

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

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ПО
ДИСЦИПЛИНЕ**

Наименование дисциплины	Факультетская терапия
Специальность	31.05.02 Педиатрия
Форма обучения	очная
Год начала подготовки	2022

ТЕМА 2

ИБС: Стенокардия напряжения

Методические указания к практическим занятиям по дисциплине «Факультетская терапия»:

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) 31.05.01 Лечебное дело 2022 года набора очной формы обучения 20.04.2022

Руководитель ОПОП ВО, декан факультета

Климов Л.Я.

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 хронических форм ишемической болезни сердца (стенокардии напряжения, вазоспастической стенокардии)

2. Учебные вопросы:

1. Факторы риска, этиология и патогенез ИБС
2. Современная классификация ИБС
3. Стенокардия напряжения: классификацию по ФК, клиническая картина, осложнения
4. Методы диагностики стенокардии.
5. Основные принципы лечения стенокардии
6. Профилактика: первичная, вторичная

3. Теоретическая часть

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) – поражение миокарда, вызванное нарушением кровотока по коронарным артериям. Причина ИБС в 96% случаев – атеросклероз.

ИБС включает в себя острые преходящие (нестабильные) и хронические (стабильные) состояния.

В России, как и во всем мире, несмотря на проводимые лечебно-профилактические мероприятия, сердечно-сосудистая патология по-прежнему занимает первое место в структуре заболеваемости и смертности. По данным Росстата, с 2010 года наблюдается планомерное снижение смертности от сердечно-сосудистых причин. Тем не менее сердечно-сосудистые заболевания по-прежнему остаются главной причиной смерти россиян — почти половина (47%) всех случаев смерти. Лидирующую позицию в структуре причин смерти от ССЗ занимает ишемическая болезнь сердца. Ежегодная смертность от ИБС среди населения России — 27%. Немаловажно, что 42% от всех умерших в результате ИБС умирают в трудоспособном возрасте. Распространенность стенокардии как самой часто встречающейся формы ИБС в популяции увеличивается с возрастом у лиц обоего пола: с 5–7% среди женщин в возрасте 45–64 лет до 10–12% среди женщин в возрасте 65–85 лет, и с 4–7% среди мужчин в возрасте 45–64 лет до 12–14% среди мужчин в возрасте 45–64 лет. По данным различных регистров, среди всех больных с ИБС ежегодная общая смертность составляет 1,2–2,4%, от фатальных сердечно-сосудистых осложнений (ССО) ежегодно погибают 0,6–1,4% больных, нефатальные ИМ случаются с частотой 0,6–2,7% в год.

4. Практическая часть

Задание 1. Проведите опрос и осмотр пациента со стенокардией в клиническом отделении, по результатам чего 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.

Больной К., 66 лет, предъявляет жалобы на пекущие боли за грудиной, иррадиирующие в левое плечо, заставляющие остановиться, принять под язык 1 таблетку нитроглицерина, который за 3-5 минут купирует боль и позволяет больному продолжить движение. Провокацией подобных приступов является быстрый подъем на 3-й этаж, ношение тяжестей или выход из теплого помещения на холод, особенно при встречном ветре. Боли за грудиной при нагрузке беспокоят в течение 10 лет, но не чаще 3 раз в неделю. Больной в течение 3 лет постоянно принимает ацетилсалициловую кислоту 75-100 мг в сутки. Объективно: ИМТ= 25 кг/м². АД на правой руке - 150/90 мм рт.ст., на левой - 145/90 мм рт. ст. Перкуторно левая граница относительной сердечной тупости определяется на 2 см

кнаружи от левой среднеключичной линии. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, ЧСС 64 уд в мин. В легких везикулярное дыхание, ЧД 18 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Периферических отеков нет.

Результаты лабораторно-инструментального обследования: ОАК и ОАМ без особенностей, глюкоза - 5,5 ммоль/л, общий билирубин – 18 мкмоль/л, непрямая фракция – 4,1 мкмоль/л, мочевины - 8,1 ммоль/л, креатинин – 0,101 мкмоль/л, общий холестерин – 6,6 ммоль/л, ХС ЛПВП - 1,0 ммоль/л, ХС ЛПНП - 4,0 ммоль/л, ИА - 4, уровень триглицеридов - 2,7 ммоль/л. На ЭКГ: ритм синусовый, правильный, переходная зона в грудных отведениях смещена вправо – во 2 отведение, зубец R наибольшей амплитуды в 6-м грудном отведении, признаков ишемии на ЭКГ в покое нет. ЭхоКГ: гипертрофия левого желудочка.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. Какие методы дообследования необходимы для верификации диагноза?
3. Составьте схему лечения.

