

Кардиология - кейс 1

Materials for the selected specialty

Тип: Кейсы | Образование: Высшее образование | Специализация: Кардиология | Записей: 1 | Кейс: 1 | Вопросы: 12

Кардиология - кейс 1

Образование: Высшее образование | Специализация: Кардиология

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Больной Н. 61 года, пенсионер, обратился к врачу-терапевту участковому.

1.2. Жалобы

на

- * одышку, возникающую при небольшой физической нагрузке, проходящую в покое,
- * эпизоды удушья в ночное время суток, вынуждающие больного принять вертикальное положение,
- * тяжесть в правом подреберье,
- * отеки голеней и стоп,
- * слабость, повышенную утомляемость,
- * уменьшение объема выделяемой мочи.

1.3. Анамнез заболевания

В течение длительного времени (приблизительно с 45 лет) страдал артериальной гипертензией с повышением АД до 170/100 мм рт.ст., однако не обследовался, лечения не получал. В возрасте 60 лет без предшествующей стенокардии перенес инфаркт миокарда, лечился стационарно консервативно. Рекомендованную при выписке из стационара терапию принимал в течение 1 месяца, затем все препараты самостоятельно отменил, мотивируя удовлетворительным самочувствием. В течение года после инфаркта миокарда больной отметил снижение цифр АД и появление одышки сначала при обычной, потом и при незначительной физической нагрузке, что ограничивало его повседневную активность. В последующем присоединились отеки нижних конечностей, обратил внимание на уменьшение количества выделяемой мочи, особенно в дневное время.

1.4. Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально.
- * Работал токарем.
- * С 16 лет курил по 1 пачке в день. После перенесенного инфаркта курить бросил.
- * Семейный анамнез: отец больного умер в возрасте 52 лет от заболевания сердца, мать 83-х лет жива, страдает артериальной гипертензией.

1.5. Объективный статус

Состояние тяжелое. Рост – 177 см, масса тела – 85 кг. Кожные покровы бледные. Цианоз губ, акроцианоз. Температура тела – 36,4°C. Симметричные отеки стоп и голеней до средней трети. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. ЧДД – 23 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется легочный звук с коробочным оттенком, ниже углов лопаток с обеих сторон определяется укорочение перкуторного звука.

При аускультации над легкими выслушивается жесткое дыхание, в нижних отделах с обеих сторон – влажные незвонкие мелкопузырчатые хрипы. Границы относительной тупости сердца: правая – по правому краю грудины, левая – в VI межреберье по передне-подмышечной линии, верхняя – по верхнему краю III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные, на верхушке выслушивается ритм галопа и мягкий систолический шум, проводящийся в левую подмышечную область. ЧСС – 94 удара в минуту. АД – 120/80 мм рт.ст. Пульс – 94 удара в минуту. Живот мягкий, чувствительный в области правого подреберья. Размеры печени: 15×12×9 см. Область почек не изменена. Почки не пальпируются.

1. План обследования

1. Вопрос

Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования

1. клинический анализ крови

2. общий анализ мокроты

3. общий анализ мочи

4. биохимический анализ крови

5. определение уровня С-реактивного протеина и ревматоидного фактора

6. определение титра противострептококковых антител

Правильные ответы: клинический анализ крови; общий анализ мочи; биохимический анализ крови

Всем пациентам для исключения сопутствующей патологии и определения тактики лечения ХСН рекомендуется проведение общего (клинического) анализа крови (исследование уровня эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитов в крови, оценка гематокрита).

Клинические рекомендации Минздрава России. Хроническая сердечная недостаточность, 2024 г.

(1)

Всем пациентам для исключения сопутствующей патологии и определения тактики лечения ХСН рекомендуется проведение общего (клинического) анализа мочи.

Клинические рекомендации Минздрава России. Хроническая сердечная недостаточность, 2024 г.

(1)

Всем пациентам для исключения сопутствующей патологии и определения тактики лечения ХСН рекомендуется проведение биохимического анализа крови: исследование уровня натрия и калия в крови, уровня креатинина в крови и скорости клубочковой фильтрации (СКФ) (расчетный показатель), уровня общего белка и альбумина в крови, уровня глюкозы в крови, уровня триглицеридов в крови, уровня холестерина в крови и уровня липопротеидов в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови, активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, активности аспартатаминотрансферазы в крови и активности аланинаминотрансферазы в крови.

