

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

СЕВЕРО-КАВКАЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АКАДЕМИЯ

Б.А. Хапаев
Ф.Э. Салпагарова

**ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ
И ПЕРВИЧНАЯ АККРЕДИТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ**

Сборник ситуационных задач для обучающихся 6 курса
по специальности 31.05.01 «Лечебное дело»
Часть 1. Кардиология.

Черкесск
2019

УДК 616:378
ББК 54.10.58
Х19

Рассмотрено на заседании кафедры внутренних болезней.
Протокол № 11/18 от «16» ноября 2018 г.
Рекомендовано к изданию редакционно-издательским советом СКГА.
Протокол №16 от «28» декабря 2018 г.

Рецензент: Котелевец, С.М. - д.м.н., профессор, зав. кафедрой пропедевтики внутренних болезней медицинского института ФГБОУ ВО «Северо-Кавказская государственная академия»

Х19 **Хапаев, Б.А.** Государственная итоговая аттестация и первичная аккредитация специалистов: сборник ситуационных задач для обучающихся 6 курса по специальности 31.05.01 Лечебное дело Часть 1. Кардиология/ Б.А. Хапаев, Ф.Э. Салпагарова – Черкесск: БИЦ СКГА, 2019 – 88 с.

Сборник предназначен для обучающихся 6 курса по специальности 31.05.01 «Лечебное дело» в целях их подготовки к государственной итоговой аттестации и первичной аккредитации специалистов по специальности «Лечебное дело». Представлены ситуационные задачи по одному из разделов терапии (кардиологии) и эталоны ответов на эти задачи. Сборник может быть использован преподавателями медицинских институтов в учебной работе.

УДК 616:378
ББК 54.10.58

ВВЕДЕНИЕ

Оценка умений решать конкретные профессиональные задачи в ходе собеседования и решения ситуационных задач является заключительным этапом государственной итоговой аттестации по специальности 31.05.01 Лечебное дело (далее - ГИА).

Целью этого этапа ГИА является проверка целостности профессиональной подготовки выпускника, т.е. уровня его компетенции в использовании теоретической базы для принятия решений в ситуациях, связанных с профессиональной деятельностью. Студенты в ходе междисциплинарного экзамена отвечают на вопросы экзаменационного билета и на уточняющие и дополнительные вопросы членов комиссии. Собеседование проводится по билету, включающему клинические ситуационные задачи по внутренним болезням, хирургическим болезням, акушерству и гинекологии, инфекционным болезням и фтизиатрии. Оценивается степень умения выпускника разрабатывать и принимать оптимальные решения в конкретных ситуациях на основе интеграции знаний, полученных при изучении вышеуказанных дисциплин.

Оценка умений обучающегося решать профессиональные задачи в ходе собеседования проводится по следующим критериям:

- владение знаниями предметов специальности в полном объеме учебной программы;
- обладание способностью самостоятельно, в логической последовательности и исчерпывающе отвечать на все вопросы билета, подчеркивать самое существенное;
- обладание способностью анализировать, сравнивать, классифицировать, обобщать, конкретизировать и систематизировать изученный материал, выделять в нём главное;
- обладание способностью четко формулировать ответы по вопросам диагностики, лечения и профилактики заболеваний, реабилитации пациентов;
- обладание способностью четко формулировать ответы по вопросам финансирования, экономики и управления в системе здравоохранения, организации медицинской помощи различным группам населения, использования статистических методов в оценке здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения;
- глубокое понимание анатомо-физиологических особенностей всех органов и систем организма в возрастном аспекте с целью профессиональной оценки этиологии, патогенеза, клиники, методов диагностики и лечения основных заболеваний, их прогноза и профилактики, базирующихся на основах гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических, медико-профилактических, общепрофессиональных и специальных клинических дисциплин;
- обладание способностью формулировать алгоритм работы врача с позиции этических и деонтологических принципов.

Решение ситуационных задач позволяет оценить уровень готовности выпускника к осуществлению основных видов профессиональной деятельности в соответствии с квалификационной характеристикой, уровень знаний и умений, позволяющий решать типовые задачи профессиональной деятельности, уровень информационной и коммуникативной культуры, а также обоснованность, полноту и четкость ответов.

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» с 1 января 2016 года право на осуществление медицинской и фармацевтической деятельности в Российской Федерации имеют лица, получившие медицинское, фармацевтическое или иное образование в Российской Федерации в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и имеющие свидетельство об аккредитации специалиста, то есть прошедшие процедуру аккредитации специалиста.

Процедура аккредитации внедряется поэтапно. В настоящее время завершены первый и второй этапы аккредитации специалистов:

- в 2016 году по специальностям «Стоматология» и «Фармация»;

- в 2017 году по всей группе специальностей «Здравоохранение и медицинские науки» (уровень специалитета), в том числе по специальности 31.05.01 «Лечебное дело».

Лица, успешно прошедшие процедуру аккредитации специалистов, допускаются к осуществлению профессиональной деятельности без прохождения дополнительной подготовки. В частности лица, прошедшие аккредитацию специалистов по специальности «Лечебное дело», допускаются к профессиональной деятельности на должности «Врач-терапевт участковый».

Процедура аккредитации специалиста включает в себя три этапа оценки квалификации лица: тестирование, оценку практических навыков (умений) в симулированных условиях, решение ситуационных задач.

Решение ситуационных задач проводится путем заслушивания членами аккредитационной подкомиссии ответов на три ситуационные задачи, в каждой из которых содержится по 5 вопросов. На подготовку к ответу отводится не более 60 минут. Комплектование набора ситуационных задач для каждого лица осуществляется программным обеспечением автоматически из единой базы оценочных средств.

Для осуществления методического сопровождения аккредитации специалистов Минздравом России на базе Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова сформирован Методический центр аккредитации, одной из задач которого является организация разработки оценочных средств и формирование фонда оценочных средств, используемых при аккредитации специалистов.

Для осуществления методического сопровождения процедуры аккредитации специалистов Методический центр аккредитации использует специально созданный Интернет-ресурс (<https://fmza.ru>), материалы которого находятся в свободном доступе, а также могут быть открыты по ссылкам, размещенным на сайтах Минздрава РФ (<http://www.rosminzdrav.ru/akkreditatsiya-spetsialista>) и Первого МГМУ им. И.М.Сеченова (<http://www.mma.ru/education/aakr/>). Специалисты могут оценить уровень своей подготовки путем прохождения репетиционного экзамена, количество репетиционных попыток не ограничено.

В данном учебном пособии представлены ситуационные задачи (кейс-задания) по одному из разделов терапии - кардиологии, из размещенных на сайте Методического центра аккредитации (https://fmza.ru/upload/medialibrary/c7b/sz_lechebnoe_delo_2018.pdf) и предлагаемых для проведения третьего этапа первичной аккредитации специалистов по специальности «Лечебное дело».

Во второй части пособия даны эталоны ответов на представленные ситуационные задачи, из размещенных на сайте Методического центра аккредитации (https://fmza.ru/upload/medialibrary/48a/otvety-k-sz_lechebnoe-delo-2018.pdf).

Учебное пособие предназначено для студентов 6 курса, обучающихся по специальности 31.05.01 «Лечебное дело» в целях их подготовки к государственной итоговой аттестации (государственному экзамену) и первичной аккредитации специалистов по специальности «Лечебное дело». Также пособие может быть использовано преподавателями медицинских институтов в учебной работе.

Ситуационные задачи для подготовки к государственной итоговой аттестации и первичной аккредитации специалистов по специальности «Лечебное дело».

КАРДИОЛОГИЯ.

Инструкция для самостоятельной работы студентов

Ознакомьтесь с ситуацией, описанной в задаче и дайте развернутые ответы на вопросы. Желательно изложить Ваши ответы письменно. В случае затруднений используйте учебную литературу по соответствующим темам.

По завершению сравните Ваши ответы с эталонами ответов, имеющимися во второй части данного пособия. Все возникшие вопросы изучите с помощью учебной литературы.

Ситуационная задача 1.

Мужчина 24 лет предъявляет жалобы на повышение температуры до 40°C, сопровождавшееся ознобом; инспираторную одышку при небольшой физической нагрузке; боли в области сердца, не связанные с физической нагрузкой, умеренной интенсивности, длительные.

Из анамнеза известно, что употребляет героин в течение 4 лет (инъекции в локтевые вены, область паха). За 2 недели до госпитализации отметил повышение температуры до 40°C. В качестве жаропонижающих больной принимал нестероидные противовоспалительные препараты. Через 3 суток температура снизилась до 37,2-37,4°C, самочувствие несколько улучшилось. Однако через 10 дней лихорадка возобновилась, в связи с чем пациент был госпитализирован.

При осмотре: кожа бледная, чистая. Периферические лимфатические узлы не увеличены. ИМТ - 18 кг/м². Температура тела - 38,9°C. В лёгких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, на основании мечевидного отростка – систолический шум, усиливающийся на высоте вдоха с задержкой дыхания. Акцент 2 тона на а. pulmonalis. АД - 110/60 мм рт. ст., ЧСС - 100 ударов в минуту. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края рёберной дуги, край печени гладкий. Отёки стоп и голеней. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено.

В анализах: эритроциты - $3,3 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин - 126 г/л, лейкоциты - $15,8 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы - 15%, СОЭ - 42 мм/ч, альбумина сыворотки крови - 29 г/л, креатинин - 66 мкмоль/л, СКФ - 92 мл/мин/1,73м², СРБ - 120 мг/л (в норме - до 5 мг/л). В общем анализе мочи: удельный вес - 1016, эритроциты - 0-1 в поле зрения.

При посеве крови на стерильность дважды выделен *S. aureus*, чувствительный к Оксациллину, Цефтриаксону.

Данные ЭхоКГ: Размеры камер сердца не увеличены. Митральный клапан: створки уплотнены, характер движения створок разнонаправленный. Трикуспидальный клапан: створки уплотнены, утолщены, визуализируются средней эхоплотности структуры на средней и передней створках размерами 1,86 и 1,11×0,89 см; характер движения створок разнонаправленный, трикуспидальная регургитация III–IV степени.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Выберите тактику ведения больного, немедикаментозную и медикаментозную терапии. Обоснуйте свой выбор.
5. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Ситуационная задача 2

Больной Р. 59 лет, водитель такси, в понедельник вечером шёл с автостоянки домой, когда отметил появление выраженных болей за грудиной с иррадиацией в нижнюю челюсть и левую верхнюю конечность. Дома по совету жены пытался купировать болевой синдром Нитроглицерином без значимого эффекта. Суммарная продолжительность болевого синдрома более 20 минут, пациент вызвал скорую медицинскую помощь.

Из анамнеза известно, что в течение последних 10 лет у пациента повышается артериальное давление, максимально до 170 и 90 мм рт. ст. Курит 20 сигарет в сутки в течение последних 20 лет. В течение месяца впервые отметил появление загрудинных болей после интенсивной физической нагрузки и проходящих в покое. Не обследовался, лечение не получал. Наследственность: мать – 76 лет, страдает артериальной гипертензией, перенесла инфаркт миокарда, отец – умер в 55 лет от инфаркта миокарда.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Рост – 168 см, вес – 90 кг, ИМТ – 32 кг/м². Тоны сердца приглушены, выслушивается акцент второго тона на аорте, ритм правильный. АД – 160 и 90 мм рт. ст. ЧСС – 92 ударов в минуту. Дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. ЧДД – 22 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печеночной тупости по Курлову – 11×9×8 см. Периферических отеков нет.

В анализах: общий холестерин – 6,7 ммоль/л, ТГ – 2,8 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,62 ммоль/л; глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л; креатинин – 124 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) = 54,5 мл/мин/1,73 м² (по амбулаторной карте снижение СКФ до 55 мл/мин/1,73 м² также регистрировалась 4 месяца назад), альбуминурия – 40 мг/сутки.

На ЭКГ зарегистрирован синусовый ритм с ЧСС – 92 в минуту, элевация сегмента ST до 4 мм I, AVL, V₁₋₅, депрессия сегмента ST до 2 мм II, III, AVF.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Каков выбор стратегии реперфузии миокарда в данном случае?
4. Какие препараты Вы рекомендуете пациенту в качестве пероральной антитромбоцитарной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Пациент доставлен в регионарный сосудистый центр, проведено экстренное ЧКВ, выявлена окклюзия передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) левой коронарной артерии, без восстановления дистального русла. Выполнено стентирование ПМЖВ - 1 стент с лекарственным покрытием. На 3 день от момента первичного ЧКВ у пациента развился приступ болей за грудиной, с иррадиацией в левую верхнюю конечность, приступ купирован одной дозой Нитроглицерина. Как Вы расцените данный эпизод, какова дальнейшая тактика ведения пациента?

Ситуационная задача 3

Больной Ю. 54 лет вызвал бригаду скорой медицинской помощи. Предъявляет жалобы на головную боль, шум в ушах. Из анамнеза известно, что в течение 10 лет имеется повышенное артериальное давление. В течение полугода нестабильное АД (колебания от 120/80 до 170/110 мм рт. ст.), сопровождающееся головными болями. У отца гипертоническая болезнь с 50 лет. Курит по пачке сигарет в течение 30 лет. Обследовался в стационаре 5 лет назад, выставлен диагноз «гипертоническая болезнь». Лечился нерегулярно, только во время головной боли принимал Каптоприл. Вчера злоупотребил алкоголем, поздно лёг спать. Сегодня утром отметил головную боль, шум в ушах, мелькание «мушек» перед глазами, головокружение. Кроме того, появилась тошнота, однократно была рвота, которая не принесла облегчения.

Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. ИМТ – 32 кг/м². Окружность талии (ОТ) – 106 см. Лицо гиперемировано. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. ЧДД - 20 в минуту. Тоны сердца звучные, ритм правильный, акцент II тона на аорте.

Левая граница сердца – на 1 см снаружи от срединно-ключичной линии. ЧСС – 90 ударов в минуту, АД - 190/120 мм рт. ст. на обеих руках. Живот участвует в дыхании, мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под рёберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отёков нет. Физиологические отправления не нарушены.

Заключение ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС – 90 ударов в минуту, признаки гипертрофии левого желудочка.

Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Опишите тактику оказания неотложной помощи при данном состоянии.

4. Составьте и обоснуйте план дальнейшего дополнительного обследования пациента и обоснуйте его.

5. Для последующей терапии вы бы рекомендовали монотерапию или комбинированную терапию? Обоснуйте.

Ситуационная задача 4

Больной 48 лет проснулся ночью от болей в эпигастральной области, сопровождающихся слабостью, потливостью, тошнотой. Ранее боли не беспокоили, считал себя здоровым. Попытка купировать боли раствором соды облегчения не принесла. После приема Нитроглицерина под язык боли уменьшились, но полностью не прошли. Сохранялись тошнота, слабость, потливость. Под утро была вызвана бригада скорой помощи.

На снятой ЭКГ выявлен глубокий зубец Q в III и aVF отведениях; сегмент ST в этих же отведениях приподнят над изолинией, дугообразный, переходит в отрицательный зубец T; сегмент ST в отведениях I, aVL и с V₁ по V₄ ниже изолинии.

Вопросы: 1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте план дополнительного обследования пациента.

4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?

5. Укажите противопоказания к проведению тромболитика.

Ситуационная задача 5

Больной К. 48 лет, экономист, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на сжимающие боли за грудиной и в области сердца, иррадиирующие в левое плечо, возникающие при ходьбе через 100 метров, иногда в покое, купирующиеся приемом 1-2 таблетками Нитроглицерина через 2-3 минуты, одышку, сердцебиение при незначительной физической нагрузке. Боли в сердце впервые появились около 5 лет назад. Принимает Нитроглицерин для купирования болей, Кардикет 20 мг 2 раза в день – для профилактики болей в сердце, Аспирин 100 мг на ночь. Принимал статины около двух лет, последние два года не принимает. За последние полгода снизилась переносимость физической нагрузки. Больной курит около 20 лет, по 1 пачке в день.

Наследственность: отец умер в возрасте 62 лет от инфаркта миокарда.

Общее состояние удовлетворительное. Нормостенической конституции. Периферических отеков нет. ЧДД - 18 в минуту, в легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца при перкуссии: правая - правый край грудины IV межреберье, верхняя – III межреберье, левая – на 1,0 см внутри от левой среднеключичной линии V межреберье. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент II тона над аортой. ЧСС – 82 удара в минуту. АД - 135/80 мм рт. ст. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Липиды крови: общий холестерин - 6,8 ммоль/л; триглицериды – 1,7 ммоль/л; холестерин липопротеинов высокой плотности – 0,9 ммоль /л.

ЭКГ в покое: ритм - синусовый, ЧСС – 80 ударов в минуту. ЭОС не отклонена. Единичная желудочковая экстрасистола.

Эхо-КГ: уплотнение стенок аорты. Толщина задней стенки левого желудочка (ТЗСЛЖ) – 1,0 см; толщина межжелудочковой перегородки (ТМЖП) - 1,0 см. Камеры сердца не расширены. Фракция выброса левого желудочка (ФВ) - 57%. Нарушений локальной и глобальной сократимости левого желудочка не выявлено.

ВЭМ-проба: при выполнении первой ступени нагрузки появилась сжимающая боль за грудиной, сопровождающаяся появлением депрессии сегмента ST до 3 мм в I, II, V₂-V₆, исчезнувших в восстановительном периоде.

Коронароангиография: стеноз верхнее трети левой коронарной артерии - 80%, средней трети огибающей артерии - 80%.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Проведите обоснование клинического диагноза.
3. Назовите основные факторы риска атеросклероза.
4. Назначьте немедикаментозное и медикаментозное лечение.
5. Есть ли показания к хирургическому лечению в данном случае?

Ситуационная задача 6

Больной Л. 55 лет обратился в поликлинику с жалобами на частые головные боли, головокружения, неприятные ощущения в левой половине грудной клетки. Болен около 6 лет, периодически регистрировалось повышение АД до 180/100 мм рт. ст. Лечился эпизодически при повышении АД (Капотен, Фуросемид). Курит по пачке сигарет в день около 20 лет, отмечает частое злоупотребление алкоголем. Работа связана с частыми командировками.

Наследственность: у матери гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Гиперстенического телосложения, ИМТ - 34 кг/м². Кожные покровы лица гиперемированы. Периферических отеков нет. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД - 18 в минуту. Границы сердца: правая – у правого края грудины IV межреберье, верхняя – III ребро, левая - по левой срединно-ключичной линии в V межреберье. Тоны сердца приглушены, акцент 2 тона на аорте, ритм правильный. ЧСС - 88 ударов в мин. АД - 190/110 мм рт. ст. Печень не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Липиды крови: общий холестерин - 7,4 ммоль/л; триглицериды – 2,6 ммоль/л; холестерин липопротеидов низкой плотности – 5,2 ммоль/л.

Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Какие факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний присутствуют у больного?
3. Составьте план дополнительного обследования больного.
4. Какие немедикаментозные рекомендации Вы сделаете в первую очередь?
5. Какие диуретики можно рекомендовать пациенту в составе комбинированной терапии?

Ситуационная задача 7

В кардиологическое отделение госпитализирован больной К. 24 лет, студент. Жалобы на одышку при ходьбе до 100 м, усиление одышки в горизонтальном положении, сердцебиение, общую слабость, отеки на ногах. В течение 2 месяцев отмечает появление одышки, слабости. Неделю назад появились перебои в работе сердца и сердцебиение, с этого же времени появились отеки на ногах.

Из перенесенных заболеваний отмечает ОРЗ, аппендэктомию в детском возрасте, грипп около 4 лет назад.

Объективно: общее состояние тяжелое. Кожа бледная. Отеки голеней, стоп. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Притупление перкуторного звука в нижних отделах легких. Дыхание везикулярное, в нижних отделах крепитирующие хрипы, ЧДД - 26 в минуту. Верхушечный толчок в VI межреберье на 3 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца: правая - на 2 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - II межреберье по левой среднеключичной линии, левая - по передней подмышечной линии. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке и в V точке аускультации. Ритм сердца неправильный, ЧСС - 122 удара в 1 минуту, АД - 100/80 мм рт. ст., средний пульс - 105 в минуту, неритмичный. Размеры печени по Курлову - 14×11×10 см.

Общий анализ крови: гемоглобин - 125 г/л, лейкоциты - $4,0 \times 10^9$ /л, СОЭ - 10 мм/ч.

При рентгенографии органов грудной клетки выявлен синдром кардиомегалии.

Эхо-КС: дилатация левого и правого желудочков, диффузный гипокинез, фракция выброса - 28%.

ЭКГ: фибрилляция предсердий, ЧЖС - 132 в 1 минуту.

Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Какие изменения миокарда выявляются при гистологическом исследовании при данном заболевании?

3. Перечислите ЭКГ признаки фибрилляции предсердий.

4. Назначьте лечение данному пациенту.

5. Нуждается ли пациент в восстановлении синусового ритма?

Ситуационная задача 8

Мужчина 52 лет госпитализирован с приема в поликлинике с жалобами на лихорадку до $39,5^{\circ}\text{C}$, повышенную потливость, озноб, одышку, головокружение при небольшой физической нагрузке, слабость, отсутствие аппетита, похудание на 10 кг за последние 2 месяца.

Вредные привычки: в течение многих лет злоупотребляет алкоголем, в течение 30 лет курит по 1 пачке в день.

Около 2,5 месяцев назад перенес экстракцию зуба. Через неделю после манипуляции появились субфебрилитет и повышенная потливость. В течение двух недель лечился народными средствами, на фоне чего появилась лихорадка с ознобами, повышенная потливость, боли в мышцах и суставах. Еще в течение недели за медицинской помощью не обращался. При обращении в поликлинику по месту жительства при рентгенографии органов грудной клетки патологии не выявлено.

В анализах крови отмечались лейкоцитоз - 14×10^9 /л, увеличение СОЭ до 24 мм/ч. Был назначен Ампициллин в дозе 2 г/сут, на фоне чего отметил уменьшение температуры тела до субфебрильных цифр и болей в суставах. Сохранялись повышенная потливость, резкая слабость, отсутствие аппетита. Через 5 дней после завершения приема антибиотиков вновь отметил повышение температуры тела до 39°C с ознобом.

При осмотре: Состояние тяжелое. Заторможен. Ортопноэ. Температура тела $39,5^{\circ}\text{C}$. Пониженного питания. Кожные покровы бледные с желтушным оттенком, влажные, тургор снижен, на ладонях безболезненные геморрагические пятна 3 мм в диаметре. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. При сравнительной перкуссии легких - звук с коробочным оттенком, с притуплением в нижних отделах. Границы легких в норме. При аускультации дыхание жесткое, влажные хрипы в нижних отделах обоих легких. ЧД - 24 в минуту. Верхушечный толчок в шестом межреберье по левой передней подмышечной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - верхний край III ребра, левая - по левой передней подмышечной линии в

VI межреберье. При аускультации сердца: тоны сердца ритмичные, ослабление I тона в VI межреберье по левой передней подмышечной линии, ослабление II тона во II межреберье справа от грудины. Во II межреберье справа от грудины и в точке Боткина-Эрба - мягкий дующий протодиастолический шум, в VI межреберье по левой передней подмышечной линии - систолический шум. Пульс высокий, скорый, ритмичный, симметричный на обеих руках. ЧСС - 115 удара в минуту. АД - 130/40 мм рт. ст. Пульсация сонных артерий. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 14×12×10 см. Пальпация печени умеренно болезненна. Селезенка пальпируется у края реберной дуги, мягкая, болезненная. Поперечник - 10 см, длинник - 12 см.

Общий анализ крови: гемоглобин - 85 г/л, лейкоциты - 22×10^9 /л, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы - 78%, эозинофилы - 1%, лимфоциты - 8%, моноциты - 5%. СОЭ - 38 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий билирубин - 41,2 мкмоль/л, СРБ +++, фибриноген - 6,5 г/л, альбумины - 40%, ревматоидный фактор +.

Общий анализ мочи: удельный вес - 1010, белок - 0,99 г/л, лейкоциты - 5-6 в поле зрения, выщелоченные эритроциты - 5-8 в поле зрения.

ЭхоКГ: толщина задней стенки левого желудочка и межжелудочковой перегородки - 1,0 см. Расширение полости левого желудочка: конечный диастолический размер левого желудочка - 6,0 см, размер левого предсердия - 5,5 см. На створке аортального клапана имеется эхогенное образование размерами 1,0×0,8 см. Аортальная регургитация III степени, митральная регургитация II степени.

Вопросы: 1. Выделите синдромы, имеющиеся у больного.

2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.

3. Какое самое главное дополнительное исследование необходимо выполнить больному для уточнения диагноза? Как правильно выполнить данное исследование?

4. Назовите основные принципы лечения больного и показания к хирургическому лечению.

5. Какие меры и кому должны были быть предприняты для профилактики развития данного заболевания?

Ситуационная задача 9

Пациент 69 лет направлен врачом-терапевтом участковым в клинику с жалобами на выраженную одышку при незначительной физической нагрузке, приступы удушья по ночам. Ухудшение состояния наблюдается около недели до госпитализации.

Из анамнеза: 6 лет назад диагностирована дилатационная кардиомиопатия. Больной постоянно получал подобранное лечение: Гипотиазид - 12,5 мг в сутки, Фозиноприл - 20 мг ежедневно, Карведилол - 12,5 мг 2 раза в день. Наблюдалась слабость при физической нагрузке. Пациент сообщил, что несколько дней назад после переохлаждения появился кашель, повышалась температура тела до 37,4°C. Вследствие нарастания слабости, прекратил прием Карведилола, использовал обильное питье, витамины. Состояние ухудшилось.

Объективно: вес - 76 кг, рост - 168 см. Цианоз. При аускультации: застойные хрипы в легких с двух сторон; тоны сердца глухие, ритмичные, протодиастолический ритм галопа. ЧСС - 105 ударов в минуту. АД - 105/70 мм рт. ст. Симметричные отеки нижних конечностей.

В анализах крови: натрий - 138 ммоль/л, калий - 3,9 ммоль/л.

ЭКГ: синусовый ритм, блокада левой ножки пучка Гиса, желудочковые экстрасистолы. QRS 0,13 сек.

ЭхоКГ: диффузная гипокинезия стенок левого желудочка, фракция выброса - 36%, конечный диастолический размер левого желудочка - 69 мм.

Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Чем обусловлена тяжесть состояния пациента? Что способствовало развитию декомпенсации сердечной недостаточности? Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какие группы препаратов следует назначить больному? Как быть с назначенным ингибитором АПФ фозиноприлом в связи с АД 105/70 мм рт. ст. - отменить, уменьшить или увеличить дозу? Как быть с Карведилолом?

5. Если, несмотря на проведение адекватной терапии, не удастся добиться стойкой компенсации сердечной недостаточности, имеются ли резервы в лечении?

Ситуационная задача 10

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

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

На ЭКГ ритм неправильный, зубцы Р отсутствуют.

Вопросы: 1. Выделите ведущий синдром.

2. Установите предварительный диагноз.

3. Наметьте план обследования пациента на первом этапе.

4. Определите тактику лечения.

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

Ситуационная задача 11

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

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

Вопросы: 1. Выделите и обоснуйте ведущий синдром.

2. Установите предварительный диагноз.

3. Наметьте план обследования пациента на первом этапе.

4. Определите круг дифференциального диагноза.

5. Определите тактику лечения.

Ситуационная задача 12

Больная А. 38 лет поступила по скорой помощи в приемное отделение стационара с жалобами на пульсирующую головную боль, сопровождающуюся чувством сдавления

головы, сердцебиением, потливостью, ознобом. За последние 6 месяцев отмечает похудание на 4 кг. Измеряла АД нерегулярно.

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

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

Отмечалось кратковременное синкопальное состояние.

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

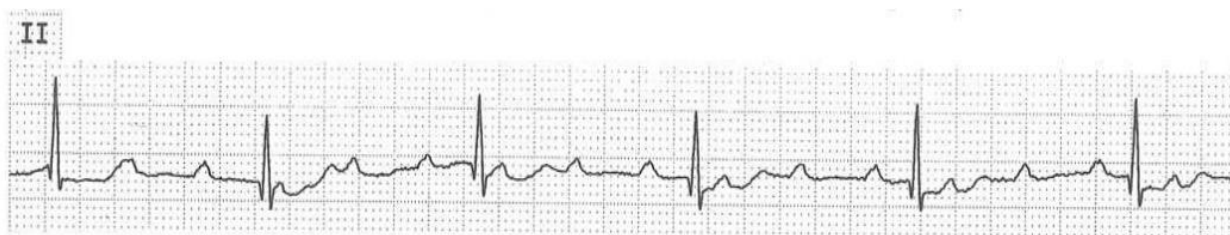
- Вопросы:**
1. Выделите ведущие синдромы.
 2. Установите предварительный диагноз.
 3. Наметьте план обследования пациентки на первом этапе.
 4. Определите круг дифференциального диагноза.
 5. Определите тактику лечения.

Ситуационная задача 13

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

Объективно: сознание ясное. Выраженный цианоз губ, граница относительной сердечной тупости сердца смещена влево на 2 см. Тоны сердца глухие, ритмичные. Временами выслушивается громкий (пушечный) I тон. ЧСС - 34 удара в минуту. АД - 180/100 мм рт. ст. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. Печень выступает из-под реберной дуги на 5 см, край ее плотный, чувствительный при пальпации. Симметричные отеки на ногах до верхней трети голени.

Представлена ЭКГ (скорость 25 мм/с):

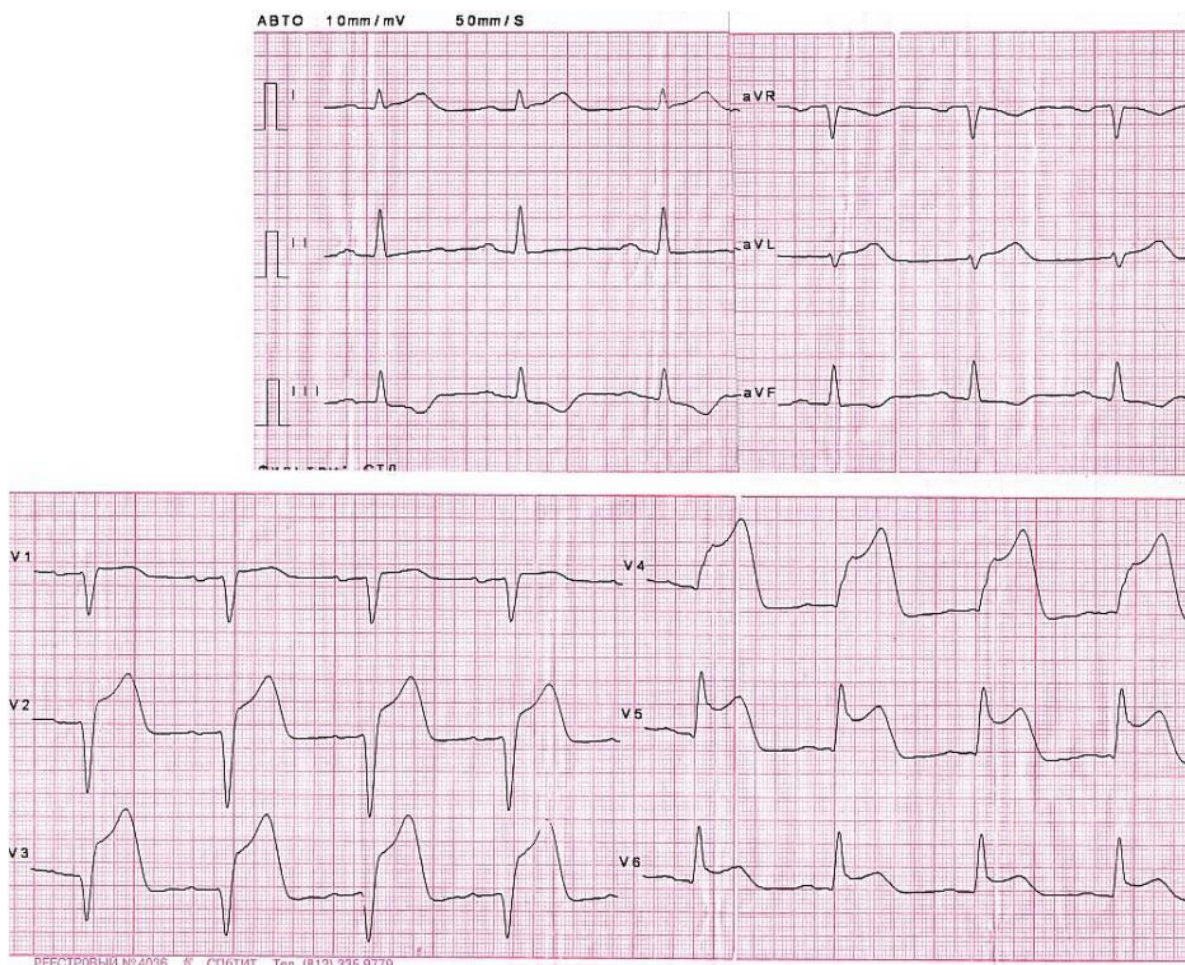


- Вопросы:**
1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
 2. Назовите отклонения от нормы, видимые на представленной ЭКГ, и сформулируйте ЭКГ-заключение.
 3. Какой синдром является ведущим в клинической картине данного заболевания?
 4. Среди каких сходных состояний требуется провести дифференциальную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

Ситуационная задача 14

В поликлинику обратился мужчина 42 лет с впервые возникшим приступом интенсивной сжимающей загрудинной боли без отчетливой иррадиации, сопровождающейся тошнотой, профузным потоотделением, одышкой. К моменту обращения длительность приступа около 3 часов. Курит много лет, 10-15 сигарет в день. Артериальной гипертензии и других заболеваний сердечно-сосудистой системы, сахарного диабета, неврологических заболеваний, травм головы, коагулопатий и значительных кровотечений в анамнезе нет.