Задача №2

Больной В., 58 лет, ранее не имевший патологии сердечно-сосудистой системы, обратился за помощью к поликлиническому врачу в связи с приступом интенсивных, сжимающих болей за грудиной в тот момент, когда пациент в одиночку перемещал холодильник из одной комнаты в другую. Внешне больной стал бледен, не мог пошевелиться из-за страха в течение 3 минут, за которые боль без лекарственного вмешательства прошла. Подобные приступы ранее не отмечал.

Наследственность отягощена: отец в 52 года перенес инфаркт миокарда, после которого осталась постоянная форма фибрилляции предсердий и одышка, имеет повышенное артериальное давление. Больной до описанного эпизода считал себя здоровым, никакие препараты не принимал. На снятой ЭКГ в покое в 12 стандартных отведениях патологии не выявили.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный клинический диагноз.
2. Какие методы исследования позволят подтвердить, что боли в сердце обусловлены наличием стенокардии, а не являются корешковыми болями из-за смещения позвонков во время передвижения очень тяжелого предмета?
3. Какие рекомендации следует дать этому больному?
4. Показана ли больному коронароангиография?

Задача №3

Больной О., 74 лет. Планово госпитализирован в кардиологическое отделение ЦРБ. Состояние больного средней степени тяжести. Беспокоят приступы пекущих болей в области сердца, которые иррадиируют в левую руку. Боли повторяются до 10 раз в сутки, провоцируются малейшей физической нагрузкой, не позволяют покидать пределы квартиры, длятся по 20 минут, купируются 3 таблетками нитроглицерина, принятыми последовательно одна за другой с интервалом в 3 минуты. Во время приступов ощущает резкую слабость, АД снижается до 100/60 мм рт. ст. Кроме того, стал отмечать одышку при передвижении в пределах квартиры, появились ежедневные ночные приступы удушья, во время которых больной занимает вынужденное сидячее положение. К вечеру на ногах появляются плотные отеки до нижней трети голени, беспокоят ноющие 81

боли в правом боку. Подобное состояние без динамики наблюдается уже в течение 4 месяцев. Боли в сердца меньшей интенсивности появлялись у больного в течение 8 лет. 6 лет назад перенес трансмуральный инфаркт миокарда передней стенки, осложнившийся отеком легких, пароксизмальной желудочковой тахикардией. В течение 20 лет страдает гипертонической болезнью с цифрами АД до 170/100 мм рт. ст.

Предписанные препараты принимает нерегулярно: как только состояние улучшается – прекращает прием. Объективно: гиперстеник повышенного питания - ИМТ= 34 кг/м², ОТ - 134 см, тахипноэ – ЧД 34 в мин, одышка инспираторного характера. АД на правой руке - 175/105 мм рт. ст., на левой руке - 165/100 мм рт. ст. Пульс = ЧСС = 110 уд в мин., ритмичный, слабого наполнения и напряжения. Перкуторные границы сердца расширены в обе стороны, левая граница достигает переднеаксиллярной линии. При аускультации сердца выслушивается постоянный дующий систолический шум в точках выслушивания митрального и трехстворчатого клапанов, акцент 2 тона на аорте. В легких в нижних отделах с обеих сторон слышны крепитация и мелкопузырчатые хрипы. Нижние конечности отекают. Пальпаторно печень увеличена: нижний край правой доли выстоит из-под реберной дуги на 6 см, закругленный, умеренно болезненный.

На рентгенограмме органов грудной клетки: тень сердца расширена в обе стороны, аортальной конфигурации, кардиодиафрагмальные углы справа и слева – тупые, в проекции нижних долей обоих легких резко усилен сосудистый рисунок по типу венозного застоя.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Что определяет тяжесть состояния больного?
3. Какие методы дообследования необходимы с учетом степени тяжести заболевания?
4. Какие осложнения угрожают больному?
5. Составьте план лечения.

Задача №4.

Женщина С., 48 лет, ранее ничем не болевшая, предъявляет жалобы, что почти каждую ночь, примерно в одно и то же время, просыпается от «раздирающих грудь» болей, нестерпимых, заставляющих больную сесть в кровати и ждать окончания приступа, который длится до получаса. Наследственность не отягощена. Госпитализирована в кардиоцентр для уточнения диагноза.

