

# Сердечно-сосудистая хирургия - кейс 1

## Materials for the selected specialty

Тип: Кейсы | Образование: Высшее образование | Специализация: Сердечно-сосудистая хирургия |  
Записей: 1 | Кейс: 1 | Вопросов: 12

## Сердечно-сосудистая хирургия - кейс 1

Образование: Высшее образование | Специализация: Сердечно-сосудистая хирургия

### 1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### 1.1. Ситуация

Пациент 35 лет обратился к кардиологу поликлиники в плановом порядке.

#### 1.2. Жалобы

На одышку в покое усиливающуюся при физических нагрузках, перебои в работе сердца, периодические помутнения сознания (предобморочные состояния).

#### 1.3. Анамнез заболевания

Считает себя больным в течении трех лет, когда впервые появилась одышка в покое, головокружения. Затем присоединились перебои в работе сердца и предобморочные состояния. До настоящего момента по текущему заболеванию к врачу не обращался.

#### 1.4. Анамнез жизни

Бытовые, пищевые и лекарственные аллергии отрицает.

Привычные интоксикации отрицает.

Профессиональные вредности отрицает.

Семейный анамнез: со слов пациента отец умер в 44 года от остановки сердца.

Хронические заболевания: отрицает, при осмотре не выявлены.

#### 1.5. Объективный статус

Состояние стабильное. Рост 182 см, масса тела 82 кг, ИМТ 24,8 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы физиологической окраски. Периферических отеков нет. На момент осмотра умеренная одышка смешанного характера, ЧДД 19-20 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 90 в 1 мин, АД 125/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Пульсация периферических артерий отчетливая, соответствует ЧСС. Аускультативно слабый систолический шум над верхушкой сердца.

### 1. План обследования

#### 1. Вопрос

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом исследования является

1. рентгенография органов грудной клетки

#### 2. электрокардиография

3. функция внешнего дыхания

4. ЭКГ с физической нагрузкой

## 5. эхокардиография

## 6. холтеровское мониторирование

**Правильные ответы: электрокардиография; эхокардиография; холтеровское мониторирование**

Регистрация электрокардиограммы рекомендуется всем пациентам при первичном обследовании с подозрением на ГКМП

Клинические рекомендации Минздрава России. Гипертрофическая кардиомиопатия, 2025 г.

(1)

Всем пациентам с ГКМП при первичном обследовании рекомендовано выполнение 2D и доплеровской эхокардиографии,

Клинические рекомендации Минздрава России. Гипертрофическая кардиомиопатия, 2025 г.

(1)

ХМ сердечного ритма рекомендуется всем пациентам с ГКМП

Клинические рекомендации Минздрава России. Гипертрофическая кардиомиопатия, 2025 г.

(1)

## 2. Вопрос

Необходимым для постановки диагноза лабораторным исследованием является

1. определение кардиоспецифических ферментов
2. оценка уровня холестерина крови
3. определение мозгового натрийуретического пептида

## 4. генетическое тестирование

**Правильный ответ: генетическое тестирование**

При наличии симптомов и признаков заболеваний, предполагающих специфические причины ГКМП рекомендуется генетическое тестирование для подтверждения диагноза.

Клинические рекомендации Минздрава России. Гипертрофическая кардиомиопатия, 2025 г.

(1)

## 3. Вопрос

Для верификации диагноза в данной клинической ситуации необходимо провести

1. коронарографию
2. МСКТ (мультиспиральную компьютерную томографию) сердца без контрастного усиления
3. двухэтапную сцинтиграфию миокарда

## 4. МРТ (магнитно-резонансную томографию) сердца с контрастным усилением

**Правильный ответ: МРТ (магнитно-резонансную томографию) сердца с контрастным усилением**

Для верификации диагноза в данной клинической ситуации необходимо провести МРТ (магнитно-резонансную томографию) сердца с контрастным усилением

Клинические рекомендации Минздрава России. Гипертрофическая кардиомиопатия, 2025 г.

(1)

## 2. Диагноз

### 4. Вопрос

В данной клинической ситуации наиболее вероятным диагнозом является

1. Критический стеноз аортального клапана в сочетании с недостаточностью
2. Дилатационная кардиомиопатия с функциональной недостаточностью митрального и трикуспидального клапанов

### 3. Гипертрофическая кардиомиопатия с обструкцией выходного отдела левого желудочка

4. Ишемическая кардиомиопатия с сопутствующим стенозом аортального клапана

**Правильный ответ: Гипертрофическая кардиомиопатия с обструкцией выходного отдела левого желудочка**

Согласно проведенным обследованиям имеет место обструкция выходного отдела левого желудочка в следствии гипертрофической кардиомиопатии, что подтверждают инструментальные и лабораторные методы исследования.

Клинические рекомендации Минздрава России. Гипертрофическая кардиомиопатия, 2025 г.

(1)

(2)

## 3. Лечение

### 5. Вопрос

Оптимальным эндоваскулярным методом лечения в данной клинической ситуации является

1. спиртовая редукция миокарда
2. протезирование аортального клапана
3. закрытая комиссуротомия
4. вальвулодилатация аортального клапана

**Правильный ответ: спиртовая редукция миокарда**

При выборе эндоваскулярного лечения оптимальным методом является этаноловая септальная абляция (ЭСА).

Клинические рекомендации Минздрава России. Гипертрофическая кардиомиопатия, 2025 г.