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



Вопросы:

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

Ситуационная задача 15

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

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

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

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

Вопросы:

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

Ситуационная задача 16

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

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

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

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

Вопросы: 1. Какое нарушение ритма у больного?

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

Ситуационная задача 17

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

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

Вопросы:

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

Ситуационная задача 18

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

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

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

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

Анализ мочи на микроальбуминурию – 200 мг/сутки.

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

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

Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Какие группы антигипертензивных препаратов Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Правильно ли назначена комбинация бетаблокатор и диуретик? Обоснуйте свой выбор.

5. Через 6 месяцев регулярной антигипертензивной терапии (комбинация Амлодипина в дозе 10 мг/сутки и препарата из группы блокаторов РААС (ингибитор АПФ или антагонист рецепторов к ангиотензину II) + Розувостатин 20 мг/сутки + соблюдение диеты – АД в пределах 120–130/70–80 мм рт.ст., глюкоза натощак – 5,4 ммоль/л, общий холестерин – 5,0 ммоль/л, ТГ – 1,8 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,2 ммоль/л, креатинин – 100 мкмоль/л, СКФ (по формуле Кокрофта-Голта) = 65,3 мл/мин; альбуминурия – 10 мг/сутки. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Ситуационная задача 19

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

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

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

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

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

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Какие группы антигипертензивных препаратов Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

5. Через 6 месяцев регулярной антигипертензивной терапии (комбинация Амлодипина в дозе 5 мг/сутки и ингибитора АПФ Эналаприла 20 мг/сутки) + соблюдение диеты – АД в пределах 120–130/70–80 мм рт. ст., мочевая кислота – 300 мкмоль/л, креатинин – 78 мкмоль/л; альбуминурия – 0 мг/сутки. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Ситуационная задача 20

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

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

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

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

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

Вопросы:

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

Ситуационная задача 21

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Вопросы:

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

Ситуационная задача 22

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

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

В общем анализе крови: эритроциты – $4,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 142 г/л, цветовой показатель – 0,85, лейкоциты - $11 \times 10^9/л$, палочкоядерные - 8%, сегментоядерные - 72%, лимфоциты - 16%, моноциты - 4%. СОЭ - 25 мм/ч.

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

В биохимическом анализе крови: глюкоза крови - 5,2 ммоль/л, НВА1с - 5,6%, АЛТ - 25 МЕ/л, АСТ - 15 МЕ/л, креатинин - 75 мкмоль/л.

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

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

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

Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

4. Назначьте терапию. Обоснуйте свой выбор.

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

Ситуационная задача 23

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

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

Вопросы: 1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.

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

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

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

5. Выберите и обоснуйте Вашу дальнейшую врачебную тактику.

Ситуационная задача 24

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

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

Вопросы:

1. Предположите и обоснуйте наиболее вероятный диагноз.

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

3. Каковы долгосрочные цели лечения данного пациента?

4. Определите оптимальную тактику лечения данного больного.

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

Ситуационная задача 25

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

ЭКГ:



Вопросы:

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

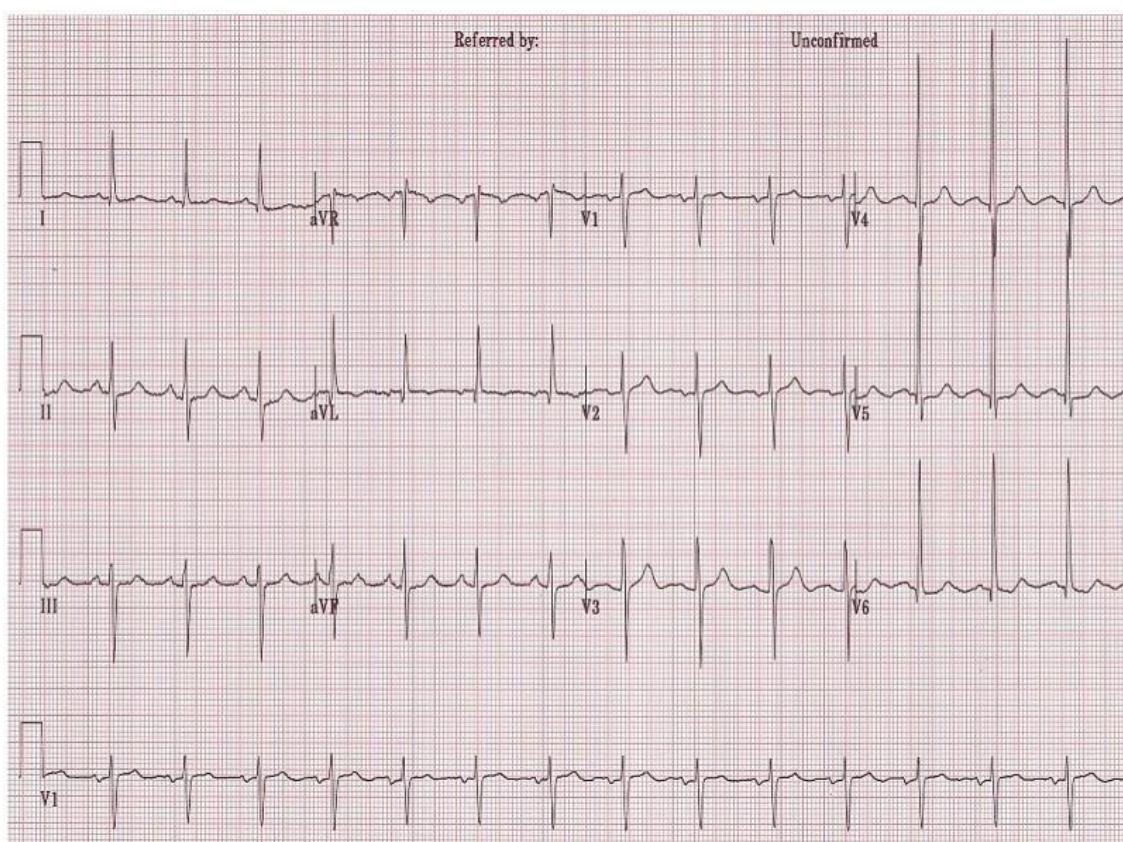
Ситуационная задача 26

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

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

В общем анализе крови без патологических изменений.

Представлена ЭКГ (скорость 25 мм/с):



Вопросы:

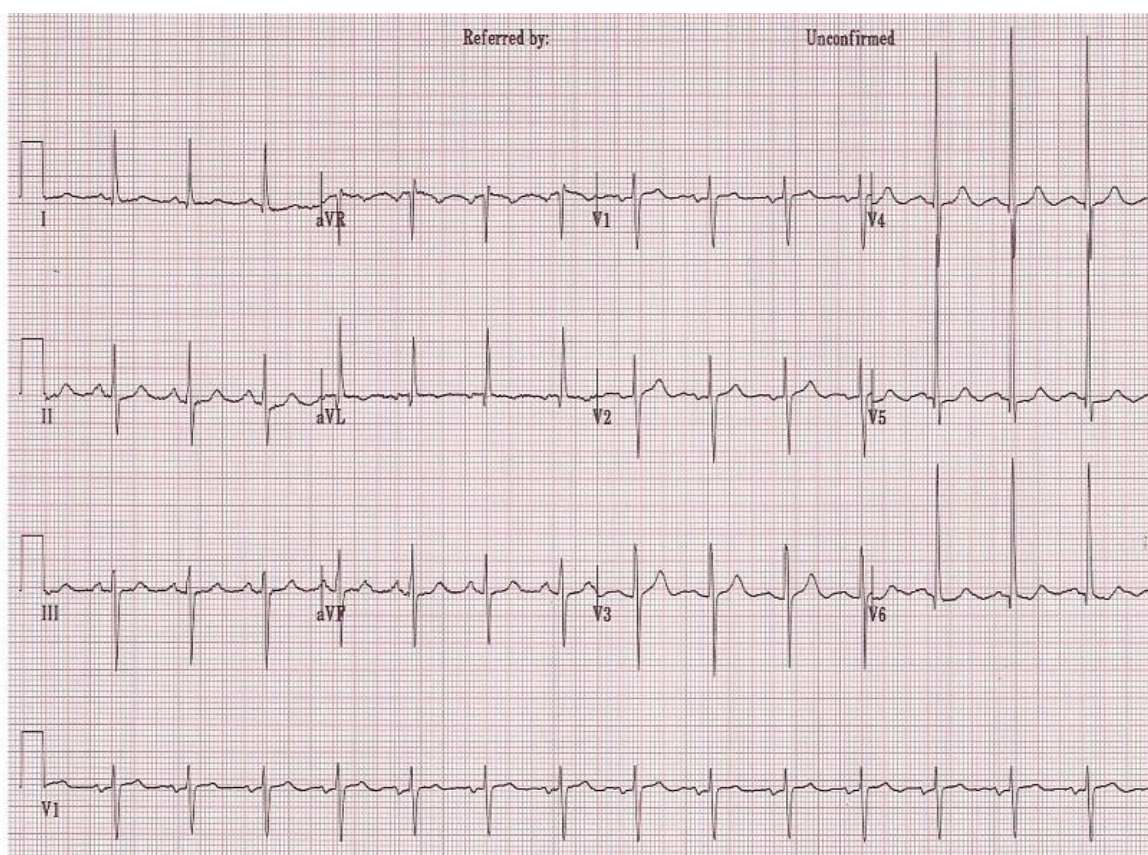
1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Назовите отклонения от нормы, видимые на представленной ЭКГ, и сформулируйте ЭКГ-заключение.
3. Какой синдром является ведущим в клинической картине данного заболевания?
4. Среди каких неотложных состояний требуется провести дифференциальную диагностику?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

Ситуационная задача 27

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

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

Представлена ЭКГ (скорость 25 мм/с):



Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

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

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

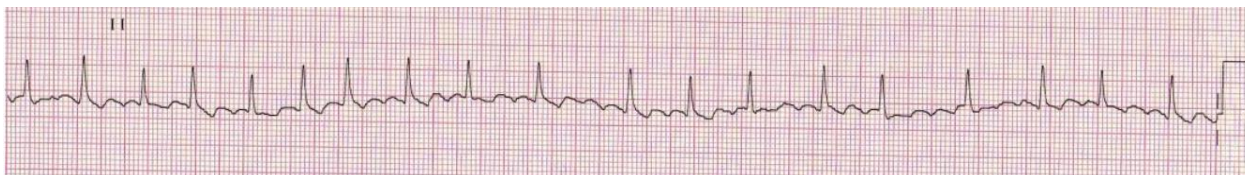
4. Среди каких неотложных состояний требуется провести дифференциальную диагностику?

5. С введения каких препаратов следует начинать купирование данного неотложного состояния?

Ситуационная задача 28

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

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



Вопросы: 1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

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

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

4. Среди каких сходных состояний требуется провести дифференциальную диагностику?

5. С введения каких препаратов следует начинать купирование данного неотложного состояния?

Ситуационная задача 29

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

Вопросы:

1. Предположите причину учащения приступов астмы и снижения пиковой скорости выдоха.

2. Предположите альтернативные антиангинальные препараты в данной ситуации.

3. Какие нежелательные эффекты может вызвать Верапамил?

4. При ЭХО-кардиографии у больного обнаружена фракция выброса 35%. Верапамил отменен. Предложите антиангинальную терапию.

5. Бисопролол также обладает отрицательным инотропным действием. Будет ли латентная сердечная недостаточность противопоказанием к применению Бисопролола?

Ситуационная задача 30

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

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

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

Состояние больного не улучшается.

Вопросы:

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

Ситуационная задача 31

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

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

Семейный анамнез: отец внезапно умер в возрасте 59 лет.

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

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

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

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

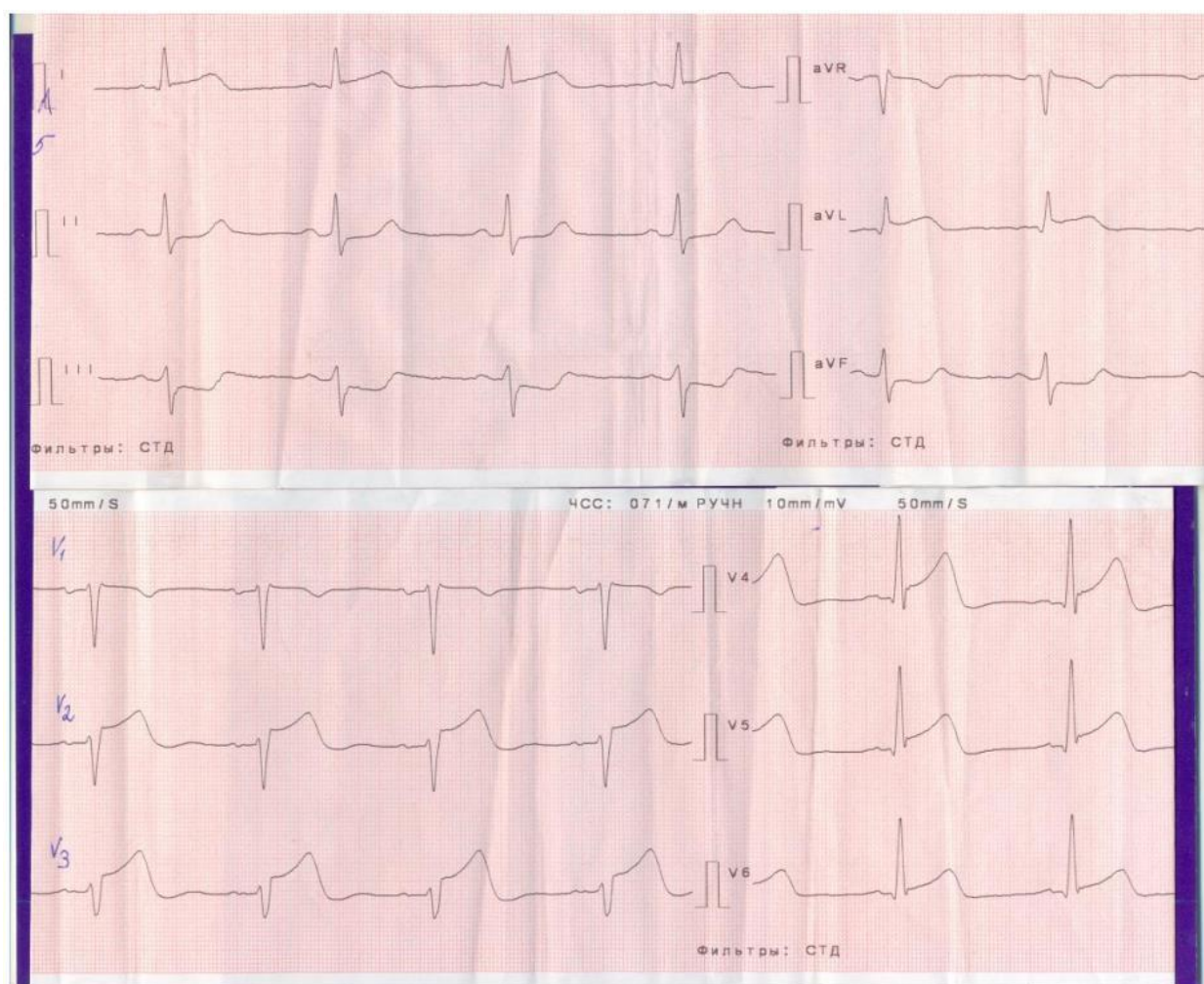
Вопросы:

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

Ситуационная задача 32

Мужчина 47 лет вызвал бригаду скорой помощи в связи с появлением давящей боли за грудиной. Боль появилась 40 минут назад, в покое, не купировалась 2 дозами Изокета. Пациент отмечает выраженную слабость, потливость. Ранее боли за грудиной не беспокоили, физическую нагрузку переносил хорошо. В течение 6 лет периодически повышалось АД до 160/100 мм рт. ст. При повышении АД принимал Каптоприл, постоянно гипотензивные препараты не получал. Курит 25 лет по 1 пачке сигарет в день. Наследственность не отягощена.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы влажные. ЧДД - 18 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС - 70 ударов в минуту, АД - 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Пульс на сосудах нижних конечностях сохранен. Зарегистрирована ЭКГ:



Больной доставлен в приемное отделение больницы с отделением рентгеноэндоваскулярных вмешательств в течение 20 минут.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какой метод реперфузии показан больному? Обоснуйте свой выбор.
5. Какая антитромботическая терапия показана больному при поступлении в стационар, если известно, что на догоспитальном этапе она не проводилась? Результаты анализов: троп-тест отрицательный, креатинин - 0,09 ммоль/л, сахар - 6,5 ммоль/л.

Ситуационная задача 33

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

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

Семейный анамнез: отец внезапно умер в возрасте 59 лет.

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

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

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

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

Вопросы:

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

Ситуационная задача 34

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

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

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

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

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

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

Вопросы:

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

Ситуационная задача 35

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

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

Наследственность: отец – внезапная смерть в 43 года.

При осмотре: состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы и слизистые обычной окраски, высыпаний нет. Периферических отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧД – 14 в минуту. Верхушечный толчок усилен, концентрический. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС – 60 ударов в минуту. В области верхушки и вдоль левого края грудины выслушивается интенсивный систолический шум. АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются. Стул оформленный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Пациенту снята ЭКГ - ритм синусовый, правильный, ЧСС - 64 в минуту. Отклонение ЭОС влево. $RV_6 > RV_5 > RV_4$. Индекс Соколова-Лайона - 45 мм.

Вопросы:

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

Ситуационная задача 36

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

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

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

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

Вопросы:

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

Ситуационная задача 37

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

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

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

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

Вопросы:

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

Ситуационная задача 38

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

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Рост - 170 см, вес - 98 кг. ИМТ – 33,91 кг/м². Гиперстеническое телосложение. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Перкуторно над поверхностью легких ясный легочный звук. ЧДД - 17 в минуту. Аускультативно: на верхушке сердца ослабление I тона, над аортой - акцент II тона. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД - 170/100 мм рт. ст. ЧСС - 88 ударов в минуту. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Физиологические отправления в норме.

В анализах: общий холестерин – 5,6 ммоль/л, ТГ – 2,4 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,9 ммоль/л, ХС-ЛПНП - 3,57 ммоль/л; креатинин – 89 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-ЕРІ) = 84 мл/мин.

На ЭКГ: ритм синусовый, правильный с ЧСС - 88 ударов в минуту. Гипертрофия миокарда левого желудочка.

Вопросы:

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

Ситуационная задача 39

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

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

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

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

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

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

- Вопросы:**
1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
 4. Назначьте лечение и обоснуйте.
 5. При проведении стресс-эхокардиографии выявлено ухудшение локальной сократимости миокарда в 4 сегментах. Ваша тактика ведения.

Ситуационная задача 40

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

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

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

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

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Критерии основного диагноза.
3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?
4. Дополнительные методы обследования.
5. Лечебная тактика, выбор препаратов.

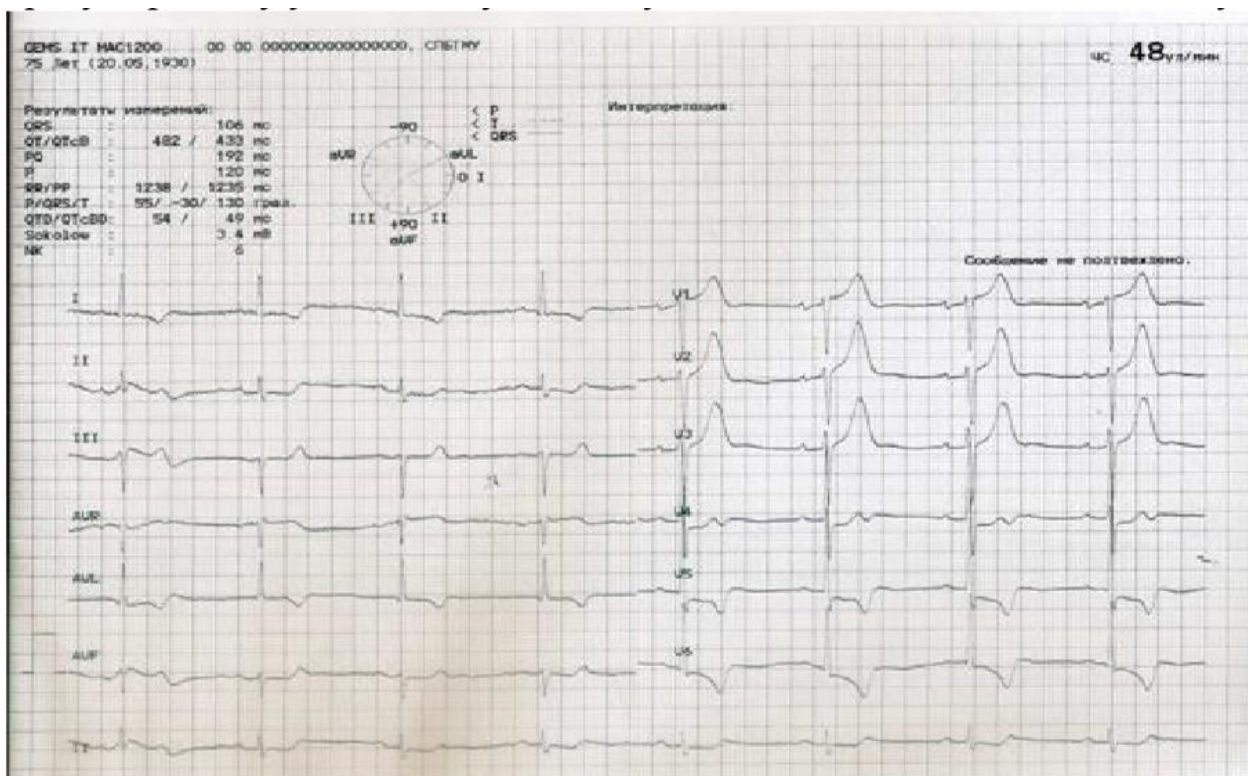
Ситуационная задача 41

Больного В. 52 лет, инженера-строителя, в течение года беспокоят приступы давящих загрудинных болей при быстрой ходьбе и подъеме на 3-й этаж, длящихся 5 минут и проходящих в покое или после приема Нитроглицерина.

В последние 2 недели приступы участились, стали возникать при ходьбе в обычном темпе, появились приступы в покое. Обратился к врачу-терапевту участковому в поликлинику. При съемке ЭКГ патологических изменений выявлено не было.

Врач-терапевт участковый рекомендовал прием длительно действующих нитратов и направил больного на холтеровское мониторирование ЭКГ. Характер жалоб у больного не изменился, а при холтеровском мониторировании ЭКГ в момент «привычных» для больного приступов боли зафиксированы синусовая тахикардия, желудочковые экстрасистолы и депрессия сегмента ST, достигающая 2 мм в отведениях I, V4-V6.

На следующий день после проведения мониторирования при повторном обращении к врачу-терапевту участковому на ЭКГ у больного в покое отмечены следующие изменения:



Вопросы: 1. Ваш предположительный диагноз.

2. Критерии основного диагноза.

3. Составьте план дополнительного обследования.

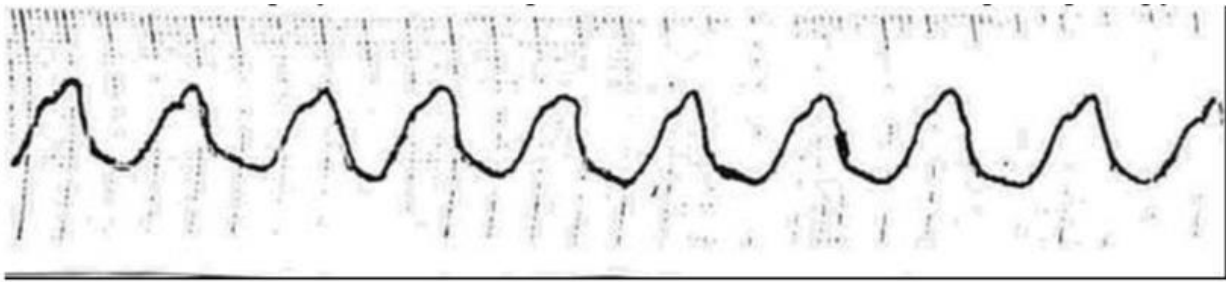
4. Укажите факторы, определяющие группу риска у данного пациента. 5. Лечебная тактика.

Ситуационная задача 42

К больной 71 года вызван врач скорой помощи. Жалобы на одышку, слабость, головокружение и учащенное сердцебиение в течение 15 минут. Анамнез заболевания: перенесла Q инфаркт миокарда задненижней стенки левого желудочка в 2012 г., лечилась стационарно. Страдает гипертонической болезнью с цифрами АД 180/90 мм рт. ст. в течение 10 лет. При небольшой физической нагрузке (ходьба на расстояние 200 метров спокойным шагом) бывают загрудинные боли, которые снимаются приемом Нитроглицерина. Приступы в течение последнего полугодия не учащались. Отмечает отеки голеней больше к вечеру. Принимает периодически Кардипин XL, Фуросемид, Дигоксин.

Объективно: состояние средней тяжести. В сознании. Лежит с высоким изголовьем. Кожные покровы бледные, влажные. Акроцианоз. Пульс - 120 в 1 минуту, слабого наполнения, ритмичный. АД - 90/60 мм рт. ст. Границы относительной сердечной тупости слева в V межреберье от *lin.medioclavicularis sin.* + 2 см. Тоны сердца приглушены, I тон на верхушке ослаблен. Акцент II тона на легочной артерии. Частота дыхания - 26 в 1 минуту. В легких жесткое дыхание, мелкие влажные хрипы в нижних отделах. Печень + 5 см ниже реберной дуги. Отеки голеней.

На ЭКГ, снятой сразу после осмотра больной с целью оценки характера нарушений ритма:



- Вопросы:**
1. Дайте описание изменений на электрокардиограмме.
 2. Ваш предположительный диагноз.
 3. Проведите обоснование Вашего предположительного диагноза.
 4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациентки.
 5. Лечебная тактика, выбор препаратов.

Ситуационная задача 43

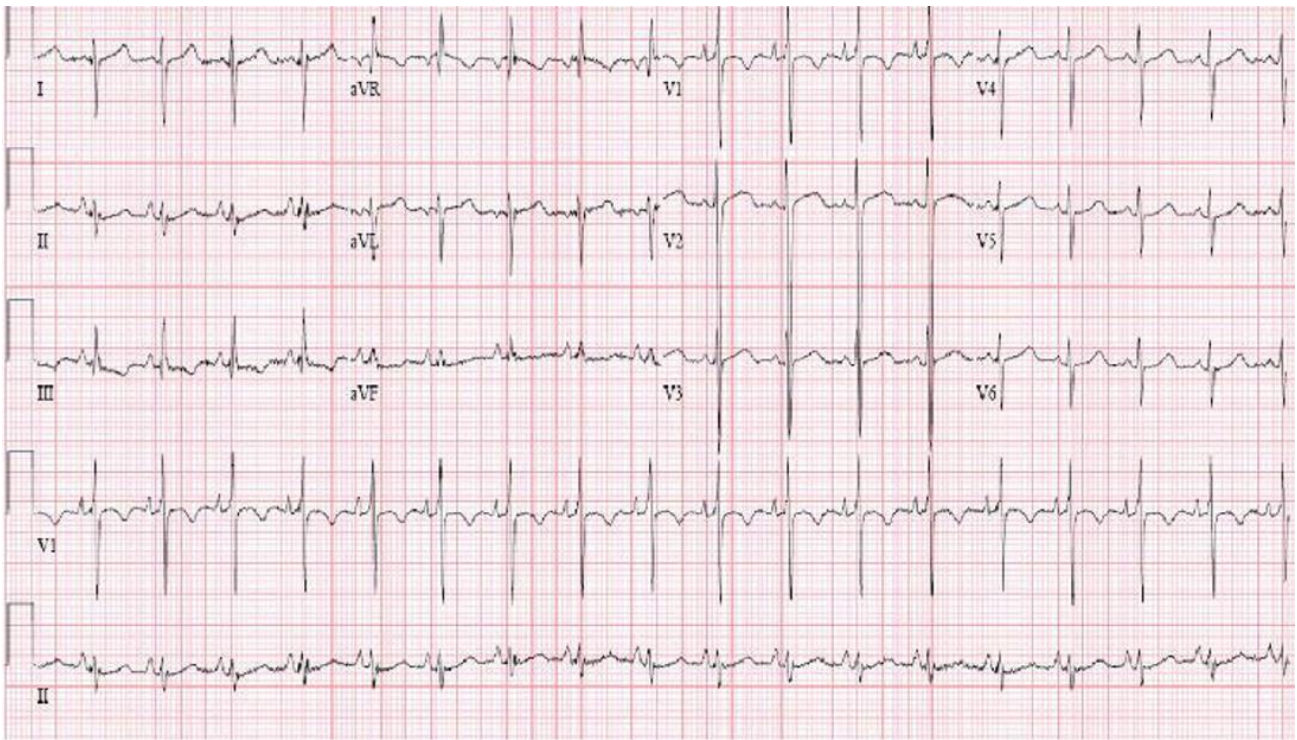
Пациентка А. 34 лет (не работает) поступила в клинику с жалобами на повышение температуры тела до $38,4^{\circ}\text{C}$, сопровождающееся интенсивной ночной потливостью; ознобами; отеками голеней, увеличением объема живота, болью в правом подреберье, точечными высыпаниями на голенях. Из анамнеза: курит в течение 20 лет до 2 пачек сигарет в день, в течение последних 2-х лет страдает инъекционной наркоманией. Наследственность не отягощена. Из перенесенных заболеваний отмечает скарлатину в детстве. Аллергологический анамнез не отягощен. Считает себя больной в течение полутора месяцев, когда стала отмечать нарастающую слабость, ночную потливость, повышение температуры тела до $38,4^{\circ}\text{C}$, сопровождающееся ознобами. За помощью не обращалась. Самостоятельно принимала жаропонижающие. В течение последних двух недель отметила нарастание отеков на ногах, увеличение объема живота, появление боли в правом подреберье.

