

Дніпровський державний медичний університет
Кафедра внутрішньої медицини 2, фтизіатрії, професійних хвороб
і клінічної імунології

«Затверджено»
На засіданні кафедри
Внутрішньої медицини 2, фтизіатрії,
професійних хвороб і клінічної імунології
Протокол № ____ від __.____.2024 р.
Зав.кафедрою, д.мед.н., професор
_____Курята О.В..

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
для студентів

<i>Дисципліна</i>	Внутрішня медицина (в т.ч. пропедевтика внутрішньої медицини, інфекційні хвороби та епідеміологія, клінічна фармакологія)
<i>Модуль №</i>	2
<i>Тема № 10</i>	Стенокардії
<i>Курс</i>	3
<i>Факультет</i>	Стоматологічний

Тривалість заняття – 1 академічна година

I. Актуальність теми.

В повсякденній стоматологічній практиці лишаються актуальними питання серцево-судинної патології. З одного боку це зумовлено прогресивною поширеністю серцево-судинної патології серед населення, з іншого - ротова порожнина та щелепно-лицьова зона є однією з найбільш рефлексогенних зон тіла, що потребує адекватного анестезіологічного втручання. Недостатнє знеболення є фактором ризику стресового загострення хронічної серцево-судинної патології, також самі анестетики можуть являти собою потенційну небезпеку ризику загрозливих життю станів. Страх або біль впродовж стоматологічного втручання, використання адреналіну в розчинах місцевих анестетиків можуть спровокувати розвиток нападу стенокардії або її прогресування, гострого інфаркту міокарда, раптової зупинки кровообігу, гіпертонічного кризу, колапсу та непритомності. Крім того, імовірність іррадіації болю при стенокардії в щелепу може спричинити помилкову тактику стоматологічного втручання з подальшими ускладненнями.

Все вищезазначене ставить вивчення даної теми вкрай актуальним і має не тільки клінічне, але і соціальне значення.

II. Мета навчання – уміти діагностувати стенокардію та надавати необхідну медичну допомогу.

III. Основні

учбові цілі: Вміти:

- діагностувати стенокардію;
- оцінювати вплив стоматологічної патології та захворювань зубо-щелепної системи на виникнення і прогресування стенокардії;
- визначитися у ролі та місці лікаря-стоматолога в профілактиці стенокардії;
- призначати надавати невідкладну допомогу хворому на стенокардію під час проведення стоматологічних процедур.

Знати:

- основні директивні документи МОЗ України щодо стандартів діагностики, лікування та профілактики стенокардії;
- питання етіології, патогенезу, клінічної та лабораторної діагностики стенокардії;
- принципи сучасної медикаментозної та немедикаментозної терапії стенокардії;
- роль лікаря-стоматолога в профілактиці стенокардії;
- питання санітарно-просвітницької роботи.

IV. Зміст теми

Термін «стенокардія» застосовується для позначення групи клінічних синдромів, які виникають внаслідок нездатності коронарного кровотоку забезпечити серцевий м'яз поживними речовинами в кількості, адекватній її потребам.

Стенокардія – напади болів давлючого або стискаючого характеру, в ділянці серця і за грудиною, які можуть передаватися в ліву руку, лопатку, ший.

В основі стенокардії також лежить гостре порушення живлення серцевого м'яза внаслідок спазму і склерозу її артерій.

Стабільна стенокардія.

Під стенокардією розуміють без некротичний епізод локальної ішемії міокарда. У класичному варіанті – це напад стискаючого болю з локалізацією за грудиною, рідше в ділянці серця, що іррадіюють і ліве плече, ліву руку, ліву половину обличчя та шиї. Біль проходить через 1-2 хвилини у спокої, або після прийому нітрогліцерину. Для стенокардії є характерними пароксизмальність, короткочасність, чіткий та швидкий ефект від нітратів.

Головною відміною ознакою стабільної стенокардії є стереотипний характер болювих нападів. Біль при стабільній класичній формі стенокардії з'являється у зв'язку з фізичними зусиллями, емоційною напругою, виникненням чинників довкілля, хоча іноді і може виникати без якої-небудь очевидної причини (стенокардія спокою).

