

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Тема: Дифференциальный диагноз кардиомегалий. Кардиомиопатии. Миокардиты. перикардиты

Цель: закрепить знания по диагностике и тактике ведения пациентов с кардиомегалией, кардиомиопатиями, миокардитами, перикардитами на различных этапах оказания медицинской помощи.

Задачи: рассмотреть этиологию и патогенез кардиомегалии, кардиомиопатий миокардитов, перикардитов, изучить критерии установления диагноза, основные принципы оказания плановой и неотложной помощи, рациональной терапии, реабилитации и профилактики

Иметь представление об организации медицинской помощи пациентам с кардиомегалией, кардиомиопатиями, миокардитами, перикардитами, последовательности работы на амбулаторном и стационарном этапах, основные методы обследования и лечения и их применении в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по соответствующему профилю.

Ординатор должен знать: основные причины, факторы риска возникновения, развития и прогрессирования кардиомегалии, кардиомиопатий миокардитов, перикардитов, наиболее важные аспекты патогенеза; современную классификацию, клиническую картину, принципы профилактики, реабилитации и лечения с конкретизацией медикаментозных и немедикаментозных подходов.

Ординатор должен уметь: заподозрить наличие, обследовать и диагностировать пациентов с кардиомегалией, кардиомиопатиями, миокардитами, перикардитами, сформулировать диагноз, назначить лечение согласно современным международным, национальным клиническим рекомендациям и протоколам, порядкам и стандартам оказания медицинской помощи по профилю заболевания; разработать программы индивидуальной профилактики и реабилитации.

Ординатор должен владеть: приемами дифференциальной диагностики, навыками индивидуализации назначаемого лечения, реабилитации, профилактики, оказания неотложной помощи при угрожающих жизни состояниях

Учебно-тематический план темы:

Клиническое практическое занятие – 5 часов

Самостоятельная работа – 2 часа

Всего – 7 часов

Клиническое практическое занятие включает в себя:

1. Вводный контроль (тесты).
2. Беседа по теме занятий.

3. Клинический разбор пациентов с кардиомегалией, кардиомиопатиями, миокардитами, перикардитами. Интерпретация исследований рентгенограммы, данные УЗИ, КТ, МРТ, сцинтиграфии.
4. Решение ситуационных задач, представляющих типичные клинические ситуации при кардиомегалии, кардиомиопатиях миокардитах, перикардитах.
5. Разбор историй болезней пациентов с с кардиомегалией, кардиомиопатиями, миокардитами, перикардитами в ведении которых допущены типичные ошибки.
6. Отработка практических навыков: обследование пациентов с с кардиомегалией, кардиомиопатиями, миокардитами, перикардитами с осмотром, выявлением симптомов и синдромов, формулированием диагноза, проведением дифференциального диагноза, интерпретация данных лабораторных и инструментальных, обучение пациентов принципам диетотерапии, физической активности, ведения здорового образа жизни.

Перечень вопросов для собеседования

1. Понятие «миокардит», определение.
2. Классификация миокардитов.
3. Этиология, патогенез и патоморфология миокардитов, перикардитов, кардиомиопатий
4. Клинические проявления и методы диагностики миокардитов.
5. Клиническое течение миокардитов.
6. Дифференциальная диагностика кардиомегалий
7. Принципы лечения и реабилитации больных миокардитом.
8. Перикардит – варианты, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, врачебная тактика, профилактика, реабилитация, клиническое значение.
9. Аневризма сердца – варианты, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, врачебная тактика, профилактика, реабилитация, клиническое значение.
10. Алкогольная кардиомиопатия – варианты, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, врачебная тактика, профилактика, реабилитация, клиническое значение.
11. Амилоидоз сердца – варианты, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, врачебная тактика, профилактика, реабилитация, клиническое значение.

