

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 № 14</i>	Хронічна серцева недостатність.
<i>Курс</i>	3
<i>Факультет</i>	Стоматологічний

Тривалість заняття – 2 академічні години

Дніпро 2024

I. Актуальність теми.

Хронічна серцева недостатність (ХСН) – значна медико-соціальна проблема, в тому числі в Україні. За даними національних реєстрів європейських країн та епідеміологічних досліджень показник поширеності ХСН серед дорослого населення коливається у межах 1-5% та зростає пропорційно до віку, становлячи понад 10% серед осіб віком понад 65 років. Близько 50% таких пацієнтів помирає протягом 4 років. Серед хворих з тяжкою ХСН смертність протягом найближчого року сягає 50%. Лікування хворих на ХСН вимагає значних коштів – 1-2% загальних витрат на охорону здоров'я в індустріально розвинених країнах, 2/3 з яких припадають на стаціонарне лікування пацієнтів, госпіталізованих з приводу декомпенсації кровообігу. З огляду на тенденцію, в тому числі й в Україні, до зростання питомої ваги населення старших вікових груп, питання щодо надання медичної допомоги хворим на ХСН стає дедалі більш актуальним.

II. Мета навчання – уміти діагностувати хронічну серцеву недостатність та надавати необхідну медичну допомогу.

III. Основні учбові цілі:

Вміти:

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

Знати:

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

IV. Зміст теми

Визначення серцевої недостатності.

Під СН розуміють патофізіологічний стан, при якому серце внаслідок порушення насосної функції не може задовольняти потреби метаболізму тканин.

ХСН – клінічний синдром, типовими ознаками якого є прогресуючі зниження толерантності до фізичних навантажень, затримка в організмі рідини та зменшення тривалості життя.

Хронічна серцева недостатність із систолічною дисфункцією лівого шлуночка.

Основний критерій встановлення діагнозу – наявність клінічних ознак ХСН за величини фракції викиду (ФВ) лівого шлуночка (ЛШ) 45% і менше.

Клінічні стани, при яких може виявлятися ХСН із систолічною дисфункцією ЛШ:

- ішемічна хвороба серця (ІХС);
- дилатаційна кардіоміопатія;
- дифузний міокардит;

Кінцеві клінічні стадії гіпертензивного серця, аортальних вад, мітральної недостатності.

Хронічна серцева недостатність зі збереженою систолічною функцією лівого

шлуночка.

Основний критерій встановлення діагнозу – наявність клінічних ознак ХСН за величини ФВ ЛШ понад 45%.

Клінічні стани, при яких може виявлятися ХСН зі збереженою систолічною функцією ЛШ:

- артеріальна гіпертензія (АГ) з гіпертрофією ЛШ;
- гіпертрофічна кардіоміопатія;
- аортальний стеноз;
- ІХС;
- рестриктивні ураження міокарда;
- тахісистоія;
- мітральний стеноз, міксома, тромб лівого передсердя;
- констриктивний перикардит;
- ексудативний перикардит (при значному випоті);
- трикуспідальний стеноз;
- хронічне легеневе серце;
- стійка брадисистоія;
- виражена мітральна або аортальна регургітація;
- виражена анемія;
- тиреотоксикоз.

Діастолічна недостатність лівого шлуночка.

Критерії встановлення діагнозу:

- Наявність клінічних симптомів ХСН;
- ФВ недилатованого ЛШ становить понад 45%;

• Наявність об'єктивних (за даними доплерехокардіографії) ознак порушення діастолічної функції ЛШ за умови відсутності хронічного легеневого серця.

Клінічні стани, при яких може відзначатися діастолічна недостатність

ЛШ:

- АГ з гіпертрофією ЛШ;
- гіпертрофічна кардіоміопатія;
- аортальний стеноз;
- ІХС;
- рестриктивні ураження міокарда;
- тахісистоія.

Критерії клінічного діагнозу «серцева недостатність».

Основні:

- наявність суб'єктивних та об'єктивних симптомів СН;
- об'єктивні докази наявності дисфункції серця (сistolічної та/або

діастолічної) у стані спокою, отримані за допомогою інструментального дослідження (насамперед – ехокардіографії).