Стабільною стенокардією можна вважати стенокардію у хворого з давністю виникнення нападів не менше одного місяця, хоча деякі автори вважають, що хворого з нападами стенокардії треба спостерігати не менше 2-3 місяців, щоб визначити, чи має стенокардія стабільну течію. У багатьох хворих стенокардія носить стабільний характер упродовж багатьох років.

Для стабільної стенокардії характерні напади, що виникають приблизно при одному і тому ж фізичному навантаженні і зникають при її усуненні.

Напад стенокардії – проявляється болем та відчуттям стиснення за грудиною, виникає внаслідок ішемії міокарда через невідповідність потреби міокарда в кисні та можливість його доставки.

Клінічна картина.

Біль, відчуття стиснення за грудиною або в ділянці серця, різної інтенсивності. Характер болю стискаючий.

За інтенсивністю під час нападу стенокардії біль поступово збільшується, іноді до надзвичайно інтенсивного, що змушує хворого завмерти. Типовою є іррадіація болю в ліве плече, ліву руку (по внутрішній її поверхні до мізинця), ліву лопатку, нижню щелепу.

Біль супроводжується низкою вегетативних розладів: блідість, холодний піт, страх померти, підвищення артеріального тиску та частоти серцевих скорочень.

Нітрогліцерин, прийнятий до навантаження, попереджає або затримує виникнення нападу стенокардії. Характер болів, їх тривалість, інтенсивність, локалізація і іррадіація завжди залишаються приблизно однаковими.

Наявність нападів стенокардії спокою у хворих з низькою толерантністю до фізичних навантажень не виключає стабільного характеру стенокардії, проте в цих випадках потрібно спеціальний аналіз динаміки симптомів.

Стабільну стенокардію напруги хворі можуть переносити порівняно непогано і поза нападами можуть почувати себе здоровими, або вона призводить до інвалідності залежно від того, чи можливе звичне для хворого життя.

Клінічні прояви стабільної стенокардії напруги дуже характерні:

1. нападopodobний біль локалізується за грудиною або (рідше) зліва від неї; біль носить стискаючий або давлячий характер;
2. типова іррадіація в ліву руку, ліву лопатку;
3. виникнення болю має чіткий зв'язок з фізичною напругою;
4. нітрогліцерин швидко купірує напад болю;
5. тривалість ангінозного нападу зазвичай коливається в межах 2-5 хв, рідше затягується до 15-30 хв. Затяжні (до 30 хв) напади повинні розглядатися як характерні для інфаркту міокарду.

Для оцінки тяжкості стану хворих на стабільну стенокардією використовується запропонована Всесоюзним кардіологічним науковим центром (ВКНЦ) класифікація, що дозволяє віднести хворого до одного з чотирьох функціональних класів:

I функціональний клас – латентна стенокардія - ангінні напади виникають тільки при надмірному фізичному навантаженні;

II функціональний клас – ангінний біль виникає при ходьбі на рівному місці в звичайному темпі на відстань не менше 500 м, і при підйомі більш ніж на один поверх сходів;

III функціональний клас – напади стенокардії викликає ходьба на рівному місці в звичайному темпі на відстань 250-500 м, підйомі по сходах на один поверх;

IV функціональний клас – хворі не можуть виконати яке-небудь фізичне навантаження (навіть мінімальне) без виникнення ангінного болю; напади стенокардії виникають і в стані спокою.

Класифікація стабільної стенокардії

1. Стабільна стенокардія напруження (із зазначенням I-IV ФК за класифікацією Канадської асоціації кардіологів) у пацієнтів із IV ФК стенокардія малих напружень може клінічно проявлятися як стенокардія спокою.

2. Стабільна стенокардія напруження при ангіографічно інтактних судинах (коронарний синдром X).

3. Вазоспастична стенокардія (ангіоспастична, спонтанна, варіантна, Принцметала).

Лікувальна програма.

Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту:

1. *Модифікація стилю життя.*

2. *Аспірин 75 мг на добу* – для всіх пацієнтів за відсутності протипоказань (шлунково-кишкові кровотечі, алергія або толерантність до аспірину). Клопідогрель як альтернативний антитромбоцитарний засіб для пацієнтів зі стабільною стенокардією, які не отримують аспірин, а також до і після черезшкірних коронарних втручань.

