

Лечебное дело (ПП) - кейс 1

Materials for the selected specialty

Тип: Кейсы | Образование: Высшее образование | Специализация: Лечебное дело (ПП) | Записей: 1 | Кейс: 1 | Вопросов: 12

Лечебное дело (ПП) - кейс 1

Образование: Высшее образование | Специализация: Лечебное дело (ПП)

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Больная Т., 75 лет, пенсионерка, обратилась к участковому терапевту.

1.2. Жалобы

- * на одышку и боли за грудиной сжимающего характера, возникающие при обычной физической нагрузке, проходящие в покое,
- * слабость, повышенную утомляемость,
- * боли в эпигастрии после еды, уменьшающиеся после приема антацидных препаратов,
- * повышение АД несмотря на медикаментозную терапию.

1.3. Анамнез заболевания

Около 30 лет отмечает повышение АД максимально до 170/90 мм рт.ст., по поводу чего был назначен капотен, от приема которого пациентка в последующем вынуждена была отказаться в связи с развившимся отеком Квинке. Около 20 лет назад впервые появились эпизоды сжимающих болей за грудиной в ответ на нагрузку. Наблюдалась у кардиолога, выполняла рекомендации, однако постепенно снизилась толерантность к нагрузке. В настоящее время получает валсартан 80 мг 2 р/д, бисопролол 2,5 мг утром, розувастатин 20 мг вечером, аспирин 75 мг вечером. Также в течение длительного времени отмечает появление болей в области эпигастрия, возникающих через 30-50 мин после приема пищи, особенно острой, уменьшающихся после приема альмагеля. Со слов больной, полгода назад было рекомендовано обследование: серологическая диагностика на *Helicobacter pylori* с последующим решением вопроса о проведении стандартной трехкомпонентной эрадикационной терапии. От обследования и дальнейшего лечения пациентка отказалась, принимала только антациды «по требованию». Настоящее ухудшение около 2-х недель, когда участились боли в эпигастрии, усилилась изжога.

1.4. Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Работала стоматологом, в настоящее время на пенсии.
- * Вредные привычки отрицает.
- * Аллергологический анамнез: отек Квинке на прием капотена.
- * Семейный анамнез: Отец больной умер в возрасте 52 лет от заболевания сердца. Мать страдала ГБ, умерла в 60 лет от ОССН.

1.5. Объективный статус

Состояние средней тяжести. Рост 170 см, вес 94 кг, ИМТ 32,5 кг/м². Кожные покровы бледные. Симметричные отеки стоп, голеностопных суставов. Т тела 36,20С. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. ЧДД 22 в минуту. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки определяется легочный звук с притуплением с двух сторон ниже углов лопаток. При аускультации над легкими выслушивается жесткое дыхание, ослабленное в нижних отделах, хрипов нет. Границы относительной тупости сердца: правая - по правому краю грудины, левая - в V межреберье по передне-подмышечной линии, верхняя -

по верхнему краю III ребра. При аускультации сердца тоны ослаблены, ритмичные. ЧСС - 70 ударов в минуту. АД - 160/85 мм рт.ст. Пульс 70 ударов в минуту. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в эпигастрии, там же – положительный симптом Менделя. Живот умеренно вздут по ходу толстого кишечника. Размеры печени: 10х9х8 см. Область почек не изменена. Почки не пальпируются. Диурез в норме. Отмечает склонность к запорам.

1. План обследования

1. Вопрос

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

1. клинический анализ крови

2. анализ крови на АТ к *H.influenzae*_

3. дыхательный уреазный тест на *H.pylori*_

4. определение титра АМА-М2

5. общий анализ мочи

6. проба Зимницкого

Правильные ответы: клинический анализ крови; дыхательный уреазный тест на *H.pylori*_

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)

Инфекция *H. pylori*_ признана независимым фактором риска образования язв при приеме НПВС.

Внутренние болезни : учебник : в 2 т. / под ред. А. И. Мартынова, Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеева. - 4-е изд., перераб. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Т. II. - 704 с. : ил. - DOI: 10.33029/9704-5887-7-VNB-2021-1-704. - ISBN 978-5-9704-5887-7.

