

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/м². 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. ретгенография 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) ≥ 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 ≥ 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)