3. *Статини* – для пацієнтів з ІХС і рівнем загального ХС >4,5 ммоль/л. Доза визначається індивідуально з урахуванням цільового рівня загального холестерину крові <4,5 ммоль/л та холестерину ЛПНЩ <2,5 ммоль/л. Хворим з початковим рівнем загального ХС нижчим за 4,5 ммоль/л статини призначаються з урахуванням ризику виникнення серцево-судинних ускладнень, можливої побічної дії та вартості препаратів.

4. *Бета-блокатори* – для всіх пацієнтів з ІХС за відсутності протипоказань. Перевага надається селективним β_1 адреноблокаторам тривалої дії, враховуючи необхідність 24-годинного захисту міокарду від ішемії. Доза препаратів визначається за ЧСС у стані спокою (рекомендоване зниження ЧСС до 55-60 ударів за хвилину). При непереносимості β -блокаторів, як альтернатива для зниження ЧСС, доцільне призначення інгібіторів If-каналів (івабрадин).

5. *Інгібітори АПФ* – для пацієнтів із спеціальними показаннями для їхнього призначення, такими як артеріальна гіпертензія, серцева недостатність, дисфункція лівого шлуночка або цукровий діабет. Раміприл і периндоприл мають також додаткові докази щодо покращення прогнозу у пацієнтів з ІХС.

Для хворих з ІХС без спеціальних показів для їх призначення, інгібітори АПФ можуть бути рекомендовані з урахуванням співвідношення потенційної користі (позитивний вплив на прогноз захворювання), з одного боку, і ризику щодо побічних реакцій, поліпрагмазії, надмірної вартості лікування, з іншого.

6. *Нітрати короткої дії* – для усунення нападів стенокардії. Рекомендоване використання швидкодіючих нітратів (нітрогліцерин, ізосорбїду динітрат у вигляді сублінгвальних таблеток, спреїв). Нітрати пролонгованої дії з профілактичною метою показані хворим, які мають регулярні напади стенокардії, а також перед значними фізичними навантаженнями.

7. *Блокатори кальцієвих каналів та нітрати тривалої дії* показані при непереносимості чи недостатній ефективності β -адреноблокаторів у вигляді моно- або комбінованої терапії.

Перелік і обсяг медичних послуг додаткового асортименту.

1. *Метаболітні агенти* (триметазидин) в якості додаткової терапії або при непереносимості основних препаратів.

2. *Фібрати* для пацієнтів з високими ТГ і низьким ХС ЛПВЩ, з супутнім цукровим діабетом або метаболічним синдромом.

3. При супутній артеріальній гіпертензії – *антигіпертензивна терапія*.

Цільовий рівень АТ <130/85 мм рт ст.

4. При супутньому цукровому діабеті – *цукрознижуюча терапія*. Цільовий рівень глікозильованого гемоглобіну (Hb A1c) < 7 %.

5. **Реваскуляризація міокарда** – визначається обсяг та необхідність втручання за даними коронаровентрикулографії.

Невідкладна допомога при нападі стабільної стенокардії.

Нітрогліцерин 0,0005 г – 1-2 таблетки під язик (можна повторювати 3 рази впродовж 15 хвилин), або аерозольні форми нітратів, метопрололу 50 мг під язик (за відсутності протипоказань) (за наявності триваючого нападу - виклик швидкої медичної допомоги);

Профілактика нападу стенокардії у кабінеті стоматолога

- за необхідності можливе використання пацієнтом звичайної дози нітратів;
- перед лікуванням провести превентивну медикаментозну підготовку заспокійливими засобами;
- при місцевому знеболенні використовувати препарати, що не містять адреналін, або в якості вазоконстриктора в місцевих анестетиках використовувати вазопрессин, феліпресин тощо.
- анестетик вводиться помірними дозами, з контролем артеріального тиску під час стоматологічних маніпуляцій.

Нестабільна стенокардія – відображає такий перебіг ІХС, при якому в результаті патологічного процесу ризик виникнення інфаркту міокарда або раптової смерті, значно вищий ніж при стабільній стенокардії.

