**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

**ОШСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

**КАФЕДРА «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ 2»**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

«**Обсуждено**» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ***«Утверждено****»-*

на заседании кафедры\_\_\_\_\_\_\_ Председатель УМС

Прот.№\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_2019 г факультета\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зав.каф. Садыкова А.А. **Т**урсунбаева А.Т.

План-разработка практического занятия №28

на тему: **Лечение и профилактика стенокардии.**

по дисциплине: **«Внутренние болезни 2 »**

для студентов, обучающихся по специальности:

**( 560002) Педиатрия**

Составитель: Исмаилова Ф.У.

Ош – 2019

**Тема практического занятия:**

«**Лечение и профилактика стенокардии**». (50мин)

**План занятия:**

1. Тактика ведения, лечение больных со стенокардией.
2. Ведение больных после выписки из стационара.
3. Прогноз и профилактика стенокардии.
4. Демонстрация пациента на данную тему.

**Задачи:**

 1. Формировать умения анализировать, активно использовать полученные знания и

 умения в профессиональной деятельности.

 2. Формировать готовность и способность целесообразно действовать в соответствии

 со стандартами оказания медицинской помощи в конкретных клинических ситуациях.

 3. Формировать готовность и способность мобилизовать профессионально важные

 качества (толерантность, ответственность, способность работать в коллективе,

 стремление к саморазвитию), обеспечивающие продуктивность трудовой

 деятельности специалиста.

 **Вид занятия:** практическое

**Контрольные вопросы:**

1. Расскажите принципы лечения стенокардии.
2. Назовите группы препаратов, используемых при возникновении приступа стенокардии
3. Расскажите о методе стентирования коронарных артерий.
4. Укажите профилактические мероприятия стенокардии.
5. Уточните осложнения и прогноз стенокардии.

**Цель практического занятия:** Научиться распознавать различные формы стенокардий. Научиться составлять план обследования больных со стенокардиями и проводить дифференциальный диагноз. Научиться составлять план лечения больных со стенокардиями.

 **Средства обучения и контроля:**

 1. методическая разработка занятия

 2. учебно-методическое пособие для самоподготовки студентов к занятию

 3. дидактические средства контроля и тренажа:

1. тестовые задания;
2. ситуационные задачи с эталоном ответов;

**Формы контроля:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Форма контроля** | **Цель** |
| Индивидуальный устный | * выявить уровень теоретической подготовки, умения оперировать знаниями;
* определить уровень логического, клинического мышления;
* развивать речь
 |
| Индивидуальный письменный | * выявить уровень подготовленности всей группы и каждого студента в отдельности
 |
| Практический* решение учебных заданий проблемного характера
* выполнение практических действий, заданий
 | * выявить уровень самостоятельного мышления, умения анализировать явления, выделять главное
* определить уровень клинического (профессионального) мышления;
* проверить умение выполнения манипуляции, практического действия.
 |

**Междисциплинарные связи:**

|  |  |
| --- | --- |
| *Дисциплины и профессиональные модули* | *Тема* |
| 1. Общепрофессиональные дисциплины- Анатомия и физиология человека- Латинский язык | * Сердечно-сосудистая система.
* Терминология.
 |
|  Диагностическая деятельность- Пропедевтика клинических дисциплин  | * Методы обследования пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.
* Дополнительные методы обследования пациентов с заболеваниями сердца.
 |
|  Общепрофессиональные дисциплины - Клиническая фармакология  | * Спазмолитики
* Гипотензивные средства
* Антиагреганты и антикоагулянты
* Витамины
* Жаропонижающие
* Дезинтоксикационные средства
 |

**Внутридисциплинарные связи:**

 1. Гипертоническая болезнь.

 2. Инфаркт миокарда.

 3. Атеросклероз сосудов.

 **Уровни усвоения:** 2,3

2. – репродуктивный (выполнение деятельности по образцу, инструкции или под руководством);

3. – продуктивный (планирование и самостоятельное выполнение деятельности, решение проблемных задач).

