Больной О., 46 лет, поступил в клинику с жалобами на давящие боли в области сердца, нехватку воздуха, сердцебиение, головокружение, «мелькание мушек» перед глазами. Заболел остро: за 2 часа до поступления появилось сердцебиение. Вызвал СМП, госпитализирован в кардиологический стационар.

При поступлении состояние тяжелое, больной бледен. Выраженный цианоз губ, конечности холодные. Тоны сердца громкие, ритмичные. Рс-180 уд/мин, слабый, без дефицита. АД – 100/70 мм.рт.ст.

ЭКГ: ЧСС -186 уд/мин., QRS - 180 мс, деформирован по типу БПНПГ, з. Р не виден;

Анализ крови: эритро.- $4,2 \times 10^{12}/л$, Нб- 149 г/л, лейкоц. – $11,0 \times 10^9/л$, СОЭ – 19 мм/ч;

Биохимический анализ крови: КФК-МВ – 156 Ед/л, тропонины – положительно, АСТ – 45 Ед/л, АЛТ –25 Ед/л, глюкоза -6,9 ммоль/л;

Вопрос:

1. Дайте характеристику результатам лабораторного и инструментального исследования.

Эталоны ответов

1. По ЭКГ – признаки желудочковой тахикардии. В анализах крови – лейкоцитоз, ускорение СОЭ, повышение КФК-МВ, трансаминаз, глюкозы, положительные тропонины.

46.Ситуационная задача

Больная П., 50 лет, отмечает повышение температуры тела до 38-39° в течение 2 месяцев после удаления зуба, снижение аппетита, похудание на 7 кг. Лечение ампициллином внутримышечно дает временный эффект. Два дня назад доставлена в неврологическое отделение по поводу нарушения мозгового кровообращения.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Точечная геморрагическая сыпь на коже н/конечностей. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Тоны сердца аритмичные (экстрасистолия). I тон ослаблен, систолический шум на верхушке. ЧСС – 98 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Гепатоспленомегалия. Отеков нет.

Анализ крови: эритро.- $3,8 \times 10^{12}/л$, Нб- 98 г/л, лейкоц. – $15,0 \times 10^9/л$, нейтрофилы -72%, СОЭ – 27 мм/ч.

Вопрос:

1. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести пациентке для уточнения диагноза?

Эталоны ответов

1. Дополнительные методы исследования:

А) микробиологическое исследование крови. Согласно современным критериям положительный результат микробиологического исследования крови является ключевым моментом в диагностике ИЭ, а данные о чувствительности микроорганизмов к антимикробным препаратам определяют лечебную тактику и прогноз заболевания;

Б) Эхокардиография: наряду с микробиологическим исследованием крови, является основным методом верификации ИЭ. При подозрении на ИЭ эхокардиографическое исследование должно быть выполнено незамедлительно.

Прямыми (большими) эхокардиографическими критериями ИЭ являются:

1. вегетации,
2. абсцессы,
3. появление парапротезных фистул.

В) Трансэзофагеальная эхокардиография;

Г) Компьютерная томография органов брюшной полости может быть показана больным с неясной лихорадкой при подозрении на нагноительные заболевания брюшной полости (поддиафрагмальный, подпеченочный, внутripеченочный абсцессы).

47.Ситуационная задача

Больная М., 46 лет, беременная 30 нед(беременность первая, ЭКО) Доставлена БСМП с приступом загрудинных интенсивных давящих болей с холодным потом и чувством

нехватки воздуха. Боли длились 1 час. Возникли после генеральной уборки дома. Ранее, в процессе наблюдения, за беременностью и до нее жалоб на боли в области сердца не предъявляла.

Об-но: Состояние средней степени тяжести. Кожа и конъюнктивы бледные. Ксантомы на веках. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Левая граница сердца смещена влево на 1 см. Тоны сердца ослаблены. Шумов нет. Частота сердечных сокращений – 92 в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, б/б. Печень не пальпируется. Периферических отеков нет

ЭКГ: зубцы R в V 3,4 имеют низкий вольтаж. Сегменты ST V1-V2, V4- V5 приподняты на 3 мм., сегмент ST V3 – на 4 мм. Сегменты ST 1,2,aVL, опущены, ранее ЭКГ со слов больной была нормальной.

Вопрос:

1.Каковы причины развития изменений ЭКГ?

Эталон ответа

1. ОКС, как правило, является следствием тромбоза коронарной артерии. Тромб возникает чаще всего на месте разрыва так называемой ранимой (нестабильной) атеросклеротической бляшки с большим липидным ядром (Ксантомы на веках говорят о гиперхолестеринемии у больной), богатой воспалительными элементами и истонченной покрышкой, – однако возможно образование окклюзирующего тромба и на дефекте эндотелия (эрозии) КА над АБ. Во многих случаях острый тромбоз возникает в месте исходно гемодинамически незначимого стеноза КА. В отличие от ОКС со стойким подъемом сегмента ST на ЭКГ при ОКС б/п ST отсутствует длительная окклюзия крупной КА, вызывающая трансмуральную ишемию миокарда

48. Ситуационная задача

Женщина 40 лет планирует беременность. Жалуется на подъемы артериального давления до 160/90 мм.рт.ст. с головной болью. Не обследовалась и не лечилась. Жалоб со стороны сердца не было. Курит. У отца в 50 лет ОИМ.

Объективно: Рост 170 см., вес 80 кг. Состояние удовлетворительное, положение активное, Границы легких в пределах нормы. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18. Область сердца б/о. Границы отн. тупости – левая по срединно-ключичной линии, правая по краю грудины, верхняя 2 ребро слева. Тоны сердца ясные, ритмичные 1т > 2т.; пульс ритмичный 82 в мин, АД=154/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, б/б. Печень не пальпируется. Отеков нет. ОТ 90 см

Анализ крови: эритроц. - $5.6 \times 10^{12}/л$, Hb- 130 г/л, лейкоц. - $7,2 \times 10^9/л$, СОЭ – 10 мм/ч;

Биохимический анализ крови: АЛТ-30 Ед/л, АСТ-25 Ед/л, сахар-5,1 ммоль/л, о. Хс – 6,1 ммоль/л, ТГ-1,7 ммоль/л; креатинин 87 ммоль/л

Полный анализ мочи: уд.вес -1020, белок-0, лейкоц. -2-3 в п/зр.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС-80 уд/мин, левограмма PQ 0,2, QRS 0,1, QT 0,34 мс. SV1 5 мм, RV6 25 мм.

Вопрос:

1. Перечислите спектр обязательных обследований.

Эталон ответа

1. Мочевая кислота, липидный спектр, МАУ в утренней моче, СМАД, ЭХОКГ (ИММЛЖ),

49. Ситуационная задача

Больная, 30 лет, беременная 30 нед (беременность первая) во время ожидания планового осмотра терапевта почувствовала частое сердцебиение, умеренную слабость. По ЭКГ тахикардия с узкими комплексами с ЧСС 160

Состояние удовлетворительное. Кожа и конъюнктивы бледные. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Левая граница сердца смещена вправо на 0.5 см от срединно-ключичной линии, правая по краю грудины, верхняя 2 ребро слева. Тоны сердца ясные, ритмичные. Шумов нет. Частота сердечных сокращений – 160 в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, б/б. Печень не пальпируется. Периферических отеков нет

ЭКГ: з. Р отсутствует, ЧСС 160, QRS 0,08, ST на изолинии

Вопрос:

1. Сформулируйте правильный диагноз.

Эталон ответа

1. Предварительный диагноз: Пароксизмальная наджелудочковая тахикардия. ХСН 0. Беременность 30 нед.

50. Ситуационная задача

Больная, 20 лет, планирует беременность пришла на осмотр к терапевту. Жалобы на периодически возникающие колющие боли в области верхушки сердца.

Об-но: Рост 189 см, вес 65 кг. Астеник. Состояние удовлетворительное. Положение активное. Кожа и конъюнктивы физиологической окраски. Выраженный кифоз грудной клетки. Воронкообразная деформация грудной клетки. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Левая граница сердца смещена вправо на 1 см. Тоны сердца ясные ритмичные. 1т > 2т .выслушивается систолический щелчок с позднесистолическим шумом. Частота сердечных сокращений – 88 в минуту, АД – 114/70 мм рт. ст. Живот мягкий, б/б. Печень не пальпируется. Периферических отеков нет. Длина туловища по отношению к длине ног уменьшена. Пальцы рук вытянутые, очень длинные. Гипермобильность суставов. Вопрос:

1. Перечислите необходимые лабораторно-инструментальные обследования.

Эталон ответа

1. Генетическая экспертиза, передачи заболевания. При наличии у одного из родителей синдрома Марфана риск этого заболевания у ребенка составляет 50%, а при заболевании обоих родителей — 100%. Пациентка с синдромом Марфана до наступления беременности должна быть тщательно обследована, включая оценку диаметра всех визуализируемых при ЭхоКГ отделов аорты

51. Ситуационная задача

Больной 72 лет, страдающий артериальной гипертонией, в течение суток многократно повторялись загрудинные сжимающие боли, отдающие в шею и плечи, сопровождающиеся чувством страха, полностью не купирующиеся таблетками. АД 110/70 мм рт. ст. На ЭКГ: ритм синусовый. ЧСС 98 в 1 мин. Подъем сегмента ST на 1,5 мм от изолинии в V1 - V4.

1. Перечислите дифференцируемые состояния.

Эталон ответа: Дифференцировать с расслаивающей аневризмой аорты, ТЭЛА.

52. Ситуационная задача

Больная 76 лет поступила с острым крупноочаговым инфарктом миокарда задней стенки левого желудочка. ЭКГ-мониторинг установил прогрессивное увеличение интервала PQ с последующим выпадением ряда комплексов QRS. В течение первых суток неоднократно возникали кратковременные эпизоды потери сознания с судорогами и дыханием Чейн-Стокса.

Объективно: Бледность кожных покровов и слизистых. ЧСС 38 в 1 мин. АД 170/100 мм рт.ст. На ЭКГ: различные интервалы сцепления зубцов Р с QRS; желудочковые комплексы широкие (до 0,14сек); интервалы PP длительностью 0,82 сек, а RR – 1,8 сек.

1. Перечислите дифференцируемые состояния.

Эталон ответа: ИБС. Острая стадия крупноочагового инфаркта миокарда задней стенки левого желудочка. Полная атриовентрикулярная блокада (III ст.) дистального типа. Дифференцировать с эпилепсией, брадисистолической формой фибрилляции предсердий.

53. Ситуационная задача

В первые 4 часа распространенного крупноочагового инфаркта миокарда у больного 67 лет внезапно появилось ритмичное сердцебиение с ЧСС более 140 в 1 мин. В течение нескольких минут развился выраженный акроцианоз и бледность кожи, АД снизилось до 80/60 мм рт. ст. На ЭКГ: зубцы Р не определяются; комплексы QRS деформированы, шириной более 0,14 сек; интервалы RR примерно одинаковы.

1. Перечислите дифференцируемые состояния (нарушения ритма).

Эталон ответа: 1. ИБС. Острая стадия распространенного крупноочагового инфаркта миокарда. Пароксизмальная желудочковая тахикардия. Дифференцировать с пароксизмом трепетания предсердий ассоциированной формы, тахи-зависимой блокадой ножки пучка Гиса, ускоренным идиовентрикулярным ритмом.

54. Ситуационная задача

У больной 75 лет с хроническим бронхитом в анамнезе около 6 часов назад после психоэмоционального напряжения появились сердцебиения и перебои в работе сердца. Двукратный прием корвалола облегчения не принес, и в связи с ухудшением самочувствия вызвала бригаду СМП. При осмотре предъявляет жалобы на слабость, головокружение, чувство нехватки воздуха.

Объективно: лежит в постели на двух подушках, цианоз губ. В легких жесткое дыхание, умеренное количество сухих свистящих и басовых хрипов, ЧД 32 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, аритмичные, 140 в 1 мин; пульс слабого наполнения, 110 в 1 мин. АД 90/70 мм рт.ст. ЭКГ: зубцы Р отсутствуют, интервалы RR разные по длительности, горизонтальная депрессия ST до 3 мм в I, aVL, V4-V6.

1. Дифференцируемые состояния.

Эталон ответа: Пароксизмальная фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма. Сердечная астма, кардиогенный (аритмический) шок. Дифференцировать с инфарктом миокарда, бронхиальной астмой.

55. Ситуационная задача

У больной 63 лет жалобы на одышку в покое, боли в правом боку при вдохе, малопродуктивный кашель, повышение температуры до 37,6°C. 6 дней назад появились одышка, распирающие боли в грудной клетке, затем повышение температуры без ознобов, появился кашель. Около 15 лет отмечает повышение АД до 180/110 мм рт.ст.

Объективно. Повышенного питания (рост 159 см, вес 100 кг). Ак-роцианоз. Температура 37,4°C. Правая голень больше в объеме и на ощупь теплее левой. ЧД 26 в мин. В правой подлопаточной области выслушивается шум трения плевры, дыхание везикулярное, ослаблено. Пульс 92 удара в мин., ритмичный, полный. АД 170/90 мм рт.ст. Акцент II тона на легочной артерии. Других изменений со стороны внутренних органов не выявлено.

1. Основные дифференцируемые состояния.

Эталон ответа: 1. Тромбоз легочной артерии, средней тяжести. Постинфарктная пневмония в нижней доле правого легкого. ДН II ст. Тромбофлебит глубоких вен правой голени. Ожирение III ст. Артериальная гипертензия. Дифференциальный диагноз с острым инфарктом миокарда.

56. Ситуационная задача

У больного 52 лет ранним утром появились интенсивные за грудиной боли, длительностью около 40 минут, которые врач СМП купировал в/в введением наркотических анальгетиков. С учетом ЭКГ-данных (появления монофазного подъема

сегмента ST в I, II, aVL, V1-V6), больной доставлен в стационар, где через несколько часов развился приступ сердцебиения, сопровождающийся резкой слабостью, падением артериального давления. При этом на ЭКГ зубцы P не определялись, желудочковые комплексы были деформированы и уширены до 0,14 сек, число сокращений желудочков составляло 150 в минуту.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

Эталон ответа: ИБС. Острейшая стадия распространенного инфаркта миокарда передней стенки левого желудочка осложненного пароксизмальной желудочковой тахикардией.

57. Ситуационная задача

Течение острой стадии трансмурального переднего инфаркта миокарда у больного 47 лет осложнилось развитием блокады левой ножки пучка Гиса и атриовентрикулярной блокады I ст. Появились жалобы на чувство нехватки воздуха и одышку. Объективно: усилился акроцианоз и бледность кожных покровов. ЧСС 76 в мин, АД 90/55 мм рт.ст. Тоны глухие, ритмичные. Дыхание ослаблено. Внезапно развились потеря сознания и агональное дыхание, констатирована клиническая смерть.

1. Что наиболее вероятно явилось причиной развития клинической смерти в этом случае?

Эталон ответа: 1. Прогрессирование нарушений проводимости до полной поперечной блокады с возможным развитием, идиовентрикулярного ритма или асистолии.

58. Ситуационная задача

Больной 47 лет вызвал СМП около 5 часов утра в связи с интенсивными болями в области сердца, которые возникли 20 минут назад. Боли сопровождаются резкой слабостью, ощущением перебоев в работе сердца. Подобные приступы беспокоили в течение месяца 3 раза и примерно в это же время, но отличались меньшей длительностью. В дневное время боли в сердце не беспокоят.

Объективно: ортопноэ, кожа бледная, обычной влажности. В легких дыхание везикулярное. Границы сердца не увеличены; тоны приглушены. Живот без особенностей. ЭКГ: подъем сегмента ST на 5 мм в II, III и aVF, депрессия сегмента ST в I, aVL, V1-V6. После приема нитроглицерина боли полностью купировались. Доставлен в кардиологическое отделение стационара.

Через 24 ч состояние удовлетворительное, боли не возобновлялись. ЭКГ: сегмент ST во всех отведениях на изолинии. Анализ крови: лейкоциты $7 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 10 мм/ч; уровень тропонина за время наблюдения – в пределах нормы.

1. Сформулировать диагноз на догоспитальном этапе.

Эталон ответа: . ИБС: ОКС с подъемом сегмента ST (крупноочаговый инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка).

59. Ситуационная задача

Больная 50 лет: жалобы на боли в левом плечевом суставе тянущего характера и головные боли. День назад после подъема небольшой тяжести появились боли в левой половине грудной клетки и плечевом суставе. Гипертоническая болезнь в течение 10 лет. АД от 160/90 до 170/100 мм рт.ст.

Объективно: избыточная масса тела, гиперемия лица. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Левая граница сердца на 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии, тоны приглушены, акцент II тона над аортой, систолический шум на верхушке, экстрасистолы до 7 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. При поколачивании по поясничной области болезненности нет. Почки не пальпируются. Отеков нет. Отмечается болезненность при пальпации паравертебральных точек слева в шейно-грудном отделе позвоночника. ЭКГ: синусовый ритм 90 в 1 мин, суправентрикулярные желудочковые экстрасистолы до 10 в 1 мин, горизонтальное направление электрической оси сердца, смещение интервала ST в I, aVL, V4-V6 на 3 мм вверх.

1. Назовите дифференцируемые состояния.

Эталон ответа: ИБС: острый инфаркт миокарда переднебоковой стенки левого желудочка. Суправентрикулярная желудочковая экстрасистолия, ХСН I ст. Гипертоническая болезнь

III ст. Дифференцировать остеохондроз шейно-грудного отдела позвоночника с корешковым синдромом; гипертоническая болезнь, криз.

60. Ситуационная задача

Врач скорой помощи приехал по вызову к больному 60 лет, который предъявляет жалобы на интенсивные загрудинные боли раздирающего характера, иррадиирующие в нижнюю челюсть и оба плеча. Боли появились около 2-х часов назад. Прием анальгетиков, валидола и валокордина болевой синдром не купировал. Напротив, отмечается нарастание интенсивности болей, появление головокружения, потливости. Неоднократно была рвота. Объективно: кожные покровы бледные, покрыты холодным потом; выражен акроцианоз. Больной стонет от болей. В легких дыхание жесткое, в нижних отделах ослабленное. Границы сердца: правая и верхняя в пределах нормы, левая – на 1 см снаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца глухие, ритмичные. ЧСС 108 в 1 мин. АД 85/60 мм рт.ст. ЭКГ: синусовая тахикардия, подъем сегмента ST в III, aVF, V5-V6 отведениях без существенного изменения комплекса QRS.

1. Перечислите дифференцируемые состояния.

Эталон ответа: ИБС. Острый инфаркт миокарда заднебоковой стенки левого желудочка с подъемом сегмента ST. Кардиогенный шок. ОСН IV класс по Киллипу. Дифференцировать с прогрессирующей стенокардией, острым животом.

61. Ситуационная задача

В приемное отделение доставлен машиной СМП больной 58 лет. Жалуется на постоянные боли в эпигастральной области нарастающей интенсивности, тошноту и рвоту, резкую слабость. Боли появились около 6 часов назад и, по мнению больного, возникли беспричинно. В анамнезе язвенная болезнь желудка. Последнее обострение несколько лет назад.

Объективно: бледность кожных покровов, умеренная их влажность, цианоз губ. В легких дыхание везикулярное. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца глухие, ритмичные. ЧСС 104 уд. В 1 мин. АД 120/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в эпигастральной области. В момент осмотра симптомов раздражения брюшины не определяется. Стула нет вторые сутки. ЭКГ: синусовый ритм. Умеренное снижение вольтажа зубца R и умеренный подъем сегмента ST в II, III, aVF.

1. Основные дифференцируемые состояния.

Эталон ответа: ИБС: Крупноочаговый инфаркт миокарда нижней стенки левого желудочка (абдоминальная форма). Дифференцировать с обострением язвенной болезни желудка, острым панкреатит.

62. Ситуационная задача

У больной 79 лет с переломом шейки левого бедра 3-недельной давности внезапно развились боли в грудной клетке, одышка, в связи с чем на дом вызвана бригада СМП. При активном расспросе выявлены жалобы на боли в левой голени и влажный кашель с прожилками крови в мокроте.

Объективно: лежит в постели с низким изголовьем, кожа бледная, умеренно выраженный цианоз лица. В легких жесткое дыхание, слева в нижних отделах – ослабленное, там же влажные мелкопузырчатые хрипы, ЧД 30 в 1 мин. Тоны сердца глухие, ЧСС 110 в 1 мин, экстрасистолы до 6-8 в 1 мин. АД 100/70 мм рт.ст. ЭКГ: синусовая тахикардия, предсердные экстрасистолы, электрическая ось сердца отклонена вправо, инвертированные зубцы T в V1-V2, депрессия ST в II, III, aVF. На ЭКГ, снятой 3 недели назад, этих изменений не было.

1. Назовите дифференцируемые состояния.

Эталон ответа: Тромбоэмболия легочной артерии, инфаркт нижней доли левого легкого. Дифференцировать с инфарктом миокарда, пневмонией.

63. Ситуационная задача Мужчина, 57 лет, доставлен в терапевтическое отделение с жалобами на приступообразную одышку с затрудненным вдохом, стеснение в груди, сухой кашель. Такое состояние возникло впервые, внезапно ночью во время сна.

Из анамнеза известно, что пациент страдает АГ в течение последних 5 лет, постоянной антигипертензивной терапии не получал.

При осмотре: больной возбужден, ортопноэ, разлитая бледность кожных покровов с цианозом лица и губ. Пульс 120 в мин, ритмичен, напряжен. АД 180/120 мм.рт.ст. Левая граница сердечной тупости смещена латерально на 2 см. У верхушки 1-й тон приглушен, ритм «галопа», на аорте акцент 2-го тона. Дыхание хриплое, 32 в мин, SpO₂89%. В легких масса сухих хрипов, в верхних и средних отделах мелкопузырчатые влажные хрипы. Печень не увеличена. Отеков нет. Температура тела нормальная.

В анализе мочи существенных изменений нет. На ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 120 в мин, RV₄<RV₅<RV₆, в V₂-3 преобладают зубцы S. SV₁=22 мм, RV₆=16 мм.

Вопросы:

1. Укажите заболевания, с которыми необходимо дифференцировать данное состояние. Назовите основные признаки для дифференциальной диагностики.

Эталоны ответов:

1. Гипертонический криз, осложненный острой левожелудочковой недостаточностью. Дифференцировать с приступом бронхиальной астмы (анамнез: БА, аллергические заболевания; возможный контакт с аллергеном; экспираторный характер одышки; выраженное участие вспомогательных мышц в акте дыхания; мучительный сухой кашель до приступа, с отделением вязкой мокроты в конце приступа; теплый разлитой цианоз; эмфизематозная форма грудной клетки), острой левожелудочковой недостаточностью при инфаркте миокарда (анамнез: предшествующие ХСН, СД, ГБ, повторные ИМ, пороки сердца; возможна гипотония; характерные изменения на ЭКГ: подъем/депрессия сегмента ST или инверсия зубца T в двух и более последовательных отведениях, впервые выявленная БЛНПП; повышение уровня тропонинов, КФК МВ), острой левожелудочковой недостаточностью при острых нарушениях ритма сердца и проводимости (жалобы на сердцебиение, перебои в работе сердца; тахикардия/брадикардия, аритмия; характерные изменения ЭКГ).

64. Ситуационная задача Больной М., 48 лет, доставлен в кардиологическую клинику бригадой СМП с жалобами на впервые возникшие около 3 часов назад интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, одышку, общую слабость, холодный пот, однократную рвоту съеденной пищей. Употребление в пищу некачественных продуктов отрицает. В анамнезе заболеваний желудочно-кишечного тракта нет. Больной страдает артериальной гипертензией около 5 лет, адаптирован к АД 160/100 мм рт ст. Лекарственные препараты регулярно не принимает, за медицинской помощью не обращался. Курит до 20 сигарет в день, отец умер от инфаркта миокарда, мать страдает артериальной гипертензией.

Объективное исследование: Больной беспокоен, бледен, отмечается повышенная влажность кожных покровов, акроцианоз, язык влажный, обложен белым налетом. Дыхание в легких везикулярное жесткое, хрипов нет, ЧДД 22/мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, АД 150/90 мм рт ст., ЧСС 90/мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, отеков ног нет. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон.

Лабораторные данные: лейкоциты – 12,5*10⁹/л, повышение содержания миоглобина и тропонинов T и I, КФК-МВ – 75 МЕ/л, уровни АСТ и АЛТ в нормальных пределах.

Инструментальные данные:

ЭКГ – куполообразное смещение интервала ST вверх от изолинии и слияние его с зубцом T в отведениях III и aVF.

Вопросы:

1. Проведите дифференциальную диагностику.

Эталоны ответов:

1. Дифференциальная диагностика: миокардит, перикардит, аорталгия, болезни пищевода, болезни других органов средостения, ТЭЛА, расслаивающая аневризма аорты, мышечно-суставные боли, миозит, травмы, заболевания позвоночника и спинного мозга, мышечно-суставные боли, межреберная невралгия, заболевания рапсгеас и желчного пузыря, заболевания печени, заболевания пищевода, поддиафрагмальный абсцесс, пневмония, плеврит, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и желудка, инфаркт селезенки, синдром селезеночного изгиба ободочной кишки.

65. Ситуационная задача

Больная Т., 45 лет. Доставлена в кардиологическую клинику бригадой СМП с жалобами на остро возникшую около 3-4 часов назад одышку, общую слабость, потливость, ломящую боль за грудиной. Вышеописанные жалобы беспокоят впервые в жизни. Около 5-6 дней назад появилась отечность, гиперемия и болезненность в области правой голени после бытовой травмы, по поводу чего за медицинской помощью не обращалась, лечилась самостоятельно мазью «Диклофенак» с незначительным эффектом. В течение последних суток отмечала усиление болей в области правой голени. Заболевания сердца и бронхолегочной системы отрицает. Около 5 лет принимает оральные контрацептивы, курит до 10 сигарет в день, работает менеджером в банке, замужем, 2 детей.

Объективное исследование: больная беспокойна, возбуждена, повышена влажность кожных покровов, отмечается диффузный цианоз кожных покровов, яркий цианоз кожи лица и шеи, расширение вен шеи, язык влажный, обложен белым налетом. Дыхание в легких везикулярное жесткое, хрипов нет, ЧДД 32/мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент II тона над легочной артерией, АД 100/50 мм рт ст., ЧСС 105/мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Отечность и гиперемия в области правой голени.

Лабораторные данные: лейкоциты – $6 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 15 мм/час, содержание тропонинов Т, I и миоглобина в крови нормальное, КФК-MB – 15 МЕ/л, АСТ – 30 Ед/л, АЛТ – 20 Ед/л, глюкоза крови – 4,5 ммоль/л, калий – 4,5 ммоль/л, натрий – 140 ммоль/л, креатинин – 0,085 ммоль/л, мочевины 5,0 ммоль/л. Инструментальные данные: ЭКГ: синусовая тахикардия с ЧСС 105/мин., отрицательные зубцы Т в отведениях V1-V3, смещение переходной зоны влево, отклонение электрической оси сердца вправо, эпизоды блокады правой ножки пучка Гиса.

Рентгенография грудной клетки: обеднение легочного рисунка в верхней и средней долях левого легкого.

ЭХО-КГ: увеличение объема правого желудочка, относительная недостаточность трикуспидального клапана и клапана легочного ствола.

Вопросы:

1. Проведите дифференциальную диагностику.

Эталоны ответов:

1. Дифференциальная диагностика: острый инфаркт миокарда, кардиогенный шок, болезни пищевода и других органов средостения, тампонада сердца, расслаивающая аневризма аорты, заболевания позвоночника и спинного мозга, острый панкреатит, плеврит, пневмония, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и желудка, инфаркт селезенки.

66. Ситуационная задача

Больной К, 77 лет длительной страдает артериальной гипертензией, фибрилляцией предсердий. Постоянно принимает эналаприл, бисопролол, аспирин. На этом фоне у больного возникло нарушение мозгового кровообращения. После выписки из неврологического отделения обратился к участковому врачу.

Какая группа препаратов должна быть назначена больному?

Эталон ответов: Пероральные антикоагулянты, предпочтительнее дабигатран, ривароксабан или апиксабан. Альтернатива – антагонисты витамина К (варфарин).

67. Ситуационная задача

Женщина 62 лет перенесла острый ишемический инсульт, который сопровождалось моторной афазией, правосторонним гемипарезом. Менингеального синдрома не было. К концу 4 месяца от начала болезни речь восстановилась полностью, гемипарез сохраняется. Через 6 месяцев после инсульта у больной развился острый инфаркт миокарда с элевацией сегмента ST. Возможно ли проведение тромболитической терапии у данной больной?

Эталон ответов: Проведение тромболитической терапии возможно

68. Ситуационная задача

Больная 57 лет обратилась к врачу с жалобами на головокружение, потемнение перед глазами, иногда кратковременную утрату сознания при переходе в вертикальное положение, общую слабость. В неврологическом статусе симптомов очагового поражения ЦНС не выявлено. Принимает многокомпонентную гипотензивную терапию: ингибиторы АПФ, тиазидные диуретики, альфа-блокаторы. Какой из гипотензивных препаратов может вызывать подобные симптомы?

Эталон ответов: альфа-блокатор часто вызывает постуральную гипотензию.

69. Ситуационная задача

Врач был вызван к мужчине 55 лет на дом. Накануне пациент почувствовал резкую слабость в правых конечностях. Больной не мог помочиться в течение 18 часов. Из анамнеза выяснилось, что пациент страдает мерцательной аритмией и сахарным диабетом. При неврологическом осмотре выявлен парез проксимального отдела правой руки и дистального отдела ноги, апраксия левой руки и симптомы орального автоматизма. Артериальное давление было ниже обычного для этого больного и составляло 130/60 мм рт. ст. Температура тела 37,0 градусов.

1. Ваш предварительный диагноз?

Эталон ответа: 1. Кардиоэмболический инсульт

70. Ситуационная задача

Мужчина 68 лет страдает гипертонической болезнью в течение 15 лет. После получения информации из отдела кадров об увольнении потерял сознание, упал. При осмотре в стационаре через 40 минут выявлено: кома I, лицо багрового цвета, пульс 56 ударов в минуту, АД 220/120 мм. рт. ст., дыхание хриплое, левая щека «парусит» при дыхании, активных движений в левых конечностях нет, симптом Бабинского слева.

1. Поставьте предварительный диагноз?

Эталон ответа:

1. Гипертонический криз, осложненный нарушением мозгового кровообращения

71. Ситуационная задача

Женщина, 64 лет, обратилась с жалобами на учащенное сердцебиение и головокружение, которые возникли за 6 ч до обращения в клинику. Из анамнеза известно, что страдает артериальной гипертензией, имеет гиперлипидемию. Принимает бисопролол для лечения

артериальной гипертензии и аторвастатин для коррекции гиперлипидемии. При осмотре температура тела в пределах нормы, частота сердечных сокращений — 52 уд/мин, частота дыхания — 14 в мин, артериальное давление — 148/88 мм рт. ст. При физикальном обследовании обнаружены умеренно повышенное яремное венозное давление и систолический шум умеренной интенсивности. При аускультации легких хрипов нет.

Вопрос
1. Какое обследование необходимо провести больной?

Эталон ответа: Обследование больной необходимо начинать с регистрации ЭКГ в 12 отведениях, эхокардиографии, холтеровского мониторирования ЭКГ или регистрации ЭКГ в момент пароксизма для уточнения характера аритмии.

72. Ситуационная задача

Пациентка 50 лет поступила с жалобами на повышение АД до 200/100 мм рт.ст., сопровождающееся жгучими болями в области сердца, чувством нехватки воздуха, сильной головной болью, головокружением, тошнотой.

Анамнез заболевания. Последний год отмечает периодическое появление дискомфорта в области сердца, частые головные боли. Не обследовалось. Указанные выше жалобы появились 3 часа назад на фоне стрессовой ситуации. Доставлена бригадой СМП. Госпитализирована в стационар.

Анамнез жизни. Лекарственной непереносимости не отмечает. Наследственность отягощена по артериальной гипертензии (мать страдает этим заболеванием, перенесла ОНМК). Вредных привычек не имеет. В течение года отмечает нарушение менструального цикла.

Настоящее состояние. Общее состояние тяжелое. Сознание ясное. Положение активное. Рост — 156 см, вес — 94 кг. Гиперстеник. Лицо гиперемировано. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система без видимой патологии. Пастозность стоп и нижней трети голеней. Варикозное расширение вен на ногах. Грудная клетка цилиндрическая. Границы легких в норме. Перкуторно — ясный звук. Дыхание везикулярное, ЧДД 21 в мин. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости расширены влево — в V межреберья слева по срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 92 в мин, акцент II тона на аорте. АД 210/100 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный. С-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Обследование:

ОАК: Э-4,27, Нг-143 г/л, ЦП — 1,0, СОЭ-9 мм/ч, Л-7,2: п/я-1, с/я-62, э-2, м-9, л-26, Тр - 220
ОАМ: с/ж, прозрачная, 1000, белок — 0,033 г/л, л — 1-2, э — 0-1.

Биохимический анализ крови: общий холестерин — 6,1 ммоль/л, креатинин — 58 мкмоль/л, мочевина — 4,95 ммоль/л, глюкоза крови — 8,1 ммоль/л, билирубин общий — 17,9 мкмоль/л, АЛАТ — 25 Е/л, АСАТ — 35 Е/л, фибриноген 2 г/л.

ЭХОКГ МЖП — 1,3 см, ЛП — 3,4 см, ПЖ — 2,2 см, ПП — 4,1 x 4,5 см, ЛЖ: КДР — 5,9 см, КСР — 3,9 см, КДО — 160 мл, КСО — 80 мл, УО — 80 мл, ФВ — 57%, ΔS 48%. Заключение: Атеросклероз аорты. Умеренная гипертрофия МЖП. Нарушение диастолической функции ЛЖ по модели аномальной релаксации.

Рентгенография органов грудной полости: признаки венозного застоя в нижних отделах легких.

Окулист: ангиопатия сетчатки

Задание:

1. Назначьте дообследование.

Эталон ответа: Показано обследование:

- исключить вторичный характер гипертензии
- ЭКГ в динамике
- маркеры повреждения миокарда

73. Ситуационная задача

Пациент 62 лет доставлен бригадой СМП с жалобами на жгучие, разрывающие боли в области сердца, возникшие 4 часов назад, иррадиирующие в левое плечо, шею, межлопаточное пространство, некупирующиеся приемом 3-х таблеток нитроглицерина, сердцебиение, чувство нехватки воздуха.

Анамнез заболевания. Более 10 лет наблюдается у кардиолога по месту жительства по поводу артериальной гипертензии (АД максимально повышается до 170/100 мм рт.ст.), 5 лет по поводу ИБС, стабильно статины, антиагреганты, нитраты. Ухудшение состояния в течение нескольких часов – после тяжелой физической нагрузки (разгрузка автомобиля) появились указанные выше жалобы. Самостоятельно принял 3 таблетки нитроглицерина. Эффекта от приема препарата не наступало, боли в сердце стали нарастать. Пациент вызвал бригаду СМП, которой и был госпитализирован по экстренным показаниям.

Анамнез жизни. Лекарственной непереносимости не отмечает. Более 10 лет повышена масса тела. Курит по 1 пачке сигарет в день. Алкоголь употребляет периодически. Наследственность отягощена по ИБС (отец страдал ИБС, умер от инфаркта миокарда в возрасте 53 лет).

Настоящее состояние. Общее состояние тяжелое. Пациент возбужден. Активность снижена из-за выраженного болевого синдрома. Рост – 172 см, вес – 110 кг. Гиперстеник. Кожа бледная, влажная. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система без видимой патологии. Отеков нет. Грудная клетка цилиндрическая. Границы легких в норме. Перкуторно – ясный звук. Дыхание везикулярное, чдд 22 в мин. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости расширены влево – в V межреберье слева по срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены, чсс 88 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный. С-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Обследование:

ОАК: Э - 4,27, Нг - 143 г/л, ЦП – 1,0, СОЭ - 9 мм/ч, Л - 7,2: п/я - 1, с/я - 62, э - 2, м - 9, лф - 26, тр - 150

ОАМ: с/ж, прозрачная, 1000, белок – 0,033 г/л, л – 1-2, э – 0-1, соли мочевой кислоты.

Биохимический анализ крови: общий холестерин – 8,2 ммоль/л, ЛПНП – 3,8 ммоль/л, ТАГ – 2,0 ммоль/л, креатинин – 58 мкмоль/л, мочевины – 4,95 ммоль/л, глюкоза крови – 5,9 ммоль/л, билирубин общий – 17,9 мкмоль/л, АЛАТ – 25 Е/л, АСАТ – 48 Е/л, фибриноген 4 г/л.

ЭХОКГ: МЖП – 1,5 см, ЛП – 3,4 см, ПЖ – 2,6 см, ПП – 4,6 x 3,3 см, ЛЖ: КДР – 6,2 см, КСР – 3,9 см, КДО – 84 мл, КСО – 17 мл, УО – 67 мл, ФВ – 40%, ΔS 21%. Заключение: Очаговые изменения на нижней стенке ЛЖ. Снижена глобальная сократимость ЛЖ (ФВ -40%). Умеренная гипертрофия МЖП. Умеренная дилатация полости ЛП и ЛЖ. Митральная недостаточность II ст. относительного характера. Нарушение диастолической функции ЛЖ. Склероз аорты.

Рентгенография органов грудной полости: пневмосклероз.

ЭГДС: без патологии.

Задание:

1. Назначьте дообследование.

Эталон ответа:

1. Показано обследование:

- определение биомаркеров некроза миокарда

- ЭКГ, ЭХО-КГ в динамике

74. Ситуационная задача

Пациент 65 лет доставлен бригадой СМП в очень тяжелом состоянии.

Анамнез заболевания. Пациент работал на даче, осуществлял перенос тяжелых строительных материалов. Во время выполнения работы почувствовал резкую слабость, жгучую боль в области сердца, чувство нехватки воздуха. В течение получаса самочувствие пациента стало ухудшаться. Доставлен бригадой СМП.

Анамнез жизни. Со слов сопровождающих стало известно, что пациент много лет страдает артериальной гипертонией, ИБС, сахарным диабетом. Два года назад перенес инфаркт миокарда. Курит по 1,5-2 пачки сигарет в день, алкоголь употребляет периодически.

Настоящее состояние. Общее состояние крайне тяжелое. Сознание спутанное. Положение пассивное. Гиперстеник. Акроцианоз, мраморность кожных покровов. Конечности холодные, влажные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система без видимой патологии. Пастозность стоп и голеней. Грудная клетка цилиндрическая. Границы легких в норме. Перкуторно – ясный звук. Дыхание везикулярное, чдд 24 в мин. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости расширены влево – в V межреберья слева по срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, глухие, чсс 88 в мин. АД 80/50 мм рт.ст, поддерживается в/в капельным введением допамина. Живот мягкий. Печень, селезенка не увеличены.

Обследование:

ОАК: Э-4,27, Нг-143 г/л, ЦП – 1,0, СОЭ-9 мм/ч, Л-7,2: п/я-1, с/я-62, э-2, м-9, л-26, Тр - 190

ОАМ: с/ж, прозрачная, 1000, белок – 0,033 г/л, л – 1-2, э – 0-1.

Биохимический анализ крови: общий холестерин – 8,2 ммоль/л, ЛПНП – 3,8 ммоль/л, ТАГ – 2,0 ммоль/л, креатинин – 58 мкмоль/л, мочевины – 4,95 ммоль/л, глюкоза крови – 12,3 ммоль/л, билирубин общий – 17,9 мкмоль/л, АЛАТ – 25 Е/л, АСАТ – 48 Е/л, фибриноген 4 г/л.

Задание:

1. Назначьте дообследование.

Эталон ответа:

1. Показано обследование:

- определение биомаркеров некроза миокарда

- контроль уровня глюкозы крови

- ЭКГ, ЭХО-КГ в динамике

- коронарография с возможной ЧТКА

75. Ситуационная задача

Пациент 39 лет поступил с жалобами на давящие боли за грудиной, возникающие при выходе из теплого помещения на улицу (особенно в ветреную и холодную погоду), при эмоциональном напряжении, изредка ночью в предутренние часы, купирующиеся приемом 1-2 таблеток нитроглицерина.

Анамнез заболевания. Считает себя больным в течение 2-х лет, когда впервые появились указанные выше жалобы. Наблюдается у участкового терапевта по поводу ИБС, стабильной стенокардии ПФК. По рекомендации участкового терапевта регулярно принимает метопролол 25 мг 2 раза в день, кардиоаспирин 100 мг на ночь, однако, вышеописанные жалобы сохраняются. С целью уточнения диагноза пациенту было назначено проведение ХМЭКГ. При ЭКГ-мониторировании на фоне синусового ритма 64 уд\мин. зарегистрирован эпизод элевации сегмента ST на 3 мм в 4.45 утра продолжительностью 7 минут, одиночная желудочковая экстрасистола.

Анамнез жизни. Лекарственной непереносимости не отмечает. Курит по 1 пачке сигарет в день. Алкоголь употребляет изредка. Наследственность отягощена по ИБС (отец страдал ИБС, умер от инфаркта миокарда в возрасте 70 лет).

Настоящее состояние. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Рост – 168 см, вес – 74кг. Гиперстеник. Кожа обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система без видимой патологии. Отеков нет. Грудная клетка цилиндрическая. Границы легких в норме. Перкуторно – ясный звук. Дыхание везикулярное, чдд 18 в мин. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ритмичные, приглушены, чсс 80 в мин. АД 130/80мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный. С-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Обследование:

ОАК: Э-4,27, Нг-143 г/л, ЦП – 1,0, СОЭ-9 мм/ч, Л-7,2: п/я-1, с/я-62, э-2, м-9, л-26, Тр - 140

ОАМ: с/ж, прозрачная, 1000, белок – 0,066 г/л, л – 1-2, э – 0-1, соли мочевой кислоты.

Биохимический анализ крови: общий холестерин – 6,1 ммоль/л, креатинин – 58 мкмоль/л, мочевины – 4,95 ммоль/л, глюкоза крови – 5,1 ммоль/л, билирубин общий – 17,9 мкмоль/л, АЛАТ – 25 Е/л, АСАТ – 35 Е/л, фибриноген 2 г/л.

ЭХОКГ МЖП – 1,0 см, ЛП – 3,4 см, ПЖ – 2,2 см, ПП – 4,1 х 4,5 см, ЛЖ: КДР – 4,4 см, КСР – 3,4 см, КДО – 95 мл, КСО – 25 мл, УО – 80 мл, ФВ – 57%, ΔS 48%.

УЗИ внутренних органов: без патологии

ЭГДС: без патологии.

Задание:

1. Назначьте дообследование.

Эталон ответа:

1. Показано обследование: коронарография

ОПК-5:

Задания закрытого типа: ВСЕГО 25 заданий.

1. Наиболее эффективным препаратом у больных ИБС является:

1. Пектрол 40 мг

2. Никорандил 20 мг

3. Корватон-ретард 8 мг

4. Кардикет 40 мг

5. Эффективность данных препаратов в указанных дозах практически одинакова.

Эталон ответа: 5. Эффективность данных препаратов в указанных дозах практически одинакова

2. Развитие толерантности к нитратам обусловлено:
1. Снижением чувствительности рецепторов сосудистой стенки.
 2. Активацией системы ренин-ангиотензин.
 3. Активацией симпатoadреналовой системы.
 4. Задержкой в организме натрия и воды.
 5. Активацией лизосомальных ферментов печени.
 6. Верно 2 и 3

Эталон ответа: 6. Верно 2 и 3

3. При развитии толерантности к нитратам следует:
1. Полностью отказаться от их применения.
 2. Перейти на прием другого препарата данной группы.
 3. Временно отменить препарат.
 4. Уменьшить дозировку.

Эталон ответа: 3. Временно отменить препарат.

4. Синдром отмены нитратов описан:
1. У больных со спонтанной стенокардией.
 2. У больных со стабильной стенокардией.
 3. У больных с недостаточностью кровообращения.
 4. Все ответы правильны.
 5. Правильного ответа нет.

Эталон ответа: 2. У больных со стабильной стенокардией

5. У больных ИБС конечно-диастолическое давление в левом желудочке в результате приема нитратов:

1. Повышается.
2. Понижается.
3. Не изменяется.
4. Может как повышаться, так и понижаться.

Эталон ответа: 2. Понижается.

6. Нитраты показаны при:
1. Стенокардии напряжения.
 2. Спонтанной стенокардии.
 3. Отеке легких
 4. Все ответы правильные.
 5. Правильные только 2 и 3.

Эталон ответа: 4. Все ответы правильные.

7. К антагонистам кальция относятся:

1. Верапамил.
2. Нифедипин.
3. Дилтиазем.
4. Все перечисленные.

5. Ни один из перечисленных.

Эталон ответа: 4. Все перечисленные.

8. Антагонисты кальция влияют на функцию желудочка следующим образом:

1. Уменьшая пред- и постнагрузку.
2. Увеличивая пред- и постнагрузку.
3. Уменьшая постнагрузку и существенно не влияя на преднагрузку.
4. Уменьшая преднагрузку и существенно не влияя на постнагрузку.

Эталон ответа: 3. Уменьшая постнагрузку и существенно не влияя на преднагрузку.

9. Наиболее выраженным влиянием на сосудистый тонус из антагонистов кальция обладает:

1. Нифедипин.
2. Верапамил.
3. Дилтиазем.
4. Различий между данными препаратами нет.

Эталон ответа: 1. Нифедипин.

10. Ортостатическую гипотонию вызывают следующие препараты из группы антагонистов кальция:

1. Верапамил.
2. Нифедипин.
3. Дилтиазем.
4. Все перечисленное.
5. Правильного ответа нет.

Эталон ответа: 5. Правильного ответа нет

11. Побочная реакция в виде отека лодыжек чаще развивается при приеме:

1. Амлодипина.
2. Финоптина.
3. Дилтиазема.
4. Правильного ответа нет.

Эталон ответа: 1. Амлодипина.

12. При передозировке антагонистов кальция эффективно:

1. Введение хлористого кальция.
2. Введение изупрела (изадрина).
3. Введение добутамина.
4. Все перечисленное.
5. Ничего из перечисленного.

Эталон ответа: 1. Амлодипина.

13. Отрицательный хронотропный эффект наиболее свойственен:

1. Нифедипину.
2. Верапамилу.
3. Антагонисты кальция не обладают отрицательным хронотропным эффектом.

4. Данный эффект у обоих препаратов выражен в одинаковой степени.

Эталон ответа: 2. Верапамилу.

14. Отрицательный инотропный эффект наиболее выражен:

1. У нифедипина.

2. У верапамила.

3. Данные препараты не обладают отрицательным инотропным эффектом.

4. Отрицательный инотропный эффект выражен у обоих препаратов в одинаковой степени.

Эталон ответа: 2. У верапамила.

15. При внутрикoronарном введении коринфар:

1. Обладает отрицательным инотропным эффектом.

2. Обладает положительным инотропным эффектом.

3. Не обладает инотропным эффектом.

Эталон ответа: 3. Не обладает инотропным эффектом.

16. Каптоприл относится к:

1. Альфа-блокаторам.

2. Бета-блокаторам.

3. Антагонистам кальция.

4. Блокаторам рецепторов ангиотензина

5. Ингибиторам АПФ

Эталон ответа: 5. Ингибиторам АПФ

17. Основной механизм действия каптоприла состоит в:

1. Непосредственном влиянии на сосудистый тонус.

2. Антирениновом эффекте.

3. Снижении активности ангиотензин-конвертирующего фермента.

4. Снижении синтеза альдостерона.

5. Снижении синтеза брадикинина.

Эталон ответа: 3. Снижении активности ангиотензин-конвертирующего фермента.

18. При лечении каптоприлом наблюдается тенденция к:

1. Увеличению концентрации калия в крови.

2. Снижению концентрации калия.

3. Правильного ответа нет.

Эталон ответа: 1. Увеличению концентрации калия в крови.

19. При приеме каптоприла активность ренина плазмы:

1. Увеличивается.

2. Уменьшается.

3. Не изменяется

Эталон ответа: 3. Не изменяется

20. При лечении бета-адреноблокаторами происходит:

1. Уменьшение общего периферического сосудистого сопротивления.
2. Уменьшение объема циркулирующей крови.
3. Уменьшение образования ренина.
4. Все перечисленное.
5. Ничего из перечисленного.

Эталон ответа: 5. Ничего из перечисленного.

21. При применении мочегонных средств происходит:

1. Уменьшение активности симпато-адреналовой системы.
2. Снижение объема циркулирующей крови.
3. Уменьшение образования ренина.
4. Уменьшение образования альдостерона.
5. Все перечисленное.

Эталон ответа: 2. Снижение объема циркулирующей крови.

22. Вазодилататоры, оказывающие воздействие преимущественно на артериолы, вызывают:

1. Активацию парасимпатической нервной системы.
2. Активацию симпатической нервной системы.
3. Блокаду альфа-адренорецепторов.
4. Все перечисленное.
5. Ничего из перечисленного.

Эталон ответа: 2. Активацию симпатической нервной системы

23. Лечение реноваскулярных гипертензий с почечной недостаточностью включает:

1. фуросемид
2. тонокардин
3. нифедипин ретард
4. все перечисленное

Эталон ответа: 4. Все перечисленное

24. Для лечения синусовой тахикардии применяются

1. атенолол
2. дигоксин
3. дизопирамид
4. лидокаин

Эталон ответа: 1. атенолол

25. Проведение через атриовентрикулярное соединение улучшают

1. верапамил
2. атропин
3. анаприлин
4. панангин
5. дигоксин

Эталон ответа: 2. атропин

Задания открытого типа: ВСЕГО 75 заданий

1. Задания открытого типа: ВСЕГО 75 заданий

2. Ситуационная задача

Больной 72 лет, страдающий артериальной гипертонией, в течение суток многократно повторялись загрудинные сжимающие боли, отдающие в шею и плечи, сопровождающиеся чувством страха, полностью не купирующиеся таблетками. АД 110/70 мм рт. ст. На ЭКГ: ритм синусовый. ЧСС 98 в 1 мин. Подъем сегмента ST на 1,5 мм от изолинии в V1 - V4.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

Эталон ответа: ИБС. Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST. Артериальная гипертония.

1. Ситуационная задача

Больная 76 лет поступила с острым крупноочаговым инфарктом миокарда задней стенки левого желудочка. ЭКГ-мониторинг установил прогрессивное увеличение интервала PQ с последующим выпадением ряда комплексов QRS. В течение первых суток неоднократно возникали кратковременные эпизоды потери сознания с судорогами и дыханием Чейн-Стокса.

Объективно: Бледность кожных покровов и слизистых. ЧСС 38 в 1 мин. АД 170/100 мм рт.ст. На ЭКГ: различные интервалы сцепления зубцов P с QRS; желудочковые комплексы широкие (до 0,14сек); интервалы PP длительностью 0,82 сек, а RR – 1,8 сек.

1. Сформулируйте клинический диагноз.

Эталон ответа: ИБС. Острая стадия крупноочагового инфаркта миокарда задней стенки левого желудочка. Полная атриовентрикулярная блокада (III ст.) дистального типа.

2. Ситуационная задача

В первые 4 часа распространенного крупноочагового инфаркта миокарда у больного 67 лет внезапно появилось ритмичное сердцебиение с ЧСС более 140 в 1 мин. В течение нескольких минут развился выраженный акроцианоз и бледность кожи, АД снизилось до 80/60 мм рт. ст. На ЭКГ: зубцы P не определяются; комплексы QRS деформированы, шириной более 0,14 сек; интервалы RR примерно одинаковы.

1. Сформулируйте клинический диагноз.

Эталон ответа: ИБС. Острая стадия распространенного крупноочагового инфаркта миокарда. Пароксизмальная желудочковая тахикардия.

3. Ситуационная задача

У больной 75 лет с хроническим бронхитом в анамнезе около 6 часов назад после психоэмоционального напряжения появились сердцебиения и перебои в работе сердца. Двукратный прием корвалола облегчения не принес, и в связи с ухудшением самочувствия вызвала бригаду СМП. При осмотре предъявляет жалобы на слабость, головокружение, чувство нехватки воздуха.

Объективно: лежит в постели на двух подушках, цианоз губ. В легких жесткое дыхание, умеренное количество сухих свистящих и басовых хрипов, ЧД 32 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, аритмичные, 140 в 1 мин; пульс слабого наполнения, 110 в 1 мин. АД 90/70 мм рт.ст. ЭКГ: зубцы P отсутствуют, интервалы RR разные по длительности, горизонтальная депрессия ST до 3 мм в I, aVL, V4-V6.

1. Предварительный диагноз.

Эталон ответа: ИБС: пароксизмальная фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма. Сердечная астма, кардиогенный (аритмический) шок.

4. Ситуационная задача

У больной 63 лет жалобы на одышку в покое, боли в правом боку при вдохе, малопродуктивный кашель, повышение температуры до 37,6°C. 6 дней назад появились одышка, распирающие боли в грудной клетке, затем повышение температуры без ознобов, появился кашель. Около 15 лет отмечает повышение АД до 180/110 мм рт.ст.

Объективно. Повышенного питания (рост 159 см, вес 100 кг). Ак-роцианоз. Температура 37,4°C. Правая голень больше в объеме и на ощупь теплее левой. ЧД 26 в мин. В правой подлопаточной области вы-слушивается шум трения плевры, дыхание везикулярное, ослаблено. Пульс 92 удара в мин., ритмичный, полный. АД 170/90 мм рт.ст. Акцент II тона на легочной артерии. Других изменений со стороны внутренних органов не выявлено.

1. Сформулировать диагноз.

Эталон ответа: Тромбоэмболия легочной артерии, средней тяжести. Постинфарктная пневмония в нижней доле правого легкого. ДН II ст. Тромбофлебит глубоких вен правой голени. Ожирение III ст. Артериальная гипертензия.

5. Ситуационная задача

У больного 52 лет ранним утром появились интенсивные за-грудинные боли, длительностью около 40 минут, которые врач СМП купировал в/в введением наркотических анальгетиков. С учетом ЭКГ-данных (появления монофазного подъема сегмента ST в I, II, aVL, V1-V6), больной доставлен в стационар, где через несколько часов развился приступ сердцебиения, сопровождающийся резкой слабостью, падением артериального давления. При этом на ЭКГ зубцы P не определялись, желудочковые комплексы были деформированы и уширены до 0,14 сек, число сокращений желудочков составляло 150 в минуту.

1. Сформулируйте клинический диагноз на госпитальном этапе.

Эталон ответа: ИБС. Острейшая стадия распространенного инфаркта миокарда передней стенки левого желудочка осложненного пароксизмальной желудочковой тахикардией.

6. Ситуационная задача

Течение острой стадии трансмурального переднего инфаркта миокарда у больного 47 лет осложнилось развитием блокады левой ножки пучка Гиса и атриовентрикулярной блокады I ст. Появились жалобы на чувство нехватки воздуха и одышку. Объективно: усилился акроцианоз и бледность кожных покровов. ЧСС 76 в мин, АД 90/55 мм рт.ст. Тоны глухие, ритмичные. Дыхание ослаблено. Внезапно развились потеря сознания и агональное дыхание, констатирована клиническая смерть.

1. Что наиболее вероятно явилось причиной развития клинической смерти в этом случае?

Эталон ответа: Прогрессирование нарушений проводимости до полной поперечной блокады с возможным развитием, идиовентрикулярного ритма или асистолии.

7. Ситуационная задача

Больной 47 лет вызвал СМП около 5 часов утра в связи с интенсивными болями в области сердца, которые возникли 20 минут назад. Боли сопровождаются резкой слабостью, ощущением перебоев в работе сердца. Подобные приступы беспокоили в течение месяца 3 раза и примерно в это же время, но отличались меньшей длительностью. В дневное время боли в сердце не беспокоят.

