

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования  
«Ставропольский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ПО  
ДИСЦИПЛИНЕ**

Наименование дисциплины	Внутренние болезни
Специальность	31.05.03 Стоматология
Форма обучения	очная
Год начала подготовки	2022

**ТЕМА 2**

**Дислипидемии. Атеросклероз**

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Внутренние болезни»:

Разработаны:

Доц. кафедры «Факультетская терапия», к.м.н.

О.В. Сергеева

Асс. кафедры «Факультетская терапия», к.м.н.

И.В. Барабаш

Асс. кафедры «Факультетская терапия», к.м.н.

Е.В. Симхес

Асс. кафедры «Факультетская терапия»

А.В. Русиди

Обсуждены

на заседании кафедры «Факультетская терапия»,  
зав. кафедрой

М.Е. Евсевьева

Согласованы и рекомендованы к использованию в образовательном процессе для обучающихся направлению подготовки (специальности) 31.05.03 Стоматология 2022 года набора очной формы обучения 20.04.2022

Руководитель ОПОП ВО, декан факультета

Ивенский В.Н.

*Методические указания по дисциплине «Факультетская терапия» размещены в ЭИОС университета в авторской редакции*

1. **Цель:** изучение этиологии, патогенеза, клиники, классификации, современных методов диагностики, лечения и профилактики атеросклероза

## 2. Учебные вопросы:

1. Факторы риска, этиология и патогенез атеросклероза
2. Классификация дислипидемий
3. Принципы диагностики и лечения атеросклероза.
4. Группы риска по системе SCORE, характеристика групп риска
5. Целевые уровни липидов для пациентов очень высокого, высокого, умеренного и низкого риска.

## 3. Теоретическая часть

Согласно данным Росстата, смертность от заболеваний сердечно-сосудистой системы в Российской Федерации в 2017 г. составила 587,6 случая на 100 тыс. населения при первичной регистрации 4 млн 706 тыс. пациентов с болезнями системы кровообращения. Эти показатели свидетельствуют о необходимости профилактических мер на популяционном и индивидуальном уровне, направленных на устранение или сведение к минимуму частоты ССЗ и связанной с ними потери трудоспособности. Возникновение ССЗ связывают с факторами риска, среди которых выделяют модифицируемые и немодифицируемые. К немодифицируемым ФР относятся возраст, пол, отягощенная наследственность по ССЗ, к важнейшим модифицируемым относятся дислипидемии (ДЛП), артериальная гипертензия (АГ), курение, сахарный диабет (СД) 2 типа и компоненты нездорового образа жизни (ожирение, гиподинамия, питание с избыточным потреблением насыщенных жиров и рафинированных углеводов).

## 4. Практическая часть

**Задание 1.** Проведите опрос и осмотр пациента с атероассоциированным заболеванием в клиническом отделении, по результатам которых оформите «Кураторский листок» (сформулируйте предварительный клинический диагноз; составьте план обследования и трактовки лабораторно-инструментальных методов обследования; составьте план лечения)

### Задание 2. Выполните практико-ориентированное задание:

Задача №1.

Пациент Д., 40 лет. Чувствует себя практически здоровым. Однако обеспокоен риском развития у него инфаркта миокарда, так как имеет отягощенную наследственность: отец, мать и старший брат умерли от инфаркта миокарда в возрасте до 42 лет.

Из факторов риска имеет 23-летний стаж курения, ИМТ = 32 кг/м<sup>2</sup>, абдоминальный тип ожирения.

Результаты липидограммы: общий холестерин - 8,8 ммоль/л, ХС ЛПВП - 0,88 ммоль/л, ХС ЛПНП – 4,1 ммоль/л, триглицериды - 1,2 ммоль/л, ИА – 5,1.

### Вопросы:

1. Какой тип атерогенной дислипидемии по классификации Фредриксона у пациента?
2. Назначьте рекомендации по коррекции образа жизни, питания.
3. Какая медикаментозная первичная профилактика ИБС рекомендована в данном случае?