**Карта компетенции:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Код и формулировка компетенций** | **Результаты обучения** **(ООП)** | **Результат обучения** **(дисциплины)**  | **Результаты обучения**  **(темы)** |
| **1.** | ПК13- способен выявлять у пациентов основные симптомы и синдромы заболеваний, использовать алгоритм постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложнений) с учетом МКБ-10, выполнять основные диагностические мероприятия по выявлению неотложных синдромов, угрожающих жизни.**ПК 16** - способен назначать больным детям и подросткам адекватное лечение в соответствии с диагнозом; **ПК 17** - способен осуществлять детям и подросткам первую врачебную помощь в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояниях, направить на госпитализацию больных в плановом и экстренном порядке; | **РОооп-5**- Владеет алгоритмом постановки предварительного, клинического и заключительного диагнозов и методами проведения судебно-медицинской экспертизы.**РО 8 –** Владеет алгоритмом постановки предварительного, клинического и заключительного диагноза, выполнения лечебных мероприятий наиболее часто встречающихся заболеваний и оказанию первой врачебной помощи при неотложных и жизнеугрожающих состояниях детей и подростков**.** | **РОд-1:** способен и готов анализировать причины и механизмы развития заболевания, клиническую картину, классификацию и диагностические мероприятия; способен к оформлению медицинских документов.**РОд-2:** способен и готов использовать современные подходы в диагностике и лечении заболеваний, оказанию неотложной помощи при жизнеугрожающих состояниях. | **РОт**: Знает и понимает: Этиологию, патогенез, классификацию, клиническую картину стенокардий. - Методы современной диагностики и дифференциальный диагноз стенокардий с учетом их течения и осложнения.Умеет на основании жалоб, анамнеза, физикального обследования:- выявить у больного, симптомы стенокардии;- составить план лабораторного и инструментального обследования для подтверждения предполагаемого диагноза стенокардии и интерпретировать полученные результаты;- сформулировать развернутый клинический диагноз, руководствуясь современной классификацией стенокардий;- произвести детализацию диагноза у конкретного больного, а именно, этиологию, механизм развития болезни, осложнений; - произвести обоснование клинического диагноза у больного с оценкой результатов обследования и выявить критерии диагностики;Владеет: - методикой назначения адекватной индивидуальной терапии;- навыками определения прогноза у конкретного больного;- мерами вторичной профилактики и экспертизы трудоспособности; – навыками оказания первой медицинской помощи при неотложных состояниях. |

***После изучения темы занятия студент должен уметь:***

* проводить обследование пациента со стенокардиями;
* определять тяжесть состояния пациента;
* определять план обследования пациента со стенокардиями;
* проводить дифференциальную диагностику различных типов стенокардий с другими патологическими состояниями;
* оценивать результаты лабораторных и инструментальных методов исследования;
* определять тактику ведения пациента со стенокардиями;
* оказывать лечебные мероприятия при развитии приступов стенокардии;
* оценивать эффективность лечебных мероприятий;

 ***После изучения темы занятия студент должен знать:***

* определение понятия «КБС. Стенокардия»;
* классификацию стенокардий;
* причины развития, патогенез стенокардий;
* клинические проявления стенокардий в зависимости от течения;
* дополнительные методы диагностики стенокардий;
* дифференциальную диагностику стенокардий с другими патологическими состояниями;
* принципы лечения стенокардий;
* критерии эффективности лечебных мероприятий при стенокардиях;
* показания к госпитализации пациентов со стенокардиями.

**Ход занятия**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Этапы занятия** | **Цели этапов занятия** | **Деятельность преподавателя** | **Деятельность студента** | **Методы, механизмы** | **Результаты обучения** | **Оборудование занятия** | **Время**  |
| 1 | Организационный момент | Ознакомление с новой темой, его вопросами | Преподаватель объявляет тему, цели занятия, акцентирует внимание на важности, сложности изучения данной темы; объясняет ход занятия.  | Записывают тему и его вопросы, отмечают для себя некоторые важные моменты темы. | Методом проверки конспектов по данной теме. | Обращение внимания студентов к занятию, умение выявлять симптомы ОРЛ. Студент может диагностировать ОРЛ и назначать лечение. | Доска с проектором, слайд, плакаты, конспекты. | 2мин |
| 2 | Опрос пройденного материала  | Обобщение знаний студентов по пройденным материалам и установить связь с новой темой | Задание контрольных вопросов, совместное обобщение ответов | Выборочно по одному отвечают на заданные вопросы. | Вопрос-ответ  | Вспоминание темы предыдущих занятий, способствование к самореализации | Перечень контрольных вопросов (Прил. 1.) | 7 мин |
| 3 | Изложение новой темы  | Расширение знаний студентов по новой теме, сформировать навыки, умение их использовать на практических занятиях. | Объяснение новой темы с показом практических навык, касающихся данной темы. Акцентированние на важных аспектах темы. | Приложение максимальных усилий для усвоения темы, усидчивость и внимательность студента. | Презентации слайдов, устный рассказ, демонстрация на натурщике практических навыков по выявлению симптомов заболевания. | Сформируется теоретическая база знаний и умений, для использования их на занятиях в дальнейшем и способность к диагностике и лечению заболевания. | Доска с проектором, презентационный материал, натурщик | 30 мин |
| 4 | Закрепление новой темы и подведение итогов | Определение и анализ освояемости пройденного материала, внесение измений на его содержание | Демонстрация тестового задания и раздача ситуационных задач. | Группа делиться на 2 команды задают блиц вопросы. В решении задач принимают участие все студенты группы; дополняют, исправляют ответы друг друга. Преподаватель контролирует, обобщает ответы студентов | Решение ситуационных задач и тестовый контроль. | Самостоятельно используют полученные знания по теме, сформируются познавательные компетенции. | Перечень ситуационных задач и тестовые вопросы (Прил.2.) | 8 мин |
| 5 | Оценивание студентов за участия на занятии  | Научить студентов к самооценке и применять 4х шаговый метод Пейтона. | Коррекция заданных вопросов | Отвечают друг другу на заданные конкретные вопросы.Студенты оценивают собственные действия, умения работать в команде, осмысливают итоги занятия; записывают заработанные баллы, домашнее задание. | Выборочный опрос, оценка друг другаОценить успешность достижения целей занятия студентами; определить перспективы последующей работыОриентировать студентов на следующее занятие, акцентировать внимание студентов на основных вопросах темы. | Преподаватель оценивает деятельность студентов и подводит общий итог занятия.Оценка преподавателем формируемых общих и профессиональных компетенций студентов (происходит в ходе наблюдения за деятельностью обучающихся в процессе изучения темы).Преподаватель задает домашнее задание, благодарит студентов за занятие. | Примеры вопросов | 3мин |