Допоміжний – позитивна клінічна відповідь на лікування з приводу СН.

Суб'єктивні та клінічні симптоми, що дають підстави припускати наявність хронічної серцевої недостатності:

- задишка при фізичному навантаженні;
- слабкість, швидка втомлюваність при фізичних навантаженнях;
- кашель при фізичному навантаженні та/або в положенні лежачи;
- нічна пароксизмальна задишка;
- ортопное;
- олігурія;
- симптоми з боку шлунково-кишкового тракту (важкість у животі, нудота, запори, анорексія та ін.) та центральної нервової системи (сонливість, збудження, дезорієнтація – як правило, у разі кінцевої клінічної стадії ХСН).

Об'єктивні клінічні ознаки, що дають підстави припускати наявність хронічної серцевої недостатності:

- двобічні периферичні набряки;
- гепатомегалія;
- набухання та пульсація яремних вен;
- асцит, гідроторакс (частіше правобічний або двобічний);
- двобічні крепітувальні хрипи;
- тахіпное;
- тахісистоія, тахіаритмія;
- альтернуючий пульс;
- розширення меж серця;
- III протодіастолічний тон (мелодія «ритму галопа»);
- IV пресистоічний тон (при діастолічній СН);
- акцент II тону над легеневою артерією;
- зниження нутритивного статусу, що відзначається при загальному огляді.

Як правило, у конкретного хворого на ХСН проявляється лише частина наведених суб'єктивних та об'єктивних ознак. Та жодна із них, взята окремо, не достатньо інформативна для встановлення діагнозу ХСН. Тому первинна діагностика ХСН має базуватися лише на комплексі ознак, і попередній діагноз ХСН є тим більш вірогідним, чим більшу їх кількість відзначають у хворого. Остаточний клінічний діагноз ХСН може бути встановлений лише з урахуванням даних інструментального (насамперед ехокардіографічного) дослідження.

Основні методи інструментальної діагностики хронічної серцевої недостатності.

Ехокардіографія відіграє основну роль в об'єктивізації СН.

Рентгенографія грудної клітки.

Основні діагностичні можливості при ХСН:

- оцінка розмірів серця (кардіоторакальний індекс);
- встановлення наявності та вираженості застійних явищ у легенях;
- диференційна діагностика із захворюваннями дихальної системи;
- діагностика та контроль ефективності лікування з приводу таких ускладнень ХСН, як пневмонія, гідроторакс, тромбоемболія гілок легеневої артерії.

Електрокардіографія.

Якщо у пацієнта, у якого припускають наявність ХСН, рутинні показники електрокардіограми (ЕКГ) у 12 відведеннях нормальні, попередній діагноз ХСН

малоймовірний і потребує уважного перегляду.

Наявність на ЕКГ патологічних змін (ознак вогнищового кардіосклерозу, гіпертрофії відділів серця, блокад, тахіаритмій) не є діагностичним критерієм ХСН, оскільки такі зміни можуть відзначатися також у хворих без істотного порушення насосної функції серця. Однак виявлення подібних змін у пацієнтів з діагностованою ХСН може бути важливим для визначення етіології та обтяжуючих чинників клінічного перебігу захворювання.

При спостереженні хворих з ХСН реєстрація ЕКГ є важливим засобом контролю ефективності та безпечності лікування серцевими глікозидами, бета-адреноблокаторами, діуретиками, аміодароном (оцінка змін ритму та провідності, ознак насичення дигіталісом та електролітних порушень, тривалості інтервалу Q-T).

Додаткові методи інструментального дослідження у хворих на хронічну серцеву недостатність :

- Магнітно-резонансне дослідження серця.
- Радіонуклідна вентрикулографія.
- Тест із 6-хвилинною ходьбою.
- Холтеровське моніторування ЕКГ.
- Стрес-ехокардіографія з низькими дозами добутаміну.
- Черезстравохідна ехокардіографія.
- Оцінка функції зовнішнього дихання.

Коронарна ангіографія.

При ХСН коронарну ангіографію доцільно застосовувати з метою визначення показань для реваскуляризації міокарда. З огляду на це доцільність її проведення повинна розглядатися:

- у хворих на ХСН із стенокардією;
- у пацієнтів з рефрактерною СН у разі неможливості здійснити диференційну діагностику між коронарогенним та некоронарогенним її походженням за допомогою інших інструментальних методів;
- у хворих на ХСН, яким показана хірургічна корекція мітральної регургітації та/або аортальної вад серця.

