

ФГБОУ ВО СОГМА
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра внутренних болезней № 4.

Зав. каф. д. м. н . п р о ф е с с о р АСТАХОВА З.Т.

Методические указания для проведения практического занятия
со студентами 6 курса лечебного факультета по теме:

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СТЕНОКАРДИЙ.
ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНТИАНГИНАЛЬНЫХ И
ДРУГИХ МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ СРЕДСТВ.
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

(продолжительность занятия 8 часов, первое занятие 4 часа)

Владикавказ 2020 – 2021 уч. год.

***Методические указания для проведения практического занятия
со студентами 6 курса лечебного факультета по теме:***

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СТЕНОКАРДИЙ.
ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНТИАНГИНАЛЬНЫХ И ДРУГИХ
МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ СРЕДСТВ. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ.**

Цель занятия: в процессе клинического разбора больного повысить уровень (качество) знаний и умения студентов в диагностике (дифференциальной диагностике), формулировке диагноза стенокардии.

Мотивация актуальности темы:

ИБС является самым распространенным сердечно-сосудистым заболеванием, с которым сталкивается врач в своей повседневной деятельности. Это одна из основных причин развития сердечной недостаточности, а доля смертности от ИБС в России составляет более 50%. Неоспорима и социальная значимость ИБС, учитывая частоту инвалидизации больных в связи с данным заболеванием. При своей широкой распространенности остается актуальной проблема гипердиагностики и не своевременного установления диагноза стенокардии.

Определение уровня подготовки студентов:

Второй уровень знаний: методы контроля – письменный опрос (20 мин)

(студент должен знать сущность заболевания, определение и классификацию стенокардии, проблемы этиологии ИБС, основные факторы риска развития ИБС (психо-эмоциональный стресс, дислипидемия, АГ, сахарный диабет, дисгормональные расстройства, наследственная предрасположенность), вопросы патогенеза ИБС (в частности стенокардии), основные вопросы клиники и дифференциально-диагностические признаки различных форм стенокардии и опасность ее нестабильных форм; студент должен уметь – детально изучить особенности сердечно-сосудистой системы (определить границы относительной сердечной тупости, измерить АД, выслушать сердечные тоны и патологические шумы, подсчитать ЧСС, определить нарушения сердечного ритма, самостоятельно собрать жалобы и анамнез у больного,, самостоятельно выделить основной синдром – ангинозную боль, поставить предварительный диагноз согласно принятой классификации, определить необходимый объем исследований и уметь интерпретировать данные дополнительных методов исследования (ЭКГ в динамике, ЭхоКГ, лабораторные исследования).

.Доклад студентов кураторов в палате: при докладе больного студенты должны обратить особое внимание на следующие стенокардитические проявления:

Жалобы: сжимающая, давящая боль за грудиной, возникающая после физической или психоэмоциональной нагрузки, купирующаяся приемом нитроглицерина; боль нередко иррадиирует в левую руку, лопатку, шею, эпигастральную область; часто эквивалентом боли является чувство нехватки воздуха. Обычно боли усиливаются в холодную погоду, при ходьбе против ветра, после приема пищи. По мере прогрессирования заболевания снижается толерантность к физической нагрузке, снижается эффективность ранее использовавшихся доз препаратов.

Типичный болевой приступ (загрудинная боль); атипичные проявления боли - в эпигастрии, только в руке, лопатке, плече, челюсти.

Эквивалентами стенокардии могут быть: изжога при быстрой ходьбе, внезапный приступ мышечной слабости в левой руке, онемение IV и V пальцев левой кисти, приступы одышки при физической нагрузке без других признаков сердечной недостаточности.

СТЕНОКАРДИЯ - приступообразная загрудинная боль или её эквиваленты у больных ИБС, возникающие в результате преобладания метаболических потребностей миокарда в кислороде над его доставкой.

К нестабильной стенокардии относят:

1. впервые возникшая стенокардия (до I месяца после возникновения первого приступа);
2. прогрессирующая стенокардия (внезапное увеличение частоты; тяжести и (или) продолжительности приступов стенокардии в ответ на обычную для данного больного нагрузку);
3. тяжелые случаи спонтанной стенокардии, требующие госпитализации больного;
4. острая коронарная недостаточность (один или несколько ангинозных приступов длительностью не менее 20 минут);
5. ранняя постинфарктная стенокардия (в сроки от 48 часов до 3-4 недель после возникновения острого инфаркта миокарда);

6. стенокардия, развивавшаяся в течение 1-3 месяцев после успешной баллонной коронарной ангиопластики или операции аорто-коронарного шунтирования;

7. иногда острый инфаркт миокарда без появления патологического зубца

Для характеристики степени тяжести стабильной стенокардии существует деление на 4 функциональных класса:

I ФК - стенокардия появляется при необычно большой, быстро выполняемой работе;

II ФК - стенокардию вызывает обычная ходьба на протяжении более 500 м или подъём по лестнице на 1-й этаж, в гору, ходьба после еды, при ветре, в холод;

III ФК - выраженное ограничение физической активности. Стенокардия возникает при обычной ходьбе на расстоянии 100-200 м. Возможны редкие случаи стенокардии покоя;

IV ФК - неспособность выполнять любую физическую работу без дискомфорта. Появляются типичные приступы стенокардии покоя.

Диагностика и дифференциальная диагностика

1. Тщательно собрать жалобы, анамнез заболевания и жизни, анализ болевого синдрома (характер, локализация, иррадиация, длительность, особенности и т.д.).