Нестабільна стенокардія – неоднорідна група, що за своїми клінічними проявами і прогностичному значенні займають проміжне місце між основними клініко-морфологічними формами ІХС – стабільною стенокардією напруження та інфарктом міокарда. На відміну від інфаркту міокарда не супроводжується змінами маркерів некрозу міокарда.

Нестабільна стенокардія супроводжується збільшенням ризику гострого інфаркту міокарда, що розвивається в найближчі 1-2 тижні в 5-20% хворих. 11% хворих переносять гострий інфаркт міокарда впродовж першого року після епізоду нестабільної стенокардії. Летальність протягом першого року після епізоду нестабільної стенокардії становить 8-9%. П'ятирічна смертність серед такої категорії хворих сягає 30%.

У періоди погіршення стану болі стають частіше і триваліше. Для їх провокації потрібні все менші і менші навантаження. У хворих, що страждали тільки нападами стенокардії напруження, з'являються напади стенокардії спокою. В деяких випадках нітрогліцерин починає діяти не так ефективно, як раніше. Такі зміни в перебігу захворювання поза сумнівом вказують на дестабілізацію стану хворого, і у таких хворих встановлюється діагноз нестабільної стенокардії.

Нестабільна стенокардія – це синдром, що відбиває загострення течії ІБС і характеризується високою мірою ризику виникнення інфаркту міокарду або раптової смерті. Під нестабільною стенокардією розуміють зміну частоти, характеру, течії звичних нападів стенокардії.

Етіологія та патогнез.

Етіологічним фактором НС є дестабілізація атеросклеротичної бляшки з подальшим формуванням тромбозу. За сучасними даними, пусковим механізмом вважають ушкодження атеросклеротичної бляшки, дефект її покриву і виразка поверхні. Вважають, що причиною цих змін є спазм судини, обумовлений локальним викидом вазоактивних речовин (ендотеліну та ін.). Агрегація тромбоцитів, що спостерігається при цьому, посилює спазм і ризик вироблення ендогенних вазоконстрикторних медіаторів.

Вказані зміни сприяють виникненню пристінного тромбозу, що зустрічається, по ангіографічним даним, в 60% випадків. Наслідком ангіоспазму і утворення пристінного тромбу є різке звуження просвіту судини і часті скороминучі порушення коронарного кровотоку в ураженій ділянці коронарної артерії.

Подальший перебіг захворювання багато в чому залежить від розвитку тромбу: чи станеться його лізис внаслідок активізації фібринолітичної системи

або, навпаки, із-за пригніблення цієї системи тромб стане окклюзуючим, що призведе до формування інфаркту міокарду (велико- чи дрібновогнищевий).

Класифікація нестабільної стенокардії.

1. Стенокардія, яка виникла вперше (виникнення вперше в житті нападів стенокардії з транзиторними змінами ЕКГ у стані спокою до 28 діб).

2. Прогресуюча стенокардія (виникнення стенокардії спокою, нічних ангінозних нападів у хворого зі стенокардією напруження, підвищення ФК стенокардії, прогресуюче зниження толерантності до фізичного навантаження, транзиторні зміни на ЕКГ у стані спокою).

3. Ранній інфарктна стенокардія (від 3 до 28 діб).

Стенокардія, що виникла вперше (de novo) – характеризується появою нападів стенокардії вперше у житті (тривалість анамнезу ангінозних нападів упродовж 1 місяця).

Прогресуюча стенокардія напруження – збільшення частоти та інтенсивності ангінозних нападів, їх важкості, поява нападів у спокою.

Рання постінфарктна стенокардія – виникнення нападів стенокардії через 24 години і до 14 діб від початку інфаркту міокарда.

Клінічна картина.

У хворих з поширеним атеросклерозом коронарних судин клінічні прояви нестабільної стенокардії можуть спостерігатися і без змін, що гостро порушують коронарний кровотік, завдяки повному виснаженню коронарного резерву, особливо на тлі прогресуючої серцевої недостатності і підвищення АТ.

На підставі даних літератури представляється доцільним звернути увагу практичних лікарів на наступні форми нестабільної стенокардії :

- арестієюнок напруги, яка виникла вперше;
- прогресуюча стенокардія напруги;
- рання постінфарктна стенокардія.

