

Кейсы | Высшее образование | Кардиология

Materials for the selected specialty

Тип: Кейсы | Образование: Высшее образование | Специализация: Кардиология | Записей: 2

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.

(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 ($\leq 40\%$) 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.

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

(1)

Кардиология - кейс 2

Образование: Высшее образование | Специализация: Кардиология

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Больной П. 76 лет поступил в кардиологическое отделение

1.2. Жалобы

- На боли сжимающего характера за грудиной, возникающие при ходьбе по ровному месту на расстояние 100 метров и подъеме на один лестничный пролет, купирующиеся нитроглицерином в течение 2-3 минут,
- эпизоды одышки, возникающие при тех же условиях

1.3. Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что более 20 лет отмечает подъемы артериального давления до 170/100 мм рт. ст., эпизодически принимал капотен, АД не контролировал.

Боли за грудиной беспокоят в течение 6 лет, не обследовался, лечение назначено не было. Однако больной самостоятельно начал прием нитроглицерина с эффектом. Около 3 лет при измерении АД обратил внимание на неритмичность пульса, но значения этому не придавал, посчитав «возрастными изменениями», с этого же времени отметил снижение толерантности к физическим нагрузкам. В настоящее время боли за грудиной сжимающего характера возникают при ходьбе по ровному месту на расстояние 100 метров и подъеме на один лестничный пролет, купируются нитроглицерином в течение 2-3 минут. Ежедневная потребность в нитратах 5-6 таблеток.

Одышка при физической нагрузке появилась в течение года.

1.4. Анамнез жизни

- * Рос и развивался нормально
- * Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции
- * Наследственность: отец больного умер от инфаркта в возрасте 58 лет
- * Курит с 16 лет по пачке папирос в день.
- * Алкоголем не злоупотребляет.
- * Работал инженером на заводе, в настоящее время на пенсии.
- * Сопутствующие заболевания: доброкачественная гиперплазия предстательной железы

1.5. Объективный статус

При осмотре состояние средней тяжести. Рост 185 см, вес 72 кг. Кожные покровы обычной окраски. Т тела 36,70С. Лимфатические узлы не увеличены. Акроцианоз губ. На коже век – ксантелазмы. Липоидная дуга роговицы. Грудная клетка бочкообразной формы, симметричная. ЧДД 18 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется коробочный звук. При аускультации над легкими выслушивается жесткое дыхание, рассеянные сухие жужжащие хрипы, а в нижних отделах – единичные незвонкие влажные мелкопузырчатые хрипы. Границы относительной тупости сердца: правая - правый край грудины, левая - в V межреберье на 2 см латеральнее левой среднеключичной линии, верхняя - верхний край III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, аритмичные. ЧСС - 140 ударов в минуту. АД - 130/80 мм рт. ст. Пульс 100 ударов в минуту. Дефицит пульса – около 40 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени: 9x8x7 см. Печень пальпируется у края реберной дуги. Область почек не изменена. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Периферических отеков нет. Стул в норме. Отмечает трудности при мочеиспускании.

1. План обследования

1. Вопрос

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят

1. определение ренин-альдостеронового соотношения
- 2. биохимический анализ крови с определением липидного профиля, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина, калия, натрия, маркеров некроза миокарда (тропонины I и/или Т, КФК и ее МВ-фракция)**
3. определение титра противострептококковых антител
4. определение уровня С-реактивного протеина и ревматоидного фактора
- 5. клинический анализ крови**
6. общий анализ мокроты

Правильные ответы: биохимический анализ крови с определением липидного профиля, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина, калия, натрия, маркеров некроза миокарда (тропонины I и/или Т, КФК и ее МВ-фракция); клинический анализ крови

Всем пациентам для верификации диагноза ХСН рекомендуется проведение рутинных анализов: общий (клинический) анализ крови (исследование уровня эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитов в крови, оценка гематокрита), исследование уровня ферритина в крови и исследование насыщения трансферрина железом исследование уровня натрия и калия в крови, исследование уровня креатинина в крови и скорости клубочковой фильтрации (расчетный показатель), исследование уровня глюкозы в крови, исследование уровня гликированного гемоглобина в крови, исследование уровня триглицеридов в крови, уровня холестерина в крови и уровня липопротеинов в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови, активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, активности аспартатаминотрансферазы в крови и активности аланинаминотрансферазы в крови, общий (клинический) анализ мочи исследование уровня свободного трийодтиронина (СТ3) в крови, исследование уровня свободного тироксина (СТ4) сыворотки крови, исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Хроническая сердечная недостаточность. 2020 г.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Хроническая сердечная недостаточность. 2020 г.