Задача №2.

Больной 48 лет, гипертоник, курильщик с 25 летним стажем, обратился к стоматологу по

поводу периодически возникающих болей в нижней челюсти слева. Подъемов температуры, реакции со стороны зубов на холодную и горячую пищу не было.

Визуально отека мягких тканей лица не выявлено. На верхних веках - ксантелазмы, сосуды височных областей извиты, липидные дуги вокруг радужных оболочек, повышенное оволосение ушных раковин. Большой весь седой, поседел в 30 лет. При обследовании полости рта кариозных зубов не обнаружено. Кончик языка цианотичен. Рентгенограмма зубов нижней челюсти слева без патологии. Подобные жалобы возникали периодически после нервных стрессов в течение последнего месяца. Боли обычно длились до 10-15 мин. Больной пытался их купировать анальгетиками – без эффекта. В семье отец страдал ИБС с 45 лет.

**Вопросы:**

1. Какой терапевтический диагноз можно предположить?
2. Перечислите факторы риска основного заболевания у данного больного: модифицируемые, немодифицируемые.
3. Перечислите внешние маркеры атеросклероза
4. Какие рекомендации пациенту может дать врач-стоматолог?

**Задача №3.**

На повторном приёме мужчина 47 лет. Две недели назад он перенёс ОРВИ, по поводу которой обращался к терапевту, и во время осмотра у него было обнаружено повышенное АД до 164/98 мм рт. ст. Пациент вспоминает, что ранее ему говорили о «повышенном давлении», но значений АД он не помнит, со слов, лечения рекомендовано не было.

В настоящее время пациент чувствует себя хорошо, жалоб не предъявляет. Пациент регулярными физическими упражнениями не занимается, работа малоподвижная. Отец умер от инсульта в возрасте 47 лет.

При осмотре: ИМТ=35кг/м<sup>2</sup>, окружность талии - 103 см. Кожные покровы обычной окраски, дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД - 14 в минуту. Границы относительной сердечной тупости слева – на 1 см влево от левой срединно-ключичной линии, тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС - 78 в минуту. АД= 160/95мм рт. ст. В остальном без особенностей

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.
4. Какие нефармакологические методы лечения следует рекомендовать пациенту?
5. Препараты каких групп антигипертензивных лекарственных средств возможно рекомендовать пациенту?

**5. Вопросы для собеседования**

1. Медико-социальное значение проблемы атеросклероза
2. Эпидемиология, механизмы патогенеза атеросклероза
3. Факторы риска атеросклероза.
4. Понятие о дислиппротеидемиях и их типах по классификации Фредриксона.
5. Клинические проявления атеросклероза.
6. Общее представление о врожденных монозиготных формах дислиппротеидемий.
7. Механизмы формирования и морфология атеросклеротической бляшки.
8. Определение понятия «стабильная» и «нестабильная бляшка».
9. Инструментальная диагностика атеросклероза, включая доклиническую

10. Определение группы риска (система SCORE). Характеристика групп риска.
11. Первичная профилактика атеросклероза; принципы медикаментозного, немедикаментозного и хирургического лечения коронарного атеросклероза.
12. Основные группы гиполипидемических препаратов, целевые значения показателей липидного профиля у пациентов разных групп риска.

## **6. Тестовые задания**

**1. Пациенты с сахарным диабетом и диабетической нефропатией в отсутствие известных сердечно-сосудистых заболеваний относятся к группе \_\_\_\_\_ риска:**

- Очень высокого;
- Высокого;
- Умеренного;
- Низкого.

**2. Приём гиполипидемических препаратов должен продолжаться:**

- 1 месяц;
- 6 месяцев;
- 3 года;
- Неопределенно долго.

