

Кейсы | Среднее образование | Лечебное дело

Materials for the selected specialty

Тип: Кейсы | Образование: Среднее образование | Специализация: Лечебное дело | Записей: 2

Лечебное дело - кейс 1

Образование: Среднее образование | Специализация: Лечебное дело

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Пациентка Д. 45 лет обратилась на фельдшерско - акушерский пункт в связи с острым заболеванием.

1.2. Жалобы

- * На выраженную боль в правом подреберье, иррадирует кверху в правое плечо и лопатку.
- * Горечь во рту, тошноту.
- * Неоднократную рвоту и наличие примеси желчи в рвотных массах.
- * Повышение температуры до 38,0°C, озноб.

1.3. Анамнез заболевания

- * Заболела остро около 10 часов назад, появились боли в животе.
- * Вначале появилось чувство тяжести в правом подреберье, затем появились постоянные, интенсивные боли в правом подреберье.
- * Связывает появление с обильным приемом острой и жирной пищи.

1.4. Анамнез жизни

- * Росла и развивалась нормально.
- * Профессия: повар.
- * Перенесенные заболевания: детские инфекции, хронические заболевания отрицает.
- * Операций не было.
- * Наследственность: у матери – хронический калькулезный холецистит.
- * Вредные привычки: не курит, алкоголь употребляет умеренно.
- * Аллергоанамнез: не отягощен.

1.5. Объективный статус

- * Состояние средней степени тяжести. Вес 78 кг, рост 175 см. Температура тела 38,0°C.
- * Пациентка находится в положении на правом боку.
- * Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски.
- * Зев незначительно гиперемирован, миндалины не увеличены.
- * Грудная клетка – правильной формы, симметричная.
- * Дыхание через нос свободное. Дыхательные движения ритмичные, Частота дыхания – 20 в минуту.

- * При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Перкуссия легких: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Аускультация: Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет. Частота дыхания 20 уд. в мин.
- * Тоны сердца ясные, ритм правильный, Частота сердечных сокращений 75 ударов в мин., артериальное давление 135/90 мм рт.ст.
- * Живот не вздут, при пальпации болезненный справа, напряжен в правом подреберье, там же положительные симптомы раздражения брюшины.
- * Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, безболезненное.
- * Стула не было в течение 36 часов.

1. План обследования

1. Вопрос

Для постановки диагноза наибольшее значение имеют жалобы на

1. выраженную боль в левом подреберье, иррадиирующую вверх в плечо, тошноту, однократную рвоту
- 2. выраженную боль в правом подреберье, иррадиирующую вверх в правое плечо, горечь во рту, тошноту, неоднократную рвоту, наличие примеси желчи в рвотных массах, повышение температуры до 38,0°C**
3. горечь во рту и тошноту, неоднократную рвоту и наличие примеси желчи в рвотных массах, повышение температуры до 39,0°C, озноб
4. повышение температуры до 39,0°C, озноб, однократную рвоту, наличие примеси крови в рвотных массах, выраженную боль опоясывающего характера

Правильный ответ: выраженную боль в правом подреберье, иррадиирующую вверх в правое плечо, горечь во рту, тошноту, неоднократную рвоту, наличие примеси желчи в рвотных массах, повышение температуры до 38,0°C

При развитии ОХ возникает нарастающая боль, захватывающая правое подреберье и эпигастральную область, которая может иррадиировать в межлопаточную область, правую лопатку, ключицу или плечо, а также в область грудины. Боль по характеру постоянная, тупая, иногда мучительная. Характерны тошнота и рвота. Присоединяются признаки раздражения брюшины - более отчетливая локализация зоны болезненности при пальпации, нарастании боли при компрессии или перкуссии брюшной стенки на высоте вдоха. Важное диагностическое значение имеет выявление признаков динамической кишечной непроходимости, которая для ОАХ характерна в большей степени, чем для калькулезного в связи с частыми расстройствами гемодинамики и электролитными нарушениями на фоне основного заболевания. Клиническим отражением илеуса выступают анорексия, тошнота, повторная рвота, не приносящая облегчения, вздутие живота и ослабление перистальтических шумов. Возможна одышка вследствие вынужденного ограничения глубины вдоха. При пальпации и перкуссии живота определяются характерные симптомы (Приложение Г, таблицы 1 и 2), наиболее информативным из которых признан симптом Мерфи. В зависимости от реактивности организма и характера основного заболевания, повышение температуры тела может соответствовать субфебрильным, фебрильным значениям или отсутствовать. Возможно присоединение желтухи вследствие вовлечения в воспаление прилегающей ткани печени, желчных протоков и лимфоузлов. В отсутствие перфорации ЖП признаки разлитого перитонита не определяются.

