

**Методическое пособие по самостоятельной работе для студентов
шестого курса.**

ИБС. Стенокардия напряжения.

Студент должен знать:	Литература:
1. Современное определение ИБС, стенокардии, их классификации, этиологию, патогенез указанных заболеваний.	1. Внутренние болезни: Учебник : в 2т/ Под ред. В.С. Моисеева и др. 2008
2. Клинические проявления стенокардии.	2. Внутренние болезни: Учебник под редакцией Н.А. Мухина, В.С. Моисеева и А.И. Мартынова 2007г
3. Дифференциально – диагностические критерии болевого синдрома.	3. Справочник лекарственных препаратов в 2х томах, Машковский
4. Этапы диагностического поиска данного заболевания	4. Атеросклероз: Л.М. Мосин
5. Медикаментозные и немедикаментозные методы лечения стенокардии	5. Учебно – методическое пособие кафедры госпитальной терапии
6. Методы профилактики ИБС.	

Студент должен уметь:	Литература:
• При первичном осмотре больного собрать жалобы, анамнез, провести внешний осмотр и физикальное обследование и поставить предварительный диагноз.	• Пропедевтика внутренних болезней: учебник под ред. Шилогуров
• Назначить лабораторные и инструментальные исследования, для подтверждения диагноза и правильно их интерпретировать	• ЭКГ Л.М. Мосин

• Сформулировать клинический диагноз.	• Семиотика внутренних болезней Струтынский
• Назначить адекватное лечение больному	
• Оценить эффективность проводимой терапии	
• Дать рекомендации.	

Исходный уровень знаний:

1. Анатомо – физиологические особенности сердечно – сосудистой системы.
2. Патофизиологические компоненты развития атеросклероза
3. Определение ИБС
4. Факторы риска развития ИБС
5. Классификация ИБС
6. Фармакологические особенности лечения ИБС.

1. Сформулируйте определение ИБС, стенокардии в полном объёме.

2. Восстановите соответствие между модифицируемыми и немодифицируемыми факторами риска.

	ФАКТОРЫ РИСКА ИБС	
	МОДИФИЦИРУЕМЫЕ	НЕМОДИФИЦИРУЕМЫЕ
	1. Мужской пол 2. Дислипидемия 3. Артериальная гипертензия 4. Наследственная предрасположенность 5. Избыточная масса тела 6. Возраст 7. Курение 8. Гиподинамия 9. Сахарный диабет 10. Гиперурикемия 11. Стресскоронарный профиль	

3. Дайте графическое отображение (стрелками) соответствия типов гиперлипидемий к содержанию липидов в крови

I	Холестерин, ЛПНП
IIA	Триглицериды, Хиломикроны
IIB	Триглицериды, ЛПОНП, хиломикроны
III	Холестерин, Триглицериды, ЛПОНП, ЛПНП
IV	Триглицериды, ЛПОНП
V	Триглицериды, Холестерин, ЛПОНП

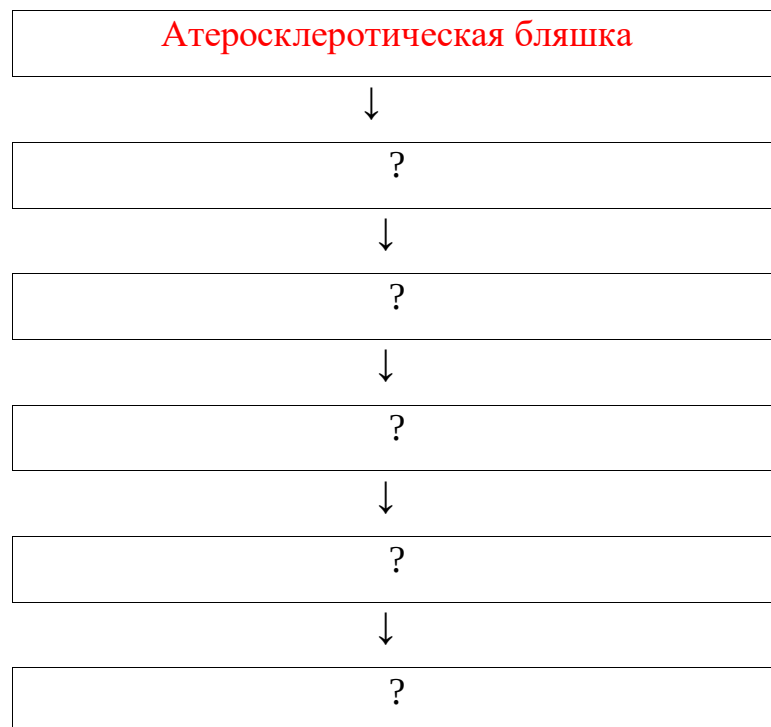
3. Какими сосудами кровоснабжаются указанные топографические зоны ?