Стенокардія напруги, яка виникла вперше. Тривалість захворювання коливається від декількох годин (іноді хвилин) до одного місяця. Ангінозний біль виникають нерідко без передвісників при нормальному самопочутті (суб'єктивно) хворого у зв'язку з фізичною або емоційною напругою (рідко в спокої). Захворюють часто чоловіки 30-50 літнього віку. Загрудинна локалізація болю приводить у багатьох випадках хворого, ще не знайомого з проявами ішемічної хвороби серця, до неправдивого висновку про відсутність зв'язку цього болю з серцевим захворюванням і внаслідок цього до запізненого звернення про медичну допомогу. На ЕКГ, як правило, реєструються зміщення сегменту ST, зубця Т, а також порушення ритму і провідності (у разі відсутності нападу зміни ЕКГ можуть бути відсутніми). При коронарографії виявляють локальні проксимальні стенози однієї коронарної артерії (у частини хворих змін не знаходять).

Можливі наступні результати вперше виниклої стенокардії :

- інфаркт міокарду;
- раптова коронарна смерть;
- прогресуюча стенокардія;
- спонтанна стенокардія;
- стабільна стенокардія напруги;
- регресія симптомів.

Прогресуюча стенокардія напруги характеризується різкою зміною течії стабільної стенокардії : напади стенокардії стають дуже частими, тривалішими, інтенсивнішими і наполегливішими; з'являються нічні напади стенокардії. Нітрогліцерин купує біль на короткий час, причому якщо раніше досить було 1-2 пігулок на добу, то тепер хворому не достатньо 30-40 і більше. На ЕКГ можуть з'явитися зміни сегменту ST і зубця Т, порушення ритму. До нападів стенокардії можуть приєднатися напади задухи. Такі клінічні прояви нестабільної стенокардії можуть зберігатися декілька тижнів (іноді - місяців) і закінчитися поверненням до

стабільної течії. Проте у ряді випадків виникає інфаркт міокарду (орієнтовно в 7%) або відбувається раптова смерть. При коронаграфічному дослідженні виявляють ураження не менше двох коронарних артерій.

Рання постінфарктна стенокардія. Сюди відносять випадки відновлення нападів стенокардії (головним чином стенокардії спокою) впродовж першого місяця після інфаркту міокарду (частіше через 10 днів або на 3-4-му тижні від початку захворювання). Зазначено несприятливе прогностичне значення постінфарктної стенокардії відносно розвитку серцевої недостатності і повторного інфаркту міокарду. За даними професора В. Г. Попова, гостра серцева недостатність розвивається у 65,7%, а рецидив інфаркту міокарду - у 24,9% хворих.

Лікувальна програма.

Перелік і обсяг медичних послуг обов'язкового асортименту:

1. *Аспірин.*
2. *Тієнопіридинові похідні.*
3. *Нефракціонований гепарин* (в/в крапельно протягом мінімум 1 доби з наступним п/ш введенням), фондапарінукс або низькомолекулярні гепарини п/ш всім хворим. Тривалість терапії 2-5 діб, а при збереженні клінічних ознак ішемії і більше.
4. *β -адреноблокатори* без внутрішньої симпатоміметичної активності.
5. Статини показані всім хворим. Пацієнтам із загальним холестерином крові $< 4,5$ ммоль/л та/або ХС ЛПНЩ $< 2,5$ ммоль/л – за рішенням лікаря.
6. *Інгібітори АПФ* усім хворим, при їх непереносимості – БРА І.
7. *Нітрати* при наявності стенокардії та/або ознак ішемії міокарда. Як альтернативу можна використовувати сідніміміни.
8. *Блокатори кальцієвих каналів.* Ділтіазем і верапаміл доцільно застосовувати для лікування хворих, які мають протипоказання до β -адреноблокаторів, і у хворих з варіантною стенокардією при відсутності СН з систолічною дисфункцією ЛШ. Дигідропіридини ретардної дії можна використовувати з метою антигіпертензивного та додаткового антиангінального ефектів тільки разом з β -блокаторами.

Зміни ротової порожнини при стенокардії.