(1)

Всем пациентам с подозрением на гастрит для первичной диагностики *H. pylori*_ рекомендуется назначать референсные методы диагностики инфекции *H. pylori*_ - дыхательный тест с мочевиной, меченной ¹³C (¹³C-уреазный дыхательный тест на *Helicobacter pylori*_), и моноклональное определение антигена *H. pylori*_ в кале лабораторным способом.

Клинические рекомендации Минздрава России. Гастрит и дуоденит, 2024 г.

(1)

2. Вопрос

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

1. бронхоскопия

2. обзорная рентгенография брюшной полости

3. УЗИ органов брюшной полости

4. ЭКГ в покое

5. ФВД

6. ЭГДС

Правильные ответы: ЭКГ в покое; ЭГДС

Регистрация 12-канальной электрокардиограммы (ЭКГ) в покое и расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных рекомендована 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 ЭКГ с оценкой сердечного ритма, частоты сердечных сокращений (ЧСС), морфологии и продолжительности QRS, наличия нарушений АВ и желудочковой проводимости (блокада левой ножки пучка Гиса (БЛНПГ), блокада правой ножки пучка Гиса (БПНПГ)), рубцового поражения миокарда, гипертрофии миокарда). Диагноз ХСН маловероятен при наличии абсолютно нормальной ЭКГ.

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

(1)

Методы диагностики хронического гастрита:

- * эндоскопический с обязательной морфологической оценкой 5 биоптатов
- * диагностика *Helicobacter pylori*
- * определение кислотообразующей функции желудка (внутрижелудочная рН-метрия)
- * рентгенологический.

Показания к проведению эндоскопического исследования органов ЖКТ включают: наличие клинических признаков заболевания органов пищеварения, необходимость дифференциальной диагностики, контроль эффективности терапии. Пациентам из групп риска эндоскопическое исследование необходимо проводить в рамках скрининговых профилактических осмотров. При этом оценивают эндоскопические и морфологические изменения. При локализации язвы в желудке в обязательном порядке проводят биопсию с последующим гистологическим исследованием полученного материала, что позволяет исключить злокачественный характер язвенного поражения.

Палевская, С. А. Эндоскопия желудочно-кишечного тракта / С. А. Палевская, А. Г. Короткевич. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 752 с. - ISBN 978-5-9704-7751-9.

(1)

2. Диагноз

3. Вопрос

Предполагаемым основным диагнозом является

1. Хронический калькулезный панкреатит.
Гипертоническая болезнь III ст., 2 ст., риск ССО очень высокий. ХСН, I ФК NYHA
2. ИБС: Постинфарктный кардиосклероз (ОИМ неизвестной давности).
Гипертоническая болезнь I ст., 2 ст., риск ССО средний. ХСН, III ФК NYHA.
НПВС-гастропатия
3. ИБС: стенокардия напряжения II ФК. Гипертоническая болезнь III ст., неконтролируемая АГ, риск ССО очень высокий. ХСН, II ФК NYHA. Хронический *H.pylori* - ассоциированный гастрит. Ожирение I ст
4. ИБС: стенокардия напряжения III ФК. Гипертоническая болезнь III ст., 3 ст., риск ССО высокий. Хронический атрофический гастрит. Хронический калькулезный холецистит

Правильный ответ: ИБС: стенокардия напряжения II ФК. Гипертоническая болезнь III ст., неконтролируемая АГ, риск ССО очень высокий. ХСН, II ФК NYHA. Хронический *H.pylori* - ассоциированный гастрит. Ожирение I ст

У больной имеются анамнестические данные о предшествующей АГ (с учетом типичного возраста начала заболевания, ФР, наиболее вероятна гипертоническая болезнь), повышение АД до 160/90 мм рт.ст. на фоне комбинированной антигипертензивной терапии- критерий АГ, очень высокого риска.

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

(1)

т.к. имеются ассоциированные клинические состояния – ИБС, проявляющаяся типичными ангинозными приступами при уровне физической нагрузки

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

(1)

соответствующей II ФК.

(2)

и ХСН, проявляющаяся в покое признаками застоя по большому и малому кругам кровообращения, что соответствует IIБ ст.

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

(1)

С помощью ЭГДС и дыхательного уреазного теста определен диагноз хронического гастрита. В контексте длительного приема НПВП по поводу ИБС у данной пациентки нельзя исключить роль НПВП в развитии хронического гастрита.