Клинические рекомендации Минздрава России. Хроническая сердечная недостаточность, 2024 г.

(1)

Учитывая ишемическую этиологию ХСН, показано определение липидного профиля в качестве обязательного базового обследования всех пациентов с ИБС.

Всем пациентам с ИБС или подозрением на нее рекомендуется провести анализ крови для оценки нарушений липидного обмена, биохимический (анализ крови биохимический общетерапевтический), включая исследование уровня общего холестерина в крови, исследование уровня холестерина липопротеидов низкой плотности (ХсЛНП), исследование уровня триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеинов высокой плотности в крови (ХсЛПВП) с целью выявления фактора риска и, при необходимости, коррекции терапии.

Клинические рекомендации Минздрава России. Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2024 г.

(1)

2. Вопрос

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

1. ЭКГ в покое

2. бодиплетизмография

3. Эхо-КГ

4. экскреторная урография

5. УЗДГ глубоких вен нижних конечностей

Правильные ответы: ЭКГ в покое; Эхо-КГ

Регистрация 12-канальной электрокардиограммы (ЭКГ) в покое и расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных рекомендованы всем пациентам с подозрением на ИБС для выявления признаков ишемии в покое (в том числе, безболевой ишемии миокарда), а также возможного наличия зубца Q, сопутствующих нарушений ритма и проводимости сердца.

Клинические рекомендации Минздрава России. Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2024 г.

(1)

Всем пациентам с ХСН рекомендуется выполнение 12-канальной электрокардиографии (регистрация электрокардиограммы) (ЭКГ) с оценкой сердечного ритма, частоты сердечных сокращений (ЧСС), морфологии и продолжительности комплекса QRS, наличия нарушений атриовентрикулярной и желудочковой проводимости (БЛНПГ, блокады правой ножки пучка Гиса), рубцового поражения миокарда, гипертрофии миокарда). Диагноз ХСН маловероятен при наличии абсолютно нормальной ЭКГ.

Клинические рекомендации Минздрава России. Хроническая сердечная недостаточность, 2024 г.

(1)

Трансторакальная эхокардиография (ЭхоКГ) в состоянии покоя с использованием доплеровских режимов рекомендована всем пациентам с подозрением на ИБС для: 1) исключения других причин боли в грудной клетке; 2) выявления нарушений локальной сократимости (НЛС) левого желудочка; 3) измерения фракции выброса (ФВ) ЛЖ; 4) оценки диастолической функции ЛЖ; 5) выявления патологии клапанного аппарата сердца.

Клинические рекомендации Минздрава России. Стабильная ишемическая болезнь сердца, 2024 г.

(1)

Всем пациентам с подозрением на СН рекомендуется эхокардиография (ЭхоКГ) для оценки структуры и функции сердца с целью подтверждения диагноза и установления фенотипа СН.

Клинические рекомендации Минздрава России. Хроническая сердечная недостаточность, 2024 г.

(1)

2. Диагноз

3. Вопрос

Какой предполагаемый основной диагноз?

1. Первичная дилатационная кардиомиопатия. Относительная недостаточность митрального и трикуспидального клапанов. Легочная гипертензия. Желудочковая экстрасистолия 2 ФК по Лауну. ХСН со сниженной ФВ ЛЖ, IIБ ст., IV ФК NYHA
2. ИБС: постинфарктный кардиосклероз. Гипертоническая болезнь II ст., артериальная гипертензия 2 ст., риск ССО очень высокий. Сочетанное: Бронхиальная астма, эндогенная

форма, тяжелого персистирующего течения, обострение. Пневмосклероз. Эмфизема легких. Астматический статус 1 ст.