Клинические рекомендации Минздрава России. Холецистит, 2024 г.

(1)

2. Вопрос

Для постановки диагноза в анамнезе имеет значение

1. давность заболевания - около 10 часов назад
2. возникновение чувства тяжести в правом подреберье

3. связь появления болей с обильным приемом жирной пищи

4. отягощенная наследственность

Правильный ответ: связь появления болей с обильным приемом жирной пищи

ХрХ нередко сопутствуют диспепсические симптомы, обусловленные нарушениями моторики верхних отделов органов пищеварения и сочетанными заболеваниями - изжога, горечь во рту, тошнота, тяжесть и переполнение в эпигастральной области после приема пищи, нарушения стула. Эти симптомы нельзя рассматривать как строго специфические именно для холецистита.

Клинические рекомендации Минздрава России. Холецистит, 2024 г.

(1)

3. Вопрос

При физикальном осмотре диагностическое значение имеют

1. симптом Ровзинга, Псоас-синдром
2. симптом Воскресенского, симптом Кера , симптом Мюсси - Георгиевского
3. Псоас-синдром

4. симптом Захарьина, симптом Ортнера, симптом Кера , симптом Мюсси - Георгиевского, симптом Образцова

Правильный ответ: симптом Захарьина, симптом Ортнера, симптом Кера , симптом Мюсси - Георгиевского, симптом Образцова

Данные пальпации живота при остром холецистите

[width="100%", cols="1,1", options="header"]

|===

.|Приемы .|Данные

|Пальпация/перкуссия в точке ЖП

|Болезненность – симптом Захарьина Возможно защитное напряжение мышц Выявление увеличенного напряженного ЖП у 25-50% пациентов

|Перкуссия в проекции ЖП на высоте вдоха

|Болезненность- симптом Василенко

|Введение пальцев под реберную дугу на высоте вдоха или при кашле

|Выраженная болезненность (пациент вскрикивает, возможен рефлексорный ларингоспазм) – симптом Мерфи

|Поколачивание ребром ладони по реберной дуге слева и справа

|Выраженная болезненность справа – симптом Ортнера

|Пальпация между ножками правой грудино- ключично-сосцевидной мышцы

|Выраженная болезненность – симптом Мюсси-Георгиевского (френикус- симптом)

|Оценка симптома Щеткина-Блюмберга

|Положительный в проекции ЖП

|===

Клинические рекомендации Минздрава России. Холецистит, 2024 г.

(1)

2. Диагноз

4. Вопрос

Учитывая анамнез, данные осмотра больной можно поставить диагноз

1. Прободная язва
2. Правосторонняя нижнедолевая пневмония
3. Острый панкреатит

4. Острый холецистит

Правильный ответ: Острый холецистит

Диагноз острого и хронического холецистита во всех случаях рекомендуется устанавливать с учетом всего комплекса клинических, лабораторных и инструментальных данных.

Клинические рекомендации Минздрава России. Холецистит, 2024 г.

(1)

6. Диагноз

6.1. Острый холецистит

5. Вопрос

Прободение желчного пузыря чаще всего происходит

1. через 48 - 72 ч от начала заболевания

2. у больных пожилого и старческого возраста

3. через 72 - 84 ч от начала заболевания

4. у больных с камнями в желчном пузыре

Правильный ответ: через 48 - 72 ч от начала заболевания

Клиническая картина острого холецистита, осложненного перфорацией, характеризуется появлением боли сначала в правом подреберье, а затем - по всему животу. Прободение желчного пузыря чаще всего происходит через 48 - 72 ч от начала заболевания, и, как правило, у больных пожилого и старческого возраста.

