

Содержание

Список сокращений	7
Предисловие к 1-му изданию	11
Предисловие ко 2-му изданию	14
Клинические случаи, представленные в виде задач по кардиологии	16
Ответы на вопросы к задачам	166
Список использованной литературы	280

Клинические случаи, представленные в виде задач по кардиологии*

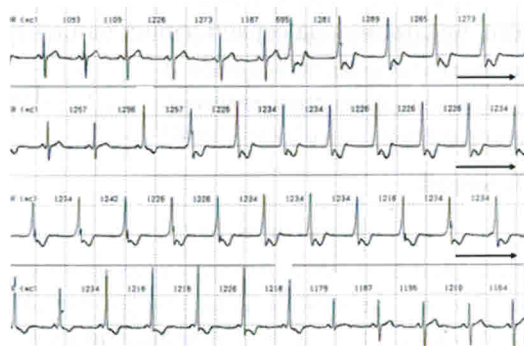


Рис. 1.1. Фрагмент непрерывной записи ХМ
в отведении V3 пациента Ш., 28 лет

ЗАДАЧА 1**

Пациент Ш., 28 лет, в недавнем прошлом спортсмен 1-го разряда по гребле на каноэ. Примерно месяц тому назад при самостоятельной проверке пульса заметил перебои в работе сердца, по поводу которых решил обратиться к врачу. При съемке стандартной ЭКГ в 12 отведениях НР не зафиксированы. ЭКГ характерна для спортивного сердца — изменения реполяризации в виде небольшого подъема сегмента *ST* в правых грудных отведениях (*V1, 2*) и снижения амплитуды зубцов *T* в *V1, 2, 3* с тенденцией к двуфазности (\pm). Был выполнен ХМ, фрагмент которого представлен на *рис. 1.1*.

* Звездочки, поставленные рядом с номером задачи, означают степень сложности задачи — от простой* до более сложной***. — *Примеч. авт.*

Вопрос I. Выбрать одно правильное заключение по ЭКГ.

1. Синусовая брадикардия. Миграция водителя ритма от синусового узла к идиовентрикулярному центру.
2. Синусовая брадиаритмия. Преходящая БЛНПП.
3. Синусовая брадиаритмия. Интермиттирующий феномен WPW.
4. Синусовая брадикардия, синусовая аритмия. Неустойчивый парасистолический УИР. АВ-диссоциация.

Дополнение к задаче 1 (продолжение). Пациент был обследован. На ЭхоКГ — умеренная ГЛЖ. При пробе с ФН не было НР; достигнута субмаксимальная ЧСС, ТФН высокая (200 Вт, 3 мин), проба отрицательная.

Как выяснилось из анамнеза, месяц тому назад пациент стал участником ДТП, произошедшего по его вине, в результате которого пришлось ремонтировать машину (страховка не смогла покрыть все

расходы). Как ему кажется, НР появились с тех пор. Учитывая связь появления аритмии с неприятной ситуацией, было решено провести молодому человеку ряд МП. На фоне релаксации НР не было; во время ментального теста «возврат гнева» регистрировались одиночные и парные мономорфные ЖЭК с R-R 1200 мс (за 3 мин 7 пар) той же формы, что и на представленном фрагменте ЭКГ.

Вопрос II. Какова будет тактика ведения данного пациента?

1. Есть показания к назначению анксиолитика. Контрольный ХМ через 1–2 мес. от начала лечения.
2. Подобрать эффективный ААП с помощью ММ ЭКГ с телеметрией. Во время мониторинга целесообразно провести фармакологические пробы.
3. Предложить пациенту РЧА с предварительной топической диагностикой идиовентрикулярного центра.

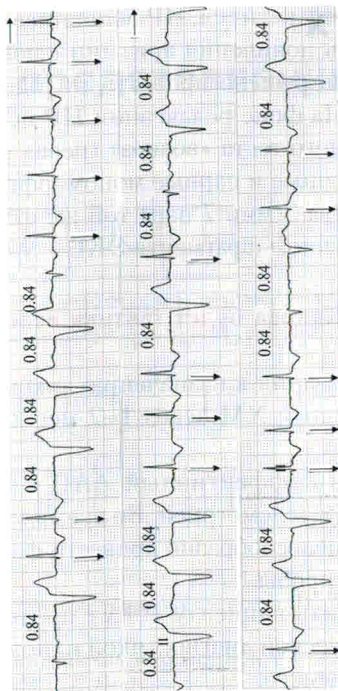


Рис. 2.1. Фрагмент непрерывной записи ЭКГ пациента Г., 67 лет, во II отведении

ЗАДАЧА 2***

Пациент Г., 67 лет, с жалобами на болевые ощущения в левой половине грудной клетки, длящиеся примерно 2 ч, ощущениями «сердцебиения», небольшой одышкой в покое доставлен в стационар бригадой СМП. АД 130/75 мм рт. ст. в связи с ФП.