Объективно: состояние средней тяжести, температура тела $37,8^{\circ}\text{C}$, кожные покровы бледные с желтушным оттенком, на коже нижних конечностей элементы геморрагической сыпи, отеки стоп и голеней. Лимфатические узлы не пальпируются. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. Перкуторный звук ясный легочный, локальных притуплений не выявляется. При перкуссии сердца правая граница на 4 см правее правого края грудины, другие границы в пределах нормы. При аускультации тоны сердца ритмичные, ЧСС – 110 в минуту, отмечается ослабление первого тона над мечевидным отростком. Здесь же выслушивается систолический шум, усиливающийся на вдохе. Отмечаются набухшие шейные вены. Живот напряжен, безболезненный, положительный симптом флюктуации. Печень +5 см от края реберной дуги. Край закруглен, мягкоэластической консистенции. Пальпируется край селезенки. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

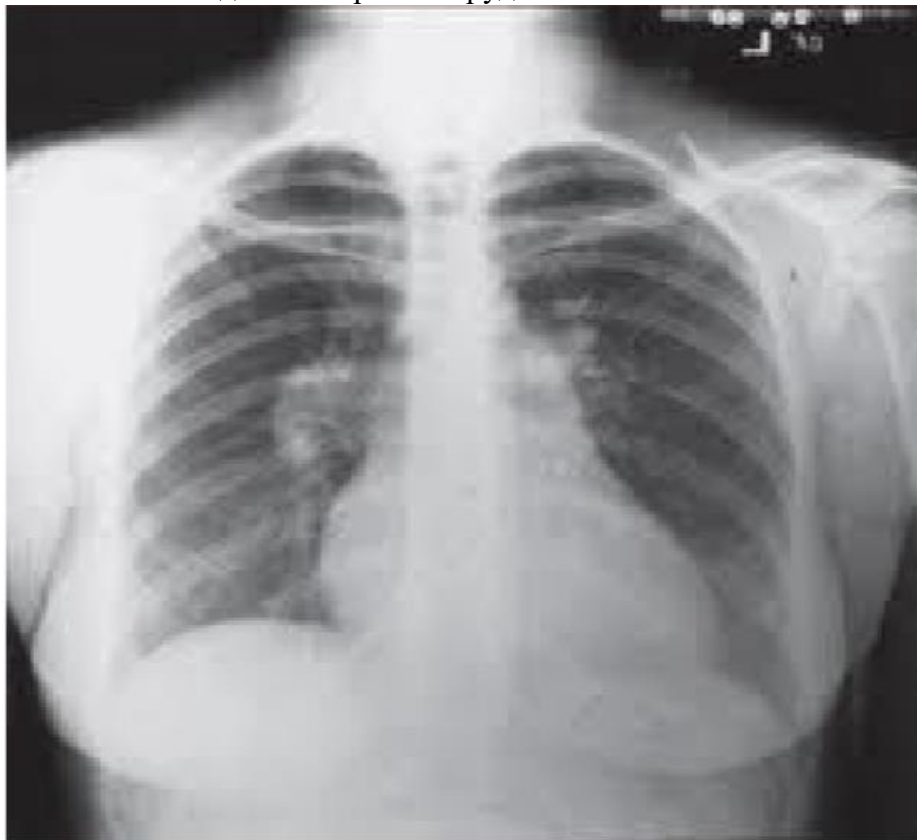
При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 104 г/л, эритроциты - $3,8 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты - $17 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные нейтрофилы - 7%, сегментоядерные нейтрофилы - 80%, лимфоциты - 9%, моноциты - 3%, эозинофилы - 1%, СОЭ - 48 мм/ч. Общий анализ мочи: желтая, прозрачная, рН нормальная, удельный вес - 1016, белок - 0,02%, сахара нет, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эритроцитов нет. Биохимическое исследование крови: билирубин - 38,2 ммоль/л, АСТ - 74, АЛТ - 98, креатинин - 0,108 ммоль/л, глюкоза - 5,7 ммоль/л, холестерин - 5,0 ммоль/л, калий - 4,2 ммоль/л.

Гемокультура: в одной из 3-х проб рост золотистого стафилококка.

ЭКГ:



Рентгенологическое исследование органов грудной клетки:



Вопросы:

1. Выделите синдромы и обоснуйте их (объясните патофизиологический механизм их возникновения).
2. Сформулируйте диагноз.
3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
4. Составьте план обследования для уточнения диагноза.
5. Определите план лечения.

Ситуационная задача 44

Больная М. 56 лет, продавец ювелирного салона, госпитализирована 11.12.2014 г. с жалобами на интенсивную жгучую боль по всей грудной клетке в течение 7,5 часов, с иррадиацией в левое плечо, шею, нижнюю челюсть, локоть, также предъявляла жалобы на испарину, сердцебиение, слабость, одышку в покое, кашель.

Анамнез заболевания: рост - 178 см, вес - 105 кг. Не курит. Отец в 49 лет перенес инфаркт миокарда. С 35 лет пациентка отмечает повышение артериального давления до 180/100 мм рт. ст. Обследована, принимает Периндоприл 10 мг на ночь, Метопролола сукцинат 100 мг утром. В 2011 г. отмечала состояние, характеризующееся потерей двигательной активности правой верхней конечности в течение 3 часов, затем спонтанно двигательная функция восстановилась. Пациентка с 2001 г. страдает сахарным диабетом 2 типа, принимает Метформин 1000 мг/сут. Пользуется глюкометром, сахар крови в пределах 9,5 ммоль/л. С мая 2014 г. отмечает приступы давящих болей за грудиной при физической нагрузке (ходьба по ровной местности до 600 метров) продолжительностью до 5 минут, которые купировались после прекращения ходьбы. Лечилась амбулаторно и стационарно, выставлялся диагноз «ишемическая болезнь сердца», дополнительно назначена Ацетилсалициловая кислота 75 мг/сут, Розувастатин 10 мг/сут, короткодействующие нитраты по потребности. В августе 2014 г. планово проведена коронароангиография, выявлено изолированное поражение передней нисходящей (ПНА) коронарной артерии – 95% стеноз в средней трети. В виду тяжести поражения немедленно выполнено стентирование стеноза ПНА стентом с лекарственным покрытием. Пациентке после выписки рекомендовано продолжить прием терапии, включая Аспирин, Метопролола сукцинат, Периндоприл, Розувастатин и Метформин, а также в течение одного года Клопидогрел 75 мг/сут. За два дня до настоящего ухудшения пациентка прекратила прием Клопидогрела, оправдывая это появившейся кровоточивостью десен. Ухудшение состояния в виде появления интенсивного болевого синдрома в грудной клетке в покое появилось в 06-00. Пациентка самостоятельно приняла 4 таблетки Нитроглицерина без эффекта и в 12-00 после появления одышки и слабости обратилась за медицинской помощью. Вызвала скорую медицинскую помощь (СМП). При осмотре врачом СМП состояние тяжелое за счет болевого синдрома в грудной клетке, одышки, гипотонии (АД - 100/60, ЧСС – 98 в минуту). Записана электрокардиограмма (ЭКГ) (см. ниже). С некупированным болевым синдромом доставлена в приемное отделение.

Объективно: состояние тяжелое за счет болевого синдрома в грудной клетке, одышки, гипотонии. При осмотре кожные покровы мраморной окраски, холодные, выражено влажные. Сохраняется одышка в покое, частота дыхания до 28 в минуту, пациентка принимает вынужденную позу полусидя. Аускультативно над всеми легочными полями влажные мелкопузырчатые хрипы. Пульс на лучевых артериях выражено ослаблен, нитевидный, 120 ударов в минуту. Аускультативно в области сердца ослаблен I тон, тахикардия до 120 в минуту, выслушивается систолический шум на верхушке. Артериальное давление на правой верхней конечности - 80/50 мм рт. ст., на левой верхней конечности - 75/50 мм рт. ст. Отеков на нижних конечностях нет. По ЭКГ в приемном отделении без динамики, по сравнению с пленкой СМП. Дополнительные методы обследования. Общий анализ крови: гемоглобин - 139 г/л, лейкоциты – 11×10^9 /л, эритроциты – $4,8 \times 10^{12}$ /л, СОЭ – 8 мм/час.

Биохимический анализ крови: сахар – 22 ммоль/л, креатинкиназа общая фракция – 1900 Е/л, креатинкиназа-МВ фракция – 102 Е/л, тропонин Т – 2,9 нг/мл; общий холестерин – 6,2 ммоль/л, холестерин липопротеинов низкой плотности – 4,1 ммоль/л; рН крови – 7,2.

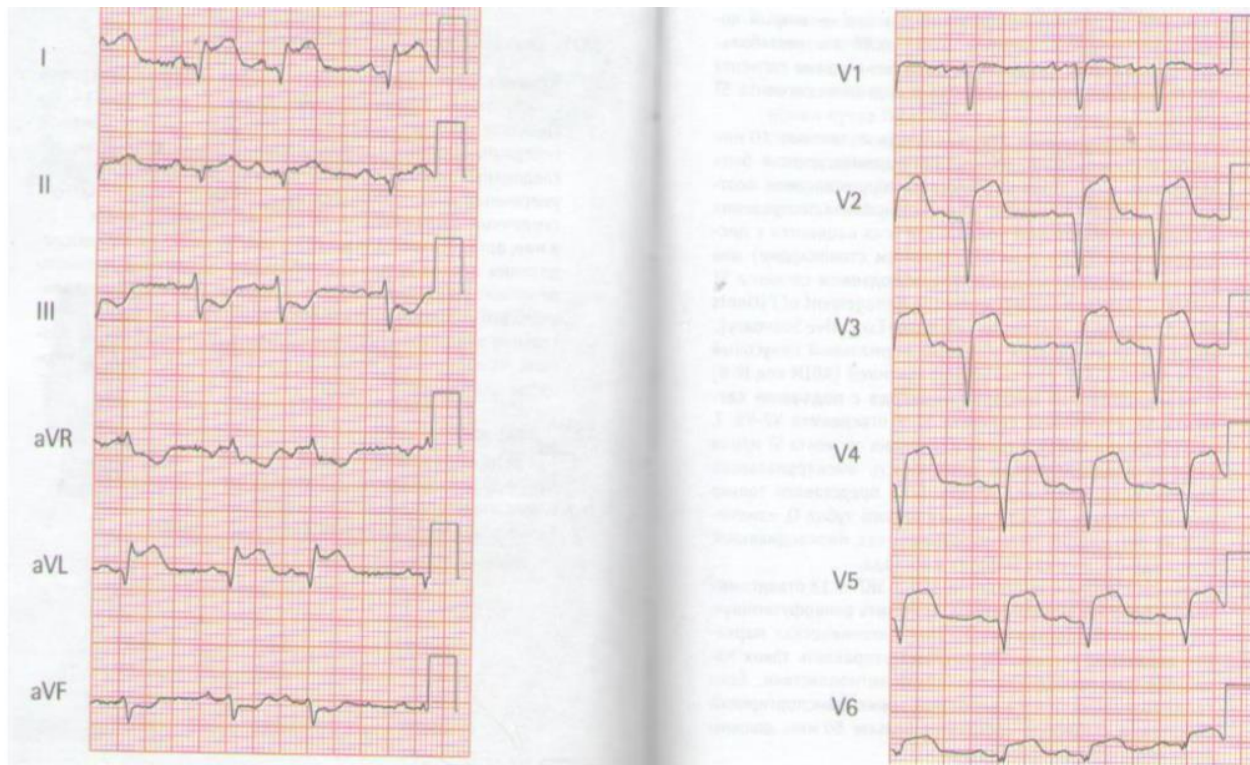
По ЭхоКГ фракция выброса левого желудочка – 38%, выраженная митральнопиллярная дисфункция, регургитация на митральном клапане III, гипертрофия миокарда левого желудочка.

По данным измерения инвазивной гемодинамики центральное венозное давление - 260 мм вод. ст. (N - 90-110 мм. вод. ст.). Давление заклинивания легочных капилляров – 23

мм рт. ст. (N - 10-18 мм рт. ст.). Сердечный индекс – 1,9 л/мин/м² (N - 2,5-4,5 л/мин/м²). Сатурация – 69% (N - 80-100).

Рентгенологически в легких венозный застой III степени, тень сердца расширена влево.

ЭКГ на этапе СМП:



Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
4. Составьте план дополнительных обследований.
5. Назначьте лечение.

Ситуационная задача 45

Больная Т. 35 лет, офис-менеджер, доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение городской больницы в связи с внезапно начавшимся приступом одышки смешанного характера, сердцебиением, колющей болью в прекардиальной области, головокружением и общей слабостью. В анамнезе отмечено, что за 5 суток до приступа одышки у больной появились мягкий отек правой нижней конечности от стопы до паховой складки, незначительный цианоз и умеренная болезненность конечности. В последующем указанные симптомы сохранялись, пыталась лечиться самостоятельно, используя различные мази с антибиотиками и спиртовые компрессы. Настоящий приступ одышки возник впервые в конце продолжительного рабочего дня на фоне полного благополучия. Из анамнеза жизни известно, что пациентка работает в офисе и проводит большую часть времени в положении сидя, ведет малоподвижный образ жизни, курит, применяет комбинированные оральные контрацептивы.

Объективно: состояние тяжелое. Кожа и видимые слизистые бледные, чистые, видимая пульсация шейных вен. Отмечается отек правой нижней конечности, мягкий и теплый наощупь, распространяющийся от уровня стопы до верхней трети бедра со слабо выраженным цианозом, умеренной болезненностью при пальпации и сохраненной

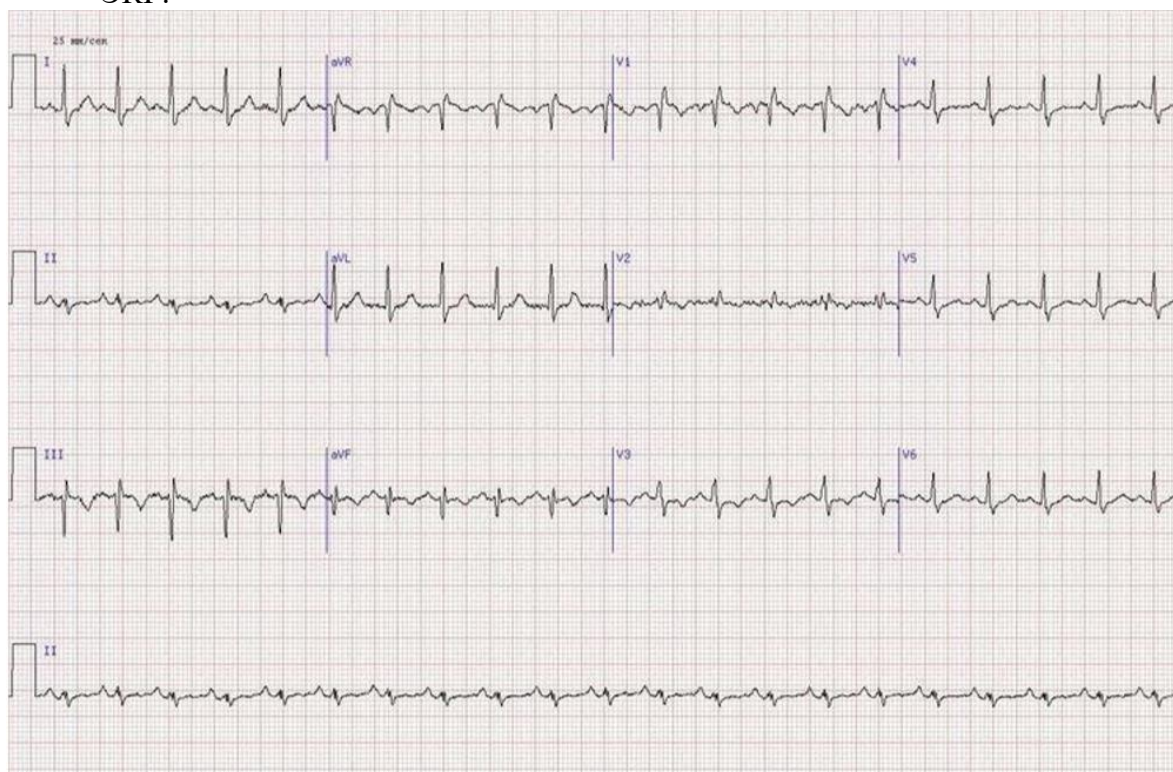
пульсацией на артериях стопы, подколенной и общей бедренной артериях. Суставы без патологии. Грудная клетка правильной формы. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхания - 25 в минуту. Пульс одинаковый на обеих лучевых артериях, слабого наполнения, 110 в минуту, АД - 90/65 мм рт. ст. Акцент II-тона в точке выслушивания клапана легочной артерии. Шумов нет. Живот симметричный, мягкий, безболезненный во всех отделах при поверхностной и глубокой пальпации. Печень выступает из-под реберной дуги на 1 см. Симптом поколачивания отрицательный. Индекс массы тела более 31 кг/м². Субфебрилитет.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 130 г/л, эритроциты - $4,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $5,7 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 50%, лимфоциты - 35%, моноциты - 4%; СОЭ - 24 мм/ч.

Общий анализ мочи: соломенно-желтая, прозрачная, рН кислая, удельный вес - 1010, эпителий - 2-4 в поле зрения, эритроциты, цилиндры, соли не определяются.

Биохимическое исследование крови: билирубин общий - 12,8 мкмоль/л, креатинин - 0,093 ммоль/л, глюкоза - 6,9 ммоль/л, холестерин - 6,2 ммоль/л, калий - 3,7 ммоль/л, общий белок - 75 г/л, фибриноген - 8,2 г/л, СРБ - 25 мг/л.

ЭКГ:



Рентгенография ОГК:



- Вопросы:** 1. Выделите синдромы, определите ведущий.
2. Интерпретируйте представленную электрокардиограмму.
3. Сформулируйте диагноз.
4. Составьте план дополнительных обследований.
5. Назначьте лечение.

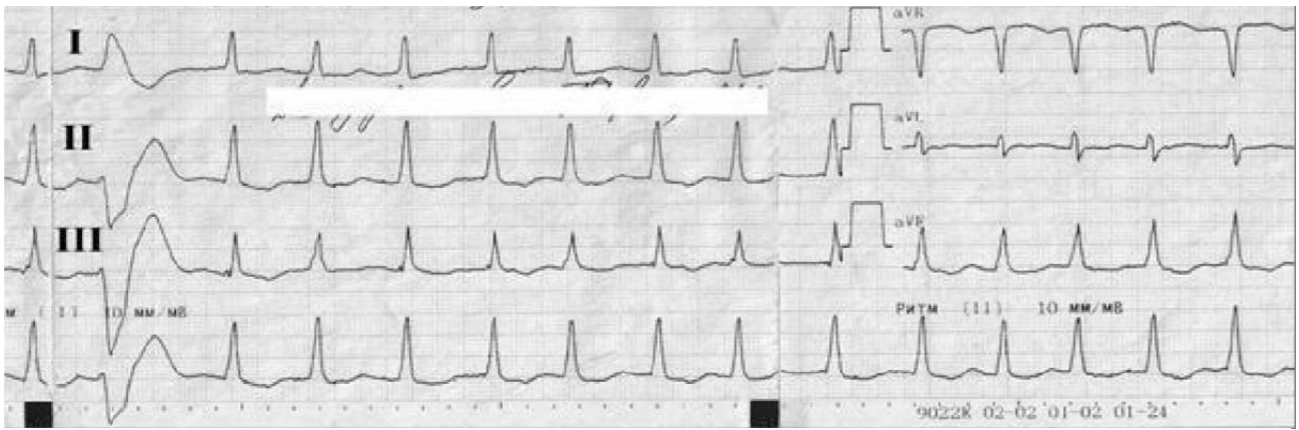
Ситуационная задача 46

Больная М. 52 лет бухгалтер, госпитализирована с жалобами на неритмичное сердцебиение, общую слабость, головокружение, быструю утомляемость, одышку при ускоренной ходьбе. Анамнез заболевания: в течение 15 лет отмечает повышение артериального давления до максимальных 190/120 мм рт. ст. Регулярно принимает Эналаприл 10 мг 2 раза в сутки, Амлодипин 5 мг вечером. Адаптированным давлением считает 140/100 мм рт. ст. Болей в грудной клетке никогда не отмечала. Ухудшение состояния отмечает в течение 3-х дней, когда впервые в жизни появились вышеописанные жалобы. Учитывая их прогрессирующий характер, вызвала скорую помощь.

Объективно: сознание ясное, активна. Отеков нет. Рост - 178 см, вес - 107 кг. Отложение подкожно-жирового слоя на бедрах и животе. Кожные покровы повышенной влажности. Грудная клетка гиперстеническая. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Область сердца не изменена. Левая граница сердца – на 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии в V межреберье слева. Тоны сердца неритмичные. ЧСС - 121 ударов в минуту. АД в покое сидя - 170/115 мм рт. ст. Пульс на лучевых артериях симметричный, неритмичный, неравномерный с частотой 100 ударов в минуту.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные. Липидограмма: общий ХС - 5,9 ммоль/л (норма менее 5,0 ммоль/л), ХС ЛНП - 3,5 ммоль/л (норма - менее 3,0 ммоль/л), ХС ЛВП - 0,9 ммоль/л (норма - более 1,0 ммоль/л), ТГ - 2,0 ммоль/л (норма - менее 1,7 ммоль/л). Эхо-КГ: толщина задней стенки ЛЖ - 1,3 см (норма - 0,8-1,1 см), ФВ ЛЖ - 53% (норма - 55-75%).

Записана ЭКГ:



Вопросы:

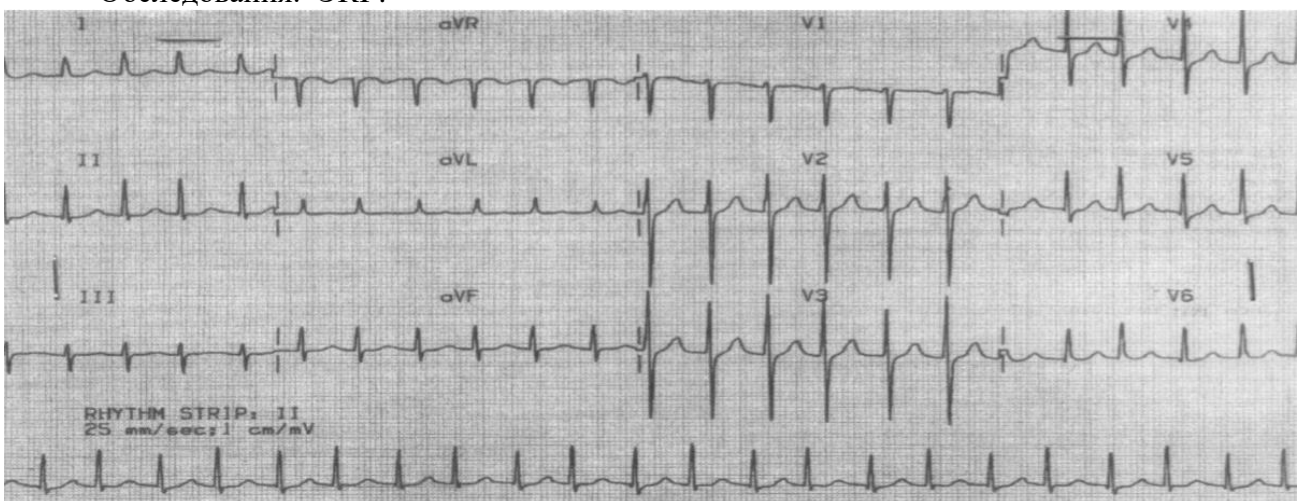
1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Интерпретируйте представленную электрокардиограмму.
3. Составьте план дополнительных обследований.
4. Какие заболевания необходимо дифференцировать?
5. Назначьте лечение.

Ситуационная задача 47

Больная Н. 46 лет, стюардесса внутренних авиалиний, обратилась с жалобами на приступы сильного учащенного сердцебиения, не связанные с физической нагрузкой, сопровождающиеся ноющими болями в прекардиальной области, периодические перебои в работе сердца. Из анамнеза: приступы учащенного сердцебиения появились в течение последнего года, участились в течение трех месяцев, двукратно отмечала обмороки. В детстве диагностировали «изменения на ЭКГ», которые в дальнейшем не подтверждались.

Объективно: больная нормального питания. Кожные покровы чистые, умеренной влажности. Отеков нет. Лучезапястные суставы гиперподвижны. Плоскостопие. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Перкуторно: границы относительной сердечной тупости располагаются: правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - нижний край 3 ребра, левая - на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии. При аускультации: тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 120 в минуту, на верхушке выслушивается короткий систолический шум, мезосистолический щелчок. АД - 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги.

Обследования. ЭКГ:



Вопросы:

1. Выделите синдромы, назовите основные механизмы их возникновения.
2. Составьте дифференциально-диагностический ряд.

3. Сформулируйте диагноз.
4. Составьте план дополнительных обследований.
5. Назначьте лечение.

Ситуационная задача 48

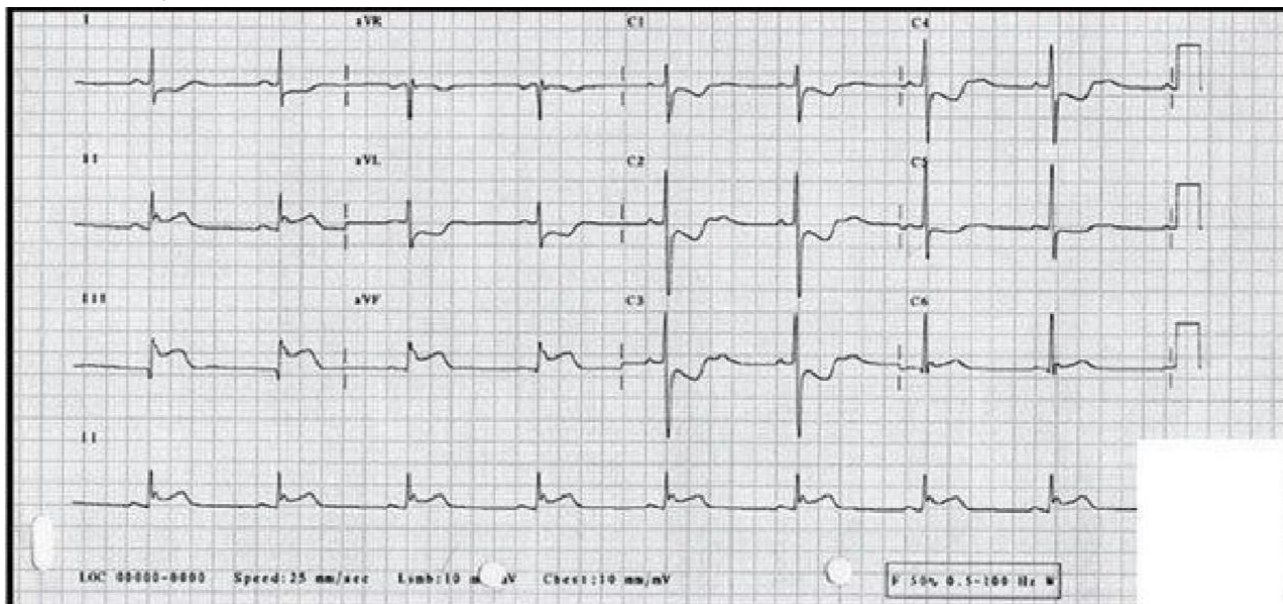
Больной А. 63 лет, преподаватель ВУЗа. Сегодня в покое около 3 часов назад без видимой причины появилась и стала нарастать одышка смешанного характера. Пациент госпитализирован.

Анамнез заболевания: около 5 лет страдает гипертонической болезнью. Антигипертензивные препараты принимает нерегулярно.

Объективно: при поступлении состояние средней степени тяжести, ортопноэ, кожа бледная, акроцианоз, число дыханий - 26 в минуту, при аускультации выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы над всеми отделами легких. Перкуторно границы сердца расширены влево, пульс на лучевой артерии 100 в минуту, ритмичный, тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС - 100 в минуту, АД - 130/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, размеры печени по Курлову - 9×8×7 см.

Вскоре после поступления состояние больного резко ухудшилось: появился продуктивный кашель, усилилась одышка, увеличилось количество влажных хрипов над всеми легочными полями.

ЭКГ:



Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий (объясните патофизиологический механизм его возникновения).
2. Сформулируйте диагноз.
3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
4. Составьте план обследования для уточнения диагноза.
5. Определите план лечения.

Ситуационная задача 49

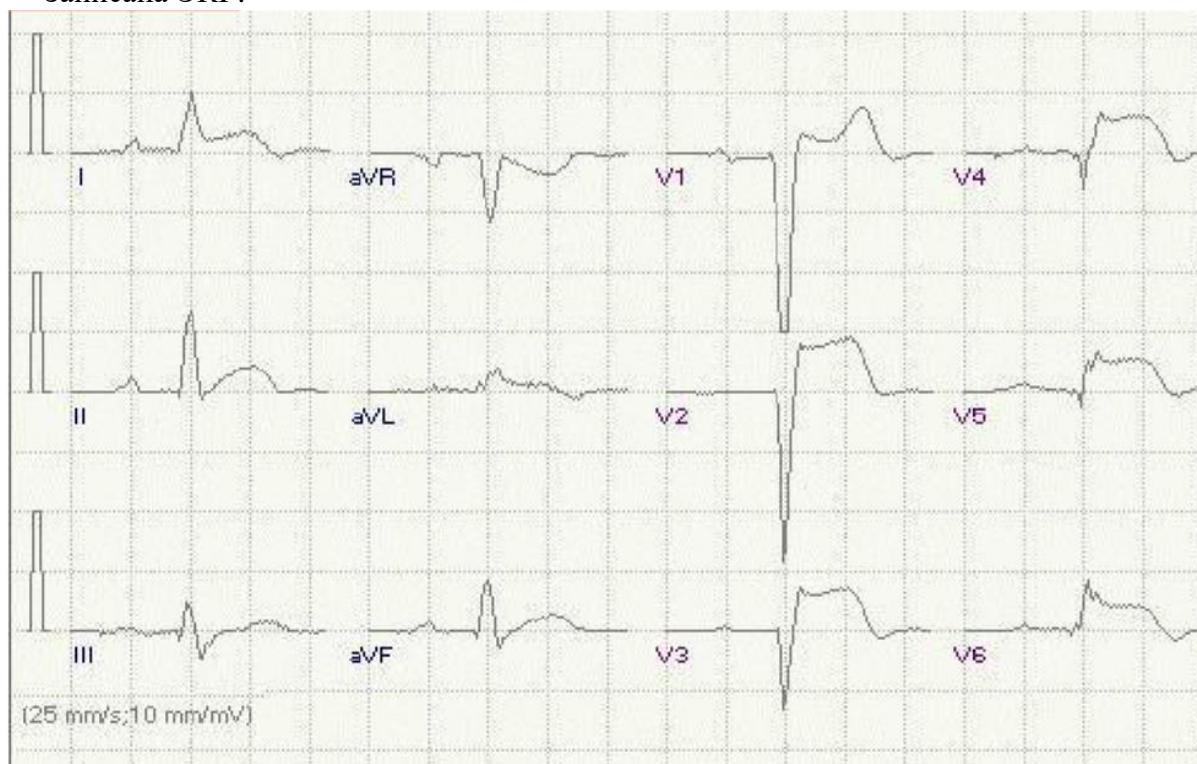
В приемный покой скорой помощью доставлен больной 52 лет, шофер, с жалобами на резкие давящие боли за грудиной с иррадиацией в обе руки и левую лопатку, длящиеся более 4 часов, боль не купируется приемом Нитроглицерина и инъекционными анальгетиками, сопровождается резкой слабостью, страхом смерти, выраженной потливостью.

Из анамнеза выяснено, что больного около 10 лет беспокоили приступообразные головные боли, шум в ушах, головокружение, «мелькание мушек» перед глазами, кратковременные колющие боли в области сердца, без иррадиации. Часто отмечалось повышение АД до 160/100 мм рт. ст., иногда – до 200/120 мм рт. ст. Обследован амбулаторно 3 года назад – установлен диагноз «гипертоническая болезнь», данных рекомендаций не придерживался, назначенную терапию не принимал.

Объективно: кожные покровы бледные, акроцианоз. ЧД - 26 в минуту, дыхание поверхностное. Перкуторно над всеми легочными полями определяется ясный легочный звук, при аускультации - дыхание жесткое, большое количество влажных хрипов в подлопаточных областях. Пульс одинаков на обеих руках, ритмичный, слабого наполнения и напряжения. ЧСС - 120 в минуту, АД - 80/60 мм рт. ст. Тоны сердца глухие, ритмичные; акцент II тона не определяется. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Отеков нет.

В анализах: КФК-МВ - 98 Е/л.

Записана ЭКГ:



Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
4. Составьте план дополнительных обследований.
5. Назначьте лечение.