12. ГКМП – варианты, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, врачебная тактика, профилактика, реабилитация, клиническое значение.
13. Рестриктивная КМП – варианты, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, врачебная тактика, профилактика, реабилитация, клиническое значение.
14. Субаортальный стеноз – варианты, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, врачебная тактика, профилактика, реабилитация, клиническое значение.
15. Пороки сердца как причина кардиомегалии
16. Аритмогенная дисплазия сердца
17. Понятие термина ДКМП
18. Дифференциальный диагноз семейных форм ДКМП
19. Клинико-генетические сопоставления при ДКМП
20. Алгоритм ведения пробандов и членов их семьи на амбулаторном этапе
21. Основные ошибки амбулаторного этапа
22. Междисциплинарный подход
23. Современные представления об алгоритмах диагностики и врачебной тактики при ДКМП

Хронокарта клинического практического занятия	225 мин
Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат проверки рефератов	10 мин
Тестирование	15 мин
Обсуждение теоретических вопросов, заслушивание докладов	45 мин
Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и / или ситуационной задачи; отработка практических навыков	130 мин
Контроль усвоения (контрольные вопросы)	15 мин
Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее	10 мин

Самостоятельная работа

Формы самостоятельной работы и контроля

Вид работы	Контроль выполнения работы
Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе)	Собеседование
Работа с учебной и научной литературой	Собеседование

Подготовка и написание рефератов, докладов на заданные темы	Проверка рефератов, докладов
Выполнение индивидуальных домашних заданий (решение клинических задач, подготовка клинических разборов)	Проверка заданий Клинические разборы
Работа с тестами и вопросами для самопроверки	Тестирование Собеседование

Основные темы рефератов:

1. ГКМП-болезнь саркомера. Особенности клинического течения в разных возрастных группах.
2. Существующие классификации КМП. Преимущества и недостатки.
3. MOGE(S) классификация для саркомерной и несаркомерной ГКМП.
4. Несаркомерная ГКМП. Особенности клинического течения, алгоритмы диагностики и врачебной тактики.
5. Врачебная тактика при ГКМП: консервативные и хирургические методы лечения с позиций последних клинических рекомендаций.
6. РКМП вследствие поражения миокарда
7. РКМП вследствие поражения эндокарда

Основные темы докладов:

1. Кардиомиопатия вследствие длительного приема анаболических стероидов
2. Кардиомиопатия Такоцубо
3. Преимущества МРТ при проведении дифференциального диагноза саркомерной и несаркомерной ГКМП.
4. Современные возможности эхокардиографии в обследовании пациентов с ГКМП.
5. Новые подходы к оценке тканевой деформации при ГКМП.
6. Особенности клинического течения ГКМП — болезни саркомера при редко встречающихся мутациях.
7. Неблагоприятные варианты ремоделирования миокарда:
8. дилатационная фаза ГКМП, верхушечная аневризма ЛЖ у больного с обструктивной формой среднежелудочковой ГКМП, ГКМП с рестриктивным фенотипом. Особенности клинического течения, диагностики и врачебной тактики.
9. Микроваскулярная дисфункция при ГКМП
10. Некомпактный миокард
11. Гиперэозинофильные синдромы с рестриктивной кардиомиопатией

Фонд оценочных средств:

Тесты

ПК-5

Аускультативными признаками перикардита являются:

- а) глухие тоны сердца;
- б) систолический шум во всех точках аускультации;
- в) шум трения перикарда;
- г) парадоксальный пульс;
- д) систолический шум на верхушке

Больная 52 лет жалуется на кратковременные боли в области сердца. Больна 2 нед. после ОРЗ. На ЭКГ – снижение сегмента ST на 1,5 мм и отрицательный зубец Т. СОЭ – 45 мм/ч.

Предположительный диагноз:

- 1. климактерическая кардиомиопатия;
- 2. ИБС;
- 3. НЦД;
- 4. миокардит;
- 5. перикардит

В возникновении синкопальных состояний при асимметричной гипертрофической кардиопатии имеет значение: 1. систолическая обструкция выносящего тракта; 2. значительное снижение систолической функции левого желудочка; 3. возникновение различных нарушений ритма; 4. нарушение регуляции сосудистого тонуса.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Для острого перикардита не характерно:

- а) брадикардия;
- б) повышение температуры тела;
- в) боль за грудиной;
- г) шум трения перикарда;
- д) дисфагия, усиление боли за грудиной при глотании.