**Формы проверки знаний:**

1. Оперативный опрос на разрезе текущего контроля;
2. Тестовые задания на разрезе рубежного контроля;

 **Литература:**

**Основная:**

**Основная литература:**

1. «Внутренние болезни» Окороков А.Н.

 2. «Внутренние болезни» Маколкин В.И., Овчаренко С. И.

 3. «Внутренние болезни» Мухин Н.А., Моисеев В.С., Мартынов А.И.

 4. «Внутренние болезни по Дэвидсону».

 5. Лекционный материал.

 **Дополнительная литература:**

1. «Пропедевтика внутренних болезней» Малов Ю.С.
2. «Пропедевтика внутренних болезней» Мухин Н.Ф.

**Электронные источники:**

1. [www.plaintest.com](http://www.plaintest.com)

2. [www.booksmed.com](http://www.booksmed.com)

3. [www.bankknig.com](http://www.bankknig.com)

4. [www.wedmedinfo.ru](http://www.wedmedinfo.ru)

5. [www.spr.ru](http://www.spr.ru)

**Ситуационная задача №1**

Больной С., 49 лет, шофер. На амбулаторном приеме жалуется на боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, лопатку. Боль приступообразная, возникающая во время быстрой ходьбы, сопровождается чувством страха, в покое быстро проходит. Болен в течение 2-х месяцев, лечился вначале у невропатолога с диагнозом “Межреберная невралгия”. Принимал анальгин, горчичники, физиотерапевтические процедуры, но состояние не улучшилось. Длительно много курит. Страдает гипертонической болезнью. Отец и старший брат перенесли инфаркт миокарда.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Имеет избыточный вес. Над легкими ясный легочный звук, дыхание везикулярное. Незначительное расширение сердца влево. На верхушке сердца ослабление 1 тона, над аортой — акцент П тона. АД — 170/100 мм рт. ст. Пульс ритмичен, 88 в минуту, несколько напряжен. Органы брюшной полости без особенностей. ЭКГ в покое без особенностей.

1. Установите диагноз.

2. Наметьте план дополнительного обследования.

3. Проведите дифференциальную диагностику.

4. Назначьте лечение.

**Результаты дополнительного обследования**

1. Велоэргометрия: выявлена депрессия сегмента ST на 2 мм в отведении при выполнении нагрузки мощностью 100 ватт, сопровождающаяся появлением сжимающей боли за грудиной.

2. Холтеровское мониторирование: выявлено 4 эпизода депрессии сегмента ST на 1,5-2 мм во время подъемов по лестнице на 2-3-й этаж.

3. Эхокардиоскопия — утолщение задней стенки левого желудочка.

4. Общий анализ крови: эр. — 4,8х10^12/л, Нв — 135 г/л, цв.п. — 1,0; тромбоциты — 240х10^9/л, лейкоциты — 5,5х10^9/л, пал. — 2%, эоз.- 3%, сегм. — 65%, лимф, — 28%, мон. — 2%, СОЭ — 7 мм/ час, холестерин — 8,0 ммоль/л, бета-липопротеиды — 6,6 г/л, ПТИ — 100%, время свертывания — 4 мин., сахар — 5,5 ммоль/л, натрий — 135 ммоль/л, калий — 4,0 ммоль/л, кальций — 2,4 ммоль/л, креатинин — 0,1 ммоль/л.

5. Общий анализ мочи: светло-желтая, реакция кислая, прозрачность полная, уд. Вес-1016, белка и сахара нет, лейк.-2-4 в п/зр., эр.-1-2 в п/зр., цилиндров нет. Проба по Зимницкому: уд. Вес-1016-1020; дневной диурез -800,0 мл; ночной диурез-300,0 мл; об. диурез -1100,0 мл.