3. Хроническая обструктивная болезнь легких, бронхитический фенотип, средней степени тяжести (II стадия), обострение. Хронический бронхит, ассоциированный с табакокурением, обострение. Хроническое легочное сердце II ФК. Дыхательная недостаточность III ст. Вторичные тракционные бронхоэктазы. Внебольничная очаговая полисегментарная пневмония в нижней доле левого легкого

4. ИБС: постинфарктный кардиосклероз. Гипертоническая болезнь III ст., контролируемая артериальная гипертензия, риск ССО очень высокий. ХСН с низкой ФВ ЛЖ 35%, 1 стадии РКО, IV ФК NYHA. Приступы сердечной астмы

Правильный ответ: ИБС: постинфарктный кардиосклероз. Гипертоническая болезнь III ст., контролируемая артериальная гипертензия, риск ССО очень высокий. ХСН с низкой ФВ ЛЖ 35%, 1 стадии РКО, IV ФК NYHA. Приступы сердечной астмы

У больного имеются анамнестические данные о перенесенном инфаркте миокарда, что подтверждается результатами ЭКГ (Q-очаговые изменения в задне-диафрагмальной стенке ЛЖ) и ЭхоКГ (зоны акинезии в задней стенке ЛЖ с дилатацией полостей сердца и снижением ФВ ЛЖ до 35%).

Клинические рекомендации Минздрава России. Хроническая сердечная недостаточность, 2024 г.

(1)

Анамнез предшествующей АГ (с учетом типичного возраста начала заболевания, ФР наиболее вероятно гипертоническая болезнь), в настоящее время АД находится в интервале целевых значений – контролируемое течение АГ, очень высокого риска, т.к. имеются ассоциированные клинические состояния – ИБС и ХСН.

Клинические рекомендации Минздрава России. Артериальная гипертензия у взрослых, 2024 г.

(1)

Приступы ночной одышки у больного с ХСН со сниженной ФВ ЛЖ следует расценивать как проявления сердечной астмы.

Клинические рекомендации Минздрава России. Хроническая сердечная недостаточность, 2024 г.

(1)

4. Вопрос

Препаратами «первой линии» в лечении больного, в клинической картине которого превалирует симптоматика ХСН, являются валсартан-сакубитрил или

1. ингибиторы АПФ

2. петлевые диуретики

3. сердечные гликозиды

4. пролонгированные нитраты

Правильный ответ: ингибиторы АПФ

иАПФ/валсартан+сакубитрил{asterisk}{asterisk}, бета-адреноблокаторы (β-АБ), антагонисты альдостерона, дапаглифлозин{asterisk}{asterisk}/эмпаглифлозин{asterisk}{asterisk} (ингибиторы натрийзависимого переносчика глюкозы 2-го типа) рекомендуются в составе комбинированной четырехкомпонентной терапии для лечения всем пациентам с симптомной ХСНнФВ (≤40%) для снижения госпитализации из-за ХСН и смерти.

Клинические рекомендации Минздрава России. Хроническая сердечная недостаточность, 2024 г.

(1)

иАПФ рекомендуются всем пациентам с симптомной ХСНнФВ при отсутствии противопоказаний для

снижения риска госпитализации из-за СН и смерти.

(2)

3. Лечение

5. Вопрос

Абсолютным противопоказанием для назначения ингибиторов АПФ является

1. облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей
2. атеросклероз коронарных артерий

3. двусторонний стеноз почечных артерий

4. дилатационная кардиомиопатия

Правильный ответ: двусторонний стеноз почечных артерий

Противопоказания к назначению иАПФ:

- * ангионевротический отек в анамнезе;
- * сухой кашель и аллергические реакции;
- * ранее выявленный двусторонний стеноз почечных артерий;
- * беременность.

Клинические рекомендации Минздрава России. Хроническая сердечная недостаточность, 2024 г.

(1)

6. Вопрос

После начала терапии иАПФ допустимо увеличение уровня креатинина на + _____ + % выше исходных значений

1. 80
2. 70
3. 50
4. 60

Правильный ответ: 50

После начала терапии иАПФ допустимо увеличение уровня креатинина на 50% выше исходных значений, или до 226 мкмоль/л (3,0 мг/дЛ).

Клинические рекомендации Минздрава России. Хроническая сердечная недостаточность, 2024 г.

(1)

7. Вопрос

Комбинированная базисная терапия ХСН со сниженной фракцией выброса левого желудочка у данного больного наряду с ингибиторами АПФ и бета-адреноблокаторами должна включать назначение

1. антагониста минералокортикоидных рецепторов и ингибитора натрий-глюкозного ко-транспортера 2 типа
2. блокатора ангиотензиновых рецепторов и непрямого антикоагулянта
3. статина и антиагреганта
4. петлевых и тиазидных диуретиков

Правильный ответ: антагониста минералокортикоидных рецепторов и ингибитора натрий-глюкозного ко-транспортера 2 типа

иАПФ/валсартан+сакубитрил{asterisk}{asterisk}, бета-адреноблокаторы (β-АБ), антагонисты альдостерона, дапаглифлозин{asterisk}{asterisk}/эмпаглифлозин{asterisk}{asterisk} (ингибиторы натрийзависимого переносчика глюкозы 2-го типа)рекомендуются в составе комбинированной четырехкомпонентной терапии для лечения всем пациентам с симптомной ХСНнФВ (≤40%) для снижения госпитализации из-за ХСН и смерти.

