

Лечебное дело - кейс 2

Materials for the selected specialty

Тип: Кейсы | Образование: Среднее образование | Специализация: Лечебное дело | Записей: 1 | Кейс: 2 | Вопросы: 12

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 отлогах 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 креатинин

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.

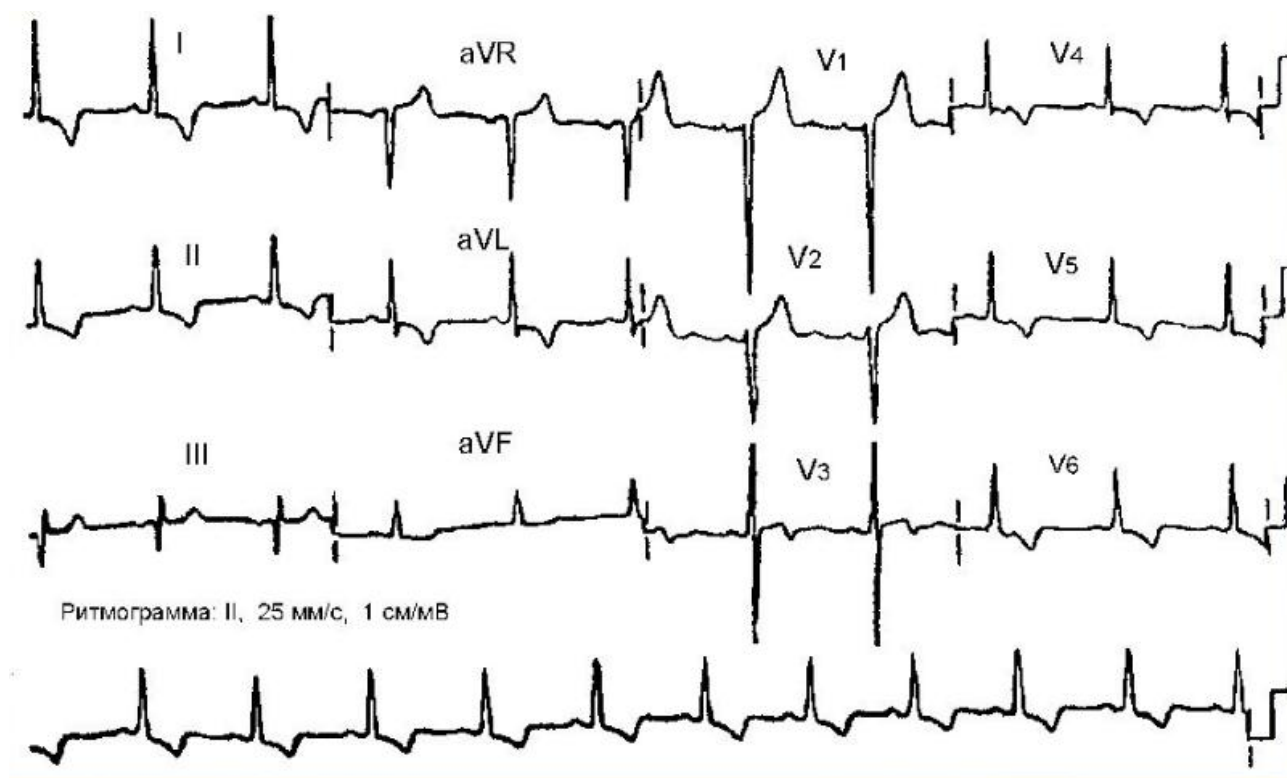
Клинические рекомендации, Хроническая сердечная недостаточность, 2020 г.

(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)