6. Консультация окулиста: гипертоническая ангиопатия сетчатки.

7. Консультация невропатолога: патологии не выявлено.

**Ситуационная задача №2**

Больной С., 52 лет, инженер, поступил в стационар с жалобами на сжимающие боли за грудиной с иррадиацией в левую лопатку, появляющиеся преимущественно при ходьбе, иногда в покое и купирующиеся таблетками нитроглицерина, одышку.

Страдает болями в сердце около 10 лет. За последние 2-3 года боли стали беспокоить чаще. По этому поводу неоднократно лечился в стационаре с временным улучшением. На протяжении последних 5 месяцев в связи с частыми приступами стенокардии получал по одной таблетке 2 раза в день, обзидан по 20 мг 3 раза в день, 1-2 таблетки нитроглицерина при болях. На фоне этого лечения последние 2 недели стал отмечать одышку при ходьбе, учащение и утяжеление приступов стенокардии, которые возникали при незначительных физических нагрузках и в покое. Для их купирования принимал 3-4 таблетки нитроглицерина.

При обследовании в стационаре: температура 36,8\*С, пульс — 96 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы сердца смещены влево от срединно-ключичной линии на 1 см. Тоны глухие. АД — 130/70 мм рт. ст. В легких на фоне жесткого дыхания в нижне-боковых отделах с обеих сторон единичные влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

1. Установить предварительный диагноз.

2. Провести дифференциальную диагностику.

3. Наметить план обследования.

4. Назначить лечение.

**Результаты дополнительного обследования**

1. Велоэргометрия: выявлена депрессия сегмента ST на 2 мм в отведении anterior по Нэбу при выполнении нагрузки мощностью 25 ватт, сопровождающаяся появлением сжимающей боли за грудиной.

2. Эхокардиоскопия: расширение полости левого желудочка и левого предсердия; утолщение задней стенки левого желудочка, стенки аорты. Снижение фракции выброса левого желудочка до 40%.

3. Рентгенография органов грудной клетки: усиление легочного рисунка за счет сосудистого компонента. Расширение тени сердца влево и вверх, сглаженность талии сердца. Расширение и уплотнение аорты.

4. Общий анализ крови: эр. — 4,7х10^12/л, Нв — 135 г/л, цв.п. — 1,0; тромбоциты — 260х10^9/л, лейк. — 6,0х10^9/л, пал. — 2%, эоз. — 1%, сегм. — 65%, лимф. — 30%, мон. — 2%, СОЭ — 7 мм/час.

5. Анализ крови на: АСТ — 0,28 ммоль/л, АЛТ — 0,3 ммоль/л, СРБ — отрицательный, КФК — 0,9 ммоль/гл, ПТИ — 105%, время свертывания — 2 мин., холестерин — 7,5 ммоль/л, бета-липопротеиды — 6,5 г/л.

6. Общий анализ мочи: светло-желтая, реакция кислая, прозрачность полная, уд. вес — 1018, белка и сахара нет, лейк. — 2-4 в п/зр., эр. — 1-2 в п/зр.

**Ситуационная задача №3**

У больной Н., 25 лет, на мед. осмотре выявлен шум при аускультации сердца. Жалоб н предъявляет, считала себя здоровой. При опросе выяснилось, что в возрасте 10 лет перенесла полиартрит, лечилась домашними средствами. Неоднократно болела ангинами.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, легкий цианотический румянец на лице; дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧДД — 18 в мин. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, 76 уд. в мин. Правая граница сердца по правому краю грудины, верхняя на уровне Ш ребра, левая на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии в У межреберье. Тоны сердца ритмичные, 1 тон на верхушке умеренно ослаблен, выслушивается систолический шум дующего характера, проводящийся в левую подмышечную область. АД — 110/75 мм рт. ст. Живот мягкий, печень и селезенка не пальпируются. Периферических отеков нет.

**Задание к задаче:**

1. Установить предварительный диагноз.

2. Наметить план дополнительного обследования.

3. Провести дифференциальную диагностику.

4. Определить тактику лечения.

**Результаты дополнительного обследования**:

1. Анализ крови: лейк. — 5,0х109/л, эр. — 4,2х1012/л, СОЭ — 8 мм/час, АСЛ-О — 63 ед.

3. ФКГ: изменение амплитуды 1 тона на верхушке, там же регистрируется систолический шум.

4. ЭХО-КГ: створки МК уплотнены; задняя створка в противофазе, гиперкинезия передней створки МК. Отмечается расширение полости левого предсердия (л пр > аорта), расширение полости левого желудочка (ЛЖ). Выявляется умеренная гиперкинезия межжелудочковой перегородки (МЖП) и задней стенки левого желудочка (ЗСЛЖ), как перегрузка объемом. В “Д” режиме — патологический сброс крови в полость левого предсердия в систолу ЛЖ.