Клинические рекомендации Минздрава России. Гастрит и дуоденит, 2024 г.

(1)

4. Вопрос

По результатам эхокардиографии пациентка имеет ФВ ЛЖ 45%, что соответствует ХСН с + _____ + фракцией выброса левого желудочка

1. улучшенной
2. низкой

3. умеренно сниженной

4. сохраненной

Правильный ответ: умеренно сниженной

ХСН с умеренно сниженной ФВ – характерно умеренное снижение сократительной способности ЛЖ, ФВ ЛЖ = 41-49% .

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

(1)

3. Лечение

5. Вопрос

В схему первой линии эрадикации _H. pylori_, наряду с ингибиторами протонной помпы, входят

1. кларитромицин, амоксициллин
2. препарат висмута, цефаксим

3. амоксициллин, кларитромицин и висмута трикалия дицитрат

4. левофлоксацин, метронидазол

Правильный ответ: амоксициллин, кларитромицин и висмута трикалия дицитрат

Всем пациентам гастритом с положительными результатами тестирования на инфекцию *_H.pylori_* и показаниями для проведения эрадикационной терапии в качестве эрадикационной терапии первой линии, обеспечивающий высокий процент эрадикации инфекции, рекомендуется назначить по выбору:

- стандартную тройную терапию, включающую ИПН (в стандартной дозе 2 раза в сутки), кларитромицин (500 мг 2 раза в сутки) и амоксициллин (1000 мг 2 раза в сутки внутрь), усиленную висмута трикалия дицитратом (120 мг 4 раза в день или 240 мг 2 раза в день) на 14 дней

или

- классическую четырехкомпонентную терапию с висмутом трикалия дицитратом (120 мг 4 раза в сутки) в сочетании с ИПН (в стандартной дозе 2 раза в сутки), тетрациклином (500 мг 4 раза в сутки внутрь) и метронидазолом (500 мг 3 раза в сутки) на 14 дней

или

- квадротерапию без препаратов висмута, которая включает стандартную тройную терапию (ИПН в стандартной дозе 2 раза в сутки), амоксициллин (в дозе 1000 мг 2 раза в сутки внутрь), кларитромицин (500 мг 2 раза в сутки), усиленную метронидазолом (500 мг 3 раза в сутки) на 14 дней

Клинические рекомендации Минздрава России. Гастрит и дуоденит, 2024 г.

(1)

6. Вопрос

Необходимость назначения блокатора ангиотензиновых рецепторов вместо иАПФ в качестве терапии «первой линии» у больной с ХСН могла быть обусловлена наличием

1. ангионевротического отека в анамнезе

2. хронического *_H.pylori_*-ассоциированного гастрита
3. отягощенного по заболеваниям сердечно-сосудистой системы семейного анамнеза
4. глаукомы с повышением внутриглазного давления более 24 мм рт.ст.

Правильный ответ: ангионевротического отека в анамнезе

Применение АРА рекомендуется пациентам с ХСНнФВ только в случае непереносимости валсартана+сакубитрила/иАПФ для снижения риска госпитализации из-за ХСН и смерти.

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

(1)

Под «непереносимостью» иАПФ следует понимать: наличие индивидуальной непереносимости (аллергии), развитие ангионевротического отека, кашля. Нарушение функции почек, развитие гиперкалиемии и гипотонии при лечении иАПФ в понятие «непереносимость» не входит и может наблюдаться у пациентов с ХСН с одинаковой частотой как при применении иАПФ, так и АРА.

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

(1)

7. Вопрос

Стратегия снижения веса у больной с ожирением 1 ст. (ИМТ 32,5 кг/м²) должна заключаться в рекомендации

1. соблюдения разгрузочных дней, регулярных физических нагрузок (4 раза в неделю по 1,5 часа)
2. использования методов бариатрической хирургии

3. дозированных, тщательно спланированных физических аэробных нагрузок и диеты с ограничением животных жиров

4. использования диеты Аткинса при сохранении малоподвижного образа жизни

Правильный ответ: дозированных, тщательно спланированных физических аэробных нагрузок и диеты с ограничением животных жиров

При выявлении избыточной массы тела рекомендуется ее снижение с помощью дозированных физических нагрузок и низкокалорийной диеты. При необходимости рекомендуется направить пациента к врачу-диетологу для коррекции диеты и/или подбора медикаментозного лечения ожирения.