Объективно: ортопноэ, кожа бледная, обычной влажности. В легких дыхание везикулярное. Границы сердца не увеличены; тоны приглушены. Живот без особенностей. ЭКГ: подъем сегмента ST на 5 мм в II, III и aVF, депрессия сегмента ST в I, aVL, V1-V6. После приема

нитроглицерина боли полностью купировались. Доставлен в кардиологическое отделение стационара.

Через 24 ч состояние удовлетворительное, боли не возобновлялись. ЭКГ: сегмент ST во всех отведениях на изолинии. Анализ крови: лейкоциты $7 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 10 мм/ч; уровень тропонина за время наблюдения – в пределах нормы.

1. Сформулировать диагноз на стационарном этапе и дать его обоснование.

Эталон ответа: ИБС: вариантная стенокардия (Принцметала).

8. Ситуационная задача

Больная 50 лет: жалобы на боли в левом плечевом суставе тянущего характера и головные боли. День назад после подъема небольшой тяжести появились боли в левой половине грудной клетки и плечевом суставе. Гипертоническая болезнь в течение 10 лет. АД от 160/90 до 170/100 мм рт.ст.

Объективно: избыточная масса тела, гиперемия лица. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Левая граница сердца на 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии, тоны приглушены, акцент II тона над аортой, систолический шум на верхушке, экстрасистолы до 7 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. При поколачивании по поясничной области болезненности нет. Почки не пальпируются. Отеков нет. Отмечается болезненность при пальпации паравerteбральных точек слева в шейно-грудном отделе позвоночника. ЭКГ: синусовый ритм 90 в 1 мин, суправентрикулярные желудочковые экстрасистолы до 10 в 1 мин, горизонтальное направление электрической оси сердца, смещение интервала ST в I, aVL, V4-V6 на 3 мм вверх.

1. Предварительный диагноз.

Эталон ответа: ИБС: острый инфаркт миокарда переднебоковой стенки левого желудочка. Суправентрикулярная желудочковая экстрасистолия, ХСН I ст. Гипертоническая болезнь III ст.

9. Ситуационная задача

Врач скорой помощи приехал по вызову к больному 60 лет, который предъявляет жалобы на интенсивные загрудинные боли раздирающего характера, иррадиирующие в нижнюю челюсть и оба плеча. Боли появились около 2-х часов назад. Прием анальгетиков, валидола и валокордина болевого синдрома не купировал. Напротив, отмечается нарастание интенсивности болей, появление головокружения, потливости. Неоднократно была рвота. Объективно: кожные покровы бледные, покрыты холодным потом; выражен акроцианоз. Больной стонет от болей. В легких дыхание жесткое, в нижних отделах ослабленное. Границы сердца: правая и верхняя в пределах нормы, левая – на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца глухие, ритмичные. ЧСС 108 в 1 мин. АД 85/60 мм рт.ст. ЭКГ: синусовая тахикардия, подъем сегмента ST в III, aVF, V5-V6 отведениях без существенного изменения комплекса QRS.

1. Сформулировать диагноз.

Эталон ответа: ИБС. Острый инфаркт миокарда заднебоковой стенки левого желудочка с подъемом сегмента ST. Кардиогенный шок I степени.

10. Ситуационная задача

Больной 39 лет: жалобы на одышку при ходьбе, сердцебиение, перебои в работе сердца, колющие боли в левой половине грудной клетки, отеки на ногах, повышение температуры до субфебрильных цифр. Около месяца назад перенес простудное заболевание, сопровождавшееся повышением температуры до 39°C , кашлем, болями в горле. Принимал амбулаторно НПВС, амоксициллин. Вышеперечисленные жалобы прошли, но сохранялась

субфебрильная температура. Ухудшение самочувствия около недели, когда появилась одышка, боли в области сердца. Ранее ничем не болел. Курит, злоупотребляет алкоголем. Объективно: температура тела 37,3⁰С, акроцианоз. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Правая и левая границы сердца расширены на 1 см, тоны приглушены, экстрасистолы до 10 в 1 мин, ЧСС 112 в 1 мин, АД 100/60 мм рт.ст. Живот мягкий, печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги. Отеки голеней. Анализ крови: Нб 140 г/л, лейкоциты 10,4×10⁹/л, СОЭ 37 мм/ч. ЭКГ: синусовая тахикардия, единичные желудочковые экстрасистолы, правильное направление электрической оси сердца, снижение интервала ST на 1 мм и сглаженный T во всех отведениях. Флюорография: в легких без патологии, умеренное расширение границ сердца.

1. Предварительный диагноз.

Эталон ответа: Острый диффузный миокардит, смешанный (болевого, аритмического) вариант, желудочковая экстрасистолия, ХСН IIА.

11. Ситуационная задача

В приемное отделение доставлен машиной СМП больной 58 лет. Жалуется на постоянные боли в эпигастральной области нарастающей интенсивности, тошноту и рвоту, резкую слабость. Боли появились около 6 часов назад и, по мнению больного, возникли беспричинно. В анамнезе язвенная болезнь желудка. Последнее обострение несколько лет назад.

Объективно: бледность кожных покровов, умеренная их влажность, цианоз губ. В легких дыхание везикулярное. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца глухие, ритмичные. ЧСС 104 уд. В 1 мин. АД 120/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в эпигастральной области. В момент осмотра симптомов раздражения брюшины не определяется. Стула нет вторые сутки. ЭКГ: синусовый ритм. Умеренное снижение вольтажа зубца R и умеренный подъем сегмента ST в II, III, aVF.

1. Предварительный диагноз.

Эталон ответа: ИБС: Крупноочаговый инфаркт миокарда нижней стенки левого желудочка (абдоминальная форма).

12. Ситуационная задача

Больной 78 лет, инвалид II группы, жалуется на тошноту, отсутствие аппетита, однократную рвоту, перебои в работе сердца, одышку при незначительной физической нагрузке, отеки на ногах. Страдает гипертонической болезнью в течение 30 лет, дважды перенес инфаркт миокарда, после чего появились признаки сердечной недостаточности. Постоянно получает аспирин 100 мг/сут, периндоприл 4 мг/сут, дигоксин 0,25 мг/сут и дважды в неделю фуросемид по 40 мг/сут.

Объективно: избыточная масса тела, акроцианоз. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах с обеих сторон единичные влажные мелкопузырчатые хрипы. Левая граница сердца на 2 см снаружи от срединно-ключичной линии, тоны приглушены, мерцательная аритмия, акцент II тона над аортой. ЧСС 62 в 1 мин, пульс 54 в 1 мин, АД 160/95 мм рт.ст. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. Отеки на голенях, пояснице. При поколачивании по поясничной области болезненности нет. ЭКГ: горизонтальное направление электрической оси сердца, фибрилляция предсердий 48-56 в 1 мин, желудочковые экстрасистолы до 4 в 1 мин, удлинение QT до 0,52 с, снижение ST на 1 мм и сглаженный T во всех отведениях, признаки гипертрофии левого желудочка.

1. Сформулировать диагноз.

Эталон ответа: ИБС: постинфарктный кардиосклероз, фибрилляция предсердий, постоянная брадисистолическая форма, ХСН IIБ стадии. Интоксикация дигиталисом. Гипертоническая болезнь III стадии.

13. Ситуационная задача

У больного 59 лет в течение ряда лет, чаще по утрам, возникают по 2-3 приступа загрудинных болей в сутки, обусловленные определенной физической нагрузкой. На фоне очередного приступа, возникшего после стрессовой ситуации, внезапно почувствовал ритмичное сердцебиение, сопровождающееся одышкой и резкой слабостью.

Объективно: акроцианоз. ЧСС более 140 в 1 мин. АД 90/60 мм рт.ст. На ЭКГ: зубцы Р отсутствуют, изолиния изогнута в виде волн одинаковой высоты и ширины, интервалы RR одинаковы, комплексы QRS не изменены.

1. Клинический диагноз.

Эталон ответа: ИБС. Стенокардия напряжения II ФК, стабильного течения. Пароксизм трепетания предсердий, правильная форма.

14. Ситуационная задача

У больной 79 лет с переломом шейки левого бедра 3-недельной давности внезапно развились боли в грудной клетке, одышка, в связи с чем на дом вызвана бригада СМП. При активном расспросе выявлены жалобы на боли в левой голени и влажный кашель с прожилками крови в мокроте.

Объективно: лежит в постели с низким изголовьем, кожа бледная, умеренно выраженный цианоз лица. В легких жесткое дыхание, слева в нижних отделах – ослабленное, там же влажные мелкопузырчатые хрипы, ЧД 30 в 1 мин. Тоны сердца глухие, ЧСС 110 в 1 мин, экстрасистолы до 6-8 в 1 мин. АД 100/70 мм рт.ст. ЭКГ: синусовая тахикардия, предсердные экстрасистолы, электрическая ось сердца отклонена вправо, инвертированные зубцы Т в V1-V2, депрессия ST в II, III, aVF. На ЭКГ, снятой 3 недели назад, этих изменений не было.

1. Предварительный диагноз.

Эталон ответа: Тромбоэмболия легочной артерии. Инфаркт нижней доли левого легкого.

15. Ситуационная задача

На 3 сутки после операции холецистэктомии у больной И., 37 лет, внезапно ухудшилось состояние – появились тяжесть за грудиной, чувство нехватки воздуха, одышка при незначительной физической нагрузке и в покое.

При осмотре – больная повышенного питания, цианоз носогубного треугольника. Шейные вены набухшие. АД 90/60, ЧСС 110 в мин, ЧДД 22 в мин, выслушивается шум трения перикарда, акцент II тона на легочной артерии. В легких дыхание проводится во все отделы. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень у края реберной дуги. Отека нижних конечностей не выявлено, объем нижних конечностей одинаков. Симптомы Хоманса и Мозеса отрицательные.

1. Между какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз

Эталон ответа: Острая коронарная патология, бактериальная пневмония, пневмоторакс.

17. Ситуационная задача

У мужчины 52 лет, страдающего ИБС с мерцательной аритмией, внезапно появились резкие боли в животе разлитого характера. Вскоре появилась рвота (дважды), не приносящая облегчения. Через 2 часа от начала заболевания пациент доставлен в лечебное учреждение. При осмотре: поведение пациента беспокойное из-за сильных болей в животе. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастальной и мезогастральной областях. Перистальтика вялая. Симптом Щеткина - Блюмберга отрицательный. При ректальном исследовании - на перчатке кал обычного цвета. Общий анализ крови: лейкоцитоз до 17,0 х 10/л. ЭКГ - без особенностей.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

Эталон ответа:

1. Острая мезентериальная ишемия

18. Ситуационная задача

У больной 47 лет на 6-той день после резекции желудка по поводу опухоли появились боли в правой голени, стопе. При осмотре состояние больной средней степени тяжести. Пульс 88 ударов в минуту. АД 130/90 мм рт. ст. Дыхание проводится во все отделы легких. ЧДД 18 в мин. Температура 36,4. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, мягкий и безболезненный по ходу операционной раны. Кожные покровы правой нижней конечности обычной окраски, за исключением стопы - бледной, холодной на ощупь. Отмечается отек голени (+3 см), отек бедра (+5 см). Пальпация переднебугорочной поверхности бедра болезненна. Икроножные мышцы плотные, болезненные при пальпации. При тыльном сгибании правой стопы отмечается появление резких болей в икроножных мышцах. Артериальная пульсация на левой нижней конечности на периферических артериях отчетливая. На правой нижней конечности пульс на артериях стопы не определяется. Движения в суставах пальцев правой стопы ограничены, поверхностная чувствительность снижена.

1. Укажите профилактические мероприятия по предупреждению возникновению этого заболевания.

Эталон ответа:

1. Ранняя активизация, эластическая компрессия, назначение гепарина, новых оральных антикоагулянтов

19. Ситуационная задача

Женщина 45 лет планирует беременность. Жалуется на подъемы артериального давления до 150/90 мм.рт.ст. с головной болью, рабочее 130/80мм.рт.ст. Одышку при ходьбе в гору. Однократно, год назад после сильного стресса почувствовала головную боль, онемение и слабость в правой руке на фоне АД 166/90. Не могла набрать номер телефона. Вызвала БСМП, госпитализирована в сосудистый центр, оказана помощь, прошла обследование и была отпущена домой, т.к. все прошло через 2 часа. Наблюдалась у терапевта принимает лозартан с гидрохлортиазидом (50/12.5).

Объективно: состояние удовлетворительное, положение активное, Границы легких в пределах нормы. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18. Область сердца б/о. Границы относительной тупости –левая по срединно-ключичной линии, правая по краю грудины, верхняя 2 ребро слева. Тоны сердца ясные, ритмичные 1т> 2т.; пульс ритмичный 82 в мин, АД=154/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, б/б. Печень не пальпируется

Вопросы:

1. Диагноз.

Эталоны ответов

Гипертоническая болезнь 3 стад, 2 степ., риск 4.(ТИА в анамнезе) ХСН I. ФК 1.

20. Ситуационная задача

Женщина 34 года, пришла на прием к терапевту с жалобами на головные боли и подъемы АД до 150/80 мм рт.ст. 3 месяца назад родила ребенка, кормит грудью. Не курит, наследственность неотягощена.

Объективно: Состояние удовлетворительное, положение активное, Границы легких в пределах нормы. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18. Область сердца б/о. Границы отн. тупости –левая по срединно-ключичной линии, правая по краю грудины, верхняя 2 ребро слева. Тоны сердца ясные, ритмичные 1т> 2т.; пульс ритмичный 82 в мин, АД=154/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, б/б. Печень не пальпируется. Отеков нет. ОТ 90см

ПАК: Лейкоциты – $6,4 \times 10^9$ /л, Нв- 130 г/л, тромбоц. 220×10^9 /л, лейкоц. – $7,2 \times 10^9$ /л, СОЭ – 8 мм/час.

Биохимический анализ крови: АЛТ-23 Ед/л, АСТ-27 Ед/л, сахар-4.6 ммоль/л, Хс – 4.6 ммоль/л, ТГ-1,5 ммоль/л; креатинин 87 ммоль/л

Полный анализ мочи: уд.вес -1020, белок-0, лейкоц. -2-3 в п/зр.

На ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС-72, промежуточное положение ЭОС, PQ 0.22, QRS 0,08, QT 0,32 мс.

Вопросы:

1.Предварительный диагноз

Эталоны ответов

1.Артериальная гипертензия 1ст, 1ст, риск 1(ОТ. 90см.). АВ блокада 1ст. ХСН 0

21. Ситуационная задача

Больная 42 года, беременность 35 недель, беременность вторая обратилась с жалобами на головную боль, возникшую после физической нагрузки. В анамнезе гипертоническая болезнь, со слов пациентки все анализы до и во время беременности были нормальные. Перед беременностью назначена метилдопа, которую пациентка принимает всю беременность. Вчера и сегодня не принимала, т.к. забыла купить препарат и АД было в норме. АД всю беременность было на уровне 130/80- 140/90 мм.рт.ст. Чувствовала себя нормально. Наследственность отягощена- ОИМ у отца в 53 года

При осмотре: состояние удовлетворительное, положение активное, Границы легких в пределах нормы. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18. Область сердца б/о. Границы отн. тупости –левая по срединно-ключичной линии, правая по краю грудины, верхняя 2 ребро слева. Тоны сердца ясные, ритмичные $1t > 2t$.; пульс ритмичный 90 в мин, АД=170/98 мм.рт.ст. Живот мягкий, б/б. Печень не пальпируется. Отеков нет.

ПАК: Лейкоциты – 7.2×10^9 /л, Нв- 121 г/л, тромбоц. 240×10^9 /л, лейкоц. – 6.8×10^9 /л, СОЭ – 10 мм/час.

Биохимический анализ крови: АЛТ-28 Ед/л, АСТ-29 Ед/л, сахар-4.9 ммоль/л, Хс – 4.9 ммоль/л, ТГ-1,7 ммоль/л; креатинин 91 ммоль/л

Полный анализ мочи: уд.вес -1020, белок-0, лейкоц. -2-3 в п/зр.

На ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС-89, горизонтальное положение ЭОС, PQ 0.16, QRS 0,08, QT 0,32 мс. SV1 8 мм, RV6 28мм

Вопросы:

1.Диагноз

Эталоны ответов

1.Гипертоническая болезнь 1 стадии, 2 степени(индекс Соколова-Лайона 36), риск 3. Гипертонический криз, ХСН 0. Беременность 35 нед.

22.Ситуационная задача

Больная О., 36 лет, беременность 28 недель, обратилась с жалобами на частые перебои и ощущение кувыркания сердца. В анамнезе оперированный митральный стеноз. Во время осмотра внезапно почувствовала себя внезапно плохо. Жалуется на сердцебиение, которое началось внезапно, на «стеснение в груди», головокружение, потливость, нехватку воздуха. Приступ сердцебиения возник впервые.

Объективно: состояние больной средней степени тяжести. Резкая бледность. Одышка. Дыхание везикулярное, хрипы влажные в нижних отделах нет. ЧДД 26. Область сердца б/о. П/о рубец на груди. Границы отн. тупости –левая по срединно-ключичной линии, правая по краю грудины, верхняя 2 ребро слева. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент 2т

над ЛА, ЧСС 150 в мин, АД=95/70мм.рт.ст. Живот мягкий, б/б. Печень не пальпируется. Пастозность голеней.

На ЭКГ: ритм правильный, 160 ударов в минуту, зубец Р не определяется. QRS-180 мс., деформирован. Электрическая ось отклонена влево.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?

Эталоны ответов

Предварительный диагноз: Пароксизмальная желудочковая тахикардия, осложненная отеком легких. Острая сердечная недостаточность II класс. Беременность 28 недель

23. Ситуационная задача

Повторно беременная 28 недель, обратилась на прием с жалобами на головокружения и предобморочные состояния. Периодически перебои по типу экстрасистолии. В анамнезе оперированный ДМЖП. Ходит умеренным темпом без одышки, без ограничений

Об-но: Рост 170см, вес 70 кг. Астеник. Состояние удовлетворительное. Положение активное. Кожа и конъюнктивы физиологической окраски. Грудная клетка обычной формы. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Левая граница сердца по срединноключичной линии в 5 межреберья. Верхняя-32 ребро слева, правая на 05 см. кнаружи от парастернальной линии. Тоны сердца ясные ритмичные. 1т>2т., шумов нет. Частота сердечных сокращений – 46 в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, б/б. Печень не пальпируется. Периферических отеков нет.

Снята ЭКГ. ЭКГ-ЧСС 44, PQ 0,26 с., QRS 0,1с., QT 0.38 с. Каждый третий зубец Р не сцеплен с комплексом QRS. ХОЛТЕР-ЭКГ: ЧСС 32-48. В дополнение к вышеописанным изменениям имеется нарушение ритма по типу одиночной наджелудочковой (120) и желудочковой экстрасистолии. Период максимальной асистолии 3200мс

Вопросы: 1. Диагноз

Эталоны ответов ВПС. Оперированный ДМЖП. АВ-блокада 2 ст, Мобитц 2, с периодами асистолии до 3200 мс. Одиночная наджелудочковая и желудочковая экстрасистолия. ХСН 0. Беременность 28 недель.

24. Ситуационная задача

Беременная (беременность третья, 34 недели), 36 лет, обратилась в поликлинику, предъявляет жалобы на тошноту, головную боль, усиление отеков голеней в течении 2х дней. Объективно: общее состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные, чистые. Грудная клетка обычной формы. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Левая граница сердца по срединноключичной линии в 5 межреберья. Верхняя-2 ребро слева, правая на 05 см. кнаружи от парастернальной линии. Тоны сердца ритмичные. 1т>2т., шумов нет. Частота сердечных сокращений – 96 в минуту, АД – 165/110 мм рт. ст. Живот мягкий, б/б. Печень не пальпируется. Отеки голеней выраженные. Живот мягкий; печень у края реберной дуги, при пальпации мягкая, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Полный анализ крови: эритро.- $4,1 \times 10^{12}/л$, Гб- 115 г/л, лейкоц. – $7,2 \times 10^9/л$, тромбоциты $130 \times 10^9/л$, СОЭ – 15 мм/ч; Биохимический анализ крови: АЛТ-56 Ед/л, АСТ-79 Ед/л, сахар-5,1 ммоль/л, о. Хс – 6,1 ммоль/л, ТГ-1,9 ммоль/л; креатинин 115ммоль/л Анализ мочи: значение белка “3+” по тест-полоске Вопросы: Диагноз

Эталоны ответов Беременность 34 нед. Преэклампсия тяжелой степени. Критерием тяжелой ПЭ является протеинурия 5,0 г/л в суточной пробе мочи или >3 г/л в двух порциях мочи, взятых с интервалом в 6 ч, или значение “3+” по тест-полоске, повышения уровней трансаминаз и креатинина, АД более 160/110

25. Ситуационная задача

Больная Ж., 35 лет, домохозяйка, предъявляет жалобы на головные боли, слабость, нарушение менструальной функции, боли в ногах, повышение аппетита, жажду, выпадение волос на голове, прибавку в весе. Из анамнеза заболевания: вышеуказанные жалобы впервые 36 появились 2 года назад, с этого же времени – повышение массы тела на 15 кг. В течение 1 года повышение АД до 170/100 мм рт.ст. В анамнезе – язвенная болезнь. Объективно: Кожные покровы сухие, истонченные. Лицо округлое, багрово-красного цвета. В области бедер, живота, молочных желез полосы растяжения багрово-синюшного цвета. Умеренный гипертрихоз на лице, рост волос по средней линии живота по мужскому типу. Больная повышенного питания, распределение жира неравномерное, в основном в области туловища, конечности тонкие, мышцы конечностей гипотрофичные. Пальпация костей безболезненна. Периферических отеков нет. В легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, акцент II тона над аортой. ЧСС 82 уд/мин. АД 160/100 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются. Данные дополнительных методов исследования: 1. ОАК: эр. – $5,8 \times 10^{12}/л$; Нб – 145 г/л; лейкоц. – $10,5 \times 10^9/л$; э – 1; п/я – 3%; с/я – 75%; л – 16%; м – 5%. 2. Глюкоза - 7,0 ммоль/л; К - 3,0 ммоль/л; Na - 155 ммоль/л; холестерин - 6,0 ммоль/л. 3. ЭКГ Ритм синусовый, правильный. Отклонение электрической оси сердца влево. Признаки ГЛЖ: $R_{V6} > R_{V5} > R_{V4}$ Косонисходящее снижение интервала ST V3-V6 с переходом в двуфазный зубец T (-+). Высокая волна U, сливается с волной T. Интервал QT не удлинен 4. Осмотр глазного дна – очаговое сужение артерий сетчатки. 5. Кортизол крови 880 нмоль/л, АКТГ крови 10 пг/мл

ЗАДАЧИ: 1. Сформулировать предварительный диагноз.

Эталон ответа

1. Симптоматическая артериальная гипертензия эндокринного генеза.
Гиперкортицизм

26. Ситуационная задача

Больной 39 лет: жалобы на одышку при ходьбе, сердцебиение, перебои в работе сердца, колющие боли в левой половине грудной клетки, отеки на ногах, повышение температуры до субфебрильных цифр. Около месяца назад перенес простудное заболевание, сопровождавшееся повышением температуры до $39^{\circ}C$, кашлем, болями в горле. Принимал амбулаторно НПВС, амоксициллин. Вышеперечисленные жалобы прошли, но сохранялась субфебрильная температура. Ухудшение самочувствия около недели, когда появилась одышка, боли в области сердца. Ранее ничем не болел. Курит, злоупотребляет алкоголем. Объективно: температура тела $37,3^{\circ}C$, акроцианоз. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Правая и левая границы сердца расширены на 1 см, тоны приглушены, экстрасистолы до 10 в 1 мин, ЧСС 112 в 1 мин, АД 100/60 мм рт.ст. Живот мягкий, печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги. Отеки голеней. Анализ крови: Нб 140 г/л, лейкоциты $10,4 \times 10^9/л$, СОЭ 37 мм/ч. ЭКГ: синусовая тахикардия, единичные желудочковые экстрасистолы, правильное направление электрической оси сердца, снижение интервала ST на 1 мм и сглаженный T во всех отведениях. Флюорография: в легких без патологии, умеренное расширение границ сердца.

1. Врачебная тактика.

Эталон ответа: Лечение ХСН (ингибиторы АПФ, бета-блокаторы, диуретики), противовоспалительная терапия (преднизолон 30 мг/сут).

27. Ситуационная задача

Больной 78 лет, инвалид II группы, жалуется на тошноту, отсутствие аппетита, однократную рвоту, перебои в работе сердца, одышку при незначительной физической нагрузке, отеки на ногах. Страдает гипертонической болезнью в течение 30 лет, дважды перенес инфаркт миокарда, после чего появились признаки сердечной недостаточности. Постоянно получает аспирин 100 мг/сут, периндоприл 4 мг/сут, дигоксин 0,25 мг/сут и дважды в неделю фуросемид по 40 мг/сут.

Объективно: избыточная масса тела, акроцианоз. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах с обеих сторон единичные влажные мелкопузырчатые хрипы. Левая граница сердца на 2 см снаружи от срединно-ключичной линии, тоны приглушены, мерцательная аритмия, акцент II тона над аортой. ЧСС 62 в 1 мин, пульс 54 в 1 мин, АД 160/95 мм рт.ст. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. Отеки на голенях, пояснице. При поколачивании по поясничной области болезненности нет. ЭКГ: горизонтальное направление электрической оси сердца, фибрилляция предсердий 48-56 в 1 мин, желудочковые экстрасистолы до 4 в 1 мин, удлинение QT до 0,52 с, снижение ST на 1 мм и сглаженный T во всех отведениях, признаки гипертрофии левого желудочка.

1. Врачебная тактика и лечение.

Эталон ответа: Госпитализация больного в кардиологическое отделение. Лечение: временная отмена дигоксина с последующей коррекцией дозы в зависимости от функции почек, спиронолактон 25 мг/сут.

28. Ситуационная задача

У больного 59 лет в течение ряда лет, чаще по утрам, возникают по 2-3 приступа загрудинных болей в сутки, обусловленные определенной физической нагрузкой. На фоне очередного приступа, возникшего после стрессовой ситуации, внезапно почувствовал ритмичное сердцебиение, сопровождающееся одышкой и резкой слабостью.

Объективно: акроцианоз. ЧСС более 140 в 1 мин. АД 90/60 мм рт.ст. На ЭКГ: зубцы P отсутствуют, изолиния изогнута в виде волн одинаковой высоты и ширины, интервалы RR одинаковы, комплексы QRS не изменены.

1. Тактика ведения.

Эталон ответа: Амiodарон в/в 450-600 мг, госпитализация в кардиологический стационар для исключения инфаркта миокарда, динамика ЭКГ, тропонина, ЭхоКГ.

29. Ситуационная задача

Больной П., 48 лет, поступил в кардиологическую клинику с жалобами на постоянную общую слабость, неритмичность работы сердца, на одышку в покое (усиливается в горизонтальном положении) и ходьбе в медленном темпе до 20-30 метров, практически постоянные головокружения, плохую переносимость жаркой погоды, частую потливость. Незначительные физические нагрузки приводят к усилению вышеописанных жалоб. Вследствие болезни значительно ограничены бытовые нагрузки. В течение последнего года состояние прогрессивно ухудшалось: в начале года ходил в спокойном темпе до 1 км, к концу года не смог преодолевать расстояние в 50 метров. В городской больнице проходил лечение по поводу язвы двенадцатиперстной кишки. При регистрации ЭКГ выявлена частая политопная и полиморфная желудочковая экстрасистолия. Группы инвалидности нет, женат, имеет дочь, не курит, употребляет до 2 литров пива в неделю. В анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний нет, страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки около 3 лет. С заболеванием сердца наблюдается у кардиолога 3 года с диагнозом «Дилатационная кардиомиопатия», последние 3 года рекомендованные лекарственные препараты не принимал и отметил постепенное ухудшение состояния здоровья.

Объективное исследование: состояние средней степени тяжести, положение активное, сознание ясное, цианоз губ, бледность кожных покровов. Дыхание в легких жесткое, единичные крепитирующие хрипы, ЧДД = 20/минуту. Тоны сердца аритмичные,

приглушены, шумы не выслушиваются, АД = 100/70, ЧСС = 85. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень + 4 см, безболезненная, отеков ног нет.

Лабораторные данные: Нб 110 г/л, КФК-МВ – 15 МЕ/л, АСТ – 30 Ед/л, АЛТ – 20 Ед/л, глюкоза крови – 4,5 ммоль/л, калий – 4,5 ммоль/л, натрий – 140 ммоль/л, креатинин – 0,140 ммоль/л, мочевины 12,0 ммоль/л, общий ХС – 4,0 ммоль/л, триглицериды – 1,2 ммоль/л, микроальбуминурия – 200 мг/сут., клубочковая фильтрация – 40 мл/мин.

Инструментальные данные:

Рентгенография грудной клетки: признаки дилатационной кардиомиопатии, центральный венозный застой.

ЭХО-КГ: НМК II-III, НТК II, КДО ЛЖ 367 мл, КСО 312 мл, ФВ ЛЖ 15-25%, в полости левого желудочка пристеночный тромб 37*26 мм, диффузная гипокинезия стенок левого желудочка, признаки легочной гипертензии.

Холтер ЭКГ: ритм синусовый со средней ЧСС 80/мин., редкая одиночная и парная наджелудочковая экстрасистолия, частая (полиморфная и политопная) одиночная, парная и групповая желудочковая экстрасистолия, периоды би-, три- и квадригеиминии, короткие пароксизмы желудочковой тахикардии.

Вопросы:

1. Современные принципы хирургического лечения данного заболевания.

Эталон ответа:

Постановка имплантируемого кардиовертера-дефибриллятора, операция трансплантации сердца, установка искусственных желудочков сердца, установка микротурбин в полость левого желудочка, операция окутывания сердца эластичным сетчатым каркасом. На сегодня в специальных исследованиях доказано, что постановка искусственного левого желудочка превосходит все терапевтические методы лечения, главным ограничением метода для России является высокая стоимость.

30. Ситуационная задача

Больная М., 58 лет, поступила в клинику с жалобами на выраженную общую слабость, ноющие, длительные, временами жгучие боли за грудиной и в области сердца, усиливающиеся при физической нагрузке, одышку при ходьбе до 100 метров, редкие приступы удушья по ночам. Больной себя считает около 12 лет. В анамнезе ревматизм (в детстве болели суставы). Отмечает ухудшение самочувствия в течение последних 2-х лет.

Объективно: кожные покровы бледные, выражена пульсация шейных сосудов. В нижних отделах легких влажные хрипы с обеих сторон. Положительные симптомы Альфреда де Мюссе и Квинке. Верхушечный толчок усилен, приподнимающийся, пальпируется в 6 межреберье. Сердце увеличено влево (до передней подмышечной линии) и вниз (6-е межреберье). Ослаблен 1 тон на верхушке сердца, 2 тон в 3-ей точке. На верхушке сердца систолический шум с проведением в подмышечную область, убывающий протодиастолический шум на аорте, который хорошо выслушивается в 5-й точке. Pulsus «celer et altus». ЧСС-80 уд/мин. АД-110/60 мм.рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги. Отеки н/з голеней.

Анализ крови: эритроц.- $4,1 \times 10^{12}$ /л, Нб- 160 г/л, лейкоц. – $7,2 \times 10^9$ /л, СОЭ – 15 мм/ч;

Биохимический анализ крови: АЛТ-45 Ед/л, АСТ-50 Ед/л, сахар-5,1 ммоль/л, о. Хс – 6,1 ммоль/л, ТГ-1,9 ммоль/л;

Полный анализ мочи: уд.вес -1020, белок-0,033%, лейкоц. -2-3 в п/зр.

RW отрицательно

ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС-100 уд/мин, высокий нарастающий з.Р с V4, по V5, V6; з.Т (-) в V4-V6; ЭхоКГ:ТМППЛЖ –11 мм, ТЗСЛЖ – 11 мм, КДР –68 мм, КСР-49 мм, КДО – 160 мл, КСО – 50 мл, ФВ-52%, аорта – утолщение створок клапана, регургитация 2-3 ст., МК-регургитация 2 ст.

Рентгенография органов грудной клетки: увеличение ЛЖ. Атеросклероз аорты. Резкое расширение восходящей аорты. Венозный застой в легких.

Вопросы:

1. Лечебная тактика.

Эталон ответа

Цели лечения – увеличение выживаемости, устранение или облегчение клинической симптоматики, профилактика осложнений. Госпитализация пациентки в кардиоревматологический стационар. Медикаментозная терапия – диуретики, дигоксин, нитраты, ингибиторы АПФ/ингибиторы АП, бета-адреноблокаторы (учитывая симптомы стенокардии), статины. Решение вопроса об оперативном лечении (протезирование АК).

31.Ситуационная задача Больной С., 66 лет, находится в кардиологическом диспансере 3 дня. Поступил планово с диагнозом гипертоническая болезнь с целью коррекции терапии. Максимальное АД 200/100 мм рт.ст, адаптирован к АД140/90 ммрт.ст., в анамнезе – ИБС (стенокардия напряжения, ПИКС). До госпитализации принимал индапамид, нитраты, тромбоАСС. Ночью состояние резко ухудшилось: жалобы на удушье, головную боль давящего характера в затылочной области, дискомфорт в области сердца.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Дыхание клокочущее. ЧДД-30 в минуту. ЧСС-100 ударов в минуту, АД-220/110 мм.рт.ст. Пациент задыхается, не может лежать.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС-100 уд/мин, высокий R в V4,V5, V6; з. Q в II, III, AVF, T (-) во II, III, AVF, депрессия ST на 1 мм в I, AVL, V5-V6

Вопросы:

3. Лечебная тактика.

Эталон ответа

АД следует снизить на 25% за первые 10-20 минут. Посадить больного (лежать ему нельзя!) или поднять головной конец кровати.Обеспечить приток свежего воздуха. Кислородотерапия.

- нитроглицерин сублингвально, нитроминт спрей
- эналаприлат в/в
- нитроглицерин в/в
- диуретики (фуросемид) в/в.

32.Ситуационная задача

Больной Р., 43 года. Доставлен в кардиологическую клинику бригадой СМП с жалобами на давящие загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, одышку, общую слабость, холодный пот. Жалобы возникли впервые в жизни около 3-х часов назад на фоне психоэмоционального стресса. Самостоятельно принимал корвалол и валидол без эффекта. На фоне оказанной помощи на этапе СМП отметил незначительное улучшение. Больной страдает артериальной гипертензией около 10 лет, адаптирован к АД 150/80 мм рт ст. Лекарственные препараты принимает нерегулярно, за медицинской помощью не обращался. Курит до 15 сигарет в день, отец страдал артериальной гипертензией и умер от ишемического инсульта в 50 лет, мать страдает ИБС, артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2-го типа.

Объективное исследование: больной в удовлетворительном состоянии, ИМТ – 32 кг/м², окружность талии 110 см. Регистрируется повышенная влажность кожных покровов, акроцианоз, язык влажный, обложен белым налетом. Дыхание в легких везикулярное жесткое, хрипов нет, ЧДД 22/мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, АД 150/80 мм рт ст., ЧСС 84/мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, отеков ног нет, симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон.

Лабораторные данные: лейкоциты – 10,5*10⁹/л, повышение содержания миоглобина и тропонинов Т и I, КФК-МВ – 65 МЕ/л, уровни АСТ и АЛТ в нормальных пределах.

Инструментальные данные:

ЭКГ: отрицательные зубцы Т в отведениях V2-V5.

Вопросы:

1. Составьте план дополнительного обследования. Какие патологические изменения можно при этом выявить.

Эталоны ответов:

2. ЭхоКГ: зоны гипокинезии, размеры камер, ФВ

33. Ситуационная задача

Больной В., 43 года. Обратился в кардиологическую клинику с жалобами на давящие загрудинные боли без иррадиации при ходьбе в быстром темпе на расстояние более 1 километра или при подъеме на 4 этаж, сопровождающиеся одышкой, общей слабостью и сердцебиениями. Жалобы проходят после 10-15 минутного отдыха. Вышеописанные жалобы отмечает в покое, проходят в течение 10-15 минут после применения валидола. Жалобы возникли впервые в жизни около 2 дней назад, связывает с психоэмоциональным стрессом. Больной отмечает повышение АД около 4 лет, регулярно за АД не следит, при измерении АД цифры обычно 160/90 мм рт ст. Лекарственные препараты (цитрамон, пенталгин) принимает эпизодически при головных болях. Работает заместителем директора строительной компании, работа эмоционально напряженная, ведет малоподвижный образ жизни. Курит до 20-30 сигарет в день. Отец умер от инфаркта миокарда в 50 лет, мать страдает артериальной гипертензией.

Объективное исследование: состояние удовлетворительное, ИМТ – 35 кг/м², окружность талии 120 см. Отмечается незначительный цианоз губ, язык влажный, обложен белым налетом. Дыхание в легких везикулярное жесткое, хрипов нет, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, АД 170/100 мм рт ст., ЧСС 84/мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Отеков ног нет. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон.

Лабораторные данные: п/а крови без особенностей, микроальбуминурия – 300 мг/сут., глюкоза крови – 6,8 ммоль/л, общий ХС – 7,4 ммоль/л, триглицериды – 6,0 ммоль/л, ЛПНП – 4,8 ммоль/л, ЛПВП – 1,07 ммоль/л, АСТ – 30 ЕД/л, АЛТ – 32 ЕД/л, калий – 4,5 ммоль/л, натрий – 140 ммоль/л, креатинин крови – 0,085 ммоль/л, мочевины крови – 5,0 ммоль/л.

Инструментальные данные: ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 90/мин., нормальное положение электрической оси сердца.

Вопросы:

Приведите современную классификация ишемической болезни сердца.

Эталоны ответов:

Современная классификация ИБС: а)внезапная коронарная смерть – первичная остановка сердца, связанная чаще с фибрилляцией желудочков; б)стенокардия: стенокардия напряжения (впервые возникшая стенокардия напряжения, стабильная стенокардия напряжения ФК I-IV), прогрессирующая (нестабильная) стенокардия, спонтанная (особая,

вазоспастическая, Принцметалла) стенокардия; в) инфаркт миокарда (крупноочаговый, мелкоочаговый); г) постинфарктный кардиосклероз; д) нарушения сердечного ритма (с указанием формы); е) сердечная недостаточность; ж) безболевая («немая») ишемия миокарда; з) микроваскулярная (дистальная) ИБС (синдром Х); и) новые ишемические синдромы: «оглушение» миокарда, «гибернация» миокарда, ишемическое прекондиционирование миокарда.

34. Ситуационная задача

Больная Д., 59 лет. Доставлена в кардиологическую клинику бригадой СМП с жалобами на остро возникшие около 12 часов назад интенсивные сжимающие загрудинные боли с иррадиацией в левую руку и под левую лопатку, выраженную одышку и общую слабость, обильный холодный липкий пот, головокружение, сердцебиение. Дышать больная может только в положении сидя, периодически беспокоит приступообразный малопродуктивный кашель. Вышеописанные жалобы отмечает впервые в жизни, бронхолегочные и сердечно-сосудистые заболевания отрицает. АД не контролирует, регулярно лекарственные препараты не принимает, не курит. Работает поваром в школе. Отец умер от инфаркта миокарда, мать страдает артериальной гипертензией.

Объективное исследование: больная беспокойна, возбуждена, ортопноэ, «клокочущее» дыхание, избыточная «липкая» влажность кожных покровов, диффузный пепельно-серый цианоз кожных покровов, яркий цианоз кожи лица и шеи. Язык влажный, обложен белым налетом, Дыхание в легких везикулярное жесткое, большое количество влажных хрипов над всеми легочными полями, ЧДД 35/мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, АД 100/50 мм рт.ст., ЧСС 120/мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Отеков ног нет. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон.

Лабораторные данные: NTproBNP > 300 пг/мл, BNP > 100 пг/мл, лейкоциты – 12,5*10⁹/л, повышение содержания миоглобина и тропонинов Т и I, КФК-МВ – 300 МЕ/л, АСТ – 400 Ед/л, АЛТ – 200 Ед/л, глюкоза крови – 7,3 ммоль/л, калий – 4,5 ммоль/л, натрий – 130 ммоль/л, креатинин – 0,125 ммоль/л, мочевины 10,0 ммоль/л. Инструментальные данные:

ЭКГ: зубец QS в V2-V6, куполообразный подъем ST в V2-V6.

Рентгенография грудной клетки: альвеолярный отек легких. ЭХО-КГ: КДО 180 мл, ФВ ЛЖ 38%. Пульсоксиметрия: при дыхании комнатным воздухом насыщение артериальной крови кислородом <90%.

Вопросы:

Какие принципы консервативного и хирургического лечения данного заболевания. Вероятный прогноз для данного больного.

Эталонные ответы:

1. Принципы терапии: лечение в условиях реанимационного отделения под постоянным мониторингом АД, ЧСС, температуры тела, ЧДД и ЭКГ, пульсоксиметрии, ЭХО-КГ, показателей биохимического и электролитного обмена. Катетеризация артерии, центральной вены. Оксигенотерапия, морфин, нитраты только после стабилизации гемодинамики, АСК, клопидогрель, ТЛТ не показана, лечение отека легких (при гипотонии кристаллоиды, добутамин, фуросемид, при развитии КШ - экстренное ЧКВ и внутриартериальная баллонная контрпульсация.) Экстренное проведение ЧТКА или ЧТКА со стентированием. После операции: гепарин до 3-5 дней, аспирин 100 мг, клопидогрел 75 мг или тикагрелор 90 мг, метопролол 25 мг, иАПФ, статины, эплеренон, торасемид и нитраты - по показаниям. При неполной реваскуляризации - решение вопроса о проведении повторной ЧКВ или АКШ. При прогрессировании снижении ФВ - ресинхронизирующая

терапия, операция трансплантации сердца, установка искусственных желудочков сердца, установка микротурбин в полость левого желудочка. Прогноз относительно неблагоприятный.

40. Ситуационная задача

Больной О., 30 лет. Доставлен в кардиологическую клинику бригадой СМП. Из анамнеза стало известно, что после психоэмоционального перенапряжения внезапно развился приступ учащенного сердцебиения. Беспокоит выраженная общая слабость, одышка, головокружение. В течение 5 лет периодически беспокоят кратковременные приступы учащенного сердцебиения, которые проходят самостоятельно. К врачам не обращался, не обследовался.

Объективное исследование: состояние средней степени тяжести, незначительная бледность кожных покровов. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 21/мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, АД 90/60 мм рт ст., ЧСС 180/мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Отеков ног нет. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон.

Инструментальные данные:

ЭКГ: зубец Р отсутствует, интервалы R-R одинаковые, ЧСС 180/мин., желудочковый комплекс QRS не расширен (0,08 сек.).

Вопросы:

Назначьте лечение с указанием названий и дозировок лекарственных препаратов. Укажите новые лекарственные препараты и технологии в лечении нарушений ритма сердца, которые стали доступными практическим врачам в последние годы.

Эталоны ответов:

Последовательность лечебных мероприятий по купированию приступа: 1) вагусные пробы (натуживание, массаж каротидного синуса, проба Вальсальвы и др.)

2) если приступ не купировался – в/в струйно медленно (под контролем ЧСС, АД, ЭКГ) новокаиномид 10мл-10%(1000 мг) на физиологическом растворе в/в капельно или амиодарон 300мг на физиологическом растворе в/в капельно. При расстройствах гемодинамики-ЭИТ. Новые технологии – абляция дополнительных проводящих путей.

41. Ситуационная задача

Больной А., 65 лет, поступил в отделение неотложной кардиологии с жалобами на сильные волнообразные боли за грудиной с иррадиацией в спину и позвоночник, которые возникли после подъема тяжести, была кратковременная потеря сознания. Боли длятся в течение 3 часов. Имеют мигрирующий характер. Врачом «скорой помощи» диагностирован инфаркт миокарда. Из анамнеза: у больного стойкая артериальная гипертония в течение 20 лет.

Объективно: кожные покровы и слизистые бледные. Перкуторный звук под легкими справа ниже угла лопатки тупой. В легких дыхание везикулярное, справа в нижних отделах резко ослаблено. Пульс 96 в мин, АД=90/60 мм.рт.ст. Тоны сердца ритмичные, прослушивается ритм галопа, протодиастолический шум над аортой, выраженная гипертрофия левого желудочка. Лейкоциты – $13,5 \times 10^9$ /л, Нв-102 г/л, Эритроциты- $3,6 \times 10^{12}$ /л, АСТ-0,6 ммоль/л, АЛГ-0,4 ммоль/л, СОЭ-32 мм/час.

Вопросы:

Тактика лечения и прогноз.

Эталоны ответов:

Стабилизация гемодинамики(кристаллоиды, бета-адреноблокаторы). Оперативное лечение: эндоваскулярное(установка стент-графтов и склерозирование) или хирургическое(пластика протезом).

42. Ситуационная задача

Больной М., 43 лет, предъявляет жалобы на одышку смешанного характера при ходьбе до 1 км, подъеме по лестнице до 3 этажей; периодическое ощущение перебоев в работе сердца, «трепыхания в груди» (в основном после ходьбы), повышенную утомляемость иногда головокружения, высокие цифры АД при самоконтроле (160-180/100 мм рт ст) АД повышалось 5 лет до 150/90. Появились отеки лица. Ухудшение отмечает после переохлаждения 10 дней назад. В 11 лет перенес тяжелую ангину, после которой болели и отекали суставы, беспокоила общая слабость и одышка при физических нагрузках. Лечился стационарно. В течение 1 года проводилась противорецидивная антибактериальная терапия бициллином. В дальнейшем на учете у врача не состоял в связи с хорошим самочувствием. Появление и нарастание одышки, перебои в работе сердца отметил в последние 3 года, в связи с чем и обратился к врачу. Был обследован, выявлен сочетанный митральный порок. Постоянно наблюдается у ревматолога. В последнее время отметил значительное учащение сердцебиений. Отмечал периодически плохие анализы мочи.

При объективном осмотре: Состояние удовлетворительное. Бледность кожных покровов, умеренный цианоз губ, акроцианоз. Дыхание везикулярное жесткое, хрипов нет. Тоны сердца аритмичные, I тон приглушен, систоло-диастолический шум в I точке аускультации, акцент II тона над легочной артерией. ЧСС=95 в мин. PS = 89 в мин. Живот мягкий, б/б. Печень не увеличена. Отеков нет.

В анализах крови: гемогл.-150г/л, эр.-5,0*10¹²/л, лейкоц.-4,0*10⁹/л, СОЭ – 7мм/час, тромбоц.-280*10⁹/л; фибриноген 2,4 г/л., об. Белок 63,6г/л, АсТ 25Ед/л, АлТ 31 Ед/л, креатинин 0,146ммоль/л, мочевины 9,5 ммоль/л, К 5,0 ммоль/л АВР 50сек., ПТИ -78%.

Полный анализ мочи: сол/желт., уд. Вес 1005, белок 150мг/л, глюкоза 0, эпит. Пл. 1-3, лейкоц.0-2, эритроц. 5-6-8, гиал и зерн. Цилиндры 2-1-3 в п/зр.

ЭКГ: Ритм фибрилляции предсердий с ЧСС 89 в мин.

ХМЭКГ: Постоянная тахи-брадиформа фибрилляции предсердий с максимальной асистолией до 4344 мсек. Редкая одиночная, парная желудочковая экстрасистолия.

ЭХОКГ : Выраженный митральный стеноз с НМК II степени, кальциноз митрального клапана I ст, увеличение левого предсердия, правых камер сердца, НТК I степени. ФВ = 49%.
Признаки ЛГ.

УЗИ почек: размер левой почки 10*6,0см, правой почки 11,0*6,1см.

Вопросы:

Основные направления терапии и профилактики осложнений

Эталонные ответы:

Необходимо оперативное лечение порока сердца, протезирование. Решение вопроса об оперативном лечении после обследования (бак.посев мочи, сут.моча на белок, пр. Нечипоренко,) и лечения у нефролога. Учитывая головокружения и данные ХМ - асистолия 4344 мсек. необходима установка ЭКС.

Консервативное лечение: лечение нефропатии (амоксциллин с клавулановой кислотой, преднизолон, фуросемид, курантил, гепарин, иАПФ). Лечение ХСН (ИАПФ, диуретики, после установки ЭКС - пульсурежающая терапия-бетаблокаторы и сердечные гликозиды при необходимости.)

43. Ситуационная задача

Больная С., 42 лет, обратилась в клинику с жалобами на одышку, сердцебиение, обморочные состояния, которые появляются при перемене положения тела. Беспокоят также постоянная общая слабость, быстрая утомляемость, похудание за время болезни, постоянное

повышение температуры тела до 37,0 – 37,50С, одышка смешанного характера при ходьбе. Больна в течение года. 7 месяцев назад перенесла острое нарушение мозгового кровообращения (в бассейне правой СМА), 3 месяца назад – ТИА. Старшая сестра была прооперирована по поводу опухоли сердца 2 года назад.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Умеренная бледность кожных покровов, акроцианоз. Дыхание везикулярное, жесткое над нижними отделами легких, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца расширены влево на 1,5см. При аускультации сердца: расщепление I тона, диастолический шум в первой точке аускультации, изменяющийся и исчезающий при перемене положения тела больной. ЧСС=72 в мин. АД=125/80мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

В анализах крови: гемогл.-105г/л, эр.-3,8*10¹²/л, гипохромия эритроцитов, лейкоц.-9,0*10⁹/л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево до миелоцитов, СОЭ – 51мм/час, тромбоц.-380*10⁹/л. СРБ ++, фибриоген 4,44 г/л, серомукоиды 0,5ед., об. Белок 63,6г/л, АсТ 25Ед/л, АлТ 31 Ед/л, АСЛО – 50ед., РФ отриц. АВР 60сек., ПТИ -80%.

На ЭКГ: ритм синусовый, выявляются признаки гипертрофии левого предсердия.

Рентгенография органов грудной клетки: увеличение левого предсердия.

ТТЭХОКГ: Увеличение размеров левого предсердия, появление «облачка» эхосигнала между створками митрального клапана во время диастолы желудочков. Во время систолы желудочков дополнительный эхосигнал виден в полости левого предсердия. При линейном сканировании на протяжении сердечного цикла можно проследить за движением «облачка» из левого предсердия в левый желудочек и обратно. Границы тени шероховатые, размытые. Умеренная легочная гипертензия.

Вопросы:

Тактика лечения и прогноз.

Эталон ответа:

Учитывая клиническую симптоматику - обтурация МК миксомой с обмороками необходимо срочное оперативное вмешательство. Учитывая развитие БЭ- посев крови, антибиотикотерапия по схеме и на фоне начатой АБ терапии (цефтриаксон 100мг/кг+ гентамицин 3мг/кг) - оперативное удаление миксомы.

44. Ситуационная задача

Больная С., 57 лет, доставлена в приемное отделение больницы бригадой СМП. Жалуется на сердцебиение, которое началось внезапно, на «стеснение в груди», головокружение, потливость, нехватку воздуха. Приступ сердцебиения возник впервые, около 20 минут назад, после физической нагрузки. Два года назад перенесла инфаркт миокарда.

Объективно: состояние больной средней степени тяжести. В нижних отделах легких влажные хрипы. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 160 в минуту, ритмичный. АД100/70. Мочеиспускание частое.

На ЭКГ: ритм правильный, 160 ударов в минуту, зубец Р не определяется. QRS-180 мс., деформирован. Электрическая ось отклонена влево.

Вопросы:

Показания к установке имплантируемого кардиовертера-дефибриллятора (ИКД)

Эталон ответа

Показания к установке ИКД:

- остановка сердечной деятельности, обусловленная ФЖ/ТЖ,

- перенесенный не менее 40 дней назад ИМ с развитием дисфункции ЛЖ (ФВ < 35%) и сердечной недостаточностью II-III ФК,
- спонтанные пароксизмы устойчивой ЖТ у больных со структурной патологией сердца,
- синкопе неясного генеза, которым клинически соответствует гемодинамически значимая ЖТ/ФЖ, индуцированная во время ЭФИ,
- ишемическая ДКМП с дисфункцией ЛЖ (ФВ <35%) и СН II-III ФК.

45. Ситуационная задача

Больной Л., 38 лет, инженер, доставлен в клинику с жалобами на головокружение, обмороки, боли в области сердца, одышку при физической нагрузке. В 10-летнем возрасте болели суставы. В последние 3-4 года стали беспокоить головокружения при ходьбе, иногда обмороки. В последний год беспокоят за грудиной боли и одышка при быстрой ходьбе. На работе при подъеме по лестнице внезапно появилось головокружение, было кратковременное потемнение в глазах, небольшие боли в сердце, сердцебиение. Доставлен БСМП с подозрением на инфаркт миокарда.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Бледность кожных покровов. Отеков нет. В легких дыхание жесткое. Сердце увеличено влево до передне-подмышечной линии. Верхушечный толчок усилен. При пальпации над грудиной определяется систолическое дрожание. I тон на верхушке ослаблен. Ослаблен II тон на аорте. Грубый систолический шум на аорте, проводится на сосуды шеи и в межлопаточную область. Пульс-52 в минуту, ритмичен. АД-100/85 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный. ЭОС отклонена влево. Высокий R в I, II, V4-V6. Депрессия ST в AVL, V4-V6, двухфазный T в I, II, AVL, V4-V6

ЭХО-КГ: АК- кальциноз 3 ст., ЛП-46 мм, ПП-43 мм, КДР-60 мм, КСР-55 мм, КДО-157 мл, КСО-55 мл, ФВ-52%, ТЗСЛЖ-12 мм., ТМЖПЛЖ-12 мм

Рентгенография органов грудной клетки: увеличение ЛЖ. Атеросклероз стенок аорты. Увеличение ЛП. Венозный застой в легких.

Вопросы:

В чем заключается профилактика приступов? Неотложная помощь. Определите план лечения.

Эталонные ответы

Профилактика приступов заключается в исключении значительной физической нагрузки, приеме препаратов, улучшающих микроциркуляцию головного мозга. Неотложная помощь заключается в создании покоя. При головокружении и обмороках-горизонтальное положение. В дальнейшем – оперативное лечение (протезирование АК). Планово: низкосолевая диета, медикаментозные препараты – небольшие дозы диуретиков.

46. Ситуационная задача

Больная Д., 47 лет, поступила в больницу с жалобами на сильную головную боль, головокружение, шум в ушах, мелькание мушек перед глазами, ощущение дрожи во всем теле, тошноту. Шесть месяцев тому назад появилась сильная головная боль, головокружение, потемнение в глазах после психической травмы. Тогда была доставлена в больницу, где впервые обнаружено высокое давление (180/120 мм. Рт. Ст.). Находилась на стационарном лечении 8 дней и была выписана в удовлетворительном состоянии.

В настоящее время при поступлении общее состояние средней степени тяжести. Лицо гиперемировано. Пульс 98 ударов в минуту, АД – 190/120 мм.рт. ст на обеих руках. Границы сердца смещены влево на 1 см., тоны чистые. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Анализы крови и мочи без патологии. После проведенной терапии

в приемном покое через 2 часа самочувствие улучшилось, уменьшилась головная боль. Исчезли мушки перед глазами и дрожь в теле. АД снизилось до 160/100 мм. Рт. Ст. Через 8 часов АД стало 140/90 мм. Рт.ст. Приступ закончился императивным позывом на мочеиспускание.

Вопросы:

Какие основные медикаментозные средства применяются для оказания неотложной помощи?