Стандартні (обов'язкові) лабораторні методи дослідження у хворих на хронічну серцеву недостатність:

- Загальний аналіз крові (рівень гемоглобіну, кількість еритроцитів, лейкоцитів та тромбоцитів, гематокрит, ШОЕ).
- Загальний аналіз сечі.
- Біохімічне дослідження крові: вміст електролітів (K^+ , Na^+), креатиніну, білірубіну, печінкові ферменти (АЛТ, АСТ, лужна фосфатаза), рівень глюкози.

Додаткові (можливі) лабораторні тести при хронічній серцевій недостатності:

- Тиреотропний гормон.
- Кардіоспецифічні ферменти.
- Міжнародне нормалізоване співвідношення (бажано) або протромбіновий індекс.
- Натрійуретичні пептиди.
- Визначення клубочкової фільтрації.

Класифікація хронічної серцевої недостатності української асоціації кардіологів.

Основні терміни:

- Клінічна стадія СН.
- Варіант СН.
- Функціональний клас (ФК).

Клінічні стадії: I; IIА; IIБ; III.

Критерії СН I, IIА, IIБ та III стадії відповідають таким I, IIА, IIБ та III стадії хронічної недостатності кровообігу за класифікацією М.Д. Стражеска і В.Х. Василенка (1935).

I – початкова недостатність кровообігу; виявляється лише при фізичному навантаженні (задишка, тахікардія, втомлюваність); у спокої гемодинаміка та функції органів не порушені.

II – виражена тривала недостатність кровообігу; виражені у спокої порушення гемодинаміки (застій у малому та великому колі кровообігу тощо), а також функцій органів та

обміну речовин.

Період А – початок стадії, порушення гемодинаміки виражене помірно; відзначається порушення функції серця або окремого його відділу.

Період Б – кінець тривалої стадії: глибокі порушення гемодинаміки, уражена вся серцево-судинна система.

ІІІ – кінцева, дистрофічна недостатність кровообігу; тяжке порушення гемодинаміки, стійкі зміни обміну речовин та функцій органів, незворотні зміни структури тканин та органів.

Варіанти СН:

- із систолічною дисфункцією ЛШ: ФВ ЛШ становить 45% і менше;
- зі збереженою систолічною функцією ЛШ: ФВ ЛШ становить понад

45%.

ФК пацієнтів із серцево-судинними захворюваннями за критеріями Нью-Йоркської асоціації серця (NYHA)

I ФК – пацієнти із захворюванням серця, в яких звичайні фізичні навантаження не викликають задишки, втоми чи серцебиття.

II ФК – пацієнти із захворюванням серця та помірним обмеженням фізичної активності. Задишку, втому, серцебиття фіксують при виконанні звичайних фізичних навантажень.

III ФК – пацієнти із захворюванням серця та вираженим обмеженням фізичної активності. У стані спокою скарги відсутні, але навіть при незначних фізичних навантаженнях виникають задишка, втома, серцебиття.

IV ФК – пацієнти із захворюванням серця, в яких будь-яка фізична активність спричиняє зазначені симптоми. Останні проявляються також у стані спокою.

Примітки.

1. Стадія СН відображає етап клінічної еволюції цього синдрому, тоді як ФК пацієнта – динамічна характеристика, що може змінюватися під впливом лікування.

2. Визначення варіантів СН (із систолічною дисфункцією або зі збереженою систолічною функцією за наявності ЛШ)

можлиवेशели відповідних даних
ехокардіографічного дослідження.

Завдання лікування хворих на хронічну серцеву недостатність.

- Усунення або корекція етіологічного фактора ХСН.
- Забезпечення максимально можливого рівня якості життя через: а) усунення або зменшення вираженості клінічних симптомів СН; б) зменшення кількості повторних госпіталізацій хворого з приводу

декомпенсації кровообігу;

в) досягнення двох зазначених цілей у разі доброї переносності відповідного лікування.

- Збільшення тривалості життя.