(1)

Всем пациентам для верификации диагноза ХСН рекомендуется проведение рутинных анализов: общий (клинический) анализ крови (исследование уровня эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитов в крови, оценка гематокрита), исследование уровня ферритина в крови и исследование насыщения трансферрина железом исследование уровня натрия и калия в крови, исследование уровня креатинина в крови и скорости клубочковой фильтрации (расчетный показатель), исследование уровня глюкозы в крови, исследование уровня гликированного гемоглобина в крови, исследование уровня триглицеридов в крови, уровня холестерина в крови и уровня липопротеинов в крови, определение активности щелочной фосфатазы в крови, активности гамма-глутамилтрансферазы в крови, активности аспартатаминотрансферазы в крови и активности аланинаминотрансферазы в крови, общий (клинический) анализ мочи исследование уровня свободного трийодтиронина (СТ3) в крови, исследование уровня свободного тироксина (СТ4) сыворотки крови, исследование уровня тиреотропного гормона (ТТГ) в крови

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Хроническая сердечная недостаточность. 2020 г.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Хроническая сердечная недостаточность. 2020 г.

(1)

3. Результаты лабораторных методов обследования

3.1. Клинический анализ крови

===	Наименование	Нормы
Результат	Гемоглобин	130,0 - 160,0

===	Наименование	Нормы
165	Эритроциты	4,00 - 5,70
5,6	Лейкоциты	4,00 - 9,00
7,4	Нейтрофилы	48,00 - 78,00
62	Лимфоциты	17,0 - 48,0
31	Моноциты	2,0 - 10,0
6	Эозинофилы	0,0 - 6,0
1	Базофилы	0,0 - 1,0
0	Тромбоциты	150,0 - 320,0
290	СОЭ по Панченкову	2 - 20
9	===	

3.2. Биохимический анализ крови с определением липидного профиля, АЛТ, АСТ, глюкозы, мочевины, креатинина, калия, натрия, маркеров некроза миокарда (тропонины I и/или Т, КФК и ее МВ-фракция)

===	Показатель	Результат
Норма	Белок общий	77
63-87 г/л	Креатинин	92
44-115 мкмоль/л	Мочевина	8,1
2,5-8,3 ммоль/л	Мочевая кислота	216
120-430 мкмоль/л.	Холестерин общий	7,2
3,3-5,8 ммоль/л	ЛПНП	3,4
<3 ммоль/л, <1,8ммоль/л у больных ИБС	ЛПВП	0,8
>1,2 ммоль/л	Глюкоза	4,5
3,5-6,2 ммоль /л	Билирубин общий	14
8,49-20,58 мкмоль/л	Билирубин прямой	4
2,2-5,1 мкмоль/л	Триглицериды	2,3
менее 1,7 ммоль/л	АСТ	28
до 42 Ед/л	АЛТ	32
до 38 Ед/л	Калий	4,2
3,35-5,35 ммоль/л	Натрий	147
130-155 ммоль/л	Тропонин Т	0,02
до 0,03 нг/мл	КФК	134
до 180 Ед/л	МВ-КФК	14
10-25 Ед/л	===	

В динамике – без существенных отклонений от первоначальных значений

3.3. Общий анализ мокроты

===	Показатель
Результат	Характер

===	Показатель
Слизистая	Цвет
Прозрачная	Эозинофилы
Отсутствуют	Спирали Куршмана
Отсутствуют	Кристаллы Шарко-Лейдена
Отсутствуют	Лейкоциты
Единичные в препарате	Атипичные клетки
Не обнаружены	Микобактерии туберкулеза
Не обнаружены	===

3.4. Определение ренин-альдостеронового соотношения

6 пг/мкМЕ (норма < 12 пг/мкМЕ)

2. Вопрос

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

1. ЭКГ в 12 отведениях

2. спирометрию

3. Эхо-КГ

4. ЭГДС

5. УЗИ органов брюшной полости

Правильные ответы: ЭКГ в 12 отведениях; Эхо-КГ

Базовое обследование всех пациентов с подозрением на ИБС включает регистрацию ЭКГ.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Хроническая сердечная недостаточность. 2020 г.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Хроническая сердечная недостаточность. 2020 г.