Эталоны ответов

Неотложная помощь:

- а) нитропруссид натрия в/в струйно – периферический вазодилататор;
- б) гидралазин (апрессин) в/в – артериальный вазодилататор;
- в) анаприлин (обзидан) в/в – бета-блокатор;
- г) эналаприлат в/в – ингибитор АПФ;
- д) магния сульфат 25% в/в – артериальный вазодилататор;
- е) каптоприл под язык – ингибитор АПФ.

47. Ситуационная задача

Больной Н., 65 лет, поступил с жалобами на одышку при ходьбе до 150 метров, изредка в состоянии покоя, отеки н/з голеней. Пять лет назад впервые стали беспокоить боли за грудиной сжимающего характера, возникающие при ходьбе, подъеме, покое, купирующиеся приемом нитроглицерина через 2-3 минуты. Два года назад перенес инфаркт миокарда, после чего стали беспокоить одышка, вначале при ходьбе, а в последнее время и в покое, появились отеки н/конечностей. Периодически принимал мочегонные. Отмечает ухудшение самочувствия в течение последнего года.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Положение ортопное. Цианоз губ. Отеки н/з голеней. Дыхание везикулярное, влажные хрипы в задне-нижних отделах обоих легких. Сердце увеличено влево. Систолический шум на верхушке, 1 тон на верхушке ослаблен. Акцент 2 тона на аорте. ЧСС-72 удара в минуту. АД- 180/90 мм.рт. ст. Печень на 3 см выступает из-под края правой реберной дуги. Живот мягкий, безболезненный.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС – 72 уд/мин, патологический зубец Q в I, aVL, V2-V5. Подъем сегмента ST в V2-V5 на 3 см. Электрическая ось отклонена влево, зубец R высокий в V6

ЭХО-КГ: аорта-стенки уплотнены, ЛП-45-56 мм, ПП- 43-52 мм, сист. Давление ЛА- 42 мм.рт. ст.. ЛЖ КДО- 190 мл, КСО -60 мл, ФВ-47%, ТЗСЛЖ-10 мм. Гипокинезия передне-перегородочной области, дискинезия верхушечной области ЛЖ.

Вопросы:

Ваш клинический диагноз?

Эталоны ответов

Клинический диагноз: ИБС. Стабильная стенокардия напряжения, ФК 3. ПИКС (инфаркт миокарда с зубцом Q передней стенки ЛЖ). Хроническая аневризма верхушки левого желудочка. Гипертоническая болезнь 3 стад, 3 степ., риск 4. ХСН II Б. ФК 2-3.

48. Ситуационная задача

Больной А., 56 лет, доставлен бригадой СМП в кардиологический диспансер с жалобами на жгучие боли за грудиной с иррадиацией в левую подлопаточную область, чувство нехватки воздуха, потливость. Боли появились 2 часа назад. Из анамнеза известно, что пациент 2 недели назад выписан из гастроэнтерологического отделения, где проходил лечение по поводу обострения язвенной болезни желудка.

Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, холодные. Дыхание везикулярное, ослабленное в нижних отделах обоих легких. Тоны сердца аритмичные, ЧСС-52 уд/мин. АД-90/60 мм.рт. ст. Печень по краю правой реберной дуги
ЭКГ: подъем ST на 4 мм во II, III, aVF, АВ блокада 3 ст. Высокий з.Р в V1-V2. Одиночные выскальзывающие экстрасистолы.

Вопросы:

Методы реваскуляризации

Эталоны ответов

Восстановление коронарной перфузии – тромболитическая терапия. У пациента проведение тромболитической терапии сопряжено с опасностью развития желудочно-кишечного кровотечения, поэтому тромболитическая терапия противопоказана. Пациент нуждается в экстренной коронарографии, хирургической реваскуляризации.

49.Ситуационная задача

Больной В., 55 лет, вызвал на дом участкового врача. Больной жалуется на сильные пульсирующие боли в голове, особенно в затылочной области, на головокружение, тошноту, рвоту, ухудшение зрения, шум в ушах, онемение и слабость правой руки, давящую боль в области сердца, перебои в работе сердца, одышку при ходьбе до 100 м, подъеме на 2 этаж. Ухудшение связывает с перенесенным острым респираторным заболеванием.

Объективно: больной повышенного питания, заторможен, речь невнятная. Кожные покровы бледные. Частота дыхания 20 в минуту, дыхание везикулярное. Хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Границы сердца расширены влево на 2 см, акцент 2 тона на аорте, систолический шум на верхушке. АД 250/140 ммрт.ст. ЧСС 68 уд/мин. Печень по краю правой реберной дуги. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.

Вопросы: Перечислите мероприятия по неотложной помощи.

Эталоны ответов

АД следует понижать постепенно, во избежание ухудшения кровоснабжения головного мозга, сердца, почек, не более чем на 25% от исходного за первые 1-2 часа; Для снижения артериального давления при церебральном варианте осложненного гипертонического криза рекомендуется использовать нитропруссид натрия или лабеталол. Форма выпуска нитропрусида натрия: ампулы, содержащие 50 мг активного вещества. Перед употреблением содержимое ампулы разводится в 250 мл глюкозы, что дает концентрацию 200 мкг/мл, или 10 мкг/кап. Начальная скорость инфузии 0,5 мкг/кг/мин., с последующим увеличением, в зависимости от клинического эффекта, до 10 мкг/кг/мин. - Лабеталол (Трандат) является блокатором альфа- и бета-адренорецепторов. Данный препарат оказывает быстрый антигипертензивный эффект. Форма выпуска: ампулы по 5 мл 1% раствора (50 мг в ампуле). При кризе вводят медленно в/в в дозе 50 мг в течение минуты, при необходимости инъекции можно повторять каждые 10—15 мин. До появления клинического эффекта или достижения суммарной дозы 200 мг, однако лучшего результата можно достигнуть при в/ в капельном введении данного препарата. С этой целью содержимое ампул разводят физ. Раствором до концентрации 1 мг/мл и вводят в/в со скоростью 2 мл (2 мг) в 1 минуту. При таком пути введения для купирования криза бывает достаточным 50—200 мг лабеталола. - При лечении гипертонической энцефалопатии не рекомендуется применять клофелин и анаприлин (наличие измененных сосудов головного мозга является противопоказанием для их назначения). - Если гипертоническаяэнцефалопатияосложняется судорожным синдромом, оптимальным

препаратом для его купирования является, диазепам в дозе 10— 30 мг в/в медленно, лазикс в/в, каптоприл сублингвально, эналаприлат в/в.

50. Ситуационная задача

Больной О., 46 лет, поступил в клинику с жалобами на давящие боли в области сердца, нехватку воздуха, сердцебиение, головокружение, «мелькание мушек» перед глазами. Заболел остро: за 2 часа до поступления появилось сердцебиение. Вызвал СМП, госпитализирован в кардиологический стационар.

При поступлении состояние тяжелое, больной бледен. Выраженный цианоз губ, конечности холодные. Тоны сердца громкие, ритмичные. Ps-180 уд/мин, слабый, без дефицита. АД – 100/70 мм.рт.ст.

ЭКГ: ЧСС -186 уд/мин., QRS - 180 мс, деформирован по типу БПНПГ, з. Р не виден;

Анализ крови: эритроц.- $4,2 \times 10^{12}/л$, Hb- 149 г/л, лейкоц. – $11,0 \times 10^9/л$, СОЭ – 19 мм/ч;

Биохимический анализ крови: КФК-МВ – 156 Ед/л, тропонины – положительно, АСТ – 45 Ед/л, АЛТ – 25 Ед/л, глюкоза -6,9 ммоль/л;

Вопросы:

Методы ревазуляризации

Эталонные ответы

Восстановление коронарной перфузии – тромболитическая терапия (если установлено время начала ангинозного приступа), при отсутствии противопоказаний. Тромболитические препараты: тканевой активатор плазминогена (альтеплаза, тенектеплаза), проурокиназа (пууролаза), стрептокиназа (практически не используется в настоящее время). Решение вопроса о проведении экстренной коронарографии, инвазивной ревазуляризации.

51. Ситуационная задача

Больная П., 50 лет, отмечает повышение температуры тела до 38-39° в течение 2 месяцев после удаления зуба, снижение аппетита, похудание на 7 кг. Лечение ампициллином внутримышечно дает временный эффект. Два дня назад доставлена в неврологическое отделение по поводу нарушения мозгового кровообращения.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Точечная геморрагическая сыпь на коже н/конечностей. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Тоны сердца аритмичные (экстрасистолия). I тон ослаблен, систолический шум на верхушке. ЧСС – 98 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Гепатоспленомегалия. Отеков нет.

Анализ крови: эритроц.- $3,8 \times 10^{12}/л$, Hb- 98 г/л, лейкоц. – $15,0 \times 10^9/л$, нейтрофилы -72%, СОЭ – 27 мм/ч.

Вопросы:

Перечислите хирургические методы лечения

Эталонные ответы

Ревизия, пластика или протезирование клапана сердца

52. Ситуационная задача

Больная М., 46 лет, беременная 30 нед (беременность первая, ЭКО) доставлена БСМП с приступом загрудинных интенсивных давящих болей с холодным потом и чувством нехватки воздуха. Боли длились 1 час. Возникли после генеральной уборки дома. Ранее, в процессе наблюдения, за беременностью и до нее жалоб на боли в области сердца не предъявляла.

Об-но: Состояние средней степени тяжести. Кожа и конъюнктивы бледные. Ксантомы на веках. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Левая граница сердца смещена

влево на 1 см. Тоны сердца ослаблены. Шумов нет. Частота сердечных сокращений – 92 в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, б/б. Печень не пальпируется. Периферических отеков нет

ЭКГ: зубцы R в V 3,4 имеют низкий вольтаж. Сегменты ST V1-V2, V4- V5 приподняты на 3 мм., сегмент ST V3 – на 4 мм. Сегменты ST 1,2,aVL, опущены, ранее ЭКГ со слов больной была нормальной.

Вопросы:

Какой тактики следует придерживаться(консервативной или оперативной)?

Эталоны ответов

Показано проведение ЧКВ и РЭП голометаллическим стентом

53.Ситуационная задача

Женщина 40 лет планирует беременность. Жалуется на подъемы артериального давления до 160/90 мм.рт.ст. с головной болью. Не обследовалась и не лечилась. Жалоб со стороны сердца не было. Курит. У отца в 50 лет ОИМ.

Объективно: Рост 170см., вес 80 кг. Состояние удовлетворительное, положение активное, Границы легких в пределах нормы. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18. Область сердца б/о. Границы отн. тупости –левая по срединно-ключичной линии, правая по краю грудины, верхняя 2 ребро слева. Тоны сердца ясные, ритмичные 1т> 2т.; пульс ритмичный 82 в мин, АД=154/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, б/б. Печень не пальпируется. Отеков нет. ОТ 90см

Анализ крови: эритро.- $5.6 \times 10^{12}/л$, Hb- 130 г/л, лейкоц. – $7,2 \times 10^9/л$, СОЭ – 10 мм/ч;

Биохимический анализ крови: АЛТ-30 Ед/л, АСТ-25 Ед/л, сахар-5,1 ммоль/л, о. Хс – 6,1 ммоль/л, ТГ-1,7 ммоль/л; креатинин 87 ммоль/л

Полный анализ мочи: уд.вес -1020, белок-0, лейкоц. -2-3 в п/зр.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС-80уд/мин, левограмма PQ 0.2, QRS 0,1, QT 0,34 мс. SV1 5 мм, RV6 25мм.

Вопросы:

Тактика ведения пациентки.

Эталоны ответов

Метилдопа 50мг/сут или нифедипин медл.высвобождения 20мг.

54.Ситуационная задача

Больная, 30 лет, беременная 30 нед (беременность первая) во время ожидания планового осмотра терапевта почувствовала частое сердцебиение, умеренную слабость. По ЭКГ тахикардия с узкими комплексами с ЧСС 160

Состояние удовлетворительное. Кожа и конъюнктивы бледные. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Левая граница сердца смещена вправо на 0.5 см от срединно-ключичной линии, правая по краю грудины, верхняя 2 ребро слева. Тоны сердца ясные, ритмичные. Шумов нет. Частота сердечных сокращений – 160 в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, б/б. Печень не пальпируется. Периферических отеков нет

ЭКГ: з. Р отсутствует, ЧСС 160, QRS 0,08, ST на изолинии

Вопросы:

Тактика после оказания помощи.

Эталоны ответов

При рецидивировании приступов - назначение метопролола в дозе 25-50 мг постепенным титрованием дозы или верапамила в дозе 120 мг в сут.

55.Ситуационная задача

Больная, 20 лет, планирует беременность пришла на осмотр к терапевту. Жалобы на периодически возникающие колющие боли в области верхушки сердца.

Об-но: Рост 189см, вес 65 кг. Астеник. Состояние удовлетворительное. Положение активное. Кожа и конъюнктивы физиологической окраски. Выраженный кифоз грудной клетки. Воронкообразная деформация грудной клетки. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Левая граница сердца смещена вправо на 1 см. Тоны сердца ясные ритмичные. 1т> 2т .выслушивается систолический щелчок с позднесистолическим шумом. Частота сердечных сокращений – 88 в минуту, АД – 114/70 мм рт. ст. Живот мягкий, б/б. Печень не пальпируется. Периферических отеков нет. Длина туловища по отношению к длине ног уменьшена. Пальцы рук вытянутые, очень длинные. Гипермобильность суставов. Вопросы:

Тактика ведения в зависимости от результатов обследования.

Эталон ответа

Для диагностики аневризмы аорты во время беременности не реже 1 раза/мес., перед родами, и в раннем послеродовом периоде выполняют ЭхоКГ.

51. Ситуационная задача

Больной 72 лет, страдающий артериальной гипертонией, в течение суток многократно повторялись загрудинные сжимающие боли, отдающие в шею и плечи, сопровождающиеся чувством страха, полностью не купирующиеся таблетками. АД 110/70 мм рт. ст. На ЭКГ: ритм синусовый. ЧСС 98 в 1 мин. Подъем сегмента ST на 1,5 мм от изолинии в V1 - V4. Какова лечебная тактика?

Эталон ответа: Показана срочная госпитализация в ПИТ кардиологического отделения; в/в введение морфина для купирования болевого синдрома; per os аспирин 250 мг (разжевать) и клопидогрел 300 мг; п/к низкомолекулярные гепарины или в/в капельное введение нефракционированного гепарина в течение 48 часов; в/в капельно нитраты и в/в дробно бета-адреноблокаторы. 4. Динамика ЭКГ; ан. крови на тропонины, ан. крови общий, АЧТВ, креатинин; ЭхоКГ.

52. Ситуационная задача

Больная 76 лет поступила с острым крупноочаговым инфарктом миокарда задней стенки левого желудочка. ЭКГ-мониторинг установил прогрессивное увеличение интервала PQ с последующим выпадением ряда комплексов QRS. В течение первых суток неоднократно возникали кратковременные эпизоды потери сознания с судорогами и дыханием Чейн-Стокса.

Объективно: Бледность кожных покровов и слизистых. ЧСС 38 в 1 мин. АД 170/100 мм рт.ст. На ЭКГ: различные интервалы сцепления зубцов P с QRS; желудочковые комплексы широкие (до 0,14сек); интервалы PP длительностью 0,82 сек, а RR – 1,8 сек.

Назначьте лечение.

Эталон ответа: Лечение: временная эндокардиальная кардиостимуляция, до ее проведения – инъекции атропина.

53. Ситуационная задача

В первые 4 часа распространенного крупноочагового инфаркта миокарда у больного 67 лет внезапно появилось ритмичное сердцебиение с ЧСС более 140 в 1 мин. В течение нескольких минут развился выраженный акроцианоз и бледность кожи, АД снизилось до 80/60 мм рт. ст. На ЭКГ: зубцы P не определяются; комплексы QRS деформированы, шириной более 0,14 сек; интервалы RR примерно одинаковы.

Назначьте лечение.

Эталон ответа: Экстренная электрическая кардиоверсия.

54. Ситуационная задача

У больной 75 лет с хроническим бронхитом в анамнезе около 6 часов назад после психоэмоционального напряжения появились сердцебиения и перебои в работе сердца.

Двукратный прием корвалола облегчения не принес, и в связи с ухудшением самочувствия вызвала бригаду СМП. При осмотре предъявляет жалобы на слабость, головокружение, чувство нехватки воздуха.

Объективно: лежит в постели на двух подушках, цианоз губ. В легких жесткое дыхание, умеренное количество сухих свистящих и басовых хрипов, ЧД 32 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, аритмичные, 140 в 1 мин; пульс слабого наполнения, 110 в 1 мин. АД 90/70 мм рт.ст. ЭКГ: зубцы Р отсутствуют, интервалы RR разные по длительности, горизонтальная депрессия ST до 3 мм в I, aVL, V4-V6.

Врачебная тактика.

Эталон ответа: Увлажненный кислород, премедикация наркотическими анальгетиками и срочная электрическая кардиоверсия. Транспортировка в кардиологическое отделение.

55. Ситуационная задача

У больной 63 лет жалобы на одышку в покое, боли в правом боку при вдохе, малопродуктивный кашель, повышение температуры до 37,6°C. 6 дней назад появились одышка, распирающие боли в грудной клетке, затем повышение температуры без ознобов, появился кашель. Около 15 лет отмечает повышение АД до 180/110 мм рт.ст.

Объективно. Повышенного питания (рост 159 см, вес 100 кг). Ак-роцианоз. Температура 37,4°C. Правая голень больше в объеме и на ощупь теплее левой. ЧД 26 в мин. В правой подлопаточной области вы-слушивается шум трения плевры, дыхание везикулярное, ослаблено. Пульс 92 удара в мин., ритмичный, полный. АД 170/90 мм рт.ст. Акцент II тона на легочной артерии. Других изменений со стороны внутренних органов не выявлено.

Перечислите направления лечения.

Эталон ответа: Постельный режим; гепаринотерапия с последующим назначением непрямых ангикоагулянтов.

56. Ситуационная задача

У больного 52 лет ранним утром появились интенсивные загрудинные боли, длительностью около 40 минут, которые врач СМП купировал в/в введением наркотических анальгетиков. С учетом ЭКГ-данных (появления монофазного подъема сегмента ST в I, II, aVL, V1-V6), больной доставлен в стационар, где через несколько часов развился приступ сердцебиения, сопровождающийся резкой слабостью, падением артериального давления. При этом на ЭКГ зубцы Р не определялись, желудочковые комплексы были деформированы и уширены до 0,14 сек, число сокращений желудочков составляло 150 в минуту.

Назначьте лечение.

Эталон ответа: Амиодарон в/в капельно до 450-600 мг. В случае неэффективности этой дозы – электрическая кардиоверсия. Ингаляция кислорода. Введение гепарина в/в струйно.

57. Ситуационная задача

Течение острой стадии трансмурального переднего инфаркта миокарда у больного 47 лет осложнилось развитием блокады левой ножки пучка Гиса и атриовентрикулярной блокады I ст. Появились жалобы на чувство нехватки воздуха и одышку. Объективно: усилился акроцианоз и бледность кожных покровов. ЧСС 76 в мин, АД 90/55 мм рт.ст. Тоны глухие, ритмичные. Дыхание ослаблено. Внезапно развились потеря сознания и агональное дыхание, констатирована клиническая смерть.

Лечебная тактика.

Эталон ответа: Начать реанимационные мероприятия: непрямой массаж сердца, электрическая дефибрилляция сердца (ЭДС). При неэффективности ЭДС – внутривенно адреналин, атропин. После каждого введения – 2 минуты непрямого массажа сердца и повторная ЭДС.

58. Ситуационная задача

Больной 47 лет вызвал СМП около 5 часов утра в связи с интенсивными болями в области сердца, которые возникли 20 минут назад. Боли сопровождаются резкой слабостью,

ощущением перебоев в работе сердца. Подобные приступы беспокоили в течение месяца 3 раза и примерно в это же время, но отличались меньшей длительностью. В дневное время боли в сердце не беспокоят.

Объективно: ортопноэ, кожа бледная, обычной влажности. В легких дыхание везикулярное. Границы сердца не увеличены; тоны приглушены. Живот без особенностей. ЭКГ: подъем сегмента ST на 5 мм в II, III и aVF, депрессия сегмента ST в I, aVL, V1-V6. После приема нитроглицерина боли полностью купировались. Доставлен в кардиологическое отделение стационара.

Через 24 ч состояние удовлетворительное, боли не возобновлялись. ЭКГ: сегмент ST во всех отведениях на изолинии. Анализ крови: лейкоциты $7 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 10 мм/ч; уровень тропонина за время наблюдения – в пределах нормы.

Перечислите принципы лечения.

Эталон ответа: Пролонгированные нитраты, антагонисты кальция, никорандил.

59. Ситуационная задача

Больная 50 лет: жалобы на боли в левом плечевом суставе тянущего характера и головные боли. День назад после подъема небольшой тяжести появились боли в левой половине грудной клетки и плечевом суставе. Гипертоническая болезнь в течение 10 лет. АД от 160/90 до 170/100 мм рт.ст.

Объективно: избыточная масса тела, гиперемия лица. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Левая граница сердца на 2 см снаружи от срединно-ключичной линии, тоны приглушены, акцент II тона над аортой, систолический шум на верхушке, экстрасистолы до 7 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. При поколачивании по поясничной области болезненности нет. Почки не пальпируются. Отеков нет. Отмечается болезненность при пальпации паравerteбральных точек слева в шейно-грудном отделе позвоночника. ЭКГ: синусовый ритм 90 в 1 мин, суправентрикулярные желудочковые экстрасистолы до 10 в 1 мин, горизонтальное направление электрической оси сердца, смещение интервала ST в I, aVL, V4-V6 на 3 мм вверх.

Ваша врачебная тактика.

Эталон ответа: Нитроглицерин под язык; наркотические анальгетики; АСК 250-300 мг, клопидогрел 300 мг, бета-блокатор в/в или внутрь (например, пропранолол 40 мг), гепарин, каптоприл 25 мг. Госпитализация в ПИТ кардиологического отделения.

60. Ситуационная задача

Врач скорой помощи приехал по вызову к больному 60 лет, который предъявляет жалобы на интенсивные загрудинные боли раздирающего характера, иррадиирующие в нижнюю челюсть и оба плеча. Боли появились около 2-х часов назад. Прием анальгетиков, валидола и валокордина болевой синдром не купировал. Напротив, отмечается нарастание интенсивности болей, появление головокружения, потливости. Неоднократно была рвота.

Объективно: кожные покровы бледные, покрыты холодным потом; выражен акроцианоз. Больной стонет от болей. В легких дыхание жесткое, в нижних отделах ослабленное. Границы сердца: правая и верхняя в пределах нормы, левая – на 1 см снаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца глухие, ритмичные. ЧСС 108 в 1 мин. АД 85/60 мм рт.ст. ЭКГ: синусовая тахикардия, подъем сегмента ST в III, aVF, V5-V6 отведениях без существенного изменения комплекса QRS.

Ваша врачебная тактика.

Эталон ответа: аспирин 250-300 мг, тикагрелор 180 мг, гепарин 4000 ед, в/в введение наркотических анальгетиков для купирования болей, в/в капельное введение вазопрессоров; экстренная госпитализация для выполнения первичного ЧКВ.

61. Ситуационная задача

В приемное отделение доставлен машиной СМП больной 58 лет. Жалуется на постоянные боли в эпигастральной области нарастающей интенсивности, тошноту и рвоту, резкую слабость. Боли появились около 6 часов назад и, по мнению больного, возникли

беспричинно. В анамнезе язвенная болезнь желудка. Последнее обострение несколько лет назад.

Объективно: бледность кожных покровов, умеренная их влажность, цианоз губ. В легких дыхание везикулярное. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца глухие, ритмичные. ЧСС 104 уд. В 1 мин. АД 120/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в эпигастральной области. В момент осмотра симптомов раздражения брюшины не определяется. Стула нет вторые сутки. ЭКГ: синусовый ритм. Умеренное снижение вольтажа зубца R и умеренный подъем сегмента ST в II, III, aVF.

Тактика обследования больного.

Эталон ответа: экстренно исследовать кровь: тропонин в динамике, лейкоциты, гемоглобин, гематокрит, альфа-амилаза. Консультация хирурга с обязательным ректальным исследованием. ЭКГ в динамике.

62. Ситуационная задача

У больной 79 лет с переломом шейки левого бедра 3-недельной давности внезапно развились боли в грудной клетке, одышка, в связи с чем на дом вызвана бригада СМП. При активном расспросе выявлены жалобы на боли в левой голени и влажный кашель с прожилками крови в мокроте.

Объективно: лежит в постели с низким изголовьем, кожа бледная, умеренно выраженный цианоз лица. В легких жесткое дыхание, слева в нижних отделах – ослабленное, там же влажные мелкопузырчатые хрипы, ЧД 30 в 1 мин. Тоны сердца глухие, ЧСС 110 в 1 мин, экстрасистолы до 6-8 в 1 мин. АД 100/70 мм рт.ст. ЭКГ: синусовая тахикардия, предсердные экстрасистолы, электрическая ось сердца отклонена вправо, инвертированные зубцы T в V1-V2, депрессия ST в II, III, aVF. На ЭКГ, снятой 3 недели назад, этих изменений не было. Неотложные мероприятия.

Эталон ответа: Гепарин в/в, наркотические анальгетики. Экстренная госпитализация в кардиологическое отделение.

63. Ситуационная задача Мужчина, 57 лет, доставлен в терапевтическое отделение с жалобами на приступообразную одышку с затрудненным вдохом, стеснение в груди, сухой кашель. Такое состояние возникло впервые, внезапно ночью во время сна.

Из анамнеза известно, что пациент страдает АГ в течение последних 5 лет, постоянной антигипертензивной терапии не получал.

При осмотре: больной возбужден, ортопноэ, разлитая бледность кожных покровов с цианозом лица и губ. Пульс 120 в мин, ритмичен, напряжен. АД 180/120 мм.рт.ст. Левая граница сердечной тупости смещена латерально на 2 см. У верхушки 1-й тон приглушен, ритм «галопа», на аорте акцент 2-го тона. Дыхание хриплое, 32 в мин, SpO₂89%. В легких масса сухих хрипов, в верхних и средних отделах мелкопузырчатые влажные хрипы. Печень не увеличена. Отеков нет. Температура тела нормальная.

В анализе мочи существенных изменений нет. На ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 120 в мин, RV₄<RV₅<RV₆, в V₂-3 преобладают зубцы S. SV₁=22 мм, RV₆=16 мм.

Вопросы:

Предложите план обследования больного после купирования острого состояния.

Эталоны ответов:

Оценка общего сердечно-сосудистого риска (выявление факторов риска, поражения органов--мишеней и ассоциированных клинических состояний): курение, ИМТ, окружность талии, семейный анамнез, липидный спектр (общий холестерин, ЛПНП, ЛПВП, триглицериды), глюкоза плазмы натощак, калий и натрий сыворотки, мочевая кислота и креатинин сыворотки с расчетом СКФ, анализ мочи с оценкой белка в моче, анализ на микроальбуминурию, ЭКГ в 12 отведениях. По показаниям (при выявлении изменений) -

дополнительные методы исследования: гликированный гемоглобин, количественная оценка протеинурии, калий, натрий в моче и их соотношение, ЭхоКГ, холтеровское мониторирование ЭКГ, УЗИ сонных артерий, УЗИ периферических артерий, УЗИ органов брюшной области и почек, измерение скорости периферических артерий, лодыжечно-плечевой индекс.

64. Ситуационная задача Больной М., 48 лет. доставлен в кардиологическую клинику бригадой СМП с жалобами на впервые возникшие около 3 часов назад интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, одышку, общую слабость, холодный пот, однократную рвоту съеденной пищей. Употребление в пищу некачественных продуктов отрицает. В анамнезе заболеваний желудочно-кишечного тракта нет. Больной страдает артериальной гипертензией около 5 лет, адаптирован к АД 160/100 мм рт ст. Лекарственные препараты регулярно не принимает, за медицинской помощью не обращался. Курит до 20 сигарет в день, отец умер от инфаркта миокарда, мать страдает артериальной гипертензией.

Объективное исследование: Больной беспокоен, бледен, отмечается повышенная влажность кожных покровов, акроцианоз, язык влажный, обложен белым налетом. Дыхание в легких везикулярное жесткое, хрипов нет, ЧДД 22/мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, АД 150/90 мм рт ст., ЧСС 90/мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, отеков ног нет. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон.

Лабораторные данные: лейкоциты – $12,5 \cdot 10^9$ /л, повышение содержания миоглобина и тропонинов Т и I, КФК-МВ – 75 МЕ/л, уровни АСТ и АЛТ в нормальных пределах.

Инструментальные данные:

ЭКГ – куполообразное смещение интервала ST вверх от изолинии и слияние его с зубцом Т в отведениях III и aVF.

Вопросы:

Принципы терапии заболевания с учетом времени от его развития.

Эталоны ответов:

Принципы терапии:

а) восстановление кровотока в инфаркт-связанной артерии, б) профилактика и лечение ранних и поздних осложнений.

Амбулаторный этап: Нитроглицерин в аэрозоле. Анальгезия (морфин 2-4 мг, внутривенно с повтором через 10-15 мин), кислородотерапия, внутривенное введение нитратов (0,1% Нитроглицерин 5-10 мл, на физ. растворе) аспирин 500 мг, клопидогрел 300 мг или тикагрелор 180 мг, β -адреноблокаторы (метопролол в/в), гепарин в/в 5-10 тыс. ед, тромболитическая терапия (альтеплаза, стрептокиназа, ретеплаза, ланатеплаза, ретеплаза, тенектеплаза, метализе), при возможности доставки в сосудистый центр в течении 30-60 мин для проведения ЧКВ, время на ТЛТ не тратится.

Стационарный этап: восстановление кровотока: безотлагательно транслюминальная баллонная коронарная ангиопластика, транслюминальная баллонная коронарная ангиопластика со стентированием (возможен интракоронарный тромболизис) После операции: гепарин до 3-5 дней, аспирин 100 мг, клопидогрел 75 мг или тикагрелор 90 мг, метопролол 25 мг, иАПФ, статины.

65. Ситуационная задача

Больная Т., 45 лет. Доставлена в кардиологическую клинику бригадой СМП с жалобами на остро возникшую около 3-4 часов назад одышку, общую слабость, потливость, ломящую боль за грудиной. Вышеописанные жалобы беспокоят впервые в жизни. Около 5-6 дней

назад появилась отечность, гиперемия и болезненность в области правой голени после бытовой травмы, по поводу чего за медицинской помощью не обращалась, лечилась самостоятельно мазью «Диклофенак» с незначительным эффектом. В течение последних суток отмечала усиление болей в области правой голени. Заболевания сердца и бронхолегочной системы отрицает. Около 5 лет принимает оральные контрацептивы, курит до 10 сигарет в день, работает менеджером в банке, замужем, 2 детей.

Объективное исследование: больная беспокойна, возбуждена, повышена влажность кожных покровов, отмечается диффузный цианоз кожных покровов, яркий цианоз кожи лица и шеи, расширение вен шеи, язык влажный, обложен белым налетом. Дыхание в легких везикулярное жесткое, хрипов нет, ЧДД 32/мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент II тона над легочной артерией, АД 100/50 мм рт ст., ЧСС 105/мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Отечность и гиперемия в области правой голени.

Лабораторные данные: лейкоциты – $6 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 15 мм/час, содержание тропонинов Т, I и миоглобина в крови нормальное, КФК-МВ – 15 МЕ/л, АСТ – 30 Ед/л, АЛТ – 20 Ед/л, глюкоза крови – 4,5 ммоль/л, калий – 4,5 ммоль/л, натрий – 140 ммоль/л, креатинин – 0,085 ммоль/л, мочевины 5,0 ммоль/л. Инструментальные данные: ЭКГ: синусовая тахикардия с ЧСС 105/мин., отрицательные зубцы Т в отведениях V1-V3, смещение переходной зоны влево, отклонение электрической оси сердца вправо, эпизоды блокады правой ножки пучка Гиса.

Рентгенография грудной клетки: обеднение легочного рисунка в верхней и средней долях левого легкого.

ЭХО-КГ: увеличение объема правого желудочка, относительная недостаточность трикуспидального клапана и клапана легочного ствола.

Вопросы:

Какие принципы консервативного и хирургического лечения данного заболевания.

Эталоны ответов:

Анальгезия (морфин, промедол). Кислородотерапия. АПГ и внутрисосудистая ТЛТ, при невозможности АПГ – ТЛТ (стрептокиназа, альтеплаза, ретеплаза). Эмболэктомия, установка «кавафилтра». Гепарины (нефракционированный и низкомолекулярные), непрямые антикоагулянты (Варфарин 1.5т до МНО 2-3, или НОАК(дабигатрана этексилат, ривароксабан)

66. Ситуационная задача

Больной К, 77 лет длительной страдает артериальной гипертензией, фибрилляцией предсердий. Постоянно принимает эналаприл, бисопролол, аспирин. На этом фоне у больного возникло нарушение мозгового кровообращения. После выписки из неврологического отделения обратился к участковому врачу. Какая группа препаратов должна быть назначена больному?

Эталоны ответов: Пероральные антикоагулянты, предпочтительнее дабигатран, ривароксабан или апиксабан. Альтернатива – антагонисты витамина К (варфарин).

67. Ситуационная задача

Женщина 62 лет перенесла острый ишемический инсульт, который сопровождалось моторной афазией, правосторонним гемипарезом. Менингеального синдрома не было. К концу 4 месяца от начала болезни речь восстановилась полностью, гемипарез сохраняется. Через 6 месяцев после инсульта у больной развился острый инфаркт миокарда с элевацией сегмента ST. Возможно ли проведение тромболитической терапии у данной больной?

Эталон ответа: Проведение тромболитической терапии возможно

68. Ситуационная задача

Больная 57 лет обратилась к врачу с жалобами на головокружение, потемнение перед глазами, иногда кратковременную утрату сознания при переходе в вертикальное положение, общую слабость. В неврологическом статусе симптомов очагового поражения ЦНС не выявлено. Принимает многокомпонентную гипотензивную терапию: ингибиторы АПФ, тиазидные диуретики, альфа-блокаторы. Какой из гипотензивных препаратов может вызывать подобные симптомы?

Эталон ответа: альфа-блокатор часто вызывает постуральную гипотензию.

69. Ситуационная задача

Врач был вызван к мужчине 55 лет на дом. Накануне пациент почувствовал резкую слабость в правых конечностях. Больной не мог помочиться в течение 18 часов. Из анамнеза выяснилось, что пациент страдает мерцательной аритмией и сахарным диабетом. При неврологическом осмотре выявлен парез проксимального отдела правой руки и дистального отдела ноги, апраксия левой руки и симптомы орального автоматизма. Артериальное давление было ниже обычного для этого больного и составляло 130/60 мм рт. ст. Температура тела 37,0 градусов.

Первоочередной метод обследования больного?

Эталон ответа: Компьютерная томография головного мозга

70. Ситуационная задача

Мужчина 68 лет страдает гипертонической болезнью в течение 15 лет. После получения информации из отдела кадров об увольнении потерял сознание, упал. При осмотре в стационаре через 40 минут выявлено: кома I, лицо багрового цвета, пульс 56 ударов в минуту, АД 220/120 мм рт. ст., дыхание хриплое, левая щека «парусит» при дыхании, активных движений в левых конечностях нет, симптом Бабинского слева.

Какова первоочередная лечебная тактика?

Эталон ответа:

Выполнение нейровизуализации и назначение адекватной гипотензивной терапии. Целевые значения АД будут зависеть от типа ОНМК (ишемический или геморрагический)

71. Ситуационная задача

Женщина, 64 лет, обратилась с жалобами на учащенное сердцебиение и головокружение, которые возникли за 6 ч до обращения в клинику. Из анамнеза известно, что страдает артериальной гипертензией, имеет гиперлипидемию. Принимает бисопролол для лечения артериальной гипертензии и аторвастатин для коррекции гиперлипидемии. При осмотре температура тела в пределах нормы, частота сердечных сокращений — 52 уд/мин, частота дыхания — 14 в мин, артериальное давление — 148/88 мм рт. ст. При физикальном обследовании обнаружены умеренно повышенное яремное венозное давление и систолический шум умеренной интенсивности. При аускультации легких хрипов нет. Вопросы Какой диагноз наиболее вероятен?

Эталон ответа: 1. Наиболее вероятным диагнозом у больных с жалобами на сердцебиение и головокружение является нарушение сердечного ритма.

72. Ситуационная задача

Пациентка 50 лет поступила с жалобами на повышение АД до 200/100 мм рт.ст., сопровождающееся жгучими болями в области сердца, чувством нехватки воздуха, сильной головной болью, головокружением, тошнотой.

Анамнез заболевания. Последний год отмечает периодическое появление дискомфорта в области сердца, частые головные боли. Не обследовалось. Указанные выше жалобы появились 3 часа назад на фоне стрессовой ситуации. Доставлена бригадой СМП. Госпитализирована в стационар.

Анамнез жизни. Лекарственной непереносимости не отмечает. Наследственность отягощена по артериальной гипертензии (мать страдает этим заболеванием, перенесла ОНМК). Вредных привычек не имеет. В течение года отмечает нарушение менструального цикла.

Настоящее состояние. Общее состояние тяжелое. Сознание ясное. Положение активное. Рост – 156 см, вес – 94 кг. Гиперстеник. Лицо гиперемировано. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система без видимой патологии. Пастозность стоп и нижней трети голени. Варикозное расширение вен на ногах. Грудная клетка цилиндрическая. Границы легких в норме. Перкуторно – ясный звук. Дыхание везикулярное, чдд 21 в мин. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости расширены влево – в V межреберья слева по срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены, чсс 92 в мин, акцент II тона на аорте. АД 210/100 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный. С-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Обследование:

ОАК: Э-4,27, Нг-143 г/л, ЦП – 1,0, СОЭ-9 мм/ч, Л-7,2: п/я-1, с/я-62, э-2, м-9, л-26, Тр - 220
ОАМ: с/ж, прозрачная, 1000, белок – 0,033 г/л, л – 1-2, э – 0-1.

Биохимический анализ крови: общий холестерин – 6,1 ммоль/л, креатинин – 58 мкмоль/л, мочевины – 4,95 ммоль/л, глюкоза крови – 8,1 ммоль/л, билирубин общий – 17,9 мкмоль/л, АЛАТ – 25 Е/л, АСАТ – 35 Е/л, фибриноген 2 г/л.

ЭХОКГ МЖП – 1,3 см, ЛП – 3,4 см, ПЖ – 2,2 см, ПП – 4,1 х 4,5 см, ЛЖ: КДР – 5,9 см, КСР – 3,9 см, КДО – 160 мл, КСО – 80 мл, УО – 80 мл, ФВ – 57%, ΔS 48%. Заключение: Атеросклероз аорты. Умеренная гипертрофия МЖП. Нарушение диастолической функции ЛЖ по модели аномальной релаксации.

Рентгенография органов грудной полости: признаки венозного застоя в нижних отделах легких.

Окулист: ангиопатия сетчатки

Задание:

Назначьте лечение.

Эталон ответа: Лечение: Соблюдение режима труда и отдыха. Диета с ограничением соли, животных жиров.

- перлинганит 10% - 10,0+физраствор 100,0 в/в капельно медленно, под контролем АД таким, образом, чтобы за 1 час снизить АД на 25%, далее в течение нескольких часов до цифр, регистрируемых до криза.

- лазикс 40 мг – в/в однократно

После купирования криза к лечению добавить

- Аторвастатины (торвакард) 10 мг – 1т вечером под контролем липидного спектра, трансаминаз

- Бисопролол 5 мг (конкор, бидоп) – 1т утром

- Периндоприл (престариум А 10 мг) – 1 т вечером под контролем АД

- индапамид 2,5 мг – 1т утром

73. Ситуационная задача

Пациент 62 лет доставлен бригадой СМП с жалобами на жгучие, разрывающие боли в области сердца, возникшие 4 часов назад, иррадиирующие в левое плечо, шею, межлопаточное пространство, некупирующиеся приемом 3-х таблеток нитроглицерина, сердцебиение, чувство нехватки воздуха.

Анамнез заболевания. Более 10 лет наблюдается у кардиолога по месту жительства по поводу артериальной гипертонии (АД максимально повышается до 170/100 мм рт.ст.), 5 лет по поводу ИБС, стабильно статины, антиагреганты, нитраты. Ухудшение состояния в течение нескольких часов – после тяжелой физической нагрузки (разгрузка автомобиля) появились указанные выше жалобы. Самостоятельно принял 3 таблетки нитроглицерина. Эффекта от приема препарата не наступало, боли в сердце стали нарастать. Пациент вызвал бригаду СМП, которой и был госпитализирован по экстренным показаниям.

Анамнез жизни. Лекарственной непереносимости не отмечает. Более 10 лет повышена масса тела. Курит по 1 пачке сигарет в день. Алкоголь употребляет периодически. Наследственность отягощена по ИБС (отец страдал ИБС, умер от инфаркта миокарда в возрасте 53 лет).

Настоящее состояние. Общее состояние тяжелое. Пациент возбужден. Активность снижена из-за выраженного болевого синдрома. Рост – 172 см, вес – 110 кг. Гиперстеник. Кожа бледная, влажная. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система без видимой патологии. Отеков нет. Грудная клетка цилиндрическая. Границы легких в норме. Перкуторно – ясный звук. Дыхание везикулярное, ЧДД 22 в мин. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости расширены влево – в V межреберье слева по срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС 88 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный. С-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Обследование:

ОАК: Э - 4,27, Нг - 143 г/л, ЦП – 1,0, СОЭ - 9 мм/ч, Л - 7,2: п/я - 1, с/я - 62, э - 2, м - 9, лф - 26, тр - 150

ОАМ: с/ж, прозрачная, 1000, белок – 0,033 г/л, л – 1-2, э – 0-1, соли мочевой кислоты.

Биохимический анализ крови: общий холестерин – 8,2 ммоль/л, ЛПНП – 3,8 ммоль/л, ТАГ – 2,0 ммоль/л, креатинин – 58 мкмоль/л, мочевины – 4,95 ммоль/л, глюкоза крови – 5,9 ммоль/л, билирубин общий – 17,9 мкмоль/л, АЛАТ – 25 Е/л, АСАТ – 48 Е/л, фибриноген 4 г/л.

ЭХОКГ: МЖП – 1,5 см, ЛП – 3,4 см, ПЖ – 2,6 см, ПП – 4,6 x 3,3 см, ЛЖ: КДР – 6,2 см, КСР – 3,9 см, КДО – 84 мл, КСО – 17 мл, УО – 67 мл, ФВ – 40%, ΔS 21%. Заключение: Очаговые изменения на нижней стенке ЛЖ. Снижена глобальная сократимость ЛЖ (ФВ -40%). Умеренная гипертрофия МЖП. Умеренная дилатация полости ЛП и ЛЖ. Митральная недостаточность II ст. относительного характера. Нарушение диастолической функции ЛЖ. Склероз аорты.

Рентгенография органов грудной полости: пневмосклероз.

ЭГДС: без патологии.

Задание:

Назначьте лечение.

Эталон ответа:

Лечение: Режим постельный. Диета с ограничением соли, животных жиров.

- обезболивание (морфин, дробно по 2-4 мг до купирования болевого синдрома)
- нитроглицерин 0,4 мг – под язык через 5 мин, затем переходят на в/в введение:
- перлинганит 10% - 10,0+физраствор 100,0 в/в капельно медленно, под контролем АД таким, образом, чтобы за 1 час снизить АД на 25%, далее в течение нескольких часов до цифр, регистрируемых до криза.
- аспирин 250 мг внутрь
- тикагрелор 180 мг внутрь
- гепарин
 - коронарография и ЧТКА
- β-блокаторы, И-АПФ – в первые сутки при стабильной гемодинамике

74. Ситуационная задача

Пациент 65 лет доставлен бригадой СМП в очень тяжелом состоянии.

Анамнез заболевания. Пациент работал на даче, осуществлял перенос тяжелых строительных материалов. Во время выполнения работы почувствовал резкую слабость, жгучую боль в области сердца, чувство нехватки воздуха. В течение получаса самочувствие пациента стало ухудшаться. Доставлен бригадой СМП.

Анамнез жизни. Со слов сопровождающих стало известно, что пациент много лет страдает артериальной гипертонией, ИБС, сахарным диабетом. Два года назад перенес инфаркт миокарда. Курит по 1,5-2 пачки сигарет в день, алкоголь употребляет периодически.

Настоящее состояние. Общее состояние крайне тяжелое. Сознание спутанное. Положение пассивное. Гиперстеник. Акроцианоз, мраморность кожных покровов. Конечности холодные, влажные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система без видимой патологии. Пастозность стоп и голеней. Грудная клетка цилиндрическая. Границы легких в норме. Перкуторно – ясный звук. Дыхание везикулярное, чдд 24 в мин. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости расширены влево – в V межреберья слева по срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, глухие, чсс 88 в мин. АД 80/50 мм рт.ст, поддерживается в/в капельным введением допамина. Живот мягкий. Печень, селезенка не увеличены.

Обследование:

ОАК: Э-4,27, Нг-143 г/л, ЦП – 1,0, СОЭ-9 мм/ч, Л-7,2: п/я-1, с/я-62, э-2, м-9, л-26, Тр - 190

ОАМ: с/ж, прозрачная, 1000, белок – 0,033 г/л, л – 1-2, э – 0-1.

Биохимический анализ крови: общий холестерин – 8,2 ммоль/л, ЛПНП – 3,8 ммоль/л, ТАГ – 2,0 ммоль/л, креатинин – 58 мкмоль/л, мочевины – 4,95 ммоль/л, глюкоза крови – 12,3 ммоль/л, билирубин общий – 17,9 мкмоль/л, АЛАТ – 25 Е/л, АСАТ – 48 Е/л, фибриноген 4 г/л.

Задание:

Назначьте лечение.

Эталон ответа:

Лечение: Режим постельный. Госпитализация в АРО.

- кислородотерапия
- обезболивание (морфин, дробно по 2-4 мг до купирования болевого синдрома)
- аспирин 250 мг внутрь
- тикагрелор 180 мг внутрь
- гепарин в/в болюсно 5 тыс Ед

-200 мл физраствора за 10 мин, затем переходят на введение плазмозаменителей (глюкоза 5%, реополиглюкин) со скоростью 500 мл/ час до общего объема 500 – 1000 мл под контролем АД, аускультативной картины в легких

- при отсутствии эффекта от проводимой терапии – допамин 5 мкг/кг/мин

- инсулин короткого действия под контролем сахара крови

-β-блокаторы, И-АПФ только при стабилизации гемодинамики

75. Ситуационная задача

Пациентка 54 лет доставлена в БИТ с жалобами на боли в сердце, одышку с затрудненным вдохом, чувство нехватки воздуха, резкую слабость.

Анамнез заболевания: 2 года наблюдается у кардиолога по поводу артериальной гипертонии (максимально АД повышается до 220/100 мм рт.ст.), ИБС, стабильной стенокардии. Год назад перенесла инфаркт миокарда. В течение года приступы стенокардии 1 раз в 2-3 недели, периодически отмечала одышку при физической нагрузке, пастозность голеней. Ухудшение самочувствия наступило два часа назад после эмоциональной нагрузки.

Анамнез жизни. Лекарственной непереносимости не отмечает. Не курит, алкоголь не употребляет. Страдает ожирением. Менопауза 6 лет.

Общее состояние тяжелое. Сознание ясное. Положение вынужденное – ортопноэ. Гиперстеник. Рост-154 см, вес 105 кг. Кожа бледная, влажная, акроцианоз. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система без видимой патологии. Пастозность стоп и голеней. Грудная клетка цилиндрическая. В легких на фоне ослабленного дыхания выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы. ЧДД 26 в мин. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости расширены влево – в V межреберья слева по срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, глухие, ЧСС 110 в мин. АД 170/90 мм рт.ст. Живот мягкий. Печень, селезенка не увеличены.

Обследование:

ОАК: Э-4,27, Нг-143 г/л, ЦП – 1,0, СОЭ-9 мм/ч, Л-7,2: п/я-1, с/я-62, э-2, м-9, л-26, Тр - 210

ОАМ: с/ж, прозрачная, 1000, белок – 0,033 г/л, л – 1-2, э – 0-1, соли мочевой кислоты.

Биохимический анализ крови: общий холестерин – 5,8 ммоль/л, креатинин – 58 мкмоль/л, мочевины – 4,95 ммоль/л, глюкоза крови – 5,9 ммоль/л, билирубин общий – 17,9 мкмоль/л, АЛАТ – 25 Е/л, АСАТ – 48 Е/л, фибриноген 4 г/л.

Рентгенография органов грудной полости: Усиление теней в корнях легких по типу «крылья бабочки».

Задание:

Назначьте лечение.

Эталон ответа:

Лечение:

- оксигенотерапия

- пеногашение

-обезболивание (морфин, дробно по 2 мг до купирования болевого синдрома)

-нитроглицерин 0,4 мг – под язык через 5 мин, затем переходят на в/в введение:

перлинганит 10% - 10,0+физраствор 100,0 в/в капельно медленно, под контролем АД.

- лазикс 40 мг – в/в

- гепарин 5 тыс ЕД В/в болюсно

ОПК-7:

Задания закрытого типа: ВСЕГО 25 заданий.

1. В какой срок может быть обжаловано решение проверяемым бюро?

1. в течение 14 дней;
2. в месячный срок;
3. в недельный срок;
4. в течение 10 дней;
5. в течение 15 дней.

Эталон ответа: 2. в месячный срок

2. В настоящее время освидетельствование пациента в бюро МСЭ проводится

1. по заявлению гражданина;
2. по направлению органа образования;
3. по направлению органа социальной защиты;
4. по направлению местного органа власти;
5. заочно на основе направления на МСЭ в электронном виде из медицинской организации

Эталон ответа: 5. заочно на основе направления на МСЭ в электронном виде из медицинской организации.

3. Взамен ранее выданной составляется и выдается новая индивидуальная программа реабилитации и абилитации (ИПРА) инвалида

- 1 по направлению органа социальной защиты;
2. по заявлению инвалида;
3. по направлению медицинской организации;

Эталон ответа: 2. по заявлению инвалида

4. Выраженность каких категорий жизнедеятельности человека оцениваются при установлении инвалидности?

1. способность к перевариванию пищи;
2. способность к управлению техникой
3. способность к самообслуживанию;
4. способность к занятию спортом
5. способность к познанию.

Эталон ответа: 3. способность к самообслуживанию

5. Инвалидность - это

1. потеря трудоспособности в связи с острым заболеванием;
2. стойкая, длительная или постоянная потеря трудоспособности;
3. наличие хронического заболевания;
4. последствие острой травмы;
5. ограничение жизнедеятельности.

Эталон ответа: 2. стойкая, длительная или постоянная потеря трудоспособности

6. Каким приказом определяется информационное взаимодействие между медицинской организацией и бюро МСЭ?

1. Приказ МТиСЗ РФ от 13.01.2020 г. N 53н;
2. Приказ МЗ и МТиСЗ РФ от 01.03.2020 г. N 89н/23н;
3. Приказ МЗ и МТиСЗ РФ от 15.04.2020 г. N 91н/201н;
4. Приказ МЗ РФ от 22.04.2020 г. N 71н;
5. Приказ МЗ и МТиСЗ РФ от 27.02.2020 г. N 80н/131н.

Эталон ответа: 5. Приказ МЗ и МТиСЗ РФ от 27.02.2020 г. N 80н/131н.

7. Категория «ребенок-инвалид» устанавливается лицам в возрасте до

1. 14 лет;
2. 15 лет;
3. 16 лет;
4. 18 лет;
5. 17 лет.

Эталон ответа: 4. 18 лет

8. Категория «ребенок-инвалид» устанавливается при наличии у ребенка

1. стойких нарушений организма в диапазоне от 70 до 80%;
2. стойких нарушений организма в диапазоне от 40 до 100%;
3. стойких нарушений организма в диапазоне от 10 до 30%;
4. стойких нарушений организма в диапазоне от 40 до 60%;
5. стойких нарушений организма в диапазоне от 90 до 100%.

Эталон ответа: 2. стойких нарушений организма в диапазоне от 40 до 100%

9. Количество Главных бюро МСЭ в Российской Федерации

1. 91;
2. 73;
3. 59;
4. 68;
5. 84.

Эталон ответа: 5. 84

10. Количество филиалов Главных бюро МСЭ в Российской Федерации

1. 2100;
2. 2501;
3. 2048;
4. 3006;
5. 1054.

Эталон ответа: 1. 2100

11. Критерием для установления второй группы инвалидности является нарушение здоровья человека

1. с V степенью выраженности стойких нарушений;
2. с III степенью выраженности стойких нарушений;
3. со II степенью выраженности стойких нарушений;
4. с IV степенью выраженности стойких нарушений;
5. с I степенью выраженности стойких нарушений.

Эталон ответа: 2. с III степенью выраженности стойких нарушений

12. Оказание гражданам услуги по проведению медико-социальной экспертизы по месту жительства осуществляется

1. Филиалами Главных бюро (ГБ) – бюро МСЭ
2. Федеральным бюро МСЭ;
3. Министерством труда и социальной защиты РФ;
4. Медицинской организацией;
5. Главным бюро МСЭ.

Эталон ответа: 1. Филиалами Главных бюро (ГБ) – бюро МСЭ

13. Подход к решению проблемы инвалидности и совершенствованию процесса реабилитации

1. здоровый образ жизни можно рассматривать как один из важнейших подходов в процессе реабилитации;
2. реабилитация инвалидов;
3. диспансеризация населения;
4. лечение хронических заболеваний.

Эталон ответа: 1. здоровый образ жизни можно рассматривать как один из важнейших подходов в процессе реабилитации

14. Посредством какой информационной бюро МСЭ взаимодействует с системой медицинской организации?

1. База данных МСЭ;
2. АИС «Портал МСЭ»;
3. ФГИС ФРИ;
4. Информационная система МСЭ;
5. ФГИС ЕАВИИАС МСЭ.

Эталон ответа: 5. ФГИС ЕАВИИАС МСЭ.

15. Посредством какой информационной системы медицинская организация взаимодействует с бюро МСЭ?

1. СМЭВ;
2. РЭМД ЕГИСЗ через МИС или ГИС;
3. ЕПГУ;
4. ЕСИА.

Эталон ответа: 2. РЭМД ЕГИСЗ через МИС или ГИС

16. Процесс абилитации инвалидов - это

1. обучение их тому, что они не умели и не знали;
2. лечение заболевания;
3. возможно более полная компенсация ограничений жизнедеятельности;
4. процесс полного или частичного восстановления способностей.

Эталон ответа: 1. обучение их тому, что они не умели и не знали

17. Сколько используются степеней выраженности стойких нарушений?

1. 4;
2. 3;
3. 10;
4. 5;
5. 7.

Эталон ответа: 1. 4

18. Служба МСЭ в настоящее время подчинена

1. Министерству внутренних дел РФ;
2. Министерству труда и социальной защиты РФ;
3. Министерству здравоохранения РФ;
4. Министерству просвещения РФ;
5. Министерству науки и высшего образования РФ.

Эталон ответа: 2. Министерству труда и социальной защиты РФ

19. Социальное обеспечение в связи с инвалидностью гарантируется

1. Президентом;
2. Государственной Думой;
3. Мэром города;
4. Социальной организацией;
5. Конституцией РФ.

Эталон ответа: 5. Конституцией РФ

20. Социальную защиту инвалидов в РФ определяет

1. Местный орган власти;
2. Общественная палата РФ;
3. Президент;
4. Государственная Дума;
5. Федеральный закон 181-ФЗ.

Эталон ответа: 5. Федеральный закон 181-ФЗ

21. Специалистом по медико-социальной экспертизе является

1. педиатр;
2. врач-педиатр, лечебник с профессиональной подготовкой по специальности «Медико-социальная экспертиза»;
3. психиатр;
4. хирург;
5. терапевт.