Модифікація способу життя та дотримання спеціальних рекомендацій.

- Відмова від куріння та вживання алкоголю.
- Харчування та питний режим:

а) обмеження споживання харчової солі (NaCl) не більше 3 г на добу (виключення з раціону солоних продуктів, відмова від досоловвання готової їжі);

б) помірне обмеження споживання рідини у хворих з гемодинамічно стабільною ХСН (до 1,5-2 л на добу) та істотне – при декомпенсованій СН (не більше 1-1,2 л на добу).

- Самоконтроль маси тіла – не менше 2-3 разів на тиждень – з наступною корекцією, в разі необхідності, режиму прийому діуретиків.

- Режим фізичної активності:

а) істотне обмеження фізичної активності (ліжковий або палатний режим) – при гострій та декомпенсованій (з явищами вираженої гіперволемії) СН;

б) регулярне щоденне виконання фізичних навантажень, яке не супроводжується задишкою та підвищенням серцебиття – при гемодинамічно стабільній ХСН.

- Вакцинація. Бажано проводити протигрипозну та протипневмокову імунізацію у пацієнтів з ХСН.

- Контрацепція. У разі можливості – запобігання вагітності у жінок з клінічно маніфестованою ХСН.

- Подорожі. Уникнення перебування у високогірних, спекотливих районах та районах з високою вологістю. Уникнення подорожей, пов'язаних із тривалим перебуванням у нерухомому стані, через підвищений ризик тромбозу глибоких вен нижніх кінцівок або таза.

- Фізичні тренування. Регулярне виконання ізотонічних (динамічних) навантажень помірної інтенсивності (аеробних) показане під спільним наглядом спеціаліста з лікувальної фізкультури та кардіолога пацієнтам з гемодинамічно стабільною, медикаментозно контрольованою ХСН II або III ФК.

Протипоказання до фізичних тренувань:

а) декомпенсована застійна СН;

б) міокардит;

в) некориговані клапанні стенози; \

г) «сині» вроджені вади серця;

д) шлуночкові аритмії високих градацій;

ж) нескоригована тахісистолія;

з) відсутність належного контролю стенокардії за допомогою антиангінальних препаратів.

Медикаментозне лікування.

Медикаментозне лікування хворих на хронічну серцеву недостатність із систолічною дисфункцією лівого шлуночка.

I. Стандартні засоби лікування

Інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту (ІАПФ).

ІАПФ показані всім пацієнтам (за винятком випадків протипоказань або непереносимості) із систолічною дисфункцією ЛШ (ФВ – 45% і більше) незалежно від наявності в них клінічних проявів СН (I-IV ФК за NYHA).

Діуретики (салуретики).

Діуретики показані хворим на ХСН, в яких має місце затримка рідини в організмі, що

проявляється ознаками легеневого застою та периферичним набряковим синдромом.

Профілактичний (в індивідуальному підтримувальному режимі) прийом діуретиків також показаний пацієнтам зі стабільними гемодинамічними показниками та схильністю до гіперволемії, тобто з попереднім набряковим синдромом, який був усунутий за допомогою активної терапії діуретиками.

Прийом діуретиків обов'язково слід комбінувати з ІАПФ за відсутності протипоказань до призначення останніх.

Калійзберігаючі діуретики

Калійзберігаючі діуретики використовують в активній фазі терапії для усунення та профілактики гіпокаліємії, гіпомагніємії та покращання відповіді на лікування. Контроль безпечності лікування калійзберігаючими діуретиками полягає у періодичній оцінці рівня калію та креатиніну з відповідною (у разі необхідності) корекцією їх дози, до стабілізації рівня K^+ у плазмі крові.

Бета-адреноблокатори.

- Бета-адреноблокатори (β -АБ) необхідно призначати всім пацієнтам (за винятком випадків протипоказань) з клінічними проявами ХСН (II-IV ФК) та систолічною дисфункцією ЛШ, зумовленою ІХС або дилатаційною кардіоміопатією, які вже отримують ІАПФ та діуретики.

β -АБ, які можна застосовувати у хворих на ХСН із систолічною дисфункцією ЛШ, є бісопролол, карведилол, метопролол-сукцинат CR/XL та небіволол.