На снятой ЭКГ (рис. 2.1) на фоне впервые зарегистрированной ФП определяются комплексы с широкими *QRS* разной формы. ЭКГ отдана врачу ФД для расшифровки. ЭКГ-картина вызвала затруднения в интерпретации, что, соответственно, влияло на скорость принятия решения в отношении дальнейшей тактики ведения.

Пояснения к обозначениям на рисунке будут даны позже.

Вопрос 1. Выберите правильное заключение по ЭКГ.

- 1 ФП, нормосистолия. Интермиттирующая БЛНПГ. Полиморфная ЖЭ.

2. ФП, переходящая в ТП с правильным проведением на желудочки, сопровождающаяся внутрижелудочковой блокадой. Желудочковая полиморфная эктопия.
3. ФП, нормосистолия. УИР с неполной блокадой входа в парацентр.

ЗАДАЧА 3***

Пациентка А., 42 года, 3 года тому назад перенесшая дифтерийный миокардит, впервые пожаловалась на эпизоды коротких сердцебиений во время периодов отдыха.

На снятой ЭКГ в 12 отведениях — БПНПГ без динамики по сравнению с ЭКГ годичной давности. Во время более длительной записи ЭКГ возникло ощущение «сердцебиения». Для анализа НР представлено два фрагмента ЭКГ I отведения на скорости 25 мм/с (*рис. 3.1*).

Вопрос I. Выберите правильное заключение по фрагментам ЭКГ.

1. Синусовый ритм, миграция водителя ритма по предсердиям. Предсердная полифокусная экстрасистолия. УИР с аритмией эктопического центра.
2. Синусовый ритм, миграция водителя ритма по предсердиям. Предсердная экстрасистолия, парные предсердные экстрасистолы. Эпизоды УИР с изменчивой частотой. Участки желудочковой бигеминии.
3. Синусовая аритмия, брадикардия. Предсердная экстрасистолия, парные предсердные экстрасистолы. УИР, периодически сопровождающийся ретроградным возбуждением предсердий с реципрокными комплексами. Ретроградная ВА-блокада I степени. Вентрикулофазная аритмия.

Вопрос II. Какова дальнейшая тактика?

1. Провести амбулаторное обследование: ХМ, пробу с ФН.



Рис. 3.1. Два фрагмента ЭКГ I в отведении (верхний и нижний) пациентки А., 42 года.
Скорость записи 25 мм/с

2. Незамедлительно назначить β -адреноблокаторы и провести контрольное ХМ через 5–7 дней.
3. Госпитализация в отделение кардиологии для определения показаний к РЧА эктопического центра.

ЗАДАЧА 4**

Пациент Б., 65 лет, перенесший 9 лет тому назад ИМ, после которого на протяжении почти 8 лет болей в области грудной клетки не было, ФН переносит удовлетворительно. Примерно 1 раз в год посещает кардиолога, получает плановую терапию. Около 6 мес. тому назад появились ощущения

ожения за грудиной при ходьбе в гору, подъеме на 4-й этаж в быстром темпе.

В момент обращения на ЭКГ (рис. 4.1), снятой в покое (жалоб не было), зарегистрированы полиморфные парные ЖЭК, градация 4В по Low и Wolf и модификации Ryan.

Вопрос I. Определите дальнейшую врачебную тактику.

1. Необходимо провести ХМ и пробу с ФН для определения ТФН и клинической интерпретации ЖЭК, зарегистрированных в покое; по результатам исследований планировать госпитализацию для выполнения КАГ.
2. Срочная госпитализация в специализированный стационар по причине ЖА высоких градаций, обсуждение возможности имплантации ИКД, подозрение на нестабильную стенокардию.
3. Плановая госпитализация для подбора ААТ (должен обсуждаться амиодарон) и выпол-