Эталон ответа: 2. врач-педиатр, лечебник с профессиональной подготовкой по специальности «Медико-социальная экспертиза»

22. Степень выраженности стойких нарушений функций организма человека оценивается

1. произвольно;
2. с использованием терминов «хорошо», «плохо»;
3. в абсолютных показателях;

4. в процентах;+

5. в баллах.

Эталон ответа: 4. в процентах;

23. Стойкая утрата трудоспособности - это

1. хроническое заболевание;

2. врожденное заболевание;

3. нарушение здоровья;

4. необратимая утрата функций;

5. кратковременное ограничение жизнедеятельности.

Эталон ответа: 4. необратимая утрата функций

24. Технические средства реабилитации и услуги по реабилитации предоставляются гражданину

1. за счет средств бюро МСЭ;

2. за счет личных средств гражданина;

3. за счет средств Общественной палаты РФ;

4. за счет средств федерального бюджета

Эталон ответа: 4. за счет средств федерального бюджета

25. Условиями признания человека инвалидом является

1. необходимость в мерах социальной защиты;

2. травма;

3. хроническое заболевание;

4. необходимость финансовой поддержки

5. необходимость помощи в родовспоможении

Эталон ответа: 1. необходимость в мерах социальной защиты

Задания открытого типа: ВСЕГО 75 заданий

1. Реабилитация - это:

Эталон ответа: система медицинских, социальных, психологических, педагогических, профессиональных и др. мероприятий, направленных на восстановление социального статуса больных

2. Реабилитация направлена:

Эталон ответа: на возвращение (реинтеграцию) больных и инвалидов в общество, восстановление их трудоспособности.

3. Назовите аспекты, на которых базируется реабилитация:

Эталон ответа: медицинский, социальный, психологический, профессиональный.

4. Категории лиц участвующих в реабилитационном процессе:

Эталон ответа: мед. работники; психологи; специалисты по социальной работе; экономисты.

5. Задачей реабилитации на стационарном этапе восстановительного лечения является:

Эталон ответа: спасение жизни больного; предупреждение осложнений.

6. Задачи реабилитации на поликлиническом этапе:

Эталон ответа: ликвидация остаточных явлений болезни; восстановление функциональной активности организма; проведение комплекса физиотерапевтических мероприятий; лекарственное обеспечение.

7. Задачи восстановительного лечения на санаторно-курортном этапе:

Эталон ответа: профилактика рецидивов болезни.

8. Какие учреждения входят в систему медицинской реабилитации:

Эталон ответа: центры социальной защиты; реабилитационные отделения; отделения восстановительного лечения стационаров и поликлиник.

9. Инвалидность - это:

Эталон ответа: ограничения жизнедеятельности, приводящие к необходимости социальной защиты.

10. Понятие, входящее в классификацию основных категорий жизнедеятельности:

Эталон ответа: способность к сохранению здоровья; способность к воспроизводству; способность к ориентации.

11. Категории жизнедеятельности включают:

Эталон ответа: 7 категорий - способность к самообслуживанию; способность к самостоятельному передвижению; способность к ориентации; способность к общению; способность контролировать свое поведение; способность к обучению; способность к трудовой деятельности

12. Этапы медицинской реабилитации:

Эталон ответа: стационарный этап ранней медицинской реабилитации; амбулаторный; домашний; санаторный; поздней медицинской реабилитации.

13. На каком этапе медицинской реабилитации не составляется ИПР:

Эталон ответа: стационарный

14. Шкала ФК используется для:

Эталон ответа: унификации экспертного решения; оценки эффективности реабилитационных мероприятий; соблюдения принципа преемственности в реабилитации.

15. Какую ответственность несет врач при невыполнении индивидуальной программы реабилитации пациента и при каких условиях:

Эталон ответа: административную; если индивидуальная программа реабилитации не выполнена по недостаточному контролю врача-реабилитолога, о чем сделана соответствующая отметка.

16. Согласно концепции последствий болезни, II уровень оценивается по:

Эталон ответа: ФК нарушения функций.

17. Медицинские факторы реабилитационного потенциала включают:

Эталон ответа: возраст пациента; интеллектуальный потенциал; особенности заболевания; эмоционально-волевые качества; профессию.

18. Какую группу инвалидности можно определить пациенту, у которого после перенесенного инфаркта мозга сохраняется стойкий умеренный правосторонний гемипарез:

Эталон ответа: II

19. Какую группу инвалидности можно определить пациенту с артериальной гипертензией, основная профессия которого — машинист локомотива и на какой период времени:

Эталон ответа: III, на год.

20. Какие ограничения в трудовой деятельности возможны по заключению ВКК поликлиники:

Эталон ответа: ограничение командировок; ограничение работы в ночную смену; ограничение рабочего времени; изменение условий труда: физического, во вредных условиях.

21. При определении пациенту III группы инвалидности ему могут быть вынесены следующие трудовые рекомендации:

Эталон ответа: ограничение командировок; ограничение работы в ночную смену дополнительный выходной день; изменение условий труда: физического, во вредных условиях.

22. Виды профессиональной реабилитации:

Эталон ответа: переобучение; рациональное трудоустройство на бронированные места; переоборудование рабочего места; трудовая адаптация.

13. Индивидуальную программу реабилитации пациента составляют:

Эталон ответа: врачи-реабилитологи

24. Индивидуальную программу реабилитации инвалида составляют:

Эталон ответа: врачи-терапевты; врачи-хирурги; врачи-реабилитологи; эксперты МРЭК.

25. Оценку реабилитационных мероприятий проводят по:

Эталон ответа: ФК ограничения жизнедеятельности.

26. Задачами лечебной гимнастики при кардиохирургических операциях являются:

Эталон ответа: улучшение функции внешнего дыхания, обучение диафрагмальному дыханию и откашливанию мокроты, улучшение функции сердечно-сосудистой системы.

27. Методика ЛФК в предоперационном периоде при подготовке к кардиохирургической операции включает:

Эталон ответа: тренировку грудного типа дыхания, упражнений, способствующих сокращению и расслаблению мышц брюшного пресса, дыхательных упражнений, способствующих выведению мокроты.

28. Расширение сердца приводит к

Эталон ответа: к тахикардии и увеличению сердечного выброса

29. Сердечный выброс связан с показателями гемодинамики следующим образом:

Эталон ответа: прямо пропорционален кровяному давлению и обратно - периферическому сопротивлению

30. Механизм действия физических упражнений на организм

Эталон ответа: нервно-рефлекторный

31. Местная физическая нагрузка – это

Эталон ответа: нагрузка, охватывающая определенную группу мышц

32. Щадящий двигательный режим предусматривает объем двигательной активности

Эталон ответа: 3-4 ч в сутки.

33. К наиболее усложненному виду упора относится упор кистями

Эталон ответа: на уровне пола

34. Решающим в диагностике ишемической болезни сердца является

Эталон ответа: данные нагрузочных тестов с визуализацией и результаты коронарографии

35. Двигательные режимы больных инфарктом миокарда на больничном этапе реабилитации включают.

Эталон ответа: строгий постельный режим, облегченный постельный режим, палатный режим, щадяще-тренирующий режим

36. От чего зависит глубина проникновения световой энергии:

Эталон ответа: от степени нагрева излучаемого тела,

37. Какие из перечисленных тканей или органов хорошо проводят электрический ток:

Эталон ответа: кровь и мышцы.

38. Какие виды тока используются для лекарственного электрофореза:

Эталон ответа: гальванический; импульсные токи низкой частоты; импульсный синусоидальный модулированный ток малой силы

39. Задачами лечебной физкультуры после операций на сердце являются

Эталон ответа: нормализация нервных процессов, улучшение обменных процессов и функции сердечно-сосудистой системы, повышение неспецифической резистентности организма, предупреждение развития деформаций костных структур грудной клетки

40. Совместимо ли назначение в один день и на одну и ту же область грязи и ультразвука:
Эталон ответа: Нет
41. Совместимо ли назначение в один день контрастной ванны и душа Шарко?
Эталон ответа: Нет.
42. Упражнения на равновесие и координацию движений являются специальными у всех перечисленных больных, кроме
Эталон ответа: больных с опущением внутренних органов
43. Систематическая мышечная тренировка повышает
Эталон ответа: сопротивляемость организма к экстремальным воздействиям внешней и внутренней среды, содержание гликогена в печени, работоспособность организма
44. Хорошим функциональным возможностям организма спортсмена свойственны
Эталон ответа: быстрая вработываемость, высокий предел нагрузки, длительное удержание максимальной нагрузки, ускорение восстановления организма после нагрузки
45. Ориентировочный диапазон частоты сердечных сокращений в 1 мин при физической нагрузке максимальной интенсивности составляет
Эталон ответа: 170 -180 уд/мин г
46. Гипокинезия приводит к следующим изменениям
Эталон ответа: к снижению обменных процессов, к учащению сердечных сокращений, к вегето-сосудистой дистонии, к снижению тонуса и атрофии мышц
47. В комплекс упражнений у больных ожирением целесообразно включать
Эталон ответа: дыхательные упражнения в соотношении 1:5,1:6, смену исходных положений, упражнения для укрепления мышц спины и брюшного пресса, упражнения с выраженным усилием мышц и отягощающими снарядами
48. При второй степени ожирения масса тела превышает норму
Эталон ответа: на 35-49%
49. У больных хронической ИБС – стабильной стенокардией применяют следующие формы ЛФК:
Эталон ответа: ходьба, лечебная гимнастика, упражнения и плавание в лечебном бассейне
50. Перечислить основные виды лечебных грязей, используемых в практике:
Эталон ответа: сульфидно-иловые, сапропелевые, торфяные
51. Какова норма времени для врача ЛФК на обследование одного больного?
Эталон ответа: 20 минут
52. Какова норма площади на 1 занимающегося больного в ЛФК?
Эталон ответа: 4 кв.м

53. Какова характерная особенность метода ЛФК?

Эталон ответа: использование физических упражнений

54. Какие функциональные тесты используются в ЛФК?

Эталон ответа: гониометрия

55. Каковы средства ЛФК?

Эталон ответа: физические упражнения, подвижные игры, закаливающие процедуры, занятия на велотренажере, плавание

56. Каков механизм лечебного действия физических упражнений?

Эталон ответа: физические упражнения формируют специальные мышечные рефлексы, физические упражнения повышают мышечный тонус, физические упражнения оказывают универсальное действие

57. Что относится к формам ЛФК?

Эталон ответа: занятие дыхательной гимнастикой, механотерапия.

58. Какие упражнения малой интенсивности?

Эталон ответа: динамические дыхательные упражнения, активные упражнения в дистальных отделах конечностей

59. Какой двигательный режим относится к стационарному периоду лечения?

Эталон ответа: щадящий режим, палатный режим, щадяще-тренирующий режим.

60. Что является единицей нормирования работы по ЛФК?

Эталон ответа: процедура лечебной гимнастики

61. Перечислите общие правила проведения реабилитационных мероприятий:

Эталон ответа: раннее начало и непрерывность; индивидуальный подход; комплексный характер, проведение в коллективе

62. Назовите этапы медицинской реабилитации:

Эталон ответа: превентивный; поликлинический; стационарный, санаторно-курортный, метаболический;

63. Категории лиц участвующих в реабилитационном процессе:

Эталон ответа: мед.работники;психологи;специалисты по социальной работе;экономисты;

64. Задачей реабилитации на стационарном этапе восстановительного лечения является:

Эталон ответа: спасение жизни больного;предупреждение осложнений;

65. Задачи реабилитации на поликлиническом этапе:

Эталон ответа: ликвидация остаточных явлений болезни; восстановление функциональной активности организма

66. Задачи восстановительного лечения на санаторно-курортном этапе:

Эталон ответа: профилактика рецидивов болезни.

67. Методы, используемые на метаболическом этапе реабилитации включают:

Эталон ответа: длительную диетическую коррекцию, ЛФК

68. Какие учреждения входят в систему медицинской реабилитации:

Эталон ответа: отделения восстановительного лечения стационаров и поликлиник.

69. Инвалидность - это:

Эталон ответа: ограничения жизнедеятельности, приводящие к необходимости социальной защиты.

70. Выберите правильные определения понятия инвалидность:

Эталон ответа: социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функции организма;

71. Инвалид - это:

Эталон ответа: лицо, имеющее нарушения здоровья со стойким расстройством функции организма

72. Понятие входящее в классификацию основных категорий жизнедеятельности:

Эталон ответа: способность к ориентации.

73. Критерии служащие для определения I группы инвалидности:

Эталон ответа: способность к передвижению и ориентации III степени;

74. Критерии служащие для определения II группы инвалидности:

Эталон ответа: способность к самообслуживанию и ориентации II степени

75. Критерии для определения III группы инвалидности:

Эталон ответа: способность к передвижению и обучению I степени;

Правильный ответ: 2

ОПК-8:

Задания закрытого типа: ВСЕГО 25 заданий.

1. Гиперхолестеринемия является:

1. Одним из независимых факторов риска атеросклероза.

2. Фактором риска атеросклероза, оказывающим влияние только в сочетании с другими факторами риска.

3. Не является фактором риска атеросклероза.

Эталон ответа: 1. Одним из независимых факторов риска атеросклероза

2. Артериальная гипертония:

1. Является одним из независимых факторов риска атеросклероза.

2. Является фактором риска, оказывающим влияние только в сочетании с другими факторами риска.

3. Не является фактором риска атеросклероза.

Эталон ответа: 1. Является одним из независимых факторов риска атеросклероза.

3. Курение сигарет:

1. Является одним из независимых факторов риска клинических проявлений атеросклероза.

2. Является фактором риска атеросклероза, оказывающим влияние только в сочетании с другими факторами риска.

3. Не является фактором риска атеросклероза.

Эталон ответа: 1. Является одним из независимых факторов риска клинических проявлений атеросклероза.

4. Избыточная масса тела:

1. Является одним из независимых факторов риска атеросклероза.

2. Является фактором риска атеросклероза, оказывающим влияние только в сочетании с другими факторами риска.

3. Не является фактором риска атеросклероза.

Эталон ответа: 2. Является фактором риска атеросклероза, оказывающим влияние только в сочетании с другими факторами риска.

5. Гиподинамия:

1. Является одним из независимых факторов риска атеросклероза.

2. Роль ее как фактора риска не доказана.

3. Не является фактором риска атеросклероза.

Эталон ответа: 2. Роль ее как фактора риска не доказана.

6. Гиперхолестеринемия как фактор риска атеросклероза:

1. Имеет более важное значение, чем избыточная масса тела.

2. Имеет такое же значение, как избыточная масса тела.

3. Имеет менее важное значение, чем избыточная масса тела.

Эталон ответа: 1. Имеет более важное значение, чем избыточная масса тела.

7. Гиперхолестеринемия как фактор риска атеросклероза:

1. Имеет менее важное значение, чем гиподинамия.

2. Имеет более важное значение, чем гиподинамия.

3. Имеет такое же значение, как гиподинамия.

Эталон ответа: 2. Имеет более важное значение, чем гиподинамия.

8. Артериальная гипертония как фактор риска атеросклероза:

1. Имеет более важное значение, чем избыточная масса тела.

2. Имеет такое же значение, как избыточная масса тела.

3. Имеет менее важное значение, чем избыточная масса тела.

Эталон ответа: 1. Имеет более важное значение, чем избыточная масса тела.

9. Артериальная гипертония как фактор риска атеросклероза:

1. Имеет менее важное значение, чем гиподинамия.
2. Имеет более важное значение, чем гиподинамия.
3. Имеет такое же значение, как гиподинамия.

Эталон ответа: 2. Имеет более важное значение, чем гиподинамия.

10. Курение сигарет как фактор риска клинических проявлений атеросклероза:

1. Имеет такое же значение, как избыточная масса тела.
2. Имеет менее важное значение, чем избыточная масса тела.
3. Имеет более важное значение, чем избыточная масса тела.

Эталон ответа: 3. Имеет более важное значение, чем избыточная масса тела.

11. Курение сигарет как фактор риска клинических проявлений атеросклероза:

1. Имеет более важное значение, чем гиподинамия.
2. Имеет менее важное значение, чем гиподинамия.
3. Имеет такое же значение, как гиподинамия.

Эталон ответа: 1. Имеет более важное значение, чем гиподинамия.

12. Из ниже перечисленных факторов риска атеросклероза наиболее важным является:

1. Избыточная масса тела.
2. Гиперхолестеринемия.
3. Психоэмоциональное напряжение.
4. Гиподинамия.

Эталон ответа: 2. Гиперхолестеринемия.

13. Из ниже перечисленных факторов риска атеросклероза наиболее важным является:

1. Психоэмоциональное напряжение.
2. Гиподинамия.
3. Артериальная гипертония.
4. Избыточная масса тела.

Эталон ответа: 3. Артериальная гипертония.

14. Злоупотребление алкоголем:

1. Является одним из основных факторов риска атеросклероза.
2. Является одним из дополнительных факторов риска атеросклероза.
3. Не является фактором риска атеросклероза.

Эталон ответа: 3. Не является фактором риска атеросклероза.

15. В настоящее время в большинстве индустриально развитых стран:

1. Рост заболеваемости ИБС продолжается.
2. Заболеваемость ИБС снижается.
3. Рост заболеваемости ИБС прекратился, но тенденции к снижению заболеваемости нет.
4. Характерны различные тенденции динамики заболеваемости.

Эталон ответа: 3. Рост заболеваемости ИБС прекратился, но тенденции к снижению заболеваемости нет.

16. К факторам риска развития гипертонической болезни не могут быть отнесены:

1. Большие нервно-эмоциональные нагрузки.
2. Избыточное потребление жиров и углеводов.
3. Отягощенная по гипертонии наследственность.
4. Повышенная масса тела.
5. Избыточное потребление поваренной соли.

Эталон ответа: 2. Избыточное потребление жиров и углеводов.

17. Дополнительные пути проведения импульсов часто сочетаются с:

1. Другими врожденными заболеваниями сердца.
2. Семейной отягощенностью в плане наличия дополнительных путей.
3. И то, и другое.
4. Правильного ответа нет.

Эталон ответа: 3. И то, и другое.

18. Риск атеросклероза в коронарном бассейне повышается при:

1. повышении концентрации общего холестерина и липопротеинов низкой плотности в сыворотки крови
2. повышении концентрации липопротеинов высокой плотности
3. повышении концентрации общего холестерина и липопротеинов высокой плотности в сыворотки крови
4. употреблении алкоголя

Эталон ответа: 1. повышении концентрации общего холестерина и липопротеинов низкой плотности в сыворотки крови.

19. Какие ведущие социальные факторы определяют трудоспособность больных ИБС?

1. Образование.
2. Профессия.
3. Специальность.
4. Квалификация.
5. Характер труда.
6. Режим и условия производственной среды.
7. Отдаленность места работы от места проживания.
8. Все перечисленные

Эталон ответа: 8. Все перечисленные

20. Наиболее атерогенным фенотипом гиперлипидемии является

1. I тип
2. IIБ тип
3. V тип
4. IV тип
5. III тип

Эталон ответа: 2. IIБ тип

21. Среди эндокринных заболеваний к развитию атеросклероза предрасполагает

1. болезнь Аддисона

2. тиреотоксикоз
3. сахарный диабет
4. синдром Конна
5. гиперпаратиреозидизм

Эталон ответа: 3. сахарный диабет

22. При наличии атеросклероза целесообразно все, кроме

1. проведения адекватной терапии конкретной патологии, обусловленной атеросклерозом
2. гипохолестеринемической диеты
3. отказа от курения
4. дозированной физической нагрузки
5. снижения физических нагрузок

Эталон ответа: 5. снижения физических нагрузок

23. Психосоциальными факторами риска развития атеросклероза являются:

1. Частые смены работы.
2. Супружеские неурядицы.
3. Внутреннее напряжение.
4. Расстройство сна.
5. Социальная изоляция.
6. Все перечисленные

Эталон ответа: 6. Все перечисленные

24. Сколько классов липопротеидов выделено в классификации FRIDRICKSON и на чем она основана?

1. 4 класса липопротеидов, основанных на преобладании разных видов липопротеидов в зависимости от их электрофоретической подвижности
2. 5 классов на основании плотности липопротеидов, которая определяется ультрацентрифугированием.
3. 3 класса на основании электрофореза и ультрацентрифугирования липопротеидов.

Эталон ответа: 1. 4 класса липопротеидов, основанных на преобладании разных видов липопротеидов в зависимости от их электрофоретической подвижности

25. Какие названия присвоены липопротеидам в зависимости от их электрофоретической подвижности?

1. Хиломикроны.
2. Пре-бета-липопротеиды.
3. Бета-липопротеиды.
4. Альфа-липопротеиды.
5. Все перечисленное

Эталон ответа: 5. Все перечисленное

Задания открытого типа: ВСЕГО 25 заданий

1. Основными направлениями формирования здорового образа жизни являются: все перечисленное, кроме:

Эталон ответа: создание и активизация позитивных для здоровья факторов, уменьшение факторов риска для здоровья

2. Обязательным условием формирования здорового образа жизни является:

Эталон ответа: рациональное индивидуальное поведение, осуществление общегосударственных мероприятий по созданию здоровых условий жизни, формирование установок на здоровье в обществе

3. Здоровый образ жизни в первую очередь определяется активностью:

Эталон ответа: медицинской

4. Медицинская активность включает в себя:

Эталон ответа: своевременность обращения к врачу при заболевании, своевременность обращения к врачу для профилактического осмотра, уровень медицинской грамотности населения

5. Ведущими факторами риска возникновения и неблагоприятного течения сердечно-сосудистых заболеваний являются:

Эталон ответа: злоупотребление алкоголем, низкая физическая активность, пассивное курение, активное курение, избыточная масса тела

6. Ведущими факторами риска возникновения и неблагоприятного течения онкологических заболеваний являются:

Эталон ответа: злоупотребление алкоголем, пассивное курение, активное курение, избыточная масса тела

7. Ведущими факторами риска возникновения и неблагоприятного течения болезней органов дыхания являются:

Эталон ответа: злоупотребление алкоголем, низкая физическая активность, пассивное курение, активное курение

8. К факторам, влияющим на здоровье населения, относятся:

Эталон ответа: микросоциальный климат, физическая активность, сбалансированное питание, пассивное курение, активное курение, потребление алкоголя

9. К факторам, снижающим потенциал здоровья детей, относится:

Эталон ответа: аборт в анамнезе матери, пассивное курение, активное курение

10. Избыточная масса тела является фактором риска развития заболеваний:

Эталон ответа: сердечно-сосудистых

11. Курение является фактором риска развития следующих заболеваний:

Эталон ответа: сердечно-сосудистых, онкологических, легочной патологии

12. К методам и средствам первичной профилактики следует отнести:

Эталон ответа: раннюю диагностику заболеваний, вакцинацию, диспансеризацию

13.Целью вторичной профилактики является предупреждение возникновения:

Эталон ответа: осложнений заболеваний, хронических заболеваний

14.Медицинская профилактика включает в себя:

Эталон ответа: проведение прививок, проведение медицинских осмотров, выявление заболеваний

15.Основными факторами окружающей среды, оказывающими влияние на здоровье населения, являются:

Эталон ответа: состояние окружающей среды (воздух, водоснабжение, озеленение и др.); условия труда; питание; условия воспитания и обучения детей и подростков

16.Развитие профилактического направления в медицине предполагает:

Эталон ответа: улучшение санитарно-гигиенического воспитания населения; повышение уровня пропаганды здорового образа жизни, искоренение вредных привычек;

17. Распространенность артериальной гипертонии среди взрослого населения России по данным эпидемиологических обследований составляет

Эталон ответа: 40%

18. К научно доказанным эффективным мерам профилактики артериальной гипертонии относятся:

Эталон ответа: Диетическая коррекция избыточной массы тела, дислипотеидемии, водно-солевого обмена, оптимизация двигательной активности: ходьба и/или бег, плавание; включение физической активности в часы досуга и повседневную деятельность, отказ от вредных привычек (курения, злоупотребления алкоголем), нормализация режима дня, рациональное распределение свободного времени, рациональная психотерапия, самосовершенствование, аутотренинг, развитие устойчивости к стрессовым ситуациям.

19. Какая доля смертей среди мужчин трудоспособного возраста в России связана с курением табака?

Эталон ответа: 20-30%

20. Какая доля смертей среди женщин трудоспособного возраста в России связана с курением табака?

Эталон ответа: до 10%

21. Основные меры по профилактике курения по рекомендации ВОЗ включают:

Эталон ответа: предотвращать курение с детского и юношеского возраста, оказывать помощь лицам, желающим бросить курить, информационную работу медиков, СМИ, законодательное регулирование

22. Во время антиалкогольной кампании в России наблюдалось:

Эталон ответа: снижение смертности от внешних причин, увеличение продолжительности жизни.

23. Реализация профилактических программ направлена на:

Эталон ответа: Достижение поставленной цели, соблюдение сроков и использования запланированных ресурсов.

24. К хроническим неинфекционным заболеваниям, являющимся основной причиной инвалидности и преждевременной смертности населения Российской Федерации относятся
Эталон ответа: болезни системы кровообращения

25. Для чего проводится второй этап диспансеризации
Эталон ответа: с целью дополнительного обследования и уточнения диагноза

26. Целью здоровьесберегающей деятельности является:
Эталон ответа: сохранение и укрепление здоровья обучающихся, развитие потребности в здоровом образе жизни

27. На состояние здоровья студентов влияет группа факторов
Эталон ответа: внутривузовские и учебно-организационные факторы

28. Здоровьесберегающая среда – это:
Эталон ответа: среда, содействующая физическому, духовному и социальному благополучию человека

29. По определению ВОЗ качество жизни — это
Эталон ответа: восприятие индивидуумом его положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей, в которых индивидуум живет, и в связи с целями, ожиданиями, стандартами и интересами этого индивидуума

30. К внешнему элементу здоровьесберегающей среды относится
Эталон ответа: источники знаний по здоровьесбережению и возможность укрепления здоровья

31. К внутреннему элементу здоровьесберегающей среды относится
Эталон ответа: знания о здоровье и навыки здоровьесбережения

32. К методу пропаганды ЗОЖ относится
Эталон ответа: наглядный и словесный методы

33. Наглядный метод пропаганды ЗОЖ состоит из
Эталон ответа: натуральных объектов и изобразительных средств

34. Личностно-ориентированный подход в обучении – это:
Эталон ответа: организация образовательного процесса, в котором приоритет отдается потребностям и интересам человека, созданию условий для развития его ресурсов, творческих возможностей, устранению факторов, тормозящих развитие человека

35. Основными компонентами здоровьесберегающей технологии выступают
Эталон ответа: аксиологический и эмоционально-волевой

36. Аксиологический компонент здоровьесберегающих технологий проявляется:
Эталон ответа: в осознании учащимися высшей ценности своего здоровья, убежденности в необходимости вести здоровый образ жизни

37. Рефлексивная функция здоровьесберегающей технологии заключается
Эталон ответа: в переосмыслении предшествующего личного опыта

38. Здоровьесберегающие образовательные технологии – это:

Эталон ответа: психолого-педагогические технологии, программы, методы, которые направлены на воспитание культуры здоровья, его сохранению и укреплению, формирование представления о составных частях зож

39. Положения об инклюзивном образовании включены в конвенцию оон «о правах инвалидов» в

Эталон ответа: 2006 году

40. Эффектом внедрения здоровьесберегающего обучения студентов является

Эталон ответа: снижение уровня заболеваемости и повышение качества жизни

41. Врачебный контроль в вузах осуществляется:

Эталон ответа: врачами, работающими во врачебно-физкультурных кабинетах здравпунктов вузов.

42. Врачебно-педагогическое наблюдение включает в себя

Эталон ответа: текущий контроль состояния студента и этапный контроль состояния студента

43. Комплексная оценка здоровья складывается из

Эталон ответа: оценки уровней и гармоничности физического и нервно-психического развития студента, степени резистентности и реактивности организма, функционального состояния основных систем организма, наличия или отсутствия хронических заболеваний

44. К группе здоровья iv относят студентов

Эталон ответа: имеющих значительные отклонения в состоянии здоровья постоянного или временного характера, но без выраженного нарушения самочувствия, со сниженными функциональными возможностями

45. К группе здоровья v относят студентов

Эталон ответа: больных хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации, со значительно сниженными функциональными возможностями

46. К группе здоровья ii относят студентов

Эталон ответа: здоровых, но с факторами риска по возникновению патологии, функциональными и некоторыми морфологическими отклонениями, хроническими заболеваниями в стадии стойкой клинико-лабораторной ремиссии не менее 3-5 лет, врожденными пороками развития, не осложненными заболеваниями одноименного органа или нарушением его функций, а также со сниженной сопротивляемостью к острым хроническим заболеваниям

47. Медицинское обследование студентов бывает

Эталон ответа: повторное, дополнительное и первичное

48. Контроль за реакцией сердечно-сосудистой системы осуществляется по показателям

Эталон ответа: ад и чсс

49. К абсолютным медицинским противопоказаниям к занятиям физической культурой относятся

Эталон ответа: активная фаза ревматизма, миокардит, инфекционные заболевания в острой фазе, аневризма аорты

50. Средствами лфк являются

Эталон ответа: естественные факторы природы, физические упражнения, особый двигательный режим

51. Основным средством физического воспитания в специальных медицинских группах (а) являются

Эталон ответа: дозированные физические упражнения

52. Наиболее оптимальная частота занятий физической культурой в недельном режиме для специальных медицинских групп

Эталон ответа: 5 раз в неделю по 35-45 минут

53. Лицам с заболеваниями сердечно-сосудистой системы противопоказаны упражнения

Эталон ответа: с задержкой дыхания и с натуживанием

54. Лицам с заболеваниями органов пищеварения противопоказаны

Эталон ответа: занятия в течение 1 часа после приёма пищи и силовые упражнения для мышц брюшного пресса

55. Лицам с функциональными нарушениями осанки показаны упражнения

Эталон ответа: на укрепление мышечного корсета

56. Пациент 25 лет. Курит с 16 лет, в настоящее время по две пачки сигарет в день. Кашляет постоянно, но больше по утрам. Периодически поднимается температура и выделяется гнойная мокрота. Пять лет назад был поставлен диагноз – хронический бронхит. Медики рекомендовали бросить курить, но он к их советам не прислушался. Женился, в семье родился сын, ему два года. У него приступы удушья по ночам. Уже несколько раз лечился в стационаре, где ему сразу становится легче. Пациент курит чаще всего в квартире, балкона нет, с лестничной площадки его гонят соседи.

Задания:

1. Какие факторы риска у пациента и его сына?

Эталон ответа: факторы риска у пациента – активное курение. У его сына – пассивное курение.

57. Пациентка, женщина 30 лет. Работает вахтером в общежитие. Страдает ожирением, при массе тела-120 кг, ее рост 165 см. Она очень любит покушать: торты, конфеты, бутерброды с салом и ветчиной и т.д. Двигается мало. Живет на первом этаже, рядом с домом. После работы идет в магазин, и весь день смотрит сериалы по телевизору, лежа на диване. И что-нибудь кушает при этом. Она не замужем. Родители умерли, живет одна. Работа, еда и телевизор - это вся её жизнь. Больной себя не считает.

Задания:

1. Выявите факторы риска, имеющиеся у пациентки, определите ИМТ и объясните его значение.

Эталон ответа: Факторы риска у пациентки: систематическое переедание; гиподинамия; ожирение. Индекс массы тела - величина, позволяющая оценить степень соответствия массы человека и его роста и, тем самым, оценить, является ли масса недостаточной, нормальной или избыточной (ожирение). ИМТ пациентки =44,4

58. Пациент, мужчина, 40 лет. Работает вахтёром в общежитие. Страдает ожирением, при массе тела=120 кг его рост 165 см. Он очень любит покушать: бутерброды с салом и ветчиной и так далее. Двигается мало. Живёт на первом этаже, работает рядом с домом. После работы идёт в магазин, и весь день смотрит боевики по телевизору, лёжа на диване. И что-нибудь кушает и выпивает при этом. Родители умерли. С женой в разводе, детей нет, живет один. Работа, еда и телевизор - вся его жизнь. Больным себя не считает.

Задания:

1. Выявите факторы риска, имеющиеся у пациента. (ПК.1.1., ПК1.3.)

Эталон ответа: систематическое переедание; гиподинамия; ожирение.

59. Пациент, мужчина 40 лет, очень боится заболеть раком. Это боязнь связана с тем, что члены его семьи: отец, мать, брат и три сестры умерли от онкологических заболеваний разной локализации (рак желудка, печени, легких).

Пациент ежегодно, с 35 лет, проходит полное клинико-диагностическое обследование в престижном медицинском центре в Израиле. Уже пять лет заключение врачей центра единодушное: здоров. Курит последние два года, он считает, что курение его успокаивает. Любит загорать, алкоголь употребляет крайне редко.

Задание:

1. Составьте индивидуальный план профилактики онкологических заболеваний для пациента

Эталон ответа: отказ от курения, ограничение приема солнечных ванн (до 11 часов с обязательным применением солнцезащитных средств)

60. Мать пациента и его сестра страдают бронхиальной астмой, дед умер от туберкулеза легких. Пациент 35 лет, женат, детей нет, работает на хлебозаводе пекарем, до этого работал лесником. Курит с двадцати лет по 15-20 сигарет в день. В выходные дни любит смотреть все телепередачи подряд, при этом употребляет крепкий алкоголь. Последние дни стал замечать, что при работе с мукой, у него стало “закладывать” в груди.

Задание:

1. Составьте индивидуальный план профилактики болезней органов дыхания для пациента

Эталон ответа: отказ от курения, дозированные физические нагрузки, уменьшение употребления алкоголя до 1 порции в день (10-20 мл), обследование сердечно-сосудистой и дыхательной систем

61. Вы находитесь на занятии в обучающей школе для пациентов с артериальной гипертензией. Среди обучающихся пациентка 60 лет. Пенсионерка. Живёт с дочерью и двумя внуками, в семье часто бывают ссоры. Подрабатывает консьержкой в соседнем подъезде. Жизнь пациентки полна стрессов. Страдает гипертонической болезнью с 49 лет, этим же заболеванием страдала её покойная мать. Малоподвижна. Спать ложится поздно, так как любит смотреть телевизор, вследствие чего не высыпается. Питание не рациональное. Диету не соблюдает: очень любит жирные сорта мяса, сало, сдобу. Салаты заправляет майонезом. По утрам пьёт крепкий кофе. Не курит, алкоголь не употребляет. АД: 180/100 мм ртутного столба. По совету врача приобрела тонометр, но измеряет давление только когда болит голова. Дневник самоконтроля не ведёт, забывает. Медикаменты принимает нерегулярно.

Рост-165см. Масса тела – 110 кг (индекс массы тела-31); холестерин общий 9,2 ммоль/л; триглицериды- 3,5 ммоль/л; сахар в крови натощак – 6,1 ммоль/л

Задание:

1.Расскажите пациентке о факторах риска сердечно-сосудистой патологии (на примере ее заболевания).

Эталон ответа: факторами риска ССЗ у пациентки являются возраст, наследственная отягощенность, ожирение, гиперлипидемия, не исключается сахарный диабет 2 типа

62. Назовите показания к диете №10 по Певзнеру

Эталон ответа: Пороки сердца, постинфарктный кардиосклероз, гипертоническая болезнь с нерезко выраженными признаками недостаточности кровообращения.

63. Пациенту, обратившемуся за медицинской помощью, участковый терапевт назначил бактериологическое исследование мокроты.

Задание:

Объясните пациенту алгоритм сбора мокроты на бак.исследование.

Эталон ответа: Накануне вечером предупредить больного о предстоящем исследовании и попросить его, чтобы до момента забора мокроты он не принимал пищи, воды, лекарств, не курил, не чистил зубы и приготовил стакан с кипяченой водой. Медицинская сестра приходит к больному утром до завтрака и просит больного прополоскать рот кипяченой водой и хорошо откашляться. Во время откашливаний медицинская сестра освобождает чашку Петри от упаковки и снимает с нее крышку. Поднеся чашку Петри ко рту больного, просит сплюнуть мокроту в чашку, не касаясь губами ее краев. Сразу же закрыть чашку Петри, завернуть ее, отправить в лабораторию с направлением.

64. Пациентка, женщина 23 лет. Не работает, студентка второго курса ПТУ. Стаж курения девять лет, выкуривает по две пачки сигарет в день. Вышла замуж три года назад. Находится на третьем месяце беременности. Бросить курить отказывается. Муж не вмешивается, так как сам курит с 13 лет. Пациентка встала на учет в женской консультации по беременности. Не понимает, какой вред наносит своему еще не родившемуся ребенку. Оба супруга курят дома, на кухне.

Задание:

1.Какие факторы риска могут оказать отрицательное влияние на репродуктивное здоровье супругов?

Эталон ответа: Факторы риска, которые могут оказать отрицательное влияние на репродуктивное здоровье супругов – это длительное, непрекращающееся табакокурение матери и отца.

65. Вы находитесь на занятии в обучающей школе для пациентов с артериальной гипертензией. В группе семь обучающихся, в том числе, пациент 43 лет, инженер. Женат, имеет двоих детей: пяти и десяти лет. Месяц назад во время диспансерного осмотра у него было выявлено повышение АД до 200/100 мм рт. ст., на приеме у терапевта – 180/100 мм рт. ст. Прошел амбулаторное обследование. Диагноз - гипертоническая болезнь. Это же заболевание у матери и у тети пациента. По совету врача, приобрел тонометр и измеряет АД, когда болит голова. Дневник самоконтроля не ведет, медикаменты принимает не регулярно. Рабочий день не нормированный, переутомляется. Питается два – три раза в

сутки, всухомятку. Основной прием пищи приходится на вечер. Диету не соблюдает, любит сладости и крепкий кофе с сахаром. Курит десять лет, по 15 – 20 сигарет в день. Много после работы проводит времени за компьютером, играет в компьютерные игры по 2-3 часа, хотя после болит голова. Спать ложиться поздно, за ночь не высыпается. По выходным употребляет умеренно алкогольные напитки. Рост – 190 см, вес -110 кг (индекс массы тела-31). Холестерин общий – 9,2 ммоль /л, триглицериды – 3,5 ммоль/л, сахар крови натощак – 9,6 ммоль/ л.

Задание: Составьте план обучения пациента данной группы в Школе Артериальной гипертензии.

Эталон:

План обучения пациентов данной группы в Школе Артериальной гипертензии.

Занятие 1. Что надо знать об артериальной гипертензии?

Занятие 2. Здоровое питание. Что надо знать пациенту о питании при артериальной гипертензии?

Занятие 3. Ожирение и артериальная гипертензия.

Занятие 4. Физическая активность и здоровье.

Занятие 5. Курение и здоровье

Занятие 6. Метаболический синдром.

Занятие 7. Медикаментозное лечение артериальной гипертензии. Как повысить приверженность к лечению?

66. Вы на занятии в обучающей школе для пациентов с артериальными гипертензиями. Среди обучающихся, пациентка 50 лет, кондитер. Замужем, имеет троих детей. Муж страдает хроническим алкоголизмом. Во время диспансерного осмотра три года назад, у нее было выявлено повышенное артериальное давление до 170/100 мм ртутного столба. На приеме у терапевта – 150/100. Было проведено амбулаторное обследование. Диагноз – гипертоническая болезнь. У ее бабушки и отца была артериальная гипертензия. В школе обучается впервые, диету не соблюдает, принимает медикаменты, назначенные врачом, нерегулярно. Очень устает на работе, частые стрессы из-за скандалов с мужем и детьми, любит поесть на ночь, так же очень любит жирную и соленую пищу. Выходные проводит дома, любит подольше поспать, а потом смотреть часами телевизор, сидя в кресле.

Рост - 173, вес - 93 кг. Холестерин – 8,3 ммоль, сахар в крови – 4,4 ммоль.

Задание:

1. Дайте пациентке рекомендации по самоконтролю и профилактике при артериальной гипертензии.

Эталон: Рекомендации по самоконтролю и вторичной профилактике при артериальной гипертензии: Вы должны снизить избыточную массу тела (закономерно сопровождается снижением АД), комплексно изменить диету (основные принципы диетического питания: индивидуально подобранное снижение общей энергетической ценности пищевого рациона, применение гипокалорийной диеты с умеренным ограничением до 2000 ккал в сутки, увеличить потребление углеводов, содержащихся в овощах, зелени, не очень сладких фруктах и ягодах обладающих невысокой энергетической ценностью и достаточным количеством клетчатки, в Вашей пище должно быть повышение содержание калия и магния (калий содержится в таких продуктах как печеный картофель, морская капуста, говядина, овсяная крупа, персики, курага; магний содержится в фасоли, орехах, изюме, кукурузе, инжире), необходимо резко ограничить потребление легкоусвояемых простых

углеводов (сахар, варенье, конфеты и т. д.), резко уменьшить потребление продуктов, богатых холестерином (сливочное масло, сырокопченые колбасы, жирные сорта мяса, яичный желток и т. д.). Вместо них использовать растительные масла, отказаться от копченостей и солений, ограничить содержания жиров в рационе, уменьшить потребление поваренной соли до 5 грамм в сутки, снизить употребление кофе, последний прием пищи должен быть за 2-3 часа до сна. Необходимо повысить физическую активность, меньше проводить времени на диване у телевизора, больше гулять, ходить в парк, к водоемам, выезжать на природу за город, соблюдать режим дня, стараться полноценно отдыхать. Вам необходимо проводить мониторинг артериального давления и пульса (измерение АД несколько раз в сутки) и вести "дневник самоконтроля", регулярно принимать гипотензивные препараты.

67. Пациент 53 лет, бухгалтер. Женат, имеет двоих детей: семи и десяти лет. Месяц назад во время диспансерного осмотра у него было выявлено повышение АД до 180/100 мм рт.ст., на приеме у терапевта – 170/100 мм рт. ст. Прошел амбулаторное обследование. Диагноз - гипертоническая болезнь. Это же заболевание у матери пациента. По совету врача, приобрел тонометр и измеряет АД, когда болит голова. Дневник самоконтроля не ведет, медикаменты принимает не регулярно. Рабочий день не нормированный, переутомляется. Питается в рабочее время, в основном, бутербродами с маслом и жирной колбасой. Основной прием пищи обильный, поздно вечером. Диету не соблюдает. Курит три года, по 10 – 15 сигарет в день. Много после работы проводит времени за просмотром телевизора. Спать ложиться не раньше часа ночи. По выходным употребляет умеренно алкогольные напитки. Рост – 180 см, вес -92 кг (индекс массы тела-29).

Задания:

1. Составьте план обучения для пациента в Школе Артериальной гипертензии.

Эталон: План обучения пациентов данной группы в Школе Артериальной гипертензии.

Занятие 1. Что надо знать об артериальной гипертонии?

Занятие 2. Здоровое питание. Что надо знать пациенту о питании при артериальной гипертонии?

Занятие 3. Ожирение и артериальная гипертония.

Занятие 4. Физическая активность и здоровье.

Занятие 5. Курение и здоровье

Занятие 6. Метаболический синдром.

Занятие 7. Медикаментозное лечение артериальной гипертонии. Как повысить приверженность к лечению?

68. Материальные затраты на профилактику хронических неинфекционных заболеваний

Эталон: ниже стоимости лечения данного заболевания

69. Материальные затраты на профилактику инфекционных заболеваний

Эталон: ниже стоимости лечения

70. Здоровье индивидуума является ценностью для

Эталон: самого индивидуума и гуманитарного общества

71. Современное общество должно заботиться о

Эталон: здоровье каждого индивидуума

72. Врач должен лечить

Эталон: больного, а не болезнь

73. Причины обращения пациентов к альтернативной медицине

Эталон: низкий уровень развития официальной медицины, уделение недостаточного внимания пациенту, широкая реклама альтернативной медицины

74. Пациенты склонны обращаться за помощью к альтернативной медицине, т.к. Они убеждены

Эталон: что врач назначает препараты исходя из собственных интересов, назначение препаратов лоббируется фармацевтическими фирмами, альтернативная медицина обеспечивает полное излечение от заболевания

75. Пациенты часто обращаются к альтернативной медицине, т.к.

Эталон: отсутствует диалог врач - пациент, пациент не понимает необходимость того или иного лечения, при проведении альтернативной терапии отсутствуют побочные эффекты

ОПК-10:

Задания закрытого типа: ВСЕГО 25 заданий.

1. Среди ранних осложнений инфаркта миокарда не встречается:

1. отек легких
2. остановка кровообращения
3. разрыв сердца
4. блокада ножек пучка Гиса
5. могут быть все осложнения

Эталон ответа: 5. могут быть все осложнения

2. Во время гипертонического криза при феохромоцитоме в крови обнаруживается

1. моноцитоз
2. гипергликемия
3. эозинофилия
4. гипокалиемия
5. гипербилирубинемия

Эталон ответа: 2. гипергликемия

3. Показаниями для постоянной кардиостимуляции не является

1. атриовентрикулярная блокада с приступами Морганьи - Эдамса - Стокса
2. рефрактерная сердечная недостаточность на фоне полной атриовентрикулярной блокады с частотой сердечных сокращений 50 в минуту
3. полная атриовентрикулярная блокада с частотой сердечных сокращений 40 в минуту независимо от состояния гемодинамики пациента

Эталон ответа: 3. полная атриовентрикулярная блокада с частотой сердечных сокращений 40 в минуту независимо от состояния гемодинамики пациента

4. Дополнительные проводящие пути у больного с возвратной суправентрикулярной тахикардией могут быть устранены без операции на "открытом" сердце

1. правильно
2. неправильно

Эталон ответа: 1. правильно

5. При трепетании предсердий

1. пульс и сердцебиения могут быть ритмичными
2. по пульсу и сердцебиению мерцание и трепетание предсердий могут быть схожими
3. имеются постоянная и пароксизмальная формы
4. эффективным методом лечения является электроимпульсная терапия
5. все перечисленное

Эталон ответа: 5. все перечисленное

6. Улучшение работы сердца при сердечной недостаточности достигается

1. усилением сократимости миокарда
2. облегчением сердечного выброса
3. снижением нагрузки
4. всем перечисленным

Эталон ответа: 4. всем перечисленным

7. Вероятность интоксикации сердечными гликозидами не увеличивает

1. гипокалиемия
2. хроническая почечная недостаточность
3. прием антацидов
4. гиперкальциемия
5. все перечисленное

Эталон ответа: 3. прием антацидов

8. В отличие от признаков, наблюдаемых при хронической патологии легких, для сердечной недостаточности характерно

1. диффузный цианоз
2. акроцианоз
3. удлиненный выдох
4. теплые конечности

Эталон ответа: 2. акроцианоз

9. При оценке типа или тяжести сердечной недостаточности наименее надежным признаком является

1. боль в области сердца
2. цианоз
3. отеки
4. кровохарканье

Эталон ответа: 1 боль в области сердца

10. Для усиления сократимости миокарда применяются

1. сердечные гликозиды
2. б-адреноблокаторы
3. антагонисты кальция
4. симпатолитики

Эталон ответа: 1. сердечные гликозиды

11. Какой из следующих симптомов является наиболее заметным, а иногда и единственным, небольшой эмболии, вызывающей инфаркт легкого:

1. Повышение температуры.
2. Плевральная боль
3. Учащение дыхания.
4. Одышка.

Эталон ответа: 4. Одышка.

12. Смерть от эмболии легочной артерии, в результате которой нарушается проходимость лишь одного ствола легочной артерии, обусловлена:

1. Уменьшением дыхательной поверхности легкого вследствие частичного коллапса.
2. Смещением средостения вследствие коллабирования части легкого.
3. Рефлекторным влиянием на оба легких и сердце
4. Уменьшением оксигенированной крови, поступающей в сердце.
5. Кровоизлиянием, которое вызывает в альвеолах эмболы.

Эталон ответа: 3. Рефлекторным влиянием на оба легких и сердце

13. Наиболее частой причиной смерти при передозировке адреналина являются:

1. Кровоизлияние в мозг
2. Блокада сердца.
3. Расширение сердца.
4. Стимуляция блуждающих нервов.
5. Синусовая тахикардия.

Эталон ответа: 1. Кровоизлияние в мозг

14. Ранним признаком гипокальциемии является:

1. Тахикардия.
2. Бледность.
3. Сонливость.
4. Повышение нервно-мышечной возбудимости
5. Цианоз.

Эталон ответа: 4. Повышение нервно-мышечной возбудимости

15. Быстрое в/в введение бикарбоната натрия пациенту с почечной недостаточностью может привести к развитию:

1. Гиповентиляции.
2. Печеночной недостаточности.

3. Судорогам
4. Полной поперечной блокады сердца.
5. Гемолизу.

Эталон ответа: 4. Полной поперечной блокады сердца

16. Для какой цели наиболее полезен катетер для измерения центрального венозного давления:

1. Диагностики сердечной недостаточности
2. Диагностики шока.
3. Измерения PaO₂.
4. Аспирации воздуха.
5. Измерения PaCO₂.

Эталон ответа: 1. Диагностики сердечной недостаточности

17. Нарушением ритма при инфаркте миокарда, наиболее часто приводящим к развитию фибрилляции желудочков, является:

1. суправентрикулярная пароксизмальная тахикардия
2. мерцательная тахиаритмия
3. желудочковая пароксизмальная тахикардия
4. синусовая тахикардия
5. полная атриовентрикулярная блокада.

Эталон ответа: 3. желудочковая пароксизмальная тахикардия

13. Не является признаком тромбоэмболии легочной артерии следующее

1. цианоз
2. снижение центрального венозного давления
3. одышка
4. набухание шейных вен
5. синусовая тахикардия

Эталон ответа: 2. снижение центрального венозного давления

14. Первоочередными исследованиями для уточнения диагноза тромбоэмболии легочной артерии являются

1. анализ мокроты
2. ЭКГ
3. коагулограмма
4. Эхо-КГ
5. D-димер

Эталон ответа: 2. ЭКГ

15. К числу неотложных мероприятий при лечении тромбоэмболии легочной артерии необходимо отнести все, кроме

1. введения реополиглюкина
2. назначения β-адреноблокаторов
3. введения гепарина
4. введение фибринолитического препарата

5. ингаляции кислород

Эталон ответа: 2. назначения β -адреноблокаторов

16. Электрокардиографическими признаками, указывающими на возможность развившейся тромбоэмболии легочной артерии не является

1. отклонения электрической оси вправо
2. блокада правой ножки пучка Гиса
3. выраженные зубцы Q-III и Q-aVF
4. "митральный" зубец P
5. высокие остроконечные зубцы P-III и P-aVF

Эталон ответа: 3. выраженные зубцы Q-III и Q-aVF

17. Для снижения давления в легочной артерии при ее тромбоэмболии целесообразно использовать

1. эуфиллин
2. обзидан
3. дигоксин
4. силденафил

Эталон ответа: 4. силденафил

18. Для ранней стадии тромбоэмболии крупного ствола легочной артерии не характерно

1. синкопальное состояние
2. давящие боли в грудной клетке
3. одышка
4. "плевральные" боли
5. акцент II-го тона над легочной артерией

Эталон ответа: 4. "плевральные" боли

19. Повышение давления в легочной артерии не характерно

1. для тромбоэмболии легочной артерии
2. для митрального стеноза
3. для приступа бронхиальной астмы
4. для инфаркта правого желудочка

Эталон ответа: 4. для инфаркта правого желудочка

20. Наиболее частой причиной ТЭЛА является эмболизация из вен:

1. брюшной полости
2. таза
3. головы и шеи
4. нижних конечностей
5. верхних конечностей

Эталон ответа: 4. нижних конечностей

21. Что из перечисленного не соответствует признакам правожелудочковой недостаточности?

1. увеличение печени
2. снижение венозного давления
3. замедление скорости кровотока
4. цианоз
5. отеки.

Эталон ответа: 2. снижение венозного давления

22. Что из перечисленного не имеет отношения к развитию сердечной астмы?

1. снижение сократительной функции левого желудочка.
2. повышение давления в легочных капиллярах.
3. депонирование крови в печени.
4. снижение сократительной функции левого предсердия.
5. увеличение постнагрузки.

Эталон ответа: 3. депонирование крови в печени.

23. Что из перечисленного не соответствует признакам левожелудочковой недостаточности?

1. резко выраженная одышка (вплоть до удушья).
2. хороший лечебный эффект больших доз ингаляционных бета-агонистов
3. влажные мелкопузырчатые хрипы в легких.
4. тахикардия.
5. повышение давления в легочных венах.

Эталон ответа: 2. хороший лечебный эффект больших доз ингаляционных бета-агонистов

24. Приводить к перегрузке сердца давлением и быть причиной сердечной недостаточности могут все перечисленные причины, кроме

1. аортального стеноза
2. митральной недостаточности
3. артериальной гипертензии
4. гипертрофической (обструктивной) кардиомиопатии

Эталон ответа: 2. митральной недостаточности

25. Причинами сердечной недостаточности из-за объемной перегрузки сердца могут быть все перечисленные причины, кроме

1. аортальной недостаточности
2. митральной недостаточности
3. дилатационной кардиомиопатии
4. открытого артериального протока

Эталон ответа: 3. дилатационной кардиомиопатии

Задания открытого типа: ВСЕГО 75 заданий

1. Ситуационная задача

Больной 72 лет, страдающий артериальной гипертонией, в течение суток многократно повторялись за грудиной сжимающие боли, отдающие в шею и плечи, сопровождающиеся чувством страха, полностью не купирующиеся таблетками. АД 110/70 мм рт. ст. На ЭКГ: ритм синусовый. ЧСС 98 в 1 мин. Подъем сегмента ST на 1,5 мм от изолинии в V1 - V4.

1. Перечислите дифференцируемые состояния.

Эталон ответа: Дифференцировать с расслаивающей аневризмой аорты, ТЭЛА.

2. Ситуационная задача

Больная 76 лет поступила с острым крупноочаговым инфарктом миокарда задней стенки левого желудочка. ЭКГ-мониторинг установил прогрессивное увеличение интервала PQ с последующим выпадением ряда комплексов QRS. В течение первых суток неоднократно возникали кратковременные эпизоды потери сознания с судорогами и дыханием Чейн-Стокса.

Объективно: Бледность кожных покровов и слизистых. ЧСС 38 в 1 мин. АД 170/100 мм рт.ст. На ЭКГ: различные интервалы сцепления зубцов P с QRS; желудочковые комплексы широкие (до 0,14сек); интервалы PP длительностью 0,82 сек, а RR – 1,8 сек.

1. Перечислите дифференцируемые состояния.

Эталон ответа: Дифференцировать с эпилепсией, брадисистолической формой фибрилляции предсердий.

3. Ситуационная задача

В первые 4 часа распространенного крупноочагового инфаркта миокарда у больного 67 лет внезапно появилось ритмичное сердцебиение с ЧСС более 140 в 1 мин. В течение нескольких минут развился выраженный акроцианоз и бледность кожи, АД снизилось до 80/60 мм рт. ст. На ЭКГ: зубцы P не определяются; комплексы QRS деформированы, шириной более 0,14 сек; интервалы RR примерно одинаковы.

1. Перечислите дифференцируемые состояния (нарушения ритма).

Эталон ответа: Дифференцировать с пароксизмом трепетания предсердий ассоциированной формы, тахи-зависимой блокадой ножки пучка Гиса, ускоренным идиовентрикулярным ритмом.

4. Ситуационная задача

У больной 75 лет с хроническим бронхитом в анамнезе около 6 часов назад после психоэмоционального напряжения появились сердцебиения и перебои в работе сердца. Двукратный прием корвалола облегчения не принес, и в связи с ухудшением самочувствия вызвала бригаду СМП. При осмотре предъявляет жалобы на слабость, головокружение, чувство нехватки воздуха.