- А. Передняя стенка левого желудочка -
- Б. Задняя стенка левого желудочка -
- В. Межжелудочковая перегородка -
- Г. Боковая стенка левого желудочка -
- Д. Правые отделы сердца –

4. Укажите основные патофизиологические механизмы ИБС, способствующие развитию несоответствия между потребностями миокарда в кислороде и возможностями коронарного кровотока, которые следует учитывать при лечении больных.

5. Распределите в хронологической последовательности предлагаемые этапы формирования атеросклеротической бляшки:

- а) прилипание тромбоцитов к артериальной стенке
- б) пролиферация и миграция гладкомышечных клеток в интиму
- в) повреждение эндотелия
- г) миграция моноцитов под эндотелий
- д) образование пенистых клеток



6. Сформулируйте цепь патогенетических механизмов, определяющих стенокардитическую боль:

7. Установите соответствие (можно стрелками) между клиническими вариантами стенокардии и их основными характерологическими особенностями.

1. Стенокардия напряжения впервые возникшая	а) Нарастание частоты, тяжести, продолжительности приступов. Возникновение приступов при нагрузке, которая ранее приступов не вызывала.
2. Стенокардия напряжения стабильная	б) Приступы загрудинных болей, возникающие без явной связи с нагрузкой, характеризующиеся малым эффектом нитратов, нормальной активностью органоспецифических для миокарда ферментов, подъем интервала S-T выше изолинии в момент приступа и нормализацией ЭКГ-кривой вне приступа
3. Стенокардия напряжения прогрессирующая	в) Стереотипная реакция больного на одинаковую нагрузку
4. Стенокардия спонтанная:	г) Давность менее 1 мес. Возможна трансформация в инфаркт миокарда, стабильную стенокардию; выздоровление (регрессирующая стенокардия)

8. Что лежит в основе определения функционального класса стенокардии?

9. Правильно распределите соответствие ФК от объёма физической нагрузки.

ФК	Объём физической нагрузки
	«Невозможность выполнять любой вид физической деятельности без возникновения неприятных ощущений» – приступ стенокардии может возникнуть в покое.
	«Обычная повседневная физическая активность» (ходьба или подъем по лестнице) не вызывает приступов стенокардии. Приступ стенокардии возникает при выполнении очень интенсивной, или очень быстрой, или продолжительной ФН.
	«Выраженное ограничение обычной физической активности» – приступ стенокардии возникает в результате ходьбы на расстояние от одного до двух кварталов (100-200 м) по ровной местности или при подъеме по лестнице на один пролет в обычном темпе при нормальных условиях.
	«Небольшое ограничение обычной физической активности», что означает возникновение стенокардии в результате быстрой ходьбы или быстрого подъема по лестнице, после еды или на холоде, или в ветреную погоду, или под влиянием эмоционального стресса, или в первые несколько часов после подъема с постели; во время ходьбы на расстояние больше 200 м (двух кварталов) по ровной местности или во время подъема по лестнице более чем на один пролет в обычном темпе при нормальных условиях.

10.Проведите дифференциальную диагностику кардиалгий.

Характер болей	Продол жительн ость болей	Эффек т от нитрат ов	Иррад иация	Связь с физ. нагрузкой	Повыше ние темпер. тела	Изменен ия на ЭКГ	Показател воспалени в ОАК

Установите и допишите предположительный диагноз предлагаемых выше заболеваний для каждого синдромакомплекс

1). Боли за грудиной «давящие», крайне интенсивные, с широкой иррадиацией, длительные (более 30-40 мин), не снимаются нитроглицерином, сопровождаются снижением звучности тонов, АД, тахикардией, аритмиями, острой сердечной недостаточностью. ЭКГ — «монофазная» кривая, комплексы «QS», «QR», «Qr», отрицательные зубцы Т. Анализ крови — «резорбционно-некротический синдром (нейтрофильный лейкоцитоз, ускоренной СОЭ, ферментемия) -