Стенокардія може ускладнюватися серцевою недостатністю (II, III стадії по М. Д. Стражесько і В. Х. Василенко). В цьому випадку, в порожнині рота виявляється гіперемія слизової оболонки, або різного ступеня вираженості ціаноз, захворювання пародонту, розвиток тривало незаживаючих виразок, кровотечі з ясен. Це пов'язано з порушенням мікроциркуляції крові і гіпоксією тканин ротової порожнини. У хворих з'являється відчуття свербіння, тиску, розпирання слизової оболонки ротової порожнини, невралгічний біль у області зубів. Розвиваються гінгівити, стоматити, десквамативний глосит, кандидомікоз слизової оболонки ротової порожнини, ішемічний некроз з секвестрацією кісткових структур.

В більш легких випадках спостерігається загострення хронічних стоматитів з перманентним характером їх течії, особливо у людей з несанованою порожниною рота, і хронічним тонзилітом.

У стадії декомпенсації кровообігу слизова оболонка рота бліда з ціанотичним відтінком в ділянці піднебінних дужок і ясеневого краю, значний ціаноз губ і довколишніх частин шкіри. Слизова щік, язика набрякла, м'які тканини пастозні. З'являються виразки, особливо, в місцях підвищеної травматизації (патологічний прикус, протези, навислі краї пломб). Виразки можуть бути заповнені некротичним детритом, відчувається різкий гнилісний запах з рота. Слизова оболонка навколо виразок без реактивних запальних змін.

V. Матеріали для самопідготовки

A. Питання, що підлягають самостійному вивченню:

- Стенокардії.

- Визначення. Етіологія. Патогенез.
- Класифікація. Клініка. Діагностика.
- Принципи лікування.
- Перебіг. Ускладнення. Прогноз. Профілактика.
- Особливості лікарської тактики під час стоматологічних втручань у хворих із стенокардією.

Б. Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь

Завдання 1.

Яка локалізація болю найбільш характерна для класичного нападу стабільної стенокардії напруження?

- A. Ліва половина грудної клітини
- B. П'ятий міжреберний проміжок ліворуч по середньо ключичній лінії
- C. Шия ліворуч
- D. Міжлопатковий проміжок
- E. За грудиною.

Завдання 2.

Напад стабільної стенокардії напруження IV функціонального класу виникає при:

- A. Виконання значного фізичного навантаження
- B. Виконання помірного фізичного навантаження
- C. Емоціональне напруження
- D. Виконання мінімального фізичного навантаження та в спокої
- E. Все перераховане вірно.

Завдання 3.

Хворий Т., 45 років, звернувся до стоматолога зі скаргами на інтенсивний ниючий біль у нижній щелепі зліва, що підсилюється під час швидкої ходи. Біль вперше виник 2 дні тому. За медичною допомогою з цього приводу звернувся вперше. В анамнезі ІХС: стенокардія напруги. Зазначте першочергові діагностичні заходи в даному випадку:

- A. Огляд ротової порожнини
- B. Панорамна рентгенографія щелеп
- C. Вимірювання АТ
- D. Загальноклінічний аналіз крові
- E. Реєстрація ЕКГ у 12 відведеннях на місці.

Завдання 4.

Хворий 57-років відзначає впродовж року 1-2 рази на місяць рано вранці напади болів стискаючого характеру за грудниною, що віддають в шию, нижню щелепу, під ліву лопатку, проходять протягом 15-20 хвилин після прийому нітрогліцерину. На ЕКГ у момент нападу підйом сегменту ST у відведеннях V2-V5 на 8 мм. На ЕКГ після купірування нападу ST на ізолінії. Який діагноз в даного хворого?

- A. ДДПП, цервікоторакалгія
- B. Запалення стравоходу
- C. ІХС: стенокардія Принцметала
- D. ІХС: інфаркт міокарда
- E. Розшаровуюча аневризма аорти.

В. Вирішить декілька завдань-моделей, використовуючи діагностичні і лікувальні алгоритми

Завдання 1.