**Ситуационная задача №4**

 Во время обращения пациента к стоматологу у него сохранялись на протяжении около 30 минут интенсивные сжимающие боли за грудиной, прием нитроглицерина был малоэффективен. Ранее боли возникали за гру­диной и купировались нитратами. Три дня назад боли стали продолжитель­нее и повторялись до 3-6 раз в сутки, облегчение наступало лишь после приема нескольких таблеток нитроглицерина.

Во время осмотра состояние средней тяжести. Кожные покровы влаж­ные. Пульс 84 удара в минуту, ритмичный. АД 150/90 мм рт.ст. Тоны серд­ца незначительно ослаблены. В остальном - без существенных особенно­стей.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какова Ваша тактика?

**Ситуационная задача №5**

Пациентка 59 лет при обращении к стоматологу пожаловалась на го­ловные боли в теменно-затылочной части, одышку при ходьбе, приступы удушья в покое, перебои в области сердца. Повышение АД отмечает более 10 лет. В момент осмотра появилось удушье, кашель с выделением пени­стой мокроты, давящие боли за грудиной. АД 245/135 мм рт.ст.

Состояние тяжелое, бледна, кожа влажная. Дыхание над легкими ос­лабленное, много влажных хрипов с обеих сторон. Деятельность сердца аритмичная, тоны глухие, тахикардия до 140 в минуту. Печень выступает на 1 -2 см ниже реберной дуги. Отеков нет.

1. 1.Ваш предположительный диагноз?
2. 2.Какова неотложная терапия?

3.Чем грозит больной снижение систолического давления до 100-110 мм рт.ст.?

**Ситуационная задача№6**

Больной К., 58 лет, главный инженер завода, поступил в кардиологическое отделение с жалобами на сильные головные боли в затылочной области пульсирующего характера, сопровождающиеся тошнотой, однократной рвотой, головокружением, появлением “cетки” перед глазами. Головные боли бывали раньше, чаще  по утрам или после психоэмоционального напряжения. За медицинской помощью не обращался. Последний приступ болей возник внезапно на фоне удовлетворительного самочувствия. Перед этим  был в командировке, напряженно работал.

Объективно: состояние средней тяжести. Больной несколько возбужден, испуган. Кожные покровы чистые, повышенной влажности, отмечается гиперемия лица и шеи. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс - симметричный, напряжен, частый - 92 в 1 мин. АД - на пр. руке - 195/100 мм рт. ст., на левой - 200/100  мм рт. ст. Границы сердца - левая - на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Сердечные тоны звучные, ритмичные, акцент 2 тона на аорте. ЧСС - 92 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный. Отеков нет.

            1. Установить предварительный диагноз.

            2. Наметить план обследования.

            3. Провести дифференциальную диагностику.

            4. Определить тактику лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ  ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО  ОБСЛЕДОВАНИЯ:

1.Глазное дно - сужение артерий и вен, извитость сосудов.

2.Анализ мочи - уд. вес - 1018, белка нет, сахара нет, л - 1-3 в п/зр.

3.Гипертрофия левого желудочка, признаки гиперкинетического типа гемодинамики.

4.Общий анализ крови: Нв - 132 г/л, эр. - 4,5х1012/л, л - 6,0 х 109/л, ц.п. - 0,9 ; э - 1, п - 4, с - 66, л - 24, м - 5, СОЭ - 6 мм/час.

5.Глюкоза крови - 4,5 ммоль/л.

**Ситуационная задача №7**

  Больной П., 46 лет, поступил в отделение с жалобами на головную боль в теменно-затылочной области по утрам, головокружение, боль в сердце колющего характера, плохой сон, общую слабость. Болен 2 месяца.

  Объективно: состояние удовлетворительное, повышенного питания, кожа лица гиперемирована. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс - 90 в 1 мин., ритмичный, напряженный. АД на обеих руках - 180/100 мм рт. ст. Левая граница сердца на 1,0 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, правая и верхняя в норме. Тоны сердца на верхушке приглушены. П тон акцентирован на аорте. Со стороны органов брюшной полости - без патологических изменений.

   1. Установить предварительный диагноз.

   2. Наметить план дополнительного обследования.

   3. Провести дифференциальную диагностику.

   4. Определить тактику лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ  ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО  ОБСЛЕДОВАНИЯ:

1.Общий анализ крови: эр. - 4,9х1012/л, Нв - 130 г/л, цв.п. - 1,0 тромбоциты - 300х109/л, лейкоциты - 6,0х109/г, пал. - 2%, cегм. - 60%, лимф. - 30%, мон. - 8%, СОЭ - 8 мм/час.

2.Общий анализ мочи: светло-желтая, реакция кислая, прозрачность полная, уд. вес - 1023, белка и сахара нет, лейк. - 0-2 в   п/зр. эр. - 1-2 в п/зр., цилиндров нет.