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛЫ) ПО ОКАЗАНИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

(1)

6. Вопрос

Анамнез заболевания более 72 часов, пальпируемый желчный пузырь или инфильтрат в правом подреберье, лейкоцитоз более $18 \times 10^9/\text{л}$ соответствует + _____ + течению

1. тяжелому

2. легкому

3. крайне тяжелому

4. умеренно тяжелому

Правильный ответ: умеренно тяжелому

II степень - умеренно тяжелое течение холецистита (имеется ≥ 1 из перечисленных признаков):
Лейкоцитоз $> 18 \times 10^9/\text{л}$

Пальпируемое болезненное объемное образование в правом подреберье

Продолжительность атаки > 72 ч

Значительные выраженные признаки местного воспаления и осложнения (гангренозный холецистит, околопузырный абсцесс, абсцесс печени, желчный перитонит, эмфизематозный холецистит).

Клинические рекомендации Минздрава России. Холецистит, 2024 г.

(1)

3. Лечение

7. Вопрос

Внутривенное введение спазмолитической смеси

1. производят в обязательном порядке
- 2. возможно при стабильных показателях гемодинамики**
3. на догоспитальном этапе не показано
4. возможно при длительном ожидании госпитализации

Правильный ответ: возможно при стабильных показателях гемодинамики

Пациентам с обострением хронического акалькулезного холецистита с целью купирования боли рекомендуется назначение спазмолитиков (препараты для лечения функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта) до разрешения симптомов.

Клинические рекомендации Минздрава России. Холецистит, 2024 г.

(1)

8. Вопрос

При наличии признаков гиповолемии, выраженной интоксикации, положительных симптомов раздражения брюшины рекомендовано внутривенное введение

1. физиологического раствора 0,9% - 1200 мл
2. раствора глюкозы 10% - 500 мл
3. раствора глюкозы 5% - 750 мл
- 4. физиологического раствора 0,9% - 400 мл**

Правильный ответ: физиологического раствора 0,9% - 400 мл

Начальное лечение ОАХ осуществляют с помощью инфузионной терапии и назначения антибиотиков, с мониторингом артериального давления, пульса и темпа диуреза. Следует считаться с тем, что при консервативном лечении ОАХ клинические проявления заболевания могут как стихать, так и прогрессировать.

Клинические рекомендации Минздрава России. Холецистит, 2024 г.

(1)

9. Вопрос

Хирургическое лечение с целью предотвращения возможных осложнений рекомендуется выполнять в период до ____ часов от начала заболевания

1. 85
2. 80
- 3. 72**
4. 90

Правильный ответ: 72

Хирургическое лечение пациентам с острым акалькулезным холециститом с целью предотвращения возможных осложнений рекомендуется выполнять в ранние сроки (до 72 часов) от начала заболевания.

Клинические рекомендации Минздрава России. Холецистит, 2024 г.

(1)

10. Вопрос

Маршрутизация пациентки включает

1. наблюдение в динамике в условиях фельдшерско-акушерского пункта
2. направление пациента в плановом порядке для дообследования в стационар, оказывающий медицинскую помощь по профилю «хирургия»

3. экстренную госпитализацию в стационар, оказывающий медицинскую помощь по профилю «хирургия»

4. наблюдение в динамике на дому

Правильный ответ: экстренную госпитализацию в стационар, оказывающий медицинскую помощь по профилю «хирургия»

При остром акалькулезном холецистите показана госпитализация пациента в хирургический стационар для лечения.

Клинические рекомендации Минздрава России. Холецистит, 2024 г.

(1)

4. Вариатив

11. Вопрос

При стабильных показателях гемодинамики возможно введение

1. смеси анальгетиков и спазмолитиков: 2 мл - 0,2 % раствора платифиллина гидротартрата, 1 мл - 0,1 % раствора атропина сульфата, 1,0 мл - 2% раствора промедола
2. смеси анальгетиков и спазмолитиков: 2 мл - 2 % раствора дротаверина, 2 мл - 2 % раствора папаверина гидрохлорида, 1,0 мл - 2% раствора промедола
3. смеси анальгетиков и спазмолитиков: 2 мл - 2 % раствора дротаверина, 2,0 мл - 1% раствора морфина гидрохлорида

4. спазмолитической смеси: 2 мл - 2 % раствора дротаверина, 2 мл - 2 % раствора папаверина гидрохлорида, 2 мл - 0,2 % раствора платифиллина гидротартрата и 1 мл - 0,1 % раствора атропина сульфата

Правильный ответ: спазмолитической смеси: 2 мл - 2 % раствора дротаверина, 2 мл - 2 % раствора папаверина гидрохлорида, 2 мл - 0,2 % раствора платифиллина гидротартрата и 1 мл - 0,1 % раствора атропина сульфата

