**2. Аортальные пороки сердца, митральные пороки**

**Вопросы по теме занятия**

1. Механизм возникновения сердечных шумов.

2. Сердечные шумы: экстракардиальные, интракардиальные, органические и функциональные, систолические и диастолические.

3. Аускультативная картина митральных пороков сердца.

4. Аускультативная картина аортальных пороков сердца.

5. Клиническая картина аортальных пороков.

6. Эхокардиографические признаки аортального стеноза и недостаточности аортального клапана.

7. Эхокардиографические признаки митрального стеноза и митральной недостаточности.

8. Рентгенографические признаки митрального и аортального пороков сердца.

9. ЭКГ – признаки гипертрофии отделов сердца.

10. Показания к протезированию аортального клапана.

11. Консервативное лечение больных с аортальными пороками сердца.

12. Антикоагулянтная терапия у больных с протезированными клапанами.

**Тестовые задания:**

1. ДЛЯ АОРТАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ХАРАКТЕРНО:

1) Снижение систолического давления;
2) Снижение диастолического давления;
3) Снижение систолического и диастолического давления;

4) Повышение систолического давления;

5) Повышение диастолического давления;

2. ДВОЙНОЙ ТОН ТРАУБЕ И ДВОЙНОЙ ШУМ ДЮРОЗЬЕ ОПРЕДЕЛЯЮТЯ ПРИ:

1) Выслушивании периферических сосудов;
2) Выслушивании митрального клапана;
3) Выслушивании аортального клапана;

4) Выслушивании трикуспидального клапана;

5) Выслушивании брюшного отдела аорты;

3. КАКОЙ ПОРОК СЕРДЦА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕМ СИСТОЛИЧЕСКОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ И СНИЖЕНИЕМ ДИАСТОЛИЧЕСКОГО:

1) Митральный стеноз;
2) Митральная недостаточность;
3) Незаращение межжелудочковой перегородки; 4) Аортальная недостаточность;
5) Трикуспидальная недостаточность;

4. ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ:
1) Усиленный первый тон и диастолический шум над верхушкой;

2) Усиленный первый тон и систолический шум над верхушкой;

3) Акцент второго тона и систолический шум над аортой;
4) Ослабление второго тона и диастолический шум над аортой;
5) Ослабление первого тона и систолический шум над верхушкой;

5. ПРИ МИТРАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ ГРАНИЦЫ СЕРДЦА РАСШИРЕНЫ:

1) Вверх и вправо;
2) Вверх и влево;
3) Влево;

4) Вправо;

5) Не расширены;

6. УСИЛЕННЫЙ ПЕРВЫЙ ТОН И ДИАСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ НА ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ:

1) Митральной недостаточности;
2) Аортальной недостаточности;
3) Митрального стеноза;

4) Сложного аортального порока;

5) Стеноза легочной артерии;

7. ПРИ ВЫРАЖЕННОЙ МИТРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ГРАНИЦЫ ОТНОСИТЕЛЬНОЙ СЕРДЕЧНОЙ ТУПОСТИ СМЕЩАЮТСЯ:

1) Вправо и вверх;

2) Влево;
3) Влево и вверх;

4) Вправо;

5) Не смещаются;

8. ВЕДУЩИЕ АУСКУЛЬТАТИВНЫЕ ПРИЗНАКИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА:

1) Систолический шум на верхушке сердца с характерным проведением влево;
2) Ослабление первого тона в точке Боткина;
3) Усиление и расщепление второго тона на аорте;

4) Появление третьего тона;

5) Диастолический шум на верхушке сердца;

9. СИНКОПАЛЬНЫЕ СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ С АОРТАЛЬНЫМИ ПОРОКАМИ СВЯЗАНЫ:

1) С неадекватностью коронарного кровообращения;
2) С нарушениями ритма сердца;
3) С развитием сердечной недостаточности;

4) С неадекватностью мозгового кровообращения;

5) С тромбоэмболией легочной артерии;

10. СИМПТОМ МЮССЕ- ЭТО::

1) Эпигастральная пульсация;
2) Синхронное с пульсом покачивание головы;

3) Пульсация печени;
4) Малый медленный пульс;
5) Сердечный толчок;

**Ситуационные задачи:**

1. Больной, 28 лет, поступил с жалобами на боли в суставах рук и ног, головокружение, повышение температуры до 37,5оС. Объективно: кожные покровы и видимые слизистые бледные, резко выраженная пульсация сонных и подключичных артерий. Верхушечный толчок в 6 межреберье на 1 см влево от срединно-ключичной линии, разлитой, усилен. Аускультативно: протодиастолический шум в точке Боткина-Эрба, ослабление 2 тона на аорте. Пульс -–90 в минуту, ритмичный, быстрый, высокий. АД 180/40 мм рт.ст. Печень не увеличена, отеков нет. ЭКГ: левограмма, гипертрофия левого желудочка.

