

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет: медичний

Кафедра внутрішньої медицини №1

ЗАТВЕРДЖУЮ

Проректор з науково-педагогічної роботи

Едуард БУРЯЧКІВСЬКИЙ

« »

2023 року

МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА
ДО ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

Факультет, курс: медичний, міжнародний, 4 курс

Навчальна дисципліна: Актуальні питання ведення хворих з кардіальною патологією (курс за вибором)

Затверджено:

Засіданням кафедри внутрішньої медицини №1 Одеського національного медичного університету

Протокол № 1 від «05» вересня 2023 р.

Завідувач кафедри



Юрій КАРПЕНКО

Розробники:

Карпенко Юрій Іванович, д.мед.н., професор
Золотарьова Наталя Артемівна, д.мед.н., професор
Поляков Анатолій Євгенійович, д.мед.н., професор
Іжа Ганна Миколаївна, д.мед.н., доцент
Крижановський Юрій Миколайович, к.мед.н., доцент
Павловська Катерина Миколаївна, к.мед.н., доцент
Потапчук Олександр Васильович, доцент
Савельєва Ольга Валеріївна, к.мед.н., доцент
Шухтіна Ірина Миколаївна, к.мед.н., доцент
Алавацька Тетяна Василівна, асистент
Бліхар Олена Володимирівна, асистент
Бондаренко Ольга Віталіївна, асистент
Гуненко Ірина Ігорівна, асистент
Золотарьова Ксенія Олегівна, к.мед.н., асистент
Кравцова Катерина Володимирівна, асистент
Майстренко Марія Сергіївна, асистент
Митрохіна Надія Анатоліївна, асистент
Пашаєва Вікторія Фаїківна, асистент
Рябініна Анна Геннадіївна, асистент
Сухіна Юлія Олександрівна, асистент
Ухань Вікторія Вікторівна, асистент
Юрданова Ілона Георгіївна, асистент
Январьова Ольга Юріївна, асистент

ПРАКТИЧНІ ЗАНЯТТЯ

Практичне заняття №1

Тема: 1. Ведення пацієнта з артеріальною гіпертензією. Гіпертензивні кризи, особливості лікувальної тактики

Мета: пояснити тактику ведення хворого з артеріальною гіпертензією, план обстеження, провести диференційний діагноз, принципи лікування згідно з сучасними стандартами, профілактику, прогноз та працездатність при АГ.

Основні поняття: есенціальна та вторинна артеріальна гіпертензія, стратифікація ризику, гіпертензивна кризи, антигіпертензивні препарати.

Обладнання: ноутбук з презентацією, мультимедійний проектор

План:

1. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).
2. Контроль опорного рівня знань (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування з основної термінології тощо) (у разі необхідності).
3. Питання (тестові завдання) для перевірки базових знань за темою семінару:

1. У 66-річного хворого з артеріальною гіпертензією (АТ 190/110 мм рт. ст.) при обстеженні виявлено ІХС, стенокардію, ІІ ФК, генералізований атеросклероз судин нижніх кінцівок. Глюкоза крові 6,7 ммоль/л, холестерин 7 ммоль/л, тригліцериди - 3 ммоль/л. Виберіть засіб для лікування артеріальної гіпертензії:

- A* Метилдопа
- B* Гіпотіазид
- C* Атенолол
- D* Резерпін
- E* *Еналаприл

2. Чоловік 42 років скаржиться на інтенсивний головний біль в потиличній ділянці, почервоніння лица, відчуття тремтіння тіла. Впродовж 3 років - періодичні епізоди підвищення АТ до 180/90 мм рт. ст. Об-но: Пульс – 108/хв. АТ - 200/100 мм рт.ст. Ліва межа серця зміщена вліво на 1,5 см. Тони серця ритмічні, акцент ІІ тону над аортою. ЕКГ: порушення процесів реполяризації передньо-бічної стінки ЛШ. Введення якого з перерахованих препаратів є найбільш ефективним:

- A* *Метопролол
- B* Верапаміл
- C* Клофелін
- D* Фуросемід
- E* Пентамін

3. Хворий 49 років. Скаржиться на головний біль в потиличній області, мерехтіння перед очима. На протязі 5 років має місце постійне підвищення артеріального тиску - 160/100 мм рт.ст. Межі відносної серцевої тупості розширені ліворуч. Тахікардія, акцент ІІ тону над аортою. ЕКГ-лівограма, ознаки гіпертрофії лівого шлуночка. Офтальмологічне дослідження - симптом Салюсу ІІ. Яка найбільш вірогідна патологія, що зумовлює таку картину?

- A* Гіпертонічна хвороба, І стадія
- B* *Гіпертонічна хвороба, ІІ стадія
- C* Гіпертонічна хвороба, ІІІ стадія
- D* Хвороба Іценко-Кушинга
- E* Гострий гломерулонефрит

Клінічна задача №1.