3.Анализ мочи по Зимницкому: уд. вес от 1008 до 1027, дневной диурез - 800,0 мл, ночной диурез - 500,0 мл.

4.Анализ мочи по Нечипоренко: в 1 мл мочи эр. - 800, лейк. - 1000.

5.Проба Реберга : клубочковая фильтрация - 100 мл/мин, канальцевая реабсорбция - 98%.

6.Анализы крови: на мочевину - 6,0 ммоль/л, креатинин - 0,088 ммоль/л, холестерин - 5,5 ммоль/л, триглицериды - 1,5 ммоль/л,  бета-липопротеиды - 4,5 г/л, ПТИ - 100 ед.

7.Эхокардиоскопия: незначительное расширение полости левого желудочка, утолщение задней стенки левого желудочка, фракция  выброса - 65%.

8. УЗИ почек - почки обычных размеров, чашечно-лоханочный комплекс не изменен, конкрементов не определяется.

9. Радиоренография - поглотительная и выделительная функции почек не нарушены.

10. Глазное дно - некоторое сужение артерий.

11. Консультация невропатолога - функциональное расстройство нервной системы.

Краткое содержание темы:

Лечение

Лечение стабильной стенокардии напряжения включает две цели:

• купирование приступа стенокардии;

• предупреждение прогрессирования заболевания (профилактика инфаркта миокарда и внезапной смерти, улучшение «качества жизни»).

*Для купирования приступа стенокардии*применяют нитроглицерин сублингвально или аэрозоль в форме спрея, также сублингвально. Нитраты короткого действия купируют боль через 1-5 мин, эффект длится 25 мин. Повторные дозы нитроглицерина можно использовать с интервалом 5 мин. При отсутствии эффекта в течение 15 мин применяют анальгетики, включая наркотические, или вызывают врача скорой помощи с подозрением на ОКС (инфаркт миокарда).

*Для предупреждения приступа стенокардии,*который возникает чаще одного раза в неделю, используют нитраты пролонгированного действия (изосорбид динитрат, изосорбид мононитрат). Рекомендуется применять за 30-40 мин до момента, провоцирующего приступ стенокардии. Ретардная форма нитроглицерина применяется раз в сутки.

Для предупреждения приступа стенокардии применяют следующие методы лечения:

• немедикаментозное (воздействие на факторы риска ИБС);

• медикаментозное;

• хирургические методы лечения.

**Немедикаментозное лечение ИБС**

• Уменьшение избыточной массы тела (до оптимальной для больного).

• Уменьшение дислипидемии (диета с низким содержанием холестерина и жиров, медикаментозная коррекция).

• Достаточная физическая активность при отсутствии противопоказаний.

• Контроль за АД (ограничение соли, алкоголя, медикаментозная коррекция).

|  |
| --- |
|  |

• Контроль за уровнем глюкозы крови (диета, снижение массы тела, медикаментозная коррекция).

• Отказ от курения.

**Медикаментозное лечение ИБС («три А»)**

• Антиангинальная терапия (табл. 3).

• Антиагрегантная терапия.

• Антиатеросклеротическая терапия.

*Антиангинальная терапия*

**Таблица 3.**Антиангинальная терапия при ИБС



*Антиагрегантная терапия*

Антиагрегантная терапия проводится с целью профилактики обострений ИБС, а также возникновения нестабильной стенокардии и инфаркта миокарда. Она направлена на предотвращение пристеночного тромбообразования и на сохранение целостности фиброзной оболочки атеросклеротической бляшки.

В настоящее время применяются следующие антиагреганты: • ацетилсалициловая кислота (ингибитор циклооксигеназы);

• дипиридамол (препарат, воздействующий на фосфодиэстеразу тромбоцитов);

• клопидогрель, тиклид (блокаторы аденозиновых рецепторов).

*Антиатеросклеротическая терапия*

В качестве антигиперлипидемических лекарственных средств применяют:

• статины (ловастатин, симвастатин, правастатин, флувастатин, аторвастатин, розувастатин);

• секвестранты (холестирамин);

• фибраты (гемфиброзил, фенофибрат, безафибрат, ципро-фибрат);

• никотиновую кислоту.

*Хирургические методы лечения*

При неэффективности лекарственной терапии ИБС следует рассмотреть вопрос о целесообразности хирургической реваскуляризации миокарда. Коронарография может предсказать объем операции.

Операции по реваскуляризации миокарда:

1. Чрескожная транслюминальная коронарная ангиопластика (ЧТКА) и стентирование.

2. Аортокоронарное шунтирование (АКШ).