В жидкости, взятой из полости перикарда у больных с туберкулезным перикардитом, преобладают:

- а) эозинофилы;
- б) моноциты;
- в) лимфоциты;
- г) лейкоциты
- д) эритроциты.

Рентгенологическими признаками сдавливающего (констриктивного) перикардита являются: 1. отсутствие увеличения сердца и снижение пульсации сердечной тени; 2. сглаженность или отсутствие дифференциации дуг сердца; 3. обызвествление перикарда; 4. отсутствие смещения верхушечного толчка при перемене положения тела.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

При экссудативном перикардите может наблюдаться: 1. одышка; 2. глухость тонов сердца; 3. расширение границ сердечной тупости; 4. тахикардия и парадоксальный пульс.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Митральная регургитация достаточно часто встречается при: 1. гипертрофической кардиомиопатии; 2. дилатационной кардиомиопатии; 3. рестриктивной кардиомиопатии; 4. дисгормональной миокардиодистрофии.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3;
- б) если правильны ответы 1 и 3;
- в) если правильны ответы 2 и 4;
- г) если правильный ответ 4;
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4.

Среди инфекционных миокардитов наиболее часто встречаются:

- а) вирусные;
- б) стрептококковые;
- в) паразитарные;
- г) грибковые;
- д) микоплазменные.

Причиной "парадоксального пульса" при перикардите являются:

- а) резкое снижение сердечного выброса на вдохе;
- б) повышение сердечного выброса на выдохе;
- в) нарушение ритма;
- г) повышение сердечного выброса на вдохе
- д) снижение сердечного выброса на выдохе.

Наиболее информативным при выпотном перикардите следует считать метод:

- а) аускультации;
- б) рентгенографии;
- в) электрокардиографии;
- г) эхокардиографии;
- д) сцинтиграфии миокарда с пирофосфатом технеция.

При сдавливающем (констриктивном) перикардите:

- а) происходит снижение венозного давления и повышение артериального;
- б) отмечается снижение артериального давления и повышение венозного;
- в) артериальное и венозное давление существенно не меняются;
- г) отмечается снижение артериального давления;
- д) происходит снижение венозного и артериального давления.

В отличие от стенокардии приступы болей в сердце при кардиомиопатии у больных алкоголизмом характеризуются: 1. возникновением на следующий день после алкогольного эксцесса или в похмелье; 2. отсутствием связи с физической нагрузкой; 3.

неэффективностью нитроглицерина (боли не купируются); 4. характерной приступообразностью.

- а) если правильны ответы 1, 2 и 3
- б) если правильны ответы 1 и 3
- в) если правильны ответы 2 и 4
- г) если правильный ответ 4
- д) если правильны ответы 1, 2, 3 и 4

ПК-6

Первым средством выбора для уменьшения болевого синдрома при остром перикардите являются:

- а) нитраты;
- б) папаверин или нош-па;
- в) нестероидные противовоспалительные препараты;
- г) стероидные препараты;
- д) наркотические анальгетики.

При установлении диагноза миокардита:

- а) обязательно назначение антибиотиков;
- б) лечение в большинстве случаев симптоматическое;
- в) обязательно назначение глюкокортикоидных гормонов;
- г) обязательно назначение препаратов, "улучшающих метаболические процессы в миокарде";
- д) обязательно назначение нестероидных противовоспалительных препаратов.

Основными препаратами, применяемыми при лечении гипертрофической кардиомиопатии являются:

- а) сердечные гликозиды;
- б) бета-блокаторы;
- в) периферические вазодилататоры;
- г) сердечные гликозиды и нитраты;
- д) сердечные гликозиды и диуретики.

ПК-5

Для выявления выпота в полости перикарда наиболее информативны:

- а) радиоизотопное сканирование сердца,
- б) ЭКГ,
- в) коронароангиография,
- г) ЭхоКГ,
- д) рентгенологическое исследование органов грудной клетки.