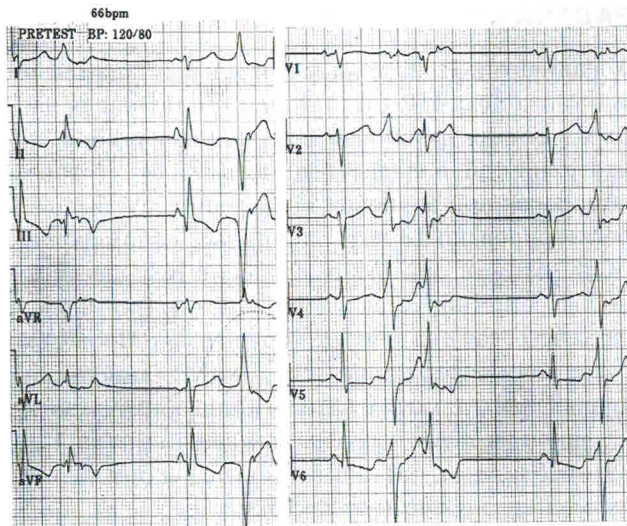


Рис. 4.1. ЭКГ пациента Б., 65 лет, в момент обращения

нения КАГ. Проведение нагрузочной пробы противопоказано из-за ЖА высоких градаций.



ЗАДАЧА 5**

У пациентки Р., 23 года, с длительным анамнезом желудочковых НР, отсутствием объективных данных наличия патологии внутренних органов, неотягощенной наследственностью и отсутствием обмороков при плановом проведении ХМ было зарегистрировано 18 тыс. одиночных мономорфных ЖЭК, которые она плохо переносит. Большее количество регистрируется в покое и ночью (до 16 тыс.), из-за чего, как она считает, нарушен сон. Проведено очередное обследование (ЭКГ, ЭхоКГ, клинический анализ крови и мочи), патологии не обнаружено.

Причина ЖА в настоящий момент не ясна. Врачу необходимо поставить диагноз и определить дальнейшую врачебную тактику.

Вопрос I. Выберите верное заключение из следующих.

1. Идиопатическая ЖА. Учитывая большое количество ЖЭК, необходима плановая гос-

питализация в кардиологическое отделение для проведения дальнейшего обследования и уточнения диагноза.

2. Необходимо продолжить обследование, которое можно провести амбулаторно (МРТ, определить острофазовые маркеры), для уточнения диагноза. Учитывая такое большое количество ЖА, плохую их переносимость, до уточнения причины назначить амиодарон.
3. Экстренная госпитализация в отделение хирургического лечения аритмий для выполнения РЧА. Во время инвазивного лечения выполнить ЭМБ, результаты которой помогут поставить диагноз.
4. Идиопатическая ЖА. Продолжить наблюдение и обследование амбулаторно и проспективно. Выполнить пробу с ФН для оценки характера ЖА и поведения ее во время ФН. Учитывая плохую субъективную переносимость ЖА, предоставить пациентке возможность выбора метода лечения: хирургического или консервативного.

ЗАДАЧА 6 (продолжение задачи 5)

Дополнительная информация. Пациентка Р., 23 года, отказалась от хирургического лечения, выбрала медикаментозное. По предложенному плану была выполнена проба с ФН (рис. 6.1, А и Б). Во время ХМ выполнена фармакологическая проба (рис. 6.2).

Вопрос I. Выберите верное заключение.

1. Пациентке не нужно назначать ААП: ЖА во время ФН исчезли. Исчезновение ЖА после приема лекарственного средства может быть объяснено и эффектом плацебо. По-видимому, пациентке проведена проба с седативным препаратом.
2. Исчезновение ЖЭК на высоте теста при наличии их в покое означает, что они не носят симпатозависимый характер. Участие в желудочковом аритмогенезе вагусного звена ВНС очевидно. Скорее всего, это был прием ААП I класса с холинолитическим эффектом (на-

пример, этацизина), эффективность которого в лечении пациентки можно прогнозировать.

3. Исчезновение ЖА на высоте пробы с ФН означает прогностически благоприятный ее характер, лечения такая ЖА не требует. В качестве терапии могут быть использованы небольшие дозы β -адреноблокаторов в сочетании с седативными препаратами.

ЗАДАЧА 7**

Пациент Ю., 37 лет, обратился к кардиологу с жалобой на появившийся примерно 5–6 мес. тому назад дискомфорт в области грудины во время выполнения ФН, превышающей повседневную (подъем в гору на велосипеде).

Отец пациента умер внезапно в 42-летнем возрасте, причина смерти осталась неясной. Объективно: без патологии; АД 120/75 мм рт. ст.; пульс 65–70 в 1 мин. ЭКГ, ЭхоКГ в пределах нормы. Во время ХМ жалоб, значимых изменений сегмента *ST* не зафиксирова-