(1)

Базовое обследование всех пациентов с подозрением на ИБС включает ЭхоКГ в покое.

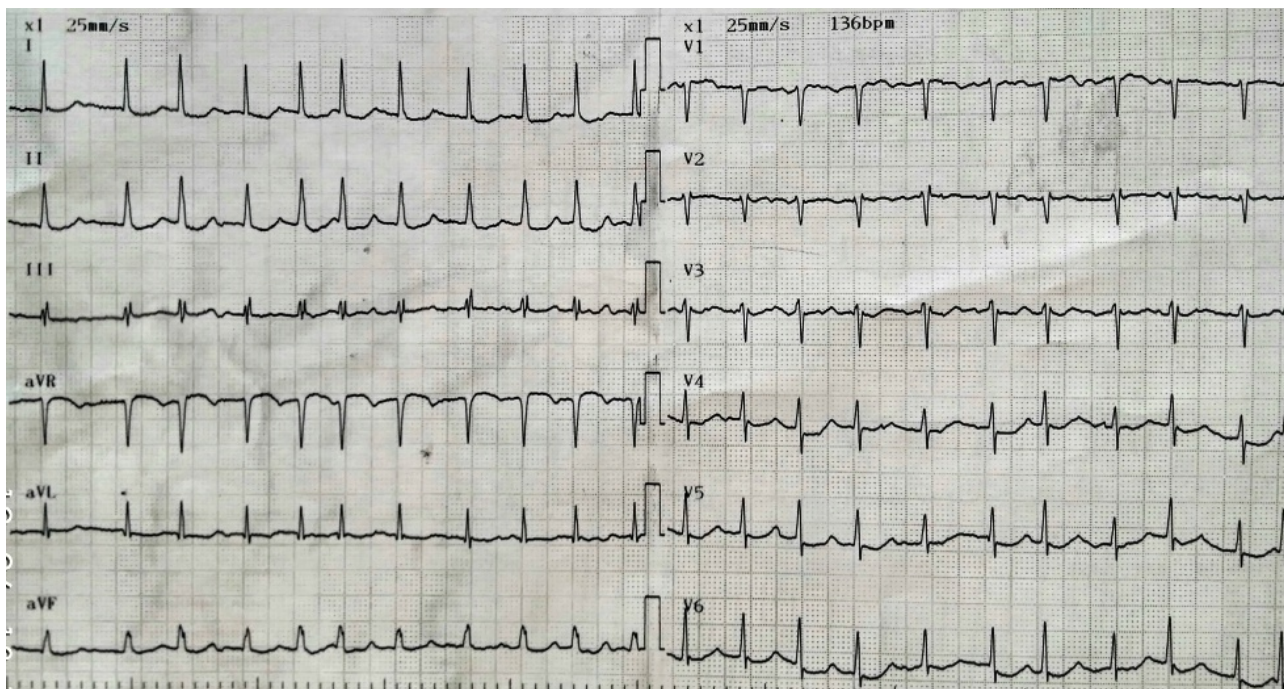
Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Хроническая сердечная недостаточность. 2020 г.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Хроническая сердечная недостаточность. 2020 г.

(1)

5. Результаты инструментальных методов обследования

5.1. ЭКГ в 12 отведениях



электрокардиограмма 12.jpg

5.2. Эхо-КГ

Аорта не расширена. Створки аортального клапана и стенки аорты уплотнены, расхождение створок полное. Толщина задней стенки и межжелудочковой перегородки 12 мм. ФВ ЛЖ на фоне тахиформы фибрилляции предсердий 43%. Определяется незначительная надклапанная митральная и трикуспидальная регургитация 1 ст.