Ситуационная задача 50

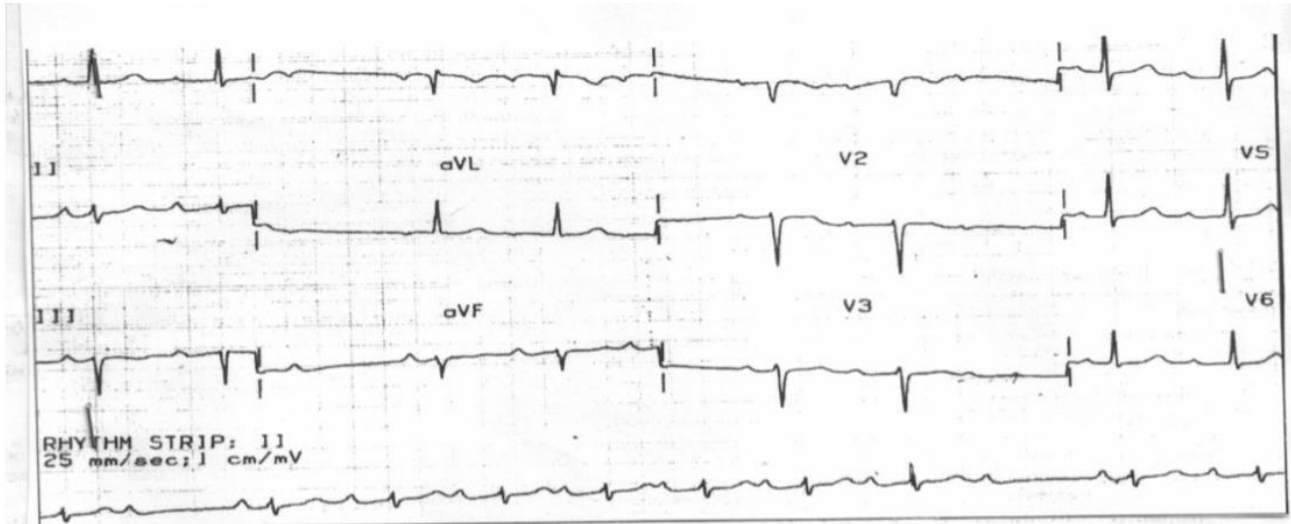
Больной 65 лет, пенсионер, поступил в клинику с жалобами на редкий пульс, перебои в работе сердца, ощущение его замирания и остановки, чувство нехватки воздуха при подъеме на 1 лестничный пролет, давящие боли за грудиной при обычной физической нагрузке, купирующиеся приемом Нитроглицерина через 1-2 мин; кратковременные эпизоды потери сознания.

Из анамнеза: четыре года назад перенес инфаркт миокарда. Через год стали появляться ангинозные боли при обычной физической нагрузке. Неделю назад ощутил

перебои в работе сердца, инспираторную одышку, отметил кратковременные эпизоды потери сознания, что и явилось причиной госпитализации.

Объективно: состояние средней степени тяжести, акроцианоз, отеков нет. В нижних отделах легких небольшое количество незвучных мелкопузырчатых хрипов. Тоны сердца глухие, аритмичные, ЧСС - 42 ударов в минуту, Ps - 42 в мин. АД - 110/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 2 см ниже реберной дуги, край ее ровный, закругленный, слегка болезненный при пальпации.

Записана ЭКГ:



Вопросы:

1. Выделите синдромы, определите ведущий.
2. Интерпретируйте представленную электрокардиограмму.
3. Сформулируйте диагноз.
4. Составьте план дополнительных обследований.
5. Назначьте лечение.

Ситуационная задача 51

Больной 45 лет, водитель автобуса, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на периодически возникающие давящие боли за грудиной при обычной ходьбе на 200-300 м, подъеме на 1 этаж по лестнице, купируются в покое через 5-10 мин, сопровождаются слабостью, головокружением. Считает себя больным около 3 лет. В течение предшествующей недели при незначительной физической нагрузке стали возникать приступы сердцебиения с кратковременными синкопальными состояниями. Из анамнеза жизни: отец больного умер внезапно в возрасте 40 лет.

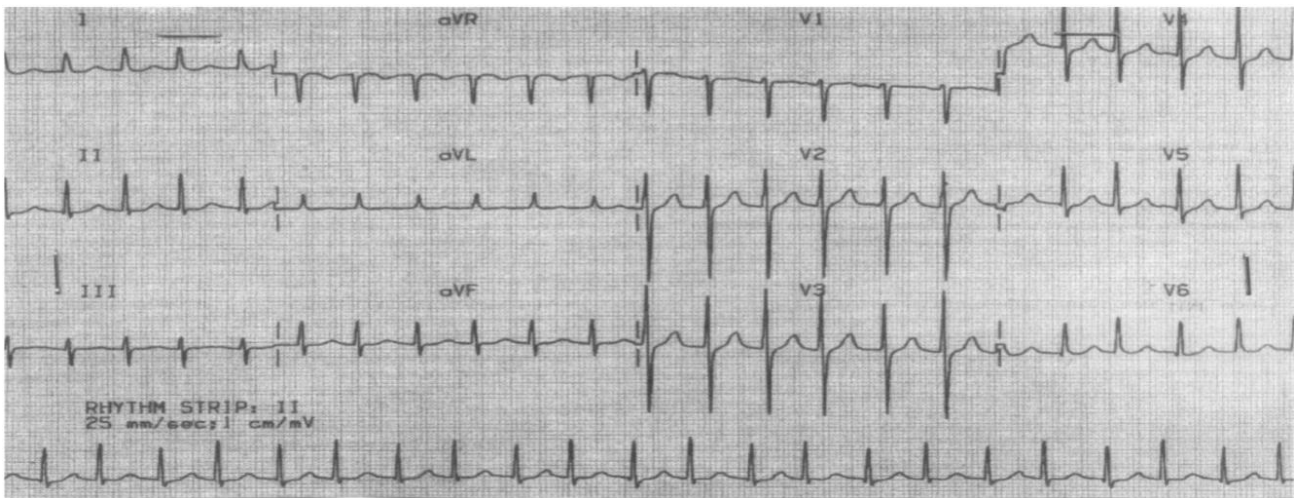
Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, нормальной влажности. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудная клетка равномерно участвует в дыхании. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс ритмичный, 170 в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. Верхушечный толчок усилен, резистентный, определяется в V межреберье на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Границы относительной сердечной тупости: правая на 1,0 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - нижний край III ребра, левая - по среднеключичной линии. Аускультативно: ритм правильный, I тон на верхушке ослаблен, ЧСС - 120 в минуту, систолический шум во II межреберье справа. Соотношение II тонов на основании сердца не изменено. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются.

В анализах: гемоглобин - 136 г/л, эритроциты - $4,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $5,7 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 4%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 52%, лимфоциты - 35%, моноциты - 6%, СОЭ - 6 мм/ч.

Билирубин общий - 8,8 мкмоль/, креатинин - 0,096 ммоль/л, глюкоза - 4,3 ммоль/л, общий холестерин - 5,9 ммоль/л, калий - 3,9 ммоль/л.

ЭхоКГ: ПЖ - 20 мм (норма - до 23 мм), КДР ЛЖ - 33 мм (норма - до 55 мм), КСР ЛЖ - 26 мм (норма - до 35 мм), ЛП - 41 мм (норма - до 40 мм), МЖП - 21 мм (норма - до 11 мм), ЗСЛЖ - 10 мм (норма - до 11 мм); ФВ - 70% (N - 60-70%); Ao - 35 мм. Переднесистолическое движение передней створки митрального клапана и соприкосновение ее в диастолу с МЖП, среднесистолическое прикрытие створок клапана аорты, трансортальный градиент - 8,0 (норма - 5,0). Трикуспидальный клапан, клапан легочной артерии - без изменений.

Записана ЭКГ:



Вопросы:

1. Выделите синдромы, назовите основные механизмы их возникновения.
2. Составьте дифференциально-диагностический ряд.
3. Сформулируйте диагноз.
4. Составьте план дополнительных обследований.
5. Назначьте лечение.

Ситуационная задача 52

Больной Н. 50 лет, инженер, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на приступы сжимающих болей за грудиной, иррадирующих в левую руку, возникающих при обычной ходьбе через 200-300 м и подъеме на 2-й этаж, купируются они после приема Нитроглицерина через 1-2 мин и в покое через 3-5 мин., сопровождаются общей слабостью.

Анамнез заболевания: считает себя больным в течение 2 лет, когда впервые стал отмечать появление этого характера болей за грудиной вначале при быстрой ходьбе или при психоэмоциональных ситуациях. Врачом было назначено лечение, однако лекарства принимал нерегулярно. Со временем боли стали появляться при обычной физической нагрузке до 2-4 раза в неделю. Настоящее ухудшение отмечает в течение последних 2 недель: вышеописанные боли в грудной клетке стали появляться ежедневно до 2-3 раза в день и более длительные, купируются приемом Нитроглицерина через 3-5 мин.

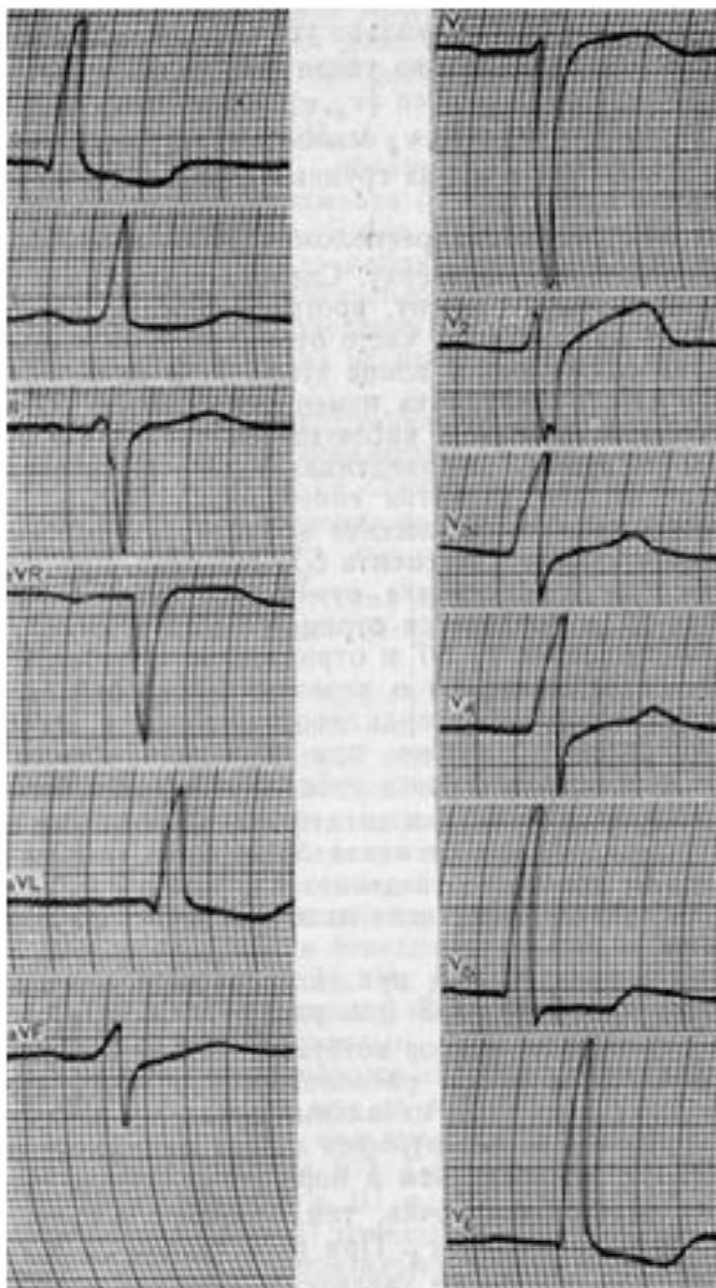
Из анамнеза жизни: внезапная смерть отца в возрасте 60 лет. Курит по 1 пачке в день, физически мало активен, злоупотребляет спиртными напитками.

Объективно: состояние удовлетворительное. Вес - 95 кг, рост - 170 см. Объем талии - 110 см. Кожные покровы и видимые слизистые обычного цвета, чистые, нормальной влажности. Отеков нет. Грудная клетка правильной формы, соответствует

гиперстеническому типу конституции. Перкуторно над легкими ясный легочный звук. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс одинаков на обеих лучевых артериях, ритмичный, 80 в минуту, удовлетворительных качеств. АД - 150/95 мм рт. ст. Верхушечный толчок расположен в V межреберье по среднеключичной линии. Шумы в сердце не выслушиваются. Живот правильной формы, участвует в дыхании, мягкий, безболезненный. Край печени не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 140 г/л, эритроциты - $4,8 \times 10^{12}$ /л, цветовой показатель - 0,9, лейкоциты - $5,7 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 4%, палочкоядерные нейтрофилы - 3%, сегментоядерные нейтрофилы - 52%, лимфоциты - 35%, моноциты - 6%; СОЭ - 6 мм/ч. Общий анализ мочи: обычный цвет, прозрачная, рН кислая, удельный вес - 1018; белок, сахар не обнаружены, лейкоциты - 1-2 в поле зрения, эпителий - 2-4 в поле зрения, эритроциты, цилиндры, соли не выявлены. Креатинин - 0,088 ммоль/л (0,014-0,44), АСТ - 10 Ед/л (5-37), АЛТ - 12 Ед/л (4-42), общий холестерин - 6,2 ммоль/л (4,0), калий - 3,7 ммоль/л (3,4-5,3).

ЭКГ:



ЭхоКГ: КДРЛЖ - 5,5 см (норма - 5,5 см), КСРЛЖ - 3,5 см (норма - 3,5 см), ФВ – 68% (норма - 60-80%), ПЖ - 2,0 см (норма - 2,2 см), ЛП – 3,9 см (норма - 4 см), МЖП – 1,2 см (норма - 0,8-1,1 см), ЗСЛЖ – 1,2 см (норма - 0,8-1,1 см).

Вопросы:

1. Выделите ведущие синдромы (объясните патофизиологические механизмы их возникновения).
2. Дайте заключение по ЭКГ и ЭхоКГ.
3. Составьте дифференциально-диагностический ряд.
4. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
5. Назовите факторы риска ИБС у пациента.

Ситуационная задача 53

Больной М. 72 лет, пенсионер, обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на головные боли, головокружение, шум в ушах, повышение АД до 210/120 мм рт. ст.

Анамнез заболевания: высокие цифры АД появились 2 года назад, принимал Метопролол, Гипотиазид, однако добиться существенного снижения АД не удавалось. В течение полугода отмечает усталость при ходьбе, боли в ногах, которые заставляют останавливаться (при прохождении менее 200 метров). Госпитализирован для уточнения причины и подбора лекарственной терапии.

Объективно: состояние удовлетворительное. Отеков нет. Над всей поверхностью легких перкуторно - легочный звук, при аускультации - дыхание везикулярное, хрипов нет. Область сердца визуально не изменена. Границы сердца: правая - 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - II ребро, левая - 1,5 см кнаружи от левой СКЛ в V межреберье. Верхушечный толчок в V межреберье, кнаружи от СКЛ, разлитой. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Акцент II тона над аортой, систолический шум на аорте без проведения на сосуды шеи. Пульс - 76 ударов в минуту, ритмичный. Сосудистая стенка вне пульсовой волны плотная. АД - 195/115 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Над брюшной аортой выслушивается систолический шум. Симптом поколачивания отрицательный. Снижена пульсация на артериях тыла обеих стоп.

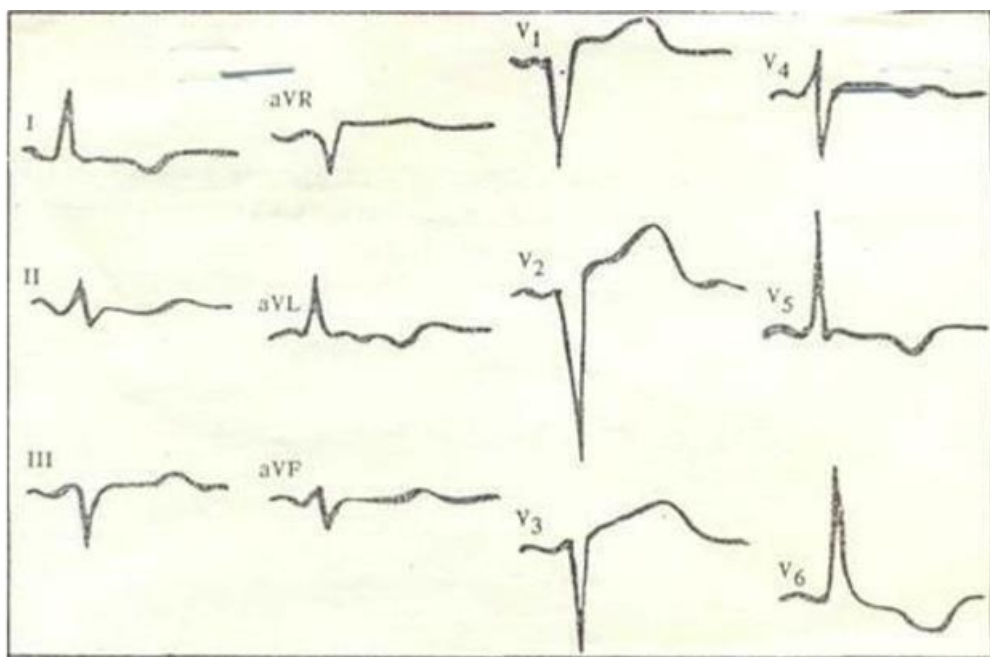
При лабораторных и инструментальных исследованиях получены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 145 г/л, эритроциты - $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $7,9 \times 10^9$ /л, СОЭ - 12 мм/час, цветовой показатель - 1,0. Общий анализ мочи: удельный вес - 1020, белок - 0033 г/л, лейкоциты – ед. в поле зрения, единичные гиалиновые цилиндры.

Биохимический анализ крови: сахар - 5,2 ммоль/л (3,5-6,1), холестерин - 7,2 ммоль/л (4,0), мочевины - 9,0 ммоль/л (2,4-8,3), креатинин - 0,13 мкмоль/л (0,014-0,44), калий - 5,4 ммоль/л (3,4-5,3), натрий - 135 ммоль/л (130-156).

Изотопная ренография: умеренное снижение секреторной и экскреторной функции правой почки. Осмотр глазного дна: ангиопатия сосудов сетчатки.

ЭХО-КГ: ПЖ - 2,1 см (норма - 2,3), МЖП - 1,25 см (норма - 1,0 см), ЗСЛЖ - 1,25 см (норма - 1,0 см), КДРЛЖ - 5,8 см (норма - 5,5), КСРЛЖ - 3,7 см (норма - 3,5). Фракция выброса - 54% (норма - 60-80%). Кальциноз митрального, аортального клапанов.

ЭКГ:



Вопросы:

1. Выделите ведущие синдромы (объясните патофизиологические механизмы их возникновения).
2. Составьте дифференциально-диагностический ряд.
3. Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
4. Составьте план обследования для уточнения диагноза.
5. Составьте план лечения.

Ситуационная задача 54

Больной Н. 37 лет, тракторист, обратился с жалобами на перебои в работе сердца, одышку смешанного характера при обыденной физической нагрузке, приступы удушья в ночное время, общую слабость. Ранее чувствовал себя вполне удовлетворительно, активно занимался спортом (лыжи, туризм). Болен в течение 6 месяцев, когда появились чувство нехватки воздуха при подъеме на 2-3-й этаж и при быстрой ходьбе, перебои в сердце и сердцебиение.

Объективно: состояние средней степени тяжести, положение в постели вынужденное с приподнятым головным концом. Кожные покровы бледные, акроцианоз, цианоз губ. Отеки до средней трети голени. Одышка в покое (ЧД - 24 в минуту). Дыхание везикулярное, мелкопузырчатые влажные хрипы в нижних отделах легких. Отмечается пульсация и набухание шейных вен. АД - 100/70 мм рт. ст. Левая граница относительной сердечной тупости смещена до передней подмышечной линии. Тоны сердца глухие, 105 в минуту, ритм неправильный, акцент II тона на легочной артерии; выслушивается систолический шум на верхушке без проведения, над мечевидным отростком. Печень на 3 см ниже края реберной дуги, поверхность ее ровная, плотная, слегка болезненная при пальпации, край закруглен.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 108 г/л, эритроциты - $3,04 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $4,6 \times 10^9/л$, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 10%, сегментоядерные нейтрофилы - 55%, лимфоциты - 32%, моноциты - 1%; СОЭ - 19 мм/ч.

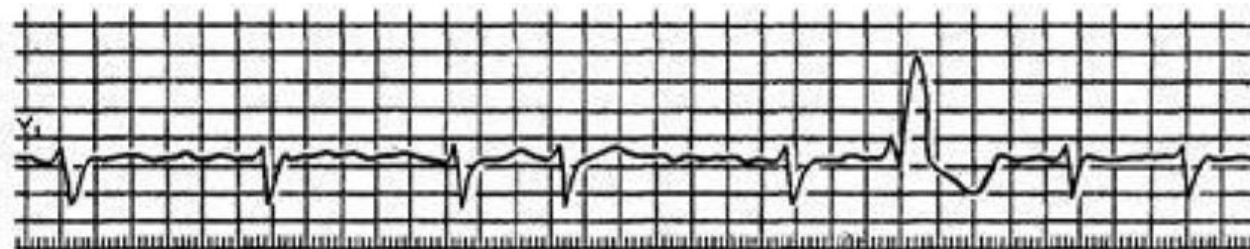
Общий анализ мочи: желтая, прозрачная, рН щелочная, удельный вес - 1012, белок - 0,033 г/л, сахар - нет, лейкоциты - 0-1 в поле зрения, эпителий, эритроциты, цилиндры, соли - нет.

Биохимический анализ крови: глюкоза крови - 5,6 ммоль/л (норма - 3,5-6,1), калий - 4,8 ммоль/л (норма - 3,4-5,3), общий билирубин - 23,0 (8,0-15,0) мкмоль/л (норма - 8,5-20,5),

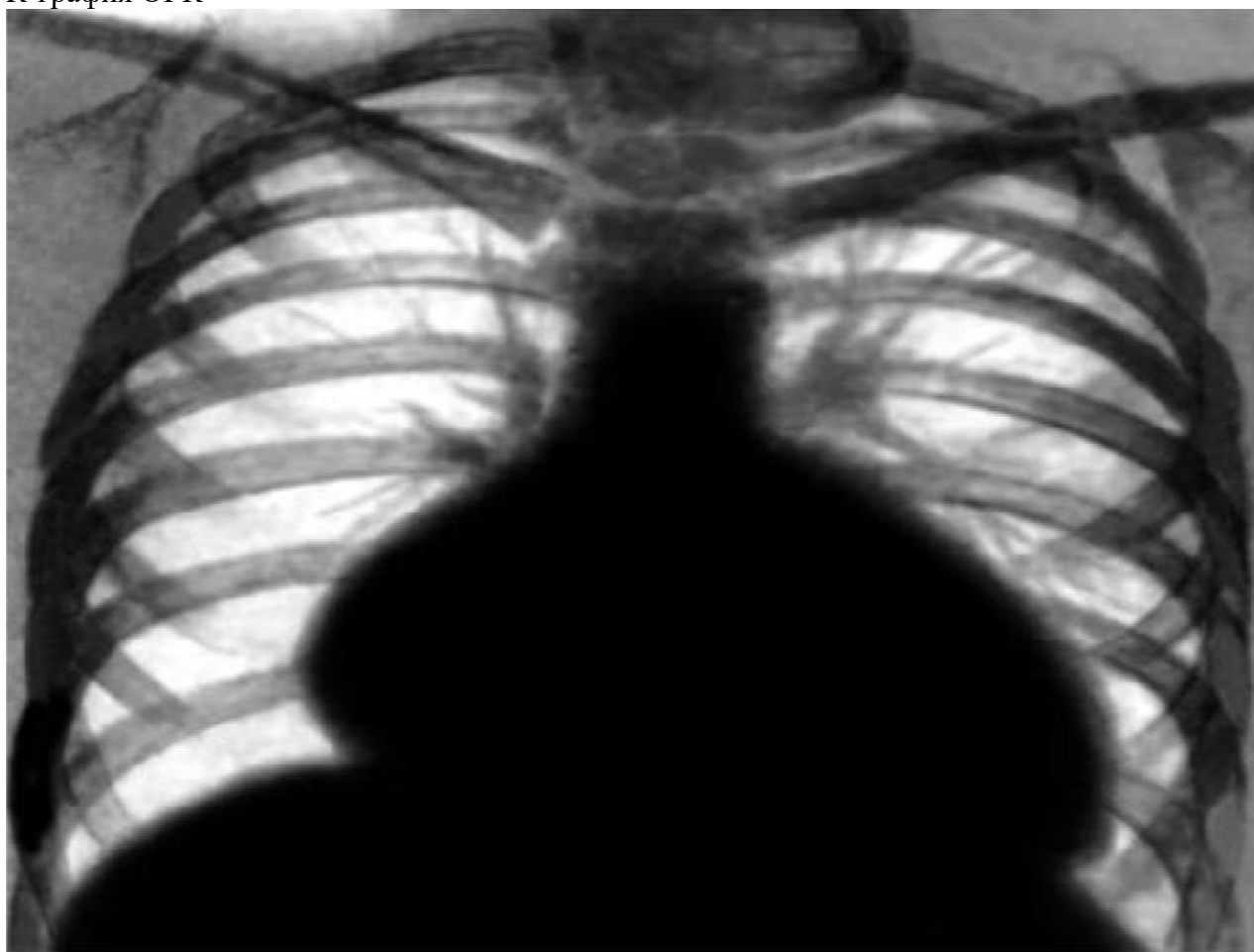
креатинин – 0,13 ммоль/л (норма - 0,014-0,44). Протромбиновый индекс – 106%, фибриноген – 4,0 г/л (2-4).

ЭхоКГ: МЖП – 10 мм (норма - до 11 мм), ЗСЛЖ – 10 мм (норма - до 11 мм), КДР ЛЖ – 69 мм (норма - до 55 мм), КСР ЛЖ – 55 мм (норма - до 35 мм), ФВ 35% (норма - 60-70%). ПЖ - 33 мм (норма - до 23 мм), ЛП – 50 мм (норма - до 40 мм). Гипокинезия задней стенки ЛЖ и межжелудочковой перегородки. Аорта - 36 мм. МК: створки не изменены, регургитация III степени. ТК: створки не изменены, регургитация III степени.

ЭКГ:



Р-графия ОГК



Вопросы:

1. Перечислите синдромы, составляющие клиническую картину. Выделите ведущие синдромы (объясните патофизиологические механизмы их возникновения).
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Обоснуйте и сформулируйте диагноз.
4. Составьте план обследования для уточнения диагноза.
5. Составьте план лечения.

Ситуационная задача 55

Больная К. 32 лет, библиотекарь. Вызов врача на дом. Жалобы на одышку в покое, сердцебиение, повышение температуры, выраженную слабость и потливость. Месяц назад лечилась у врача-терапевта участкового по поводу ОРВИ, в течение 5 дней принимала Амоксициллин, однако продолжала сохраняться слабость, одышка в покое, ознобы по вечерам, температура тела с субфебрильных возросла до фебрильных цифр (от 37,7°C до 39,5°C). Похудела за это время на 5 кг.

История жизни: с детства наблюдается участковым врачом по поводу перенесенной в прошлом ревматической болезни. К врачам обращалась редко, чувствовала себя вполне удовлетворительно. Беременность и роды одни. Во время второй половины беременности госпитализировалась по поводу сохранения беременности в связи с заболеванием сердца.

Объективно: состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, на ощупь горячие, влажные. На коже голеней отмечаются мелкоточечные геморрагические высыпания, умеренная отечность на голенях. Температура тела - 39,1°C. В легких дыхание везикулярное, в аксиллярных и подлопаточных областях незвучные мелкопузырчатые хрипы. ЧД - 28 в минуту. Пульсация сонных артерий. Пульс - 110 в минуту, ритмичный, высокий, скорый. АД - 160/40 мм рт. ст. Левая граница относительной сердечной тупости смещена на 2 см наружи от среднеключичной линии, правая и верхняя в пределах нормы. Ритм сердца правильный, I тон на верхушке ослаблен, II тон над аортой ослаблен. Выслушивается протодиастолический шум с эпицентром в т. Боткина. Печень выступает из-под реберной дуги на 4 см, край закруглен, уплотнен, чувствителен при пальпации. Пальпируется край селезенки. Почки не пальпируются.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин - 105 г/л; эритроциты - $3,14 \times 10^{12}$ /л; цветовой показатель - 0,96; СОЭ - 60 мм/ч; лейкоциты - $15,1 \times 10^9$ /л; эозинофилы - 2%; палочкоядерные нейтрофилы - 10%; сегментоядерные нейтрофилы - 55%; лимфоциты - 28%; моноциты - 5%.

Общий анализ мочи: обычного цвета; удельный вес - 1028; белок - 0,042 г/л; сахар - отсутствует; лейкоциты - 2-5 в поле зрения; эритроциты - 25-30 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: креатинин - 0,10 ммоль/л; общий белок - 70 г/л; α_1 - 7%; α_2 - 11%; β - 7%; γ - 23%; СРБ - 12 мг/л.

ЭКГ: смещение электрической оси влево, глубокий з. S в V3, высокий з. R в aVL, з. R V5 > з. R V4, слабо (-) з. T в V1-V6.

Вопросы:

1. Выделите ведущие синдромы.
2. Интерпретируйте данные лабораторно-инструментальных методов обследования.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Какие дообследования необходимо провести?
5. Сформулируйте основные принципы лечения.

Ситуационная задача 56

Больной В. 35 лет, инженер, жалуется на отеки на ногах, тяжесть в правом подреберье, увеличение живота. В анамнезе употребление наркотиков. Два года назад стали беспокоить перебои в работе сердца, неоднократно лечился в стационаре. Год назад появилась тяжесть в правом подреберье, эпизодически появлялись отеки на ногах, 3 месяца назад стал увеличиваться живот.

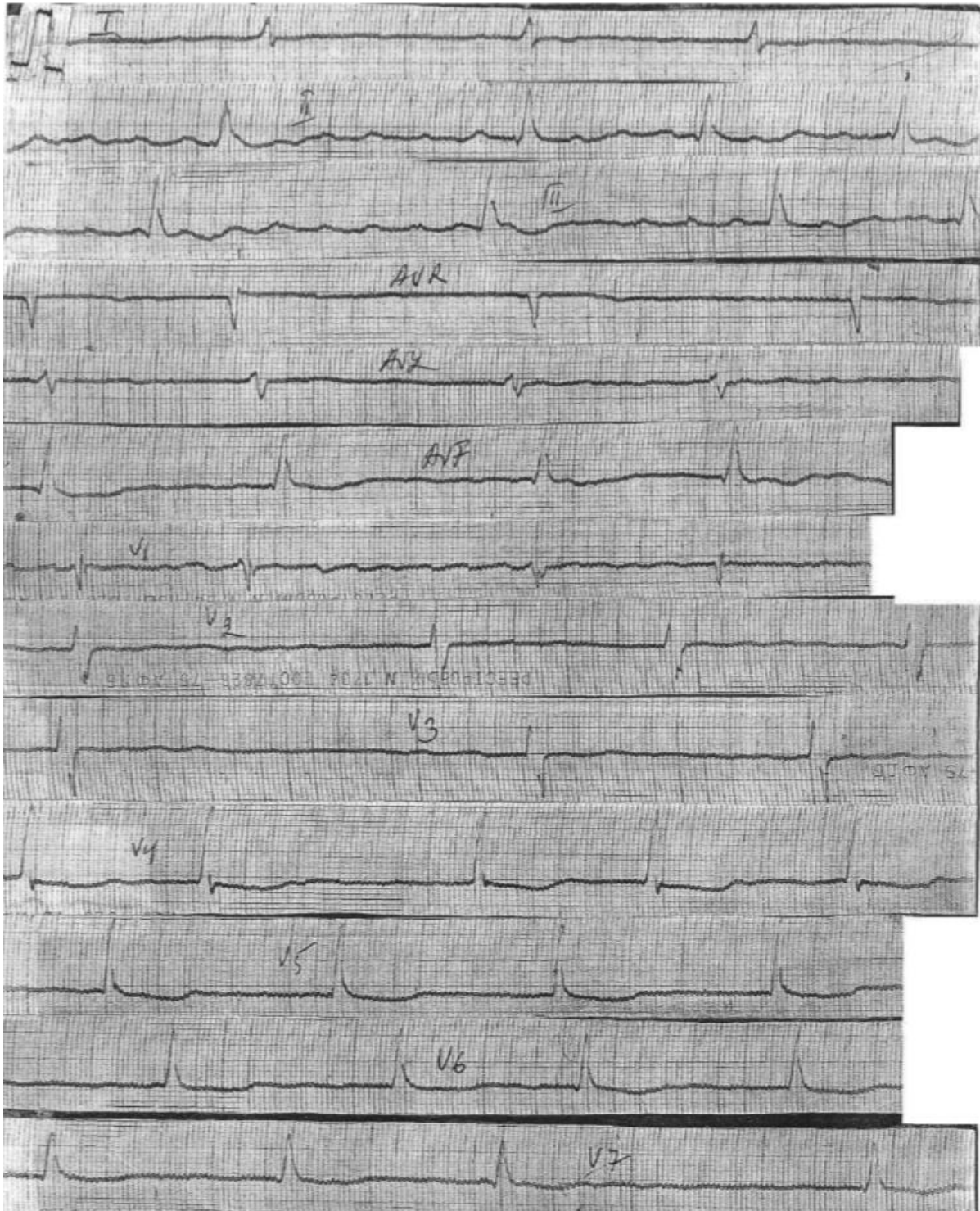
Объективно: диффузный цианоз с желтушным оттенком, иктеричность склер. В течение года субфебрилитет. Температура - 36,9°C. Пастозность голеней. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД - 20 в минуту. Пульсация и набухание шейных вен. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритм неправильный, удовлетворительного наполнения, напряжения, средней величины. ЧСС - 72 в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца неритмичные, громкие. У основания мечевидного отростка I тон ослаблен, выслушивается систолический шум, усиливающийся

на вдохе. Живот «лягушачий». Симптом флюктуации положительный. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, край ее ровный, закругленный, поверхность гладкая, пальпация умеренно болезненна. Селезенка пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

При лабораторных и инструментальных исследованиях выявлены следующие данные. Общий анализ крови: гемоглобин – 102 г/л, лейкоциты – 12×10^9 /л, палочкоядерные нейтрофилы – 7%, сегментоядерные нейтрофилы – 68%, лимфоциты – 23%, моноциты – 2%. СОЭ – 26 мм/час.