Операции ЧТКА и АКШ не могут собой заменить другие методы лечения. Антиангинальные, антиагрегантные и антиатеросклероти-ческие средства часто становятся необходимым дополнением к хирургическому лечению как до, так и после него.

|  |
| --- |
|  |

Прогноз

Прогноз стабильной стенокардии напряжения при адекватной медикаментозной терапии и устранении (уменьшении выраженности) модифицируемых факторов риска - благоприятный. Менее благоприятный прогноз имеют пожилые больные, пациенты с многососудистым поражением коронарных артерий, с гемодинамически значимым стенозом (более 75%) основного ствола левой коронарной артерии, с проксимальным стенозом передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии.

НЕСТАБИЛЬНАЯ СТЕНОКАРДИЯ

Термин «нестабильная стенокардия», предложенный H. Fovler (1971), используется для обозначения наиболее тяжелого периода течения ИБС с быстрым прогрессированием коронарной недостаточности и высоким риском развития инфаркта миокарда и внезапной сердечной смерти.

Нестабильная стенокардия - это переход от хронической к острой стадии ИБС.

Этиология

Морфологической основой нестабильной стенокардии является осложненная атеросклеротическая бляшка (трещины, повреждения и др.), на поврежденной поверхности которой формируется тромбоци-тарный, чаще пристеночный тромб.

Патогенез

Патогенетическими факторами являются:

• пристеночный тромбоцитарный тромб в области осложненной атеросклеротической бляшки, еще более суживающий просвет коронарной артерии;

• повышенная констрикторная активность (склонность к спазму) коронарной артерии в области поврежденной атеросклеротичес-кой бляшки приводит к динамической окклюзии венечных сосудов.

*Критерии нестабильной стенокардии*

1.Быстро меняющийся характер, интенсивность, частота и продолжительность (более 10-15 мин) приступов стенокардии напряжения.

2. Резкое снижение толерантности к физической нагрузке (переход

из I-II в III-IV ФК). З.Появление или значительное учащение приступов стенокардии

|  |
| --- |
|  |

покоя, продолжающихся более 15-20 мин.

4. Резкое снижение эффективности нитроглицерина.

5. Появление ранней постинфарктной стенокардии (2-14-е сутки от начала инфаркта миокарда).

6. Отсутствие отрицательной динамики на ЭКГ.

7. Нет повышения активности кардиоспецифических ферментов.

*Клинические формы нестабильной стенокардии*

***Впервые возникшая стенокардия (ВВС)***нестабильного течения (в течение месяца приступы стенокардии учащались, удлинялись во времени и нарастала их интенсивность). Снижался эффект нитроглицерина, уменьшалась толерантность к физической нагрузке.

***Прогрессирующая стенокардия напряжения.***Возникает у больных с длительным анамнезом стабильной стенокардии напряжения. Наступает внезапное увеличение частоты, тяжести, продолжительности приступов стенокардии напряжения в ответ на обычные для данного больного физическую нагрузку, снижение эффективности нитроглицерина, ранее оказывавший эффект. К стенокардии напряжения присоединяются приступы стенокардии покоя, если их не было до этого.

***Стенокардия покоя.***Это форма нестабильной стенокардии клинически проявляется повторными и тяжелыми приступами стенокардии покоя продолжительностью более 15-20 мин. Боль сопровождается слабостью, потливостью, одышкой, перебоями в работе сердца и внезапным снижением АД. Боль, как правило, появляется в покое и становится все более рефрактерной к нитроглицерину. Для ее купирования нередко требуется применение наркотических анальгетиков.

***Ранняя постинфарктная стенокардия.***Возникает в период от 48 ч до 2 нед от начала острого инфаркта миокарда. Ранняя постинфарктная стенокардия свидетельствует о неполном тромболизисе в окклю-зированной коронарной артерии и о продолжающемся формировании тромба, в том числе и в других сосудистых областях. Клинически ангинозная боль иногда напоминает обычную стенокардию, но рефрактерна к антиангинальной терапии. Все это расценивается как нестабильная стенокардия.

|  |
| --- |
|  |

Лабораторные и инструментальные методы исследования

Все больные с нестабильной стенокардией должны быть госпитализированы в кардиореанимационный блок интенсивной терапии. Диагностический поиск и цели:

1. Подтверждение диагноза нестабильной стенокардии и проведение дифференциальной диагностики с острым инфарктом миокарда.

2. Оценка характера и степени повреждения миокарда.

3. Выделение среди больных нестабильной стенокардией лиц с высоким риском развития инфаркта миокарда и внезапной сердечной смертью.

Для решения этих задач необходимо оценить:

• динамику болевого синдрома на фоне антиангинальной терапии;

• динамику ЭКГ, особенно во время спонтанных приступов стенокардии;

• результаты суточного мониторирования ЭКГ по Холтеру;

• определение современных маркеров некроза миокарда: КФК, МВ-КФК, тропонины I и Т;

• данные ЭхоКГ;

• состояние системы гемостаза;

• результаты коронароангиографии.