2). Боль в «области сердца», в межлопаточном пространстве слева, «тупая», «ноющая», длительная или постоянная, без иррадиации. Расширение границ сердца, характерные органические шумы (систолический или диастолический) в точках проекции клапанов сердца. ЭКГ — отклонение электрической оси влево или вправо, признаки гипертрофии желудочков и предсердий. ЭхоКГ - нарушение кинетики клапанов сердца, сужение отверстий, признаки гипертрофии желудочков и предсердий, расширение полостей сердца. «Rg» - скопия - «митральная» или «аортальная» конфигурация сердца -

3). Боли в «области сердца», «давящие», «ноющие», без иррадиации, длительные (постоянные), могут сопровождаться сердечной недостаточностью, аритмиями, повышением температуры тела; границы сердца расширены, тоны приглушены, функциональный систолический шум; пульс - часто тахикардия, аритмия, АД - тенденция к снижению; ЭКГ - отрицательные зубцы Т, депрессия ST; ЭхоКГ — расширение полостей сердца; анализы крови — нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ; часто положительные «ревматические» пробы (ЦРБ, ДФАи др)-

4). Боли за грудиной различной интенсивности, «давящие», «режущие», | от нескольких до 30-40 минут, с левосторонней иррадиацией. Тоны сердца, АД не изменено (иногда кратковременное повышение или снижение АД, тахикардия). ЭКГ - высокие остроконечные, низкие, отрицательные Т, депрессия или элевация Я8Т-Т. Анализы крови без изменений. Положительный эффект нитроглицерина. -

5). Боль в «области сердца» «острая, «колющая», возникает (усиливается) при глубоком дыхании, кашле, не иррадирует. Повышение температуры тела; при аускультации сердца - шум трения перикарда. ЭКГ - отрицательные зубцы Т, конкордатная элевация ST. -

6). Боль в «области сердца», «перикардальной» и «верхушечной» областях, «колющая», «щемящая», без иррадиации, «тяжесть в области сердца», часто

связанные с эмоциональным перенапряжением, обычно сопровождается нерво-вегетативным синдромом («нехватка воздуха», полиурия, «чувство страха смерти» и др). Границы, тоны сердца, АД, пульс - не изменены (в части случаев ~ тахикардия, экстрасистолия, лабильность АД); ЭКГ - признаки поражения миокарда не отмечаются; анализы крови - без патологии. -.....

11.« Золотым» стандартом диагностики ИБС является:

12.Какие группы препаратов применяются для лечения стенокардии?

13. Какой группе препаратов соответствует данный механизм действия и побочные эффекты:

Препараты	Механизм действия	Побочные эффекты
	↓Потребность миокарда в кислороде ↑Коронарная перфузия ↓Коронарный коронароспазм ↓Преднагрузка	• Головная боль • Гипотензия • Рефлекторная тахикардия
	↓Потребность миокарда в кислороде ↓Сократимость ↓ЧСС (В, Д)	• Избыточная брадикардия • ↓Сократительная функция левого желудочка • Бронхоспазм • Могут ухудшать контроль диабета • Слабость
	↓Преднагрузка ↓Напряжение стенки (↓АД) ↓Сократимость (В, Д) ↓Потребность миокарда в кислороде ↓Коронароспазм	• ↓Головная боль, приливы жара • ↓Сократимость (В,Д) • Значительная брадикардия (В, Д) • Отеки (Н, Д) • Запоры (особенно В)
	Оптимизация энергетического обмена при ишемии, что	• Редко-слабые желудочно-кишечные расстройства

	позволяет избежать нарушения функции или гибели клетки	
--	--	--

14. Принцип подбора антиангинальной терапии в зависимости от ФК.

- I ФК-
- II - III ФК –
- IV ФК –
- Вариантная стенокардия –
- После ИМ –предпочтительными являются.....

15. Препаратами выбора для лечения стенокардии при сопутствующей патологии являются:

А. Сахарный диабет-----

Б. ХОБЛ-----

В. Гипертоническая болезнь-----

16. Придумайте ситуационную задачу по теме «кардиалгии».