Спазмолитики (препараты для лечения функциональных нарушений желудочно-кишечного тракта) показали эффективность в купировании билиарной боли и диспепсических явлений, обусловленных спазмом гладкой мускулатуры. В условиях спазма сфинктеров желчных протоков нарушается опорожнение желчного пузыря и нормальный отток желчи в 12-перстную кишку, что способствует развитию воспаления и билиарного сладжа. Предпочтительно применение препаратов со спазмолитическим действием (АТХ А03), обладающих наиболее высокой селективностью в отношении гладкой мускулатуры желчевыводящих путей и минимально выраженными системными эффектами.

Клинические рекомендации Минздрава России. Холецистит, 2024 г.

(1)

12. Вопрос

Методом исследования, предпочтительным для уточнения диагноза является

1. обзорная рентгенография брюшной полости
2. магнитно-резонансная томография
3. компьютерная томография

4. ультразвуковая диагностика

Правильный ответ: ультразвуковая диагностика

Консервативное лечение ОАХ, особенно у пациентов пожилого и старческого возраста часто затушевывает клиническую симптоматику, не предотвращая прогрессирования деструктивных изменений в ЖП и воспалительных явлений в брюшной полости. В этой связи целесообразно выполнение контрольного исследования уровня лейкоцитов в крови, контрольного УЗИ желчного пузыря и желчных протоков.

Клинические рекомендации Минздрава России. Холецистит, 2024 г.

(1)

Лечебное дело - кейс 2

Образование: Среднее образование | Специализация: Лечебное дело

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

Фельдшер ФАПа вызван на дом к пациенту Е., 56 лет.

1.2. Жалобы

На слабость, выраженную одышку и сердцебиение при незначительной физической нагрузке (при вставании с постели, при разговоре), ощущение перебоев в работе сердца, тяжесть в правом подреберье, увеличение живота, постоянные отеки на нижних конечностях.

1.3. Анамнез заболевания

В апреле 2017 года перенес крупноочаговый инфаркт миокарда, по поводу чего лечился в кардиологическом отделении. Ежегодно проходит стационарное лечение в отделениях кардиологии и аритмологии.

1.4. Анамнез жизни

- рос и развивался нормально
- профессия: повар
- перенесенные заболевания и операции: детские инфекции, хронические заболевания отрицает, аппендектомия
- наследственность: отец перенес несколько инфарктов миокарда, у матери гипертоническая болезнь
- вредные привычки: курит, алкоголь употребляет умеренно
- аллергоанамнез: без особенностей

1.5. Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести. Лежит с поднятым изголовьем. При осмотре лица определяется акроцианоз. ЧДД до 30 в мин. Над всей поверхностью легких при перкуссии звук с коробочным оттенком. При аускультации легких дыхание ослабленное, везикулярное, в нижних отделах единичные мелкопузырчатые влажные хрипы. Пульс аритмичен, удовлетворительного наполнения и напряжения, 102 в мин. Левая граница относительной тупости сердца на 2 см влево от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, аритмичны. Частота сердечных сокращений 116 в мин., пульс – 100 ударов в минуту. АД 140/60. Живот увеличен в объеме, имеет форму «лягушачьего». Перкуторно в отлогих местах живота определяется тупость. Печень на 7 см выступает от края реберной дуги по правой среднеключичной линии, плотноэластичной консистенции, безболезненная с заостренным краем. Селезенка не увеличена. Массивные отеки нижних конечностей, отечность в области крестца. Стул и диурез в норме.

1. План обследования

1. Вопрос

Биологическими маркерами хронической сердечной недостаточности являются

1. мочевины и креатинина
2. натрийуретические пептиды
3. трансаминазы крови
4. общий белок и фракции

Правильный ответ: натрийуретические пептиды

Натрийуретические пептиды - биологические маркеры ХСН, показатели которых также используются для контроля эффективности лечения. Нормальный уровень натрийуретических пептидов у нелеченых пациентов практически позволяет исключить поражение сердца, что делает диагноз ХСН маловероятным.

Клинические рекомендации, Хроническая сердечная недостаточность, 2020 г.