Лечение

Купирование болевого синдрома:

• нитроглицерин внутривенно капельно с последующим переводом на пероральный прием нитроглицерина;

• бета-адреноблокаторы, при наличии противопоказаний к ним - верапамил или дилтиазем;

• антиагреганты (аспирин, при наличии противопоказаний к аспирину клопидогрель или блокаторы рецепторов гликопротеина IIb/IIIa) и антикоагулянты (гепарин, низкомолекулярные гепа-рины).

Кроме этого показана антиангинальная и гиполипидемическая терапия, и проводят борьбу с факторами риска ИБС (см. лечение стабильной стенокардии).

При нестабильной стенокардии не рекомендуется тромболитичес-кая терапия, так как она увеличивает риск геморрагических осложнений и не снижает частоту развития инфаркта миокарда.

Показания к коронарной ангиографии и хирургическому лечению те же, что и при стабильной стенокардии.

|  |
| --- |
|  |

Тромболитическая терапия является методом выбора ОКС со стойким подъемом сегмента *ST*

Тактика ведения зависит от степени риска смерти и развития инфаркта миокарда.

Прогноз

Прогноз у больных нестабильной стенокардией серьезный: в течение З мес у 10-20% развивается инфаркт миокарда и - внезапная сердечная смерть.

СПОНТАННАЯ (ВАРИАНТНАЯ)

СТЕНОКАРДИЯ

Спонтанная (вариантная, вазоспастическая, типа Принцметала) стенокардия была впервые описана в 1959 г. М. Принцметалом. Это особая форма стенокардии покоя, которая возникает внезапно, без действия видимых провоцирующих факторов, и характеризуется спазмом коронарных артерий, тяжелым болевым ангинозным приступом и в большинстве случаев значительным преходящим подъемом сегмента *ST*на ЭКГ. Спонтанная стенокардия возникает вне связи с физической нагрузкой.

При спонтанной стенокардии появляются типичные ангинозные боли за грудиной, чаще ночью или в ранние утренние часы. Продолжительность приступа может быть более 15 мин. На высоте боли возможны желудочковые аритмии или АВ-блокады. Боли могут сопровождаться вегетативными расстройствами. Прием нитроглицерина не всегда купирует боль. Хороший эффект отмечают от применения антагонистов кальция дигидропиридиновой группы (нифедипин, ам-лодипин и др.).

На ЭКГ во время болевого синдрома фиксируется подъем сегмента который возвращается к изолинии после его купирования. Суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру может выявить эпизоды подъема сегмента ST.

Для профилактики спонтанной стенокардии используют нитраты пролонгированного действия (ретардные формы), антагонисты кальция. Применение р-адреноблокаторов может ухудшить состояние больного.

БЕЗБОЛЕВАЯ ИШЕМИЯ МИОКАРДА

Безболевая ишемия миокарда (ББИМ) - это эпизоды транзитор-ной кратковременной ишемии сердечной мышцы, выявляемые с помощью инструментальных методов исследования (суточного монито-рирования ЭКГ по Холтеру), но не сопровождающиеся приступами стенокардии или ее эквивалентами (удушье, аритмии и т.д.)

|  |
| --- |
|  |

Распространенность

Безболевая ишемия миокарда обнаруживается примерно у 2/З больных ИБС со стабильной и нестабильной стенокардией и у 1/З

больных с постинфарктным кардиосклерозом. В большинстве случаев у больного наблюдается сочетание ББИМ и типичной стенокардии.

Механизмы возникновения ББИМ аналогичны таковым у больных со стабильной или вазоспастической стенокардией. Причины отсутствия болевого синдрома не совсем ясны.

Безболевая ишемия миокарда является прогностически неблагоприятным фактором у больных ИБС, повышая риск внезапной смерти, аритмий и застойной сердечной недостаточности.

Лечение больных с ББИМ не отличается от терапии стабильной стенокардии напряжения.

Спящий (гибернированный) миокард

Одно из важных следствий коронарного атеросклероза - обратимое, обычно очаговое, нарушение функции миокарда, проявления которого аналогичны таковым при наличии постинфарктного кардиосклероза - в первую очередь различные нарушения сократительной функции:

• гипокинезия;

• акинезия;

• дискинезия.

В гибернированном миокарде сохраняются метаболические процессы, но на минимальном уровне; гибернированный миокард реагирует также на инотропные средства. Важный практический момент - указанные изменения могут исчезнуть после аортокоронарного шунтирования, лекарственной терапии и/или иногда спонтанно.

Оглушенный (станнирующий) миокард

Очаговая дистрофия миокарда при ИБС может развиться не только в результате недостаточного кровоснабжения (гипоперфузии). При восстановлении кровотока миокарда (реперфузии) как самостоятельном, так и при медицинских вмешательствах возникает «оглушение» миокарда. Причиной «оглушения» миокарда является избыток свободных радикалов, образующихся в начале фазы восстановления кровотока, а также «перегрузка» кардиомиоцитов кальцием.