Этиологическими факторами острого перикардита являются:

- а) бактериальная инфекция,
- б) простейшие,
- в) грибки,
- г) вирусная инфекция,
- д) все перечисленное верно.

ПК-6

При остром перикардите наиболее быстрый эффект обеспечивают:

- а) цитостатические препараты,
- б) индометацин,
- в) антибиотики широкого спектра действия,

- г) кортикостероиды,
- д) постельный режим в сочетании с приемом салицилатов.

ПК-5

54-летний больной жалуется на тупые боли в области сердца, одышку и ортопноэ, появившиеся в последние 2 недели. Выявлены глухие тоны сердца, снижение пульсового давления до 25 мм рт.ст. во время глубокого вдоха. Какова наиболее вероятная причина данного состояния?

- а) острый инфаркт миокарда,
- б) массивный выпот в полости перикарда,
- в) декомпенсация бессимптомно протекающего клапанного порока сердца,
- г) мерцательная тахикардия,
- д) массивный выпот в плевральной полости.

Для острого перикардита наиболее характерны следующие нарушения ритма:

- а) предсердные аритмии,
- б) фибрилляция желудочков,
- в) блокада правой ножки пучка Гиса,
- г) блокада левой ножки пучка Гиса,
- д) желудочковые пароксизмальные тахикардии.

В норме в полости перикарда содержится:

- а) около 5 мл жидкости,
- б) до 50 мл,
- в) 100 – 200 мл,
- г) 200 – 300 мл,
- д) 300 – 500 мл.

Наиболее частой причиной констриктивного перикардита является:

- а) сифилис,
- б) ревматическая лихорадка,
- в) туберкулез,
- г) травма грудной клетки,
- д) системные заболевания соединительной ткани.

Важнейший симптом в диагностике острого фибринозного перикардита:

- а) боль за грудиной,
- б) шум трения перикарда,
- в) тахикардия,
- г) снижение АД,
- д) дисфагия.

Болевому синдрому при остром перикардите не свойственны:

- а) зависимость боли от дыхания, изменения положения тела, глотания,
- б) локализация боли за грудиной,
- в) тупой сжимающий характер боли,
- г) уменьшение боли после приема нитроглицерина,
- д) продолжительность боли более 30–40 мин.

Для ревматического перикардита не характерны:

- а) отсутствие выпота в полости перикарда,
- б) небольшое количество выпота,
- в) большое количество выпота,
- г) низкая частота выпота,
- д) большое количество лимфоцитов в выпоте при микроскопии.

Для констриктивного перикардита характерны:

- а) артериальное и венозное давление практически не изменяются,
- б) повышение артериального и венозного давления,

- в) артериальное давление снижено, венозное – повышено,
- г) артериальное давление повышено, венозное – снижено,
- д) снижение артериального и венозного давления.

ПК-6

Для уменьшения боли при остром перикардите средствами выбора являются:

- а) наркотические анальгетики,
- б) нитроглицерин и нитраты пролонгированного действия,
- в) спазмолитики,
- г) нестероидные противовоспалительные препараты,
- д) цитостатики.

При каком заболевании развивается эпистенокардитический перикардит?

- а) при инфекционном эндокардите,
- б) при трансмуральном инфаркте миокарда,
- в) при дилатационной кардиомиопатии,
- г) при стенокардии покоя,
- д) при миокардите Абрамова – Фидлера.

Контрольные вопросы

1. Определение дилатационной кардиомиопатии; ПК-5
2. Алгоритмы диагностики при ДКМП ПК-5
3. Классификация первичных и вторичных ДКМП АНА ПК-5
4. Симптоматическая терапия больных дилатационной кардиомиопатии Пк-6
5. Определение рестриктивной кардиомиопатии; ПК-5
6. Алгоритмы диагностики при РКМП ПК-5
7. Особенности клинического течения РКМП ПК-5
8. Классификация первичных и вторичных РКМП ПК-5
9. Симптоматическая терапия больных рестриктивной кардиомиопатии ПК-6

Ситуационные задачи

Женщина 38 лет обратилась к врачу общей практики с жалобами на неприятные ощущения в области сердца, сердцебиение, одышку при ходьбе. Три недели назад перенесла ОРЗ. К врачу не обращалась, лечилась домашними средствами, почувствовала улучшение. Неделю назад вновь повысилась температура тела до 37,1 °С, появились слабость, одышка, «тяжесть» в области сердца. Работает маляром.