(1)

3. Результаты обследования

3.1. Натрийуретические пептиды

NT-proBNP – 148пг/мл

BNP – 56 пг/мл

3.4. Трансаминаза крови

Исследуемый компонент	Результат	Норма	Единица измерения
Общий белок	74	64-83	г/л
Мочевина	3,1	2,5-8,3	ммоль/л
Креатинин	85	44-132	мкмоль/л
Мочевая кислота	247	200-420	мкМ/л
Холестерин	7,8	3,5-6,2	ммоль/л
Триглицериды	1,43	0,11-2	ммоль/л
Коэффициент атерогенности	5,1	0-3,5	
ЛПВП	1,27	≥1,15	ммоль/л
ЛПНП	5,07	0-3,8	ммоль/л
Билирубин общий	13,7	5,1-20,5	мкМ/л
Билирубин прямой	3,6	0-5,1	мкМ/л
АЛТ	89,0	0-40	Ед/л
АСТ	61,0	0-40	Ед/л
Глюкоза	5,9	3,6-6,3	ммоль/л
ЛДГ	230	200-420	Ед/л
Калий	4,0	3,5-5,5	ммоль/л
Натрий	140	130-150	ммоль/л
КФК	60,0	24-190	Ед/л

Трансаминаза крови

2. Вопрос

К необходимому для постановки диагноза ХСН инструментальному методу обследования относится

1. суточное мониторирование артериального давления (АД)
2. нагрузочная проба под контролем электрокардиографии (ЭКГ)
3. рентгенография легких

4. электрокардиография (ЭКГ)

Правильный ответ: электрокардиография (ЭКГ)

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.

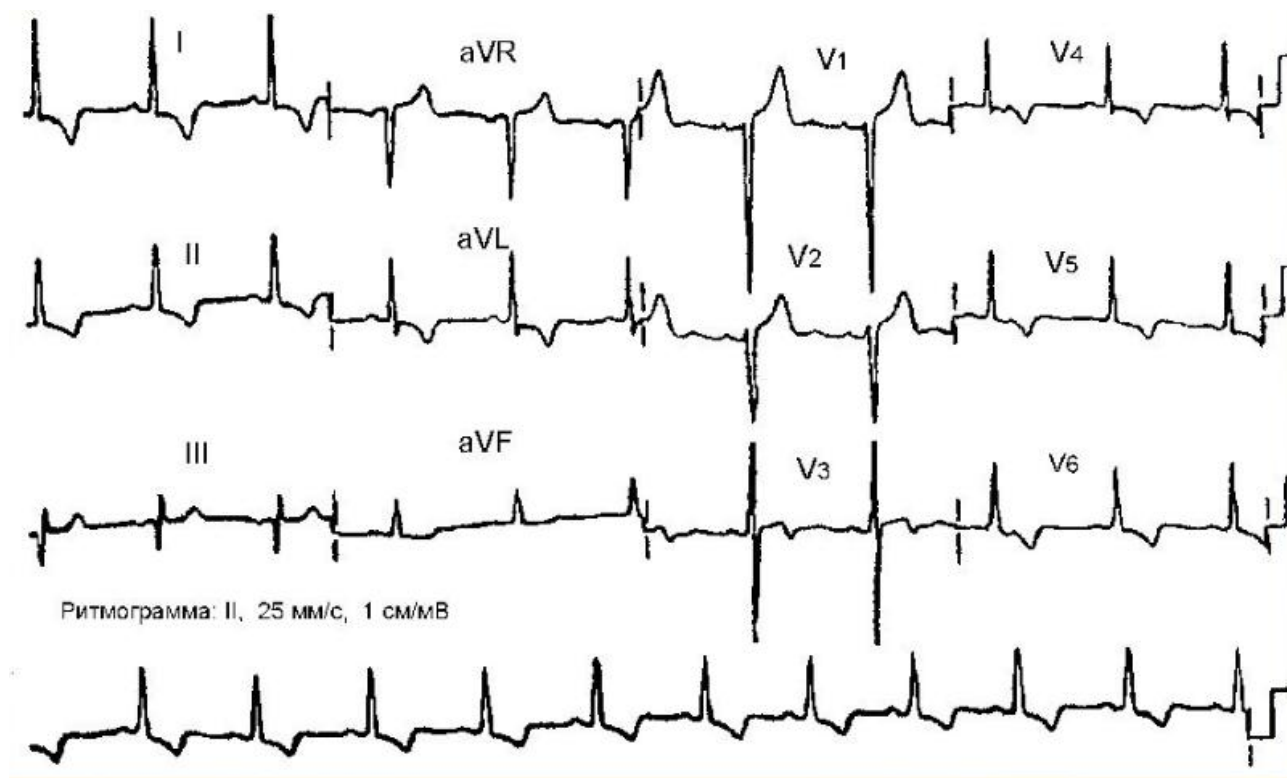
Клинические рекомендации, Хроническая сердечная недостаточность, 2020 г.