(1)

## 6. Вопрос

В качестве антиаритмической терапии в данном случае показаны

1. блокаторы натриевых каналов
2. ингибиторы АПФ
3. альфа-адреноблокаторы

### 4. бета-адреноблокаторы

**Правильный ответ: бета-адреноблокаторы**

У пациентов с обструкцией ВТЛЖ (покоя и индуцируемой) бета-адреноблокаторы с подбором максимальной переносимой дозы рекомендуются в качестве первой линии терапии для уменьшения симптомов.

Клинические рекомендации Минздрава России. Гипертрофическая кардиомиопатия, 2025 г.

(1)

## 7. Вопрос

В данной клинической ситуации оптимальным методом хирургического лечения является

1. миоэктомия по Morrow

2. процедура Росса

3. пластика аортального клапана

4. протезирование аортального клапана

**Правильный ответ: миоэктомия по Morrow**

В данной клинической ситуации оптимальным методом хирургического лечения является миоэктомия по Morrow

Клинические рекомендации Минздрава России. Гипертрофическая кардиомиопатия, 2025 г.

(1)

(2)

## 8. Вопрос

Редукция межжелудочковой перегородки показана пациентам с

1. максимальным провоцируемым градиентом давления > 30 мм рт. ст

2. постоянной одышкой и головокружениями

3. максимальным провоцируемым градиентом давления > 50 мм рт. ст

4. толщиной межжелудочковой перегородки до 1,5 см по данным ЭхоКГ

**Правильный ответ: максимальным провоцируемым градиентом давления > 50 мм рт. ст**

Редукция межжелудочковой перегородки показана пациентам с обструктивной формой ГКМП. Под обструктивной ГКМП рассматриваются следующие варианты обструкции: ГД в ВТЛЖ (в покое или максимально провоцируемый)  $\geq 50$  мм рт.ст., в том числе при двухуровневой обструкции (среднежелудочковая обструкция или обструкция на уровне хорд); двухжелудочковая обструкция (ГД в ВТЛЖ в покое или максимально провоцируемый  $\geq 50$  мм рт.ст; ГД в ВПЖ > 16 мм рт.ст. в покое).

Клинические рекомендации Минздрава России. Гипертрофическая кардиомиопатия, 2025 г.

(1)

## 9. Вопрос

Пациентом с ГКМП и фракцией выброса левого желудочка (ФВЛЖ) + \_\_\_\_\_ + и симптомами + \_\_\_\_\_ + функционального класса (ФК) по NYHA показана ортотопическая трансплантация сердца

1. менее 50%; III-IV

2. до 60%; I-II

3. 50%; I-II

4. менее 60%; III-IV

**Правильный ответ: менее 50%; III-IV**

С фракцией выброса левого желудочка (ФВЛЖ) менее 50% и симптомами III-IV функционального класса (ФК) по NYHA показана ортотопическая трансплантация сердца.

(1)

## 10. Вопрос

Показанием для имплантации искусственного кардиовертера дефибриллятора в данной ситуации является риск внезапной сердечной смерти не менее +\_\_+ %

1. 6
2. 4
3. 5
4. 3

**Правильный ответ: 6**

Абсолютным показанием для имплантации искусственного кардиовертера дефибриллятора пятилетний риск внезапной сердечной смерти не менее 6%.

(1)

## 4. Вариатив

## 11. Вопрос

Основными электрокардиографическими признаками гипертрофической кардиомиопатии являются

1. признаки гипертрофии левого желудочка/ увеличение комплекса QRS во всех отведениях, перегрузка миокарда левого предсердия и нарушение предсердно-желудочковой проводимости
2. **патологические Q-зубцы в нижне-боковых отведениях, Q/T-дискордантность, изменения реполяризации, ГЛЖ**
3. смещение оси сердца влево, синусовая брадикардия и элевация сегмента ST в V1-V3
4. ритм фибрилляции предсердий, признаки перегрузки правых отделов сердца и депрессия зубца Т менее 10 мм

**Правильный ответ: патологические Q-зубцы в нижне-боковых отведениях, Q/T-дискордантность, изменения реполяризации, ГЛЖ**

Выделяют несколько паттернов, характерных для «классического фенотипа» ГКМП:

1. Патологические Q-зубцы в нижне-боковых отведениях (при этом в отведениях с патологическими Q регистрируются положительные Т - т. наз Q/T-дискордантность) + изменения реполяризации + ГЛЖ (критерии Romhilt-Estes);
2. Гигантские симметричные (-)Т-зубцы – при верхушечной ГКМП (транзиторное углубление отрицательных Т может свидетельствовать об ишемии, требующей реваскуляризации);
3. «Псевдо-STEMI» паттерн (подъем сегмента ST и/или высокие (+)Т в 2-х и более последовательных отведениях при отсутствии БЛНПГ);
4. Депрессия сегмента ST;
5. Неспецифические изменения сегмента ST и зубца Т на ЭКГ

(1)

## 12. Вопрос

Наиболее частой жалобой у пациентов с обструктивной формой гипертрофической кардиомиопатии является

1. перебои в работе сердца
2. синкопальные состояния

**3. прогрессирующая одышка**

4. кардиалгия в покое

**Правильный ответ: прогрессирующая одышка**

Наиболее частой жалобой у пациентов с обструктивной формой гипертрофической кардиомиопатии является прогрессирующая одышка.

Клинические рекомендации Минздрава России. Гипертрофическая кардиомиопатия, 2025 г.

(1)