2. Диагноз

3. Вопрос

Диагноз, который можно поставить больному на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования, -это

1. Гипертрофическая обструктивная кардиомиопатия. Субартериальный стеноз. Нарушения ритма сердца: Частая желудочковая экстрасистолия. Осложнение: ХСН со сниженной ФВ ЛЖ, I стадии по Н.Д. Стражеско-В.Х. Василенко, II ФК NYHA
2. Гипертоническая болезнь III стадии, артериальная гипертензия 3 степени очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Полная блокада правой ножки пучка Гиса. Трепетание предсердий с проведением 3:1
3. ИБС: стабильная стенокардия III ФК. Фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма. Риск тромбоэмболических осложнений по шкале CHA2DS2-VASc 5 баллов (возраст старше 75 лет, АГ, сосудистое заболевание (ИБС), ХСН). Гипертоническая болезнь III стадии, артериальная гипертензия 3 степени, очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Атеросклероз аорты, сосудов сердца. Осложнение: ХСН с промежуточной ФВ ЛЖ 43%, IIA стадии по Н.Д. Стражеско-В.Х. Василенко, III ФК по NYHA
4. Хронический гастродуоденит, обострение. Аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, обострение

Правильный ответ: ИБС: стабильная стенокардия III ФК. Фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма. Риск тромбоэмболических осложнений по шкале CHA2DS2-VASc 5 баллов (возраст старше 75 лет, АГ, сосудистое заболевание (ИБС), ХСН). Гипертоническая болезнь III стадии, артериальная гипертензия 3 степени, очень высокий риск сердечно-сосудистых осложнений. Атеросклероз аорты, сосудов сердца.

Осложнение: ХСН с промежуточной ФВ ЛЖ 43%, IIA стадии по Н.Д. Стражеско-В.Х. Василенко, III ФК по NYHA

Болевой синдром в грудной клетке (характер боли, продолжительность, провоцирующие факторы) соответствует критериям стенокардии. Уровень переносимых физических нагрузок (менее 1 этажа и менее 200 м по ровной местности) и не менялся в течение последнего года, что соответствует стенокардии III ФК.

Нарушения общей сократимости миокарда, выявляемы при ЭхоКГ, в виде снижения ФВ ЛЖ до 43% (промежуточные значения).

Атеросклероз коронарных артерий: стеноз ствола ЛКА более 50% или одной или нескольких крупных коронарных артерий более 70% (наряду с вазоспазмом и микрососудистой дисфункцией) является типичным морфологическим субстратом для развития ИБС и, у пациента с ФР (мужской пол, возраст старше 55 л., артериальная гипертензия).

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Артериальная гипертензия у взрослых. 2020 г.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Артериальная гипертензия у взрослых. 2020 г.

(1)

Клинические рекомендации Российского кардиологического общества. Стабильная ишемическая болезнь сердца. 2020 г.

Клинические рекомендации Российского кардиологического общества. Стабильная ишемическая болезнь сердца. 2020 г.

(1)

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Хроническая сердечная недостаточность. 2020 г.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Хроническая сердечная недостаточность. 2020 г.

(1)

7. Диагноз

ИБС: стабильная стенокардия III ФК. Фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма. +

Фон: Атеросклероз аорты, сосудов сердца. +

Осложнение: ХСН с промежуточной ФВ ЛЖ 43%, IIA ст., III ФК NYHA

4. Вопрос

К изменениям на ЭКГ, выявленным у данного больного, относятся

1. трепетание предсердий; признаки гипертрофии правого предсердия и правого желудочка
2. синусовая дыхательная аритмия; полная блокада правой ножки пучка Гиса

3. фибрилляция предсердий; неполная блокада правой ножки пучка Гиса

4. атриовентрикулярная блокада II ст. с периодикой Самойлова-Венкебаха; наджелудочковая экстрасистолия

Правильный ответ: фибрилляция предсердий; неполная блокада правой ножки пучка Гиса

Для ФП характерны:

Абсолютно нерегулярные интервалы RR (не регистрируется в случаях сочетания ФП и АВ-блокады III степени (синдром Фредерика).