Клинические рекомендации Минздрава России. Хроническая сердечная недостаточность, 2024 г.

(1)

8. Вопрос

Терапию диуретиками необходимо начинать с малых доз, постепенно титруя дозу препарата до тех пор, пока потеря веса больного не составит + _____ + кг ежедневно

1. 0,2-0,4

2. 1,1-1,5

3. 1,6-2,0

4. 0,75-1,0

Правильный ответ: 0,75-1,0

Терапию диуретиками у пациентов с симптомами задержки жидкости необходимо начинать с малых доз, постепенно титруя дозу препарата до тех пор, пока потеря веса пациента не составит 0,75-1,0 кг ежедневно.

Клинические рекомендации Минздрава России. Хроническая сердечная недостаточность, 2024 г.

(1)

9. Вопрос

В настоящее время противопоказанием к назначению бета-адреноблокаторов у данного больного является

1. фибрилляция предсердий

2. артериальная гипертензия

3. полная блокада левой ножки пучка Гиса

4. тяжелая декомпенсация ХСН

Правильный ответ: тяжелая декомпенсация ХСН

Назначение терапии β-АБ не рекомендуется у не стабильных пациентов с декомпенсированной ХСН.

Клинические рекомендации Минздрава России. Хроническая сердечная недостаточность, 2024 г.

(1)

10. Вопрос

Учитывая тяжесть декомпенсации ХСН больному в стационаре показана дегидратационная терапия, начинать которую следует с + _____ + диуретиков с + _____ + путем введения

1. тиазидных; пероральным

2. петлевых; пероральным

3. петлевых; внутривенным

4. калий-сберегающих; пероральным

Правильный ответ: петлевых; внутривенным

Петлевые диуретики фуросемид{asterisk}{asterisk} и торасемид являются наиболее часто используемыми диуретиками при ХСН. В отличие от фуросемида{asterisk}{asterisk}, торасемид обладает антиальдостероновым эффектом и в меньшей степени активирует РААС.

Клинические рекомендации Минздрава России. Хроническая сердечная недостаточность, 2024 г.

(1)

При появлении симптомов декомпенсации всегда требуется увеличение дозы или перевод на внутривенное введение диуретика в связи с развитием гипоперфузии и отека кишечника с нарушением всасываемости препарата.

(2)

4. Вариатив

11. Вопрос

У больного с декомпенсированной ХСН, получающего ингибитор АПФ, фуросемид и спиронолактон для мониторинга за развитием нежелательных побочных эффектов необходима динамическая оценка показателя

1. гликозилированного гемоглобина
2. частоты сердечных сокращений

3. СКФ

4. продолжительности регистрированного QT

Правильный ответ: СКФ

Контроль уровня АД и биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, калий) через 1-2 недели после начала терапии иАПФ и через 1-2 недели после окончательного титрования дозы; дальнейшее мониторирование биохимического анализа крови 1 раз в 4 месяца;

Клинические рекомендации Минздрава России. Хроническая сердечная недостаточность, 2024 г.

(1)

Контроль калия и креатинина крови через 1, 4, 8 и 12 недель; 6, 9 и 12 месяцев; далее каждые 4 месяца лечения спиронолактоном.

(2)

Контроль электролитов, креатинина и мочевины крови через 1-2 недели после инициации терапии или изменения дозы петлевых диуретиков.

(3)

12. Вопрос

При развитии у больного гинекомастии на фоне длительного приема спиронолактона необходимо заменить его на

1. торасемид
2. индапамид

3. эплеренон

4. хлорталидон

Правильный ответ: эплеренон

У мужчин, длительно принимающих спиронолактон, возможно развитие симптомов гинекомастии/дискомфорта в области грудных желез, дис- и аменорея у женщин. В этом случае рекомендована отмена данного препарата и его замена на селективный АМКР эплеренон.