На ЭКГ в покое в 12 стандартных отведениях патологии не обнаружено. При суточном мониторинге ЭКГ по методу Холтера в 3.00 ч ночи, когда у больной развились привычные боли, на ЭКГ отмечена элевация сегмента ST во всех грудных отведениях, переходящая в инвертированный коронарный зубец T. Больной сделали обезболивающую инъекцию и дали таблетку нитроглицерина 0,5 мг под язык. Через 5 минут боль купировалась, а через 20 минут нормализовалась картина ЭКГ. На коронароангиограмме изменений коронарных артерий не обнаружено.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Какие антиангинальные препараты следует назначить?
3. Чем опасна такая форма ИБС?

5. Вопросы для собеседования

1. ИБС: определение, этиология, медико-социальное значение, эпидемиология, патогенез, факторы риска, классификация.
2. Классификация стенокардий
3. Клиника стенокардии, атипичные варианты заболевания. Осложнения

4. Диагностика стенокардии. Роль нагрузочных и фармакологических проб.
5. Принципы лечения стенокардии: немедикаментозные, медикаментозные и хирургические методы
6. Основные группы антиангинальных средств и препаратов для улучшения прогноза
7. Принципы чрескожной транслюминальной баллонной коронароангиопластики, ЧКВ, АКШ. Показания и противопоказания
8. Первичная и вторичная профилактика ИБС

6. Тестовые задания

Выберите один правильный ответ:

1. При диагностике стенокардии проба с физической нагрузкой считается положительной при:
А) Появлении одышки при достижении субмаксимальной ЧСС; Б) Появлении боли или стеснения в груди в сочетании с депрессией сегмента ST более 1 мм; В) Повышении САД до 180 мм рт.ст и ДАД до 110 мм рт.ст.; Г) Регистрации косовосходящей депрессии сегмента ST до 1 мм.
2. Купирование ангинозного приступа начинается с назначения: А) Нитратов внутривенно капельно; Б) Нитроглицерина сублингвально; В) Спазмолитиков; Г) Наркотических анальгетиков.
3. Если больной начал замечать в течение месяца появление тупой боли в области сердца при подъеме на третий этаж, то следует думать о наличии: А) ИБС: стенокардии напряжения, ФК II; Б) ИБС: стенокардии Принцметала; В) ИБС: прогрессирующей стенокардии; Г) ИБС: впервые возникшей стенокардии напряжения.
4. Для диагностики ИБС в сомнительных случаях наиболее важным является метод:
А) Электрокардиографии; Б) Коронарографии; В) Велоэргометрии; Г) Чрезпищеводной стимуляции левого предсердия.
5. Бета-адреноблокаторы при ишемической болезни сердца: А) Вызывают спазм коронарных сосудов; Б) Увеличивают потребность миокарда в кислороде; В) Снижают потребность миокарда в кислороде; Г) Увеличивают сократительную способность миокарда.
6. Если в течение последних десяти дней у больного отмечаются ежедневные приступы тупой боли в области сердца при физической нагрузке, а раньше такие боли беспокоили 1-2 раза в неделю, то следует думать о наличии: А) ИБС: стенокардия напряжения, ФК II; Б) ИБС: стенокардии Принцметала; В) ИБС: прогрессирующей стенокардии напряжения; Г) ИБС: стенокардия напряжения, ФК IV.
7. К осложнениям хронической ИБС относится:
А) Перикардит; Б) Эндокардит; В) Аритмии; Г) Миокардит.
8. При стабильной стенокардии напряжения ацетилсалициловую кислоту назначают в суточной дозе _____ мг: А) 400–500; Б) 250–300; В) 150–200; Г) 75–125.
9. Загрудинная боль, возникающая при спокойной ходьбе на расстояние 100–200 метров или при подъеме по лестнице на один пролет, характерна для _____ функционального класса стенокардии напряжения: А) I; Б) II; В) III; Г) IV.
10. Для диагностики ИБС проводится: А) ЭКГ с форсированным дыханием; Б) Рентгенография грудной полости с контрастированием пищевода; В) Суточный мониторинг ЭКГ; Г) ЭКГ проба с фуросемидом.
11. Препаратами выбора при лечении вариантной стенокардии являются:
А) Никорандил; Б) антагонисты кальция; В) Бета-адреноблокаторы; Г) Ингибиторы АПФ.
12. Если у больного возникает боль в области сердца сжимающего характера с иррадиацией в левую руку при ходьбе в гору, особенно в холодную ветреную погоду, то следует думать о наличии: А) ИБС: стенокардии напряжения, ФК II; Б) ИБС: стенокардии Принцметала; В) ИБС: прогрессирующей стенокардии; Г) ИБС: стенокардии напряжения, ФК IV;
13. Критерием ишемии миокарда при велоэргометрии является:
А) Уменьшение вольтажа всех зубцов; Б) Подъем сегмента ST; В) Депрессия сегмента ST более чем на 2 мм; Г) Появление отрицательных зубцов T.
14. Для лечения собственно стенокардии применяется:
А) Метопролол; Б) Индапамид; В) Верошпирон; Г) Димедрол.
15. Загрудинная боль, возникающая при быстрой ходьбе или подъеме по лестнице более чем на один пролет, характерна для _____ функционального класса стенокардии напряжения: А) IV; Б) III; В) II; Г) I.