Объективно: лежит в постели на двух подушках, цианоз губ. В легких жесткое дыхание, умеренное количество сухих свистящих и басовых хрипов, ЧД 32 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, аритмичные, 140 в 1 мин; пульс слабого наполнения, 110 в 1 мин. АД 90/70 мм рт.ст. ЭКГ: зубцы P отсутствуют, интервалы RR разные по длительности, горизонтальная депрессия ST до 3 мм в I, aVL, V4-V6.

1. Дифференцируемые состояния.

Эталон ответа: Инфаркт миокарда, бронхиальная астма.

5. Ситуационная задача

У больной 63 лет жалобы на одышку в покое, боли в правом боку при вдохе, малопродуктивный кашель, повышение температуры до 37,6°C. 6 дней назад появились одышка, распирающие боли в грудной клетке, затем повышение температуры без ознобов, появился кашель. Около 15 лет отмечает повышение АД до 180/110 мм рт.ст.

Объективно. Повышенного питания (рост 159 см, вес 100 кг). Ак-роцианоз. Температура 37,4°C. Правая голень больше в объеме и на ощупь теплее левой. ЧД 26 в мин. В правой подлопаточной области вы-слушивается шум трения плевры, дыхание везикулярное, ослаблено. Пульс 92 удара в мин., ритмичный, полный. АД 170/90 мм рт.ст. Акцент II тона на легочной артерии. Других изменений со стороны внутренних органов не выявлено.

1. Основные дифференцируемые состояния.

Эталон ответа: Дифференциальный диагноз с острым инфарктом миокарда.

6. Ситуационная задача

У больного 52 лет ранним утром появились интенсивные загрудинные боли, длительностью около 40 минут, которые врач СМП купировал в/в введением наркотических анальгетиков. С учетом ЭКГ-данных (появления монофазного подъема сегмента ST в I, II, aVL, V1-V6), больной доставлен в стационар, где через несколько часов развился приступ сердцебиения, сопровождающийся резкой слабостью, падением артериального давления. При этом на ЭКГ зубцы P не определялись, желудочковые комплексы были деформированы и уширены до 0,14 сек, число сокращений желудочков составляло 150 в минуту.

1. Сформулируйте предварительный диагноз на догоспитальном этапе

Эталон ответа: 1. ИБС. Острейшая стадия распространенного инфаркта миокарда передней стенки левого желудочка.

7. Ситуационная задача

Течение острой стадии трансмурального переднего инфаркта миокарда у больного 47 лет осложнилось развитием блокады левой ножки пучка Гиса и атриовентрикулярной блокады I ст. Появились жалобы на чувство нехватки воздуха и одышку. Объективно: усилился акроцианоз и бледность кожных покровов. ЧСС 76 в мин, АД 90/55 мм рт.ст. Тоны глухие, ритмичные. Дыхание ослаблено. Внезапно развились потеря сознания и агональное дыхание, констатирована клиническая смерть.

1. Что наиболее вероятно явилось причиной развития клинической смерти в этом случае?

Эталон ответа: 1. Прогрессирование нарушений проводимости до полной поперечной блокады с возможным развитием, идиовентрикулярного ритма или асистолии.

8. Ситуационная задача

Больной 47 лет вызвал СМП около 5 часов утра в связи с интенсивными болями в области сердца, которые возникли 20 минут назад. Боли сопровождаются резкой слабостью, ощущением перебоев в работе сердца. Подобные приступы беспокоили в течение месяца 3 раза и примерно в это же время, но отличались меньшей длительностью. В дневное время боли в сердце не беспокоят.

Объективно: ортопноэ, кожа бледная, обычной влажности. В легких дыхание везикулярное. Границы сердца не увеличены; тоны приглушены. Живот без особенностей. ЭКГ: подъем сегмента ST на 5 мм в II, III и aVF, депрессия сегмента ST в I, aVL, V1-V6. После приема нитроглицерина боли полностью купировались. Доставлен в кардиологическое отделение стационара.

Через 24 ч состояние удовлетворительное, боли не возобновлялись. ЭКГ: сегмент ST во всех отведениях на изолинии. Анализ крови: лейкоциты $7 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 10 мм/ч; уровень тропонина за время наблюдения – в пределах нормы.

1. Сформулировать диагноз на догоспитальном этапе.

Эталон ответа: . ИБС: ОКС с подъемом сегмента ST (крупноочаговый инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка).

9. Ситуационная задача

Больная 50 лет: жалобы на боли в левом плечевом суставе тянущего характера и головные боли. День назад после подъема небольшой тяжести появились боли в левой половине грудной клетки и плечевом суставе. Гипертоническая болезнь в течение 10 лет. АД от 160/90 до 170/100 мм рт.ст.

Объективно: избыточная масса тела, гиперемия лица. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Левая граница сердца на 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии, тоны

приглушены, акцент II тона над аортой, систолический шум на верхушке, экстрасистолы до 7 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. При поколачивании по поясничной области болезненности нет. Почки не пальпируются. Отеков нет. Отмечается болезненность при пальпации паравerteбральных точек слева в шейно-грудном отделе позвоночника. ЭКГ: синусовый ритм 90 в 1 мин, суправентрикулярные желудочковые экстрасистолы до 10 в 1 мин, горизонтальное направление электрической оси сердца, смещение интервала ST в I, aVL, V4-V6 на 3 мм вверх.

1. Дифференцируемые состояния.

Эталон ответа: Остеохондроз шейно-грудного отдела позвоночника с корешковым синдромом; гипертоническая болезнь, криз.

10. Ситуационная задача

Врач скорой помощи приехал по вызову к больному 60 лет, который предъявляет жалобы на интенсивные загрудинные боли раздирающего характера, иррадиирующие в нижнюю челюсть и оба плеча. Боли появились около 2-х часов назад. Прием анальгетиков, валидола и валокордина болевой синдром не купировал. Напротив, отмечается нарастание интенсивности болей, появление головокружения, потливости. Неоднократно была рвота. Объективно: кожные покровы бледные, покрыты холодным потом; выражен акроцианоз. Больной стонет от болей. В легких дыхание жесткое, в нижних отделах ослабленное. Границы сердца: правая и верхняя в пределах нормы, левая – на 1 см снаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца глухие, ритмичные. ЧСС 108 в 1 мин. АД 85/60 мм рт.ст. ЭКГ: синусовая тахикардия, подъем сегмента ST в III, aVF, V5-V6 отведениях без существенного изменения комплекса QRS.

1. Перечислить дифференцируемые состояния.

Эталон ответа: Прогрессирующая стенокардия, острый живот.

11. Ситуационная задача

В приемное отделение доставлен машиной СМП больной 58 лет. Жалуется на постоянные боли в эпигастральной области нарастающей интенсивности, тошноту и рвоту, резкую слабость. Боли появились около 6 часов назад и, по мнению больного, возникли беспричинно. В анамнезе язвенная болезнь желудка. Последнее обострение несколько лет назад.

Объективно: бледность кожных покровов, умеренная их влажность, цианоз губ. В легких дыхание везикулярное. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца глухие, ритмичные. ЧСС 104 уд. В 1 мин. АД 120/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в эпигастральной области. В момент осмотра симптомов раздражения брюшины не определяется. Стула нет вторые сутки. ЭКГ: синусовый ритм. Умеренное снижение вольтажа зубца R и умеренный подъем сегмента ST в II, III, aVF.

1. Основные дифференцируемые состояния.

Эталон ответа: Обострение язвенной болезни желудка, острый панкреатит.

12. Ситуационная задача

У больной 79 лет с переломом шейки левого бедра 3-недельной давности внезапно развились боли в грудной клетке, одышка, в связи с чем на дом вызвана бригада СМП. При активном расспросе выявлены жалобы на боли в левой голени и влажный кашель с прожилками крови в мокроте.

Объективно: лежит в постели с низким изголовьем, кожа бледная, умеренно выраженный цианоз лица. В легких жесткое дыхание, слева в нижних отделах – ослабленное, там же влажные мелкопузырчатые хрипы, ЧД 30 в 1 мин. Тоны сердца глухие, ЧСС 110 в 1 мин, экстрасистолы до 6-8 в 1 мин. АД 100/70 мм рт.ст. ЭКГ: синусовая тахикардия, предсердные

экстрасистолы, электрическая ось сердца отклонена вправо, инвертированные зубцы Т в V1-V2, депрессия ST в II, III, aVF. На ЭКГ, снятой 3 недели назад, этих изменений не было.

1. Дифференцируемые состояния.

Эталон ответа: Инфаркт миокарда, пневмония.

13.Ситуационная задача Мужчина, 57 лет, доставлен в терапевтическое отделение с жалобами на приступообразную одышку с затрудненным вдохом, стеснение в груди, сухой кашель. Такое состояние возникло впервые, внезапно ночью во время сна.

Из анамнеза известно, что пациент страдает АГ в течение последних 5 лет, постоянной антигипертензивной терапии не получал.

При осмотре: больной возбужден, ортопноэ, разлитая бледность кожных покровов с цианозом лица и губ. Пульс 120 в мин, ритмичен, напряжен. АД 180/120 мм.рт.ст. Левая граница сердечной тупости смещена латерально на 2 см. У верхушки 1-й тон приглушен, ритм «галопа», на аорте акцент 2-го тона. Дыхание хриплое, 32 в мин, SpO₂89%. В легких масса сухих хрипов, в верхних и средних отделах мелкопузырчатые влажные хрипы. Печень не увеличена. Отеков нет. Температура тела нормальная.

В анализе мочи существенных изменений нет. На ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 120 в мин, RV₄<RV₅<RV₆, в V₂-3 преобладают зубцы S. SV₁=22 мм, RV₆=16 мм.

Вопросы:

1. Укажите заболевания, с которыми необходимо дифференцировать данное состояние. Назовите основные признаки для дифференциальной диагностики.

Эталоны ответов:

Приступ бронхиальной астмы (анамнез: БА, аллергические заболевания; возможный контакт с аллергеном; экспираторный характер одышки; выраженное участие вспомогательных мышц в акте дыхания; мучительный сухой кашель до приступа, с отделением вязкой мокроты в конце приступа; теплый разлитой цианоз; эмфизематозная форма грудной клетки).

Острая левожелудочковая недостаточность при инфаркте миокарда (астматический вариант) (анамнез: предшествующие ХСН, СД, ГБ, повторные ИМ, пороки сердца; возможна гипотония; характерные изменения на ЭКГ: подъем/депрессия сегмента ST или инверсия зубца Т в двух и более последовательных отведениях, впервые выявленная БЛНПГ; повышение уровня тропонинов, КФК МВ).

Острая левожелудочковая недостаточность при острых нарушениях ритма сердца и проводимости (жалобы на сердцебиение, перебои в работе сердца; тахикардия/брадикардия, аритмия; характерные изменения ЭКГ).

14.Ситуационная задача Больной М., 48 лет, доставлен в кардиологическую клинику бригадой СМП с жалобами на впервые возникшие около 3 часов назад интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, одышку, общую слабость, холодный пот, однократную рвоту съеденной пищей. Употребление в пищу некачественных продуктов отрицает. В анамнезе заболеваний желудочно-кишечного тракта нет. Больной страдает артериальной гипертензией около 5 лет, адаптирован к АД 160/100 мм рт ст. Лекарственные препараты регулярно не принимает, за медицинской помощью не обращался. Курит до 20 сигарет в день, отец умер от инфаркта миокарда, мать страдает артериальной гипертензией.

Объективное исследование: Больной беспокоен, бледен, отмечается повышенная влажность кожных покровов, акроцианоз, язык влажный, обложен белым налетом.

Дыхание в легких везикулярное жесткое, хрипов нет, ЧДД 22/мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, АД 150/90 мм рт. ст., ЧСС 90/мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, отеков ног нет. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон.

Лабораторные данные: лейкоциты – $12,5 \cdot 10^9/\text{л}$, повышение содержания миоглобина и тропонинов Т и I, КФК-МВ – 75 МЕ/л, уровни АСТ и АЛТ в нормальных пределах.

Инструментальные данные:

ЭКГ – куполообразное смещение интервала ST вверх от изолинии и слияние его с зубцом Т в отведениях III и aVF.

Вопросы:

1. Проведите дифференциальную диагностику.

Эталоны ответов:

Дифференциальная диагностика: миокардит, перикардит, аорталгия, болезни пищевода, болезни других органов средостения, ТЭЛА, расслаивающая аневризма аорты, мышечно-суставные боли, миозит, травмы, заболевания позвоночника и спинного мозга, мышечно-суставные боли, межреберная невралгия, заболевания рапсгеас и желчного пузыря, заболевания печени, заболевания пищевода, поддиафрагмальный абсцесс, пневмония, плеврит, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и желудка, инфаркт селезенки, синдром селезеночного изгиба ободочной кишки.

15. Ситуационная задача

Больная Т., 45 лет. Доставлена в кардиологическую клинику бригадой СМП с жалобами на остро возникшую около 3-4 часов назад одышку, общую слабость, потливость, ломящую боль за грудиной. Вышеописанные жалобы беспокоят впервые в жизни. Около 5-6 дней назад появилась отечность, гиперемия и болезненность в области правой голени после бытовой травмы, по поводу чего за медицинской помощью не обращалась, лечилась самостоятельно мазью «Диклофенак» с незначительным эффектом. В течение последних суток отмечала усиление болей в области правой голени. Заболевания сердца и бронхолегочной системы отрицает. Около 5 лет принимает оральные контрацептивы, курит до 10 сигарет в день, работает менеджером в банке, замужем, 2 детей.

Объективное исследование: больная беспокойна, возбуждена, повышена влажность кожных покровов, отмечается диффузный цианоз кожных покровов, яркий цианоз кожи лица и шеи, расширение вен шеи, язык влажный, обложен белым налетом. Дыхание в легких везикулярное жесткое, хрипов нет, ЧДД 32/мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент II тона над легочной артерией, АД 100/50 мм рт. ст., ЧСС 105/мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Отечность и гиперемия в области правой голени.

Лабораторные данные: лейкоциты – $6 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ 15 мм/час, содержание тропонинов Т, I и миоглобина в крови нормальное, КФК-МВ – 15 МЕ/л, АСТ – 30 Ед/л, АЛТ – 20 Ед/л, глюкоза крови – 4,5 ммоль/л, калий – 4,5 ммоль/л, натрий – 140 ммоль/л, креатинин – 0,085 ммоль/л, мочевины 5,0 ммоль/л. Инструментальные данные: ЭКГ: синусовая тахикардия с ЧСС 105/мин., отрицательные зубцы Т в отведениях V1-V3, смещение переходной зоны влево, отклонение электрической оси сердца вправо, эпизоды блокады правой ножки пучка Гиса.

Рентгенография грудной клетки: обеднение легочного рисунка в верхней и средней долях левого легкого.

ЭХО-КГ: увеличение объема правого желудочка, относительная недостаточность трикуспидального клапана и клапана легочного ствола.

Вопросы:

1. Проведите дифференциальную диагностику.

Эталон ответа:

Дифференциальная диагностика: острый инфаркт миокарда, кардиогенный шок, болезни пищевода и других органов средостения, тампонада сердца, расслаивающая аневризма аорты, заболевания позвоночника и спинного мозга, острый панкреатит, плеврит, пневмония, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и желудка, инфаркт селезенки.

16. Ситуационная задача

Больной К, 77 лет длительной страдает артериальной гипертензией, фибрилляцией предсердий. Постоянно принимает эналаприл, бисопролол, аспирин. На этом фоне у больного возникло нарушение мозгового кровообращения. После выписки из неврологического отделения обратился к участковому врачу. Какая группа препаратов должна быть назначена больному?

Эталон ответа: Пероральные антикоагулянты, предпочтительнее дабигатран, ривароксабан или апиксабан. Альтернатива – антагонисты витамина К (варфарин).

17. Ситуационная задача

Женщина 62 лет перенесла острый ишемический инсульт, который сопровождалось моторной афазией, правосторонним гемипарезом. Менингеального синдрома не было. К концу 4 месяца от начала болезни речь восстановилась полностью, гемипарез сохраняется. Через 6 месяцев после инсульта у больной развился острый инфаркт миокарда с элевацией сегмента ST. Возможно ли проведение тромболитической терапии у данной больной?

Эталон ответа: Проведение тромболитической терапии возможно

18. Ситуационная задача

Больная 57 лет обратилась к врачу с жалобами на головокружение, потемнение перед глазами, иногда кратковременную утрату сознания при переходе в вертикальное положение, общую слабость. В неврологическом статусе симптомов очагового поражения ЦНС не выявлено. Принимает многокомпонентную гипотензивную терапию: ингибиторы АПФ, тиазидные диуретики, альфа-блокаторы. Какой из гипотензивных препаратов может вызывать подобные симптомы?

Эталон ответа: альфа-блокатор часто вызывает постуральную гипотензию.

19. Ситуационная задача

Врач был вызван к мужчине 55 лет на дом. Накануне пациент почувствовал резкую слабость в правых конечностях. Больной не мог помочиться в течение 18 часов. Из анамнеза выяснилось, что пациент страдает мерцательной аритмией и сахарным диабетом. При неврологическом осмотре выявлен парез проксимального отдела правой руки и дистального отдела ноги, апраксия левой руки и симптомы орального автоматизма. Артериальное давление было ниже обычного для этого больного и составляло 130/60 мм рт. ст. Температура тела 37,0 градусов.

1. Ваш предварительный диагноз?

Эталон ответа: 1. Кардиоэмболический инсульт

20. Ситуационная задача

Мужчина 68 лет страдает гипертонической болезнью в течение 15 лет. После получения информации из отдела кадров об увольнении потерял сознание, упал. При осмотре в стационаре через 40 минут выявлено: кома I, лицо багрового цвета, пульс 56 ударов в минуту, АД 220/120 мм. рт. ст., дыхание хриплое, левая щека «парусит» при дыхании, активных движений в левых конечностях нет, симптом Бабинского слева.

1. Поставьте предварительный диагноз?

Эталон ответа:

1. Гипертонический криз, осложненный нарушением мозгового кровообращения

21. Ситуационная задача

Пациентка 50 лет поступила с жалобами на повышение АД до 200/100 мм рт.ст., сопровождающееся жгучими болями в области сердца, чувством нехватки воздуха, сильной головной болью, головокружением, тошнотой.

Анамнез заболевания. Последний год отмечает периодическое появление дискомфорта в области сердца, частые головные боли. Не обследовалось. Указанные выше жалобы появились 3 часа назад на фоне стрессовой ситуации. Доставлена бригадой СМП. Госпитализирована в стационар.

Анамнез жизни. Лекарственной непереносимости не отмечает. Наследственность отягощена по артериальной гипертонии (мать страдает этим заболеванием, перенесла ОНМК). Вредных привычек не имеет. В течение года отмечает нарушение менструального цикла.

Настоящее состояние. Общее состояние тяжелое. Сознание ясное. Положение активное. Рост – 156 см, вес – 94 кг. Гиперстеник. Лицо гиперемировано. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система без видимой патологии. Пастозность стоп и нижней трети голеней. Варикозное расширение вен на ногах. Грудная клетка цилиндрическая. Границы легких в норме. Перкуторно – ясный звук. Дыхание везикулярное, чдд 21 в мин. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости расширены влево – в V межреберья слева по срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены, чсс 92 в мин, акцент II тона на аорте. АД 210/100 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный. С-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Обследование:

ОАК: Э-4,27, Нг-143 г/л, ЦП – 1,0, СОЭ-9 мм/ч, Л-7,2: п/я-1, с/я-62, э-2, м-9, л-26, Тр - 220

ОАМ: с/ж, прозрачная, 1000, белок – 0,033 г/л, л – 1-2, э – 0-1.

Биохимический анализ крови: общий холестерин – 6,1 ммоль/л, креатинин – 58 мкмоль/л, мочевины – 4,95 ммоль/л, глюкоза крови – 8,1 ммоль/л, билирубин общий – 17,9 мкмоль/л, АЛАТ – 25 Е/л, АСАТ – 35 Е/л, фибриноген 2 г/л.

ЭХОКГ МЖП – 1,3 см, ЛП – 3,4 см, ПЖ – 2,2 см, ПП – 4,1 х 4,5 см, ЛЖ: КДР – 5,9 см, КСР – 3,9 см, КДО – 160 мл, КСО – 80 мл, УО – 80 мл, ФВ – 57%, ΔS 48%. Заключение: Атеросклероз аорты. Умеренная гипертрофия МЖП. Нарушение диастолической функции ЛЖ по модели аномальной релаксации.

Рентгенография органов грудной полости: признаки венозного застоя в нижних отделах легких.

Окулист: ангиопатия сетчатки

Задание:

1. Сформулируйте диагноз с учетом имеющихся результатов обследования.

Эталон ответа: Гипертоническая болезнь, 3 степени, III стадия, риск ССО очень высокий. Осложненный гипертонический криз. Необходимо исключить острый коронарный синдром. ХСН IIА. ФК II. Дислипидемия. Ожирение II.

22. Ситуационная задача

Пациент 62 лет доставлен бригадой СМП с жалобами на жгучие, разрывающие боли в области сердца, возникшие 4 часов назад, иррадиирующие в левое плечо, шею, межлопаточное пространство, некупирующиеся приемом 3-х таблеток нитроглицерина, сердцебиение, чувство нехватки воздуха.

Анамнез заболевания. Более 10 лет наблюдается у кардиолога по месту жительства по поводу артериальной гипертонии (АД максимально повышается до 170/100 мм рт.ст.), 5 лет по поводу ИБС, стабильно статины, антиагреганты, нитраты. Ухудшение состояния в течение нескольких часов – после тяжелой физической нагрузки (разгрузка автомобиля) появились указанные выше жалобы. Самостоятельно принял 3 таблетки нитроглицерина. Эффекта от приема препарата не наступало, боли в сердце стали нарастать. Пациент вызвал бригаду СМП, которой и был госпитализирован по экстренным показаниям.

Анамнез жизни. Лекарственной непереносимости не отмечает. Более 10 лет повышена масса тела. Курит по 1 пачке сигарет в день. Алкоголь употребляет периодически. Наследственность отягощена по ИБС (отец страдал ИБС, умер от инфаркта миокарда в возрасте 53 лет).

Настоящее состояние. Общее состояние тяжелое. Пациент возбужден. Активность снижена из-за выраженного болевого синдрома. Рост – 172 см, вес – 110 кг. Гиперстеник. Кожа бледная, влажная. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система без видимой патологии. Отеков нет. Грудная клетка цилиндрическая. Границы легких в норме. Перкуторно – ясный звук. Дыхание везикулярное, чдд 22 в мин. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости расширены влево – в V межреберье слева по срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены, чсс 88 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный. С-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Обследование:

ОАК: Э - 4,27, Нг - 143 г/л, ЦП - 1,0, СОЭ - 9 мм/ч, Л - 7,2: п/я - 1, с/я - 62, э - 2, м - 9, лф - 26, тр - 150

ОАМ: с/ж, прозрачная, 1000, белок – 0,033 г/л, л – 1-2, э – 0-1, соли мочевой кислоты.

Биохимический анализ крови: общий холестерин – 8,2 ммоль/л, ЛПНП – 3,8 ммоль/л, ТАГ – 2,0 ммоль/л, креатинин – 58 мкмоль/л, мочевины – 4,95 ммоль/л, глюкоза крови – 5,9 ммоль/л, билирубин общий – 17,9 мкмоль/л, АЛАТ – 25 Е/л, АСАТ – 48 Е/л, фибриноген 4 г/л.

ЭХОКГ: МЖП – 1,5 см, ЛП – 3,4 см, ПЖ – 2,6 см, ПП – 4,6 x 3,3 см, ЛЖ: КДР – 6,2 см, КСР – 3,9 см, КДО – 84 мл, КСО – 17 мл, УО – 67 мл, ФВ – 40%, ΔS 21%. Заключение: Очаговые изменения на нижней стенке ЛЖ. Снижена глобальная сократимость ЛЖ (ФВ -40%). Умеренная гипертрофия МЖП. Умеренная дилатация полости ЛП и ЛЖ. Митральная

недостаточность II ст. относительного характера. Нарушение диастолической функции ЛЖ . Склероз аорты.

Рентгенография органов грудной полости: пневмосклероз.

ЭГДС: без патологии.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз с учетом имеющихся результатов обследования.

Эталон ответа:

1. ИБС. Острый коронарный синдром. Атеросклероз аорты. Гипертоническая болезнь III стадии, контролируемая, риск 4. ОСН I класс. Дислипидемия. Ожирение II.

23. Ситуационная задача

Пациент 65 лет доставлен бригадой СМП в очень тяжелом состоянии.

Анамнез заболевания. Пациент работал на даче, осуществлял перенос тяжелых строительных материалов. Во время выполнения работы почувствовал резкую слабость, жгучую боль в области сердца, чувство нехватки воздуха. В течение получаса самочувствие пациента стало ухудшаться. Доставлен бригадой СМП.

Анамнез жизни. Со слов сопровождающих стало известно, что пациент много лет страдает артериальной гипертонией, ИБС, сахарным диабетом. Два года назад перенес инфаркт миокарда. Курит по 1,5-2 пачки сигарет в день, алкоголь употребляет периодически.

Настоящее состояние. Общее состояние крайне тяжелое. Сознание спутанное. Положение пассивное. Гиперстеник. Акроцианоз, мраморность кожных покровов. Конечности холодные, влажные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система без видимой патологии. Пастозность стоп и голеней. Грудная клетка цилиндрическая. Границы легких в норме. Перкуторно – ясный звук. Дыхание везикулярное, чдд 24 в мин. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости расширены влево – в V межреберья слева по срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, глухие, чсс 88 в мин. АД 80/50 мм рт.ст, поддерживается в/в капельным введением допамина. Живот мягкий. Печень, селезенка не увеличены.

Обследование:

ОАК: Э-4,27, Нг-143 г/л, ЦП – 1,0, СОЭ-9 мм/ч, Л-7,2: п/я-1, с/я-62, э-2, м-9, л-26, Тр - 190

ОАМ: с/ж, прозрачная, 1000, белок – 0,033 г/л, л – 1-2, э – 0-1.

Биохимический анализ крови: общий холестерин – 8,2 ммоль/л, ЛПНП – 3,8 ммоль/л, ТАГ – 2,0 ммоль/л, креатинин – 58 мкмоль/л, мочевины – 4,95 ммоль/л, глюкоза крови – 12,3 ммоль/л, билирубин общий – 17,9 мкмоль/л, АЛАТ – 25 Е/л, АСАТ – 48 Е/л, фибриноген 4 г/л.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз с учетом имеющихся результатов обследования.

Эталон ответа:

1. ИБС. Острый коронарный синдром. ОСН по Killip IV (кардиогенный шок). Дислипидемия. Сахарный диабет, 2 тип

24. Ситуационная задача

Пациент 39 лет поступил с жалобами на давящие боли за грудиной, возникающие при выходе из теплого помещения на улицу (особенно в ветреную и холодную погоду), при эмоциональном напряжении, изредка ночью в предутренние часы, купирующиеся приемом 1-2 таблеток нитроглицерина.

Анамнез заболевания. Считает себя больным в течение 2-х лет, когда впервые появились указанные выше жалобы. Наблюдается у участкового терапевта по поводу ИБС, стабильной стенокардии ПФК. По рекомендации участкового терапевта регулярно принимает метопролол 25 мг 2 раза в день, кардиоаспирин 100 мг на ночь, однако, вышеописанные жалобы сохраняются. С целью уточнения диагноза пациенту было назначено проведение ХМЭКГ. При ЭКГ-мониторировании на фоне синусового ритма 64 уд\мин. зарегистрирован эпизод элевации сегмента ST на 3 мм в 4.45 утра продолжительностью 7 минут, одиночная желудочковая экстрасистола.

Анамнез жизни. Лекарственной непереносимости не отмечает. Курит по 1 пачке сигарет в день. Алкоголь употребляет изредка. Наследственность отягощена по ИБС (отец страдал ИБС, умер от инфаркта миокарда в возрасте 70 лет).

Настоящее состояние. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Рост – 168 см, вес – 74кг. Гиперстеник. Кожа обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система без видимой патологии. Отеков нет. Грудная клетка цилиндрическая. Границы легких в норме. Перкуторно – ясный звук. Дыхание везикулярное, чдд 18 в мин. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ритмичные, приглушены, чсс 80 в мин. АД 130/80мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный. С-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Обследование:

ОАК: Э-4,27, Нг-143 г/л, ЦП – 1,0, СОЭ-9 мм/ч, Л-7,2: п/я-1, с/я-62, э-2, м-9, л-26, Тр - 140

ОАМ: с/ж, прозрачная, 1000, белок – 0,066 г/л, л – 1-2, э – 0-1, соли мочевой кислоты.

Биохимический анализ крови: общий холестерин – 6,1 ммоль/л, креатинин – 58 мкмоль/л, мочевины – 4,95 ммоль/л, глюкоза крови – 5,1 ммоль/л, билирубин общий – 17,9 мкмоль/л, АЛАТ – 25 Е/л, АСАТ – 35 Е/л, фибриноген 2 г/л.

ЭХОКГ МЖП – 1,0 см, ЛП – 3,4 см, ПЖ – 2,2 см, ПП – 4,1 х 4,5 см, ЛЖ: КДР – 4,4 см, КСР – 3,4 см, КДО – 95 мл, КСО – 25 мл, УО – 80 мл, ФВ – 57%, ΔS 48%.

УЗИ внутренних органов: без патологии

ЭГДС: без патологии.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз с учетом имеющихся результатов обследования.

Эталон ответа:

1. ИБС. Вазоспастическая стенокардия. ХСН I ФК, I ст. Дислипидемия.

25. Ситуационная задача

Пациентка 54 лет доставлена в БИТ с жалобами на боли в сердце, одышку с затрудненным вдохом, чувство нехватки воздуха, резкую слабость.

Анамнез заболевания: 2 года наблюдается у кардиолога по поводу артериальной гипертонии (максимально АД повышается до 220/100 мм рт.ст.), ИБС, стабильной стенокардии. Год назад перенесла инфаркт миокарда. В течение года приступы стенокардии 1 раз в 2-3 недели, периодически отмечала одышку при физической нагрузке, пастозность голеней. Ухудшение самочувствия наступило два часа назад после эмоциональной нагрузки.

Анамнез жизни. Лекарственной непереносимости не отмечает. Не курит, алкоголь не употребляет. Страдает ожирением. Менопауза 6 лет.

Общее состояние тяжелое. Сознание ясное. Положение вынужденное – ортопноэ. Гиперстеник. Рост-154 см, вес 105 кг. Кожа бледная, влажная, акроцианоз. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система без видимой патологии. Пастозность стоп и голеней. Грудная клетка цилиндрическая. В легких на фоне ослабленного дыхания выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы. ЧДД 26 в мин. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости расширены влево – в V межреберья слева по срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, глухие, ЧСС 110 в мин. АД 170/90 мм рт.ст. Живот мягкий. Печень, селезенка не увеличены.

Обследование:

ОАК: Э-4,27, Нг-143 г/л, ЦП – 1,0, СОЭ-9 мм/ч, Л-7,2: п/я-1, с/я-62, э-2, м-9, л-26, Тр - 210

ОАМ: с/ж, прозрачная, 1000, белок – 0,033 г/л, л – 1-2, э – 0-1, соли мочевой кислоты.

Биохимический анализ крови: общий холестерин – 5,8 ммоль/л, креатинин – 58 мкмоль/л, мочевины – 4,95 ммоль/л, глюкоза крови – 5,9 ммоль/л, билирубин общий – 17,9 мкмоль/л, АЛАТ – 25 Е/л, АСАТ – 48 Е/л, фибриноген 4 г/л.

Рентгенография органов грудной полости: Усиление теней в корнях легких по типу «крылья бабочки».

Задание:

1. Сформулируйте диагноз с учетом имеющихся результатов обследования.

Эталон ответа:

1. ИБС. Острый коронарный синдром. Постинфарктный кардиосклероз. ОСН IV класс по Киллипу. Отек легких. Гипертоническая болезнь III стадии, неконтролируемая, риск 4.

26. Ситуационная задача

Больной 39 лет: жалобы на одышку при ходьбе, сердцебиение, перебои в работе сердца, колющие боли в левой половине грудной клетки, отеки на ногах, повышение температуры до субфебрильных цифр. Около месяца назад перенес простудное заболевание, сопровождавшееся повышением температуры до 39⁰С, кашлем, болями в горле. Принимал амбулаторно НПВС, амоксициллин. Вышеперечисленные жалобы прошли, но сохранялась субфебрильная температура. Ухудшение самочувствия около недели, когда появилась одышка, боли в области сердца. Ранее ничем не болел. Курит, злоупотребляет алкоголем.

Объективно: температура тела 37,3⁰С, акроцианоз. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Правая и левая границы сердца расширены на 1 см, тоны приглушены, экстрасистолы до 10 в 1 мин, ЧСС 112 в 1 мин, АД 100/60 мм рт.ст. Живот мягкий, печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги. Отеки голеней. Анализ крови: Нб 140 г/л, лейкоциты 10,4×10⁹/л, СОЭ 37 мм/ч. ЭКГ: синусовая тахикардия, единичные желудочковые экстрасистолы, правильное направление электрической оси сердца, снижение интервала ST на 1 мм и сглаженный T во всех отведениях. Флюорография: в легких без патологии, умеренное расширение границ сердца.

1. Основные дифференцируемые состояния.

Эталон ответа: ИБС, кардиомиопатия, алкогольная миокардиодистрофия, бактериальный эндокардит.

27. Ситуационная задача

Больной 78 лет, инвалид II группы, жалуется на тошноту, отсутствие аппетита, однократную рвоту, перебои в работе сердца, одышку при незначительной физической нагрузке, отеки на ногах. Страдает гипертонической болезнью в течение 30 лет, дважды перенес инфаркт миокарда, после чего появились признаки сердечной недостаточности.

Постоянно получает аспирин 100 мг/сут, периндоприл 4 мг/сут, дигоксин 0,25 мг/сут и дважды в неделю фуросемид по 40 мг/сут.

Объективно: избыточная масса тела, акроцианоз. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах с обеих сторон единичные влажные мелкопузырчатые хрипы. Левая граница сердца на 2 см снаружи от срединно-ключичной линии, тоны приглушены, мерцательная аритмия, акцент II тона над аортой. ЧСС 62 в 1 мин, пульс 54 в 1 мин, АД 160/95 мм рт.ст. Живот мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. Отеки на голенях, пояснице. При поколачивании по поясничной области болезненности нет. ЭКГ: горизонтальное направление электрической оси сердца, фибрилляция предсердий 48-56 в 1 мин, желудочковые экстрасистолы до 4 в 1 мин, удлинение QT до 0,52 с, снижение ST на 1 мм и сглаженный T во всех отведениях, признаки гипертрофии левого желудочка.

1. Сформулировать диагноз.

Эталон ответа: 1. ИБС: постинфарктный кардиосклероз, фибрилляция предсердий, постоянная брадисистолическая форма, ХСН IIБ стадии. Интоксикация дигиталисом. Гипертоническая болезнь III стадии.

28. Ситуационная задача

У больного 59 лет в течение ряда лет, чаще по утрам, возникают по 2-3 приступа загрудинных болей в сутки, обусловленные определенной физической нагрузкой. На фоне очередного приступа, возникшего после стрессовой ситуации, внезапно почувствовал ритмичное сердцебиение, сопровождающееся одышкой и резкой слабостью.

Объективно: акроцианоз. ЧСС более 140 в 1 мин. АД 90/60 мм рт.ст. На ЭКГ: зубцы P отсутствуют, изолиния изогнута в виде волн одинаковой высоты и ширины, интервалы RR одинаковы, комплексы QRS не изменены.

1. Дифференцируемые состояния.

Эталон ответа: Дифференцировать с аритмическим вариантом инфаркта миокарда, пароксизмальной мерцательной аритмией, пароксизмальной суправентрикулярной тахикардией.

29. Ситуационная задача

Больной П., 48 лет, поступил в кардиологическую клинику с жалобами на постоянную общую слабость, неритмичность работы сердца, на одышку в покое (усиливается в горизонтальном положении) и ходьбе в медленном темпе до 20-30 метров, практически постоянные головокружения, плохую переносимость жаркой погоды, частую потливость. Незначительные физические нагрузки приводят к усилению вышеописанных жалоб. Вследствие болезни значительно ограничены бытовые нагрузки. В течение последнего года состояние прогрессивно ухудшалось: в начале года ходил в спокойном темпе до 1 км, к концу года не смог преодолевать расстояние в 50 метров. В городской больнице проходил лечение по поводу язвы двенадцатиперстной кишки. При регистрации ЭКГ выявлена частая политопная и полиморфная желудочковая экстрасистолия. Группы инвалидности нет, женат, имеет дочь, не курит, употребляет до 2 литров пива в неделю. В анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний нет, страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки около 3 лет. С заболеванием сердца наблюдается у кардиолога 3 года с диагнозом «Дилатационная кардиомиопатия», последние 3 года рекомендованные лекарственные препараты не принимал и отметил постепенное ухудшение состояния здоровья.

Объективное исследование: состояние средней степени тяжести, положение активное, сознание ясное, цианоз губ, бледность кожных покровов. Дыхание в легких жесткое, единичные крепитирующие хрипы, ЧДД = 20/минуту. Тоны сердца аритмичные,

приглушены, шумы не выслушиваются, АД = 100/70, ЧСС = 85. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень + 4 см, безболезненная, отеков ног нет.

Лабораторные данные: Нв 110 г/л, КФК-МВ – 15 МЕ/л, АСТ – 30 Ед/л, АЛТ – 20 Ед/л, глюкоза крови – 4,5 ммоль/л, калий – 4,5 ммоль/л, натрий – 140 ммоль/л, креатинин – 0,140 ммоль/л, мочевины 12,0 ммоль/л, общий ХС – 4,0 ммоль/л, триглицериды – 1,2 ммоль/л, микроальбуминурия – 200 мг/сут., клубочковая фильтрация – 40 мл/мин.

Инструментальные данные:

Рентгенография грудной клетки: признаки дилатационной кардиомиопатии, центральный венозный застой.

ЭХО-КГ: НМК II-III, НТК II, КДО ЛЖ 367 мл, КСО 312 мл, ФВ ЛЖ 15-25%, в полости левого желудочка пристеночный тромб 37*26 мм, диффузная гипокинезия стенок левого желудочка, признаки легочной гипертензии.

Холтер ЭКГ: ритм синусовый со средней ЧСС 80/мин., редкая одиночная и парная наджелудочковая экстрасистолия, частая (полиморфная и политопная) одиночная, парная и групповая желудочковая экстрасистолия, периоды би-, три- и квадригеиминии, короткие пароксизмы желудочковой тахикардии.

Вопросы:

1. Объясните принципы терапии данного заболевания с указанием названий лекарственных препаратов и ориентировочных дозировок.

Эталоны ответов:

1. Мероприятия по изменению образа жизни, антиаритмическая терапия, лечение ХСН, метаболическая терапия, реологическая терапия, хирургические и электрофизиологические методы лечения. Ориентировочная медикаментозная схема: торасемид 2,5 мг утром, дигоксин ¼ таб. 2 раза в сутки, триметазидин 70 мг/сутки, периндоприл 2 мг/сутки, кордарон 200 мг/сутки (понедельник – пятница, суббота и воскресенье – перерыв), карведилол 12,5 мг/сутки, спиронолактон 50 мг/сутки, КМА 2 таб./сутки.

30. Ситуационная задача

Больная М., 58 лет, поступила в клинику с жалобами на выраженную общую слабость, ноющие, длительные, временами жгучие боли за грудиной и в области сердца, усиливающиеся при физической нагрузке, одышку при ходьбе до 100 метров, редкие приступы удушья по ночам. Больной себя считает около 12 лет. В анамнезе ревматизм (в детстве болели суставы. Отмечает ухудшение самочувствия в течение последних 2-х лет.

Объективно: кожные покровы бледные, выражена пульсация шейных сосудов. В нижних отделах легких влажные хрипы с обеих сторон. Положительные симптомы Альфреда де Мюссе и Квинке. Верхушечный толчок усилен, приподнимающийся, пальпируется в 6 межреберье. Сердце увеличено влево (до передней подмышечной линии) и вниз (6-е межреберье). Ослаблен 1 тон на верхушке сердца, 2 тон в 3-ей точке. На верхушке сердца систолический шум с проведением в подмышечную область, убывающий протодиастолический шум на аорте, который хорошо выслушивается в 5-й точке. Pulsus «celer et altus». ЧСС-80 уд/мин. АД-110/60 мм.рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги. Отеки н/3 голени.

Анализ крови: эритроц.- $4,1 \times 10^{12}$ /л, Нв- 160 г/л, лейкоц. – $7,2 \times 10^9$ /л, СОЭ – 15 мм/ч;

Биохимический анализ крови: АЛТ-45 Ед/л, АСТ-50 Ед/л, сахар-5,1 ммоль/л, о. Хс – 6,1 ммоль/л, ТГ-1,9 ммоль/л;

Полный анализ мочи: уд.вес -1020, белок-0,033%, лейкоц. -2-3 в п/зр.

RW отрицательно

ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС-100 уд/мин, высокий нарастающий з. R с V4, по V5, V6; з. T (-) в V4-V6; ЭхоКГ: ТМППЛЖ – 11 мм, ТЗСЛЖ – 11 мм, КДР – 68 мм, КСР – 49 мм, КДО – 160 мл, КСО – 50 мл, ФВ-52%, аорта – утолщение створок клапана, регургитация 2-3 ст., МК-регургитация 2 ст.

Рентгенография органов грудной клетки: увеличение ЛЖ. Атеросклероз аорты. Резкое расширение восходящей аорты. Венозный застой в легких.

Вопросы:

Перечислите основные заболевания, при которых могут развиваться подобные состояния?

Эталон ответа

Данное состояние возможно при ревматизме, сифилисе, инфекционном эндокардите, ИБС.

31. Ситуационная задача Больной С., 66 лет, находится в кардиологическом диспансере 3 дня. Поступил планово с диагнозом гипертоническая болезнь с целью коррекции терапии. Максимальное АД 200/100 мм рт.ст, адаптирован к АД 140/90 мм рт.ст., в анамнезе – ИБС (стенокардия напряжения, ПИКС). До госпитализации принимал индапамид, нитраты, тромбоАСС. Ночью состояние резко ухудшилось: жалобы на удушье, головную боль давящего характера в затылочной области, дискомфорт в области сердца.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Дыхание клокочущее. ЧДД-30 в минуту. ЧСС-100 ударов в минуту, АД-220/110 мм рт.ст. Пациент задыхается, не может лежать.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС-100 уд/мин, высокий R в V4, V5, V6; з. Q в II, III, AVF, T (-) во II, III, AVF, депрессия ST на 1 мм в I, AVL, V5-V6

Вопросы:

1. Ваш диагноз и его обоснование.

Эталон ответа

1. Гипертоническая болезнь III ст., 3 ст., риск 4. Гипертонический криз, осложненный острой левожелудочковой недостаточностью (альвеолярный отек легких). ИБС. Стабильная стенокардия напряжения. ПИКС (задней стенки ЛЖ).

32. Ситуационная задача

Больной Р., 43 года. Доставлен в кардиологическую клинику бригадой СМП с жалобами на давящие загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, одышку, общую слабость, холодный пот. Жалобы возникли впервые в жизни около 3-х часов назад на фоне психоэмоционального стресса. Самостоятельно принимал корвалол и валидол без эффекта. На фоне оказанной помощи на этапе СМП отметил незначительное улучшение. Больной страдает артериальной гипертензией около 10 лет, адаптирован к АД 150/80 мм рт.ст. Лекарственные препараты принимает нерегулярно, за медицинской помощью не обращался. Курит до 15 сигарет в день, отец страдал артериальной гипертензией и умер от ишемического инсульта в 50 лет, мать страдает ИБС, артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2-го типа.

Объективное исследование: больной в удовлетворительном состоянии, ИМТ – 32 кг/м², окружность талии 110 см. Регистрируется повышенная влажность кожных покровов, акроцианоз, язык влажный, обложен белым налетом. Дыхание в легких везикулярное жесткое, хрипов нет, ЧДД 22/мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, АД 150/80 мм рт.ст., ЧСС 84/мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, отеков ног нет, симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон.

Лабораторные данные: лейкоциты – $10,5 \cdot 10^9/\text{л}$, повышение содержания миоглобина и тропонинов Т и I, КФК-МВ – 65 МЕ/л, уровни АСТ и АЛТ в нормальных пределах.

Инструментальные данные:

ЭКГ: отрицательные зубцы Т в отведениях V2-V5.

Вопросы:

1. Проведите дифференциальную диагностику.

Эталоны ответов:

Дифференциальная диагностика: миокардит, перикардит, аорталгия, болезни пищевода, болезни других органов средостения, ТЭЛА, расслаивающая аневризма аорты, мышечно-суставные боли, миозит, травмы, заболевания позвоночника и спинного мозга, мышечно-суставные боли, межреберная невралгия, заболевания pancreas и желчного пузыря, заболевания печени, заболевания пищевода, поддиафрагмальный абсцесс, пневмония, плеврит, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки и желудка, инфаркт селезенки, синдром селезеночного изгиба ободочной кишки.

33. Ситуационная задача

Больной В., 43 года. Обратился в кардиологическую клинику с жалобами на давящие загрудинные боли без иррадиации при ходьбе в быстром темпе на расстояние более 1 километра или при подъеме на 4 этаж, сопровождающиеся одышкой, общей слабостью и сердцебиениями. Жалобы проходят после 10-15 минутного отдыха. Вышеописанные жалобы отмечает в покое, проходят в течение 10-15 минут после применения валидола. Жалобы возникли впервые в жизни около 2 дней назад, связывает с психоэмоциональным стрессом. Больной отмечает повышение АД около 4 лет, регулярно за АД не следит, при измерении АД цифры обычно 160/90 мм рт. ст. Лекарственные препараты (цитрамон, пенталгин) принимает эпизодически при головных болях. Работает заместителем директора строительной компании, работа эмоционально напряженная, ведет малоподвижный образ жизни. Курит до 20-30 сигарет в день. Отец умер от инфаркта миокарда в 50 лет, мать страдает артериальной гипертензией.

Объективное исследование: состояние удовлетворительное, ИМТ – $35 \text{ кг}/\text{м}^2$, окружность талии 120 см. Отмечается незначительный цианоз губ, язык влажный, обложен белым налетом. Дыхание в легких везикулярное жесткое, хрипов нет, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, АД 170/100 мм рт. ст., ЧСС 84/мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Отеков ног нет. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон.

Лабораторные данные: п/а крови без особенностей, микроальбуминурия – 300 мг/сут., глюкоза крови – 6,8 ммоль/л, общий ХС – 7,4 ммоль/л, триглицериды – 6,0 ммоль/л, ЛПНП – 4,8 ммоль/л, ЛПВП – 1,07 ммоль/л, АСТ – 30 ЕД/л, АЛТ – 32 ЕД/л, калий – 4,5 ммоль/л, натрий – 140 ммоль/л, креатинин крови – 0,085 ммоль/л, мочевины крови – 5,0 ммоль/л.

Инструментальные данные: ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 90/мин., нормальное положение электрической оси сердца.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

Эталоны ответов:

1. ИБС. Впервые возникшая стенокардия. Артериальная гипертензия III стадии, степень 3, очень высокий риск. ХСН I, ФК 2.

34. Ситуационная задача

Больная Д., 59 лет. Доставлена в кардиологическую клинику бригадой СМП с жалобами на остро возникшие около 12 часов назад интенсивные сжимающие загрудинные боли с иррадиацией в левую руку и под левую лопатку, выраженную одышку и общую слабость, обильный холодный липкий пот, головокружение, сердцебиение. Дышать больная может только в положении сидя, периодически беспокоит приступообразный малопродуктивный кашель. Вышеописанные жалобы отмечает впервые в жизни, бронхолегочные и сердечно-сосудистые заболевания отрицает. АД не контролирует, регулярно лекарственные препараты не принимает, не курит. Работает поваром в школе. Отец умер от инфаркта миокарда, мать страдает артериальной гипертензией.

Объективное исследование: больная беспокойна, возбуждена, ортопноэ, «клокочущее» дыхание, избыточная «липкая» влажность кожных покровов, диффузный пепельно-серый цианоз кожных покровов, яркий цианоз кожи лица и шеи. Язык влажный, обложен белым налетом, Дыхание в легких везикулярное жесткое, большое количество влажных хрипов над всеми легочными полями, ЧДД 35/мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, АД 100/50 мм рт.ст., ЧСС 120/мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Отеков ног нет. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон.

Лабораторные данные: NTproBNP > 300 пг/мл, BNP > 100 пг/мл, лейкоциты – $12,5 \cdot 10^9$ /л, повышение содержания миоглобина и тропонинов Т и I, КФК-MB – 300 МЕ/л, АСТ – 400 Ед/л, АЛТ – 200 Ед/л, глюкоза крови – 7,3 ммоль/л, калий – 4,5 ммоль/л, натрий – 130 ммоль/л, креатинин – 0,125 ммоль/л, мочевины 10,0 ммоль/л. Инструментальные данные:

ЭКГ: зубец QS в V2-V6, куполообразный подъем ST в V2-V6.

Рентгенография грудной клетки: альвеолярный отек легких. ЭХО-КГ: КДО 180 мл, ФВ ЛЖ 38%. Пульсоксиметрия: при дыхании комнатным воздухом насыщение артериальной крови кислородом <90%.

Вопросы:

1. Проведите дифференциальную диагностику.

Эталонные ответы:

Дифференциальная диагностика: миокардит, перикардит, ТЭЛА, расслаивающая аневризма аорты, острый панкреатит, пневмония, астматический статус, перфоративная язва желудка или двенадцатиперстной кишки и др.

35. Ситуационная задача

Больной О., 30 лет. Доставлен в кардиологическую клинику бригадой СМП. Из анамнеза стало известно, что после психоэмоционального перенапряжения внезапно развился приступ учащенного сердцебиения. Беспокоит выраженная общая слабость, одышка, головокружение. В течение 5 лет периодически беспокоят кратковременные приступы учащенного сердцебиения, которые проходят самостоятельно. К врачам не обращался, не обследовался.

Объективное исследование: состояние средней степени тяжести, незначительная бледность кожных покровов. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 21/мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, АД 90/60 мм рт.ст., ЧСС 180/мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Отеков ног нет. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон.

Инструментальные данные:

ЭКГ: зубец Р отсутствует, интервалы R-R одинаковые, ЧСС 180/мин., желудочковый комплекс QRS не расширен (0,08 сек.).

Вопросы:

1. Укажите возможные осложнения данного заболевания.

Эталон ответа:

При частых срывах ритма и стойком нарушении, возможно развитие хронической сердечной недостаточности, крайне редко, при присоединении желудочковых нарушений ритма: внезапная сердечная смерть, тромбоэмболические осложнения и др.

36. Ситуационная задача

Больной А., 65 лет, поступил в отделение неотложной кардиологии с жалобами на сильные волнообразные боли за грудиной с иррадиацией в спину и позвоночник, которые возникли после подъема тяжести, была кратковременная потеря сознания. Боли длятся в течение 3 часов. Имеют мигрирующий характер. Врачом «скорой помощи» диагностирован инфаркт миокарда. Из анамнеза: у больного стойкая артериальная гипертония в течение 20 лет.

Объективно: кожные покровы и слизистые бледные. Перкуторный звук под легкими справа ниже угла лопатки тупой. В легких дыхание везикулярное, справа в нижних отделах резко ослаблено. Пульс 96 в мин, АД=90/60 мм.рт.ст. Тоны сердца ритмичные, прослушивается ритм галопа, протодиастолический шум над аортой, выраженная гипертрофия левого желудочка. Лейкоциты – 13,5x10⁹/л, Нв-102 г/л, Эритроциты-3,6x10¹²/л, АСТ-0,6 ммоль/л, АЛТ-0,4 ммоль/л, СОЭ-32 мм/час.

Вопросы:

1. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

Эталон ответа:

1. ОКС, ОИМ, о. перикардит, о. плеврит, пневмоторакс, ТЭЛА, остеохондроз, о. панкреатит, о. холецистит, ЯБЖ

37. Ситуационная задача

Больной М., 43 лет, предъявляет жалобы на одышку смешанного характера при ходьбе до 1 км, подъеме по лестнице до 3 этажей; периодическое ощущение перебоев в работе сердца, «трепыхания в груди» (в основном после ходьбы), повышенную утомляемость иногда головокружения, высокие цифры АД при самоконтроле (160-180/100 мм рт ст) АД повышалось 5 лет до 150/90. Появились отеки лица. Ухудшение отмечает после переохлаждения 10 дней назад. В 11 лет перенес тяжелую ангину, после которой болели и отекали суставы, беспокоила общая слабость и одышка при физических нагрузках. Лечился стационарно. В течение 1 года проводилась противорецидивная антибактериальная терапия бициллином. В дальнейшем на учете у врача не состоял в связи с хорошим самочувствием. Появление и нарастание одышки, перебои в работе сердца отметил в последние 3 года, в связи с чем и обратился к врачу. Был обследован, выявлен сочетанный митральный порок. Постоянно наблюдается у ревматолога. В последнее время отметил значительное учащение сердцебиений. Отмечал периодически плохие анализы мочи.

При объективном осмотре: Состояние удовлетворительное. Бледность кожных покровов, умеренный цианоз губ, акроцианоз. Дыхание везикулярное жесткое, хрипов нет. Тоны сердца аритмичные, I тон приглушен, систоло-диастолический шум в I точке аускультации, акцент II тона над легочной артерией. ЧСС=95 в мин. PS = 89 в мин. Живот мягкий, б/б. Печень не увеличена. Отеков нет.

В анализах крови: гемогл.-150г/л, эр.-5,0*10¹²/л, лейкоц.-4,0*10⁹/л, СОЭ – 7мм/час, тромбоц.-280*10⁹/л; фибриноген 2,4 г/л., об. Белок 63,6г/л, АсТ 25Ед/л, АлТ 31 Ед/л, креатинин 0,146ммоль/л, мочевины 9,5 ммоль/л, К 5,0 ммоль/л АВР 50сек., ПТИ -78%.

Полный анализ мочи: сол/желт., уд. Вес 1005, белок 150мг/л, глюкоза 0, эпит. Пл. 1-3, лейкоц.0-2, эритроц. 5-6-8, гиал и зерн. Цилиндры 2-1-3 в п/зр.

ЭКГ: Ритм фибрилляции предсердий с ЧСС 89 в мин.

ХМЭКГ: Постоянная тахи-брадиформа фибрилляции предсердий с максимальной асистолией до 4344 мсек. Редкая одиночная, парная желудочковая экстрасистолия.

ЭХОКГ : Выраженный митральный стеноз с НМК II степени, кальциноз митрального клапана Iст, увеличение левого предсердия, правых камер сердца, НТК I степени. ФВ = 49%. Признаки ЛГ.

УЗИ почек: размер левой почки 10*6,0см, правой почки 11,0*6,1см.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.

Эталоны ответов:

1.Основной:ХРБС. Выраженный митральный стеноз с недостаточностью МК 2ст.

Осложнение: Постоянная тахи-брадиформа фибрилляции предсердий с максимальной асистолией до 3344 сек. Редкая одиночная, парная желудочковая экстрасистолия. Увеличение левого предсердия, правых камер сердца, НТК I степени. Снижение сократительной способности(ФВ 49%)ХСН 2А(Признаки ЛГ).