Биохимический анализ крови: сахар – 4,5 ммоль/л, ПТИ – 80%, АСТ – 65 Ед/л, АЛТ – 89 Ед/л, билирубин общий – 32,24 мкмоль/л (прямой – 16,12, непрямой – 12,12).

ЭКГ:



Вопросы:

1. Сформулируйте синдромы и определите ведущий (ведущие).
2. Составьте дифференциально-диагностический ряд.
3. Сформулируйте предварительный диагноз.
4. Сформулируйте план дополнительного обследования.
5. Сформулируйте основные принципы лечения.

Ситуационная задача 57

Больной 42 лет жалуется на выраженную слабость, головокружение, одышку при малейшей физической нагрузке. Около 2 недель назад 3 дня находился на больничном листе с диагнозом «острая респираторная вирусная инфекция». 5 дней назад вновь повысилась температура до субфебрильных цифр, потом появились постоянные боли за грудиной средней интенсивности, облегчающиеся в вертикальном положении и приемом анальгина. последние 2 дня боли не беспокоят, но появилось ощущение тяжести в правом подреберье, пастозность стоп и голеней. Сегодня утром по совету тещи принял 2 таблетки Фуросемида, выделил около 1,5 литров мочи. состояние резко ухудшилось, одышка усилилась, при попытке встать кратковременная потеря сознания. Вызвана бригада скорой медицинской помощи.

При осмотре состояние средней тяжести. В сознании. Лежит низко. Голени пастозны. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Частота дыхательных движений - 22 в минуту, шейные вены набухшие. Верхушечный толчок не определяется. Тоны сердца глухие, частота сердечных сокращений - 128 в минуту. Ритм правильный, АД - 110/70 мм рт. ст., при обычных цифрах - 130/80 мм рт. ст. На вдохе величина систолического давления снижается на 15 мм рт. ст. Печень + 4 см, чувствительна при пальпации.

На ЭКГ синусовая тахикардия. Амплитуда желудочкового комплекса во всех отведениях снижена, зубец Т во всех отведениях сглажен.

Вопросы:

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Ситуационная задача 58

Больного 38 лет беспокоят жажда, снижение аппетита, кожный зуд, резко выраженная слабость, уменьшение количества мочи до 300 мл/сут, тошнота, однократная рвота при поступлении. В течение 10 лет повышение цифр артериального давления до 200/110 мм рт. ст.

При объективном исследовании кожные покровы бледные с субиктеричным оттенком, сухие, следы расчесов. Отеков нет. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ритмичные, акцент II тона над аортой. Частота сердечных сокращений - 90 в минуту. Артериальное давление - 220/120 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

Анализ крови: гемоглобин - 72 г/л, лейкоциты - $6,2 \times 10^9$ /л. Лейкоцитарная формула не изменена. СОЭ - 22 мм/ч.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1,006, белок - 0,66 г/л, эритроциты - 3-5 в поле зрения, лейкоциты - 3-4 в поле зрения.

Креатинин сыворотки крови - 1160 мкмоль/л. Калий крови - 7,0 ммоль/л.

Размеры почек при УЗИ: правая - $8,0 \times 3,5$ см, левая - $8,2 \times 3,8$ см, корковый слой почек подчеркнут и истончен.

Вопросы:

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Ситуационная задача 59

Больной 52 лет 3 день после операции аппендэктомии. При попытке подняться с постели внезапно появилась одышка, сухой кашель, давящая боль по всей передней поверхности грудной клетки, резкая общая слабость, через сутки присоединилось кровохаркание.

Объективно: состояние средней тяжести, цианоз, набухание шейных вен. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений (ЧДД) – 36 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент 2 тона на легочной артерии.

ЭКГ: правограмма, глубокий зубец S в I отведении, зубец Q в III отведении, глубиной 1/3 зубца R и продолжительностью 0,02 секунды. Депрессия сегмента ST и отрицательный зубец T в V1–V3 отведениях, высокие зубцы R в стандартных отведениях.

Вопросы:

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Ситуационная задача 60

Больной 53 лет самотеком обратился в поликлинику с жалобами на интенсивную давящую боль за грудиной с иррадиацией в шею, левую руку. Из анамнеза: около 6 месяцев отмечает приступы давящих болей за грудиной, возникающих во время физической нагрузки, исчезающих в покое.

Объективно: состояние средней тяжести, бледность кожи, акроцианоз. Пальпация грудной клетки болезненности не вызывает. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца расширены влево до средино-ключичной линии. Тоны сердца глухие, ритм правильный. Пульс – 96 уд/мин., ритмичный. АД – 150/90 мм рт. ст.

ЭКГ: ритм синусовый, смещение сегмента ST в I и II отведениях ниже изолинии, сливается с зубцом T, в III отведении сегмент ST ниже изолинии, патологический зубец Q не выявляется. Пациент срочно госпитализирован.

Вопросы:

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие лечебные мероприятия необходимо провести такому больному на амбулаторном этапе?
3. Какие диагностические мероприятия необходимо провести такому больному на стационарном этапе?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Ситуационная задача 61

32-летний больной на приеме у врача-терапевта участкового с жалобами на периодически возникающие давящие за грудиной боли при умеренной физической

нагрузке, перебои в работе сердца и периодические потери сознания, которые появились около полугода назад. Брат больного умер внезапно в молодом возрасте.

При осмотре – кожные покровы без особенностей, ЧДД – 19 в минуту, ЧСС – 88 ударов в минуту, ритм неправильный. При аускультации сердца – систолический шум в 3–4 межреберье слева. АД – 115/75 мм рт. ст. Печень не увеличена. Отеков нет.

При суточном мониторировании ЭКГ выявлена частая желудочковая экстрасистолия и короткие пароксизмы желудочковой тахикардии.

При эхокардиографии толщина межжелудочковой перегородки в диастолу – 1,7 см, задней стенки левого желудочка – 1,3 см, размер полости левого желудочка в диастолу – 4,2 см. Госпитализирован для обследования и уточнения диагноза.

Вопросы:

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 1

1. Первичный острый стафилококковый инфекционный эндокардит. Недостаточность трикуспидального клапана 3 степени. ХСН ПА, ФК 3 по NYHA.

2. Диагноз основного заболевания не вызывает сомнений: наблюдались 2 больших (трикуспидальная недостаточность, вегетации на трикуспидальном клапане и положительная гемокультура) и 2 малых (фебрильная лихорадка, «входные ворота» в виде в/в употребления наркотиков) диагностических критерия инфекционного эндокардита, а также лабораторные признаки синдрома системного воспалительного ответа, анемия, свойственные трикуспидальной локализации инфекционного эндокардита.

3. Пациенту рекомендовано: проведение повторного общего анализа крови и посева крови, общего анализа мочи, анализа мочи по Нечипоренко, биохимических анализов крови (функциональные пробы печени, электролиты крови, железо, ферритина), маркеров вирусных гепатитов, ВИЧ-инфекции; рентгенография грудной клетки, ЭКГ, ЭхоКГ в динамике; УЗ-исследование почек; консультации врача-кардиохирурга, врача-нарколога.

4. С момента постановки диагноза - немедленная госпитализация. Исключить приём наркотических средств. Применение антибактериальной терапии острого инфекционного эндокардита, вызванного оксациллинчувствительным штаммом золотистого стафилококка (OSSA). Пациенту должна быть назначена антибактериальная терапия в соответствии с существующими рекомендациями при стафилококковом инфекционном эндокардите: Цефтриаксон в дозе 2 г/сутки в/в в сочетании с Амикацином - 1 г/сут в течение 10 дней. В последующем - лечение Цефтриаксоном в указанной дозировке продолжать до 6 недель.

5. Через 6 недель регулярной антибактериальной терапии температура должна стойко нормализоваться, гемокультура в посевах крови не выделяться. Продолжить динамическое наблюдение. С учётом патологии клапанов есть показания к оперативному лечению - выполнение операции протезирования трикуспидального клапана.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 2

1. ИБС. Острый коронарный синдром с элевацией сегмента ST передней перегородки, верхушки, боковой стенки левого желудочка. KILLIP класс тяжести. Гипертоническая болезнь III стадии, артериальная гипертензия 2 степени, риск 4. ХБПС3аА1. Экзогенно-конституциональное ожирение I степени.

2. 1. Диагноз «острый коронарный синдром» установлен на основании клинических данных (наличие боли или других неприятных ощущений (дискомфорта) в грудной клетке) и инструментальных данных (стойкие подъёмы сегмента ST или «новая», впервые возникающая, или предположительно впервые возникшая ПБЛНПГ на ЭКГ).

2. Класс тяжести по KILLIP установлен на основании умеренной одышки, синусовой тахикардии при отсутствии III тона и хрипов в лёгких.

3. Стадия гипертонической болезни соответствует III, так как у пациента имеет место сердечно-сосудистые заболевания (ИБС).

4. Учитывая наличие клинически-манифестного сердечно-сосудистого заболевания (ИБС, острый коронарный синдром), риск сердечно-сосудистых событий расценён как очень высокий (4).

5. Диагноз «ХБП» установлен на основании стойкого снижения скорости клубочковой фильтрации менее 60 мл/мин/1,73 м², повышенной альбуминурии, данные симптомы персистируют более 3 месяцев.

6. Стадия ожирения установлена в соответствии с рассчитанным индексом массы тела.

3. Предпочтительная стратегия реперфузии - чрескожные коронарные вмешательства (ЧКВ). В условиях, когда первичное ЧКВ не может быть вовремя проведено, следует рассмотреть реперфузию с помощью тромболитика, который, в частности, может быть начат

уже догоспитально в течение первых 120 минут от начала симптоматики. В этом случае после тромболизиса должна следовать немедленная транспортировка в ЧКВ-центр для рутинной коронарографии.

4. Пероральная доза Ацетилсалициловой кислоты 150-300 мг с переходом на 75/100 мг перорально ежедневно. Предпочтительные блокаторы P2Y12 рецепторов - Тикагрелор (нагрузочная доза 180 мг с последующим 90 мг 2 раза в сутки). Используется двойная антиагрегантная терапия, так как она уменьшает частоту неблагоприятных коронарных событий за счёт блокады альтернативных путей активации тромбоцитов.

5. С учётом клинических данных вероятно развитие у пациента ранней постинфарктной стенокардии (нестабильная стенокардия ШС класс по Браунвальду). Для исключения рецидива инфаркта миокарда требуется динамика маркеров некроза миокарда (тропонин, КФК-МВ) через 6 и 12 часов, а также контроль ЭКГ через 3, 6 и 12 часов. При отрицательной динамике - провести повторную коронароангиографию (исключить тромбоз стента).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 3

1. Гипертоническая болезнь II стадии, артериальная гипертензия 3 степени. Гипертрофия левого желудочка. Риск 4 (очень высокий). Неосложнённый гипертонический криз. Ожирение 1 степени. Курение - 30 пачко-лет.

2. Диагноз «гипертоническая болезнь» (ГБ) установлен на основании данных анамнеза (нестабильность АД, пациент отмечает повышение АД в течение 10 лет). Стадия ГБ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней - гипертрофия левого желудочка сердца по данным перкуторного исследования границ относительной сердечной тупости, ЭКГ. Установление степени артериальной гипертензии (АГ) основано на цифрах АД, измеренных во время приёма. Степень риска поставлена на основании наличия АГ 3 степени. Неосложнённый гипертонический криз - быстрое повышение АД до 180/120 мм рт. ст. и выше с клинической симптоматикой, но не сопровождающееся острым клинически значимым нарушением функции органов-мишеней. Диагноз ожирения 1 степени установлен на основании показателей ИМТ. Курение по данным анамнеза.

3. Лечение больного с неосложнённым ГК может осуществляться амбулаторно. При впервые выявленном неосложнённом ГК у больных с неясным генезом АГ, при некупирующемся ГК, частых повторных кризах показана госпитализация в кардиологическое или терапевтическое отделение стационара. При неосложнённом гипертоническом кризе (ГК) возможно как внутривенное, так и пероральное, либо сублингвальное применение антигипертензивных препаратов (в зависимости от выраженности повышения АД и клинической симптоматики). Лечение необходимо начинать немедленно, скорость снижения АД не должна превышать 25% за первые 2 часа, с последующим достижением целевого АД в течение нескольких часов (не более 24-48 часов) от начала терапии. Используют препараты с относительно быстрым и коротким действием перорально либо сублингвально: Нифедипин, Каптоприл, Клонидин, Пропранолол, Празозин.

4. Физикальное исследование: определение лодыжечно-плечевого индекса - для определения атеросклеротического поражения артерий.

Лабораторные исследования: общий анализ крови - оценка общего статуса; общий анализ мочи - оценка поражения почек; креатинин крови для расчёта скорости клубочковой фильтрации и оценки поражения почек; глюкоза крови натощак - исключить СД; липидограмма - определение дислипидемии; анализ мочи на МАУ - оценка поражения почек.

Инструментальное исследование: проведение суточного мониторинга АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭКГ в динамике (ГЛЖ, ишемия); проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, ИММЛЖ, диастолической и систолической функции; консультация окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической ретинопатии (отёк соска зрительного

нерва, кровоизлияния и экссудаты сетчатки); дуплексное сканирование сонных артерий для оценки толщины комплекса интима-медиа, поиска атеросклеротических бляшек; определение скорости пульсовой волны (СПВ) - оценка поражения артерий и аорты. При подозрении на симптоматические АГ показано обследование на их выявление.

5. Количество назначаемого препаратов зависит от исходного уровня АД и сопутствующих заболеваний. Например, при АГ 1 степени и отсутствии ССО возможно достижение целевого АД на фоне монотерапии примерно у 50% больных. При АГ 2 и 3 степени, наличии поражения органов мишеней, ассоциированных клинических состояний, сахарного диабета и метаболического синдрома в большинстве случаев может потребоваться комбинация из 2 или 3 препаратов.

В настоящее время возможно использование 2 стратегий стартовой терапии АГ: монотерапии и низкодозовой комбинированной терапии с последующим увеличением количества и/или доз лекарственного средства при необходимости. Монотерапия на старте лечения может быть выбрана для пациентов с низким или средним риском. Комбинацию 2 препаратов в низких дозах назначают больным с высоким или очень высоким риском ССО. Монотерапия базируется на поиске оптимального для больного препарата; переход на комбинированную терапию целесообразен только в случае отсутствия эффекта последней. Низкодозовая комбинированная терапия на старте лечения предусматривает подбор эффективной комбинации препаратов с различными механизмами действия.

Каждый из этих подходов имеет свои преимущества и недостатки. Преимущество низкодозовой монотерапии состоит в том, что в случае удачного подбора лекарства больной не будет принимать ещё один препарат. Однако стратегия монотерапии требует от врача кропотливого поиска оптимального для больного антигипертензивного средства с частой сменой лекарств и их дозировок, что лишает врача и больного уверенности в успехе, и в конечном итоге ведёт к снижению приверженности пациентов к лечению. Это особенно актуально для больных АГ 1 и 2 степени, большинство из которых не испытывают дискомфорта от повышения АД и не мотивированы к лечению. При комбинированной терапии в большинстве случаев назначение препаратов с различными механизмами действия позволяет, с одной стороны, добиться целевого АД, а с другой - минимизировать количество побочных эффектов. Комбинированная терапия позволяет также подавить контррегуляторные механизмы повышения АД. Применение фиксированных комбинаций антигипертензивных препаратов в одной таблетке повышает приверженность больных к лечению. Недостатком комбинированной терапии является то, что иногда больным приходится принимать лекарство, в котором нет необходимости. Пациентам с АД > 160/100 мм рт. ст., имеющим высокий и очень высокий риск ССО, к которым относится наш пациент, полнодозовая комбинированная терапия может быть назначена на старте лечения. У 15-20% пациентов контроль АД не может быть достигнут при использовании 2 препаратов. В этом случае используется комбинация из 3 лекарственных средств и более.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 4

1. ИБС: острый Q-инфаркт миокарда в области нижней стенки.

2. Диагноз поставлен на основании жалоб на боли в эпигастральной области, сопровождающиеся слабостью, потливостью, тошнотой; данных анамнеза: после приема Нитроглицерина под язык боли уменьшились; данных клинико-лабораторного исследования: на снятой ЭКГ выявлен глубокий зубец Q в III и aVF отведениях; сегмент ST в этих же отведениях приподнят над изолинией, дугообразный, переходит в отрицательный зубец T.

3. Клинический анализ крови; биохимические маркеры некроза миокарда; ЭХО- КГ; КАГ.

4. Тромболизис; ЧКВ (БАП и стентирование); обезболивание; антиагреганты; антикоагулянты; В-адреноблокаторы; статины.

5. Геморрагические высыпания; аневризма; приём ПОАГ; беременность; новообразования.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 5

1. ИБС: Стенокардия напряжения III ФК. ХСН I ст. II ФК.

2. Диагноз «ИБС: Стенокардия напряжения III ФК» поставлен на основании: характера боли - сжимающая, локализации боли - за грудиной, иррадиации - в левое плечо, условий возникновения боли - связь с физической нагрузкой (боли возникают при ходьбе до 500 м, иногда в покое - это характерно для III ФК стенокардии), купирование болей Нитроглицерином - в течение 2-3 минут. Боли в сердце отмечает в течение 5 лет, последние полгода - снижение переносимости физической нагрузки, следовательно, стенокардия стабильная. Диагноз «ХСН I ст. II ФК» поставлен на основании того, что симптомы ХСН (одышка, сердцебиение) появляются при умеренной физической нагрузке; в покое гемодинамика не нарушена.

3. Возраст: мужчины старше 45 лет, женщины старше 55 лет или с ранней менопаузой; курение; артериальная гипертензия: АД >140/90 мм рт. ст. или постоянный прием антигипертензивных препаратов; сахарный диабет II типа: глюкоза крови натощак более 6,0 ммоль/л; абдоминальное ожирение: окружность талии у мужчин >94 см, у женщин >80 см; семейная гиперлипидемия по данным анамнеза: Па, Пб, или III тип; хроническое заболевание почек: ХПН со снижением СКФ < 60 мл/мин или гломерулонефрит, тубулоинтерстициальный нефрит, пиелонефрит.

4. Немедикаментозное лечение ИБС: воздействие на факторы риска - гипохолестериновая диета, прекращение курения, достаточная физическая активность. Фармакотерапия: Нитроглицерин - для купирования приступа стенокардии + 1) препараты, улучшающие качество жизни: антиангинальная терапия: а) препараты первой линии: в - адреноблокаторы, блокаторы медленных кальциевых каналов; б) препараты второй линии: нитраты пролонгированного действия (Кардикет 20 мг 2 раза в день, Моночиннкверетард 50 мг 1 раз в день), блокаторы I_f каналов (Кораксан 5 мг 2 раза в день), активаторы калиевых каналов (Никорандил 10-20 мг 3 раза в день), цитопротекторы (Триметазидин 7 мг 2 раза в день), блокаторы медленного натриевого тока (Ранолазин 5000 мг 2 раза в день); 2) препараты, улучшающие прогноз заболевания: антиагреганты (Ацетилсалициловая кислота 75-100 мг в сутки), гиполипидемические препараты (Розувастатин 10 мг 1 раз в день или Аторвастатин 20 мг 1 раз в день), и-АПФ (Периндоприл - 8 мг 1 раз в день).

5. Показания к хирургическому лечению у данного больного имеются. Об этом свидетельствуют данные коронарографии: стеноз в/3 левой коронарной артерии - 80%, с/3 огибающей артерии - 80%. При одно-двухсосудистом поражении с нормальной фракцией выброса левого желудочка показаны чрезкожная транслюминальная коронарная ангиопластика и стентирование.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 6

1. Артериальная гипертензия 3 степени, 2 стадии, риск ССО 4. Гиперлипидемия. Ожирение 2 ст.

2. Отягощённая наследственность по материнской линии. Вредные привычки (курение, злоупотребление алкоголем), гиперлипидемия, ожирение, альбуминурия.

3. Суточное мониторирование АД для оценки суточного профиля АД; ЭКГ; ЭХО- КГ для оценки поражения органа-мишени (выявление гипертрофии левого желудочка, систолической и диастолической функции сердца); лабораторное обследование (общие анализы крови и мочи; анализ крови на содержание креатинина, глюкозы, калия, натрия); исследование сосудов глазного дна; УЗИ почек для оценки поражения органа-мишени; ЦДС сосудов головного мозга (для выявления поражений органа-мишени).

4. Диета с ограничением: а) соли до 4-6 г в сутки; б) насыщенных жиров; в) энергетической ценности рациона при ожирении; ограничение употребления алкоголя; регулярные физические упражнения; прекращение курения; снятие стресса (релаксация), модификация условий окружающей среды.

5. Хлорталидон, Индапамид или Торасемид (менее предпочтителен Гипотиазид в связи с его негативным влиянием на метаболизм углеводов и липидов).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 7

1. Дилатационная кардиомиопатия. Нарушение ритма по типу постоянной формы фибрилляции предсердий, тахисистолия. ХСН ПБ ст. III ФК.

2. При гистологическом исследовании выявляются неспецифические изменения: дегенерация и некроз кардиомиоцитов, инфильтрация миокарда мононуклеарными клетками, зоны фиброза.

3. Отсутствие зубца Р, нерегулярный ритм (разные по продолжительности интервалы RR), узкие комплексы QRS (у большинства больных), наличие волн фибрилляции f.

4. Показаны диуретики, ингибиторы АПФ (или блокаторы рецепторов ангиотензина II), в-адреноблокаторы (Бисопролол, Метопролол-ретард, Карведилол), антагонисты альдостерона, сердечные гликозиды, антикоагулянты.

5. Учитывая данные ЭХОКГ-исследования (значительное снижение ФВ левого желудочка и дилатацию левых камер сердца, в первую очередь, левого предсердия) пациент в восстановлении сердечного ритма не нуждается.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 8

1. Синдром воспалительных изменений и септицемии (лихорадка, ознобы, острофазовые показатели), синдром интоксикации (слабость, повышенная потливость, снижение аппетита, похудание, артралгии, миалгии, анемия), синдром клапанных изменений (формирование аортальной недостаточности), синдром тромбоэмболических нарушений (пятна Дженуэя), синдром иммунных нарушений (гепатит, гломерулонефрит, спленомегалия, ревматоидный фактор), синдром сердечной недостаточности.

2. Основной диагноз - «первичный активный инфекционный эндокардит аортального клапана». Недостаточность аортального клапана, относительная недостаточность митрального клапана. Гепатит. Гломерулонефрит. Анемия умеренной степени тяжести. Осложнения: ХСН II А стадии, IV функциональный класс по NYHA. Большой диагностический критерий DUKE - ЭхоКГ-признаки внутрисердечного объёмного образования на клапане. Малые диагностические критерии DUKE: лихорадка $>38^{\circ}\text{C}$, заболевание сердца, предрасполагающее к развитию ИЭ, септическая инфарктная пневмония. Для подтверждения диагноза достаточно наличия одного большого и трёх малых диагностических критериев.

3. Пациенту показано проведение бактериологического исследования крови для выявления возбудителя инфекционного эндокардита и определения его чувствительности к антибиотикам. Забор крови для гемокультуры проводится с соблюдением следующих правил. Должно быть взято не менее 3 образцов крови из разных вен. Следует избегать забора крови из постоянного катетера в связи с возможной его контаминацией. При каждом заборе крови производится посев в два флакона для аэробной и анаэробной флоры. В каждый флакон помещается не менее 5-10 мл венозной крови.

4. Основные принципы лечения: ранняя, массивная и длительная (4-6 недель) антибактериальная терапия. Применяются антибиотики бактерицидного действия, способ введения - парентеральный. До получения результатов анализов крови на гемокультуру следует назначить эмпирическую схему антибиотикотерапии, предпочтительнее бета-лактамами антибиотиками и аминогликозидами. Основные показания к хирургическому лечению: некорректируемая прогрессирующая ХСН; не контролируемый антибиотиками инфекционный процесс; повторные эпизоды тромбоэмболии; абсцессы миокарда; эндокардит оперированного сердца.

5. У пациентов с «кардиогенными факторами риска» (врождённые и приобретённые, в том числе оперированные пороки сердца, перенесённый инфекционный эндокардит, гипертрофическая кардиомиопатия, пролапс митрального клапана) при выполнении у них различных медицинских вмешательств, которые могут сопровождаться преходящей бактериемией: экстракция зуба, тонзиллэктомия, урологические, гинекологические операции и диагностические манипуляции, иссечение и дренирование инфицированных мягких тканей и т. д., должна осуществляться антибиотикопрофилактика. При стоматологических

манипуляциях и других вмешательствах в полости рта, в области носоглотки, на верхних дыхательных путях и пищеводе рекомендуют: перорально - Амоксициллин 2 г за 1 час до процедуры (при аллергии к пенициллину: Клиндамицин 600 мг за 1 час до процедуры); парентерально (в случаях невозможности приёма лекарств через рот) - Ампициллин 2 г внутримышечно или внутривенно за 30 минут до процедуры (при аллергии к пенициллину: Клиндамицин 600 мг внутривенно за 1 час до процедуры). При вмешательствах на желудочно-кишечном тракте, мочевых путях, в области гениталий - Амоксициллин или Ампициллин: Амоксициллин 2 г перорально за 1 час до процедуры или Ампициллин 2 г внутримышечно или внутривенно за 30 минут до процедуры (при аллергии к пенициллину - Ванкомицин: 1 г внутривенно капельно за 1-2 часа до процедуры, с окончанием инфузии за 30 минут до процедуры); Ампициллин плюс Гентамицин: Ампициллин 2 г внутримышечно или внутривенно, Гентамицин 1,5 мг/кг (не более 120 мг) внутримышечно за 30 минут до процедуры; через 6 часов после процедуры: Ампициллин 1 г внутримышечно или внутривенно или Амоксициллин 1 г перорально (при аллергии к пенициллину - Ванкомицин плюс Гентамицин: Ванкомицин 1 г внутривенно капельно, с окончанием инфузии за 30 минут до процедуры; Гентамицин 1,5 мг/кг, но не более 120 мг).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 9

1. Дилатационная кардиомиопатия. Желудочковая экстрасистолия. Хроническая сердечная недостаточность II Б стадии ФК III.

2. Согласно анамнеза диагноз «дилатационная кардиомиопатия» был выставлен больному 6 лет назад (при ЭХО-КГ имеется дилатация левого желудочка, гипокинезия стенок левого желудочка). В настоящее время тяжесть состояния обусловлена явлениями сердечной недостаточности, декомпенсации которой способствовали: вирусная инфекция, обильный приём жидкости и отмена лекарственных препаратов. Диагноз ХСН и её стадия выставлены на основании жалоб (одышка, удушье), объективных данных (цианоз, отёки нижних конечностей, хрипы в лёгких, протодиастолический ритм галопа), результатов ЭХО-КГ (низкая фракция выброса левого желудочка, дилатация левого желудочка).

3. Кроме общеклинических исследований (общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови) необходимо провести рентгенологическое исследование органов грудной клетки для исключения пневмонии, инфильтративных заболеваний лёгких (у больного отмечалось повышение температуры тела, кашель) с целью выявления признаков кардиомегалии, признаков венозного застоя в лёгких, наличия выпота в плевральной полости; суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру с целью выявления нарушений ритма и проводимости сердца.

4. Основные группы препаратов для лечения этого больного: ингибиторы АПФ, селективные в-блокаторы, диуретики (Верошпирон, Гипотиазид, Фуросемид), сердечные гликозиды - Дигоксин (в связи с декомпенсацией, большими размерами сердца и низкой фракцией выброса левого желудочка), дезагреганты (для профилактики тромбоэмболических осложнений). Ингибитор АПФ фозиноприл должен быть оставлен больному в лечении, но дозу его нужно уменьшить в связи с низкими цифрами АД. В - блокатор Карведилол должен быть вновь назначен этому пациенту.

