

Тестові питання для самоконтролю

1. Хронічний міокардит діагностується за наявності клініко-лабораторних змін протягом:

- а) понад 6 місяців;
- б) до 2 місяців;
- в) 2–4 місяці.

2. Хворий Д, 38 років. Працює головним бухгалтером бюджетуючого підприємства. Поступив до обласної лікарні в стані кардіогенного шоку. В процесі обстеження та лікування встановлено діагноз гострий дифузний міокардит. Перебіг ускладнився кардіогенним шоком, пароксизмами рецидивуючої гемодінамічно значущої шлуночкової тахікардії. Проводилися неодноразові електричні кардіоверсії. Тромбоемболічні ускладнення (догоспітально): тромбоз лівої стегнової артерії (проведена тромбектомія), правої та лівої (госпітально) ниркової артерії (замінний гемодіаліз із відновленням функції нирки). Протягом місяця – покращення стану. Протягом наступних 2 місяців проходить лікування за кордоном за особистим бажанням. Доцільні дії кардіолога, що спостерігає хворого:

- а) корекція терапії, завершення лікування та рекомендації повернення на роботу;
- б) продовження лікування, направлення на лікарську консультативну комісію для проміжного визначення працездатності;
- в) направити на МСЕК у встановлений термін за тяжкістю стану.

3. Клінічна ситуація задачі 2. З урахуванням тяжкості захворювання лікар спрямував хворого на МСЕК. При клінічному огляді, аналізі результатів лабораторного та інструментального обстеження встановлено: в лабораторних показниках відсутні ознаки запалення. Рентгенологічно серце не розширене. За даними ЕхоКГ фракція 57%, нявні ознаки діастолічної дисфункції лівого шлуночка. За даними клініки Дюка (міокардіальна біопсія) у хворого вірусний міокардит (збудник вірус Епштейна–Барр), призначено лікування (специфічна противірусна терапія, блокатори інтерлейкінів). Яке рішення можна очікувати від МСЕК:

- а) у зв'язку з тяжкістю захворювання та соціального фактора надати першу групу інвалідності;
- б) продовжити лікування протягом 2 місяців з подальшим повторним освідченням на МСЕК (за згодою хворого);
- в) надати другу групу інвалідності.

4. Клінічна ситуація та сама. Враховуючи бажання хворого, МСЕК прийняла рішення продовжити лікування з повторним освідченням МСЕК через 2 місяця. Дії кардіолога, що проводить диспансерне спостереження:

- а) рекомендувати санаторне лікування;
- б) рекомендувати повторне детальне лабораторне обстеження, з урахуванням діастолічної дисфункції;
- в) амбулаторне спостереження з призначенням гормонів.

5. Клінічна ситуація та сама. Хворого було спрямовано на реабілітацію до профільного санаторію, а також лікарем кардіологом відмінена противірусна терапія та призначено глюкокортикостероїди, диклофенак, триметазидін, аргініну гідрохлорид та комплекс кверцетину з повідомом, чергувати внутрішньовенне введення з прийомом кверцетину для перорального прийому в формі порошку. Під час перебування в санаторії хворий Д. захворів на гостру респіраторну вірусну інфекцію, після тижня лікування відмічає перебої в роботі серця та короткотривалі пресинкопальні стани. Перериває реабілітацію. Звертається до кардіолога. Очікувані дії лікаря:

- а) призначити додатково аміодарон;
- б) погодитися з бажанням хворого про обстеження в лікарні Дюка;

в) провести в умовах стаціонару необхідне клінічне, лабораторне та інструментальне обстеження.

6. Клінічна ситуація та сама. Хворого було спрямовано в кардіологічну клініку. Під час обстеження в лабораторних аналізах – підвищення прозапальних ферментів. Тропонін I негативний за даними тест-смужки. Зниження фракції викиду до 48%. При добовому моніторингу виявлена рецидивуюча шлуночкова тахікардія, ознаки синоатріальної (СА) блокади з паузами ритму до 3,46 с. Періоди прискореного ритму з АВ-вузла з частотою 70 за хвилину. Очікувані рекомендації консилиуму:

- а) збільшити дозу аміодарону + антибактеріальна терапія;
- б) погодитися з бажанням хворого щодо обстеження та лікування в лікарні Дюка;
- в) імплантація постійного кардіостимулятора.

7. Клінічна ситуація та сама. Хворого було направлено з кардіологічної в кардіохірургічну клініку для імплантації кардіостимулятора. Встановлено однокамерний стимулятор «за потребою». При обстеженні в кардіохірургічній клініці встановлено зниження фракції викиду до 45%. Виписаний. Стан суб'єктивно без поліпшення. Рекомендовано звернутися до терапевта за місцем реєстрації. Звернувся до кардіолога. Терапія: аміодарон, диклофенак, преднізолон, азитроміцин. З урахуванням змін стану хворого АКК приймає рішення повторного направлення на МСЕК. Найбільш обґрунтоване рішення МСЕК:

- а) третя група;
- б) друга група;
- в) направити хворого до іншого лікувального закладу для проведення обстеження та лікування, продовжити термін лікування на 2 місяці за згодою хворого.

8. Клінічна ситуація та сама. МСЕК направило хворого до національної установи з профільних питань. Хворий відмовився. Звернувся повторно до клініки Дюка. Проведено всебічне обстеження, в тому числі міокардіальна біопсія. За результатами обстеження – в біоптатах масивна лімфоцитарна інфільтрація, знижена фракція викиду до 42%. Проведене хемофлюоресцентне дослідження біоптатів з підтвердженням ураження клітин вірусом Епштейна–Барр. Консультований спеціалістом з вірусних захворювань, призначена специфічна терапія. Госпітальний період – 2 місяця, в тому числі 1 місяць лікування в реабілітаційному відділенні. Терапія назначена терміном на 1 рік. Повернувшись до Харкова, звернувся до МСЕК. Найбільш вірогідне рішення МСЕК:

- а) третя група інвалідності;
- б) друга група інвалідності;
- в) перша група інвалідності.

9. Клінічна ситуація та сама. Хворому рішенням МСЕК надано другу групу інвалідності. Протягом року стан задовільнений. Призначена терапія проводиться в повному обсязі, за рік 2 рази перебував на обстеженні в клініці Дюка, де проводилася корекція лікарем з інфекційних захворювань та кардіологом. Звернувся до кардіолога за місцем проживання, проведено обстеження. Виявлено відсутність лабораторних маркерів активного запалення, фракція викиду лівого шлуночка 70%, розширення порожнини серця немає, діастолічна дисфункція відсутня. Проїшов МСЕК повторно, друга група інвалідності підтверджена. Лікар-кардіолог вирішує зняти хворого з диспансерного обліку та передати його для спостереження сімейному лікарю. На вашу думку, чи обґрунтовані дії лікаря-кардіолога:

- а) так;
- б) ні;
- в) я зробив би те ж саме.