Сопутствующий: Гипертоническая болезнь II ст, 2 , риск 4(ХБП С3 СКФ 50 мл/мин/1.72кв. м.) ХГН, обострение

38.Ситуационная задача

Больная С., 42 лет, обратилась в клинику с жалобами на одышку, сердцебиение, обморочные состояния, которые появляются при перемене положения тела. Беспокоят также постоянная общая слабость, быстрая утомляемость, похудание за время болезни, постоянное повышение температуры тела до 37,0 – 37,50С, одышка смешанного характера при ходьбе. Больна в течение года. 7 месяцев назад перенесла острое нарушение мозгового кровообращения (в бассейне правой СМА), 3 месяца назад – ТИА. Старшая сестра была прооперирована по поводу опухоли сердца 2 года назад.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Умеренная бледность кожных покровов, акроцианоз. Дыхание везикулярное, жесткое над нижними отделами легких, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца расширены влево на 1,5см. При аускультации сердца: расщепление I тона, диастолический шум в первой точке аускультации, изменяющийся и исчезающий при перемене положения тела больной. ЧСС=72 в мин. АД= 125/80мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

В анализах крови: гемогл.-105г/л, эр.-3,8*10¹²/л, гипохромия эритроцитов, лейкоц.-9,0*10⁹/л,сдвиг лейкоцитарной формулы влево до миелоцитов, СОЭ – 51мм/час, тромбоц.-380*10⁹/л. СРБ ++, фибриоген 4,44 г/л, серомукоиды 0,5ед., об. Белок 63,6г/л, АсТ 25Ед/л, АлТ 31 Ед/л, АСЛО – 50ед., РФ отриц. АВР 60сек., ПТИ -80%.

На ЭКГ: ритм синусовый, выявляются признаки гипертрофии левого предсердия.

Рентгенография органов грудной клетки: увеличение левого предсердия.

ТТЭХОКГ: Увеличение размеров левого предсердия, появление «облачка» эхосигнала между створками митрального клапана во время диастолы желудочков. Во время систолы желудочков дополнительный эхосигнал виден в полости левого предсердия. При линейном сканировании на протяжении сердечного цикла можно проследить за движением «облачка»

из левого предсердия в левый желудочек и обратно. Границы тени шероховатые, размытые. Умеренная легочная гипертензия.

Вопросы:

С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?

Эталоны ответов:

Миксомы могут имитировать не только любое заболевание сердца, но и инфекционный, иммунологический и злокачественный процессы. Дифференциальная диагностика со следующими заболеваниями: эндокардит, внутрисердечный тромб, метастазы в сердце, липома сердца, первичное злокачественное новообразование сердца, лимфома сердца, метастазы в перикарде, первичные опухоли перикарда, кисты, саркоидоз сердца, гранулематоз, папиллярная фиброэластома

39. Ситуационная задача

Больная С., 57 лет, доставлена в приемное отделение больницы бригадой СМП. Жалуется на сердцебиение, которое началось внезапно, на «стеснение в груди», головокружение, потливость, нехватку воздуха. Приступ сердцебиения возник впервые, около 20 минут назад, после физической нагрузки. Два года назад перенесла инфаркт миокарда.

Объективно: состояние больной средней степени тяжести. В нижних отделах легких влажные хрипы. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 160 в минуту, ритмичный. АД 100/70. Мочеиспускание частое.

На ЭКГ: ритм правильный, 160 ударов в минуту, зубец Р не определяется. QRS-180 мс., деформирован. Электрическая ось отклонена влево.

Вопросы:

1. С каким неотложным состоянием доставлена больная?

Эталоны ответов

1. Пароксизм желудочковой тахикардии.

40. Ситуационная задача

Больной Л., 38 лет, инженер, доставлен в клинику с жалобами на головокружение, обмороки, боли в области сердца, одышку при физической нагрузке. В 10-летнем возрасте болели суставы. В последние 3-4 года стали беспокоить головокружения при ходьбе, иногда обмороки. В последний год беспокоят загрудинные боли и одышка при быстрой ходьбе. На работе при подъеме по лестнице внезапно появилось головокружение, было кратковременное потемнение в глазах, небольшие боли в сердце, сердцебиение. Доставлен БСМП с подозрением на инфаркт миокарда.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Бледность кожных покровов. Отеков нет. В легких дыхание жесткое. Сердце увеличено влево до передне-подмышечной линии. Верхушечный толчок усилен. При пальпации над грудиной определяется систолическое дрожание. I тон на верхушке ослаблен. Ослаблен II тон на аорте. Грубый систолический шум на аорте, проводится на сосуды шеи и в межлопаточную область. Пульс-52 в минуту, ритмичен. АД-100/85 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный. ЭОС отклонена влево. Высокий R в I, II, V4-V6. Депрессия ST в AVL, V4-V6, двухфазный T в I, II, AVL, V4-V6

ЭХО-КГ: АК- кальциноз 3 ст., ЛП-46 мм, ПП-43 мм, КДР-60 мм, КСР-55 мм, КДО-157 мл, КСО-55 мл, ФВ-52%, ТЗСЛЖ-12 мм., ТМЖПЛЖ-12 мм

Рентгенография органов грудной клетки: увеличение ЛЖ. Атеросклероз стенок аорты. Увеличение ЛП. Венозный застой в легких.

Вопросы:

1. Поставьте предположительный диагноз.

Эталоны ответов

Предположительный диагноз: Хроническая ревматическая болезнь сердца. Аортальный порок сердца: стеноз устья аорты. Синусовая брадикардия. ХСН ПА (венозный застой в легких). ФК2.

41. Ситуационная задача

Больная Д., 47 лет, поступила в больницу с жалобами на сильную головную боль, головокружение, шум в ушах, мелькание мушек перед глазами, ощущение дрожи во всем теле, тошноту. Шесть месяцев тому назад появилась сильная головная боль, головокружение, потемнение в глазах после психической травмы. Тогда была доставлена в больницу, где впервые обнаружено высокое давление (180/120 мм. Рт. Ст.). Находилась на стационарном лечении 8 дней и была выписана в удовлетворительном состоянии.

В настоящее время при поступлении общее состояние средней степени тяжести. Лицо гиперемировано. Пульс 98 ударов в минуту, АД – 190/120 мм.рт. ст на обеих руках. Границы сердца смещены влево на 1 см., тоны чистые. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Анализы крови и мочи без патологии. После проведенной терапии в приемном покое через 2 часа самочувствие улучшилось, уменьшилась головная боль. Исчезли мушки перед глазами и дрожь в теле. АД снизилось до 160/100 мм. Рт. Ст. Через 8 часов АД стало 140/90 мм. Рт.ст. Приступ закончился императивным позывом на мочеиспускание.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

Эталоны ответов

1. Предварительный диагноз: Гипертоническая болезнь 3 степени, I стадии, риск 3. Гипертонический криз, осложненный гипертонической энцефалопатией.

42. Ситуационная задача

Больной Н., 65 лет, поступил с жалобами на одышку при ходьбе до 150 метров, изредка в состоянии покоя, отеки н/3 голеней. Пять лет назад впервые стали беспокоить боли за грудиной сжимающего характера, возникающие при ходьбе, подъеме, покое, купирующиеся приемом нитроглицерина через 2-3 минуты. Два года назад перенес инфаркт миокарда, после чего стали беспокоить одышка, вначале при ходьбе, а в последнее время и в покое, появились отеки н/конечностей. Периодически принимал мочегонные. Отмечает ухудшение самочувствия в течение последнего года.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Положение ортопное. Цианоз губ. Отеки н/3 голеней. Дыхание везикулярное, влажные хрипы в задне-нижних отделах обоих легких. Сердце увеличено влево. Систолический шум на верхушке, 1 тон на верхушке ослаблен. Акцент 2 тона на аорте. ЧСС-72 удара в минуту. АД- 180/90 мм.рт. ст. Печень на 3 см выступает из-под края правой реберной дуги. Живот мягкий, безболезненный.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС – 72 уд/мин, патологический зубец Q в I, aVL, V2-V5. Подъем сегмента ST в V2-V5 на 3 см. Электрическая ось отклонена влево, зубец R высокий в V6

ЭХО-КГ: аорта-стенки уплотнены, ЛП-45-56 мм, ПП- 43-52 мм, сист. Давление ЛА- 42 мм.рт. ст.. ЛЖ КДО- 190 мл, КСО -60 мл, ФВ-47%, ТЗСЛЖ-10 мм. Гипокинезия передне-перегородочной области, дискинезия верхушечной области ЛЖ.

Вопросы:

1. Ведущий синдром данного заболевания.

Эталоны ответов

1. Ведущий синдром – хроническая сердечная недостаточность.

43.Ситуационная задача

Больной А., 56 лет, доставлен бригадой СМП в кардиологический диспансер с жалобами на жгучие боли за грудиной с иррадиацией в левую подлопаточную область, чувство нехватки воздуха, потливость. Боли появились 2 часа назад. Из анамнеза известно, что пациент 2 недели назад выписан из гастроэнтерологического отделения, где проходил лечение по поводу обострения язвенной болезни желудка.

Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, холодные. Дыхание везикулярное, ослабленное в нижних отделах обоих легких. Тоны сердца аритмичные, ЧСС-52 уд/мин. АД-90/60 мм.рт. ст. Печень по краю правой реберной дуги

ЭКГ: подъем ST на 4 мм во II, III, aVF, АВ блокада 3 ст. Высокий з.Р в V1-V2. Одиночные выскальзывающие экстрасистолы.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?

Эталоны ответов

1. Предварительный диагноз: Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST (крупноочаговый задне-дифрагмальный-базальный ИМ), осложненный полной АВ-блокадой, кардиогенным шоком, одиночной желудочковой экстрасистолией.

44.Ситуационная задача

Больной В., 55 лет, вызвал на дом участкового врача. Больной жалуется на сильные пульсирующие боли в голове, особенно в затылочной области, на головокружение, тошноту, рвоту, ухудшение зрения, шум в ушах, онемение и слабость правой руки, давящую боль в области сердца, перебои в работе сердца, одышку при ходьбе до 100 м, подъеме на 2 этаж. Ухудшение связывает с перенесенным острым респираторным заболеванием.

Объективно: больной повышенного питания, заторможен, речь невнятная. Кожные покровы бледные. Частота дыхания 20 в минуту, дыхание везикулярное. Хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Границы сердца расширены влево на 2 см, акцент 2 тона на аорте, систолический шум на верхушке. АД 250/140 ммрт.ст. ЧСС 68 уд/мин. Печень по краю правой реберной дуги. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

Эталоны ответов

1. Гипертоническая болезнь 3 стадии, 3 степени, риск 4. Гипертонический криз, осложненный гипертонической энцефалопатией.

45.Ситуационная задача

Больной О., 46 лет, поступил в клинику с жалобами на давящие боли в области сердца, нехватку воздуха, сердцебиение, головокружение, «мелькание мушек» перед глазами. Заболел остро: за 2 часа до поступления появилось сердцебиение. Вызвал СМП, госпитализирован в кардиологический стационар.

При поступлении состояние тяжелое, больной бледен. Выраженный цианоз губ, конечности холодные. Тоны сердца громкие, ритмичные. Ps-180 уд/мин, слабый, без дефицита. АД – 100/70 мм.рт.ст.

ЭКГ: ЧСС -186 уд/мин., QRS - 180 мс, деформирован по типу БПНПГ, з. Р не виден;

Анализ крови: эритроц.- $4,2 \times 10^{12}/л$, Hb- 149 г/л, лейкоц. – $11,0 \times 10^9/л$, СОЭ – 19 мм/ч;

Биохимический анализ крови: КФК-МВ – 156 Ед/л, тропонины – положительно, АСТ – 45 Ед/л, АЛТ –25 Ед/л, глюкоза -6,9 ммоль/л;

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз.

Эталон ответа

1. Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST (предположительно к/о инфаркт миокарда), осложненный пароксизмом желудочковой тахикардии, кардиогенным шоком.

46. Ситуационная задача

Больная П., 50 лет, отмечает повышение температуры тела до 38-39° в течение 2 месяцев после удаления зуба, снижение аппетита, похудание на 7 кг. Лечение ампициллином внутримышечно дает временный эффект. Два дня назад доставлена в неврологическое отделение по поводу нарушения мозгового кровообращения.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Точечная геморрагическая сыпь на коже н/конечностей. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Тоны сердца аритмичные (экстрасистолия). I тон ослаблен, систолический шум на верхушке. ЧСС – 98 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Гепатоспленомегалия. Отеков нет.

Анализ крови: эритроц.- $3,8 \times 10^{12}/л$, Hb- 98 г/л, лейкоц. – $15,0 \times 10^9/л$, нейтрофилы -72%, СОЭ – 27 мм/ч.

Вопросы:

1. Вероятный диагноз

Эталон ответа

1. Одной из причин лихорадки неясного генеза является инфекционный эндокардит, после экстракции зуба. Инфекционный эндокардит следует заподозрить у больных неясной лихорадкой при развитии необъяснимой сердечной недостаточности, нарушений мозгового кровообращения и при наличии факторов риска (в данном случае – экстракция зуба).

47. Ситуационная задача

Больная М., 46 лет, беременная 30 нед (беременность первая, ЭКО) Доставлена БСМП с приступом загрудинных интенсивных давящих болей с холодным потом и чувством нехватки воздуха. Боли длились 1 час. Возникли после генеральной уборки дома. Ранее, в процессе наблюдения, за беременность и до нее жалоб на боли в области сердца не предъявляла.

Об-но: Состояние средней степени тяжести. Кожа и конъюнктивы бледные. Ксантомы на веках. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Левая граница сердца смещена влево на 1 см. Тоны сердца ослаблены. Шумов нет. Частота сердечных сокращений – 92 в

минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, б/б. Печень не пальпируется. Периферических отеков нет

ЭКГ: зубцы R в V 3,4 имеют низкий вольтаж. Сегменты ST V1-V2, V4- V5 приподняты на 3 мм., сегмент ST V3 – на 4 мм. Сегменты ST 1,2,aVL, опущены, ранее ЭКГ со слов больной была нормальной.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз?

Эталоны ответов

1. Предварительный клинический диагноз: ИБС. ОКС с подъемом сегмента ST (острый переднеперегородочный инфаркт миокарда). ОНК 1. Беременность 30 нед.

48. Ситуационная задача

Женщина 40 лет планирует беременность. Жалуется на подъемы артериального давления до 160/90 мм.рт.ст. с головной болью. Не обследовалась и не лечилась. Жалоб со стороны сердца не было. Курит. У отца в 50 лет ОИМ.

Объективно: Рост 170 см., вес 80 кг. Состояние удовлетворительное, положение активное, Границы легких в пределах нормы. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18. Область сердца б/о. Границы отн. тупости – левая по срединно-ключичной линии, правая по краю грудины, верхняя 2 ребро слева. Тоны сердца ясные, ритмичные 1т > 2т.; пульс ритмичный 82 в мин, АД=154/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, б/б. Печень не пальпируется. Отеков нет. ОТ 90 см

Анализ крови: эритроц.- $5.6 \times 10^{12}/л$, Нб- 130 г/л, лейкоц. – $7,2 \times 10^9/л$, СОЭ – 10 мм/ч;

Биохимический анализ крови: АЛТ-30 Ед/л, АСТ-25 Ед/л, сахар-5,1 ммоль/л, о. Хс – 6,1 ммоль/л, ТГ-1,7 ммоль/л; креатинин 87 ммоль/л

Полный анализ мочи: уд.вес -1020, белок-0, лейкоц. -2-3 в п/зр.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС-80 уд/мин, левограмма PQ 0,2, QRS 0,1, QT 0,34 мс. SV1 5 мм, RV6 25 мм.

Вопросы:

1. Перечислите спектр обязательных обследований.

Эталоны ответов

1. Мочевая кислота, липидный спектр, МАУ в утренней моче, СМАД, ЭХОКГ (ИММЛЖ),

49. Ситуационная задача

Больная, 30 лет, беременная 30 нед (беременность первая) во время ожидания планового осмотра терапевта почувствовала частое сердцебиение, умеренную слабость. По ЭКГ тахикардия с узкими комплексами с ЧСС 160

Состояние удовлетворительное. Кожа и конъюнктивы бледные. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Левая граница сердца смещена вправо на 0,5 см от срединно-ключичной линии, правая по краю грудины, верхняя 2 ребро слева. Тоны сердца ясные, ритмичные. Шумов нет. Частота сердечных сокращений – 160 в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, б/б. Печень не пальпируется. Периферических отеков нет

ЭКГ: з. Р отсутствует, ЧСС 160, QRS 0,08, ST на изолинии

Вопросы:

1. Сформулируйте правильный диагноз.

Эталоны ответов

1.Предварительный диагноз: Пароксизмальная наджелудочковая тахикардия. ХСН 0. Беременность 30 нед.

50.Ситуационная задача

Больная, 20 лет, планирует беременность пришла на осмотр к терапевту. Жалобы на периодически возникающие колющие боли в области верхушки сердца.

Об-но: Рост 189см, вес 65 кг. Астеник. Состояние удовлетворительное. Положение активное. Кожа и конъюнктивы физиологической окраски. Выраженный кифоз грудной клетки. Воронкообразная деформация грудной клетки. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Левая граница сердца смещена вправо на 1 см. Тоны сердца ясные ритмичные. 1т> 2т .выслушивается систолический щелчок с позднесистолическим шумом. Частота сердечных сокращений – 88 в минуту, АД – 114/70 мм рт. ст. Живот мягкий, б/б. Печень не пальпируется. Периферических отеков нет. Длина туловища по отношению к длине ног уменьшена. Пальцы рук вытянутые, очень длинные. Гипермобильность суставов. Вопросы:

1.Перечислите необходимые лабораторно-инструментальные обследования.

Эталон ответа

1.Генетическая экспертиза, передачи заболевания. При наличии у одного из родителей СМ риск этого заболевания у ребенка составляет 50%, а при заболевании обоих родителей — 100%. Пациентка с СМ до наступления беременности должна быть тщательно обследована, включая оценку диаметра всех визуализируемых при ЭхоКГ отделов аорты, анализ клапанной

51. 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?

Эталон ответа: ЭХОКГ (расширение камер сердца, диффузное снижение насосной и сократительной функции ЛЖ, увеличение митрально-септальной сепарации, митральная регургитация). Рентгенография грудной клетки (расширение тени сердца с увеличением КТИ более 50%, признаки венозного застоя).

52. Мужчина 75 лет

В течение 2 лет отмечает появление головокружения, слабости, эпизодов «потемнения в глазах», пошатывание при ходьбе. Ухудшение самочувствия за последние 2 месяца: появились кратковременные синкопальные состояния, Дважды по «скорой» регистрировались приступы мерцания предсердий, купирующиеся самостоятельно. При осмотре: ЧСС 50 уд\мин., АД 160\70 мм рт ст.

ЭКГ: Синусовая брадиаритмия 50-58 уд\мин.. Диффузные изменения миокарда.

ВОПРОСЫ:

Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?

Эталон ответа:Суточное мониторирование ЭКГ, электрофизиологическое исследование (ЧПЭС).

53. Мужчина 55 лет

Клинический диагноз: ИБС. Атеросклероз коронарных артерий. Состояние после транслюминальной баллонной ангиопластики с имплантацией внутрисосудистого стента. Сахарный диабет - 11 тип (легкое течение). Гиперлипидемия 11 Б тип.

Биохимический анализ крови: общий холестерин 6,6 ммоль\л, триглицериды 2,25 ммоль\л, альфа-холестерин 0,8 ммоль\л, коэффициент атерогенности 7,25, глюкоза крови 6,3 ммоль\л.

ВОПРОСЫ:

Какой уровень общего холестерина, альфа-холестерина и триглицеридов являются оптимальными для данного пациента?

Эталон ответа: Общий холестерин менее 4,0 ммоль\л, альфа-холестерин более 1 ммоль\л, триглицериды менее 1,7 ммоль\л.

54. 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, мономак 40 мг 2 раза в день (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:

Сформулируйте правильный диагноз.

Эталон ответа: ИБС. Нестабильная стенокардия. Атеросклероз коронарных артерий.

55. Мужчина 49 лет

Был доставлен в БИТ по поводу острого трансмурального инфаркта миокарда переднеперегородочной 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. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?

Эталон ответа: Эхокг (желательно с цветным доплеровским сканированием), радиоизотопная вентрикулография.

56. Мужчина 60 лет

Находился на стационарном лечении по поводу трансмурального 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. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения причины нарушения мозгового кровообращения ?

Эталон ответа: Следует провести Эхокг для выявления аневризмы левого желудочка и возможного флотирующего внутрисполостного тромба, который послужил источником тромбоэмболии в бассейн левой средней мозговой артерии.

57. 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. Сформулируйте возможные клинические диагнозы.

Эталон ответа: Гипертрофическая кардиомиопатия без обструкции выносящего тракта левого желудочка.

Артериальная гипертензия . Гипертоническое сердце: асимметрическая гипертрофия левого желудочка.

58. Женщина 53 лет

В течение 3 лет отмечает появление перебоев в работе сердца, длительных ноющих болей в области сердца преимущественно в покое, одышки при физической нагрузке, нарушение сна, зябкости, раздражительности, склонности к задержке жидкости, выпадение волос.

Объективно: Нормального телосложения, повышенного питания, лицо слегка одутловато. ЧСС = 58 уд/мин., АД = 140/90 мм рт ст.. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Печень не пальпируется. Пастозность голеней. Щитовидная железа при пальпации нормальных размеров.

ЭКГ: Ритм синусовый 60 уд/мин.. Отклонение ЭОС влево. Диффузные изменения миокарда.

ВЭМ: Толерантность к физической нагрузке средняя. Проба отрицательная.

ЭХОКГ: без особенностей

АНАЛИЗЫ, КРОВИ: холестерин 7,9 ммоль/л, триглицериды 2,8 ммоль/л. В остальном - без особенностей.

ВОПРОСЫ:

Какой диагноз наиболее вероятен с учетом представленных данных?

Эталон ответа: Гипотиреоз. Гиперлипидемия 11Б тип.

59. Мужчина 46 лет находится на лечении в кардиологическом отделении по поводу инфаркта миокарда (от 15.01). Инфаркт миокарда «перенес» на ногах. Обратился в поликлинику, где после записи ЭКГ был поставлен диагноз: ИБС. Инфаркт миокарда без Q передне-перегородочной области и верхушки. На 14-ый день (26.01) вновь развивается интенсивный болевой синдром в груди с иррадиацией в обе руки, сопровождающийся резкой слабостью, холодным липким потом. Объективно: кожные покровы холодные, влажные. АД 100/60 мм.рт.ст. По ЭКГ: Ритм синусовый с ЧСС 98 в минуту. Полная блокада левой ножки пучка Гиса.

Вопрос: Тактика ведения данного больного?;

Эталон ответа: Учитывая рецидив инфаркта миокарда, пациенту показано проведение экстренной коронарографии и ангиопластики со стентированием.;

60. У больного 58 лет неделю назад появились сдавливающие боли за грудиной при ходьбе, проходящие в покое. Сегодня ночью проснулся от сжимающих загрудинных болей с иррадиацией шеи, нижнюю челюсть, волнообразные общей длительностью около 2 часов. Повторно принимал нитроглицерин с неполным и кратковременным эффектом. Доставлен в отделение кардиореанимации через 3 часа от начала симптомов заболевания. Жалоб при поступлении нет. По ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 72 в минуту. В отведениях aVL, V5-V6 депрессия сегмента ST до 2.0 мм с (+) зубцом T. При исследовании КФК и МВ-фракции КФК выявлено 4-х кратное повышение их концентрации.

Вопрос: Какое лечение необходимо назначить данному больному?;

Эталон ответа: Аспирин 250 мг, клопидогрел 600 мг, гепарин в/в струйно (60 ЕД/кг массы тела, но не более 4000 ЕД), полноценное обезболивание (морфин 1%-1.0 мл в/в струйно), в/в инфузия нитратов.;

61. Пациент 56 лет длительно страдающий гипертонической болезнью с высокими цифрами АД (до 220/110 мм.рт.ст) внезапно почувствовал нехватку воздуха. Вызвал скорую помощь. При осмотре: акроцианоз. Дыхание жесткое, в нижних отделах легких с обеих сторон небольшое количество влажных хрипов. ЧДД 30 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные. В области верхушки и по левому краю грудины выслушивается интенсивный систолический шум, I тон ослаблен. АД 150/100 мм.рт.ст. ЧСС 110 в минуту. По ЭКГ: ритм синусовый. В отведениях I, aVL, V1-V4, регистрируется подъем сегмента ST до 3 мм с (+) зубцом T, в отведениях III, aVF депрессия ST на 2 мм с (+) зубцом T.

Вопрос: Какое лечение необходимо назначить данному больному?;

Эталон ответа: Аспирин 250 мг, клопидогрел 600 мг, гепарин в/в струйно (60 ЕД/кг массы тела, но не более 4000 ЕД), полноценное обезболивание (морфин 1%-1.0 мл в/в струйно), ингаляция кислорода, в/в инфузия нитратов (изокет, перлингнит) 10-20 мл под контролем АД, диуретики.;

62. Больная 63 лет, в течение последних трех дней беспокоит давящая боль эпигастрии, тошнота, слабость. Неоднократно была рвота без облегчения. Принимала спазмолитики, анальгетики без существенного эффекта. Доставлена в хирургический стационар с диагнозом: обострение хронического панкреатита. По ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 60 в минуту, подъем сегмента ST выше изолинии в отведениях II, III, aVF, V5-V6 на 0,5 мм с (-) зубцом T.

Вопрос: Тактика ведения данной больной?;

Эталон ответа: Запись правых грудных отведений ЭКГ (исключить инфаркт миокарда правого желудочка), исследование миокардиальных ферментов (учитывая давность заболевания около трех дней – тропонин). Перевод в кардиологический стационар.

63. Пациент 55 лет впервые в жизни после стресса почувствовал разрывающую жгучую боль за грудиной. Сразу вызвал бригаду скорой помощи. По ЭКГ: синусовая брадикардия с частотой 50 в минуту. В отведениях II, III, aVF подъем сегмента ST выше изолинии на 5 мм с (+) зубцом T и в отведениях III, aVF комплекс Qr. В отведениях I, V1-V2 депрессия сегмента ST до 2 мм. Врачом скорой помощи были назначены аспирин 250 мг, морфин 1%-1.0 мл в/в, изокет-спрей 2 дозы сублингвально, изокет 20 мг в/в струйно медленно. При поступлении в стационар - болевой синдром купирован, беспокоит чувство нехватки воздуха. Объективно: набухание шейных вен. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 34 в минуту. АД 90/60 мм.рт.ст. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЭКГ в стационаре: Ритм синусовый, ЧСС 62 в минуту. Сохраняются подъемы сегмента ST с (+) зубцом T и комплекс Qr в отведениях II, III, aVF. В правых грудных отведениях RV3-RV5 сегмента ST выше изолинии на 3 мм с (+) зубцом T.

Вопрос: Тактика ведения больного?

Эталон ответа: Экстренная ангиопластика коронарных артерий, в случае невозможности – консервативная реперфузия миокарда (тромболитическая терапия).

64. Больной 42 лет доставлен в стационар с жалобами на чувство нехватки воздуха, тупые боли сдавливающего характера за грудиной. Две недели назад перенес тяжелую ОРВИ. После чего отмечал нарастание одышки, снижение работоспособности, быструю утомляемость. Сегодня почувствовал чувство нехватки воздуха в покое. Бригадой скорой помощи доставлен в стационар. Объективно: умеренный цианоз лица, шеи. Дыхание жесткое в нижних отделах с обеих сторон масса влажных крупнопузырчатых хрипов. ЧДД 36 в минуту. Верхушечный толчок не определяется. Границы относительной сердечной тупости расширены вправо, вниз и влево. Сердечные тоны глухие, ритмичные 116 в мин. АД 110/70 мм.рт.ст.

Вопрос: Тактика ведения, лечение?

Эталон ответа: Перикардиоцентез с эвакуацией экссудата. Лечение отека легких: оксигенотерапия, нитраты, пеногасители, диуретики, глюкокортикостероиды.;

65. У больной 53 лет, с длительно существующим ревматическим пороком сердца и три года назад перенесшей протезирование митрального клапана резкое ухудшение состояния: появилось чувство нехватки воздуха, надсадный непродуктивный кашель, слабость. Антикоагулянты (варфарин) принимает регулярно, последний контроль МНО месяц назад: МНО=1,4. В легких - большое количество влажных хрипов с обеих сторон в нижних

отделах. Тоны сердца приглушены, диастолический шум на верхушке и в точке Боткина. Пульс - 112 в мин. АД - 85/60 мм.рт.ст.

Вопрос: Назовите наиболее вероятную причину острой сердечной недостаточности?

Эталон ответа: Наиболее вероятная причина – тромбоз протеза митрального клапана на фоне неадекватной антикоагулянтной терапии (целевые уровни МНО 2,0-3,0).

66. Женщина 47 лет, длительное время страдает гипертонической болезнью с частыми гипертоническими кризами (с максимальными цифрами АД до 240/120 мм.рт.ст). Жалуется на развившийся приступ удушья, чувство нехватки воздуха, головную боль, головокружение, боли в левой половине грудной клетки. При осмотре: Дыхание жесткое, в нижних отделах крепитация. ЧДД 30 в минуту. Границы относительной сердечной тупости расширены вниз и влево. Сердечные тоны ритмичные 110 в мин. АД 200/120 мм.рт.ст.

Вопрос: Назовите возможные осложнения гипертонического криза?;

Эталон ответа: Острый коронарный синдром, отек головного мозга, отслойка сетчатки, острая почечная недостаточность, острая сердечная недостаточность, нарушение ритма сердца.;

67. Больной 67 лет поступил с диагнозом: ИБС. Острый нижний с Q инфаркт миокарда. Через час пребывания в стационаре внезапно появилось и нарастает чувство нехватки воздуха, слабость. Объективно: Кожные покровы бледные, «холодные», влажные. В легких – дыхание жесткое, влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах с обеих сторон. ЧДД 28 в мин. Тоны сердца ясные ритмичные. ЧСС 38 в мин. АД 85/60 мм.рт.ст. По ЭКГ: ритм – синусовый с ЧСС 68 в мин. АВ-блокада II степени (Мобитц I).

Вопрос: Тактика лечения данного больного?;

Эталон ответа: Лечение – атропин в дозе 1 мг (1 мл 0,1% раствора), возможно 2-3 кратное повторение, преднизолон в дозе 60-90 мг внутривенно струйно. Лечение отека легких: нитраты, оксигенотерапия, пеногасители. Применение нитратов противопоказано (артериальная гипотония).;

68. Больная, 55 лет, поступила в стационар с жалобами на чувство нехватки воздуха, перебои в работе сердца. Нарушение ритма отмечает в течение последних десяти дней. Ранее отмечала эпизоды учащенного, неправильного сердцебиения, но за медпомощью не обращалась, не обследовалась. Объективно: Ортопноэ. В легких – дыхание ослаблено, большое количество влажных хрипов в нижних отделах с обеих сторон. ЧДД 36 в мин. Тоны сердца ясные, аритмичные. Пульс \approx 120 в мин. АД 120/70 мм.рт.ст. По ЭКГ: ритм – фибрилляция предсердий с ЧСС \approx 160 в мин.

Вопрос: Назначьте лечение?

Эталон ответа: Учитывая давность пароксизма более двух дней и необследованность пациентки, не рекомендуется сразу восстанавливать синусовый ритм. Необходимо уредить ЧСС до нормосистолии (сердечные гликозиды / верапамил / β -блокаторы) + оксигенотерапия, нитраты, диуретики.;

69. Пациент 49 лет госпитализирован в кардиоцентр с диагнозом острый инфаркт миокарда. Время от начала болей 4 часа. Врачом скорой помощи были назначены аспирин 250 мг, морфин 1%-1.0 мл в/в, изокет-спрей 2 дозы сублингвально, гепарин 4000 ЕД в/в. На момент поступления болевой синдром не купирован, сохраняются интенсивные боли в груди.

Объективно: пациент возбужден, мечется в кровати. Кожные покровы бледные, холодные, влажные. АД 80/50 мм.рт.ст. ЧСС 116 в минуту. Дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД 24 в минуту. По ЭКГ: ритм синусовый. В отведениях I, aVL, V1-V6, регистрируется подъем ST выше изолинии на 5 мм с (+) зубцом T, в отведениях V1-V4 комплекс QS. Регистрируется частая желудочковая экстрасистолия.

Вопрос: Тактика ведения больного?;

Эталон ответа: Экстренная реперфузия – интервенционное восстановление кровотока в инфаркт-зависимой артерии (баллонная ангиопластика). В случае невозможности – тромболитическая терапия. Профилактика желудочковой тахикардии: амиодарон 300-450 мг в/в, лидокаин 1-1,5 мг/кг массы тела в/в.

70. Мужчина 58 лет находится на лечении в кардиологическом отделении по поводу инфаркта миокарда. Инфаркт миокарда «перенес на ногах». Обратился в поликлинику, где после записи ЭКГ был поставлен диагноз: ИБС. Инфаркт миокарда без Q передне-перегородочной области и верхушки. На 10-ый день пребывания в стационаре появились интенсивные, разрывающие боли за грудиной с иррадиацией в обе руки, сопровождающийся резкой слабостью, холодным липким потом. Объективно: кожные покровы бледные, холодные, влажные. АД 70/50 мм.рт.ст. По ЭКГ: Ритм синусовый с ЧСС 108 в минуту. Полная блокада левой ножки пучка Гиса (ПБЛНПГ).

Вопрос: Какие осложнения характерны для этой локализации инфаркта миокарда?;

Эталон ответа: Развитие аневризмы передней стенки левого желудочка, разрыв сердца, фибрилляция желудочков.

71. Больной, 65 лет, в течение последних 3 дней отмечает сдавливающие боли за грудиной при ходьбе, проходящие в покое, до 10-15 минут. Сегодня ночью проснулся от сжимающих загрудинных болей с иррадиацией шею, нижнюю челюсть, левую руку, длительностью около часа. Вызвал скорую помощь. По ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 58 в минуту. В отведениях II, III, aVF, V5-V6 депрессия сегмента ST до 3.0 мм с (+) зубцом T. Доставлен в отделение кардиореанимации через 4 часа от начала симптомов заболевания. Жалобы при поступлении на выраженную слабость. Объективно: заторможен, на вопросы отвечает односложно, медленно. Кожные покровы бледные, холодные, влажные. Дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД 22 в минуту. АД 80/60 мм.рт.ст. ЧСС 116 в минуту. Тоны сердца ритмичные.

Вопрос: Показана ли пациенту тромболитическая терапия?;

Эталон ответа: Тромболитическая терапия данному больному не показана (ИМ без подъема сегмента ST). Экстренная реперфузия – интервенционное восстановление кровотока в инфаркт-зависимой артерии (баллонная ангиопластика).;

72. Больной 47 лет поступил с диагнозом: ИБС. Острый нижний с Q инфаркт миокарда. Беспокоят боли в эпигастрии, слабость. От начала симптомов прошло 14 часов. Во время госпитализации появилась одышка, чувство нехватки воздуха, резкая слабость. Объективно: Кожные покровы бледные, «холодные», влажные. В легких – дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ясные ритмичные. ЧСС 30 в мин. АД 70/50 мм.рт.ст. По ЭКГ: полная АВ-диссоциация (АВ-блокада III степени). По предсердиям – синусовый ритм с ЧСС 93 в мин. По желудочкам – идиовентрикулярный ритм с частотой 30 в минуту.

Вопрос: Чем можно объяснить развитие АВ-блокады при нижней локализации инфаркта миокарда?

Эталон ответа: Кровоснабжение миокарда нижней стенки левого желудочка и АВ-узла осуществляется из бассейна правой коронарной артерии.;

73. У больного 50 лет в течение 2 часов интенсивные жгучие боли за грудиной с иррадиацией в спину. Самостоятельно принимал нитроглицерин – без эффекта. Доставлен в стационар с диагнозом острый коронарный синдром. При поступлении: болевой синдром сохраняется, основные жалобы на выраженную слабость и остро возникшее чувство нехватки воздуха. При осмотре: акроцианоз, набухшие шейные вены, кожные покровы бледные, холодные, влажные, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 32 в минуту. Тоны сердца глухие, ритмичные, по всей прекардиальной области выслушивается грубый систолический шум. ЧСС 120 в минуту, АД 80/60 мм.рт.ст. По ЭКГ: ритм синусовый. В отведениях I, aVL, V1-V5, регистрируется подъем ST выше изолинии до 4 мм с (+) зубцом Т, в отведениях V1-V3 комплекс QS.

Вопрос: Тактика лечения данного больного?

Эталон ответа: Лечение: полноценное обезболивание (фентанил 1-2 мл 0,005% раствора или средств для наркоза: натрия оксибутират (ГОМК), кетамин), ингаляция кислорода, немедленная установка внутриаортального баллонного контрпульсатора, в случае подтверждения внутреннего разрыва – экстренная операция

74. Пациент С., 59 лет. Жалобы: на интенсивные боли в затылочной области, сердцебиение, головокружение, тошноту. Анамнез: вышеуказанные жалобы возникли после психоэмоционального стресса. АД не контролирует, в течение 2 лет отмечает периодически головные боли и колющие боли в области сердца при перемене погоды. Осмотр: кожные покровы бледные. Сердечные тоны ясные, ритмичные, ЧСС 90 в мин. АД 180/100 мм.рт.ст. В легких хрипов нет. Живот безболезненный. Отеков нет.

Вопрос: Какую неотложную помощь необходимо оказать?

Эталон ответа: Каптоприл 25-50 мг сублингвально или нифедипин 10-20 мг сублингвально, фуросемид 20-40 мг сублингвально.;

75. Пациент Н., 62 лет. Жалобы: на диффузную головную боль, тошноту, рвоту, «туман перед глазами». Анамнез: впервые повышение АД зафиксировано около 5 лет назад, у врача не наблюдался, препараты регулярно но принимал, ситуационно – капотен. АД макс. 190/100 мм. рт. ст., привычное АД 140-150 мм. рт. ст. Вышеуказанные жалобы появились после работы на дачном участке в жаркую погоду. Осмотр: пациент возбужден, кожные покровы влажные, сердечные тоны ритмичны, тахикардия, АД 220/120 мм.рт.ст. В легких дыхание проводится по всем полям, хрипов нет. ЧДД 20 в мин. Во время осмотра у пациента развился приступ клонических судорог.

Вопрос: Какую неотложную помощь необходимо оказать?;

Эталон ответа: Нитропруссид натрия 0,5-20 мкг/кг/мин или метопролол 15 мг в/в в течение 2 минут, фуросемид (лазикс) 40 мг в/в, эналаприл 1,25 мг в/в, сульфат магния 10 мл в/в капельно.

ПК-1:

Задания закрытого типа: ВСЕГО 25 заданий.

1. Прогноз заболевания у больных ИБС является наиболее неблагоприятным при локализации атеросклеротических бляшек в:

1. Правой коронарной артерии.
2. Передней нисходящей коронарной артерии.
3. Общем стволе левой коронарной артерии.
4. Огибающей коронарной артерии.
5. Прогноз у больных ИБС не зависит от локализации атеросклеротических поражений коронарного русла.

Эталон ответа: 3. Общем стволе левой коронарной артерии

2. Гемодинамически значимым считается сужение коронарной артерии:

1. Не менее 25% просвета.
2. Не менее 40% просвета.
3. Не менее 70-75% просвета.
4. Не менее 90% просвета.

Эталон ответа: 3. Не менее 70-75% просвета

3. Особенность поражения коронарного русла атеросклерозом у больных с прогрессирующей стенокардией напряжения состоит в том, что при прогрессирующей стенокардии:

1. Имеется, как правило, более выраженное поражение коронарной системы, чем при стабильной стенокардии напряжения.
2. Имеется, как правило, менее выраженное поражение коронарной системы, чем при стабильной стенокардии напряжения.
3. Как правило, существенных особенностей поражения коронарных артерий (по сравнению со стабильной стенокардией) не выявляется.

Эталон ответа: 3. Как правило, существенных особенностей поражения коронарных артерий (по сравнению со стабильной стенокардией) не выявляется

4. Основными причинами транзиторной ишемии миокарда являются:

1. Спазм коронарной артерии.
2. Фиксированный стеноз коронарной артерии.
3. Тромботическая окклюзия коронарной артерии.
4. Все перечисленное.
5. Только 1 и 2.

Эталон ответа: 1. Спазм коронарной артерии.

5. Несоответствие между потребностью миокарда в кислороде и его составной по коронарному руслу является причиной ишемии миокарда при:

1. Стабильной стенокардии напряжения.
2. Спонтанной стенокардии.
3. Прогрессирующей стенокардии напряжения.
4. Впервые возникшей стенокардии.
5. Любых вариантах стенокардии.

Эталон ответа: 5. Любых вариантах стенокардии

6. При спонтанной стенокардии:

1. Коронарные артерии, как правило, интактны.
2. Как правило, имеется гемодинамически незначимое стенозирование коронарных артерий.
3. Как правило, имеется гемодинамически значимое стенозирование коронарных артерий.
4. Все описанные варианты встречаются практически с одинаковой частотой.

Эталон ответа: 1. Коронарные артерии, как правило, интактны

7. При впервые возникшей стенокардии:

1. Чаще, чем у больных со стабильной стенокардией, выявляется стенозирование одной коронарной артерии.
2. Реже, чем у больных со стабильной стенокардией, выявляется стенозирование одной коронарной артерии.
3. Характер поражения коронарных артерий не отличается от имеющегося у больных со стабильной стенокардией напряжения.

Эталон ответа: 1. Коронарные артерии, как правило, интактны

8. Госпитализация больных с впервые возникшей стенокардией:

1. Показана всем больным.
2. Не показана.
3. Показана в отдельных случаях.
4. Решается индивидуально.

Эталон ответа: 1. Показана всем больным.

9. Между активностью ренина и магистральным почечным кровотоком существует следующая взаимосвязь:

1. Активность ренина не изменяется при уменьшении почечного кровотока.
2. Активность ренина увеличивается при возрастании почечного кровотока.
3. Активность ренина снижается при уменьшении почечного кровотока.
4. Все ответы правильные.
5. Правильного ответа нет.

Эталон ответа: 5. Правильного ответа нет.

10. При повышенном содержании ренина увеличивается образование:

1. Ангиотензина II.
2. Триглицеридов.
3. Катехоламинов.
4. Холестерина.

Эталон ответа: 1. Ангиотензина II.

11. Избыточное образование альдостерона сопровождается:

1. Задержкой натрия и воды.
2. Повышением активности симпато-адреналовой системы.
3. Уменьшением общего периферического сосудистого сопротивления.
4. Уменьшением минутного объема сердца.

5. Всем перечисленным.

Эталон ответа: 1. Задержкой натрия и воды.

12. Гиперрениновые формы артериальной гипертонии могут быть при всех перечисленных заболеваниях, кроме:

1. Гипертонической болезни.
2. Атеросклероза почечных артерий.
3. Первичного гиперальдостеронизма (синдром Конна).

Эталон ответа: 3. Первичного гиперальдостеронизма (синдром Конна).

13. В кровоснабжении перикарда принимают участие:

1. Внутренние грудные артерии и артерии, снабжающие кровью диафрагму.
2. Артерии, кровоснабжающие щитовидную железу.
3. Бронхиальные артерии.
4. Пищеводные и медиастинальные артерии.
5. Все перечисленные.

Эталон ответа: 5. Все перечисленные.

14. В кровоснабжении эндокарда участвуют:

1. Внутренние грудные артерии.
2. Бронхиальные артерии.
3. Коронарные артерии.
4. Все перечисленные.

Эталон ответа: 3. Коронарные артерии.

15. Отток лимфы от перикарда осуществляется в:

1. Лимфатические узлы средостения.
2. Окологрудные лимфатические узлы.
3. Аорто-каротидные и бронхо-пульмональные лимфатические узлы.
4. Диафрагмальные лимфатические узлы.
5. Все перечисленные.

Эталон ответа: 5. Все перечисленные.

16. Самым частым осложнением при остром инфаркте миокарда является:

1. разрыв миокарда
2. эмболия мозга
3. нарушение ритма
4. синдром Дресслера
5. шок

Эталон ответа: 3. нарушение ритма.

17. Ферментный "пик" АСТ отмечается при инфаркте миокарда в период:

1. 2-6 часов после возникновения инфаркта миокарда
2. 1-2 сутки
3. 3-4 сутки
4. 4-6 сутки

5. 6-8 сутки

Эталон ответа: 3. 3-4 сутки.

18. Решающее значение для диагностики поликистоза почек имеет

1. пальпация увеличенной почки
2. указание на отягощенную наследственность по поликистозу
3. изотопная ренография
4. ультразвуковое исследование почек

Эталон ответа: 4. ультразвуковое исследование почек.

19. Повышение артериального давления при длительном применении не способны вызывать

1. гормональные контрацептивы
2. циклоспорин
3. производные метилксантина
4. нестероидные противовоспалительные средства

Эталон ответа: 3. производные метилксантина.

20. При панартериите аорты или ее ветвей частой причиной артериальной гипертензии является все, за исключением

1. поражения почечных артерий
2. поражения вертебральных артерий с ишемией головного мозга
3. развития сопутствующего воспаления в почках
4. поражения легочной артерии

Эталон ответа: 4. поражения легочной артерии.

21. Изолированная систолическая артериальная гипертензия характерна

1. для тиреотоксикоза
2. для артериовенозной фистулы
3. для феохромоцитомы
4. для коарктации аорты
5. для гипертензии у беременных

Эталон ответа: 1. для тиреотоксикоза

22. Для рестриктивной кардиомиопатии не характерно

1. глухие тоны сердца
2. патологические III-й и IV-й тоны
3. набухание шейных вен
4. отеки и увеличение печени
5. кальциноз перикарда

Эталон ответа: 5. кальциноз перикарда.

23. У мужчины 40 лет с острым миокардитом центральное венозное давление равно 95 мм вод. ст. Это значение

1. повышенное
2. нормальное
3. пониженное

Эталон ответа: 1. повышенное.

24. У больного с подозрением на дилатационную кардиомиопатию специфические признаки заболевания могут быть выявлены с помощью

1. фонокардиографии
2. определения циркулирующих иммунных комплексов
3. эхокардиографии
4. рентгенографии
5. ничего из перечисленного

Эталон ответа: 5. ничего из перечисленного.

25. Для рестриктивной кардиомиопатии характерны следующие признаки, за исключением:

1. фиброза эндокарда
2. ограничения сократимости миокарда
3. сужения полости сердца
4. дилатации полости сердца

Эталон ответа: 4. дилатации полости сердца.

Задания открытого типа: ВСЕГО 75 заданий

1. Ситуационная задача

Больной 39 лет: жалобы на одышку при ходьбе, сердцебиение, перебои в работе сердца, колющие боли в левой половине грудной клетки, отеки на ногах, повышение температуры до субфебрильных цифр. Около месяца назад перенес простудное заболевание, сопровождавшееся повышением температуры до 39⁰С, кашлем, болями в горле. Принимал амбулаторно НПВС, амоксициллин. Вышеперечисленные жалобы прошли, но сохранялась субфебрильная температура. Ухудшение самочувствия около недели, когда появилась одышка, боли в области сердца. Ранее ничем не болел. Курит, злоупотребляет алкоголем. Объективно: температура тела 37,3⁰С, акроцианоз. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Правая и левая границы сердца расширены на 1 см, тоны приглушены, экстрасистолы до 10 в 1 мин, ЧСС 112 в 1 мин, АД 100/60 мм рт.ст. Живот мягкий, печень выступает на 2 см из-под края реберной дуги. Отеки голеней. Анализ крови: Нб 140 г/л, лейкоциты 10,4×10⁹/л, СОЭ 37 мм/ч. ЭКГ: синусовая тахикардия, единичные желудочковые экстрасистолы, правильное направление электрической оси сердца, снижение интервала ST на 1 мм и сглаженный T во всех отведениях. Флюорография: в легких без патологии, умеренное расширение границ сердца.

1. Врачебная тактика.

Эталон ответа: Госпитализация больного в кардиологическое отделение. Лечение ХСН (ингибиторы АПФ, бета-блокаторы, диуретики), противовоспалительная терапия (преднизолон 30 мг/сут).

2. Ситуационная задача

Больной 78 лет, инвалид II группы, жалуется на тошноту, отсутствие аппетита, однократную рвоту, перебои в работе сердца, одышку при незначительной физической нагрузке, отеки на ногах. Страдает гипертонической болезнью в течение 30 лет, дважды перенес инфаркт миокарда, после чего появились признаки сердечной недостаточности. Постоянно получает аспирин 100 мг/сут, периндоприл 4 мг/сут, дигоксин 0,25 мг/сут и дважды в неделю фуросемид по 40 мг/сут.

Объективно: избыточная масса тела, акроцианоз. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах с обеих сторон единичные влажные мелкопузырчатые хрипы. Левая граница сердца на 2 см снаружи от срединно-ключичной линии, тоны приглушены, мерцательная аритмия, акцент II тона над аортой. ЧСС 62 в 1 мин, пульс 54 в 1 мин, АД 160/95 мм рт.ст. Живот

мягкий, печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см. Отеки на голенях, пояснице. При поколачивании по поясничной области болезненности нет. ЭКГ: горизонтальное направление электрической оси сердца, фибрилляция предсердий 48-56 в 1 мин, желудочковые экстрасистолы до 4 в 1 мин, удлинение QT до 0,52 с, снижение ST на 1 мм и сглаженный T во всех отведениях, признаки гипертрофии левого желудочка.

Врачебная тактика и лечение.

Эталон ответа: Госпитализация больного в терапевтическое отделение. Лечение: временная отмена дигоксина с последующей коррекцией дозы в зависимости от функции почек, спиронолактон 25 мг/сут.

3. Ситуационная задача

У больного 59 лет в течение ряда лет, чаще по утрам, возникают по 2-3 приступа загрудинных болей в сутки, обусловленные определенной физической нагрузкой. На фоне очередного приступа, возникшего после стрессовой ситуации, внезапно почувствовал ритмичное сердцебиение, сопровождающееся одышкой и резкой слабостью.

Объективно: акроцианоз. ЧСС более 140 в 1 мин. АД 90/60 мм рт.ст. На ЭКГ: зубцы P отсутствуют, изолиния изогнута в виде волн одинаковой высоты и ширины, интервалы RR одинаковы, комплексы QRS не изменены.

Тактика ведения.

Эталон ответа: Амиодарон в/в 450-600 мг, госпитализация в кардиологический стационар для исключения инфаркта миокарда, динамика ЭКГ, тропонина, ЭхоКГ.

4. Ситуационная задача

Больной П., 48 лет. поступил в кардиологическую клинику с жалобами на постоянную общую слабость, неритмичность работы сердца, на одышку в покое (усиливается в горизонтальном положении) и ходьбе в медленном темпе до 20-30 метров, практически постоянные головокружения, плохую переносимость жаркой погоды, частую потливость. Незначительные физические нагрузки приводят к усилению вышеописанных жалоб. Вследствие болезни значительно ограничены бытовые нагрузки. В течение последнего года состояние прогрессивно ухудшалось: в начале года ходил в спокойном темпе до 1 км, к концу года не смог преодолевать расстояние в 50 метров. В городской больнице проходил лечение по поводу язвы двенадцатиперстной кишки. При регистрации ЭКГ выявлена частая политопная и полиморфная желудочковая экстрасистолия. Группы инвалидности нет, женат, имеет дочь, не курит, употребляет до 2 литров пива в неделю. В анамнезе сердечно-сосудистых заболеваний нет, страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки около 3 лет. С заболеванием сердца наблюдается у кардиолога 3 года с диагнозом «Дилатационная кардиомиопатия», последние 3 года рекомендованные лекарственные препараты не принимал и отметил постепенное ухудшение состояния здоровья.

Объективное исследование: состояние средней степени тяжести, положение активное, сознание ясное, цианоз губ, бледность кожных покровов. Дыхание в легких жесткое, единичные крепитирующие хрипы, ЧДД = 20/минуту. Тоны сердца аритмичные, приглушены, шумы не выслушиваются, АД = 100/70, ЧСС = 85. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень + 4 см, безболезненная, отеков ног нет.

Лабораторные данные: Hb 110 г/л, КФК-МВ – 15 МЕ/л, АСТ – 30 Ед/л, АЛТ – 20 Ед/л, глюкоза крови – 4,5 ммоль/л, калий – 4,5 ммоль/л, натрий – 140 ммоль/л, креатинин – 0,140 ммоль/л, мочевина 12,0 ммоль/л, общий ХС – 4,0 ммоль/л, триглицериды – 1,2 ммоль/л, микроальбуминурия – 200 мг/сут., клубочковая фильтрация – 40 мл/мин.

Инструментальные данные:

Рентгенография грудной клетки: признаки дилатационной кардиомиопатии, центральный венозный застой.

ЭХО-КГ: НМК II-III, НТК II, КДО ЛЖ 367 мл, КСО 312 мл, ФВ ЛЖ 15-25%, в полости левого желудочка пристеночный тромб 37*26 мм, диффузная гипокинезия стенок левого желудочка, признаки легочной гипертензии.

Холтер ЭКГ: ритм синусовый со средней ЧСС 80/мин., редкая одиночная и парная наджелудочковая экстрасистолия, частая (полиморфная и политопная) одиночная, парная и групповая желудочковая экстрасистолия, периоды би-, три- и квадригемии, короткие пароксизмы желудочковой тахикардии.

Вопросы:

1. Объясните принципы терапии данного заболевания с указанием названий лекарственных препаратов и ориентировочных дозировок.

Эталоны ответов:

1. Мероприятия по изменению образа жизни, антиаритмическая терапия, лечение ХСН, метаболическая терапия, реологическая терапия, хирургические и электрофизиологические методы лечения. Ориентировочная медикаментозная схема: торасемид 2,5 мг утром, дигоксин ¼ таб. 2 раза в сутки, триметазидин 70 мг/сутки, периндоприл 2 мг/сутки, кордарон 200 мг/сутки (понедельник – пятница, суббота и воскресенье – перерыв), карведилол 12,5 мг/сутки, спиронолактон 50 мг/сутки, КМА 2 таб./сутки.

5. Ситуационная задача

Больная М., 58 лет, поступила в клинику с жалобами на выраженную общую слабость, ноющие, длительные, временами жгучие боли за грудиной и в области сердца, усиливающиеся при физической нагрузке, одышку при ходьбе до 100 метров, редкие приступы удушья по ночам. Больной себя считает около 12 лет. В анамнезе ревматизм (в детстве болели суставы. Отмечает ухудшение самочувствия в течение последних 2-х лет.

Объективно: кожные покровы бледные, выражена пульсация шейных сосудов. В нижних отделах легких влажные хрипы с обеих сторон. Положительные симптомы Альфреда де Мюссе и Квинке. Верхушечный толчок усилен, приподнимающий, пальпируется в 6 межреберье. Сердце увеличено влево (до передней подмышечной линии) и вниз (6-е межреберье). Ослаблен 1 тон на верхушке сердца, 2 тон в 3-ей точке. На верхушке сердца систолический шум с проведением в подмышечную область, убывающий протодиастолический шум на аорте, который хорошо выслушивается в 5-й точке. Pulsus «celer et altus». ЧСС-80 уд/мин. АД-110/60 мм.рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги. Отеки н/з голеней.

Анализ крови: эритроц.- $4,1 \times 10^{12}/л$, Нб- 160 г/л, лейкоц. – $7,2 \times 10^9/л$, СОЭ – 15 мм/ч;

Биохимический анализ крови: АЛТ-45 Ед/л, АСТ-50 Ед/л, сахар-5,1 ммоль/л, о. Хс – 6,1 ммоль/л, ТГ-1,9 ммоль/л;

Полный анализ мочи: уд.вес -1020, белок-0,033%, лейкоц. -2-3 в п/зр.

RW отрицательно

ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС-100 уд/мин, высокий нарастающий z.R с V4, по V5, V6; z.T (-) в V4-V6; ЭхоКГ:ТМППЛЖ –11 мм, ТЗСЛЖ – 11 мм, КДР –68 мм, КСР-49 мм, КДО – 160 мл, КСО – 50 мл, ФВ-52%, аорта – утолщение створок клапана, регургитация 2-3 ст., МК-регургитация 2 ст.