5. При неэффективности медикаментозной терапии прибегают к электрофизиологическим и хирургическим методам лечения: двухкамерная электростимуляция сердца с помощью имплантированного электрокардиостимулятора (улучшает внутрисердечную гемодинамику, повышает систолическую функцию желудочков, предупреждает развитие некоторых осложнений); трансплантация сердца. Показания для трансплантации сердца: быстрое прогрессирование ХСН и отсутствие эффекта от проводимой терапии; возникновение опасных нарушений ритма сердца; высокий риск тромбоэмболических осложнений.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 10

1. Синдром хронической сердечной недостаточности по большому и малому кругам кровообращения.
2. Хроническая ревматическая болезнь сердца: ревматический порок сердца - недостаточность митрального клапана. Фибрилляция предсердий, постоянная форма. ХСН II Б стадия, ФК IV.
3. Пациенту рекомендовано: общий анализ крови, общий анализ мочи, ЭКГ, Эхокардиография, рентгенография органов грудной клетки.
4. Ингибиторы АПФ, Дигоксин, бета-адреноблокаторы, диуретики.
5. Необходимо направить больную на консультацию к врачу-кардиохирургу для обсуждения хирургической коррекции порока.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 11

1. Синдром артериальной гипертензии на основании повышения артериального давления до 170/110 мм рт. ст., признаков поражения органов-мишеней (гипертрофия левого желудочка на основании расширения границ относительной сердечной тупости влево).
2. Коарктация аорты.
3. Пациенту рекомендовано: общий анализ крови, СРБ, АСЛ-О, фибриноген, ЭКГ, ЭХО-КГ, аортография, ультразвуковое исследование почек.
4. Коарктацию аорты следует дифференцировать с аортальным стенозом, гипертонической болезнью и симптоматическими гипертензиями.
5. Лечение хирургическое, симптоматическая антигипертензивная терапия (ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов ангиотензина II, антагонисты кальциевых каналов).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 12

1. Синдром артериальной гипертензии, синдром цефалгии, синдром вегетативной дисфункции.
2. Феохромоцитома. Кризовая форма. Криз.
3. Пациентке рекомендовано: ОАК, сахар крови натощак, ЭКГ, УЗИ надпочечников, почек, грудного и брюшного отделов аорты, МСКТ почек и надпочечников, исследование мочи на количественное содержание норадреналина, адреналина, ванилилминдальной кислоты, проба с тропафеном.
4. Дифференциальная диагностика с гипертоническим кризом, симптоматическими артериальными гипертензиями.
5. Альфа-адреноблокаторы, при необходимости комбинация с бета-адреноблокаторами, антагонистами кальциевых каналов, ингибиторами АПФ. В плановом порядке - оперативное лечение (адреналэктомия).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 13

1. ИБС. Стенокардия напряжения, функциональный класс II. Полная атриовентрикулярная блокада. Приступы Морганьи-Адамса-Стокса. НПБ, функциональный класс IV. Симптоматическая артериальная гипертензия III степени, риск 4.
2. Полная атриовентрикулярная блокада, замещающий ритм АВ-соединения. Заключение: полная атриовентрикулярная блокада (III степени).
3. Нарушение проводимости: полная атриовентрикулярная блокада с приступами Морганьи-Адамса-Стокса.
4. Обмороки при синдроме слабости синусового узла, при пароксизмальных тахикардиях, при транзиторных ишемических атаках, при эпилепсии.
5. Временная электрокардиостимуляция с трансвенозной (допускается формулировка «эндокардиальной») установкой электрода.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 14

1. ИБС. Острый передний инфаркт миокарда с зубцом Q.
2. QS в отведениях V1-V3, выраженная горизонтальная элевация ST и высокий островевершинный T в отведениях V1-V6. Реципрокная депрессия ST и отрицательный T в отведениях III, aVF. Заключение: признаки переднего распространенного инфаркта миокарда с зубцом Q, острейший период.
3. Экстренная госпитализация. До приезда бригады скорой помощи: уложить больного, установить прикроватный кардиомонитор (при возможности), обезболивание (Нитроглицерин сублингвально или ненаркотические анальгетики), 125 мг Аспирина разжевать, 75 мг Клопидогрела, гепаринотерапия.
4. Впервые возникшая стенокардия, острый перикардит, расслаивающая аневризма аорты, тромбоэмболия лёгочной артерии, остеохондроз грудного отдела позвоночника.
5. МВ-креатинкиназа, тропонины T и I.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 15

1. Синдром артериальной гипертензии; синдром нарушения сердечного ритма и проводимости.
2. Гипертоническая болезнь 2 стадии. Артериальная гипертензия 3 степени. Степень риска 4. Наджелудочковая экстрасистолия. Гипертонический криз гиперкинетического типа. Н 1 стадии, 2 ф. кл.
3. Диагноз «артериальная гипертензия» (АГ) установлен на основании жалоб больного на нестабильность АД, данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 5 лет); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приёма. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (гипертрофия миокарда левого желудочка). Степень риска ССО поставлена на основании наличия поражения органов-мишеней (гипертрофия миокарда левого желудочка) и высоких цифр артериальной гипертензии 180/100 мм рт. ст. Диагноз гиперкинетического криза выставлен в связи с его быстрым развитием, гиперемией кожных покровов, тахикардией.
4. Лечение: для купирования криза гипертонического с учётом наджелудочковых нарушений ритма: Пропранолол 20 мг сублингвально, при неэффективности - Клонидин (Клофелин) 0,15 мг сублингвально или Каптоприл 25 мг сублингвально. Согласно рекомендациям ВНОК (2010 г.) для купирования гипертонических кризов можно использовать Каптоприл, Пропранолол, Клонидин и т. д. У пациента отмечаются частые наджелудочковые экстрасистолы, поэтому лучше начать с Пропранолола (Анаприлина) сублингвально, так как Пропранолол обладает ещё и антиаритмическим действием, при недостаточном снижении АД дополнительно можно дать таблетку Каптоприла, при неэффективности - дополнительно сублингвально таблетку Моксонидина (Физиотенза) 0,4 мг или Клонидина (Клофелина) 0,15 мг 1 т. Недостаток: Клонидин - учётный препарата списка Б (сильнодействующие средства), подлежит особому списанию.
5. Как один из вариантов лечения: Эналаприл 20 мг 2 раза в сутки, Индапамид 2,5 мг утром, Метопролол 25 мг 2 раза в сутки. Учитывая гиперкинетический вариант гемодинамики у данного больного, в обязательном порядке при отсутствии противопоказаний должны присутствовать В-адреноблокаторы. ИАПФ могут назначаться при любом варианте гемодинамики. При недостаточном эффекте при любом варианте гемодинамики можно подключить диуретики, лучше тиазидоподобные (Индапамид).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 16

1. На основании ЭКГ, зарегистрированной во время приступа аритмии, у больного парокизмальная форма фибрилляции предсердий, тахисистолический вариант.
2. Предсердная тахикардия, трепетание предсердий, частая предсердная экстрасистолия, двойное антероградное проведение через атрио-вентрикулярный узел.

Могут характеризоваться частыми нерегулярными интервалами RR и имитировать фибрилляцию предсердий.

3. Суточное мониторирование ЭКГ для выявления формы нарушения ритма сердца.

4. Определение риска развития инсульта и системных тромбоэмболий проводится согласно шкале CHA₂DS₂-VASc. С учётом возраста пациента, наличия АГ риск ТЭО по шкале CHA₂DS₂-VASc > 2 баллов (3 балла), что является основанием для назначений антикоагулянтной терапии.

5. С фибрилляцией предсердий ассоциируются: структурное заболевание сердца, возраст, артериальная гипертензия, клинически выраженная сердечная недостаточность, тахикардическая кардиомиопатия, поражение клапанов сердца, первичные кардиомиопатии, ишемическая болезнь сердца, нарушение функции щитовидной железы, избыточная масса тела и ожирение, сахарный диабет, хроническая обструктивная болезнь лёгких, апноэ во время сна, хроническая болезнь почек. Из известных на момент осмотра больного состояний, ассоциирующихся с фибрилляцией предсердий, являются возраст и артериальная гипертензия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 17

1. Гипертоническая болезнь II стадии. Степень АГ 2. Риск 3 (высокий). ХСН 0 ст., ФК 0. Атеросклероз артерий нижних конечностей.

2. Диагноз «гипертоническая болезнь» установлен на основании жалоб больного на эпизодическое повышение АД до 150/90-160/95 мм рт. ст., сопровождающееся головными болями в затылочной области. Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей установлен на основании данных анамнеза (в последние 2-3 месяца стал отмечать появление ноющих болей в области икроножных мышц при ходьбе на расстоянии 250-300 метров, купирующиеся в покое); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приёма. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней - системный атеросклероз.

3. Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (ОХС, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, ТГ, калий, натрий, креатинин с расчётом СКФ, мочевая кислота, АЛТ, АСТ), глюкоза плазмы натощак, ЭКГ, ЭхоКГ, исследование глазного дна, СМАД, УЗИ сосудов нижних конечностей с последующей консультацией сосудистого врача- хирурга (при необходимости), консультация невролога.

4. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Гипотензивная терапия (возможно назначение ИАПФ, БРА, АК, диуретиков). Например, Периндоприл 2,5 мг 1 раз в день, Амлодипин 5 мг 1 раз в день, после достижения целевых цифр АД - дезагреганты (Аспирин 75 мг/сут).

5. Противопоказаны комбинации БАБ и АК (недигидропиридинового ряда).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 18

1. Артериальная гипертензия II стадии, II степени, риск ССО 3. Ожирение 1 ст. Гиперлипидемия (метаболический синдром). Хроническая болезнь почек II стадии, альбуминурия 2А стадия.

2. Диагноз «артериальной гипертензии (АГ)» установлен на основании жалоб больного на повышение АД, данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение 18 лет); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приема. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (почек – микроальбуминурия, сердца - гипертрофия миокарда ЛЖ). Степень риска ССО поставлена на основании наличия метаболического синдрома, ХБП. Диагноз «хронической болезни почек (ХБП)» определен по наличию признаков поражения почек (альбуминурия) и снижении СКФ. Диагноз «метаболического синдрома» установлен на основании наличия ожирения, АГ, дислипидемии (повышения уровня ТГ и снижения уровня ЛПВП), гипергликемии натощак.

3. Пациенту рекомендовано: проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; консультация врача-окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии; УЗ-исследование почек для оценки поражения органа-мишени почек.

4. Для комбинации предлагаются: ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II и антагонисты кальция. Выбор препарата из этих групп основан на их органопротективных свойствах. Данные группы препаратов обладают наибольшим кардиопротективным эффектом (по регрессу ГЛЖ); ингибиторы АПФ и антагонисты рецепторов к ангиотензину II обладают наиболее выраженным нефропротективным эффектом. Комбинация бета-блокатор и диуретик назначена неправильно, оба класса препаратов не имеют существенных органопротективных эффектов и вызывают лекарственный метаболический синдром.

5. Продолжать антигипертензивную терапию без изменений, продолжить динамическое наблюдение. Необходимо уточнить рацион питания пациента и его физическую активность перед проведением анализа на креатинин. В настоящее время нельзя говорить о том, что снижение СКФ является негативным результатом, оно может быть связано в частности с тем, что клубочки почек стали работать без гиперфункции и данное значение СКФ является истинным для данного пациента. Контроль функции почек через 6 месяцев. Терапия остается без изменений при сохранении СКФ на тех же значениях, сохранении целевых цифр АД через 6 месяцев.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 19

1. Артериальная гипертония II стадии, II степени, риск ССО 3. Избыточная масса тела (ИМТ 29). Гиперлипидемия, гиперурекимия (метаболический синдром). Хроническая болезнь почек I стадии, альбуминурия IA стадия.

2. Диагноз «артериальной гипертонии (АГ)» установлен на основании жалоб больного на повышение АД, данных анамнеза (пациент отмечает головные болт в затылочной области в течение месяца); установление степени АГ основано на цифрах АД, измеренных во время приема. Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (почек- МАУ, сердца - ГЛЖ). Степень риска ССО поставлена на основании наличия метаболического синдрома, ХБП. Диагноз «хронической болезни почек (ХБП)» определен по наличию признаков поражения почек (альбуминурия) и снижении СКФ. Диагноз «метаболического синдрома» установлен на основании наличия избыточной массы тела, АГ, дислипидемии (повышения уровня ТГ и снижения уровня ЛПВП), гипергликемии натощак, гиперурекозурия.

3. Пациенту рекомендовано: проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; консультация врача-окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии; УЗ-исследование почек для оценки поражения органа-мишени почек.

4. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II и антагонисты кальция. Выбор препарата из этих групп основан на нефропротективных свойствах ингибиторов АПФ и антагонистов рецепторов к ангиотензину II. нейтральных метаболических эффектах этих групп препаратов; предпочтительно назначить Лозартан - обладает урикозурическим эффектом.

5. Продолжать антигипертензивную терапию без изменений, продолжить динамическое наблюдение. Контроль функции почек через 6 месяцев. Терапия остается без изменений при сохранении СКФ на тех же значениях, сохранении целевых цифр АД через 6 месяцев.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 20

1. Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST в нижней стенке левого желудочка. Артериальная гипертензия III стадии, III степени, риск 4.

2. Диагноз «ОКС» поставлен на основании жалоб пациента на типичные ангинозные боли, продолжающиеся около 2 часов, не купирующиеся приёмом Нитроглицерина; характерных изменений ЭКГ: подъем сегмента ST > 0,2 м в более чем в двух смежных отведениях для мужчины старше 40 лет. Диагноз «артериальная гипертензия» (АГ) установлен на основании данных анамнеза (повышение АД в последние 10 лет), стадия АГ установлена на основании наличия ОКС, свидетельствующего о заболевании сердца как ассоциированном клиническом состоянии. Постановка степени АГ основана на цифрах повышения АД в анамнезе и при объективном осмотре. Риск ССО определён в соответствии со степенью повышения АД и наличия ассоциированного клинического состояния.

3. Пациенту требуется экстренная госпитализация. Необходим вызов бригады скорой медицинской помощи - бригады интенсивной терапии. Учитывая то, что транспортная доступность до стационара неотложной кардиологии составляет менее 120 минут с момента первого медицинского контакта, наиболее целесообразной тактикой является выполнение первичного ЧКВ.

4. На догоспитальном этапе (на этапе поликлиники, на дому): повторно - Нитроглицерин, Аспирин 500 мг разжевать. На этапе скорой медицинской помощи: купирование болевого синдрома - Нитроглицерин в/в, при неэффективности - Морфин в/в дробно. Анти тромботическая терапия: Аспирин 250 мг разжевать, нагрузочная доза Клопидогрела - 300 мг внутрь, прямые антикоагулянты в/в болюсно - Гепарин. Кислородотерапия.

5. Данных недостаточно. «Золотым стандартом» диагностики инфаркта миокарда является обнаружение в крови кардиоспецифических ферментов. Диагноз может быть установлен на госпитальном этапе при обнаружении в крови наиболее специфических маркеров некроза миокарда - КФК-МВ, сердечных тропонинов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 21

1. ИБС: стенокардия напряжения II ФК. Постинфарктный кардиосклероз (01.09.2016 г.). ЧТКА и эндопротезирование передней межжелудочковой артерии (01.09.2016 г.). Артериальная гипертензия III стадии, II степени, риск 4. Ожирение 2 ст. Гиперлипидемия. Хроническая сердечная недостаточность ПА стадии, II ФК.

2. Диагноз «ИБС: стенокардия напряжения» поставлен на основании жалоб пациента на типичные ангинозные боли, данных анамнеза, наличия стенозирующего атеросклероза коронарных артерий (по данным коронароангиографии), перенесённого инфаркта миокарда. Постинфарктный кардиосклероз выставлен, поскольку с момента перенесённого инфаркта миокарда прошло более 28 суток. Функциональный класс стенокардии напряжения определён в соответствии с результатами велоэргометрии (нагрузка 100 Вт соответствует второму ФК). Диагноз гипертонической болезни (ГБ) установлен на основании данных анамнеза (повышение АД в последние 2 года), стадия ГБ установлена на основании наличия ИБС, постинфарктного кардиосклероза как ассоциированного клинического состояния. Постановка степени ГБ основана на цифрах повышения АД в анамнезе и при объективном осмотре. Риск ССО определён в соответствии со степенью повышения АД и наличия ассоциированного клинического состояния. Ожирение 2 ст. установлено на основании значения ИМТ. Гиперлипидемия установлена на основании повышения уровня общего холестерина, ЛПНП, ТГ. Диагноз «хроническая сердечная недостаточность» установлен на основании жалоб пациента на одышку при физической нагрузке, наличия диастолической дисфункции ЛЖ по данным ЭХО-КГ. Стадия ХСН определена в соответствии с классификацией Василенко-Стражеско по наличию умеренных признаков недостаточности кровообращения по малому кругу. ФК ХСН определён в соответствии с пройденной дистанцией теста с 6-минутной ходьбой.

3. После выписки больного из стационарного кардиореабилитационного отделения он направляется в поликлинику по месту жительства, в котором наблюдается в течение 1 года врачом-кардиологом. При отсутствии врача-кардиолога пациент наблюдается врачом-терапевтом участковым. Через год пациент переводится в группу наблюдения с другими формами ИБС. Программа кардиореабилитации на поликлиническом этапе включает в себя программы контролируемых физических тренировок (ФТ). Пациент должен выполнять аэробную ФТ средней интенсивности и длительностью по 30 мин >3 раза в неделю. ФТ осуществляются под контролем клинического состояния пациента, АД, ЧСС, ЭКГ.

В первые недели занятий ЧСС на высоте ФТ и в первые 3 минуты после неё не должна превышать исходную более чем на 20 ударов в минуту, а дыхание - не более чем на 6 в минуту. Допускается повышение (от исходного) систолического АД на 20-40 мм и диастолического АД на 10-12 мм рт. ст. Данному пациенту в качестве физической нагрузки может быть назначена дозированная ходьба. Для дозированной ходьбы ЧСС остаётся основным методом контроля правильного дозирования нагрузки. Тренировочная ЧСС может быть рассчитана по формуле: ЧСС тренировочная = (ЧСС максимальная - ЧСС покоя) x 60% + ЧСС покоя. Период активного контроля за пациентом должен продолжаться от 3 до 6 месяцев.

Далее больному назначаются неконтролируемые ФТ, легко и без всяких опасений выполняемые в домашних условиях под самоконтролем. Посещение образовательных программ «Школа для больных, перенёсших инфаркт миокарда». При необходимости - программы психологической реабилитации. Программы по модификации факторов риска - занятия с диетологом, специалистом по отказу от курения. Медикаментозная терапия: блокаторы P2Y12 рецепторов - в течение 1 года после перенесённого инфаркта миокарда; Аспирин, ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторы, статины - постоянно, в дозах, необходимых для поддержания целевых показателей АД, ЧСС, ЛПНП. Профессиональная реабилитация: работа по основной профессии невозможна (значительное физическое и эмоциональное напряжение, работа на высоте). Показано направление пациента на МСЭ для установления группы инвалидности на 1 год. Переобучение на профессию, не связанную с значительным физическим и эмоциональным напряжением.

4. В объективном осмотре обращают на себя внимания значения ЧСС и АД, которые выше целевых после перенесённого инфаркта миокарда, что требует коррекции медикаментозной терапии - увеличение дозы бета-адреноблокаторов и ингибиторов АПФ до достижения целевых значений ЧСС и АД. В лабораторных анализах обращает на себя внимание гиперхолестеринемия (увеличение уровня общего холестерина, ЛПНП, ТГ). Рекомендуются выполнить повторное исследование липидного спектра крови через 4-6 недель после инфаркта миокарда, при необходимости произвести коррекцию дозы статинов до достижения уровня ЛПНП менее 1,8 ммоль/л.

5. Срок временной нетрудоспособности для пациента с трансмуральным инфарктом миокарда передней стенки ЛЖ без существенных осложнений составляет 70-90 суток. Пациенту необходимо ежемесячное диспансерное наблюдение врача-кардиолога с выполнением ряда диагностических исследований с определённой периодичностью: ЭКГ в покое - не менее 1 раза в 2 месяца (кратность проведения зависит от наличия и частоты приступов стенокардии); суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру - 1 раз в год; ЭХО- КГ - 1 раз в 6 месяцев; исследование липидного спектра крови - через 4-6 недель после инфаркта миокарда и через 3 месяца после начала медикаментозной терапии. При достижении целевого уровня общего холестерина и ЛПНП повторные измерения необходимо проводить 4 раза в первый год лечения и 2 раза в год в последующие годы. Проба с физической нагрузкой (не ране 3-6 недель после инфаркта миокарда) данному пациенту выполнена в условиях реабилитационного центра.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 22

1. Гипертоническая болезнь, 2 стадия, 2 степень, риск 4. Вторичный хронический двусторонний пиелонефрит, обострение. Сахарный диабет 2 типа, средней тяжести. Целевой уровень Hb A1c 6,5%. Избыток веса. Дислипидемия.

2. Диагноз «гипертоническая болезнь» (ГБ) установлен на основании жалоб больного на боли в затылке, особенно после стрессов; установление степени ГБ основано на цифрах АД, измеренных во время приёма. Стадия ГБ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (сердца). Степень риска ССО поставлена на основании наличия ожирения, атерогенной дислипидемии, отягощенной по ГБ наследственности, мужского пола. Диагноз «обострение хронического пиелонефрита» установлен на основании жалоб на тяжесть боли в пояснице, учащённое мочеиспускание, повышение температуры, возникших после переохлаждения; данных осмотра - положительный симптом Пастернацкого; данных лабораторного обследования - лейкоцитоз, лейкоцитурия и белок в моче, а также инструментального обследования: УЗИ почек - деформации ЧЛС. Диагноз «сахарный диабет (СД) 2 типа» установлен на основании жалоб на жажду и сухость во рту, анамнеза заболевания. Целевой уровень Hb A1c 6,5% установлен в связи с небольшой длительностью СД, стабильным течением заболевания, соматической сохранностью больного и долгой предполагаемой продолжительностью жизни компенсированным и стойко невысоким уровнем гликемии. Диагноз «избыток веса» установлен на основании повышенного ИМТ и ОТ. Диагноз «атерогенная дислипидемия» установлен на основании повышенных общего холестерина и ЛПНП и сниженного уровня ЛПВП.

3. Пациенту рекомендовано: исследование дневной гликемии через 2 часа после основных приёмов пищи и натошак на фоне лечения для оценки эффективности проводимой терапии и компенсации диабета; проведение суточного мониторинга АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭХО-КГ для оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; консультация окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической ретинопатии; доплерография сонных артерий (для выявления ранних признаков атеросклероза: бляшки, утолщение слоя интима-медиа); анализ мочи по Нечипоренко и общий анализ мочи в динамике для оценки эффективности терапии; определение микроальбуминурии, расчёт скорости клубочковой фильтрации по формуле CDF-EPI - для исключения ХБП, посев мочи на возбудителя и чувствительность к антибиотикам.

4. Для лечения ГБ на фоне СД - ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II. Выбор препарата из этих групп основан на их метаболической нейтральности и кардиопротективных и нейропротективных свойствах. Для лечения обострения хронического пиелонефрита антибиотик группы пероральных цефалоспоринов III поколения Цефексим 400 мг однократно в день по 1 таблетке 10 дней - бактерицидное действие, широкий спектр против грамположительных и грамотрицательных бактерий, удобство применения - приём 1 раз в сутки. Канефрон Н по 50 капель 3 раза в день 1 месяц - комбинированный препарат растительного происхождения, оказывающий уросептическое и спазмолитическое действие.

Спазмолитики: Дротаверин 40 мг 3 раза в день (для снятия спазма мочевых путей). Для лечения СД на фоне избыточного веса - Бигуанид метформин 1000 мг по 2 т. во время завтрака и на ночь назначен в соответствии с алгоритмом ведения больных - отсутствие гипогликемий и метаболическая нейтральность, максимальное сохранение инсулиновой секреции в условиях ожирения и инсулинорезистентности, то есть патогенетически подобранное лечение. Для лечения дислипидемии необходим статин Розувастатин 10 мг в сутки в связи с механизмом действия - снижает общий холестерин, ТГ, ЛПНП, имеет плейотропные эффекты (уменьшает эндотелиальную дисфункцию и воспаление на фоне инсулинорезистентности и гипергликемии - кардиопротективное действие).

5. Отменить антибиотики и до 1 месяца продолжить принимать Канефрон, раз в месяц общий анализ мочи, так как на фоне СД может поддерживаться латентное воспаление в

почках, которое будет в свою очередь способствовать декомпенсации СД. Продолжить антигипертензивную терапию без изменений, продолжить сахароснижающую терапию под контролем гликемии и Hb A1c, продолжить приём статинов под контролем биохимического анализа крови 1 раз в 3 месяца в первый год терапии. Продолжить динамическое наблюдение. Продолжить рекомендовать рацион с ограничением жиров и быстроусваиваемых углеводов и соли, продолжить дозированные физические нагрузки с целью снижения веса.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 23

1. Наиболее вероятный диагноз у данного больного «ревматический порок сердца»: стеноз левого атриовентрикулярного отверстия с развитием сердечной недостаточности. Обоснованием является наличие у пациента прямых аускультативных признаков стеноза левого атриовентрикулярного отверстия: диастолический шум на верхушке, хлопающий первый тон в сочетании с тоном открытия митрального клапана (дополнительный тон). В анамнезе у больного в детстве типичные ревматические атаки, быстро купированные приемом НПВС. Характерные для НКПБ одышка и увеличение печени: +2 см от края рёберной дуги,

2. Изолированный митральный стеноз практически всегда является следствием ревматической лихорадки. На эту этиологию косвенно указывают молодой возраст пациента (атеросклероз маловероятен), частые ангины в детстве (очаг стрептококковой инфекции), эпизод артралгии в анамнезе (ревматическая атака?). Анамнез заболевания и клиническая картина не соответствуют диагнозу инфекционного эндокардита: нет лихорадки, спленомегалии, порок, выявляемый у пациента, является стенозом митрального отверстия, а не недостаточностью митрального клапана. Поражение клапанов сердца при системной красной волчанке, сифилисе также может приводить к формированию недостаточности митрального клапана, а не к стенозу митрального отверстия.

3. Трёхчленный ритм при митральном стенозе обусловлен появлением добавочного тона в диастолу - тоном открытия митрального клапана, аускультативным феноменом, выявляемым у больных с митральным стенозом. Он образуется вследствие того, что склерозированные, сросшиеся створки митрального клапана не могут полностью отойти к стенкам желудочка, поэтому при ударе о клапан струи крови, изливающейся из предсердия, возникают звуковые колебания.

4. При ультразвуковом исследовании сердца у данного пациента можно определить расширение левого предсердия, увеличение градиента давления на митральном клапане, повышение давления в лёгочной артерии.

При митральном стенозе быстро развивается дилатация левого предсердия (у пациента выявлены её перкуторные признаки - расширение границы сердца вверх). Дилатация левого желудочка для данного порока не характерна. Вследствие уменьшения площади левого атриовентрикулярного отверстия увеличивается градиент давления на митральном клапане. Повышение градиента давления на левый желудочек/аорту наблюдают и при другом пороке - стенозе устья аорты. Для митрального стеноза характерно развитие активной лёгочной гипертензии, её клиническое проявление у данного пациента - одышка.

5. У пациента в настоящий момент отсутствуют признаки активности ревматического процесса, следовательно, нет необходимости приёма противовоспалительной терапии. Необходим общий анализ крови, анализ на СРБ, АСЛ-О, ЭКГ, холтеровское трёхсуточное мониторирование ЭКГ для выявления характера нарушений ритма. В связи с появлением осложнений порока сердца в виде сердечной недостаточности, возможных пароксизмов фибрилляции предсердий пациенту показано оперативное лечение - митральная комиссуротомия или протезирование митрального клапана. Появление фибрилляции предсердий у больных с митральным стенозом сопряжено с высоким риском тромбоэмболий в сосуды большого круга кровообращения. Для профилактики тромбоэмболий больному показан пожизненный приём непрямых антикоагулянтов - варфарина с целевым уровнем

МНО-2,0-2,5. С целью лечения сердечной недостаточности диуретики - Тригрим 10 мг утром.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 24

1. Наиболее вероятный диагноз «гипертоническая болезнь III стадии. АГЗ степени, очень высокого риска».

Наличие транзиторной ишемической атаки свидетельствует о III стадии гипертонической болезни, уровень артериального давления 190/100 мм рт. ст. соответствует 3 степени повышения АД; при стратификации риска с учётом факторов риска

- гиперхолестеринемии, сопутствующих клинических состояний - это соответствует очень высокому риску.

2. В данной ситуации обязательными исследованиями на амбулаторном этапе являются: определение концентраций глюкозы, креатинина в крови с расчётной СКФ, липиды, триглицериды, общий анализ мочи, определение микроальбуминурии, ЭХОКГ.

Определение концентрации глюкозы, креатинина в крови, общий анализ мочи необходимы для исключения сахарного диабета, а также поражения почек. Остальные исследования могут проводиться при наличии дополнительных показаний и не являются обязательными.

3. Главная цель лечения больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями - увеличение продолжительности жизни и снижение риска сердечно-сосудистых катастроф. Для реализации этой цели нужно стремиться к снижению артериального давления до целевых значений (<140/90 мм рт. ст.) и концентрации холестерина до 4,5 ммоль/л. Улучшение качества жизни на фоне терапии также немаловажная, но не основная цель лечения.

4. Данному пациенту рекомендована медикаментозная комбинированная терапия: ингибиторы АПФ + диуретики + Ацетилсалициловая кислота + статины. Из немедикаментозных методов рекомендуется умеренная физическая нагрузка в виде ходьбы не менее 30 минут в день

Больному показана комбинированная антигипертензивная терапия, включающая ингибиторы АПФ, при неэффективности - антагонисты кальция (профилактика повторных нарушений мозгового кровообращения) и диуретики. Кроме того, с учётом перенесённой транзиторной ишемической атаки необходим постоянный приём Ацетилсалициловой кислоты. Выраженная гиперхолестеринемия является показанием к назначению медикаментозного лечения статинами, ограничиваться гиполипидемической диетой в данной ситуации нельзя. Даже при эффективном лечении у больного сохраняется высокий риск сердечно-сосудистых осложнений, в первую очередь - повторного нарушения мозгового кровообращения.

5. Устойчивая высокая систоло-диастолическая артериальная гипертензия требует исключения вторичной причины повышения артериального давления. Для симптоматических артериальных гипертензий характерны: ранний дебют, резистентность к терапии, быстрое развитие поражений органов-мишеней и осложнений.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 25

1. Фибрилляция предсердий (мерцательная аритмия).

О наличии мерцательной аритмии свидетельствуют отсутствие зубца Р и неправильный ритм (непостоянство интервалов RR) - последнее обстоятельство исключает диагноз АВ узловой тахикардии. Положительная полярность комплекса QRS в отведениях I и aVF свидетельствует о нормальном расположении ЭОС.

2. Наиболее вероятный диагноз - «неревматический (инфекционно-аллергический) миокардит». В пользу наличия у больной неревматического миокардита говорит связь развития аритмии с опоясывающим герпесом, возбудитель которого обладает кардиотропным действием, сохраняющийся субфебрилитет.

3. Учитывая данные клинической картины и ЭКГ, необходимо провести дифференциальную диагностику с тиреотоксикозом, острой ревматической лихорадкой, инфекционным эндокардитом.

О тиреотоксикозе следует думать во всех случаях развития мерцательной аритмии, особенно при наличии выраженной тахисистолии, которая имеется у данной больной. Диагнозу «острая ревматическая лихорадка» противоречит поздний возраст начала заболевания. В пользу наличия у больной неревматического миокардита говорит связь развития аритмии с опоясывающим герпесом, возбудитель которого обладает кардиотропным действием, сохраняющийся субфебрилитет. Диагнозу «инфекционный эндокардит» противоречат невысокая температура тела, отсутствие озноба, аускультативных признаков поражения клапанов, сердечной недостаточности, спленомегалии и других критериев заболевания.

4. Пациентке рекомендовано проведение сцинтиграфии щитовидной железы, определение уровня антинуклеарных антител и антител к миокардиоцитам в крови, ЭхоКГ, чреспищеводной ЭхоКГ.

Сцинтиграфия щитовидной железы показана для исключения тиреотоксической аденомы («горячего узла») даже при нормальном уровне гормонов в однократном анализе. Выявление в крови повышенного в 3-4 раза титра антител к миокарду является основным лабораторным методом диагностики инфекционно-иммунного миокардита. ЭхоКГ позволяет определить такие признаки тиреотоксического сердца и миокардита, как диффузное снижение сократимости и расширение полостей сердца; для верификации миокардита диагностически значимым является также обнаружение сопутствующего выпота в полости перикарда, субклинической клапанной регургитации, которая обусловлена нарушениями в работе подклапанных структур. Посев крови необходим для исключения инфекционного эндокардита, который уже отвергнут на основании полученных ранее данных. Чреспищеводная ЭхоКГ показана для исключения внутри - предсердного тромбоза как возможного противопоказания к восстановлению синусового ритма.

5. Первоочередные лечебные мероприятия включают: назначение Р- адреноблокаторов и назначение антикоагулянтной терапии.

Назначение Р-адреноблокаторов показано с целью урежения желудочкового ответа и облегчения переносимости аритмии. Показаний к экстренной электроимпульсной терапии (ЭИТ) (выраженной гемодинамической нестабильности) также нет. Поскольку давность развития мерцательной аритмии неизвестна, попытка восстановления синусового ритма может быть предпринята только после плановой подготовки антикоагулянтами, немедленное введение Новокаинамида с этой целью противопоказано в связи с опасностью тромбоэмболических осложнений. Чреспищеводная стимуляция сердца не является методом, который может быть использован с целью купирования мерцательной аритмии, которая развивается по механизму microentry (при этом отсутствует возбудимое окно, во время которого экстрасистимул мог бы оборвать аритмию).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 26

1. Гипертоническая болезнь II стадии, артериальная гипертензия 3 степени, риск 4. Гипертонический криз.

2. Отклонение электрической оси сердца влево, высокий RV4-V6, RV4<RV5>RV6, высокий RaVL (>11 мм), RV5+SV2 = 41 мм. Гипертрофия левого желудочка.

3. Синдром артериальной гипертензии.

4. Осложнённые гипертонические кризы при геморрагическом инсульте, ишемическом инсульте, субарахноидальном кровоизлиянии, острой гипертонической энцефалопатии, феохромоцитоме, расслаивающей аневризме аорты.