Объективно: состояние удовлетворительное. Температура 37,4 °С. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы нормальной окраски и влажности. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД -18 в мин. Границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, выслушивается систолический шум на верхушке, ритм правильный. ЧСС — 102 в мин. АД — 105/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Симптом поколачивания по области почек отрицателен с обеих сторон. Отеков нет. Мочеиспускание, стул — в норме.

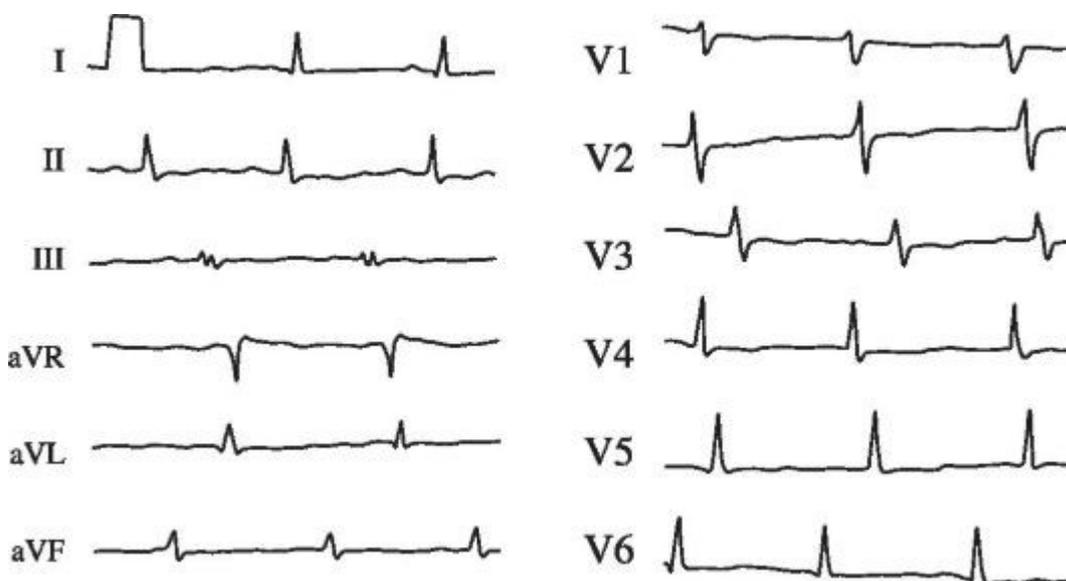
При обследовании в поликлинике: на ЭКГ выявлена впервые возникшая блокада левой ножки пучка Гиса. В общеклиническом анализе крови: лейкоциты — $8,4 \times 10^9$, СОЭ — 32 мм/ч.

Задание:

1. О каком заболевании можно думать?
2. Какова ваша тактика. Есть ли показания к госпитализации?
3. Тактика ведения больного в рамках общей врачебной практики

Больная Т., 38 лет, переведена в кардиологическое отделение из инфекционной больницы, где находилась в течение 12 дней по поводу энтеровирусной инфекции, протекавшей с явлениями фарингита, гастроэнтероколита и лихорадкой до 38,5 °С. В связи с появлением изменений на ЭКГ переведена в кардиологическое отделение. В детском возрасте перенесла корь, неоднократно ангину. Наследственность не отягощена. При поступлении жаловалась на быструю утомляемость и общую слабость. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и слизистые бледно-розовые. Отеков нет. Лимфоузлы не увеличены. Температура тела 36,7 °С. Число дыхательных движений - 16 в минуту. В легких везикулярное дыхание. Границы относительной сердечной тупости без изменений. Тоны сердца ритмичные, приглушены, мягкий, дующий систолический шум над верхушкой сердца. Частота сердечных сокращений - 100 в минуту. Пульс не напряжен, ритмичен. АД - 110/70 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, болезненный при пальпации, особенно по ходу толстой кишки. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. Щитовидная железа не увеличена. В неврологическом статусе без особенностей.