Рентгенография органов грудной клетки: увеличение ЛЖ. Атеросклероз аорты. Резкое расширение восходящей аорты. Венозный застой в легких.

Вопросы:

Лечебная тактика и прогноз заболевания.

Эталоны ответов

Цели лечения – увеличение выживаемости, устранение или облегчение клинической симптоматики, профилактика осложнений. Госпитализация пациентки в кардиоревматологический стационар. Медикаментозная терапия – диуретики, дигоксин, нитраты, ингибиторы АПФ/ингибиторы АТII, бета-адреноблокаторы (учитывая симптомы стенокардии), статины. Решение вопроса об оперативном лечении (протезирование АК). Прогноз: Частота появления симптомов и/или систолической дисфункции у бессимптомных больных с аортальной регургитацией и сохраненной функцией ЛЖ составляет менее 6% в год. При наличии систолической дисфункции у бессимптомных больных стенокардия и ХСН развиваются с частотой более 25% в год. К факторам, влияющим на прогноз, относят также фракцию выброса, конечный систолический и диастолический размер ЛЖ.

6.Ситуационная задача Больной С., 66 лет, находится в кардиологическом диспансере 3 дня. Поступил планово с диагнозом гипертоническая болезнь с целью коррекции терапии. Максимальное АД 200/100 мм рт.ст, адаптирован к АД140/90 ммрт.ст., в анамнезе – ИБС (стенокардия напряжения, ПИКС). До госпитализации принимал индапамид, нитраты, тромбоАСС. Ночью состояние резко ухудшилось: жалобы на удушье, головную боль давящего характера в затылочной области, дискомфорт в области сердца.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Дыхание клокочущее. ЧДД-30 в минуту. ЧСС-100 ударов в минуту, АД-220/110 мм.рт.ст. Пациент задыхается, не может лежать.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС-100 уд/мин, высокий R в V4,V5, V6; з. Q в II, III, AVF, T (-) во II, III, AVF, депрессия ST на 1 мм в I, AVL, V5-V6

Вопросы: Лечебная тактика.

Эталоны ответов

АД следует снизить на 25% за первые 10-20 минут. Посадить больного (лежать ему нельзя!) или поднять головной конец кровати.Обеспечить приток свежего воздуха. Кислородотерапия.

- нитроглицерин сублингвально, нитроминт спрей

- эналаприлат в/в

- нитроглицерин в/в

- диуретики (фуросемид) в/в.

иАПФ/БАР + ББ/БКК + тиазидный диуретик предпочтительно в фиксированной комбинации

Статины, АСК, диета, дозированные физические нагрузки, обучение больного

7.Ситуационная задача

Больной Р., 43 года. Доставлен в кардиологическую клинику бригадой СМП с жалобами на давящие загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, одышку, общую слабость, холодный пот. Жалобы возникли впервые в жизни около 3-х часов назад на фоне психоэмоционального стресса. Самостоятельно принимал корвалол и валидол без эффекта. На фоне оказанной помощи на этапе СМП отметил незначительное улучшение. Больной страдает артериальной гипертензией около 10 лет, адаптирован к АД 150/80 мм рт ст. Лекарственные препараты принимает нерегулярно, за медицинской помощью не обращался. Курит до 15 сигарет в день, отец страдал артериальной гипертензией и умер от ишемического инсульта в 50 лет, мать страдает ИБС, артериальной гипертензией и сахарным диабетом 2-го типа.

Объективное исследование: больной в удовлетворительном состоянии, ИМТ – 32 кг/м², окружность талии 110 см. Регистрируется повышенная влажность кожных покровов, акроцианоз, язык влажный, обложен белым налетом. Дыхание в легких везикулярное жесткое, хрипов нет, ЧДД 22/мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, АД 150/80 мм рт ст., ЧСС 84/мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, отеков ног нет, симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон.

Лабораторные данные: лейкоциты – 10,5*10⁹/л, повышение содержания миоглобина и тропонинов Т и I, КФК-МВ – 65 МЕ/л, уровни АСТ и АЛТ в нормальных пределах.

Инструментальные данные:

ЭКГ: отрицательные зубцы Т в отведениях V2-V5.

Вопросы:

Укажите принципы терапии заболевания с учетом времени от его развития.

Эталоны ответов:

Принципы терапии: а) восстановление кровотока в инфаркт-связанной артерии, б) профилактика и лечение ранних и поздних осложнений.

Амбулаторный этап: Нитроглицерин в аэрозоле. Анальгезия (морфин 2-4мг, внутривенно с повтором через 10-15 мин), кислородотерапия, внутривенное введение нитратов (0,1% Нитроглицерин 5-10мл, на физ. Растворе) аспирин 500 мг, клопидогрел 300 мг или тикагрелор 180 мг, β-адреноблокаторы (метопролол в/в), гепарин в/в 5-10 тыс. ед. Тромболизис не показан.

Стационарный этап: Восстановление кровотока: транслюминальная баллонная коронарная ангиопластика, транслюминальная баллонная коронарная ангиопластика со стентированием После операции: гепарин до 3-5 дней, аспирин 100 мг, клопидогрел 75мг или тикагрелор 90 мг, метопролол 25 мг, иАПФ, статины.

Санаторный этап: реабилитация

8. Ситуационная задача

Больной В., 43 года. Обратился в кардиологическую клинику с жалобами на давящие загрудинные боли без иррадиации при ходьбе в быстром темпе на расстояние более 1 километра или при подъеме на 4 этаж, сопровождающиеся одышкой, общей слабостью и сердцебиениями. Жалобы проходят после 10-15 минутного отдыха. Вышеописанные жалобы отмечает в покое, проходят в течение 10-15 минут после применения валидола. Жалобы возникли впервые в жизни около 2 дней назад, связывает с психоэмоциональным стрессом. Больной отмечает повышение АД около 4 лет, регулярно за АД не следит, при измерении АД цифры обычно 160/90 мм рт ст. Лекарственные препараты (цитрамон, пенталгин) принимает эпизодически при головных болях. Работает заместителем директора строительной компании, работа эмоционально напряженная, ведет малоподвижный образ жизни. Курит до 20-30 сигарет в день. Отец умер от инфаркта миокарда в 50 лет, мать страдает артериальной гипертензией.

Объективное исследование: состояние удовлетворительное, ИМТ – 35 кг/м², окружность талии 120 см. Отмечается незначительный цианоз губ, язык влажный, обложен белым налетом. Дыхание в легких везикулярное жесткое, хрипов нет, ЧДД 18/мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, АД 170/100 мм рт ст., ЧСС 84/мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Отеков ног нет. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон.

Лабораторные данные: п/а крови без особенностей, микроальбуминурия – 300 мг/сут., глюкоза крови – 6,8 ммоль/л, общий ХС – 7,4 ммоль/л, триглицериды – 6,0 ммоль/л, ЛПНП

– 4,8 ммоль/л, ЛПВП – 1,07 ммоль/л, АСТ – 30 ЕД/л, АСТ – 32 ЕД/л, калий – 4,5 ммоль/л, натрий – 140 ммоль/л, креатинин крови – 0,085 ммоль/л, мочевины крови – 5,0 ммоль/л. Инструментальные данные: ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС 90/мин., нормальное положение электрической оси сердца.

Вопросы:

Принципы терапии заболевания с учетом времени от его развития.

Эталоны ответов:

Необходима госпитализация в кардиологический стационар. Оптимально провести коронарную ангиографию с возможным оперативным лечением. Принципы консервативной терапии: гепарин до 3-5 дней п/к, инфузии КМА и нитратов (при наличии ангинозных болей) аспирин 100 мг, клопидогрел 75 мг или тикагрелор 90 мг, метопролол 25 мг, иАПФ, статины.

9. Ситуационная задача

Больная Д., 59 лет. Доставлена в кардиологическую клинику бригадой СМП с жалобами на остро возникшие около 12 часов назад интенсивные сжимающие загрудинные боли с иррадиацией в левую руку и под левую лопатку, выраженную одышку и общую слабость, обильный холодный липкий пот, головокружение, сердцебиение. Дышать больная может только в положении сидя, периодически беспокоит приступообразный малопродуктивный кашель. Вышеописанные жалобы отмечает впервые в жизни, бронхолегочные и сердечно-сосудистые заболевания отрицает. АД не контролирует, регулярно лекарственные препараты не принимает, не курит. Работает поваром в школе. Отец умер от инфаркта миокарда, мать страдает артериальной гипертензией.

Объективное исследование: больная беспокойна, возбуждена, ортопноэ, «клокочущее» дыхание, избыточная «липкая» влажность кожных покровов, диффузный пепельно-серый цианоз кожных покровов, яркий цианоз кожи лица и шеи. Язык влажный, обложен белым налетом, Дыхание в легких везикулярное жесткое, большое количество влажных хрипов над всеми легочными полями, ЧДД 35/мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, АД 100/50 мм рт.ст., ЧСС 120/мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Отеков ног нет. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон.

Лабораторные данные: NTproBNP > 300 пг/мл, BNP > 100 пг/мл, лейкоциты – 12,5*10⁹/л, повышение содержания миоглобина и тропонинов Т и I, КФК-MB – 300 МЕ/л, АСТ – 400 Ед/л, АЛТ – 200 Ед/л, глюкоза крови – 7,3 ммоль/л, калий – 4,5 ммоль/л, натрий – 130 ммоль/л, креатинин – 0,125 ммоль/л, мочевины 10,0 ммоль/л. Инструментальные данные:

ЭКГ: зубец QS в V2-V6, куполообразный подъем ST в V2-V6.

Рентгенография грудной клетки: альвеолярный отек легких. ЭХО-КГ: КДО 180 мл, ФВ ЛЖ 38%. Пульсоксиметрия: при дыхании комнатным воздухом насыщение артериальной крови кислородом <90%.

Вопросы:

Какие принципы консервативного и хирургического лечения данного заболевания. Вероятный прогноз для данного больного.

Эталоны ответов:

Принципы терапии: лечение в условиях реанимационного отделения под постоянным мониторингом АД, ЧСС, температуры тела, ЧДД и ЭКГ, пульсоксиметрии, ЭХО-КГ, показателей биохимического и электролитного обмена. Катетеризация артерии, центральной вены. Оксигенотерапия, морфин, нитраты только после стабилизации

гемодинамики, АСК, клопидогрель, ТЛТ не показана, лечение отека легких(при гипотонии кристаллоиды, добутамин, фуросемид, при развитии КШ - экстренное ЧКВ и внутриаортальная баллонная контрпульсация.) Экстренное проведение ЧТКА или ЧТКА со стентированием. После операции: гепарин до 3-5 дней, аспирин 100 мг, клопидогрел 75мг или тикагрелор 90 мг, метопролол 25 мг, иАПФ, статины, эплеренон, торасемид и нитраты- по показаниям. При неполной реваскуляризации - решение вопроса о проведении повторной ЧКВ или АКШ. При прогрессировании снижении ФВ - ресинхронизирующая терапия, операция трансплантации сердца, установка искусственных желудочков сердца, установка микротурбин в полость левого желудочка. Прогноз относительно неблагоприятный.

10. Ситуационная задача

Больной О., 30 лет. Доставлен в кардиологическую клинику бригадой СМП. Из анамнеза стало известно, что после психоэмоционального перенапряжения внезапно развился приступ учащенного сердцебиения. Беспокоит выраженная общая слабость, одышка, головокружение. В течение 5 лет периодически беспокоят кратковременные приступы учащенного сердцебиения, которые проходят самостоятельно. К врачам не обращался, не обследовался.

Объективное исследование: состояние средней степени тяжести, незначительная бледность кожных покровов. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 21/мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, АД 90/60 мм рт ст., ЧСС 180/мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Отеков ног нет. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон.

Инструментальные данные:

ЭКГ: зубец Р отсутствует, интервалы R-R одинаковые, ЧСС 180/мин., желудочковый комплекс QRS не расширен (0,08 сек.).

Вопросы:

Назначьте лечение с указанием названий и дозировок лекарственных препаратов. Укажите новые лекарственные препараты и технологии в лечении нарушений ритма сердца, которые стали доступными практически врачам в последние годы.

Эталоны ответов:

Последовательность лечебных мероприятий по купированию приступа: 1) вагусные пробы (натуживание, массаж каротидного синуса, проба Вальсальвы и др.)

2) если приступ не купировался – в/в струйно медленно (под контролем ЧСС, АД, ЭКГ) новокаинамид 10мл-10%(1000 мг) на физиологическом растворе в/в капельно или амиодарон 300мг на физиологическом растворе в/в капельно. При расстройствах гемодинамики-ЭИТ. Новые технологии – абляция дополнительных проводящих путей.

11. Ситуационная задача

Больной А., 65 лет, поступил в отделение неотложной кардиологии с жалобами на сильные волнообразные боли за грудиной с иррадиацией в спину и позвоночник, которые возникли после подъема тяжести, была кратковременная потеря сознания. Боли длятся в течение 3 часов. Имеют мигрирующий характер. Врачом «скорой помощи» диагностирован инфаркт миокарда. Из анамнеза: у больного стойкая артериальная гипертония в течение 20 лет.

Объективно: кожные покровы и слизистые бледные. Перкуторный звук под легкими справа ниже угла лопатки тупой. В легких дыхание везикулярное, справа в нижних отделах резко ослаблено. Пульс 96 в мин, АД=90/60 мм.рт.ст. Тоны сердца ритмичные, прослушивается ритм галопа, протодиастолический шум над аортой, выраженная гипертрофия левого

желудочка. Лейкоциты – $13,5 \times 10^9/\text{л}$, Нв-102 г/л, Эритроциты- $3,6 \times 10^{12}/\text{л}$, АСТ-0,6 ммоль/л, АЛГ-0,4 ммоль/л, СОЭ-32 мм/час.

Вопросы:

Тактика лечения и прогноз.

Эталоны ответов:

Стабилизация гемодинамики(кристаллоиды, бета-адреноблокаторы). Оперативное лечение: эндоваскулярное(установка стент-графтов и склерозирование) или хирургическое(пластика протезом).

12.Ситуационная задача

Больной М., 43 лет, предъявляет жалобы на одышку смешанного характера при ходьбе до 1 км, подъеме по лестнице до 3 этажей; периодическое ощущение перебоев в работе сердца, «трепыхания в груди» (в основном после ходьбы), повышенную утомляемость иногда головокружения, высокие цифры АД при самоконтроле ($160-180/100$ мм рт ст) АД повышалось 5 лет до $150/90$. Появились отеки лица. Ухудшение отмечает после переохлаждения 10 дней назад. В 11 лет перенес тяжелую ангину, после которой болели и отекали суставы, беспокоила общая слабость и одышка при физических нагрузках. Лечился стационарно. В течение 1 года проводилась противорецидивная антибактериальная терапия бициллином. В дальнейшем на учете у врача не состоял в связи с хорошим самочувствием. Появление и нарастание одышки, перебои в работе сердца отметил в последние 3 года, в связи с чем и обратился к врачу. Был обследован, выявлен сочетанный митральный порок. Постоянно наблюдается у ревматолога. В последнее время отметил значительное учащение сердцебиений. Отмечал периодически плохие анализы мочи.

При объективном осмотре: Состояние удовлетворительное. Бледность кожных покровов, умеренный цианоз губ, акроцианоз. Дыхание везикулярное жесткое, хрипов нет. Тоны сердца аритмичные, I тон приглушен, систоло-диастолический шум в I точке аускультации, акцент II тона над легочной артерией. ЧСС=95 в мин. PS = 89 в мин. Живот мягкий, б/б. Печень не увеличена. Отеков нет.

В анализах крови: гемогл.- 150г/л , эр.- $5,0 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоц.- $4,0 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 7мм/час, тромбоц.- $280 \times 10^9/\text{л}$; фибриноген 2,4 г/л., об. Белок 63,6г/л, АсТ 25Ед/л, АлТ 31 Ед/л, креатинин 0,146ммоль/л, мочевины 9,5 ммоль/л, К 5,0 ммоль/л АВР 50сек., ПТИ -78%.

Полный анализ мочи: сол/желт., уд. Вес 1005, белок 150мг/л, глюкоза 0, эпит. Пл. 1-3, лейкоц.0-2, эритр. 5-6-8, гиал и зерн. Цилиндры 2-1-3 в п/зр.

ЭКГ: Ритм фибрилляции предсердий с ЧСС 89 в мин.

ХМЭКГ: Постоянная тахи-брадиформа фибрилляции предсердий с максимальной асистолией до 4344 мсек. Редкая одиночная, парная желудочковая экстрасистолия.

ЭХОКГ : Выраженный митральный стеноз с НМК II степени, кальциноз митрального клапана Iст, увеличение левого предсердия, правых камер сердца, НТК I степени. ФВ = 49%.

Признаки ЛГ.

УЗИ почек: размер левой почки $10 \times 6,0\text{см}$, правой почки $11,0 \times 6,1\text{см}$.

Вопросы:

Основные направления терапии и профилактики осложнений

Эталоны ответов:

Необходимо оперативное лечение порока сердца, протезирование. Решение вопроса об оперативном лечении после обследования(бак.посев мочи, сут.моча на белок, пр. Нечипоренко,) и лечения у нефролога. Учитывая головокружения и данные ХМ-асистолия 4344 мсек. Необходимо решение об установке ЭКС.

Консервативное лечение: лечение обострения ГН(амоксциллин с клавулановой кислотой, преднизолон, фуросемид, курантил, гепарин, иАПФ). Лечение ХСН (ИАПФ, диуретики, после установки ЭКС-пульсурежающая терапия-бетаблокаторы и сердечные гликозиды при необходимости.)

13.Ситуационная задача

Больная С., 42 лет, обратилась в клинику с жалобами на одышку, сердцебиение, обморочные состояния, которые появляются при перемене положения тела. Беспокоят также постоянная общая слабость, быстрая утомляемость, похудание за время болезни, постоянное повышение температуры тела до 37,0 – 37,50С, одышка смешанного характера при ходьбе. Больна в течение года. 7 месяцев назад перенесла острое нарушение мозгового кровообращения (в бассейне правой СМА), 3 месяца назад – ТИА. Старшая сестра была прооперирована по поводу опухоли сердца 2 года назад.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Умеренная бледность кожных покровов, акроцианоз. Дыхание везикулярное, жесткое над нижними отделами легких, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца расширены влево на 1,5см. При аускультации сердца: расщепление I тона, диастолический шум в первой точке аускультации, изменяющийся и исчезающий при перемене положения тела больной. ЧСС=72 в мин. АД= 125/80мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

В анализах крови: гемогл.-105г/л, эр.-3,8*10¹²/л, гипохромия эритроцитов, лейкоц.-9,0*10⁹/л,сдвиг лейкоцитарной формулы влево до миелоцитов, СОЭ – 51мм/час, тромбоц.-380*10⁹/л. СРБ ++, фибриноген 4,44 г/л, серомукоиды 0,5ед., об. Белок 63,6г/л, АсТ 25Ед/л, АлТ 31 Ед/л, АСЛО – 50ед., РФ отриц. АВР 60сек., ПТИ -80%.

На ЭКГ: ритм синусовый, выявляются признаки гипертрофии левого предсердия.

Рентгенография органов грудной клетки: увеличение левого предсердия.

ТТЭХОКГ: Увеличение размеров левого предсердия, появление «облачка» эхосигнала между створками митрального клапана во время диастолы желудочков. Во время систолы желудочков дополнительный эхосигнал виден в полости левого предсердия. При линейном сканировании на протяжении сердечного цикла можно проследить за движением «облачка» из левого предсердия в левый желудочек и обратно. Границы тени шероховатые, размытые. Умеренная легочная гипертензия.

Вопросы:

Тактика лечения и прогноз.

Эталоны ответов:

Учитывая клиническую симптоматику-обтурация МК миксомой с обмороками необходимо срочное оперативное вмешательство. Учитывая развитие БЭ- посев крови, антибиотикотерапия по схеме и на фоне начатой АБ терапии(цефтриаксон 100мг/кг+ гентамицин 3мг/кг)-оперативное удаление миксомы.

14.Ситуационная задача

Больная С., 57 лет, доставлена в приемное отделение больницы бригадой СМП. Жалуется на сердцебиение, которое началось внезапно, на «стеснение в груди», головокружение, потливость, нехватку воздуха. Приступ сердцебиения возник впервые, около 20 минут назад, после физической нагрузки. Два года назад перенесла инфаркт миокарда.

Объективно: состояние больной средней степени тяжести. В нижних отделах легких влажные хрипы. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 160 в минуту, ритмичный. АД100/70. Мочеиспускание частое.

На ЭКГ: ритм правильный, 160 ударов в минуту, зубец Р не определяется. QRS-180 мс., деформирован. Электрическая ось отклонена влево.

Вопросы:

Дальнейшая плановая терапия и тактика ведения. План обследования.

Эталоны ответов

Неотложная терапия: купирование приступа ЖТ – амиодарон 300-450 мг в/в струйно в течение 3 минут. При неэффективности – электрическая кардиоверсия (ЭИТ). Последующая терапия: амиодарон, соталол. При неэффективности – решение вопроса об установке ИКД.

Показания к установке ИКД:

- остановка сердечной деятельности, обусловленная ФЖ/ТЖ,
- перенесенный не менее 40 дней назад ИМ с развитием дисфункции ЛЖ (ФВ < 35%) и сердечной недостаточностью II-III ФК,
- спонтанные пароксизмы устойчивой ЖТ у больных со структурной патологией сердца,
- синкопе неясного генеза, которым клинически соответствует гемодинамически значимая ЖТ/ФЖ, индуцированная во время ЭФИ,
- ишемическая ДКМП с дисфункцией ЛЖ (ФВ < 35%) и СН II-III ФК.

15. Ситуационная задача

Больной Л., 38 лет, инженер, доставлен в клинику с жалобами на головокружение, обмороки, боли в области сердца, одышку при физической нагрузке. В 10-летнем возрасте болели суставы. В последние 3-4 года стали беспокоить головокружения при ходьбе, иногда обмороки. В последний год беспокоят загрудинные боли и одышка при быстрой ходьбе. На работе при подъеме по лестнице внезапно появилось головокружение, было кратковременное потемнение в глазах, небольшие боли в сердце, сердцебиение. Доставлен БСМП с подозрением на инфаркт миокарда.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Бледность кожных покровов. Отеков нет. В легких дыхание жесткое. Сердце увеличено влево до передне-подмышечной линии. Верхушечный толчок усилен. При пальпации над грудиной определяется систолическое дрожание. I тон на верхушке ослаблен. Ослаблен II тон на аорте. Грубый систолический шум на аорте, проводится на сосуды шеи и в межлопаточную область. Пульс-52 в минуту, ритмичен. АД-100/85 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный. ЭОС отклонена влево. Высокий R в I, II, V4-V6. Депрессия ST в AVL, V4-V6, двухфазный T в I, II, AVL, V4-V6

ЭХО-КГ: АК- кальциноз 3 ст., ЛП-46 мм, ПП-43 мм, КДР-60 мм, КСР-55 мм, КДО-157 мл, КСО-55 мл, ФВ-52%, ТЗСЛЖ-12 мм., ТМЖПЛЖ-12 мм

Рентгенография органов грудной клетки: увеличение ЛЖ. Атеросклероз стенок аорты. Увеличение ЛП. Венозный застой в легких.

Вопросы:

В чем заключается профилактика приступов? Неотложная помощь. Определите план лечения.

Эталоны ответов

Профилактика приступов заключается в исключении значительной физической нагрузки, приеме препаратов, улучшающих микроциркуляцию головного мозга. Неотложная помощь заключается в создании покоя. При головокружении и обмороках-горизонтальное положение. В дальнейшем – оперативное лечение (протезирование АК). Планово: низкосолевая диета, медикаментозные препараты – небольшие дозы диуретиков.

16. Ситуационная задача

Больная Д., 47 лет, поступила в больницу с жалобами на сильную головную боль, головокружение, шум в ушах, мелькание мушек перед глазами, ощущение дрожи во всем теле, тошноту. Шесть месяцев тому назад появилась сильная головная боль, головокружение, потемнение в глазах после психической травмы. Тогда была доставлена в больницу, где впервые обнаружено высокое давление (180/120 мм. Рт. Ст.). Находилась на стационарном лечении 8 дней и была выписана в удовлетворительном состоянии.

В настоящее время при поступлении общее состояние средней степени тяжести. Лицо гиперемировано. Пульс 98 ударов в минуту, АД – 190/120 мм.рт. ст на обеих руках. Границы сердца смещены влево на 1 см., тоны чистые. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Анализы крови и мочи без патологии. После проведенной терапии в приемном покое через 2 часа самочувствие улучшилось, уменьшилась головная боль. Исчезли мушки перед глазами и дрожь в теле. АД снизилось до 160/100 мм. Рт. Ст. Через 8 часов АД стало 140/90 мм. Рт.ст. Приступ закончился императивным позывом на мочеиспускание.

Вопросы:

Какие основные медикаментозные средства применяются для оказания неотложной помощи? Каков механизм действия этих средств?

Эталонные ответы

Неотложная помощь:

- а) нитропруссид натрия в/в струйно – периферический вазодилататор;
- б) гидралазин (апрессин) в/в – артериальный вазодилататор;
- в) анаприлин (обзидан) в/в – бета-блокатор;
- г) эналаприлат в/в – ингибитор АПФ;
- д) магния сульфат 25% в/в – артериальный вазодилататор;
- е) каптоприл под язык – ингибитор АПФ.

Усиление салуретической терапии (спиронолактон, эплеренон, ГХТ, торасемид), бисопролол, доксазозин

17. Ситуационная задача

Больной Н., 65 лет, поступил с жалобами на одышку при ходьбе до 150 метров, изредка в состоянии покоя, отеки н/3 голени. Пять лет назад впервые стали беспокоить боли за грудиной сжимающего характера, возникающие при ходьбе, подъеме, покое, купирующиеся приемом нитроглицерина через 2-3 минуты. Два года назад перенес инфаркт миокарда, после чего стали беспокоить одышка, вначале при ходьбе, а в последнее время и в покое, появились отеки н/конечностей. Периодически принимал мочегонные. Отмечает ухудшение самочувствия в течение последнего года.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Положение ортопное. Цианоз губ. Отеки н/3 голени. Дыхание везикулярное, влажные хрипы в задне-нижних отделах обоих легких. Сердце увеличено влево. Систолический шум на верхушке, 1 тон на верхушке ослаблен. Акцент 2 тона на аорте. ЧСС-72 удара в минуту. АД- 180/90 мм.рт. ст. Печень на 3 см выступает из-под края правой реберной дуги. Живот мягкий, безболезненный.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС – 72 уд/мин, патологический зубец Q в I, aVL, V2-V5. Подъем сегмента ST в V2-V5 на 3 см. Электрическая ось отклонена влево, зубец R высокий в V6

ЭХО-КГ: аорта-стенки уплотнены, ЛП-45-56 мм, ПП- 43-52 мм, сист. Давление ЛА- 42 мм.рт. ст.. ЛЖ КДО- 190 мл, КСО -60 мл, ФВ-47%, ТЗСЛЖ-10 мм. Гипокинезия передне-перегородочной области, дискинезия верхушечной области ЛЖ.

Вопросы:

План лечения.

Эталоны ответов

План лечения в стационаре:

- диета с ограничением соли
- полупостельный режим
- медикаментозная терапия:
 - ингибиторы АПФ (зофеноприл, лизиноприл, периндоприл) или
 - АРНИ (валсартан/сакубитрил)
 - бета-адреноблокаторы (бисопролол, метопролол, карведилол, небиволол)
 - антагонисты альдостерона (спиронолактон, эплеренон)
 - ингибиторы SGLT-2 (эмпаглифлозин, дапаглифлозин)
 - другие диуретики (диувер)
 - сердечные гликозиды (дигоксин)
 - дополнительные средства (ивабрадин, статины, антитромботические препараты).

18. Ситуационная задача

Больной А., 56 лет, доставлен бригадой СМП в кардиологический диспансер с жалобами на жгучие боли за грудиной с иррадиацией в левую подлопаточную область, чувство нехватки воздуха, потливость. Боли появились 2 часа назад. Из анамнеза известно, что пациент 2 недели назад выписан из гастроэнтерологического отделения, где проходил лечение по поводу обострения язвенной болезни желудка.

Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, холодные. Дыхание везикулярное, ослабленное в нижних отделах обоих легких. Тоны сердца аритмичные, ЧСС-52 уд/мин. АД-90/60 мм.рт. ст. Печень по краю правой реберной дуги

ЭКГ: подъем ST на 4 мм во II, III, aVF, АВ блокада 3 ст. Высокий z.R в V1-V2. Одиночные выскальзывающие экстрасистолы.

Вопросы:

Ваша тактика?

Эталоны ответов

Тактика действий:

- Обезболивание (морфин),
- Аспирин (250-325 мг),
- Клопидогрель 300 мг,
- НФГ 5000 ЕД (в/в болюсно),
- Положение пациента с приподнятыми ногами,
- в/в допамин,
- временный ЭКС.

Решение вопроса об имплантации постоянного ЭКС.

Восстановление коронарной перфузии – тромболитическая терапия. У пациента проведение тромболитической терапии сопряжено с опасностью развития желудочно-кишечного кровотечения, поэтому тромболитическая терапия противопоказана. Пациент нуждается в экстренной коронарографии, хирургической реваскуляризации.

19. Ситуационная задача

Больной В., 55 лет, вызвал на дом участкового врача. Больной жалуется на сильные пульсирующие боли в голове, особенно в затылочной области, на головокружение, тошноту, рвоту, ухудшение зрения, шум в ушах, онемение и слабость правой руки, давящую боль в области сердца, перебои в работе сердца, одышку при ходьбе до 100 м, подъеме на 2 этаж. Ухудшение связывает с перенесенным острым респираторным заболеванием.

Объективно: больной повышенного питания, заторможен, речь невнятная. Кожные покровы бледные. Частота дыхания 20 в минуту, дыхание везикулярное. Хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Границы сердца расширены влево на 2 см, акцент 2 тона на аорте, систолический шум на верхушке. АД 250/140 мм рт.ст. ЧСС 68 уд/мин. Печень по краю правой реберной дуги. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.

Вопросы:

Неотложная помощь.

Эталоны ответов

АД следует понижать постепенно, во избежание ухудшения кровоснабжения головного мозга, сердца, почек, не более чем на 25% от исходного за первые 1-2 часа; Для снижения артериального давления при церебральном варианте осложненного гипертонического криза рекомендуется использовать нитропруссид натрия или лабеталол. Форма выпуска нитропруссида натрия: ампулы, содержащие 50 мг активного вещества. Перед употреблением содержимое ампулы разводится в 250 мл глюкозы, что дает концентрацию 200 мкг/мл, или 10 мкг/кап. Начальная скорость инфузии 0,5 мкг/кг/мин., с последующим увеличением, в зависимости от клинического эффекта, до 10 мкг/кг/мин. - Лабеталол (Трандат) является блокатором альфа- и бета-адренорецепторов. Данный препарат оказывает быстрый антигипертензивный эффект. Форма выпуска: ампулы по 5 мл 1% раствора (50 мг в ампуле). При кризе вводят медленно в/в в дозе 50 мг в течение минуты, при необходимости инъекции можно повторять каждые 10—15 мин. До появления клинического эффекта или достижения суммарной дозы 200 мг, однако лучшего результата можно достигнуть при в/в капельном введении данного препарата. С этой целью содержимое ампул разводят физ. Раствором до концентрации 1 мг/мл и вводят в/в со скоростью 2 мл (2 мг) в 1 минуту. При таком пути введения для купирования криза бывает достаточным 50—200 мг лабеталола. - При лечении гипертонической энцефалопатии не рекомендуется применять клофелин и анаприлин (наличие измененных сосудов головного мозга является противопоказанием для их назначения). - Если гипертоническая энцефалопатия осложняется судорожным синдромом, оптимальным препаратом для его купирования является, диазепам в дозе 10—30 мг в/в медленно, лазикс в/в, каптоприл сублингвально, эналаприлат в/в.

20. Ситуационная задача

Больной О., 46 лет, поступил в клинику с жалобами на давящие боли в области сердца, нехватку воздуха, сердцебиение, головокружение, «мелькание мушек» перед глазами. Заболел остро: за 2 часа до поступления появилось сердцебиение. Вызвал СМП, госпитализирован в кардиологический стационар.

При поступлении состояние тяжелое, больной бледен. Выраженный цианоз губ, конечности холодные. Тоны сердца громкие, ритмичные. Ps-180 уд/мин, слабый, без дефицита. АД – 100/70 мм рт.ст.

ЭКГ: ЧСС -186 уд/мин., QRS - 180 мс, деформирован по типу БПНПГ, з. Р не виден;

Анализ крови: эритроц.- $4,2 \times 10^{12}/л$, Hb- 149 г/л, лейкоц. – $11,0 \times 10^9/л$, СОЭ – 19 мм/ч;

Биохимический анализ крови: КФК-МВ – 156 Ед/л, тропонины – положительно, АСТ – 45 Ед/л, АЛТ – 25 Ед/л, глюкоза – 6,9 ммоль/л;

Вопросы:

Длительная медикаментозная терапия

Эталоны ответов

Лечение пароксизма желудочковой тахикардии – кордарон в/в струйно, при неэффективности – электрическая кардиоверсия (дефибрилляция),

Лечение ОКС:

- Обезболивание (промедол, морфин),
- Аспирин (250-325 мг),
- Тикагрелор 180 мг/ клопидогрел 300/600 мг
- НФГ и НМГ (в/в болюсно),
- Положение пациента с приподнятыми ногами,
- в/в допамин

Восстановление коронарной перфузии – тромболитическая терапия (если установлено время начала ангинозного приступа), при отсутствии противопоказаний.

Тромболитические препараты: тканевой активатор плазминогена (альтеплаза, тенектеплаза), проурокиназа (пууролаза), стрептокиназа (практически не используется в настоящее время). Решение вопроса о проведении экстренной коронарографии, инвазивной реваскуляризации.

Статины, бета-блокаторы, иАПФ/БАР.

21. Ситуационная задача

Больная П., 50 лет, отмечает повышение температуры тела до 38-39° в течение 2 месяцев после удаления зуба, снижение аппетита, похудание на 7 кг. Лечение ампициллином внутримышечно дает временный эффект. Два дня назад доставлена в неврологическое отделение по поводу нарушения мозгового кровообращения.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Точечная геморрагическая сыпь на коже н/конечностей. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Тоны сердца аритмичные (экстрасистолия). I тон ослаблен, систолический шум на верхушке. ЧСС – 98 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Гепатоспленомегалия. Отеков нет.

Анализ крови: эритроц.- $3,8 \times 10^{12}/л$, Нб- 98 г/л, лейкоц. – $15,0 \times 10^9/л$, нейтрофилы -72%, СОЭ – 27 мм/ч.

Вопросы:

Методы медикаментозного лечения

Эталоны ответов

Антибиотики, бета-блокаторы, иАПФ/БАР, АМР, диуретики Ревизия, пластика или протезирование клапана сердца

22. Ситуационная задача

Больная М., 46 лет, беременная 30 нед(беременность первая, ЭКО) Доставлена БСМП с приступом за грудиных интенсивных давящих болей с холодным потом и чувством нехватки воздуха. Боли длились 1 час. Возникли после генеральной уборки дома. Ранее, в процессе наблюдения, за беременностью и до нее жалоб на боли в области сердца не предъявляла.

Об-но: Состояние средней степени тяжести. Кожа и конъюнктивы бледные. Ксантомы на веках. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Левая граница сердца смещена влево на 1 см. Тоны сердца ослаблены. Шумов нет. Частота сердечных сокращений – 92 в

минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, б/б. Печень не пальпируется. Периферических отеков нет

ЭКГ: зубцы R в V 3,4 имеют низкий вольтаж. Сегменты ST V1-V2, V4- V5 приподняты на 3 мм., сегмент ST V3 – на 4 мм. Сегменты ST 1,2,aVL, опущены, ранее ЭКГ со слов больной была нормальной.

Вопросы:

Какой тактики следует придерживаться(консервативной или оперативной)?

Эталонные ответы

Показано проведение ЧКВ и РЭП голометаллическим стентом. Обезболивание(морфин)

НФГ 5 тыс.ед с контролем АЧТВ(увеличение в 1.5 раза)

Нитраты в/в, с осторожностью

АСК 100 мг, клопидогрел 300мг

Метопролол 12.5-25 мг

После операции:АСК 100мг

Метопролол12.5-25 мг

23.Ситуационная задача

Женщина 40 лет планирует беременность. Жалуется на подъемы артериального давления до 160/90 мм.рт.ст. с головной болью. Не обследовалась и не лечилась. Жалоб со стороны сердца не было. Курит. У отца в 50 лет ОИМ.

Объективно: Рост 170см., вес 80 кг. Состояние удовлетворительное, положение активное, Границы легких в пределах нормы. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18. Область сердца б/о. Границы отн. тупости –левая по срединно-ключичной линии, правая по краю грудины, верхняя 2 ребро слева. Тоны сердца ясные, ритмичные 1т> 2т.; пульс ритмичный 82 в мин, АД=154/90 мм.рт.ст. Живот мягкий, б/б. Печень не пальпируется. Отеков нет. ОТ 90см

Анализ крови: эритро.- $5.6 \times 10^{12}/л$, Нб- 130 г/л, лейкоц. – $7,2^9/л$, СОЭ – 10 мм/ч;

Биохимический анализ крови: АЛТ-30 Ед/л, АСТ-25 Ед/л, сахар-5,1 ммоль/л, о. Хс – 6,1 ммоль/л, ТГ-1,7 ммоль/л; креатинин 87 ммоль/л

Полный анализ мочи: уд.вес -1020, белок-0, лейкоц. -2-3 в п/зр.

ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС-80уд/мин, левограмма PQ 0.2, QRS 0,1, QT 0,34 мс. SV1 5 мм, RV6 25мм.

Вопросы:

Тактика ведения.

Эталонные ответы

Метилдопа 50мг/сут или нифедипин медл.высвобождения 20мг.

24.Ситуационная задача

Больная, 30 лет, беременная 30 нед(беременность первая) во время ожидания планового осмотра терапевта почувствовала частое сердцебиение, умеренную слабость. По ЭКГ тахикардия с узкими комплексами с ЧСС 160

Состояние удовлетворительное. Кожа и конъюнктивы бледные. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Левая граница сердца смещена вправо на 0.5 см от срединно-ключичной линии, правая по краю грудины, верхняя 2 ребро слева. Тоны сердца ясные, ритмичные. Шумов нет. Частота сердечных сокращений – 160 в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, б/б. Печень не пальпируется. Периферических отеков нет

ЭКГ: з. Р отсутствует, ЧСС 160, QRS 0,08, ST на изолинии

Вопросы:

Какова правильная врачебная тактика?

Эталоны ответов

Неотложная терапия: вагусные пробы, при неэффективности переходят к в/в введению антиаритмических препаратов: — Аденозинтрифосфат (АТФ) — 10 мг или аденозин — 6 мг в/в быстро. При отсутствии эффекта можно повторно ввести через 2 мин АТФ (20 мг) или аденозин (12 мг). Возможно применение метопролола или в/в введение верапамила в дозе 5-10 мг не менее чем за 2 мин под контролем АД.

При рецидивировании приступов-назначение метопролола в дозе 25-50 мг постепенным титрованием дозы или верапамила в дозе 120 мг в сут.

25. Ситуационная задача

Больная, 20 лет, планирует беременность пришла на осмотр к терапевту. Жалобы на периодически возникающие колющие боли в области верхушки сердца.

Об-но: Рост 189см, вес 65 кг. Астеник. Состояние удовлетворительное. Положение активное. Кожа и конъюнктивы физиологической окраски. Выраженный кифоз грудной клетки. Воронкообразная деформация грудной клетки. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Левая граница сердца смещена вправо на 1 см. Тоны сердца ясные ритмичные. 1т> 2т. выслушивается систолический щелчок с позднесистолическим шумом. Частота сердечных сокращений – 88 в минуту, АД – 114/70 мм рт. ст. Живот мягкий, б/б. Печень не пальпируется. Периферических отеков нет. Длина туловища по отношению к длине ног уменьшена. Пальцы рук вытянутые, очень длинные. Гипермобильность суставов.

Вопросы:

Тактика ведения в зависимости от результатов обследования.

Эталоны ответов

При диаметре аорты в норме (2 ст риска) или мене 45мм (3ст риска) – беременность возможна (до 40 мм материнская смертность 1%, более 40мм- 10%). При диаметре аорты более 45 мм – противопоказана (4 ст. риска)

При противопоказаниях к беременности и наличии аневризмы и клапанной дисфункции - решение вопроса об оперативной коррекции. При возможности беременности - возможно назначение метопролола, бисопролола, которые уменьшают сердечный выброс и, тем самым, прогрессирование дилатации аорты с риском ее расслоения, используют также соли магния. Для диагностики аневризмы аорты во время беременности не реже 1 раза/мес., перед родами, и в раннем послеродовом периоде выполняют ЭхоКГ.

26. Ситуационная задача

Больной 72 лет, страдающий артериальной гипертонией, в течение суток многократно повторялись загрудинные сжимающие боли, отдающие в шею и плечи, сопровождающиеся чувством страха, полностью не купирующиеся таблетками. АД 110/70 мм рт. ст. На ЭКГ: ритм синусовый. ЧСС 98 в 1 мин. Подъем сегмента ST на 1,5 мм от изолинии в V1 - V4.

1. Каков план обследования для уточнения диагноза?

Эталон ответа: Динамика ЭКГ; анализ крови на тропонины, анализ крови общий, АЧТВ, креатинин; ЭхоКГ.

27. Ситуационная задача

Больная 76 лет поступила с острым крупноочаговым инфарктом миокарда задней стенки левого желудочка. ЭКГ-мониторинг установил прогрессивное увеличение интервала PQ с последующим выпадением ряда комплексов QRS. В течение первых суток неоднократно возникали кратковременные эпизоды потери сознания с судорогами и дыханием Чейн-Стокса.

Объективно: Бледность кожных покровов и слизистых. ЧСС 38 в 1 мин. АД 170/100 мм рт.ст. На ЭКГ: различные интервалы сцепления зубцов Р с QRS; желудочковые комплексы широкие (до 0,14сек); интервалы РР длительностью 0,82 сек, а RR – 1,8 сек.

Назначьте лечение.

Эталон ответа: Лечение: временная эндокардиальная кардиостимуляция, до ее проведения – инъекции атропина.

28. Ситуационная задача

В первые 4 часа распространенного крупноочагового инфаркта миокарда у больного 67 лет внезапно появилось ритмичное сердцебиение с ЧСС более 140 в 1 мин. В течение нескольких минут развился выраженный акроцианоз и бледность кожи, АД снизилось до 80/60 мм рт. ст. На ЭКГ: зубцы Р не определяются; комплексы QRS деформированы, шириной более 0,14 сек; интервалы RR примерно одинаковы.

Назначьте лечение.

Эталон ответа: Экстренная кардиоверсия.

29. Ситуационная задача

У больной 75 лет с хроническим бронхитом в анамнезе около 6 часов назад после психоэмоционального напряжения появились сердцебиения и перебои в работе сердца. Двукратный прием корвалола облегчения не принес, и в связи с ухудшением самочувствия вызвала бригаду СМП. При осмотре предъявляет жалобы на слабость, головокружение, чувство нехватки воздуха.

Объективно: лежит в постели на двух подушках, цианоз губ. В легких жесткое дыхание, умеренное количество сухих свистящих и басовых хрипов, ЧД 32 в 1 мин. Тоны сердца приглушены, аритмичные, 140 в 1 мин; пульс слабого наполнения, 110 в 1 мин. АД 90/70 мм рт.ст. ЭКГ: зубцы Р отсутствуют, интервалы RR разные по длительности, горизонтальная депрессия ST до 3 мм в I, aVL, V4-V6.

Врачебная тактика.

Эталон ответа: Увлажненный кислород, премедикация наркотическими анальгетиками и срочная электрическая кардиоверсия. Транспортировка в кардиологическое отделение.

30. Ситуационная задача

У больной 63 лет жалобы на одышку в покое, боли в правом боку при вдохе, малопродуктивный кашель, повышение температуры до 37,6°C. 6 дней назад появились одышка, распирающие боли в грудной клетке, затем повышение температуры без ознобов, появился кашель. Около 15 лет отмечает повышение АД до 180/110 мм рт.ст.

Объективно. Повышенного питания (рост 159 см, вес 100 кг). Ак-роцианоз. Температура 37,4°C. Правая голень больше в объеме и на ощупь теплее левой. ЧД 26 в мин. В правой подлопаточной области вы-слушивается шум трения плевры, дыхание везикулярное, ослаблено. Пульс 92 удара в мин., ритмичный, полный. АД 170/90 мм рт.ст. Акцент II тона на легочной артерии. Других изменений со стороны внутренних органов не выявлено.

Направления лечения.

Эталон ответа: Постельный режим; гепаринотерапия с последующим назначением непрямых ангикоагулянтов.

31. Ситуационная задача

У больного 52 лет ранним утром появились интенсивные за грудиной боли, длительностью около 40 минут, которые врач СМП купировал в/в введением наркотических анальгетиков. С учетом ЭКГ-данных (появления монофазного подъема сегмента ST в I, II, aVL, V1-V6), больной доставлен в стационар, где через несколько часов развился приступ сердцебиения, сопровождающийся резкой слабостью, падением

артериального давления. При этом на ЭКГ зубцы Р не определялись, желудочковые комплексы были деформированы и уширены до 0,14 сек, число сокращений желудочков составляло 150 в минуту.

Назначьте лечение.

Эталон ответа: Амиодарон в/в капельно до 450-600 мг. В случае неэффективности этой дозы – кардиоверсия. Ингаляция кислорода. Введение гепарина в/в струйно.

32. Ситуационная задача

Течение острой стадии трансмурального переднего инфаркта миокарда у больного 47 лет осложнилось развитием блокады левой ножки пучка Гиса и атриовентрикулярной блокады I ст. Появились жалобы на чувство нехватки воздуха и одышку. Объективно: усилился акроцианоз и бледность кожных покровов. ЧСС 76 в мин, АД 90/55 мм рт.ст. Тоны глухие, ритмичные. Дыхание ослаблено. Внезапно развились потеря сознания и агональное дыхание, констатирована клиническая смерть.

Лечебная тактика.

Эталон ответа: Начать реанимационные мероприятия: непрямой массаж сердца, электрическая дефибрилляция сердца (ЭДС). При неэффективности ЭДС – внутривенно адреналин, атропин. После каждого введения – 2 минуты непрямого массажа сердца и повторная ЭДС.

33. Ситуационная задача

Больной 47 лет вызвал СМП около 5 часов утра в связи с интенсивными болями в области сердца, которые возникли 20 минут назад. Боли сопровождаются резкой слабостью, ощущением перебоев в работе сердца. Подобные приступы беспокоили в течение месяца 3 раза и примерно в это же время, но отличались меньшей длительностью. В дневное время боли в сердце не беспокоят.

Объективно: ортопноэ, кожа бледная, обычной влажности. В легких дыхание везикулярное. Границы сердца не увеличены; тоны приглушены. Живот без особенностей. ЭКГ: подъем сегмента ST на 5 мм в II, III и aVF, депрессия сегмента ST в I, aVL, V1-V6. После приема нитроглицерина боли полностью купировались. Доставлен в кардиологическое отделение стационара.

Через 24 ч состояние удовлетворительное, боли не возобновлялись. ЭКГ: сегмент ST во всех отведениях на изолинии. Анализ крови: лейкоциты 7×10^9 /л, СОЭ 10 мм/ч; уровень тропонина за время наблюдения – в пределах нормы.

Лечение.

Эталон ответа: . Пролонгированные нитраты, антагонисты кальция, никорандил, аспирин, статины.

34. Ситуационная задача

Больная 50 лет: жалобы на боли в левом плечевом суставе тянущего характера и головные боли. День назад после подъема небольшой тяжести появились боли в левой половине грудной клетки и плечевом суставе. Гипертоническая болезнь в течение 10 лет. АД от 160/90 до 170/100 мм рт.ст.

Объективно: избыточная масса тела, гиперемия лица. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Левая граница сердца на 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии, тоны приглушены, акцент II тона над аортой, систолический шум на верхушке, экстрасистолы до 7 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. При поколачивании по поясничной области болезненности нет. Почки не пальпируются. Отеков нет. Отмечается болезненность при пальпации паравerteбральных точек слева в шейно-грудном отделе позвоночника. ЭКГ: синусовый ритм 90 в 1 мин, суправентрикулярные желудочковые экстрасистолы до 10 в 1 мин, горизонтальное направление электрической оси сердца, смещение интервала ST в I, aVL, V4-V6 на 3 мм вверх.

Врачебная тактика.

Эталон ответа: Нитроглицерин под язык; наркотические анальгетики; АСК 250-300 мг, клопидогрел 300 мг, бета-блокатор в/в или внутрь (например, пропранолол 40 мг), гепарин, каптоприл 25 мг. Госпитализация в ПРИТ кардиологического отделения.

35. Ситуационная задача

Врач скорой помощи приехал по вызову к больному 60 лет, который предъявляет жалобы на интенсивные загрудинные боли раздирающего характера, иррадиирующие в нижнюю челюсть и оба плеча. Боли появились около 2-х часов назад. Прием анальгетиков, валидола и валокордина болевой синдром не купировал. Напротив, отмечается нарастание интенсивности болей, появление головокружения, потливости. Неоднократно была рвота. Объективно: кожные покровы бледные, покрыты холодным потом; выражен акроцианоз. Больной стонет от болей. В легких дыхание жесткое, в нижних отделах ослабленное. Границы сердца: правая и верхняя в пределах нормы, левая – на 1 см снаружи от срединно-ключичной линии. Тоны сердца глухие, ритмичные. ЧСС 108 в 1 мин. АД 85/60 мм рт.ст. ЭКГ: синусовая тахикардия, подъем сегмента ST в III, aVF, V5-V6 отведениях без существенного изменения комплекса QRS.

Врачебная тактика.

Эталон ответа: АСК 250-300 мг, клопидогрел 600 мг, гепарин 4000 ед, в/в введение наркотических анальгетиков для купирования болей, в/в капельное введение вазопрессоров; экстренная госпитализация для выполнения первичного ЧКВ.

36. Ситуационная задача

В приемное отделение доставлен машиной СМП больной 58 лет. Жалуется на постоянные боли в эпигастральной области нарастающей интенсивности, тошноту и рвоту, резкую слабость. Боли появились около 6 часов назад и, по мнению больного, возникли беспричинно. В анамнезе язвенная болезнь желудка. Последнее обострение несколько лет назад.

Объективно: бледность кожных покровов, умеренная их влажность, цианоз губ. В легких дыхание везикулярное. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца глухие, ритмичные. ЧСС 104 уд. В 1 мин. АД 120/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в эпигастральной области. В момент осмотра симптомов раздражения брюшины не определяется. Стула нет вторые сутки. ЭКГ: синусовый ритм. Умеренное снижение вольтажа зубца R и умеренный подъем сегмента ST в II, III, aVF.

Тактика обследования больного.

Эталон ответа: Экстренно исследовать кровь: тропонин в динамике, лейкоциты, гемоглобин, гематокрит, альфа-амилаза. Консультация хирурга с обязательным ректальным исследованием. ЭКГ в динамике.

37. Ситуационная задача

У больной 79 лет с переломом шейки левого бедра 3-недельной давности внезапно развились боли в грудной клетке, одышка, в связи с чем на дом вызвана бригада СМП. При активном расспросе выявлены жалобы на боли в левой голени и влажный кашель с прожилками крови в мокроте.

Объективно: лежит в постели с низким изголовьем, кожа бледная, умеренно выраженный цианоз лица. В легких жесткое дыхание, слева в нижних отделах – ослабленное, там же влажные мелкопузырчатые хрипы, ЧД 30 в 1 мин. Тоны сердца глухие, ЧСС 110 в 1 мин, экстрасистолы до 6-8 в 1 мин. АД 100/70 мм рт.ст. ЭКГ: синусовая тахикардия, предсердные экстрасистолы, электрическая ось сердца отклонена вправо, инвертированные зубцы T в V1-V2, депрессия ST в II, III, aVF. На ЭКГ, снятой 3 недели назад, этих изменений не было. Неотложные мероприятия.

Эталон ответа: Гепарин в/в, наркотические анальгетики. Экстренная госпитализация в кардиологическое отделение. Динамика ЭКГ, тропонин, оценка вероятности и тяжести ТЭЛА по шкалам, бактериоскопия мокроты, рентгенография легких.

38. Ситуационная задача Мужчина, 57 лет, доставлен в терапевтическое отделение с жалобами на приступообразную одышку с затрудненным вдохом, стеснение в груди, сухой кашель. Такое состояние возникло впервые, внезапно ночью во время сна.

Из анамнеза известно, что пациент страдает АГ в течение последних 5 лет, постоянной антигипертензивной терапии не получал.

При осмотре: больной возбужден, ортопноэ, разлитая бледность кожных покровов с цианозом лица и губ. Пульс 120 в мин, ритмичен, напряжен. АД 180/120 мм.рт.ст. Левая граница сердечной тупости смещена латерально на 2 см. У верхушки 1-й тон приглушен, ритм «галопа», на аорте акцент 2-го тона. Дыхание хриплое, 32 в мин, SpO₂ 89%. В легких масса сухих хрипов, в верхних и средних отделах мелкопузырчатые влажные хрипы. Печень не увеличена. Отеков нет. Температура тела нормальная.

В анализе мочи существенных изменений нет. На ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 120 в мин, RV₄<RV₅<RV₆, в V₂-3 преобладают зубцы S. SV₁=22 мм, RV₆=16 мм.

Вопросы:

Неотложная помощь при данном состоянии.

Эталоны ответов:

Придать больному положение полусидя с опущенными нижними конечностями.

Оксигенотерапия увлажненным кислородом. Для купирования возбуждения: морфин (10 мг развести в 10 мл 0,9% NaCl, вводить внутривенно медленно дробно по 2-4 мг с интервалами 5--15 минут до достижения эффекта или возникновения побочных эффектов (угнетение дыхания, рвота, снижение АД). Для снижения АД (требуется достаточно быстрое снижение на 30 мм.рт.ст. от исходного с последующим более медленным снижением): эналаприлат в/в в течение 5 мин 0,625-1,25 мг, или каптоприл 12,5-25 мг под язык, или нитроглицерин: сначала под язык 0,4-0,8 мг, затем в/в капельно 10 мкг/мин, или нитропруссид натрия в/в капельно 0,1 мкг/мин, (при необходимости увеличение дозы каждые 5 мин вплоть до 5 мкг/кг/мин). Фуросемид в/в болюсно 0,5-1 мг/кг.

39. Ситуационная задача Больной М., 48 лет, доставлен в кардиологическую клинику бригадой СМП с жалобами на впервые возникшие около 3 часов назад интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, одышку, общую слабость, холодный пот, однократную рвоту съеденной пищей. Употребление в пищу некачественных продуктов отрицает. В анамнезе заболеваний желудочно-кишечного тракта нет. Больной страдает артериальной гипертензией около 5 лет, адаптирован к АД 160/100 мм рт ст. Лекарственные препараты регулярно не принимает, за медицинской помощью не обращался. Курит до 20 сигарет в день, отец умер от инфаркта миокарда, мать страдает артериальной гипертензией.

Объективное исследование: Больной беспокоен, бледен, отмечается повышенная влажность кожных покровов, акроцианоз, язык влажный, обложен белым налетом. Дыхание в легких везикулярное жесткое, хрипов нет, ЧДД 22/мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, АД 150/90 мм рт ст., ЧСС 90/мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, отеков ног нет. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон.