**3. К нестабильности атеросклеротической бляшки приводят все перечисленные причины, КРОМЕ:**

- Увеличения размера бляшки более, чем на 30-40% от её исходного объема;
- Асептического воспаления на её поверхности;
- Высокого содержания ЛПВП;
- Высокого содержание окисленных ЛПНП.

**4. Наибольшее повышение концентрации холестерина ЛПВП отмечается при лечении:**

- Никотиновой кислотой;
- Фибратами;
- Статинами;
- Секвестрантами желчных кислот.

**5. Диагностическим критерием гетерозиготной формы семейной гиперхолестеринемии является:**

- Холестерин липопротеинов высокой плотности более 5,0 ммоль/л;
- Холестерин липопротеинов низкой плотности более 8,5 ммоль/л;
- Ксантоматоз верхнего века;
- Выраженный периферический атеросклероз.

**6. II b тип гиперлипидемии по классификации ВОЗ характеризуется повышением в плазме крови:**

- ЛП(а);
- ЛПНП и ЛПОНП;
- ЛПНП;
- ЛПОНП.

**7. У пациента очень высокого сердечно-сосудистого риска при значении общего холестерина 9 ммоль/л, ЛПНП 5,4 ммоль/л и триглицеридов крови 3 ммоль/л препаратами выбора являются:**

- Фибраты;
- Омега-полиненасыщенные жирные кислоты;
- Статины;

Ингибиторы АПФ

**8. Наибольший гиполипидемический эффект может быть достигнут при приеме в одинаковых дозах:**

Симвастатина;

Розувастатина;

Аторвастатина;

Правастатина.

**9. При гиперхолестеринемии применяется:**

Аторвастатин;

Эналаприл;

Торасемид;

Ацетилсалициловая кислота.

**10. Оптимальные значения триглицеридов плазмы для здоровых людей:**

Менее 1.0 ммоль/л;

Менее 1.7 ммоль/л;

Менее 2.5 ммоль/л;

Менее 3.0 ммоль/л.

**11. Для лечения дислипидемий используют все препараты, КРОМЕ:**

Ингибиторов АПФ;

Статинов;

Фибратов;

Препаратов никотиновой кислоты.

**12. В первичной профилактике ИБС нуждаются следующие категории лиц, КРОМЕ:**

Лиц со значительным ожирением;

Лиц с очень повышенным уровнем холестерина;

Ближних родственников больных ИБС;

Больных стенокардией.

**13. После назначения статинов оценка их эффективности первый раз проводится через \_\_\_\_\_ мес.:**

1–1,5;

3–4;

2–3;

5–6.

**14. Оптимальная концентрация ЛПНП у здоровых лиц:**

<1 ммоль/л;

<2 ммоль/л;

<3 ммоль/л;

<4 ммоль/л.

**15. Целевым значением ЛПНП для пациентов с СД 2 типа в сочетании с ИБС является уровень менее \_\_\_\_\_ ммоль/л:**

1,4;

1,8;

2,0;

3.

**16. К ненасыщенным жирным кислотам относятся все следующие, КРОМЕ:**

Линолевой;

Линоленовой;

Аспарагиновой;

Арахидоновой.

**17. Оптимальная концентрация общего холестерина крови для здоровых лиц:**

До 4 ммоль/л;

До 5 ммоль/л;

До 5,5 ммоль/л;

До 6 ммоль/л.

**18. Характерными внешними проявлениями атеросклероза являются все, КРОМЕ:**

Множественных ксантом;

Раннего поседения;

Синильного кольца вокруг радужки;

Анизокории.

**19. К принципам немедикаментозного лечения атеросклероза относится все, КРОМЕ:**

Диеты с ограничением животных жиров;

Прекращения курения;

Ограничение физической активности;

Увеличение потребления клетчатки.

**20. Целевым значением ЛПНП для пациентов с высоким риском по таблице SCORE является уровень менее \_\_\_\_ ммоль/л:**

1,8;

2,5;

3;

3,2%.