Общий анализ крови: Hb - 130 г/л, эритроциты - $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $10,4 \times 10^9$ /л, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ - 22 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий белок - 70 г/л, альбумины - 59 %, глобулины: α_1 - 3,9 %, α_2 - 10,3 %, β - 10,5 %, γ - 16,3 %, креатин - 88 мкмоль/л, билирубин общий - 14,3 мкмоль/л, фибриноген - 4 г/л; СРБ - «+». Активность, АЛТ и кардиоспецифических ферментов не повышена. Общий анализ мочи без патологии. Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля прозрачны, корни структурны, синусы свободны, диафрагма подвижна, сердце и аорта без особенностей. ЭКГ прилагается.



1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте его.
2. Составьте и обоснуйте план обследования больной.
3. Назначьте лечение больной.
4. Составьте программу реабилитации

5. Каков прогноз заболевания?

Больной К., 40 лет, автослесарь, обратился к врачу общей практики с жалобами на ноющую боль в области сердца на протяжении 2 дней, сердцебиение и одышку при физической нагрузке, общую слабость. На зарегистрированной ЭКГ выявлена фибрилляция предсердий, в связи с чем пациент был госпитализирован.

С 35-летнего возраста пациент отмечал кратковременное приступообразное сердцебиение. На протяжении полугода после перенесенного гриппа приступы сердцебиения участились и стали более продолжительными, возникали при обычной физической нагрузке и сопровождались одышкой и общей слабостью. 2 нед назад переболел острым респираторным заболеванием, проявлявшимся ринореей, головной болью и лихорадкой до 38 °С. В течение 2 дней беспокоит постоянная ноющая боль в области сердца, не ослабевающая после приема нитроглицерина, сердцебиение стало постоянным, появились отеки стоп.

При осмотре в момент поступления обнаружены цианоз губ и кончика носа, отек стоп и лодыжек, мелкопузырчатые хрипы в нижнезадних отделах легких, смещение левой границы сердца на 2 см влево, глухость сердечных тонов, тахикардия, пульс аритмичный, 120 в минуту (дефицита пульса нет), АД - 100/60 мм рт.ст., печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги, болезненна при пальпации. В анализе крови лейкоцитоз ($10,3 \times 10^9/\text{л}$), увеличение СОЭ (38 мм/ч), гипергаммаглобулинемия (23 %), СРБ -«+++», гиперфибриногенемия (5,3 г/л), незначительное повышение активности АСТ, АЛТ, КФК.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1,020, белок - следовые количества, глюкоза не обнаружена, лейкоциты -1-2 в поле зрения, эритроциты - 1-2 в поле зрения. На ЭКГ - фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма, депрессия сегмента *ST* и отрицательный зубец *T* в отведениях I, aVL, V4-6. Эхокардиография: дилатация желудочков и предсердий, диффузный гипокинез миокарда, ФВ - 32 %, митральная регургитация II степени. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки выявило расширение и малоструктурность корней легких, увеличение размеров сердца, малую амплитуду пульсации сердца.

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз? Составьте план обследования.
3. Каковы морфологические изменения в миокарде при хроническом течении миокардита?
4. Назначьте лечение, обоснуйте свое решение.
5. Каков прогноз заболевания?
6. Составьте программу реабилитации

Больной А., 40 лет в прошлом считал себя практически здоровым, служил в СА, хорошо переносил физические нагрузки. При плановом флюорографическом обследовании в 1999г (34 г) органы грудной клетки без видимых патологических изменений. С 2005 года (39 лет) постепенно появились слабость, снижение толерантности к физическим нагрузкам, прогрессирующая одышка. При повторном флюорографическом исследовании обнаружено увеличение размеров сердца как влево, так и вправо. Через 4-5 месяцев от начала клинических проявлений заболевания

заметил появление отеков, увеличение в размерах живота. Больной был госпитализирован с 13.10.05 – 07.11.05.