**Вопрос 1:** Диагноз и его формулировка?;
**Вопрос 2:** Прямые и косвенные признаки порока сердца?;

**Вопрос 3:** Дополнительные методы исследования?;

**Вопрос 4:** Тактика лечения?;
**Вопрос 5:** Возможно ли оперативное вмешательство?;

2. Больной 66 лет до последнего времени чувствовал себя удовлетворительно, работал. Накануне поступления после значительной физической нагрузки появилось сердцебиение, одышка. При поступлении ритм сердца правильный, грубый интенсивный систолический шум в точке Боткина, АД 110/95 мм рт.ст.

**Вопрос 1:** Какой порок сердца можно предполагать?;
**Вопрос 2:** Куда должен проводиться шум?;
**Вопрос 3:** Какой пульс характерен для данного порока?;
**Вопрос 4:** Что, помимо шума, характерно для данного порока у больного?; **Вопрос 5:** Что может быть обнаружено на ЭКГ?;

3. У больного, 42 лет, обнаружено значительное смещение границ относительной сердечной тупости влево, усиление верхушечного толчка. Выраженный симптом систолического дрожания во втором межреберье справа от грудины и там же ослабление 2 тона.

**Вопрос 1:** Какой шум непременно должен иметь место у данного больного?; **Вопрос 2:** Какой порок сердца у данного больного?;
**Вопрос 3:** Куда может проводиться шум?;
**Вопрос 4:** Какое исследование необходимо назначить пациенту?;

**Вопрос 5:** Что может быть обнаружено на ЭКГ?;

4. Больная, 32 лет поступила с жалобами на одышку при ходьбе. С детства частые ангины. В 15 – летнем возрасте болели и припухали суставы. В возрасте 20 лет диагностирован порок сердца, в течение полугода одышка при ходьбе. Объективно: общее состояние средней степени тяжести. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧД –18
в минуту. Границы сердца расширены влево на 2 см, грубый пансистолический шум, распространяющийся в левую подмышечную область, акцент 2 тона во втором межреберье слева, пульс – 72 в минуту, АД 120/70 мм рт.ст. Печень не увеличена, отеков нет. ЭКГ: РQ – 0,24 сек.

**Вопрос 1:** О каком пороке можно думать?;
**Вопрос 2:** Какие дополнительные аускультативные данные возможны?; **Вопрос 3:** Какая вероятная причина порока?;
**Вопрос 4:** Какие исследования необходимо провести?;
**Вопрос 5:** О чем свидетельствует выявленная блокада I степени?;

5. Больной Д., 78 лет, предъявляет жалобы на сжимающие боли в области сердца при небольшой физической нагрузке и в покое, купирующиеся нитроглицерином в течение 2 мин, одышку при небольшой физической нагрузке. Пять лет назад перенес инфаркт миокарда. При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Отеков нет. Грудная клетка конической формы, симметричная. ЧД - 16 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки звук ясный легочный. Топографическая перкуссия - границы легких в пределах нормы. При аускультации легких везикулярное дыхание, хрипов нет. При пальпации грудной клетки определяется усиленный верхушечный толчок в четвертом межреберье на 1 см кнутри от левой передней подмышечной линии. Границы сердечной тупости: правая - на 2 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - III ребро, левая - на 1 см кнутри от левой передней подмышечной линии. При аускультации сердца: ЧСС - 68 уд/мин, тоны сердца во втором межреберье справа от грудины ослаблены, там же выслушивается интенсивный систолический шум, проводящийся на сосуды шеи. Пульс ритмичный, слабого наполнения, медленный, 68 уд/мин, АД 100/80 мм рт.ст. Живот нормальной формы, симметричен. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 10x9x7 см. Печень и селезенка не пальпируются. Область почек не изменена. В биохимическом анализе крови обращает на себя внимание увеличение уровня холестерина до 7,2 ммоль/л. Рентгенография органов грудной клетки: легкие без патологии, увеличение левого желудочка, аорта плотная.

**Вопрос 1:** Объясните аускультативную картину сердца пациента;
**Вопрос 2:** Куда может проводиться шум?;
**Вопрос 3:** Сформулируйте диагноз;
**Вопрос 4:** Какие дополнительные инструментальные и лабораторные методы исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?;

**Вопрос 5:** Назначьте лечение;