Хворий М., 61 р., звернувся до лікаря зі скаргами на загрудинний біль стискаючого характеру, що виник після фізичного навантаження та продовжувався 3

год. Біль іррадіює в шию та нижню щелепу, пройшов самотійно у стані спокою через 15 хвилин. Подібний напад був 2 тижні тому. При огляді: стан відносно задовільний. Межі серця розширені ліворуч на 1 см. Тони серця звучні, пульс 80/хв, АТ 135/85 мм рт.ст. Клінічний аналіз крові і сечі

– без особливостей. ЕКГ: відхилення ЕВС ліворуч, високі гострі зубці Т в V2-V4 відведеннях, поодинокі екстрасистоли.

1. Ваш попередній діагноз:

- А. Ішемічна хвороба серця: стенокардія напруги що виникла вперше. НК 0
- В. Ішемічна хвороба серця. Стабільна стенокардія напруги. НК 0
- С. Ішемічна хвороба серця. Стабільна стенокардія напруги і спокою. НК 0
- Д. Ішемічна хвороба серця. Стабільна стенокардія спокою. НК 0
- Е. Ішемічна хвороба серця. Прогресуюча стенокардія напруги. НК 0.

2. Обстеження слід почати:

- А. з огляду ротової порожнини
- В. з рентгенографії щелеп
- С. з ЕКГ у 12 відведеннях
- Д. з рентгеноскопії грудного клітини
- Е. з визначення вмісту Тропоніну – І.

3. Який метод лікування найбільш доцільний у подібному випадку?

- А. Застосування інгібіторів ангіотензотворюючого ферменту
- В. Застосування симпатомиметиків
- С. Застосування дигоксину з еуфіліном
- Д. Призначення тромболітичних препаратів
- Е. Призначення нітратів

Завдання 2. Хворий Б., 65 років, інвалід III групи, прийшов до стоматолога на прийом з приводу протезування, дорогою відмітив у себе біль за грудиною, задишку при ходьбі на відстань 100-200 м. Два роки тому переніс інфаркт міокарда, палить цигарки. АТ=150/75 мм.рт.ст. На ЕКГ : ЧСС=100, патологічний Q у I, aVL V1-V4, підйом ST і високі гострі Т в II, III, aVF.

1. Сформулюйте попередній діагноз:

- А. ІХС. Стенокардія напруги, IV ф.кл.
- В. ІХС. Стенокардія спонтанна
- С. ІХС. Нестабільна стенокардія
- Д. ІХС. Стенокардія напруги III ф.кл. Постінфарктний кардіосклероз
- Е. ІХС. Гострий трансмуральний поширений передньо-перетинково-

верхівковий інфаркт міокарда

2. Лікування Ви почнете одним з указаних препаратів, крім (з урахуванням частоти пульсу):

- А. Анаприлін
- В. Ніфедипін
- С. Еналаприл
- Д. Дилтіазем
- Е. Капотен

3. Немедикаментозні методи лікування даного хворого повинні включати все, крім:

- А. Зниження вживання кухонної солі до 5 г за добу.
- В. Підвищення вживання вуглеводів.
- С. Зниження паління.
- Д. Зниження маси тіла.

Е. Підвищення фізичної активності.

VI. Матеріали для позааудиторної роботи (НДРС)

Реферат за темою: «Диференційна діагностика болі у грудної клітці».

VII. Контроль знань – оцінюється в процесі опитування, при рішенні тестів, ситуаційних завдань, при заключному тестуванні.

VIII. РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Березов В.М. та співав. Внутрішні хвороби / В.М. Березов, В.М. Васильєв, Є.І. Дзись та ін. [та співав.] // Під редакцією проф. М.С. Расіна. – Полтава: ЧФ «Форміка». - 2012 . - 361с.
2. Класифікації терапевтичних захворювань : навч. посіб. для студ. вищих медичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації, інтернів і лікарів-терапевтів/ [В. Д. Сиволап, В. Х. Каленський, Н. С. Михайловська та ін.]. – Запоріжжя, 2006. – 204 с. –(Рекомендовано Центральним методичним кабінетом з вищої освіти МОЗ України).
3. Клінічна імунологія та алергологія: підручник/ [Г.М.Дранік,О.С. Прилуцький, Ю. І. Бажора та ін.]; за ред. Г. М. Драніка. – К. : Здоров'я, 2006. – 888 с.