Отсутствие отчетливых зубцов Р на ЭКГ. В отдельных отведениях — чаще всего в отведении V1 — иногда определяется некоторая регулярная электрическая активность предсердий.

Длительность предсердного цикла (если определяется), т.е. интервала между двумя последовательными возбуждениями предсердий (F-волн), обычно изменчива и составляет менее 200 мс, что соответствует частоте предсердного ритма более 300 импульсов в минуту.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Фибрилляция и трепетание предсердий. 2020 г.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Фибрилляция и трепетание предсердий. 2020 г.

(1)

ЭОС горизонтальная, что может быть признаком ГЛЖ. Комплексы QRS не расширены, в V1-V3 типа rSr' – признаки неполной блокады правой ножки пучка Гиса.

Для блокады правой ножки также характерно уширение комплекса QRS (до 0,12-0,13 с), но в меньшей степени, чем для БЛН. Время желудочковой активации в правых грудных отведениях составляет 0,07-0,12 с. Основные изменения желудочкового комплекса происходят в правых грудных отведениях: расщепленный и зазубренный комплекс QRS вида rsR, rsr, rSR и широкий глубокий зубец S в левых грудных отведениях. Ось сердца может быть отклонена вправо, но возможна и левограмма. Изменения ST-T в виде косонисходящего снижения сегмента ST и отрицательного зубца T обнаруживаются в правых грудных и в отведениях III, aVF.

Функциональная диагностика : национальное руководство / под ред. Н. Ф. Берестень, В. А. Сандрикова, С. И. Федоровой - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 784 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-4242-5

(1)

3. Лечение

5. Вопрос

Препаратом выбора для купирования приступов стенокардии у больного является

1. метопрололсукцинат
2. ипратропия бромид
3. гидрохлортиазид

4. нитроглицерин

Правильный ответ: нитроглицерин

Для устранения непосредственно приступа стабильной стенокардии (обезболивания) рекомендуется назначить органические нитраты короткого действия (нитроглицерин)

Клинические рекомендации Российского кардиологического общества. Стабильная ишемическая болезнь сердца. 2020 г.

Клинические рекомендации Российского кардиологического общества. Стабильная ишемическая болезнь сердца. 2020 г.

(1)

6. Вопрос

Для профилактики тромбоэмболических осложнений данному больному показано назначение

1. оральных антикоагулянтов
2. тканевого активатора плазминогена
3. двойной антитромбоцитарной терапии
4. блокаторов IIb-IIIa-рецепторов тромбоцитов

Правильный ответ: оральных антикоагулянтов

У больного риск тромбэмболических осложнений по шкале CHA2DS2-VASc 5 баллов (возраст старше 75 лет, АГ, сосудистое заболевание (ИБС), ХСН).

Постоянный прием пероральных антикоагулянтов с целью профилактики ТЭО рекомендован пациентам мужского пола с суммой баллов по шкале CHA2DS2-VASc ≥ 2 и пациентам женского пола с суммой баллов по шкале CHA2DS2-VASc ≥ 3 .

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Фибрилляция и трепетание предсердий. 2020 г.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Фибрилляция и трепетание предсердий. 2020 г.

(1)

7. Вопрос

К препаратам выбора для коррекции дислипидемии у больного ИБС относят

1. препараты полиненасыщенных жирных кислот
2. фибраты
3. холестирамин

4. статины

Правильный ответ: статины

Для профилактики ССО всем пациентам со стабильной ИБС рекомендуется назначить ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы (статины) в максимально переносимой дозировке до достижения целевого уровня ХсЛНП ($< 1,4$ ммоль/л) и его снижения на 50% от исходного уровня

Клинические рекомендации Российского кардиологического общества. Стабильная ишемическая болезнь сердца. 2020 г.

Клинические рекомендации Российского кардиологического общества. Стабильная ишемическая болезнь сердца. 2020 г.

(1)

8. Вопрос

Целевые значения уровня ХС ЛПНП при терапии статинами должны составлять менее _____ ммоль/л

1. 1,2
2. 1,8
3. 3,5

4. 1,4

Правильный ответ: 1,4

Для профилактики ССО всем пациентам со стабильной ИБС рекомендуется назначить ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы (статины) в максимально переносимой дозировке до достижения целевого уровня ХсЛНП ($< 1,4$ ммоль/л) и его снижения на 50% от исходного уровня

Клинические рекомендации Российского кардиологического общества. Стабильная ишемическая болезнь сердца. 2020 г.