(1)

5. Результаты инструментальных методов обследования

5.1. ЭКГ

Заключение: Выраженная гипертрофия левого желудочка сердца. Смещение электрической оси сердца в лево



ЭКГ

2. Диагноз

3. Вопрос

Какой диагноз можно поставить данному пациенту на основании жалоб, физикального обследования, лабораторных и инструментальных исследований?

1. Бронхиальная астма. Стадия декомпенсации. Период приступов
2. Тромбоэмболия легочной артерии
3. Хроническая обструктивная болезнь легких в стадии декомпенсации. ДН III степени

4. Ишемическая болезнь сердца: постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда 2017 г.) ХСН III стадия. IV ФК NYHA. Декомпенсация. Сердечная астма

Правильный ответ: Ишемическая болезнь сердца: постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда 2017 г.) ХСН III стадия. IV ФК NYHA. Декомпенсация. Сердечная астма

Диагноз поставлен на основании наличия жалоб на утомляемость, одышку, отеки ног и сердцебиение.

Клинические рекомендации, Хроническая сердечная недостаточность, 2020 г.

(1)

Наиболее распространенных симптомов и признаков, выявляемых при физикальном обследовании.

(2)

Всем пациентам с предполагаемым диагнозом ХСН рекомендуется исследование уровня мозгового натрийуретического пептида (BNP) и N-терминального фрагмента натрийуретического пропептида мозгового (NT-proBNP) в крови.

(3)

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.

(4)

7. Диагноз

7.1. Ишемическая болезнь сердца: постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда 2017 г.) ХСН III стадия. IV ФК NYHA. Декомпенсация. Сердечная астма

4. Вопрос

Основными причинами развития ХСН (левожелудочковой) являются

- 1. артериальная гипертензия (АГ) и ишемическая болезнь сердца (ИБС)**
2. хронический пиелонефрит и хронический гломерулонефрит
3. язвенная болезнь желудка и хронический панкреатит
4. хронический бронхит и хронический гепатит

Правильный ответ: артериальная гипертензия (АГ) и ишемическая болезнь сердца (ИБС)

Существует большое количество причин развития ХСН

В РФ основными причинами ХСН являются артериальная гипертензия (АГ) и ишемическая болезнь сердца (ИБС)

Клинические рекомендации, Хроническая сердечная недостаточность, 2020 г.

(1)

(2)

3. Лечение

5. Вопрос

Признаками застоя по малому кругу кровообращения являются

1. смешанная одышка, шум трения плевры, сухие хрипы
2. экспираторная одышка, сухие свистящие хрипы
3. смешанная одышка, крепитация, шум трения плевры
- 4. ортопноэ, влажные незвонкие хрипы в легких**

Правильный ответ: ортопноэ, влажные незвонкие хрипы в легких

Признаки застоя по малому кругу кровообращения возникают за счет повышения давления в капиллярах легких и по тяжести клинических проявлений варьируются от слабости и утомляемости до развернутой картины отека легких. К типичным признакам относится также ортопноэ, пароксизмальная одышка по ночам, влажные не звонкие хрипы при аускультации обоих легких и характерные изменения на рентгенограмме грудной клетки.

Клинические рекомендации, Хроническая сердечная недостаточность, 2020 г.

(1)

6. Вопрос

Признаками застоя по большому кругу кровообращения являются

1. учащенное мочеиспускание, боли в поясничной области
- 2. увеличение печени, двусторонние периферические отеки, асцит**
3. одышка смешанного генеза, нарушение ритма
4. интенсивные боли за грудиной, нарушение ритма

Правильный ответ: увеличение печени, двусторонние периферические отеки, асцит

Признаки застоя по большому кругу кровообращения включают растяжения вен шеи, увеличение печени, гепато-югулярный рефлюкс, симптомы застоя в пищеварительном тракте, двусторонние периферические отеки, асцит. Быстро нарастающий застой по большому кругу кровообращения может сопровождаться болезненностью в правых отделах живота за счет растяжения капсулы печени.