Лабораторные данные: лейкоциты – $12,5 \cdot 10^9/\text{л}$, повышение содержания миоглобина и тропонинов Т и I, КФК-МВ – 75 МЕ/л, уровни АСТ и АЛТ в нормальных пределах.

Инструментальные данные:

ЭКГ – куполообразное смещение интервала ST вверх от изолинии и слияние его с зубцом Т в отведениях III и aVF.

Вопросы:

Объясните патогенез развития заболевания.

Эталоны ответов:

Острое снижение коронарного кровотока с полной окклюзией сосуда, обусловленное развитием окклюдированной внутрисосудистой тромбы. Причиной внезапного тромбообразования в русле коронарной артерии является нестабильная атеросклеротическая бляшка, т.е. бляшка с большим рыхлым липидным ядром и тонкой соединительнотканной крышкой, содержащей большое количество макрофагов (пенистых клеток).

40. Ситуационная задача

Больная Т., 45 лет. Доставлена в кардиологическую клинику бригадой СМП с жалобами на остро возникшую около 3-4 часов назад одышку, общую слабость, потливость, ломящую боль за грудиной. Вышеописанные жалобы беспокоят впервые в жизни. Около 5-6 дней назад появилась отечность, гиперемия и болезненность в области правой голени после бытовой травмы, по поводу чего за медицинской помощью не обращалась, лечилась самостоятельно мазью «Диклофенак» с незначительным эффектом. В течение последних суток отмечала усиление болей в области правой голени. Заболевания сердца и бронхолегочной системы отрицает. Около 5 лет принимает оральные контрацептивы, курит до 10 сигарет в день, работает менеджером в банке, замужем, 2 детей.

Объективное исследование: больная беспокойна, возбуждена, повышена влажность кожных покровов, отмечается диффузный цианоз кожных покровов, яркий цианоз кожи лица и шеи, расширение вен шеи, язык влажный, обложен белым налетом. Дыхание в легких везикулярное жесткое, хрипов нет, ЧДД 32/мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены, акцент II тона над легочной артерией, АД 100/50 мм рт ст., ЧСС 105/мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Отечность и гиперемия в области правой голени.

Лабораторные данные: лейкоциты – $6 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ 15 мм/час, содержание тропонинов Т, I и миоглобина в крови нормальное, КФК-МВ – 15 МЕ/л, АСТ – 30 Ед/л, АЛТ – 20 Ед/л, глюкоза крови – 4,5 ммоль/л, калий – 4,5 ммоль/л, натрий – 140 ммоль/л, креатинин – 0,085 ммоль/л, мочевины 5,0 ммоль/л. Инструментальные данные: ЭКГ: синусовая тахикардия с ЧСС 105/мин., отрицательные зубцы Т в отведениях V1-V3, смещение переходной зоны влево, отклонение электрической оси сердца вправо, эпизоды блокады правой ножки пучка Гиса.

Рентгенография грудной клетки: обеднение легочного рисунка в верхней и средней долях левого легкого.

ЭХО-КГ: увеличение объема правого желудочка, относительная недостаточность трикуспидального клапана и клапана легочного ствола.

Вопросы:

Какие принципы консервативного и хирургического лечения данного заболевания.

Эталоны ответов:

Анальгезия (морфин, промедол). Кислородотерапия. АПГ и внутрисосудистая ТЛТ, при невозможности АПГ – ТЛТ (стрептокиназа, альтеплаза, ретеплаза). Эмболэктомия, установка «кавафилтра». Гепарины (нефракционированный и низкомолекулярные), непрямые антикоагулянты (Варфарин 1.5т до МНО 2-3, или НОАК(дабигатрана этексилат, ривароксабан)

41. Ситуационная задача

Больной К, 77 лет длительной страдает артериальной гипертензией, фибрилляцией предсердий. Постоянно принимает эналаприл, бисопролол, аспирин. На этом фоне у больного возникло нарушение мозгового кровообращения. После выписки из неврологического отделения обратился к участковому врачу. Какая группа препаратов должна быть назначена больному?

Эталон ответа: Пероральные антикоагулянты, предпочтительнее дабигатран, ривароксабан или апиксабан. Альтернатива – антагонисты витамина К (варфарин).

42. Ситуационная задача

Женщина 62 лет перенесла острый ишемический инсульт, который сопровождалось моторной афазией, правосторонним гемипарезом. Менингеального синдрома не было. К концу 4 месяца от начала болезни речь восстановилась полностью, гемипарез сохраняется. Через 6 месяцев после инсульта у больной развился острый инфаркт миокарда с элевацией сегмента ST. Возможно ли проведение тромболитической терапии у данной больной?

Эталон ответа: Проведение тромболитической терапии возможно

43. Ситуационная задача

Больная 57 лет обратилась к врачу с жалобами на головокружение, потемнение перед глазами, иногда кратковременную утрату сознания при переходе в вертикальное положение, общую слабость. В неврологическом статусе симптомов очагового поражения ЦНС не выявлено. Принимает многокомпонентную гипотензивную терапию: ингибиторы АПФ, тиазидные диуретики, альфа-блокаторы. Какой из гипотензивных препаратов может вызывать подобные симптомы?

Эталон ответа: альфа-блокатор часто вызывает постуральную гипотензию.

44. Ситуационная задача

Врач был вызван к мужчине 55 лет на дом. Накануне пациент почувствовал резкую слабость в правых конечностях. Больной не мог помочиться в течение 18 часов. Из анамнеза выяснилось, что пациент страдает мерцательной аритмией и сахарным диабетом. При неврологическом осмотре выявлен парез проксимального отдела правой руки и дистального отдела ноги, апраксия левой руки и симптомы орального автоматизма. Артериальное давление было ниже обычного для этого больного и составляло 130/60 мм рт. ст. Температура тела 37,0 градусов.

2. Первоочередной метод обследования больного?

Эталон ответа: Компьютерная томография головного мозга

45. Ситуационная задача

Мужчина 68 лет страдает гипертонической болезнью в течение 15 лет. После получения информации из отдела кадров об увольнении потерял сознание, упал. При осмотре в

стационаре через 40 минут выявлено: кома I, лицо багрового цвета, пульс 56 ударов в минуту, АД 220/120 мм. рт. ст., дыхание хриплое, левая щека «парусит» при дыхании, активных движений в левых конечностях нет, симптом Бабинского слева.

2. Какова первоочередная лечебная тактика?

Эталон ответа:

Выполнение нейровизуализации и назначение адекватной гипотензивной терапии. Целевые значения АД будут зависеть от типа ОНМК (ишемический или геморрагический)

46. Ситуационная задача

Женщина, 64 лет, обратилась с жалобами на учащенное сердцебиение и головокружение, которые возникли за 6 ч до обращения в клинику. Из анамнеза известно, что страдает артериальной гипертензией, имеет гиперлипидемию. Принимает бисопролол для лечения артериальной гипертензии и аторвастатин для коррекции гиперлипидемии. При осмотре температура тела в пределах нормы, частота сердечных сокращений — 52 уд/мин, частота дыхания — 14 в мин, артериальное давление — 148/88 мм рт. ст. При физикальном обследовании обнаружены умеренно повышенное яремное венозное давление и систолический шум умеренной интенсивности. При аускультации легких хрипов нет. Вопросы Какой диагноз наиболее вероятен?

Эталон ответа: Наиболее вероятным диагнозом у больных с жалобами на сердцебиение и головокружение является нарушение сердечного ритма. Обследование больной необходимо начинать с регистрации ЭКГ в 12 отведениях, эхокардиографии, холтеровского мониторирования ЭКГ или регистрации ЭКГ в момент пароксизма для уточнения характера аритмии.

47. Ситуационная задача

Пациентка 50 лет поступила с жалобами на повышение АД до 200/100 мм рт.ст., сопровождающееся жгучими болями в области сердца, чувством нехватки воздуха, сильной головной болью, головокружением, тошнотой.

Анамнез заболевания. Последний год отмечает периодическое появление дискомфорта в области сердца, частые головные боли. Не обследовалось. Указанные выше жалобы появились 3 часа назад на фоне стрессовой ситуации. Доставлена бригадой СМП. Госпитализирована в стационар.

Анамнез жизни. Лекарственной непереносимости не отмечает. Наследственность отягощена по артериальной гипертензии (мать страдает этим заболеванием, перенесла ОНМК). Вредных привычек не имеет. В течение года отмечает нарушение менструального цикла.

Настоящее состояние. Общее состояние тяжелое. Сознание ясное. Положение активное. Рост – 156 см, вес – 94 кг. Гиперстеник. Лицо гиперемировано. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система без видимой патологии. Пастозность стоп и нижней трети голеней. Варикозное расширение вен на ногах. Грудная клетка цилиндрическая. Границы легких в норме. Перкуторно – ясный звук. Дыхание везикулярное, чдд 21 в мин. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости расширены влево – в V межреберья слева по срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены, чсс 92 в мин, акцент II тона на аорте. АД 210/100 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень,

селезенка не увеличены. Стул регулярный. С-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Обследование:

ОАК: Э-4,27, Нг-143 г/л, ЦП – 1,0, СОЭ-9 мм/ч, Л-7,2: п/я-1, с/я-62, э-2, м-9, л-26, Тр - 220
ОАМ: с/ж, прозрачная, 1000, белок – 0,033 г/л, л – 1-2, э – 0-1.

Биохимический анализ крови: общий холестерин – 6,1 ммоль/л, креатинин – 58 мкмоль/л, мочевины – 4,95 ммоль/л, глюкоза крови – 8,1 ммоль/л, билирубин общий – 17,9 мкмоль/л, АЛАТ – 25 Е/л, АСАТ – 35 Е/л, фибриноген 2 г/л.

ЭХОКГ МЖП – 1,3 см, ЛП – 3,4 см, ПЖ – 2,2 см, ПП – 4,1 х 4,5 см, ЛЖ: КДР – 5,9 см, КСР – 3,9 см, КДО – 160 мл, КСО – 80 мл, УО – 80 мл, ФВ – 57%, ΔS 48%. Заключение: Атеросклероз аорты. Умеренная гипертрофия МЖП. Нарушение диастолической функции ЛЖ по модели аномальной релаксации.

Рентгенография органов грудной полости: признаки венозного застоя в нижних отделах легких.

Окулист: ангиопатия сетчатки

Задание:

Назначьте лечение.

Эталон ответа: Лечение: Соблюдение режима труда и отдыха. Диета с ограничением соли, животных жиров.

- перлинганит 10% - 10,0+физраствор 100,0 в/в капельно медленно, под контролем АД таким, образом, чтобы за 1 час снизить АД на 25%, далее в течение нескольких часов до цифр, регистрируемых до криза.

- лазикс 40 мг – в/в однократно

После купирования криза к лечению добавить

- Аторвастатины (торвакард) 10 мг – 1т вечером под контролем липидного спектра, трансаминаз

- Бисопролол 5 мг (конкор, бидоп) – 1т утром

- Периндоприл (престариум А 10 мг) – 1 т вечером под контролем АД

- индапамид 2,5 мг – 1т утром

48. Ситуационная задача

Пациент 62 лет доставлен бригадой СМП с жалобами на жгучие, разрывающие боли в области сердца, возникшие 4 часов назад, иррадиирующие в левое плечо, шею, межлопаточное пространство, некупирующиеся приемом 3-х таблеток нитроглицерина, сердцебиение, чувство нехватки воздуха.

Анамнез заболевания. Более 10 лет наблюдается у кардиолога по месту жительства по поводу артериальной гипертонии (АД максимально повышается до 170/100 мм рт.ст.), 5 лет по поводу ИБС, стабильно статины, антиагреганты, нитраты. Ухудшение состояния в течение нескольких часов – после тяжелой физической нагрузки (разгрузка автомобиля) появились указанные выше жалобы. Самостоятельно принял 3 таблетки нитроглицерина. Эффекта от приема препарата не наступало, боли в сердце стали нарастать. Пациент вызвал бригаду СМП, которой и был госпитализирован по экстренным показаниям.

Анамнез жизни. Лекарственной непереносимости не отмечает. Более 10 лет повышена масса тела. Курит по 1 пачке сигарет в день. Алкоголь употребляет периодически. Наследственность отягощена по ИБС (отец страдал ИБС, умер от инфаркта миокарда в возрасте 53 лет).

Настоящее состояние. Общее состояние тяжелое. Пациент возбужден. Активность снижена из-за выраженного болевого синдрома. Рост – 172 см, вес – 110 кг. Гиперстеник. Кожа бледная, влажная. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система без видимой патологии. Отеков нет. Грудная клетка цилиндрическая. Границы легких в норме. Перкуторно – ясный звук. Дыхание везикулярное, чдд 22 в мин. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости расширены влево – в V межреберье слева по срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, приглушены, чсс 88 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный. С-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Обследование:

ОАК: Э - 4,27, Нг - 143 г/л, ЦП – 1,0, СОЭ - 9 мм/ч, Л - 7,2: п/я - 1, с/я - 62, э - 2, м - 9, лф - 26, тр - 150

ОАМ: с/ж, прозрачная, 1000, белок – 0,033 г/л, л – 1-2, э – 0-1, соли мочевой кислоты.

Биохимический анализ крови: общий холестерин – 8,2 ммоль/л, ЛПНП – 3,8 ммоль/л, ТАГ – 2,0 ммоль/л, креатинин – 58 мкмоль/л, мочевины – 4,95 ммоль/л, глюкоза крови – 5,9 ммоль/л, билирубин общий – 17,9 мкмоль/л, АЛАТ – 25 Е/л, АСАТ – 48 Е/л, фибриноген 4 г/л.

ЭХОКГ: МЖП – 1,5 см, ЛП – 3,4 см, ПЖ – 2,6 см, ПП – 4,6 x 3,3 см, ЛЖ: КДР – 6,2 см, КСР – 3,9 см, КДО – 84 мл, КСО – 17 мл, УО – 67 мл, ФВ – 40%, ΔS 21%. Заключение: Очаговые изменения на нижней стенке ЛЖ. Снижена глобальная сократимость ЛЖ (ФВ -40%). Умеренная гипертрофия МЖП. Умеренная дилатация полости ЛП и ЛЖ. Митральная недостаточность II ст. относительного характера. Нарушение диастолической функции ЛЖ. Склероз аорты.

Рентгенография органов грудной полости: пневмосклероз.

ЭГДС: без патологии.

Задание:

Назначьте лечение.

Эталон ответа:

Лечение: Режим постельный. Диета с ограничением соли, животных жиров.

-обезболивание (морфин, дробно по 2-4 мг до купирования болевого синдрома)

-нитроглицерин 0,4 мг – под язык через 5 мин, затем переходят на в/в введение:

перлинганит 10% - 10,0+физраствор 100,0 в/в капельно медленно, под контролем АД таким, образом, чтобы за 1 час снизить АД на 25%, далее в течение нескольких часов до цифр, регистрируемых до криза.

- аспирин 250 мг внутрь

– тикагрелор 180 мг внутрь

- гепарин

- коронарография и ЧТКА

-β-блокаторы, И-АПФ – в первые сутки при стабильной гемодинамике

49. Ситуационная задача

Пациент 65 лет доставлен бригадой СМП в очень тяжелом состоянии.

Анамнез заболевания. Пациент работал на даче, осуществлял перенос тяжелых строительных материалов. Во время выполнения работы почувствовал резкую слабость,

жгучую боль в области сердца, чувство нехватки воздуха. В течение получаса самочувствие пациента стало ухудшаться. Доставлен бригадой СМП.

Анамнез жизни. Со слов сопровождающих стало известно, что пациент много лет страдает артериальной гипертонией, ИБС, сахарным диабетом. Два года назад перенес инфаркт миокарда. Курит по 1,5-2 пачки сигарет в день, алкоголь употребляет периодически.

Настоящее состояние. Общее состояние крайне тяжелое. Сознание спутанное. Положение пассивное. Гиперстеник. Акроцианоз, мраморность кожных покровов. Конечности холодные, влажные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система без видимой патологии. Пастозность стоп и голеней. Грудная клетка цилиндрическая. Границы легких в норме. Перкуторно – ясный звук. Дыхание везикулярное, чдд 24 в мин. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости расширены влево – в V межреберья слева по срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, глухие, чсс 88 в мин. АД 80/50 мм рт.ст, поддерживается в/в капельным введением допамина. Живот мягкий. Печень, селезенка не увеличены.

Обследование:

ОАК: Э-4,27, Нг-143 г/л, ЦП – 1,0, СОЭ-9 мм/ч, Л-7,2: п/я-1, с/я-62, э-2, м-9, л-26, Тр - 190

ОАМ: с/ж, прозрачная, 1000, белок – 0,033 г/л, л – 1-2, э – 0-1.

Биохимический анализ крови: общий холестерин – 8,2 ммоль/л, ЛПНП – 3,8 ммоль/л, ТАГ – 2,0 ммоль/л, креатинин – 58 мкмоль/л, мочевины – 4,95 ммоль/л, глюкоза крови – 12,3 ммоль/л, билирубин общий – 17,9 мкмоль/л, АЛАТ – 25 Е/л, АСАТ – 48 Е/л, фибриноген 4 г/л.

Задание:

Назначьте лечение.

Эталон ответа:

Лечение: Режим постельный. Госпитализация в АРО.

- кислородотерапия
- обезболивание (морфин, дробно по 2-4 мг до купирования болевого синдрома)
- аспирин 250 мг внутрь
- тикагрелор 180 мг внутрь
- гепарин в/в болюсно 5 тыс Ед
- 200 мл физраствора за 10 мин, затем переходят на введение плазмозамещающих растворов (глюкоза 5%, реополиглюкин) со скоростью 500 мл/ час до общего объема 500 – 1000 мл под контролем АД, аускультативной картины в легких
- при отсутствии эффекта от проводимой терапии – допамин 5 мкг/кг/мин
- инсулин короткого действия под контролем сахара крови
- β-блокаторы, И-АПФ только при стабилизации гемодинамики

50. Ситуационная задача

Пациент 39 лет поступил с жалобами на давящие боли за грудиной, возникающие при выходе из теплого помещения на улицу (особенно в ветреную и холодную погоду), при эмоциональном напряжении, изредка ночью в предутренние часы, купирующиеся приемом 1-2 таблеток нитроглицерина.

Анамнез заболевания. Считает себя больным в течение 2-х лет, когда впервые появились указанные выше жалобы. Наблюдается у участкового терапевта по поводу ИБС, стабильной стенокардии IIФК. По рекомендации участкового терапевта регулярно принимает метопролол 25 мг 2 раза в день, кардиоаспирин 100 мг на ночь, однако, вышеописанные

жалобы сохраняются. С целью уточнения диагноза пациенту было назначено проведение ХМЭКГ. При ЭКГ-мониторировании на фоне синусового ритма 64 уд\мин. зарегистрирован эпизод элевации сегмента ST на 3 мм в 4.45 утра продолжительностью 7 минут, одиночная желудочковая экстрасистола.

Анамнез жизни. Лекарственной непереносимости не отмечает. Курит по 1 пачке сигарет в день. Алкоголь употребляет изредка. Наследственность отягощена по ИБС (отец страдал ИБС, умер от инфаркта миокарда в возрасте 70 лет).

Настоящее состояние. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Рост – 168 см, вес – 74кг. Гиперстеник. Кожа обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система без видимой патологии. Отеков нет. Грудная клетка цилиндрическая. Границы легких в норме. Перкуторно – ясный звук. Дыхание везикулярное, чдд 18 в мин. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ритмичные, приглушены, чсс 80 в мин. АД 130/80мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный. С-м Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Обследование:

ОАК: Э-4,27, Нг-143 г/л, ЦП – 1,0, СОЭ-9 мм/ч, Л-7,2: п/я-1, с/я-62, э-2, м-9, л-26, Тр - 140

ОАМ: с/ж, прозрачная, 1000, белок – 0,066 г/л, л – 1-2, э – 0-1, соли мочевой кислоты.

Биохимический анализ крови: общий холестерин – 6,1 ммоль/л, креатинин – 58 мкмоль/л, мочевины – 4,95 ммоль/л, глюкоза крови – 5,1 ммоль/л, билирубин общий – 17,9 мкмоль/л, АЛАТ – 25 Е/л, АСАТ – 35 Е/л, фибриноген 2 г/л.

ЭХОКГ МЖП – 1,0 см, ЛП – 3,4 см, ПЖ – 2,2 см, ПП – 4,1 х 4,5 см, ЛЖ: КДР – 4,4 см, КСР – 3,4 см, КДО – 95 мл, КСО – 25 мл, УО – 80 мл, ФВ – 57%, ΔS 48%.

УЗИ внутренних органов: без патологии

ЭГДС: без патологии.

Задание:

Назначьте лечение.

Эталон ответа:

Лечение: Соблюдение режима труда и отдыха. Диета с ограничением животных жиров.

- отмена β-блокаторов
- амлодипин 2,5 мг вечером с титрованием дозы
- нитраты ситуационно
- периндоприл 5мг – 1/2т утром
- аспирин 100 мг внутрь после еды
- статины в высоких дозах

51. Ситуационная задача

Пациентка 54 лет доставлена в БИТ с жалобами на боли в сердце, одышку с затрудненным вдохом, чувство нехватки воздуха, резкую слабость.

Анамнез заболевания: 2 года наблюдается у кардиолога по поводу артериальной гипертонии (максимально АД повышается до 220/100 мм рт.ст.), ИБС, стабильной стенокардии. Год назад перенесла инфаркт миокарда. В течение года приступы стенокардии 1 раз в 2-3 недели, периодически отмечала одышку при физической нагрузке, пастозность голеней. Ухудшение самочувствия наступило два часа назад после эмоциональной нагрузки.

Анамнез жизни. Лекарственной непереносимости не отмечает. Не курит, алкоголь не употребляет. Страдает ожирением. Менопауза 6 лет.

Общее состояние тяжелое. Сознание ясное. Положение вынужденное – ортопноэ. Гиперстеник. Рост-154 см, вес 105 кг. Кожа бледная, влажная, акроцианоз. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-суставная система без видимой патологии. Пастозность стоп и голеней. Грудная клетка цилиндрическая. В легких на фоне ослабленного дыхания выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы. ЧДД 26 в мин. Область сердца не изменена. Границы относительной сердечной тупости расширены влево – в V межреберья слева по срединно-ключичной линии. Тоны сердца ритмичные, глухие, ЧСС 110 в мин. АД 170/90 мм рт.ст. Живот мягкий. Печень, селезенка не увеличены.

Обследование:

ОАК: Э-4,27, Нг-143 г/л, ЦП – 1,0, СОЭ-9 мм/ч, Л-7,2: п/я-1, с/я-62, э-2, м-9, л-26, Тр - 210

ОАМ: с/ж, прозрачная, 1000, белок – 0,033 г/л, л – 1-2, э – 0-1, соли мочевиной кислоты.

Биохимический анализ крови: общий холестерин – 5,8 ммоль/л, креатинин – 58 мкмоль/л, мочевины – 4,95 ммоль/л, глюкоза крови – 5,9 ммоль/л, билирубин общий – 17,9 мкмоль/л, АЛАТ – 25 Е/л, АСАТ – 48 Е/л, фибриноген 4 г/л.

Рентгенография органов грудной полости: Усиление теней в корнях легких по типу «крылья бабочки».

Задание:

Назначьте лечение.

Эталон ответа:

Лечение:

- оксигенотерапия
- пеногашение
- обезболивание (морфин, дробно по 2 мг до купирования болевого синдрома)
- нитроглицерин 0,4 мг – под язык через 5 мин, затем переходят на в/в введение: перлинганит 10% - 10,0+физраствор 100,0 в/в капельно медленно, под контролем АД.
- лазикс 40 мг – в/в
- гепарин 5 тыс ЕД В/в болюсно

52. 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:

1. Тактика лечения пациента

Эталон ответа: Ингибиторы АПФ, петлевые диуретики, небольшие дозы бета-блокаторов, при необходимости - небольшие дозы сердечных гликозидов. Радикальный метод лечения - трансплантация сердца.

53. Мужчина 75 лет

В течение 2 лет отмечает появление головокружения, слабости, эпизодов «потемнения в глазах», пошатывание при ходьбе. Ухудшение самочувствия за последние 2 месяца: появились кратковременные синкопальные состояния, Дважды по «скорой» регистрировались приступы мерцания предсердий, купирующиеся самостоятельно. При осмотре: ЧСС 50 уд\мин., АД 160\70 мм рт ст.

ЭКГ: Синусовая брадиаритмия 50-58 уд\мин.. Диффузные изменения миокарда.

ВОПРОСЫ:

1. Тактика лечения пациента.

Эталон ответа: Показана имплантация ИВР.

54. Мужчина 55 лет

Клинический диагноз: ИБС. Атеросклероз коронарных артерий. Состояние после транслюминальной баллонной ангиопластики с имплантацией внутрисосудистого стента. Сахарный диабет - 11 тип (легкое течение). Гиперлипидемия 11 Б тип.

Биохимический анализ крови: общий холестерин 6,6 ммоль\л, триглицериды 2,25 ммоль\л, альфа-холестерин 0,8 ммоль\л, коэффициент атерогенности 7,25, глюкоза крови 6,3 ммоль\л.

ВОПРОСЫ:

1. Каковы методы коррекции дислипидемии в данном случае?

Эталон ответа: Диета с ограничением жиров животного происхождения и углеводов. Коррекция углеводного обмена. Применение статинов или фибратов.

55. 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, мономак 40 мг 2 раза в день (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. Какова правильная врачебная тактика?

Эталон ответа: Больного необходимо госпитализировать в БИТ. Анализ крови на кардиомаркеры. Коронарография.

56. Мужчина 49 лет

Был доставлен в БИТ по поводу острого трансмурального инфаркта миокарда переднеперегородочной 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?

Эталон ответа: Разрыв межжелудочковой перегородки.

57. Мужчина 60 лет

Находился на стационарном лечении по поводу трансмурального 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. Тактика лечения.

Эталон ответа: К лечению аспирином необходимо добавить непрямые антикоагулянты (подбор дозы следует проводить под контролем протромбинового индекса). Продолжить терапию вышеуказанными средствами и назначить препараты для улучшения мозгового кровообращения.

58. 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. Сформулируйте возможные клинические диагнозы.

Эталон ответа: Гипертрофическая кардиомиопатия и артериальная гипертензия с ремоделированием левого желудочка

59. Женщина 53 лет

В течение 3 лет отмечает появление перебоев в работе сердца, длительных ноющих болей в области сердца преимущественно в покое, одышки при физической нагрузке, нарушение сна, зябкости, раздражительности, склонности к задержке жидкости, выпадение волос.

Объективно: Нормального телосложения, повышенного питания, лицо слегка одутловато. ЧСС = 58 уд/мин., АД = 140/90 мм рт ст.. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Печень не пальпируется. Пастозность голеней. Щитовидная железа при пальпации нормальных размеров.

ЭКГ: Ритм синусовый 60 уд/мин.. Отклонение ЭОС влево. Диффузные изменения миокарда.

ВЭМ: Толерантность к физической нагрузке средняя. Проба отрицательная.

ЭХОКГ: без особенностей

АНАЛИЗЫ, КРОВИ: холестерин 7,9 ммоль/л, триглицериды 2,8 ммоль/л. В остальном - без особенностей.

ВОПРОСЫ:

1. Тактика лечения.

Эталон ответа: адекватная заместительная терапия тиреоидными гормонами.

60. К врачу обратилась больная 18 лет с жалобами на субфебрильную температуру, общую слабость, резкие боли в области сердца. В анамнезе частые ангины. Последняя ангина была две недели назад.

Объективно: температура 37,4⁰С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа бледная, влажная. Дыхание везикулярное. Левая граница относительной сердечной тупости на 0,5 см снаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, аритмичные, на верхушке - нежный систолический шум. ЧСС 96 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Язык чистый, есть кариозные зубы. Миндалины гипертрофированы. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

Эталон ответа: 1. Ревматизм, ревматический миокардит.

Обоснование:

1) данные анамнеза:

- синдром интоксикации, боли в области сердца;
- молодой возраст;
- наличие очагов хронической инфекции;
- ухудшение состояния через 2 недели после ангины;

2) объективные данные:

- субфебрильная температура;
- при осмотре: бледность кожи, гипертрофия миндалин, кариозные зубы;
- при перкуссии: расширение границ сердца влево;
- при аускультации: приглушение тонов сердца, систолический шум на верхушке сердца.

61. Больная Н., 20 лет. Жалобы на боли в коленных, голеностопных, плечевых суставах, высокую температуру. Заболела остро. Накануне вечером поднялась температура до 39⁰С, появились боли в коленных суставах, утром присоединились боли в плечевых и голеностопных суставах. Из анамнеза выяснилось, что 2 недели назад больная перенесла ангину.

Объективно: температура 39⁰С. Общее состояние средней тяжести. Кожа влажная, отмечается припухлость, покраснение кожи над коленными суставами, резкая болезненность при движении. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушенные, ритмичные ЧСС 115 в мин. АД 115/60 мм рт.ст. Есть кариозные зубы. Миндалины увеличены. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

Эталон ответа:

1. Ревматизм, ревматический полиартрит.

Обоснование:

1) данные анамнеза:

- синдром интоксикации, боли в крупных суставах, летучесть боли;
- молодой возраст;
- наличие очагов хронической инфекции, частые ангины;
- связь заболевания с предыдущей ангиной;

2) объективные данные:

- при осмотре: лихорадка, припухлость и покраснение кожи над пораженными суставами, ограничение движения в них, гипертрофия миндалин, кариозные зубы;
- при аускультации: приглушение сердечных тонов, тахикардия.

62. Больная К., 25 лет, с жалобами на одышку, усиливающуюся при физической нагрузке, сухой кашель. Накануне было кровохарканье. Ухудшение состояния отмечает в течение месяца. Два года назад болела ревматизмом.

Объективно: температура 37,2⁰С. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки цианотичны. Дыхание везикулярное, в нижних отделах легких незвучные влажные хрипы. ЧДД 26 в мин. При пальпации в области верхушки сердца определяется симптом «кошачьего мурлыканья». Верхняя граница относительной сердечной тупости определяется во втором межреберье. При аускультации на верхушке сердца 1-й тон хлопающий, диастолический шум, акцент 2-го тона на легочной артерии. ЧСС 110 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

Эталон ответа:

1. Ревматизм. Стеноз митрального клапана.

Обоснование:

1) данные анамнеза:

- одышка, усиливающаяся при физической нагрузке, сухой кашель, кровохарканье;
- перенесенный ревматизм;

2) объективные данные:

- при осмотре: субфебрильная температура тела, цианоз, одышка ;
- при пальпации: симптом «кошачьего мурлыканья» в области верхушки сердца
- при перкуссии: расширение границ сердца вверх;
- при аускультации: на верхушке сердца - хлопающий 1-й тон и диастолический шум, акцент второго тона на аорте, влажные хрипы в нижних отделах легких.

63. Больная Г., 18 лет, жалуется на выраженную одышку, сердцебиение, усиливающиеся при малейшем движении. Больна ревматизмом с 6-летнего возраста, состоит на диспансерном учете. Аккуратно получает противорецидивное лечение. Ухудшение состояния отмечает в течение 3 дней, связывает это с переохлаждением.

Объективно: температура 37,2⁰С. Общее состояние средней тяжести. Кожа чистая, умеренной влажности. Дыхание ослабленное, единичные влажные хрипы. ЧДД 30 в мин. Левая граница сердца определяется по левой средне-ключичной линии. Над верхушкой грубый систолический шум, 1-й тон здесь ослаблен. ЧСС 98 в мин., ритмичный. АД 120/70 мм рт.ст. Печень не увеличена, отеков нет.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

Эталон ответа:

1. Ревматизм, недостаточность митрального клапана.

Обоснование:

1) данные анамнеза:

- одышка и сердцебиение в состоянии покоя;
- ухудшение состояния в связи с переохлаждением и физическим переутомлением;
- состоит на диспансерном наблюдении по поводу ревматизма;

2) объективные данные:

- при осмотре: лихорадка, влажность кожи, ЧДД - 30 в мин.;
- при перкуссии: расширение границ сердца влево;
- при аускультации: на верхушке сердца ослабление первого тона и грубый систолический шум.

64. Мужчина 23 лет с жалобами на быструю утомляемость, одышку и сердцебиение при выполнении физической работы. Подобные симптомы возникли 2 месяца назад. В прошлом году лечился в стационаре по поводу инфекционного эндокардита, был выписан в удовлетворительном состоянии.

Объективно: температура 36,8⁰С. Общее состояние удовлетворительное. При осмотре отмечается ритмичное покачивание головы, пульсация сонных артерий, определяется капиллярный пульс. Кожа чистая. ЧДД 22 в мин. Дыхание везикулярное. Левая граница сердца определяется по левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные, ясные. Определяется диастолический шум во втором межреберье справа от грудины и в точке Боткина. ЧСС 88 в мин. АД 160/50 мм рт. ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

Эталон ответа:

1. Инфекционный эндокардит, недостаточность аортального клапана в стадии компенсации.

Обоснование:

1) данные анамнеза:

- быстрая утомляемость, одышка и сердцебиение при физической нагрузке;
- перенесенный бактериальный эндокардит;

2) объективные данные:

- при осмотре: симптом Мюссе, “пляска каротид”, капиллярный пульс, одышка, повышение систолического АД и понижение диастолического АД;
- при перкуссии: расширение границ сердца влево;
- при аускультации: диастолический шум в точке аускультации аортального клапана.

65. К фельдшеру обратилась женщина, 32 лет, с жалобами на быструю утомляемость, одышку и сердцебиение, возникающие при выполнении домашней работы, была кратковременная потеря сознания. Ухудшение состояния отмечает в последние 4 месяца. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРЗ, ангины, инфекционный эндокардит.

Объективно: температура 36,7⁰С. Состояние удовлетворительное. Кожа чистая, бледная. При пальпации в области основания сердца определяется дрожание, верхушечный толчок определяется в 6-м межреберье по левой среднеключичной линии. Тоны сердца ритмичные,

выслушивается систолический шум во втором межреберье справа от грудины и в точке Боткина. ЧСС 92 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

Эталон ответа:

1. Инфекционный эндокардит, стеноз аортального клапана

Обоснование:

1) данные анамнеза:

- быстрая утомляемость, одышка и сердцебиение при физической нагрузке, обморок;
- перенесенные заболевания - частые ангины, ОРЗ; инфекционный эндокардит

2) объективные данные:

- при осмотре: бледность кожи;
- при пальпации: дрожание над основанием сердца, смещение верхушечного толчка вниз и влево;
- при перкуссии: расширение границы сердца влево;
- при аускультации: систолический шум в точках аускультации аортального клапана, тахикардия;

66. Врач вызван на дом к больному К., 57 лет. Жалобы на головную боль в затылочной области, рвоту, головокружение, мелькание мушек перед глазами. Из анамнеза выяснилось, что эти явления развивались сегодня во второй половине дня. До этого к врачу не обращался. Головные боли беспокоили периодически в течение нескольких лет, но больной не придавал им значения и к врачам не обращался.

Объективно: температура 36,4⁰С. Общее состояние средней тяжести. Кожа бледная. Дыхание везикулярное. Левая граница относительной сердечной тупости на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, резкий акцент 2-го тона на аорте. ЧСС 92 в мин., пульс напряженный, 92 в мин. АД 200/110 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

Эталон ответа:

1. Гипертоническая болезнь, 3 степени, вторая стадия, неконтролируемая, риск 4 .

Обоснование:

1) данные анамнеза:

- головная боль в затылочной области, головокружение, мелькание мушек перед глазами, рвота;
- многолетнее течение заболевания;

2) объективные данные:

- при перкуссии: расширение границ сердца влево;
- при пальпации: пульс твердый, напряженный;
- при аускультации: тоны сердца приглушены, акцент второго тона на аорте (признак повышения давления в большом кругу кровообращения).

67. К врачу обратился больной О., 42 лет с жалобами на частые головные боли, периодические головокружения, онемение пальцев рук, плохой сон. При ходьбе возникают

сжимающие боли в ногах, пациент начинает прихрамывать, в покое боли исчезают. Болен около полугода.

Объективно: температура 36,5⁰С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Дыхание везикулярное. Левая граница относительной сердечной тупости на 0,5 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, акцент 2-го тона на аорте. Пульс 74 в мин., ритмичный, напряженный, на артериях тыла стопы пульсация резко снижена. АД 180/90 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

Эталон ответа:

1. Гипертоническая болезнь 3 степени, III стадии, неконтролируемая, риск 4. Атеросклероз артерий нижних конечностей.

Обоснование:

1) данные анамнеза:

- головная боль, головокружение, снижение памяти, плохой сон;
- онемение пальцев рук;
- перемежающаяся хромота;

2) объективные данные:

- при перкуссии: расширение границы сердца влево;
- при аускультации: тоны сердца приглушены, акцент второго тона на аорте, повышение систолического АД;
- при пальпации: пульс напряженный на лучевой артерии, пульс ослабленный на артериях тыла стоп.

68. Больной В., 44 лет, обратился к врачу с жалобами на приступы болей сжимающего характера, возникающие за грудиной, иррадирующие в левую руку, под левую лопатку, в левую ключицу. Продолжительность болей 3-5 мин. Боли возникают при ходьбе и подъеме на два этажа, в покое проходят. Беспокоят около 3 месяцев..

Объективно: температура 36,6⁰С. Общее состояние удовлетворительное. Кожа чистая. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ритмичные, чистые, ЧСС 84 в мин., АД 120/80 мм рт.ст.. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

Эталон ответа:

1. ИБС: стабильная стенокардия напряжения, второй функциональный класс.

Обоснование:

1) данные анамнеза:

- боль за грудиной, сжимающий характер, иррадиация в левую руку, под левую лопатку, в левую ключицу,
- боли непродолжительные;
- возникают при физической нагрузке (подъем по лестнице более чем на один этаж);

2) объективные данные:

- избыточная масса тела;

69. Бригада СП приехала к больному Б., 40 лет, который жалуется на сильные боли в области сердца давящего характера, иррадирующие в левую руку, под левую лопатку, чувство жжения за грудиной. Приступ возник 2 ч. назад. Прием нитроглицерина эффекта не дал. Заболевание связывает со стрессовой ситуацией на работе.

Объективно: общее состояние средней тяжести, сознание ясное, температура 36,8⁰С. Больной мечется, беспокоен. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 92 в мин. АД 110/70 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз

Эталон ответа: 1. ИБС, острый коронарный синдром.

Обоснование:

1) данные анамнеза:

- боли в области сердца, давящего характера, жжение за грудиной, иррадирующие в левую руку, под левую лопатку;
- продолжительность боли - 2 часа;
- отсутствие эффекта от приема нитроглицерина;
- связь заболевания с психоэмоциональным перенапряжением;

2) объективные данные:

- беспокойство больного;
- приглушение сердечных тонов;
- тахикардия.

70. Больная К., 68 лет, обратилась к врачу с жалобами на постоянную одышку, резко усиливающуюся при физической нагрузке, постоянные тупые боли в правом подреберье, отеки на ногах, кашель со слизистой мокротой, общую слабость. В течение многих лет страдает ишемической болезнью сердца, 2 года назад был инфаркт миокарда.

Объективно: температура 36,4⁰С. Кожа влажная, отеки на стопах и голени, акроцианоз. Дыхание жесткое, в нижних отделах незвучные влажные хрипы. ЧДД 26 в мин. Левая граница относительной сердечной тупости определяется по левой среднеключичной линии. Тоны сердца аритмичные, приглушены. ЧСС 100 в мин. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, слабоболезненный в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги по среднеключичной линии на 4 см, слабоболезненная.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

Эталон ответа:

1 ИБС: постинфарктный кардиосклероз. Хроническая недостаточность кровообращения IIБ стадии, III ФК.

Обоснование:

1) данные анамнеза: перенесенный ранее инфаркт миокарда

- признаки сердечной недостаточности - постоянная одышка, усиливающаяся при физической нагрузке;
- признаки застоя крови по малому кругу кровообращения - одышка, кашель со слизистой мокротой;
- признаки застоя крови по большому кругу кровообращения - постоянные тупые боли в правом подреберье, отеки на ногах;

2) объективные данные :

- при осмотре: отеки на стопах и голенях, акроцианоз, ЧДД - 26 в мин.;
- при аускультации: незвучные влажные хрипы в нижних отделах легких;
- при перкуссии: расширение границ сердца влево;
- при пальпации: увеличение печени, аритмичный пульс.

71. Пациентка 52 лет предъявляет жалобы на головную боль в затылочной области, в основном в утренние часы, периодически тошноту, потемнение в глазах, сердцебиение и одышку при выполнении физической работы, по утрам - небольшие отеки на лице. Подобные проявления были у ее матери, которая умерла 4 года назад от инсульта.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы несколько бледноваты, веки пастозны. ЧД=20 в минуту, пульс – 80 ударов в минуту, полный ритмичный. АД 150/95 мм рт.ст. Тоны сердца ритмичны, несколько приглушены. Левая граница сердца на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Небольшие отеки на голенях.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

Эталон ответа:

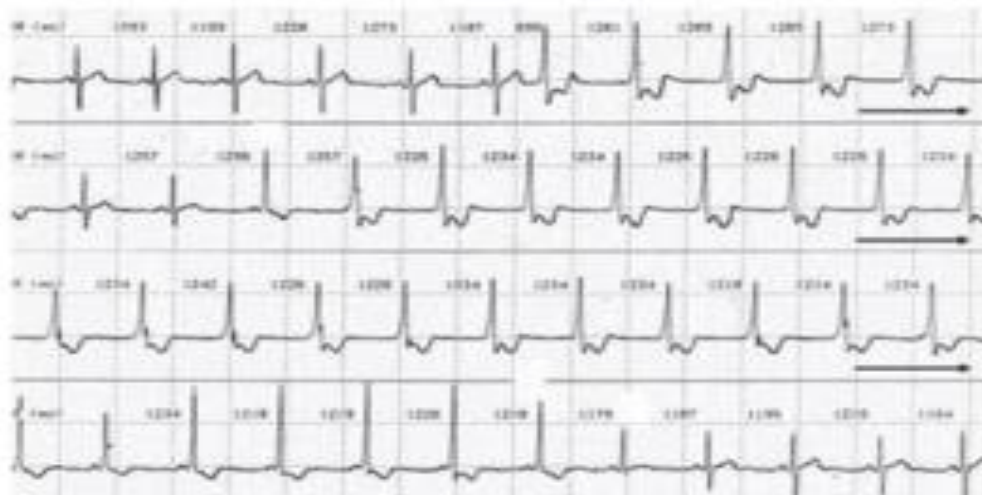
1. Гипертоническая болезнь, 2 степени, II стадия, риск 3.

Диагноз поставлен на основании:

- данных семейного анамнеза;
- клинических данных: поражение органов – мишеней (сосудов головного мозга, сердца, сетчатки глаза, почек) с появлением симптомов поражения данных органов (характерные жалобы и объективные данные);
- наличия симптомов гипертрофии левого желудочка (расширение границ сердца влево);
- показателей АД; характера пульса.

71. Пациент Ш., 28 лет, в недавнем прошлом спортсмен 1-го разряда по гребле на каноэ. Примерно месяц тому назад при самостоятельной проверке пульса заметил перебои в работе сердца, по поводу которых решил обратиться к врачу. При съемке стандартной ЭКГ в 12 отведениях НР не зафиксированы. ЭКГ характерна для спортивного сердца — изменения реполяризации в виде небольшого подъема сегмента ST в правых грудных отведениях (V1, 2) и снижения амплитуды зубцов T в V1, 2, 3 с тенденцией к двуфазности (\pm).

Был выполнен ХМ, фрагмент которого представлен на рис. 1.1.

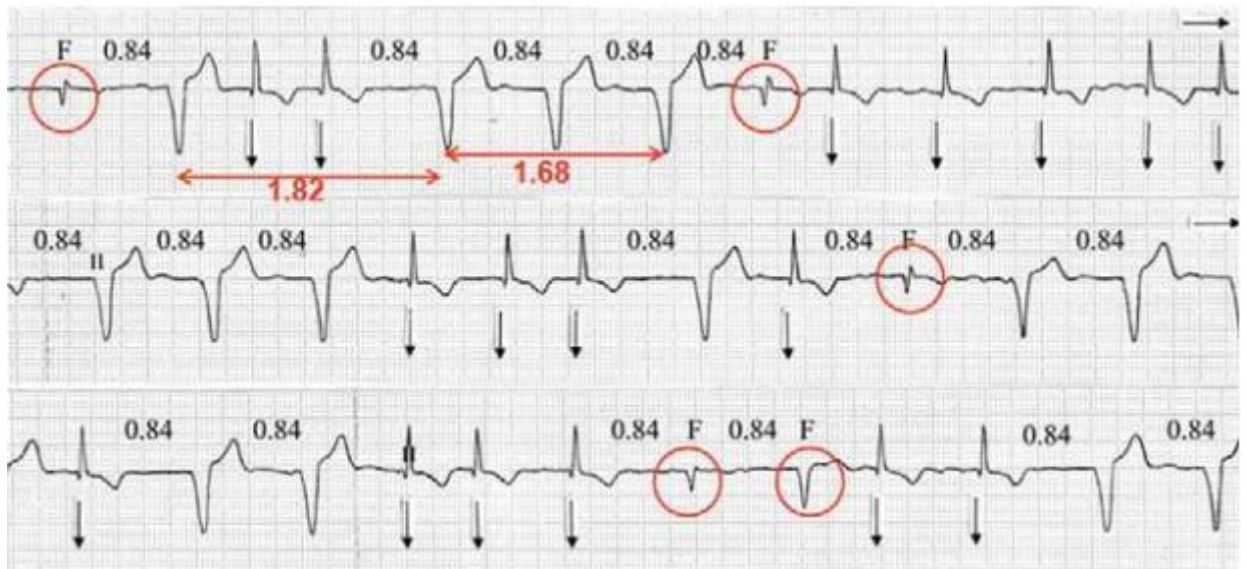


Пациент был обследован. На ЭхоКГ — умеренная ГЛЖ. При пробе с ФН не было НР; достигнута субмаксимальная ЧСС, ТФН высокая (200 Вт, 3 мин), проба отрицательная. Как выяснилось из анамнеза, месяц тому назад пациент стал участником ДТП, произошедшего по его вине, в результате которого пришлось ремонтировать машину. Как ему кажется, НР появились с тех пор. Вопрос. Сформулируйте заключение по ЭКГ.

Эталон ответа: Синусовая брадикардия, синусовая аритмия. Неустойчивый УИР. АВ-диссоциация.

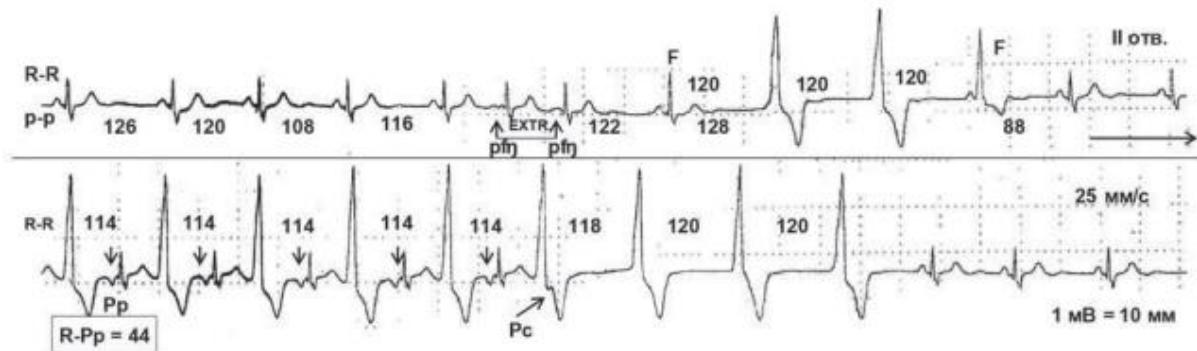
72. Пациент Г., 67 лет, с жалобами на болевые ощущения в левой половине грудной клетки, длящиеся примерно 2 ч, ощущениями «сердцебиения», небольшой одышкой в покое доставлен в стационар бригадой СМП. АД 130/75 мм рт. ст. в связи с ФП. На снятой ЭКГ на фоне впервые зарегистрированной ФП определяются комплексы с широкими QRS разной формы. ЭКГ отдана врачу ФД для расшифровки.

Вопрос. Выберите правильное заключение по ЭКГ.



Эталон ответа: ФП, нормосистолия. УИР с неполной блокадой.

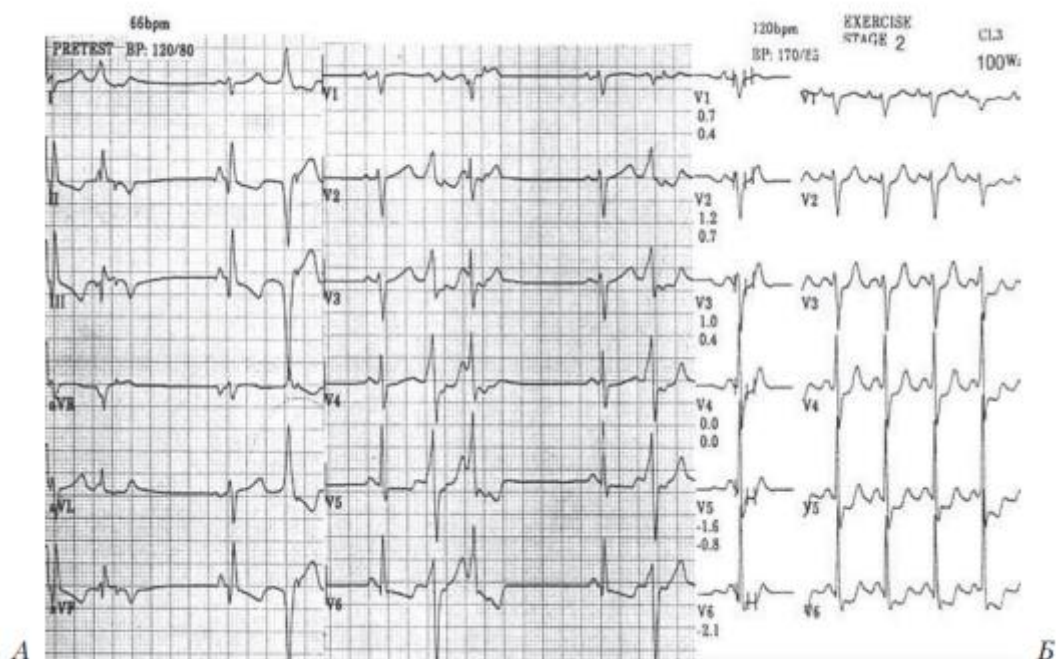
73. Пациентка А., 42 года, 3 года тому назад перенесшая миокардит, впервые пожаловалась на эпизоды коротких сердцебиений во время периодов отдыха. На снятой ЭКГ в 12 отведениях — БПНПГ без динамики по сравнению с ЭКГ годичной давности. Во время более длительной записи ЭКГ возникло ощущение «сердцебиения». Для анализа НР представлено два фрагмента ЭКГ I отведения на скорости 25 мм/с.



Вопрос I. Выберите правильное заключение по фрагментам ЭКГ.

Эталон ответа: Синусовая аритмия, брадикардия. Предсердная экстрасистолия, парные предсердные экстрасистолы. УИР, периодически сопровождающийся ретроградным возбуждением предсердий с реципрокными комплексами. Р

74. Пациент Б., 65 лет, перенесший 9 лет тому назад ИМ, после которого на протяжении почти 8 лет болей в области грудной клетки не было, ФН переносит удовлетворительно. Примерно 1 раз в год посещает кардиолога, получает плановую терапию. Около 6 мес. тому назад появились ощущения жжения за грудиной при ходьбе в гору, подъеме на 4-й этаж в быстром темпе. В момент обращения на ЭКГ, снятой в покое (жалоб не было), зарегистрированы полиморфные парные ЖЭК, градиция 4В по Lown и Wolf в модификации Ryan.



Вопрос I. Определите дальнейшую врачебную тактику.

Эталон ответа: Необходимо провести ХМ и пробу с ФН для определения ТФН и клинической интерпретации ЖЭК, зарегистрированных в покое; по результатам исследований планировать госпитализацию для выполнения КАГ.

75. У пациентки Р., 23 года, с длительным анамнезом желудочковых НР, отсутствием объективных данных наличия патологии внутренних органов, неотягощенной наследственностью и отсутствием обмороков при плановом проведении ХМ было зарегистрировано 18 тыс. одиночных мономорфных ЖЭК, которые она плохо переносит. Больше количество регистрируется в покое и ночью (до 16 тыс.), из-за чего, как она считает, нарушен сон. Проведено очередное обследование (ЭКГ, ЭхоКГ, клинический анализ крови и мочи), патологии не обнаружено. Причина ЖА в настоящий момент не ясна. Врачу необходимо поставить диагноз и определить дальнейшую врачебную тактику. Вопрос I. Выберите верное заключение из следующих.

Эталон ответа: Идиопатическая ЖА. Продолжить наблюдение и обследование амбулаторно и проспективно. Выполнить пробу с ФН для оценки характера ЖА и поведения ее во время ФН. Учитывая плохую субъективную переносимость ЖА,

предоставить пациентке возможность выбора метода лечения: хирургического или консервативного

КРИТЕРИИ оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный (пороговый) уровень освоения компетенции	Оценка «хорошо» (зачтено) или достаточный уровень освоения компетенции	Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции
Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины	Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на удовлетворительном уровне.	Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на достаточном уровне свидетельствует об устойчиво закрепленном практическом навыке	Обучающийся демонстрирует способность к полной самостоятельности в выборе способа решения нестандартных заданий в рамках дисциплины с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне.

Критерии оценивания тестового контроля:

процент правильных ответов	Отметки
91-100	отлично
81-90	хорошо
70-80	удовлетворительно
Менее 70	неудовлетворительно

При оценивании заданий с выбором нескольких правильных ответов допускается одна ошибка.

Критерии оценивания собеседования:

Отметка	Дескрипторы		
	прочность знаний	умение объяснять (представлять) сущность явлений, процессов, делать выводы	логичность и последовательность ответа

отлично	прочность знаний, знание основных процессов изучаемой предметной области, ответ отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владением терминологическим аппаратом; логичностью и последовательностью ответа	высокое умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры	высокая логичность и последовательность ответа
хорошо	прочные знания основных процессов изучаемой предметной области, отличается глубиной и полнотой раскрытия темы; владение терминологическим аппаратом; свободное владение монологической речью, однако допускается одна - две неточности в ответе	умение объяснять сущность, явлений, процессов, событий, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы, приводить примеры; однако допускается одна - две неточности в ответе	логичность и последовательность ответа
удовлетворительно	удовлетворительные знания процессов изучаемой предметной области, ответ, отличающийся недостаточной глубиной и полнотой раскрытия темы; знанием основных вопросов теории. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительное умение давать аргументированные ответы и приводить примеры; удовлетворительно сформированные навыки анализа явлений, процессов. Допускается несколько ошибок в содержании ответа	удовлетворительная логичность и последовательность ответа
неудовлетворительно	слабое знание изучаемой предметной области, неглубокое раскрытие темы; слабое знание основных вопросов теории, слабые навыки анализа явлений, процессов. Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа	неумение давать аргументированные ответы	отсутствие логичности и последовательности ответа

Критерии оценивания ситуационных задач:

Отметка	Дескрипторы			
	понимание проблемы	анализ ситуации	навыки решения ситуации	профессиональное мышление

отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы, уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	удовлетворительные навыки решения ситуации, сложности с выбором метода решения задачи	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе либо ошибка в последовательности решения
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было попытки решить задачу	низкая способность анализировать ситуацию	недостаточные навыки решения ситуации	отсутствует