Антагоністи рецепторів ангіотензину (АРА) II.

АРА II необхідно призначати тим хворим на ХСН, які мають показання до застосування ІАПФ, але не переносять останніх унаслідок таких проявів їх побічної дії, як кашель або ангіоневротичний набряк.

Антагоністи альдостерону (АА).

Призначення на тривалий термін АА спіронолактону показане пацієнтам з вираженою (III-IV ФК за NYHA) ХСН, які вже отримують ІАПФ, β -АБ та діуретики, оскільки це покращує в них прогноз виживання та знижує ризик госпіталізацій. Тривалий прийом іншого АА – еплеренону – показаний з тією ж метою пацієнтам після інфаркту міокарда (ІМ) із систолічною дисфункцією ЛШ, що мають ознаки СН або супутній цукровий діабет.

Серцеві глікозиди (дигоксин).

Дигоксин показаний усім хворим на ХСН (I-IV ФК) та постійною формою фібриляції передсердь (ФП) для нормалізації та контролю частоти скорочень шлуночків (ЧСС). Комбінування дигоксину та β -АБ має перевагу перед монотерапією дигоксином при тривалому контролі ЧСС у хворих на ХСН, а отже має розглядатися як оптимальний підхід у їх лікуванні.

Пацієнтам з ХСН, систолічною дисфункцією ЛШ та з синусовим ритмом дигоксин показаний з метою зниження ризику госпіталізацій у зв'язку з декомпенсацією гемодинаміки у тих випадках, коли незважаючи на прийом ІАПФ, діуретиків та β -АБ їх клініко-функціональний стан відповідає III-IV ФК за NYHA. Якщо на фоні застосування зазначеної комбінованої терапії із включенням дигоксину клінічний стан хворого вдається поліпшити до II ФК, підтримувальний прийом препарату має бути продовжений.

Немедикаментозні та хірургічні методи лікування хворих на хронічну серцеву недостатність із систолічною дисфункцією лівого шлуночка

Ресинхронізуюча електростимуляція серця.

Постійна бівентрикулярна ресинхронізуюча кардіоелектростимуляція (РЕКС) показана пацієнтам із зниженою ФВ ЛШ та асинхронністю скорочення шлуночків (тривалість QRS – 120 мс і більше), клінічний стан яких залишається на рівні III-IV ФК за NYHA, незважаючи на оптимальну медикаментозну терапію.

Імплантовані кардіовертери-дефібрилятори.

Імплантований кардіовертер-дефібрилятор (ІКД) показаний:

- хворим із систолічною дисфункцією ЛШ та зупинкою кровообігу або стійкою гемодинамічно малоефективною шлуночковою тахікардією в анамнезі;

- пацієнтам, які не менше ніж 40 днів тому перенесли ІМ, мають ФВ ЛШ менше 30-35% та проходять стандартне лікування, яке включає ІАПФ (АРА ІІ) та β -АБ.

Застосування ІКД у хворих обох категорій поліпшує прогноз виживання за рахунок зменшення ризику виникнення раптової серцевої смерті.

Реваскуляризація міокарда.

Адекватно виконана хірургічна реваскуляризація міокарда може покращити якість життя у пацієнтів з ХСН ішемічної етіології із систолічною дисфункцією ЛШ.

Аневризмектомія ЛШ.

Показана пацієнтам зі значною за розмірами мішкоподібною аневризмою ЛШ та супутньою симптоматикою СН.

Хірургічна корекція мітральної регургітації у хворих із систолічною дисфункцією ЛШ без органічної вади мітрального клапана.

Може сприяти покращанню гемодинаміки та клінічного стану і може розглядатися як засіб лікувальної допомоги метод лікування в окремих пацієнтів.

Трансплантація серця.

Показана хворим з тяжкою ХСН (IV ФК за NYHA) та рефрактерністю до будь-яких інших методів лікування.

Лікування пацієнтів з хронічною серцевою недостатністю та збереженою систолічною функцією лівого шлуночка.

Принциповий алгоритм допомоги хворим цієї категорії полягає у:

- адекватному впливі (фармакологічному або хірургічному) на основне захворювання;
- медикаментозній терапії з метою усунення симптомів та циркуляторних порушень, притаманних ХСН.