Клинические рекомендации, Хроническая сердечная недостаточность, 2020 г.

(1)

7. Вопрос

При комбинации применения антагонистов альдостерона с иАПФ/АРА и бета-адреноблокаторами развивается

1. гипонатриемия
2. гипернатриемия
- 3. гиперкалиемия**
4. гипокалиемия

Правильный ответ: гиперкалиемия

При применении альдостерона антагонистов в комбинации с иАПФ/АРА и бета-адреноблокаторами наиболее опасно развитие выраженной гиперкалиемии $\geq 6,0$ ммоль/л, что встречается в повседневной клинической практике значительно чаще, нежели чем в проведенных исследованиях

Клинические рекомендации, Хроническая сердечная недостаточность, 2020 г.

(1)

8. Вопрос

Для устранения симптомов, связанных с задержкой жидкости у пациентов с ХСН используют

1. антагонисты кальция
- 2. диуретики**
3. бета - блокаторы
4. ингибиторы АПФ

Правильный ответ: диуретики

В отличие от остальных средств терапии эффект диуретиков на заболеваемость и смертность пациентов с ХСН в длительных исследованиях не изучался. Тем не менее, применение мочегонных препаратов устраняет симптомы, связанные с задержкой жидкости (периферические отеки, одышку, застой в легких), что обосновывает их использование у пациентов с ХСН независимо от ФВ ЛЖ

Клинические рекомендации, Хроническая сердечная недостаточность, 2020 г.

(1)

9. Вопрос

При применении ингибиторов АПФ часто возникает индивидуальная непереносимость в виде

1. отеков нижних конечностей
2. дизурии
3. головной боли

4. кашля

Правильный ответ: кашель

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, Хроническая сердечная недостаточность, 2020 г.

(1)

10. Вопрос

В составе комбинированной терапии для лечения всем пациентам с симптоматической сердечной недостаточностью (ФК II-IV) назначают

1. холеретики, H₂ – блокаторы гистаминных рецепторов
2. ингибиторы протонной помпы, ферментные препараты
3. нестероидные противовоспалительные, антибактериальные препараты

4. ингибиторы АПФ/антагонисты рецепторов ангиотензина II, бета-адреноблокаторы и альдостерона антагонисты

Правильный ответ: ингибиторы АПФ/антагонисты рецепторов ангиотензина II, бета-адреноблокаторы и альдостерона антагонисты

Ингибиторы АПФ/антагонисты рецепторов ангиотензина II/ валсартан+сакубитрил**, бета-адреноблокаторы и альдостерона антагонисты рекомендуются в составе комбинированной терапии для лечения всем пациентам с симптоматической сердечной недостаточностью (ФК II-IV) и сниженной фракцией выброса ЛЖ <40% для снижения госпитализации из-за СН и смерти.

Клинические рекомендации, Хроническая сердечная недостаточность, 2020 г.

(1)

4. Вариатив

11. Вопрос

В успешном лечении ХСН имеет значение модификация факторов риска, таких как

1. отказ от курения, ограничение поваренной соли

2. обильное питье
3. интенсивная физическая нагрузка
4. отказ от употребления белковой пищи

Правильный ответ: отказ от курения, ограничение поваренной соли

Важным аспектом в успешном лечении ХСН является модификация факторов риска (отказ от курения, контроль артериального давления при артериальной гипертензии, контроль уровня сахара крови при сахарным диабетом, поддержание нормальной массы тела), соблюдение рекомендаций по питанию (ограничение потребления поваренной соли, умеренное употребление жидкости) и физической активности.

Клинические рекомендации, Хроническая сердечная недостаточность, 2020 г.

(1)

12. Вопрос

За пациентами с компенсированной хронической сердечной недостаточностью ведет наблюдение врач

1. гастроэнтеролог
2. невролог

3. общей практики

4. аритмолог

Правильный ответ: общей практики

Считается, что в большинстве случаев ХСН вполне достаточно наблюдения под контролем врачей общей практики при условии, что последние обладают соответствующими знаниями и опытом в ведении таких пациентов. Однако если у пациента, несмотря на прием стандартной терапии по поводу ХСН, сохраняются те или иные симптомы, к его ведению следует подключать врача-кардиолога.

Клинические рекомендации, Хроническая сердечная недостаточность, 2020 г.

(1)