5. Моксонидин 0,2 мг под язык или Капотен 25 мг под язык или Клофелин 0,0750,015 мг под язык.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 27

1. Гипертоническая болезнь II стадии, 3 степени. Риск 4. Гипертонический криз, осложненный отёком лёгких.
2. Отклонение электрической оси сердца влево, высокий RV4-V6, $RV4 < RV5 > RV6$, высокий RaVL (>11 мм), $RV5+SV2 = 41$ мм. Гипертрофия левого желудочка.
3. Острая левожелудочковая недостаточность (отёк лёгких).
4. Неосложнённые гипертонические кризы, острый инфаркт миокарда, хроническая сердечная недостаточность, приступ бронхиальной астмы.
5. Морфин внутривенно струйно медленно; Лазикс внутривенно; нитроглицерин инфузионно, Эналаприлат внутривенно струйно медленно или Нитропруссид натрия инфузионно; оксигенотерапия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 28

1. Идиопатическая пароксизмальная фибрилляция предсердий (допускается формулировка «мерцательная аритмия»), тахисистолическая форма, гемодинамически незначимый пароксизм.
2. Ритм нерегулярный, ЧСС повышена, отсутствуют зубцы P, волны f. Заключение: фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма.
3. Нарушение ритма сердца.
4. Другие пароксизмальные тахикардии с «узкими» комплексами QRS (трепетание предсердий, предсердные тахикардии, атриовентрикулярные тахикардии), синусовая тахикардия.
5. Новокаиномид 1000 мг внутривенно капельно или Амиодарон 300 мг внутривенно капельно или Пропафенон 450-600 мг внутрь.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 29

1. Причиной ухудшения дыхательной функции является бронхоспастическое действие Метопролола, В- адреноблокатора.
2. Альтернативным препаратом является блокатор кальциевых каналов Верапамил, обладающий отрицательным хронотропным, инотропным эффектами и, как следствие, антиангинальным действием при отсутствии бронхоспастического эффекта.
3. В данной ситуации Верапамил может усугубить скрытую сердечную недостаточность. Поэтому необходим эхокардиографический контроль. При уменьшении фракции выброса меньше 40-45% Верапамил необходимо отменить.
4. Вместо Метопролола, индекс селективности которого 1:20, необходимо назначить Бисопролол с индексом селективности 1:75, в связи с чем Бисопролол редко ухудшает бронхиальную проводимость.
5. Бета-адреноблокаторы показаны при хронической сердечной недостаточности. Бисопролол в данной ситуации не только обладает антиишемическим действием, но и улучшает диастолическую функцию и опосредованно - систолическую функцию миокарда.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 30

1. Нифедипин назначен необоснованно, так как дигидропиридины короткого действия исключены из постоянного лечения артериальной гипертензии (вызывает рефлекторную активацию симпатической нервной системы). За счёт этого действия он не только не показан при АГ, но и противопоказан при ИБС и фибрилляции предсердий. Изосорбитадинитрат является препаратом 2 ряда при ИБС, может ухудшить гемодинамику при ХСН, а Верапамил подавляет почечную экскрецию дигоксина.
2. Это В- адреноблокаторы: Бисопролол, Метопролол, Карведиол.
3. При фибрилляции предсердий возможно образование тромба в предсердии и усугубление гемодинамики при ХСН, необходимы антикоагулянты. Возможно ухудшение гемодинамики из-за высокой частоты желудочковых сокращений (85 ударов в минуту).

4. Одним из рекомендованных антикоагулянтов при фибрилляции предсердий является варфарин в стартовой дозе 2,5 мг 1 раз в день. Первое определение МНО необходимо через 36 часов после первой дозы, затем каждые 3 дня. Целевой уровень МНО-2-3.

5. Гипохолестериновая диета и назначение статинов - Симвастатин, Аторвастатин, Розувастатин в стартовой дозе 10 мг.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 31

1. ИБС. Стабильная стенокардия напряжения ШФК. ХСНПА стадия, ПФК по NYHA. Гиперлипидемия.

2. Диагноз «ИБС, стабильная стенокардия ШФК» установлен на основании жалоб больного на сжимающие боли за грудиной, которые возникают при ходьбе на расстояние 200 метров или при подъёме на один пролёт лестницы, иррадиирующие в левое плечо, проходящие после остановки. За данный диагноз говорят также данные ВЭМ - на нагрузке 75 Вт проба остановлена из-за возникшего дискомфорта в грудной клетке и изменений на ЭКГ: депрессии ST на 2 мм в отведениях V4, V5, V6. «Двойное произведение» составило 195.

Хроническая сердечная недостаточность ПА стадия определена на основании наличия одышки и отсутствия признаков правожелудочковой недостаточности.

ПФК по NYHA определён по признакам ограничения физической активности при привычной физической нагрузке.

Гиперлипидемия обнаружена при определении общего холестерина и его фракций.

3. Пациенту рекомендовано проведение ЭХО-кардиографии для оценки систолической и диастолической функций; определение креатинина и скорости клубочковой фильтрации; направить больного для проведения коронарографии (КГ) с целью выработки дальнейшей тактики ведения пациента (чрескожное коронарное вмешательство или аорто-коронарное шунтирование).

4. Больным со стабильной стенокардией напряжения рекомендуется два направления лечебных мероприятий: 1) направленные на улучшение прогноза и предупреждения осложнений и 2) направленные на уменьшение частоты и выраженности ангинозных приступов для улучшения качества жизни.

К первым относится:

1) нормализация образа жизни - регулярные ежедневные аэробные физические нагрузки не менее 30 минут в день, не вызывающие ангинозных болей. Диета с низким содержанием животных жиров, содержащая много фруктов и овощей, увеличение потребления продуктов, содержащих омега-3-ненасыщенные жирные кислоты (жирная морская рыба, морепродукты);

2) назначение дезагрегантной терапии - Аспирин 75-150 мг в сутки, при наличии противопоказаний - Клопидогрел - 75 мг в сутки;

3) гиполипидемическая терапия - Аторвастатин 40-80 мг в сутки или Розувастатин 10-20 мг с коррекцией дозы через 1,5-2 месяца после контрольной липидограммы (целевой уровень - ХС-ЛПНП менее 1,8 ммоль/л или уменьшение более чем на 50% от исходного, если целевой уровень не может быть достигнут);

4) ингибиторы АПФ, учитывая наличие сердечной недостаточности и стабильной ИБС;

5) бета-адреноблокаторы (учитывая наличие ХСН с низкой фракцией выброса и приём Бисопролола целесообразно продолжить терапию Бисопрололом).

Так как больной получает комбинированную антиишемическую терапию, на фоне которой сохраняется стенокардия ШФК, необходимо решение вопроса о показаниях к реваскуляризации (по результатам коронарографии).

5. Больному показано аорто-коронарное шунтирование, так как данный вид реваскуляризации при стенозе ствола ЛКА имеет преимущество перед ЧКВ в плане прогноза. Медикаментозную терапию необходимо продолжить.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 32

1. ИБС. Острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST, передне-перегородочно-боковой. Киллип 1. Артериальная гипертония 3 стадии, риск 4.

2. Диагноз «ИБС: острый коронарный синдром» установлен на основании клинической картины: боль за грудиной, возникшая в покое, не купирующаяся Изокетом, продолжительностью 40 минут, сопровождающаяся слабостью и холодным потом.

Данные ЭКГ: подъем ST в отведениях I, avL, V2-V6 и реципрокные изменения в III, avF свидетельствуют об ОКС с подъемом ST передне-перегородочно-боковой локализации.

Киллип 1 - на основании отсутствия хрипов в лёгких.

Диагноз артериальной гипертонии установлен на основании данных о повышении АД в течение 6 лет. Наличие ОКС свидетельствует о 3 стадии и 4 степени риска.

3. Пациенту необходимо исследование маркеров некроза (тропонин), креатинина, глюкозы. Экстренная коронарография для выявления окклюзивного тромбоза с последующим восстановлением кровотока в инфаркт-связанной артерии.

4. Экстренное чрескожное коронарное вмешательство является наиболее эффективным способом восстановления кровотока. При наличии отложения рентгеноэндovasкулярных вмешательств необходимо проведение ЧКВ. Вмешательство экстренное, так как имеется подъем сегмента ST.

5. Нагрузочная доза Аспирина и Тикагрелора. Возможна комбинация Аспирина и Клопидогрела. Гепарин (низкомолекулярный или нефракционированный).

Тикагрелор предпочтительнее Клопидогрела. Инфузия Гепарина прекращается после ЧКВ.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 33

1. ИБС. Стабильная стенокардия напряжения IIIФК. ХСНIIА стадия, ПФК по NYHA. Гиперлипидемия.

2. Диагноз «ИБС, стабильная стенокардия IIIФК» установлен на основании жалоб больного на сжимающие боли за грудиной, которые возникают при ходьбе на расстояние 200 метров или при подъеме на один пролет лестницы, иррадиирующие в левое плечо, проходящие после остановки. За данный диагноз говорят также данные ВЭМ – на нагрузке 75 Вт проба остановлена из-за возникшего дискомфорта в грудной клетке и изменений на ЭКГ: депрессии ST на 2 мм в отведениях V₄, V₅, V₆. «Двойное произведение» составило 195. Хроническая сердечная недостаточность IIА стадия определена на основании наличия одышки и отсутствия признаков правожелудочковой недостаточности. ПФК по NYHA определен по признакам ограничения физической активности при привычной физической нагрузке. Гиперлипидемия обнаружена при определении общего холестерина и его фракций.

3. Пациенту рекомендовано проведение ЭХО-кардиографии для оценки систолической и диастолической функций; определение креатинина и скорости клубочковой фильтрации; направить больного для проведения коронарографии (КГ) с целью выработки дальнейшей тактики ведения пациента (чрескожное коронарное вмешательство или аорто-коронарное шунтирование).

4. Больным со стабильной стенокардией напряжения рекомендуется два направления лечебных мероприятий: 1) направленные на улучшение прогноза и предупреждения осложнений и 2) направленные на уменьшение частоты и выраженности ангинозных приступов для улучшения качества жизни.

К первым относится: 1) нормализация образа жизни - регулярные ежедневные аэробные физические нагрузки не менее 30 минут в день, не вызывающие ангинозных болей. Диета с низким содержанием животных жиров, содержащая много фруктов и овощей,

увеличение потребления продуктов, содержащих омега-3-ненасыщенные жирные кислоты (жирная морская рыба, морепродукты); 2) назначение дезагрегантной терапии – Аспирин 75-150 мг в сутки, при наличии противопоказаний – Клопидогрел 75 мг в сутки; 3) гиполипидемическая терапия – Аторвастатин 40-80 мг в сутки или Розувастатин 10-20 мг с коррекцией дозы через 1,5-2 месяца после контрольной липидограммы (целевой уровень – ХС-ЛПНП менее 1,8 ммоль/л или уменьшение более чем на 50% от исходного, если целевой уровень не может быть достигнут); 4) ингибиторы АПФ, учитывая наличие сердечной недостаточности и стабильной ИБС; 5) бета-адреноблокаторы (учитывая наличие ХСН с низкой фракцией выброса и прием Бисопролола целесообразно продолжить терапию Бисопрололом). Так как больной получает комбинированную антиишемическую терапию, на фоне которой сохраняется стенокардия IIIФК, необходимо решение вопроса о показаниях к реваскуляризации (по результатам коронарографии).

5. Больному показано аорто-коронарное шунтирование, так как данный вид реваскуляризации при стенозе ствола ЛКА имеет преимущество перед ЧКВ в плане прогноза. Медикаментозную терапию необходимо продолжить.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 34

1. Недостаточная доза спиронолактона (25 мг/сут) на фоне клинических проявлений ХСН ПБ. Для достижения эффективного диуреза необходима комбинированная диуретическая терапия - сочетание спиронолактона с петлевыми диуретиками (фуросемид или торасемид).

2. При эффективной диуретической терапии должна быть положительная динамика клинических данных (уменьшение отеков, одышки), снижение веса, положительный суточный баланс жидкости.

3. Одновременное назначение комбинации дигоксина и бисопролола повышает риск развития брадикардии и АВ-блокады. Для контроля безопасности фармакотерапии необходим контроль ЧСС, регистрация ЭКГ, возможно проведение холтеровского мониторирования ЭКГ.

4. МНО - международное нормализованное отношение, для пациента с постоянной формой фибрилляции предсердий - 2-3.

5. При терапии статинами необходимо контролировать уровень трансаминаз (АСАТ, АЛАТ) для выявления поражения печени и контроль КФК для выявления развития миопатии и рабдомиолиза. Увеличение трансаминаз более 3 норм и КФК более 5 норм требует отмены препарата.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 35

1. Учитывая наличие у пациента признаков гипертрофии миокарда левого желудочка, жалобы на головокружение при нагрузке и эпизод синкопе, требуется дообследование: ЭХОКГ - для оценки выраженности ГЛЖ и выявления обструкции выносящего тракта ЛЖ (ОВТЛЖ), оценка глобальной сократимости ЛЖ, наличия диастолической дисфункции ЛЖ; суточное ЭКГ-мониторирование для исключения нарушений ритма/проводимости, которые могли быть причиной синкопе. Выявление ишемии миокарда, которая часто бывает при ГЛЖ; общий анализ крови - для выявления анемии; консультация невролога - исключение неврологических причин синкопе.

2. У пациента без предшествующего сердечно-сосудистого анамнеза наблюдается выраженная гипертрофия ЛЖ с ОВТЛЖ по данным ЭХОКГ. Требуется исключить наличие латентно протекающей артериальной гипертензии, с этой целью показано проведение самоконтроля АД, суточного мониторирования АД (СМАД), скрининг на наличие факторов риска (биохимия крови: глюкоза крови, липидный профиль), обследование на наличие поражения других органов-мишеней (УЗИ сосудистой стенки магистральных артерий с измерением толщины комплекса интима-медиа, определение скорости пульсовой волны,

лодыжечно-плечевого индекса; измерение креатинина в крови, подсчёт СКФ по СКД-ЕPI или MDRD, определение суточной альбуминурии, отношение альбумин/креатинин в моче).

3. Гипертрофическая кардиомиопатия (ГКМП) с обструкций выносящего тракта ЛЖ.

4. Диагноз поставлен на основании:

- жалоб на головокружение при физических нагрузках, эпизода синкопе (синдром малого выброса);

- анамнеза (отсутствие сердечно-сосудистой патологии в прошлом, в т. ч. пороков сердца и артериальной гипертензии; наличие эпизодов головокружения и синкопе при физической нагрузке; указание на отягощённую наследственность также может быть связано с данным заболеванием (внезапная смерть отца в молодом возрасте);

- данных объективного статуса (верхушечный толчок усилен, концентрический; интенсивный систолический шум в области верхушки и вдоль левого края грудины).

- данных инструментального исследования (ГЛЖ на ЭКГ, ГЛЖ с обструкцией выходного тракта ЛЖ на ЭХОКГ).

5. Рекомендуются ограничить физическую нагрузку, динамическое наблюдение у кардиолога. Пациента необходимо предупредить о противопоказании приёма нитратов, Дигоксина, антиаритмиков IC класса.

В качестве первой линии терапии для уменьшения симптоматики у пациентов с обструкцией выходного тракта ЛЖ показаны бета-адреноблокаторы без вазодилатирующего действия, например, Бисопролол в начальной дозе 2,5 мг 1 раза в день внутрь длительно.

Показана консультация кардиохирурга.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 36

1. Основной: ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. Атеросклероз коронарных сосудов. ТЛАП и стентирование ПКА от 21.02.2016 г.

Фон: дислипидемия Нб типа.

Осложнения: постоянная форма фибрилляции предсердий, тахисистолическая форма.

2. Диагноз «ИБС» выставлен в связи с наличием у пациентки в анамнезе инфаркта миокарда.

Диагноз «постинфарктный кардиосклероз» выставлен учитывая сроки после инфаркта миокарда (более 28 дней).

Дислипидемия Нб тип по Фредриксону выставлена в связи с повышением уровня общего холестерина, триглицеридов (целевой уровень <1,7), ЛПНП (целевой уровень <1,8),

Диагноз «фибрилляции предсердий» выставлен, так как у пациентки в течение 3 лет на ЭКГ регистрируется фибрилляция предсердий.

Постоянная форма фибрилляции предсердий выставлена в связи с наличием в течение 3 лет фибрилляции предсердий, неуспешными попытками восстановления ритма.

3. ХМ-ЭКГ (контроль ЧСС);

ЭХО-КГ (сократимость миокарда ЛЖ, размеры полостей, состояние клапанного аппарата, внутрисердечный тромбоз);

определение гормонов щитовидной железы (оценить функцию щитовидной железы - поиск этиологии ФП)

4. 1. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II (предотвращение ремоделирования сердца, улучшение прогноза, уменьшение смертности) постоянно.

2. Статины в высоких дозах (снижение уровня холестерина - замедление атеросклероза) постоянно.

3. Бета-адреноблокаторы (уменьшение ЧСС, снижение потребности миокарда в кислороде, улучшение перфузии миокарда за счёт удлинения диастолы) постоянно.

4. Тройная антитромботическая терапия: ацетилсалициловая кислота + блокатор P2Y12 рецепторов + пероральный антикоагулянт (до 6 месяцев после инфаркта миокарда тройная, год двойная, далее монотерапия пероральным антикоагулянтом), при высоком

риске кровотечений тройная терапия уменьшена до 1 месяца (цель - профилактика тромбозов).

5. В случае недостаточной дозировки бета-блокаторов - увеличить дозировку. При сниженной ФВ - к терапии может быть добавлен Дигоксин. При отсутствии признаков сердечной недостаточности возможен приём препаратов из группы антагонистов кальция недигидропиридинового ряда. При отсутствии поражения щитовидной железы и других противопоказаний к терапии может быть добавлен Амиодарон в дозировке 200 мг (для контроля частоты, но не контроля ритма).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 37

1. Основной: ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. Атеросклероз коронарных сосудов. ТЛАП и стентирование ПКА от 18.01.2016 г.

Фон: артериальная гипертензия III стадии, III степени, риск ССО4. Дислипидемия II а ст. Табакокурение.

Осложнения: гипертонический криз от 18.04.2016 г.

2. Диагноз «ИБС» выставлен в связи с наличием у пациента в анамнезе инфаркта миокарда.

Диагноз «постинфарктный кардиосклероз» выставлен, учитывая сроки после инфаркта миокарда (более 28 дней).

Дислипидемия II а тип по Фредриксону выставлена в связи с повышением уровня общего холестерина, ЛПНП (целевой уровень <1,8), при нормальном уровне триглицеридов (целевой уровень <1,7),

Диагноз «артериальная гипертония (АГ)» установлен на основании жалоб больного на повышение АД, данных анамнеза (пациент отмечает повышение АД в течение многих лет).

Степень АГ установлена на основании цифр АД, измеренных во время приёма.

Стадия АГ установлена на основании наличия поражения органов-мишеней (сердца).

Степень риска ССО поставлена на основании наличия ассоциированного клинического состояния и степени артериальной гипертензии.

Диагноз «гипертонический криз» установлен на основании появления вегетативных расстройств на фоне высоких цифр артериального давления.

3. ЭКГ (гипертрофия миокарда ЛЖ, признаки рубцовых изменений миокарда: патологический зубец Q, QS, отрицательный зубец T).

ЭХО-КГ (сократимость миокарда ЛЖ, размеры полостей, состояние клапанного аппарата, внутрисердечный тромбоз).

Суточное мониторирование АД (оценка стабильности повышения АД, суточного профиля АД).

Консультация врача-окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии.

Консультация врача-невролога для исключения гипертонической энцефалопатии.

УЗ-исследование почек для оценки поражения органа-мишени почек.

4. 1. Ингибиторы АПФ или антагонисты рецепторов к ангиотензину II (предотвращение ремоделирования сердца, коррекция артериальной гипертензии, улучшение прогноза, уменьшение смертности) постоянно.

2. Статины в высоких дозах (снижение уровня холестерина-замедление атеросклероза) постоянно.

3. Бета-адреноблокаторы (уменьшение ЧСС, снижение потребности миокарда в кислороде, улучшение перфузии миокарда за счёт удлинения диастолы) постоянно.

4. Двойная антиагрегантная терапия: ацетилсалициловая кислота + блокатор P2Y12 рецепторов до 18.01.2017 г., затем монотерапия ацетилсалициловой кислоты постоянно (цель - профилактика тромбозов).

5. Учитывая сроки фибрилляции предсердий (больше 48 часов), восстановление ритма пациенту в данный момент не показано. Должна быть назначена антикоагулянтная терапия в течение 3 недель с последующим решением вопроса о восстановлении ритма. (Альтернатива: проведение ЧП-ЭХОКГ, в случае отсутствия тромбов в полостях сердца, ушке левого предсердия - возможно восстановление ритма).

Учитывая наличие фибрилляции предсердий, высокого риска тромбозов и высокого риска кровотечения пациенту показано проведение до 18.01.2017 г. двойной антитромботической терапии: антикоагулянт + антиагрегант (Аспирин или блокатор P2Y₁₂ рецепторов), далее монотерапия антикоагулянтом.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 38

1. Основной: ИБС: стенокардия напряжения 3 ФК.

Фон: артериальная гипертензия 3 степени, риск ССО очень высокий. Ожирение 1 степени. Дислипидемия 2b типа.

2. Диагноз «ИБС, стенокардия напряжения» установлен на основании типичного болевого синдрома (приступообразные боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, лопатку), связь боли с физической нагрузкой (возникают во время быстрой ходьбы), исчезновение боли после прекращения нагрузки (купируются в покое).

Функциональный класс стенокардии установлен на основании возникновении приступов стенокардии при интенсивной физической нагрузке, быстрой ходьбе.

Диагноз «артериальная гипертензия» установлен на основании данных анамнеза (повышение АД в течение 5 лет), наличие повышенного уровня АД при осмотре.

Степень АГ 3 установлена на цифрах АД, измеренных на момент осмотра (170/100 мм рт. ст.).

Степень риска ССО поставлена на основании наличия факторов риска (дислипидемия, артериальная гипертензия, ожирение, курение).

Диагноз «дислипидемия 2b типа» установлен на основании повышения концентраций ЛПНП, холестерина, триглицеридов.

Диагноз «ожирение» установлен на основании повышения ИМТ более 30 кг/м².

Степень ожирения 1 установлена на основании значения ИМТ 33,91 кг/м².

3. Пациенту рекомендовано проведение трансторакальной ЭХО-КГ в покое (для определения сократимости миокарда, определения состояния клапанного аппарата, размеров полостей сердца), СМ-ЭКГ.

4. Бета-адреноблокаторы (за счёт блокады бета-адренорецепторов в сердце они предотвращают кардиотоксическое действие катехоламинов, снижают ЧСС, сократимость и АД, что приводит к уменьшению потребности миокарда в кислороде).

Блокаторы кальциевых каналов: воздействие на гладкомышечные клетки сосудов приводит к расширению сосудов и уменьшению ОПСС, что обеспечивает снижение АД; расширение коронарных артерий обуславливает антиангинальное действие БКК; вызывают дозозависимое снижение сократимости миокарда (отрицательный инотропный эффект), что сопровождается антигипертензивным и антиангинальным действием (снижение потребности миокарда в кислороде).

Нитраты, проникая в гладкомышечные клетки, служат источником оксида азота, который способствует расслаблению гладкомышечных клеток сосудов независимо от способности клеток эндотелия вырабатывать эндогенный оксид азота. Нитраты способствуют расширению коронарных артерий и артериол, что приводит к улучшению кровоснабжения субэндокардиальных слоёв миокарда и увеличению коллатерального кровотока; воздействуют на сосуды большого круга кровообращения, вызывая расширение как периферических венозных сосудов, депонирующих кровь, так и артериол, соответственно уменьшаются преднагрузка, постнагрузка и напряжение стенок желудочков сердца, что приводит к снижению потребности миокарда в кислороде).

Антиагреганты (препятствуют тромбообразованию за счёт угнетения функциональной активности тромбоцитов).

Статины (снижение активности фермента 3-гидрокси-3-метилглутарил-коэнзим А-редуктазы сопровождается уменьшением внутриклеточного содержания холестерина (ХС) в печёночных клетках с увеличением количества рецепторов к ЛПНП на их поверхности, которые распознают, связывают и выводят из кровотока ХС ЛПНП).

5. Ухудшение локальной сократимости миокарда при проведении стресс-эхокардиографии с добутамином указывает на наличие ишемии миокарда. В связи с этим пациенту показано проведение коронароангиографии с решением вопроса о возможности проведения чрескожного коронарного вмешательства.

ЗАДАЧА 39

1. ИБС: стенокардия напряжения ФКЗ. Ожирение 2 степени. Дислипидемия IIb типа.

2. Диагноз «ИБС: стенокардии напряжения» установлен на основании типичного болевого синдрома (сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в межлопаточное пространство), связь боли с физической нагрузкой (возникают во время быстрой ходьбы или при подъёме по лестнице на 2 пролёта в обычном темпе), исчезновение боли после приёма нитратов (купируются приёмом 1 таблетки Нитроглицерина сублингвально).

Принимая во внимание данные анамнеза, что приступы стенокардии с течением времени не прогрессируют, также служит доказательством того, что у пациента стенокардия напряжения.

Диагноз «дислипидемии IIb типа» установлен на основании повышения концентраций ЛПНП и триглицеридов в липидном спектре крови.

На основании результатов ИМТ, равному 36,2 кг/м², установлен диагноз ожирения 2 степени.

3. Пациенту рекомендовано проведение трансторакальной ЭХО-КГ, суточное мониторирование ЭКГ.

4. 1) Бета-адреноблокаторы - за счёт блокады бета1-адренорецепторов в сердце предотвращают кардиотоксическое действие катехоламинов, снижают ЧСС, сократимость и АД, что приводит к уменьшению потребности миокарда в кислороде. Улучшение перфузии ишемизированных отделов миокарда при их назначении также обусловлено удлинением диастолы и «обратным коронарным обкрадыванием» вследствие увеличения сосудистого сопротивления в неишемизированных областях миокарда - например, Бисопролол в стартовой дозе 2,5-5 мг в день.

2) Блокаторы медленных кальциевых каналов - воздействие на гладкомышечные клетки сосудов приводит к расширению сосудов и уменьшению ОПСС, что обеспечивает снижение АД; расширение коронарных артерий обуславливает антиангинальное действие БКК; вызывают дозозависимое снижение сократимости миокарда (отрицательный инотропный эффект), что сопровождается антигипертензивным и антиангинальным действием (снижение потребности миокарда в кислороде) - например, Верапамил в стартовой дозе 40 мг 3 раза в день или Амлодипин в стартовой дозе 5 мг в день.

3) Пролонгированные нитраты - проникая в гладкомышечные клетки, служат источником оксида азота, который способствует расслаблению гладкомышечных клеток сосудов независимо от способности клеток эндотелия вырабатывать эндогенный оксид азота. Нитраты способствуют расширению коронарных артерий и артериол, что приводит к улучшению кровоснабжения субэндокардиальных слоёв миокарда и увеличению коллатерального кровотока; воздействуют на сосуды большого круга кровообращения, вызывая расширение как периферических венозных сосудов, депонирующих кровь, так и артериол, соответственно уменьшаются преднагрузка, постнагрузка и напряжение стенок желудочков сердца, что приводит к снижению потребности миокарда в кислороде) - например, изосорбида мононитрат в стартовой дозе 10 мг 2 раза в день.

3) Антиагреганты - препятствуют тромбообразованию за счет угнетения функциональной активности тромбоцитов, например, ацетилсалициловая кислота 75 мг в день;

4) Статины - снижение активности фермента 3-гидрокси-3- метилглутарил-коэнзим А-редуктазы сопровождается уменьшением внутриклеточного содержания холестерина(ХС) в печеночных клетках с увеличением количества рецепторов к ЛПНП на их поверхности, которые распознают, связывают и выводят из кровотока ХС ЛПНП, например, аторвастатин в стартовой дозе 10 мг в сутки.

5. Коронароангиография с решением вопроса о возможности проведения чрескожного коронарного вмешательства, т. к. нарушение локальной сократимости миокарда при проведении стресс-эхокардиографии указывает на нарушение перфузии миокарда.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 40

1. Инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка, тип I, острейшая стадия. Желудочковая экстрасистолия 3 (Lown, Wolf). Сердечная недостаточность II функционального класса (Killip). 2. Критерии инфаркта миокарда: наличие биомаркеров некроза кардиомиоцитов в сочетании хотя бы с одним из следующих признаков: симптомы ишемии; эпизоды подъема сегмента ST на ЭКГ или впервые возникшая полная блокада левой ножки пучка Гиса.

У больного с предшествующим анамнезом ишемической болезни сердца, стенокардии напряжения развивается клиническая картина острого коронарного синдрома в качестве первичного коронарного события. На ЭКГ - достоверные признаки повреждения миокарда передней стенки левого желудочка с охватом верхушки, маркеры некроза миокарда.

3. Желудочковая экстрасистолия 3 градации (Lown, Wolf). В условиях электрической нестабильности миокарда у больного в остром периоде инфаркта миокарда желудочковая экстрасистолия высоких градаций является триггером жизнеопасных желудочковых аритмий. Сердечная недостаточность II функционального класса (Killip) - у больного имеются одышка, акроцианоз, влажные хрипы в нижних отделах легких.

4. Экстренная коронароангиография. Непрерывный мониторинг ЭКГ, АД, СИ. Экстренная эхокардиография с доплерографией. Рентген грудной клетки. Маркеры повреждения миокарда в динамики. КОС крови в динамике. Креатинин крови, глюкоза, липидный спектр.

5. Основные лечебные задачи: купирование болевого синдрома; торможение процесса тромбообразования в коронарной артерии; восстановление кровотока по коронарной артерии и профилактика ее ретромбоза; гемодинамическая и нейрогуморальная разгрузка сердца. Для купирования болевого синдрома у больного с развивающимся отеком легких предпочтительно внутривенное медленное введение морфина 2-4 мг. Ингаляция кислорода (со скоростью 2-8 литров в минуту) – при сохраняющейся ишемии миокарда и явном застое в легких. Бета-блокаторы липофильные показаны всем пациентам с ОКС, признаками дисфункции левого желудочка (снижение смертности больных, ограничение зоны инфаркта, уменьшение частоты нарушений ритма, снижение частоты разрывов миокарда). Аспирин показан всем больным с ОКС, начальная доза 150-300 мг (без кишечнорастворимой оболочки), затем 75-100 мг/с (I-A). Ингибиторы P2Y₁₂ рецепторов тромбоцитов (Тикагрелол, Прасутгрель, Клопидогрель) должны быть назначены всем больным с ОКС в дополнении к Аспирину, как можно раньше, при отсутствии противопоказаний (высокий риск кровотечений). Продолжительность комбинированного лечения 12 месяцев. Тикагрелол (180 мг начальная доза, 90 мг 2 раза в день - поддерживающая доза) рекомендуется всем пациентам среднего и высокого риска коронарных событий (например - высокий уровень тропонинов). Применение антикоагулянтов рекомендуется всем больным в дополнение к антитромбоцитарной терапии. Больным с ИМ с подъемом сегмента ST, поступающим в больницу с возможностью ЧКВ, должно быть выполнено ЧКВ в течение 90 минут после первого

контакта с медицинским работником: ангиопластика и стентирование инфаркт-ассоциированной коронарной артерии. Если коронарное вмешательство не может быть выполнено в течении 120 минут от первого контакта с медицинским работником - показано проведение тромболитика с последующим выполнением коронарографии: незамедлительно при неэффективном тромболитике и в сроки 3-24 часа при эффективном тромболитике с проведением ангиопластики и стентирования инфаркт-ассоциированной артерии, если сохраняется функционально значимый стеноз.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 41

1. Острый коронарный синдром без подъема ST. Не Q инфаркт миокарда переднебоковой стенки левого желудочка (?). Желудочковая экстрасистолия. 2. У больного имеются клинические проявления острого коронарного синдрома: нестабильной стенокардии (прогрессирующая стенокардия напряжения, стенокардия

покоя) или дебюта не Q инфаркта миокарда, выявлена депрессия сегмента ST, достигающая 2 мм в отведениях I, V4-V6. Критерии инфаркта миокарда: наличие биомаркеров некроза кардиомиоцитов в сочетании с симптомами ишемии.

3. Экстренная коронароангиография. Оценка маркеров повреждения миокарда (уровень тропонина). Начать длительное многоканальное наблюдение (мониторирование) за сегментом ST. Экстренная эхокардиография с доплерографией. Оценка уровня глюкозы, креатинина и клубочковой фильтрации, липидного спектра крови.

4. К критериям высокого риска у данного пациента относятся: повторные эпизоды ишемии миокарда; смещения сегмента ST, инверсия зубца T на ЭКГ.

5. Экстренная госпитализация в специализированное кардиологическое отделение. Лечение следует начинать с применения: Аспиринa per os 250-500 мг (первая доза - разжевать таблетку, не покрытую оболочкой); затем по 75-325 мг 1 раз в сутки ежедневно; Гепарина (НФГ или НМГ); БАБ. При продолжающейся или повторяющейся боли в грудной клетке добавляют нитраты per os или в/в. В стационаре продолжить в/в введение НФГ в течение 2-5 суток или п/к НМГ. Добавить Клопидогрель (если не назначен ранее) в начальной дозе 300 мг, затем 75 мг/сут. При наличии целесообразно применить в/в инфузию препарата из группы антагонистов ГП IIb/IIIa тромбоцитов (Тирофибана или Эптифибатид). Так как больной относится к группе высокого риска, ему показана экстренная коронароангиография с ангиопластикой и стентированием.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 42

1. На ЭКГ зарегистрирована непрерывная «синусоидальная» пароксизмальная желудочковая тахикардия – это синусоидальной формы желудочковые комплексы с частотой 120-180 в минуту, напоминающие трепетание желудочков (у больной - с частотой 180 в 1 минуту). Такая желудочковая тахикардия возникает в основном у больных с тяжелыми поражениями левого желудочка. Учитывая длительность пароксизма, у больной - устойчивая форма. 2. Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения III функциональный класс. Постинфарктный кардиосклероз (Q инфаркт миокарда задненижней стенки левого желудочка в 2012 году). Гипертоническая болезнь III стадии, риск ССО 4. Пароксизм желудочковой тахикардии, устойчивая форма. Аритмический шок I стадии. Сердечная недостаточность II Б стадии, IV функциональный класс.