За весь период состояние больного оставалось тяжелым, бледен, акроцианоз. Питание понижено. Визуально определяются набухшие шейные вены. ЧСС- 89 в 1 мин., ритмичный, симметричный.

АД сидя ч/з 5 мин. отдыха 100/65 мм рт ст

АД стоя на 2-ой мин. 80/55 мм рт ст.

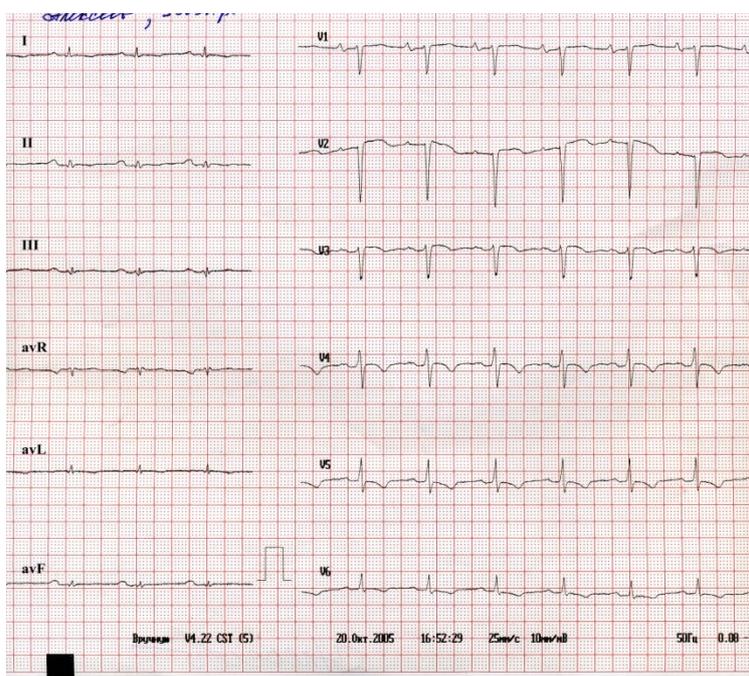
Тоны сердца приглушены I>II на верхушке. Систолический шум над всей поверхностью сердца, максимум над мечевидным отростком, усиливается на вдохе. Акцент II тона на легочной артерии. Живот увеличен в объеме за счет асцита. Печень выступает из под края реберной дуги на 6 см. Отеки стоп, голеней, бедер. Анасарка.

Клинический и биохимический анализы крови без клинически значимых отклонений

ЭКГ от 20.10.05 (прилагается)

Коронарография (без гемодинамически значимых стенозов)

Эхокардиография (20.10.05) Дилатация предсердий, в большей степени правого предсердия; небольшая дилатация ПЖ. Размер ЛЖ уменьшен. Выраженная ГЛЖ, ИММЛЖ=175г/м²; Локальных нарушений сократимости не выявлено. Общая сократимость снижена (ФВ – 40-45 %). Регистрируется феномен спонтанного контрастирования. Регистрируется трикуспидальная регургитация III ст., митральная регургитация I ст., рестриктивный тип трансмитрального потока. СДЛА= 34 мм. рт. ст.



ВОПРОСЫ

1. Диагноз и дифференциальный диагноз
2. Какие проявления болезни более всего беспокоят больного
3. Дайте заключение по ЭКГ
4. Первичное представление о больном
5. Какие лабораторные и инструментальные данные необходимы дополнительно для постановки окончательного диагноза и выбора врачебной тактики

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература:

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>
3. Основы внутренней медицины [Электронный ресурс] / Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеев, В. С. Моисеев ; под ред. В. С. Моисеева. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970427729.html>
4. Огурцов П.П., Неотложная кардиология [Электронный ресурс] / под ред. П. П. Огурцова, В. Е. Дворникова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 272 с. - ISBN 978-5-9704-3648-6 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970436486.html>