Клинические рекомендации Российского кардиологического общества. Стабильная ишемическая болезнь сердца. 2020 г.

(1)

9. Вопрос

Частым и ожидаемым у данного больного побочным эффектом нитратов является

1. головная боль

2. сухой кашель

3. симптомная брадикардия

4. артериальная гипертензия

Правильный ответ: головная боль

Следствием венозной дилатации является побочный эффект - резкая головная боль, особенно часто возникающая при первом приеме нитроглицерина.

Общая врачебная практика. Т. 1 : национальное руководство / под ред. О. Ю. Кузнецовой, О. М. Лесняк, Е. В. Фроловой. - 2-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 1024 с. - ISBN 978-5-9704-5520-3

(1)

|===

^|Препарат |Основные побочные эффекты

|Нитроглицерин |Артериальная гипотония, головная боль

|Изосорбида динитрат |Артериальная гипотония, головная боль

|===

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Хроническая сердечная недостаточность. 2020 г.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Хроническая сердечная недостаточность. 2020 г.

(1)

10. Вопрос

модифицируемым фактором риска ИБС у данного больного является

1. внутривенное употребление наркотических препаратов

2. мужской пол

3. артериальная гипертензия

4. пожилой возраст

Правильный ответ: артериальная гипертензия

Главные модифицируемые факторы риска ИБС:

дислипотеидемия;

артериальная гипертония;

сахарный диабет;

курение;

низкая физическая активность;

ожирение;

стресс, тревога.

Немодифицируемые факторы риска ИБС:

мужской пол;

возраст;

отягощенный семейный анамнез по сердечно-сосудистым заболеваниям (подтвержденный диагноз инфаркта миокарда или ишемического инсульта у родственников первой линии, у женщин — до 65 лет, у мужчин — до 55 лет).

Клинические рекомендации Российского кардиологического общества. Стабильная ишемическая болезнь сердца. 2020 г.

Клинические рекомендации Российского кардиологического общества. Стабильная ишемическая болезнь сердца. 2020 г.

(1)

4. Вариатив

11. Вопрос

Инвазивным методом, который целесообразно использовать для визуализации коронарного русла у данного больного, выступает

1. КТ-ангиография коронарных артерий
2. мультidetекторная КТ с определением коронарного кальция
3. МРТ-ангиография коронарных артерий

4. коронароангиография

Правильный ответ: коронароангиография

Коронарная ангиография (КАГ, коронарография) — это инвазивное диагностическое исследование, выполняемое в условиях рентгенооперационной путем введения контрастного вещества в устья коронарных артерий под рентгенологическим контролем. Традиционно используется в диагностике ИБС и при стратификации риска осложнений, для выявления стенозов в коронарных артериях, их локализации, протяженности и выраженности, а также, в ряде случаев, — для обнаружения участков нестабильности атеросклеротических бляшек

Клинические рекомендации Российского кардиологического общества. Стабильная ишемическая болезнь сердца. 2020 г.

Клинические рекомендации Российского кардиологического общества. Стабильная ишемическая болезнь сердца. 2020 г.

(1)

12. Вопрос

Для оценки риска кардиоэмболических инсультов у данного больного с неклапанной фибрилляцией предсердий следует использовать

1. шкалу Turkott-Child-Pugh
2. шкалу CHA2DS2-VASc
3. Фрамингемскую шкалу риска (АТР-III)
4. шкалу HEMORR2HAGES

Правильный ответ: шкалу CHA2DS2-VASc

Всем пациентам с фибрилляцией предсердий, не связанной с поражением клапанов сердца, рекомендовано использовать шкалу CHA2DS2-VASc для оценки риска тромбоэмболических осложнений (ишемического инсульта, транзиторных ишемических атак и системных тромбоэмболий)

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Фибрилляция и трепетание предсердий. 2020 г.

Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Фибрилляция и трепетание предсердий. 2020 г.

(1)