16. Критерием положительной пробы с физической нагрузкой является:

А) Горизонтальная депрессия сегмента ST менее 0,5 мм; Б) Косонисходящая депрессия сегмента ST менее 1 мм; В) Горизонтальная депрессия сегмента ST более 2 мм; Г) Увеличение зубца Q в V5 и V6 отведениях.

17. Для лечения собственно стенокардии применяется:

А) Атропин; Б) Фуросемид; В) Каптоприл; Г) Ивабрадин.

18. Загрудинная боль, возникающая при физической нагрузке и проходящая через несколько минут после ее прекращения, называется:

А) Типичной стенокардией; Б) Атипичной стенокардией; В) Кардиалгией; Г) Ангинозным статусом.

19. Для возникновения приступа боли при стенокардии напряжения нельзя считать провоцирующим фактором: А) Физическую и эмоциональную нагрузку; Б) Прием вазодилататоров; В) Артериальную гипертензию; Г) Тахикардию.

20. Для лечения собственно стенокардии применяется:

А) Индапамид; Б) Бисопролол; В) Дигоксин; Г) Торасемид.

21. У больной 46-ти лет ночью развиваются приступы загрудинных болей, во время которых на электрокардиограмме регистрируется преходящий подъем сегмента ST. Наиболее вероятным диагнозом является: А) Острый миокардит; Б) Прогрессирующая стенокардия; В) Вариантная стенокардия; Г) Острый тромбоз миокарда.

22. В верификации ишемического генеза болей в области сердца наибольшей чувствительностью и специфичностью обладает: А) 12-канальное суточное мониторирование ЭКГ; Б) Холодовая проба;

В) Нагрузочный тест; Г) Одновременное суточное мониторирование ЭКГ и АД.

23. Средством выбора для антиангинальной терапии при стабильной стенокардии напряжения являются: А) Нитраты; Б) β -адреноблокаторы; В) Ингибиторы If-каналов синусового узла (ивабрадин);

Г) дигидропиридиновые антагонисты кальция.

24. Если у больного обычно возникает давящая боль за грудиной при быстрой ходьбе на расстояние более 200 метров, то следует думать о наличии: А) ИБС: стенокардии Принцметала; Б) ИБС: прогрессирующей стенокардии; В) ИБС: стенокардии напряжения, ФК II; Г) ИБС: стенокардии напряжения, ФК IV

25. Для подтверждения ишемии миокарда на ЭКГ диагностически значимыми являются изменения:

А) Зубца P; Б) Сегмента ST; В) Комплекса QRS; Г) Интервала PQ.

26. Для лечения собственно стенокардии применяется:

А) Эуфиллин; Б) Нитросорбид; В) Кордиамин; Г) Индапамид.

27. Если у больного возникает давящая боль за грудиной с иррадиацией под левую лопатку при подъеме более, чем на 2 этажа, то следует думать о наличии: А) ИБС: прогрессирующей стенокардии; Б) ИБС: стенокардии Принцметала; В) ИБС: стенокардия напряжения ФК II; Г) ИБС: стенокардия напряжения ФК IV.

28. Боль при стенокардии: А) Приступообразная; Б) Продолжается часами; В) Продолжается сутками; Г) Любая по продолжительности.

29. Абсолютным противопоказанием к назначению бета-адреноблокаторов служит:

А) Хроническая обструктивная болезнь легких; Б) Атеросклероз сосудов нижних конечностей;

В) Бронхиальная астма; Г) Атриовентрикулярная блокада I степени.

30. При наличии у пациента в течение года при малейшей физической нагрузке давящей боли за грудиной, купирующейся приемом нитроглицерина, следует думать о стенокардии:

А) Напряжения функциональный класс II; Б) Напряжения функциональный класс IV;

В) Прогрессирующей; Г) Вариантной.