2. Диагностические критерии болевого синдрома при стенокардии (ВОЗ, 1959):

- а) характер боли, сжимающий или давящий;
- б) локализация боли за грудиной или в прекардиальной области по левому краю грудины;
- в) возникновение боли на высоте физической нагрузки;
- г) длительность боли меньше 10 минут;
- д) быстрый и полный эффект после приёма нитроглицерина.

3. Факторы риска - возраст, пол, гиперлипидемия, АГ, сахарный диабет, курение, ожирение, гиподинамия и др.

4. ЭКГ - в покое, желательно во время болевого приступа.

5. Выявление признаков кардиосклероза (состояние сократимости миокарда и т.д.).

6. Нагрузочные ЭКГ пробы (велоэргометрия, тредмил, тест предсердной стимуляции).

7. Рентгенологическое исследование.

8. Радионуклидные методы (селективная коронарография, сцинтиграфия).

Эхокардиография (ЭхоКГ) дает возможность уточнить изменения, возникшие в миокарде вследствие хронического дефицита кровоснабжения, оценить функциональное состояние сердца и основные параметры гемодинамики.

ЭхоКГ –исследование позволяет выявить у больных ИБС зоны гипо- и акинезии левого желудочка, очаговые изменения миокарда, расширение полостей сердца, признаки систолической и диастолической дисфункции левого желудочка, снижение фракции выброса (ФВ), коэффициента сократимости и др. Указанная информация имеет важное клиническое и прогностическое значение, способствует диагностике ИБС и определению степени выраженности «миокардиальных» последствий коронарной недостаточности.

Коронарография – инвазионный метод исследования коронарных артерий и камер сердца. Этот метод позволяет визуализировать такие изменения коронарных сосудов, как закупорку, сужение, тромбоз, аневризматическое расширение просвета сосуда, извитость артерии (особенно передней нисходящей ветви левой коронарной артерии), не зависящие от фаз сердечной деятельности, «изъеденность» контуров венечных сосудов и др.; так же представляется возможность оценить размер камер сердца, сократительную способность миокарда, деятельность клапанов сердца, давление крови в полостях сердца и в легочной артерии.

В настоящее время используются, в основном, два метода проведения коронарографии – введение специально смоделированных катетеров для левой и правой венечной артерии через пунктированную бедренную артерию (метод Джадкинса) и, реже, введение катетера через отсепарированную плечевую артерию.

Коронарография позволяет точно определить локализацию, характер и степень поражения крупных коронарных артерий. При стенозе менее 70% внутреннего диаметра коронарной артерии с чистым просветом 2 мм и более, признаки коронарной недостаточности в покое, как правило, отсутствуют. Гемодинамически значимым является сужение более 70-75%, за исключением ствола левой коронарной артерии, когда гемодинамически значимым признается сужение ее внутреннего диаметра на 50% («болезнь левой главной коронарной артерии»). Существует мнение, что критерий «50%» следует применять и к другим коронарным артериям.

У больных ИБС коронарографические изменения атеросклеротического типа чаще всего обнаруживаются в передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии (60 % случаев), реже – в правой коронарной (24-25 %) и в основном стволе левой коронарной артерии (5-10%).

Показания к проведению коронарографии

1. Решение вопроса о хирургическом лечении, в частности, наличие у больного стенокардии 3-4 ФК, подозрение на наличие стеноза основного ствола левой коронарной артерии или трехсосудистого поражения.

2. Уточнение диагноза у больных с неясными, нетипичными проявлениями ИБС.

3. Исключение латентно протекающей ИБС у лиц определенных профессиональных групп (летчики, космонавты и др.).

4. Инфаркт миокарда в первые часы заболевания (для проведения ТЛТ, АКШ или ТБКА с целью уменьшения зоны некрозы).

5. Проверка результатов АКШ (проходимость шунтов), если через какое-то время приступы стенокардии возобновляются.

Вентрикулография.

Вентрикулография – метод рентгеноконтрастного исследования сердца, дающий возможность получить информацию о конфигурации полостей желудочков, аневризматических деформациях, кинетике клапанного аппарата, гипертрофии миокарда и др.

Вентрикулография близка по своей сущности и методике выполнения к коронарографии (обычно эти исследования проводятся одновременно, но контрастное вещество вводится не только в коронарные сосуды, но и полость левого желудочка). При ИБС вентрикулография может, в дополнение к сказанному, выявить участки акинезии, возникшие вследствие ишемических, некротических, постинфарктных склеротических изменений миокарда, оценить его сократительную функцию, выявить внутрижелудочковые разрушительные последствия инфаркта миокарда и др.

Предварительный диагноз: на основании ведущих жалоб и клинических проявлений, а также показателей дополнительных исследований установить наличие стенокардии.

Дифференциальный диагноз:

В связи с тем, что главным проявлением стенокардии является болевой синдром, необходимо овладеть дифференциальной диагностикой и уметь своевременно назначить дифференцированное лечение, освоить принципы дифференциальной диагностики при коронарогенных болях в области сердца.

Диф.диагностику проводят с инфарктом миокарда, пороками сердца, НЦД, миокардитами, перикардитами и т.д..

«Боль в области сердца» - субъективный симптом многочисленной группы заболеваний. В эту группу входят как заболевания сердца, так и экстракардиальные процессы. Следует проводить дифференциальную диагностику «сердечных» и «внесердечных» кардиалгий.

Клинический диагноз: При формулировке диагноза указывают ИБС, форму стенокардии, её функциональный класс; при нестабильной стенокардии необходимо выделять её клинический вариант, особенности течения.

Проведение занятия в тематическом учебном классе. Разбор особенностей патогенеза и клиники формы стенокардии у конкретного больного.

Заключительная часть занятия: контроль полученных знаний - решений ситуационных задач без возможных вариантов правильных ответов.

Резюме.