3. У больной с документированным инфарктом миокарда в анамнезе имеются клинические проявления стенокардии напряжения III функционального класса. Жалобы в момент обращения связаны с устойчивым пароксизмом желудочковой тахикардии, который осложнился аритмическим шоком. Нельзя исключить интоксикацию сердечными гликозидами, так как синусоидальная форма желудочковой тахикардии характерна для передозировки сердечными гликозидами. Имеются проявления бивентрикулярной сердечной недостаточности в покое, что характерно для сердечной недостаточности II б стадии, IV функционального класса. У больной – гипертоническая болезнь III стадии, риск

ССО IV, учитывая наличие ассоциированного клинического состояния – ишемической болезни сердца. 4. После купирования пароксизма желудочковой тахикардии пациентке рекомендовано: суточное мониторирование ЭКГ, проведение суточного мониторирования АД для оценки стабильности повышения АД, суточного профиля АД; проведение ЭКГ; проведение ЭХОКГ для оценки размеров полостей сердца и наличия тромбов, оценки толщины стенок миокарда, диастолической и систолической функции; консультация окулиста и проведение офтальмоскопии для оценки наличия гипертонической офтальмопатии; УЗИ исследование почек для оценки поражения органа-мишени почек. Коронароангиография. Лабораторные исследования: оценка маркеров повреждения миокарда, электролитного состава крови, креатинина, клубочковой фильтрации, липидного спектра, дневных колебаний глюкозы крови.

5. У больной - жизнеугрожающее нарушение ритма, устойчивая форма пароксизмальной желудочковой тахикардии, осложнившаяся аритмическим шоком. Показана экстренная электрокардиоверсия. Больная должна быть госпитализирована в отделение реанимации. Показана отмена сердечных гликозидов и введение Унитиола. Для улучшения прогноза жизни больных, перенесших ИМ и имеющих потенциально злокачественные ЖА, показано назначение β -блокаторов без собственной симпатомиметической активности и амиодарона. Решение вопроса об имплантации кардиовертера-дефибриллятора. Показано назначение ингибиторов АПФ, петлевых диуретиков после восстановления синусового ритма и подъема АД, верошпирана.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 43

1. Синдромы: инфекционно-токсический синдром – повышение температуры тела, общая слабость, потливость, ознобы, анемия как общая реакция организма на инфекционный агент (системный воспалительный ответ); сосудистый феномен – геморрагическая (петехиальная) сыпь на нижних конечностях; синдром сердечной недостаточности – отеки нижних конечностей, асцит, гепатомегалия; синдром цитолиза – увеличение печеночных маркеров (АСТ и АЛТ).

2. Первичный стафилококковый инфекционный эндокардит, острое течение, с локализацией на трикуспидальном клапане, недостаточность трикуспидального клапана. ХСН IIa (правожелудочковая), ФК II.

3. Первичный инфекционный эндокардит: так как предположительно развился на неизменном клапане. Острое течение: так как давность развития до 3 месяцев. Локализация на трикуспидальном клапане и его недостаточность, так как выслушивается систолический шум над мечевидным отростком (точка выслушивания трикуспидального клапана). ХСН IIa – признаки застоя по большому кругу кровообращения (отеки нижних конечностей, гепатомегалия, асцит), увеличение границ правых отделов сердца при объективном осмотре, по обзорной рентгенограмме грудной клетки.

4. Эхо-КГ, биохимический анализ крови: К, Na, креатинин, глюкоза, коагулограмма (МНО, ПТИ, РФМК, АЧТВ, фибриноген), ревматоидный фактор, СРБ, прокальцитонин. 5. Пациентку следует госпитализировать и провести стационарное лечение. Консультация кардиохирурга. Принципы лечения: режим полупостельный; диета №10, ограничение поваренной соли и жидкости, употребление продуктов, богатых калием; оксигенотерапия. Комплексное лечение ИЭ должно быть этиотропным, патогенетическим и симптоматическим. Лечение включает в себя: назначение 2 или 3 антибиотиков (АБ) синергидного действия с учетом чувствительности выделенного микроорганизма, применение гипериммунной плазмы и глюкокортикоидов, коррекцию СН, симптоматическое лечение и экстракорпоральную гемокоррекцию, которая снижает резистентность патогенных бактерий к АБ. Для проведения эффективной АБТ необходимыми условиями являются: раннее начало лечения (промедление с назначением АБ от 2 до 8 недель от начала заболевания снижает выживаемость в два раза). Использование максимальных суточных доз бактерицидных АБ с парентеральным способом введения.

Проведение АБТ не менее 4-6 при раннем и 8-10 недель при поздно начатом лечении. Использование АБ с учетом чувствительности к ним бактерий. Определение *in vitro* чувствительности патогенных бактерий к АБ, выявление их минимальной подавляющей концентрации (МПК). Проведение эмпирической АБТ цефалоспоридами 1-3 поколения с аминогликозидами при отрицательных результатах посевов крови. Коррекция дозы и интервалов введения АБ в зависимости от состояния выделительной функции почек. Замена АБ при возникновении резистентности бактерий в течение 3-5 дней. Золотистый стафилококк и коагулазонегативные стафилококки в большинстве случаев резистентны к пенициллину, однако чувствительны к пенициллиназоустойчивым полусинтетическим пенициллинам. При выделении эпидермального и золотистого стафилококков, резистентных к полусинтетическим пенициллинам, применяют Ванкомицин (500 мг, 4 раз/сут; 1000 мг 2 раз/сут, в/в или в/м) в виде монотерапии или в комбинации с аминогликозидами (Гентамицин 60-80 мг 2-3 раз/сут; Амикацин 5 мг/кг каждые 8 ч.). Использование Ванкомицина (500 мг через 6 часов в/м или в/в) с Гентамицином (60-80 мг 2-3 раз/сут) оказывает выраженный клинический эффект из-за синергизма действия. У больных ИЭ, вызванным метициллинрезистентным штаммом золотистого стафилококка, в лечении используют Ванкомицин (1000 мг через 12 часов в/в).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 44

1. Синдромы: болевой ангинозный или острый коронарный синдром (*status anginosus*); сердечной недостаточности (острой) – одышка, хрипы, тахикардия, гипотония, мраморность и холодность кожных покровов; гипоксической энцефалопатии (головокружение); гипергликемический (сахарный диабет). Ведущий - острый коронарный синдром.

2. ИБС. Инфаркт миокарда, Q-необразующий, передний распространенный (с элевацией сегмента ST), осложненный острой митрально-папиллярной дисфункцией, отеком легких, кардиогенным шоком, Killip IV. Плановое чрескожное коронарное вмешательство со стентированием ПНА в августе 2014 г. Фон: гипертоническая болезнь III риск 4. Транзиторная ишемическая атака в 2011 г. Дислипидемия, Гипертрофия левого желудочка, ожирение. Сахарный диабет 2 тип, декомпенсация.

3. На основании клиники (ангинозный болевой синдром в грудной клетке в течение 7,5 часов, не купирующийся Нитроглицерином), ЭКГ-признаков субэпикардального повреждения миокарда передней стенки левого желудочка, повышения концентрации маркера некроза миокарда - КФК-МВ - диагностирован инфаркт миокарда. Признаки кардиогенного шока – стойкая гипотония, периферическая гипоперфузия (бледность кожных покровов, пульс слабого наполнения), начинающийся отек легких (тахипноэ, влажные хрипы в подлопаточных областях).

4. Развернутый общий анализ крови с определением гематокрита и тромбоцитов. Кровь на сахар, липидограмму, кардиомаркеры (КК-МВ, КК, тропонины). Кислотно-основное состояние (рН, рСО₂, dE). Анализ мочи на кетоновые тела (степень компенсации сахарного диабета). Кровь на калий, натрий, креатинин, мочевины для оценки повреждения почек при кардиогенном шоке. Кровь на АСТ, АЛТ, билирубин для оценки повреждения печени. Коагулограмма. Гликемический профиль (компенсация сахарного диабета 2 типа). ЭхоКГ. Рентгенографическое исследование органов грудной клетки.

5. Наркотические анальгетики (морфин) в/в, оксигенотерапия, инотропная поддержка (Дофамин, Норадреналин), включая механическую (ЭКМО, внутриаортальную баллонную контрпульсацию), антикоагулянты, антиагреганты, статины, диуретики. Экстренно выполнить ЧКВ всех пораженных артерий. При невозможности ЧКВ - провести тромболитическую терапию.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 45

1. Синдром дыхательной недостаточности, синдром острого легочного сердца, болевой синдром в грудной клетке, синдром венозной недостаточности, интоксикационный синдром. Ведущий – синдром острого легочного сердца.

2. Ритм синусовый, тахикардия, острая перегрузка правых отделов сердца, симптом SIQIII-TIII, неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

3. Острый тромбоз общей бедренной вены справа. Массивная тромбоэмболия легочной артерии. Острое легочное сердце.

4. Рентгенография органов грудной клетки. D-димер. Тропонины T и I. Эхокардиография. ЦДС вен нижних конечностей и таза. Компьютерная томография органов грудной клетки. Коронароангиография.

5. Проведение системного лекарственного тромболитика (Стрептокиназа 250 000 МЕ в качестве нагрузочной дозы за 30 минут, далее 100 000 МЕ/ч в течение 12-24 часов, либо Альтеплаза 100 мг в/в в течение 2 часов), антикоагулянтная терапия (Нефракционированный гепарин - 5000-10000 ЕД в/в струйно, затем постоянная инфузия 10-15 Ед/кг/мин – 5-7 дней либо низкомолекулярный Гепарин – фраксипарин 0,1 мл на 10 кг массы в течение 10 дней; Варфарин – за 5 дней до отмены Гепарина под контролем МНО, в течение 6-12 месяцев). Альтернативой комбинации парентеральных антикоагулянтов с Варфарином являются: Ривароксабан 15 мг 2 раза в день – 3 недели, затем 20 мг/сут или Апиксабан 10 мг 2 раза в день – 7 дней, затем 5 мг 2 раза в день. Инотропы (Добутамин 5-20 мкг/кг/мин или Допамин 5-30 мкг/кг/мин в/в инфузия), ингаляция кислородом (6-8 литров/мин), эластическая компрессия нижних конечностей, в подостром периоде физиопроцедуры, назначение НПВС, флеботоников. При наличии флотирующего тромба в просвете вены – установка съемного кава-фильтра.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 46

1. Артериальная гипертензия 3 степени, неуточненной этиологии. Гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ), пароксизмальная тахисистолическая форма фибрилляции предсердий. Желудочковая экстрасистолия. Ожирение II степени (ИМТ = 33,8 кг/м²). Метаболический синдром. Риск 4.

2. На ЭКГ ритм фибрилляции предсердий с ЧСС 130-150 ударов в минуту, гипертрофия левого желудочка (индекс Соколова-Лайона 43 мм). QRS = 80 мс, QT = 240 мс. 1 желудочковая экстрасистола. Депрессия сегмента ST по боковой стенке, обусловленная систолической перегрузкой ЛЖ.

3. УЗИ почек, щитовидной железы, ЦДС периферических артерий; креатинин, мочевины, мочевого кислоты, глюкоза крови; коагулограмма; глазное дно, рентгенография грудной клетки; ТТГ, Т4-свободный. Альдостерон, Ренин, Ванилилминдальная кислота, Метанефрин крови.

4. Эссенциальная артериальная гипертензия (гипертоническая болезнь) или ренопаренхиматозная артериальная гипертензия на фоне хронического пиелонефрита, осложненные нарушением ритма сердца – персистирующая тахисистолическая форма фибрилляции предсердий, неритмированная форма трепетания предсердия, синусовая тахикардия с частой экстрасистолией.

5. В виду давности пароксизма более 48 часов необходимо назначить антикоагулянты: Варфарин 5 мг ежедневно под контролем МНО, после достижения целевых значений (2-3) решить вопрос о целесообразности восстановления ритма. Если принято решение о восстановлении ритма (то есть нет противопоказаний) повести ЧП-Эхо-КГ с целью исключения тромбоза и спонтанного эхо-контрастирования в полости ЛП или продолжить прием Варфарина в течение 4 недель, а затем провести медикаментозную (например, Кордарон 600-1200 мг в/в течение суток) или электрическую кардиоверсию (биполярным дефибриллятором 120-150-200 Дж). Если имеются противопоказания к восстановлению синусового ритма, продолжить прием Варфарина или Дабигатрана 150 мг 2 раза в день или Апиксабана 5 мг 2 раза в день или Ривароксабана 20 мг 1 раз в сутки пожизненно.

Необходимо усилить антигипертензивную терапию, например, назначить Эналаприл 1020 мг 2 раза в день в комбинации с диуретиками (Индапамид замедленного высвобождения 1,5 мг утром или Гидрохлортиазид 12,5-100 мг утром) или заменить ИПФ на Азилсартан медоксамил 40 мг утром. Контроль ритма сердечных сокращений - Метопролол 12,5 мг 2 раза в день с последующей коррекцией под контролем ЧСС. Профилактика и лечение обострений хронического пиелонефрита.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 47

1. Синдромы: нарушение ритма сердца; соединительнотканной дисплазии; кардиалгии; поражения клапанного аппарата (относительная недостаточность митрального клапана); церебральной недостаточности (синкопа).

2. Ревматическая болезнь сердца с поражением митрального клапана, пароксизмальное нарушение ритма, пароксизм фибрилляции предсердий.

3. Синдром соединительнотканной дисплазии. Пропалс митрального клапана I степени без регургитации. Пароксизмальная АВ тахикардия. ХСН0.

4. Холтеровское мониторирование-ЭКГ, чреспищеводная электрокардиостимуляция (ЧПЭС), инвазивное электрофизиологическое исследование.

5. Абляция дополнительного пути проведения в стационарных условиях. Купирование пароксизма - АТФ либо Верапамил. С целью профилактики пароксизмов - Пропафенон.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 48

1. Синдромы: острой левожелудочковой недостаточности, артериальной гипертензии; электрокардиографический синдром острого субэпикардального повреждения. Ведущий синдром - острой левожелудочковой недостаточности, основой которой является снижение систолической функции вследствие острого повреждения миокарда левого желудочка.

2. ИБС: инфаркт миокарда задненижний, атипичный (астматический) вариант начала, осложненный отеком легких. Killip III. Гипертоническая болезнь III ст. Риск 4.

3. На основании остро возникшей левожелудочковой сердечной недостаточности (эквивалент ангинозного болевого синдрома в грудной клетке), признаков субэпикардального повреждения задненижней стенки миокарда левого желудочка по ЭКГ, повышения концентрации маркера некроза миокарда - КФК-МВ.

4. Общий анализ крови, общий анализ мочи, определение электролитов (K, Na) в крови, гликемии, креатинина (с расчетом СКФ), рентгенография органов грудной клетки, эхокардиография, коронарография.

5. Наркотические анальгетики (Морфин в/в), кислородотерапия, петлевые диуретики (Лазикс в/в), при переносимости горизонтального положения – по экстренным показаниям выполнить чрескожное коронарное вмешательство на инфаркт-связанной артерии, при невозможности проведения ЧКВ – провести тромболитическую терапию (Стрептокиназа или Альтеплаза или другим тромболитиком). Непрямые антикоагулянты, двойная антиагрегантная терапия (Аспирин + Клопидогрел / Тикагрелор), ингибитор АПФ, статины в высокой дозировке (Аторвастатин 80 мг/сут.).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 49

1. Синдромы: острый коронарный (ангинозный), острой левожелудочковой недостаточности: шок (кардиогенный), отек (интерстициальный) легких.

Артериальной гипертензии (в анамнезе). Ведущий – острый коронарный синдром.

2. ИБС: инфаркт миокарда передний распространенный, осложненный кардиогенным шоком, интерстициальным отеком легких (сердечной астмой), Killip IV. Гипертоническая болезнь III стадии, риск 4 (очень высокий).

3. На основании клиники (ангинозный болевой синдром в грудной клетке в течение 4 часов, не купирующийся Нитроглицерином), ЭКГ-признаков субэпикардального

повреждения миокарда передней стенки левого желудочка, повышения концентрации маркера некроза миокарда - КФК-МВ - диагностирован инфаркт миокарда. Признаки кардиогенного шока - стойкая гипотония, периферическая гипоперфузия (бледность кожных покровов, пульс слабого наполнения), начинающийся отек легких (тахипноэ, влажные хрипы в подлопаточных областях).

4. Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (тропонин Т или I, Глюкоза, креатинин с расчетом СКФ, К, Na), КЩС, ЭКГ в динамике, коронароангиография, ЭхоКГ, рентгенография органов грудной клетки, мониторинг центральной гемодинамики (установка катетера Сван-Ганса).

5. Наркотические анальгетики (Морфин) в/в, оксигенотерапия, инотропная поддержка (Дофамин, Норадреналин), включая механическую (ЭКМО, внутриаортальную баллонную контрпульсацию), антикоагулянты, антиагреганты, статины, диуретики. Экстренно выполнить ЧКВ всех пораженных артерий. При невозможности ЧКВ – провести тромболитическую терапию.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 50

1. Синдромы: нарушения ритма и проводимости, коронарной недостаточности, хронической левожелудочковой недостаточности. Ведущий – синдром нарушения ритма и проводимости.

2. Ритм синусовый, атриовентрикулярная блокада II степени, Мобитц I (с периодической Самойлова-Венкебаха).

3. ИБС: стенокардия ФК II. Постинфарктный кардиосклероз. Атриовентрикулярная блокада II степени, тип Мобитц I. ХСН II А, ФК III.

4. Общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови (тропонин Т или I, глюкоза, креатинин с расчетом СКФ, К, Na), ЭКГ в динамике, коронароангиография, ЭхоКГ, рентгенография органов грудной клетки.

5. Неотложные мероприятия при приступе: пациента уложить, обеспечить доступ свежего воздуха, оценить витальные функции, обеспечить удаление слюны. Реанимационные мероприятия (непрямой массаж сердца и ИВЛ) – по показаниям. Показана имплантация временного, а в последующем – постоянного электрокардиостимулятора. С учетом результатов коронарографии определить показания к реваскуляризации миокарда (ЧКВ и/или коронарное шунтирование).

Медикаментозная терапия должна включать назначение дезагрегантов, статинов, ингибиторов АПФ, после имплантации электрокардиостимулятора – β -блокаторов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 51

1. Синдромы: малого сердечного выброса, подклапанного аортального стеноза, нарушения ритма, ангинозный болевой (относительной коронарной недостаточности).

Механизм болевого синдрома: относительная коронарная недостаточность. Синкопальное состояние: обструкция выносящего тракта левого желудочка и возможно пароксизмальные нарушения ритма.

2. ГКМП, ИБС: стенокардия, ПИКС, пароксизмальные нарушения ритма; аортальный стеноз ревматической этиологии.

3. ГКМП, асимметричная, субаортальный стеноз. Пароксизмальная тахикардия, Синкопальные состояния.

4. Коронарография, суточное мониторирование ЭКГ.

5. Ограничить физические нагрузки, β -блокатор, амиодарон. Возможно хирургическое лечение.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 52

1. 1. Синдром стенокардии (типичный болевой синдром); 2. артериальной гипертензии (АД 150/95 мм рт. ст., признаки ГЛЖ – смещение верхушечного толчка влево и

данные ЭХО-КГ); 3. острый коронарный синдром (изменение характеристик болевого синдрома: настоящее ухудшение отмечает в течение последних 2 недель: вышеописанные боли в грудной клетке стали появляться ежедневно до 2–3 раз в день и более длительные, купируются приемом Нитроглицерина через 3–5 мин.).

2. ЭКГ: синусовый ритм, признаки ГЛЖ, систолической перегрузки. ЭХО-КГ: признаки ГЛЖ.

3. В план дифференциального диагноза следует включить стабильную стенокардию и острый инфаркт миокарда. Дифференциально-диагностическим признаком считать повышение кардиоспецифических маркеров (КФК МВ, тропонины).

4. ИБС: прогрессирующая стенокардия. Гипертоническая болезнь III. Риск 4 (ГЛЖ, гиперхолестеринемия, наследственность).

5. Мужской пол, наследственность, абдоминальное ожирение, артериальная гипертензия, гиперхолестеринемия.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 53

1. Синдром: - артериальной гипертензии; - синдром кардиомегалии, преимущественно левых отделов; - синдром перемежающейся хромоты.

2. В план дифференциальной диагностики необходимо включить изолированную систолическую гипертензию (для лиц пожилого возраста), гипертоническую болезнь, вазоренальную гипертензию. Общим являются признаки артериальной гипертензии (повышение АД, шум в ушах, головокружение), повышенные цифры АД. Однако, для изолированной систолической гипертензии цифры диастолического давления должны быть в пределах нормы. Повышение систолического АД в пожилом возрасте связано с повышением ОПСС (стенка сосудов становится «жесткой», снижена эластичность сосудистой стенки). Для гипертонической болезни характерно более раннее начало (45-50 лет), длительный анамнез артериальной гипертензии. Для вазоренальной гипертензии - пожилой возраст, стойкое повышение АД, сосудистые шумы, повышен уровень холестерина плазмы крови.

3. Атеросклероз аорты, почечных сосудов. Вазоренальная гипертензия. Перемежающаяся хромота, ишемия 2А степени. Основные диагностические признаки: возраст больного (72 года), монотонно высокая гипертензия, наличие сосудистых шумов (признаки атеросклероза аорты: акцент II тона над аортой, систолический шум брюшной аорты, повышен уровень холестерина плазмы), боли, усталость в ногах при ходьбе до 200 метров, заставляющие больного останавливаться, снижение пульсации на артериях тыла стоп.

4. Дообследование: По возможности определение ренина плазмы (из почечных вен); Проба Реберга (определить функцию почек);

УЗИ почек; Экскреторная урография (выявить запаздывание нефрографического эффекта); Липидограмма; Контрастная аортография с ангиографией почечных артерий (выявить наличие стеноза почечных артерий).

5. План лечения: - диета с ограничением животных жиров, соли (стол № 10); - статины (стабилизация атеросклеротических бляшек, гипохолестеринемическое действие); - Норваск 10 мг 1 раз в день утром (вазодилатация, нефропротективные свойства); - малые дозы диуретиков: Индапамид 1,25 мг (тиазидоподобный диуретик с вазодилатирующим действием); - аспирин, профилактика тромбоза в сосудах. Активное выявление признаков коронарного атеросклероза (коронарография) и атеросклероза БЦА (ЦДС). Консультация сосудистого хирурга для диагностики и определения показаний к хирургическому лечению (нефрэктомия, либо реконструктивная операция на почечных сосудах – удаление атеросклеротических бляшек из почечных артерий, либо ангиопластика).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 54

1. Синдромы: ХСН II-Б, ФК IV, кардиомегалии, нарушения ритма (фибрилляция предсердий, желудочковая э/с), анемии.

2. ДКМП, хроническая ревматическая болезнь сердца с формированием митрального порока, миокардит.

3. ХСН с признаками застоя по обоим кругам кровообращения, быстрое прогрессирование болезни, резистивность к лечению, нарушение ритма, кардиомегалия. Диагноз «дилатационная кардиомиопатия, фибрилляция предсердий постоянная форма (перманентная), ХСН II-Б, ФК IV. Состояние после эмболии мелких ветвей правой стопы».

4. СРБ, КФК, АСЛ, АСГ, тропонины, суточное ЭКГ мониторинг, белковые фракции, коагулограмма.

5. Антикоагулянтная терапия (Гепарин не более 30 тыс. ЕД в течение 7–10 дней; затем Варфарин (под контролем МНО) постоянно).

Лечение ХСН: ограничение соли, жидкости, ингибиторы АПФ (начать с малых доз), β -блокаторы, диуретики.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 55

1. Интоксикационный, мочевого, геморрагический, поражения аортального клапана, сердечной недостаточности, гепатомегалии.

2. ОАК – признаки анемии, лейкоцитоз, повышение СОЭ – признаки воспалительной реакции; ОАМ – микрогематурия; б/х крови – повышение СРБ – признаки системного воспаления; ЭКГ – признаки гипертрофии миокарда ЛЖ, обменно-трофические изменения миокарда ЛЖ.

3. Инфекционный эндокардит, вторичный, острое течение, активность высокая. Недостаточность аортального клапана. ХСН II Б ФКIV. Вторичная анемия. Гломерулонефрит. ХПН – 0.

4. Билирубин крови, АСТ и АЛТ, протромбированный индекс, посев крови на гемокультуру (3 раза) с определением чувствительности выявленной микрофлоры к антибиотикам. ЭхоКГ с доплерографией, рентгенография грудной клетки, 2-часовая термометрия.

5. Показана экстренная госпитализация. Антибактериальная терапия (2 антибиотика, в/в путь введения). Дезинтоксикационная терапия. Консультация кардиохирурга: удаление септического очага, протезирование аортального клапана.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 56

1. Синдромы: поражения трикуспидального клапана (недостаточность), нарушения ритма (фибриляция предсердий), сердечной недостаточности. Ведущий – синдром сердечной недостаточности.

2. Инфекционный эндокардит. Хроническая ревматическая болезнь сердца с формированием порока. Первичная легочная гипертензия. Миокардит. Перикардит.

3. Инфекционный эндокардит, первичный, хроническое течение, активность минимальная. Недостаточность трикуспидального клапана. Персистирующая нормосистолическая форма фибрилляции предсердий. ХСН II-А. ФК III.

4. Посев гемокультуры (3 раза), Эхо-КГ, рентгенография органов грудной клетки, острофазовые показатели (С-РБ), коагулограмма.

5. Показана экстренная госпитализация. Антибактериальная терапия (2 антибиотика). Посиндромная терапия. Консультация кардиохирурга: удаление септического очага, протезирование трикуспидального клапана.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 57

1. Острый экссудативный перикардит. Тампонада сердца. НК IIБ стадии.

2. Общий анализ крови, мочи. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, серомукоид, фибриноген, СРБ, АСТ, АЛТ, АСЛ-О. Рентгенологическое исследование грудной клетки. ЭКГ. ЭХОКГ. Диагностическая пункция перикарда.

3. Антибактериальная терапия (цефалоспорины), иммуносупрессивная терапия (Преднизолон 20-30 мг/сут). Лечение недостаточности кровообращения: диуретики, ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента. Пункция перикарда с удалением жидкости.

4. ИБС, инфаркт миокарда; миокардит, цирроз печени.

5. Боли в сердце. Одышка, которая уменьшается при наклонах тела вперед. Появляется сухой кашель, иногда рвота вследствие давления экссудата на трахею, бронхи и диафрагмальный нерв. Симптомы тампонады сердца: значительное расширение тени сердца, резкое повышение венозного давления (набухание шейных вен, особенно заметное в горизонтальном положении), снижение артериального давления, появление парадоксального пульса.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 58

1. Гипертоническая болезнь III ст. Первично-сморщенная почка. Хроническая болезнь почек, терминальная стадия.

2. Общий анализ крови, мочи. Анализ мочи по Нечипоренко, Зимницкому. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, холестерин, триглицериды, липопротеины, калий, натрий, серомукоид, фибриноген, СРБ, мочевины, глюкоза. Рентгенологическое исследование легких. ЭКГ. ЭХОКГ. Исследование глазного дна. Проба Реберга-Тареева.

3. Хронический гемодиализ. Трансплантация почки.

4. Хронический гломерулонефрит, хронический пиелонефрит, Реноваскулярная гипертензия. Синдром Кона.

5. Выраженная слабость, тошнота, кожный зуд, расчесы. Бледность кожных покровов с субиктеричным оттенком. Возможно развитие сухого плеврита, перикардита. В этом случае выслушивается шум трения плевры, перикарда. В крови анемия. Олигурия. Снижение относительной плотности мочи. В биохимическом анализе крови увеличение креатинина, мочевины, электролитов.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 59

1. Постоперационная ТЭЛА.

2. Общий анализ крови; мочи; биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, билирубин, аминотрансферазы, ЛДГ общая и по фракциям, серомукоид, фибрин; ЭКГ в динамике; рентгенологическое исследование легких; вентиляционно-перфузионное сканирование легких, исследование коагулограммы и D-димера в плазме крови; ЭХОКГ; селективная ангиопульмонография, инструментальная диагностика флеботромбозов нижних конечностей.

3. Тромболитическая терапия: рекомбинантный тканевой активатор плазминогена, гепаринотерапия до 30 000 ЕД в сутки, постоянная оксигенотерапия через носовой катетер (в ряде случаев искусственная вентиляция легких), за 3-5 дней до отмены Гепарина назначают Варфарин, Синкумар, при шоке –Добутамин, при инфаркт- пневмонии – антибиотики (нежелателен Пенициллин), облегчение боли. Катетерные и хирургические эмболэктомии. Установка кава-фильтров. Антиагреганты.

4. Инфаркт миокарда, расслаивающаяся аневризма аорты, долевая пневмония, пневмоторакс, острый перикардит.

5. Внезапное начало, боль за грудиной разнообразного характера, одышка, кашель, кровохарканье, синдром острого легочного сердца, клиника инфарктной пневмонии.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 60

1. Острый коронарный синдром без подъема сегмента ST.

2. Экстренная госпитализация. До приезда бригады скорой помощи уложить больного, обезболивание (Нитроглицерин сублингвально или ненаркотические анальгетики), 125 мг Аспирина разжевать, 75 мг Клопидогрела.

3. Общий анализ крови; общий анализ мочи; биохимический анализ крови: тропонины Т и I, миоглобин, КФК-МВ фракция, холестерин, триглицериды, глюкоза, белковые фракции, С-реактивный белок, АСТ, АЛТ, ЛДГ, амилаза; ЭХОКГ; коронарография.

4. Перикардит, пороки сердца, миокардит, кардиомиопатия, артериальная гипертензия

5. Характерна дестабилизация стенокардии (приступы ангинозных болей становятся более интенсивными, продолжительными, вызываются меньшей нагрузкой).

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА 61

1. Гипертрофическая кардиомиопатия, идиопатический гипертрофический субаортальный стеноз. Прогрессирующее течение. Частая желудочковая экстрасистолия.

2. Общий анализ крови, мочи. Биохимический анализ крови: общий белок, белковые фракции, креатинин, фибриноген, С-реактивный протеин, тропонин I, мозговой натриуретический пептид. Рентгенологическое исследование легких. ЭКГ. ЭХОКГ с доплерографией (с уточнением наличия обструкции выносящего тракта левого желудочка). Генетический тест для выявления ассоциированной с наследственной гипертрофической кардиомиопатией мутацией.

3. Кордарон внутривенно, бета-блокаторы. Имплантация дефибриллятора-кардиовертера по показаниям. Хирургическое лечение (чрез-аортальная септальная миэктомия).

4. ИБС, инфаркт миокарда. Гипертоническая болезнь. Амилоидоз сердца. Болезнь Фабри. Рестриктивная кардиомиопатия. Аортальный стеноз.

5. Общеизвестна наследственная концепция (заболевание или внезапная смерть близких родственников). Ангинозные боли. Систолический шум в III-IV межреберьях слева от грудины. Систолический шум пролапса митрального клапана. Нарушения ритма (мерцательная аритмия, желудочковые экстрасистолии, желудочковая пароксизмальная тахикардия). Обмороки. Нарушения диастолической функции на ЭХОКГ.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение

Ситуационные задачи для подготовки к государственной итоговой аттестации и первичной аккредитации специалистов по специальности «Лечебное дело». Кардиология

Эталоны ответов

ХАПАЕВ Башир Алимджашарович
САЛПАГАРОВА Фатима Энверовна

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ И ПЕРВИЧНАЯ АККРЕДИТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ

Сборник ситуационных задач для обучающихся 6 курса
по специальности 31.05.01 «Лечебное дело»
Часть 1. Кардиология.

Корректор Чагова О.Х.
Редактор Чагова О.Х.

Сдано в набор 12.02.2019 г.
Формат 60x84/16
Бумага офсетная.
Печать офсетная.
Усл. печ. л. 3,02
Заказ № 3630
Тираж 100 экз.

Оригинал-макет подготовлен
в Библиотечно-издательском центре СКГА
369000, г. Черкесск, ул. Ставропольская, 36