Лікувальні підходи, показані хворим з діастолічною ХСН:

- контроль АТ на цільовому рівні відповідно до існуючих рекомендацій;
 - адекватний контроль ЧСШ у хворих з постійною формою ФП або усунення синусової тахікардії;
 - у разі можливості – відновлення синусового ритму у хворих з ФП та його збереження за допомогою медикаментозних засобів;
 - контроль еуволемічного стану пацієнтів за допомогою діуретиків;
 - реваскуляризація міокарда у хворих на ІХС із маніфестованою ішемією міокарда як одного з чинників його діастолічної дисфункції;
 - застосування нейрогуморальних антагоністів (ІАПФ, β -АБ, АРА ІІ), у тому числі в комбінації;
 - застосування верапамілу частоти скорочень серця
 - зрммаелтіозаюцініі о
- (ЧСШ) у випадках непереносимості β -АБ.

Завдання лікування хворих з декомпенсованою ХСН:

- усунення відповідних клінічних симптомів, відновлення еуволемічного стану пацієнта (за допомогою діуретиків, нітратів і, в окремих випадках, інотропних засобів);
- відновлення задовільних лабораторних показників (нормалізація активності печінкових ферментів, рівня білірубіну, креатиніну, зниження рівня циркулюючого натрійуретичного пептиду);
- започаткування стратегії подальшого підтримувального лікування нейрогуморальними антагоністами (ІАПФ, β -АБ, АА), спрямованого на профілактику повторних госпіталізацій та збільшення тривалості життя пацієнта;
- якщо хворий раніше не отримував нейрогуморальних антагоністів, можливість початку титрування дози ІАПФ може бути розглянута після початкової стабілізації гемодинамічного стану, з 48 години від початку активного лікування. Ціліяція терапії β -АБ здійснюється на подальшому етапі стаціонарного лікування з урахуванням необхідності досягнення еуволемічного стану.

Зміни ротової порожнини при хронічній серцевій недостатності.

В порожнині рота виявляється гіперемія слизової оболонки, або різного ступеня вираженості ціаноз, захворювання пародонту, розвиток довго незаживаючих виразок, кровотечі. 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 несановою 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:

- Хронічна серцева недостатність.
- Визначення. Етіологія. Патогенез.
- Класифікація. Клініка. Діагностика.
- Принципи лікування.
- Перебіг. Ускладнення. Прогноз. Профілактика.
- Особливості лікарської тактики під час стоматологічних втручань у хворих з ІХС та СН.

Б. Завдання для самопідготовки і самокорекції вихідного рівня умінь Завдання 1

Яка ознака патогномонічна для лівожшлуночкової недостатності?

- A. набухання шийних вен
- B. асцит
- C. збільшення печінки
- D. ортопное
- E. набряки на ногах

Завдання 2

Назвіть найбільш часту причину ХСН:

- A. ревматичні пороки серця
- B. ІХС
- C. артеріальна гіпертензія
- D. кардіоміопатія
- E. міокардіти та міокардіодістрофії

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

1. У хворого 59 років з гострим інфарктом міокарду (1-а доба) розвинувся напад серцебиття, що супроводжується різкою слабкістю, падінням артеріального тиску. На ЕКГ: зубець Р не визначається, QRS розширений (0.12 сек) і деформований, число шлуночкових скорочень 150 в хвилину.

1е. Як ускладнення у даного хворого?

- A. Синусова тахікардія
- B. набряк легенів
- C. Кардіогенний шок
- D. ТЕЛА
- E. Асистолія

2. Яка причина безпосередньо привела до такого ускладнення?

- 3. A. Синусова тахікардія
- B. Пароксизм надшлуночкової аритмії
- C. Пароксизм шлуночкової аритмії
- D. Фібриляція передсердь, пароксизмальна форма
- E. Фібриляція передсердь, персистуюча форма

4. Який препарат потрібно призначити?

- A. папаверін
- B. верапаміл
- C. АТФ
- D. Ділідок
- E. аїн
- E. кордарон

VI. Матеріали для позааудиторної роботи (НДРС)

Реферат за темою: «Зміни ротової порожнини у хворих на хронічну серцеву недостатність».

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.