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

(1)

(2)

8. Вопрос

Целевым показателем липидограммы при применении статинов у больной с ИБС является + _____ + ммоль/л

1. ХС-ЛВП более 2,5
2. ХС-ЛВП менее 1,8
3. ХС-ЛНП менее 1,8

4. ХС-ЛНП менее 1,4

Правильный ответ: ХС-ЛНП менее 1,4

Целями лечения у пациентов очень высокого риска является уровень ХС-ЛНП менее 1,4 ммоль/л.

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

(1)

9. Вопрос

Основными целями медикаментозного лечения ИБС являются

1. снижение и удержание веса и нормализация уровня липидов крови для уменьшения размеров атеросклеротических бляшек
2. поддержание артериального давления в пределах целевых значений, профилактика тромбоэмболических осложнений

3. устранение симптомов стенокардии и предотвращение неблагоприятных сердечно-сосудистых событий

4. регрессирование явлений хронической болезни почек (целевая СКФ >60 мл/мин/1,73м²) и уменьшение отеочного синдрома

Правильный ответ: устранение симптомов стенокардии и предотвращение неблагоприятных сердечно-сосудистых событий

Фармакологическое лечение у пациентов с ИБС преследует две основные цели: устранение симптомов и предотвращение сердечно-сосудистых событий.

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

(1)

4. Вариатив

10. Вопрос

Независимым фактором риска образования язв при приеме НПВС у больной является наличие

1. ожирения 1 ст.
2. отягощенного по сердечно-сосудистым заболеваниям семейного анамнеза

3. _H. pylori_

4. артериальной гипертензии

Правильный ответ: _H. pylori_

Инфекция _H. pylori_ признана независимым фактором риска образования язв при приеме НПВС.

Внутренние болезни : учебник : в 2 т. / под ред. А. И. Мартынова, Ж. Д. Кобалава, С. В. Моисеева. - 4-е изд., перераб. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Т. II. - 704 с. : ил. - DOI: 10.33029/9704-5887-7-VNB-2021-1-704. - ISBN 978-5-9704-5887-7.

(1)

11. Вопрос

Для защиты слизистой желудка и профилактики желудочно-кишечных кровотечений больной, принимающей препараты ацетилсалициловой кислоты, рекомендуется

1. соблюдение строгой щадящей диеты
2. дополнительное использование алюминий-содержащих антацидов
3. применять аспирин в форме «шипучих» растворимых таблеток

4. прием ингибиторов протонной помпы

Правильный ответ: прием ингибиторов протонной помпы

У пациентов со стабильной ИБС с высоким риском кровотечений из ЖКТ или при наличии кровотечения ЖКТ в анамнезе, получающих АСК или комбинацию нескольких антиагрегационных средств, для защиты слизистой желудка и профилактики желудочно-кишечных кровотечений рекомендуется использовать ингибиторы протонного насоса (по показанию - профилактика эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки, связанных с приемом нестероидных противовоспалительных препаратов).

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

(1)

Применение ингибиторов протонного насоса рекомендуется всем пациентам, получающим тройную антиагрегационную терапию, а также у пациентов с повышенным риском желудочно-кишечных кровотечений (язвенная болезнь или желудочно-кишечное кровотечение в анамнезе, хроническое использование нестероидных противовоспалительных средств или кортикостероидов, как минимум 2 из следующих признаков - возраст ≥ 65 лет, диспепсия, желудочно-пищеводный рефлюкс, инфицирование _Helicobacter Pylori_, хроническое употребление алкоголя).

(2)

У пациента есть 2 ФР – возраст и инфицирование _Helicobacter Pylori_

5. Лечение

12. Вопрос

У пациентки с основным диагнозом ишемической болезни сердца обязательными для приема препаратами, наряду с бета-адреноблокаторами и антиагрегантами, являются

1. статины

2. ингибиторы АПФ

3. диуретики

4. блокаторы рецепторов ангиотензина

Правильный ответ: статины

Все пациенты с хронической ИБС относятся к категории лиц очень высокого риска, поэтому для профилактики ССО им всем рекомендуется коррекция дислипидемии с использованием мероприятий по здоровому образу жизни и оптимальной медикаментозной терапии для профилактики ССО.

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

(1)

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.

(2)