Хворий К., 63 років, поступив в кардіологічне відділення зі скаргами на інтенсивні головні болі в потиличній області пульсуючого характеру, супроводжуються нудотою, одноразовою

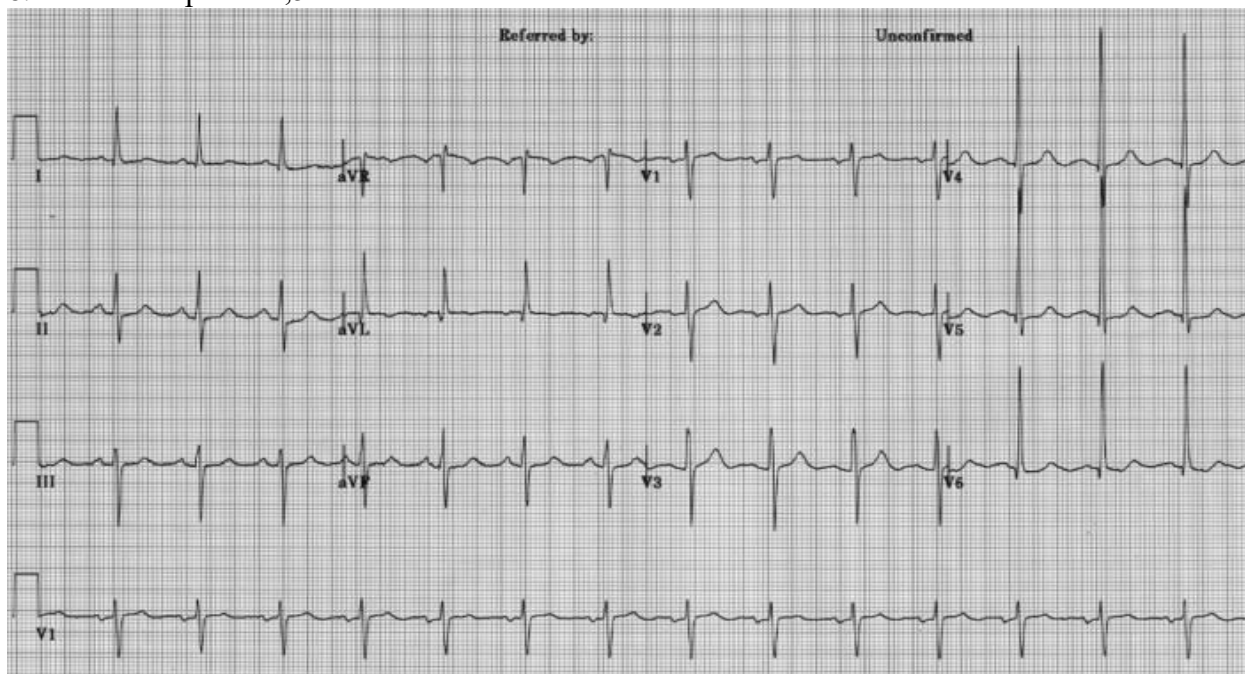
блювотою, запамороченням, появою «мушок» перед очима. Перераховані вище симптоми турбували раніше при сильних психоемоційних навантаженнях. За медичною допомогою не звертався, не лікувався.

Об'єктивно: стан середньої тяжкості. Хворий декілька збуджений, переляканий. Шкіра чиста, підвищеної вологості, відзначається гіперемія обличчя і шиї. Над легенями - везикулярне дихання, хрипів немає. Пульс - симетричний, напружений, 92 уд. / хв., АТ - 200/100 мм рт. ст. Межі серця - ліва - на 1,5 см назовні від лівої серединно-ключичної лінії. Серцеві тони звучні, ритмічні, акцент II тону на аорті. ЧСС - 92 уд. / хв. Живіт м'який, безболісний.

Печінка не збільшена. Симптом поколачування поперекової області негативний з обох сторін. Набряків немає.

Результати додаткового обстеження:

1. ЕКГ - додається.
2. Очне дно - звуження артерій і вен, звивистість судин Салюс - П.
3. Аналіз сечі - пит. вага - 1018, білка немає, цукру немає, л. - 1-3 в п / зр.
4. Гіпертрофія лівого шлуночка, ознаки гіперкінетичного типу гемодинаміки.
5. Загальний аналіз крові: Нв - 132 г / л, еритроцити - $4,5 \times 10^{12}$ / л, л. - $6,0 \times 10^9$ / л, к.п. - 0,9; е. - 1, п. - 4, с. - 66, л. - 24, м. - 5, ШОЕ - 6 мм / год.
6. Глюкоза крові - 4,5 ммоль / л.



Питання.

1. Сформулювати діагноз.
2. Скласти план обстеження.
3. Визначити тактику лікування.

Еталон відповідей:

1. Гіпертонічна хвороба II стадії. Гіпертензивний криз I типу.
2. Виключити вторинну АГ. Лікування: терапія гіпертензивного кризу, терапія артеріальної гіпертензії. Кардіоселективні β -блокатори, антагоністи кальцію, діуретики, інгібітори АПФ.

Клінічна задача № 2.

Пацієнтка 47 років звернулася в зв'язку з частими нападами інтенсивних головних болів, що супроводжуються серцебиттям, почуттям тривоги. Раніше при нападах виявлено гіперглікемію, лейкоцитоз, криз закінчувався поліурією. Спадковий та алергологічний анамнез не обтяжений. Об-но: Хвора неспокійна, шкірні покриви бліді. Діяльність серця ритмічна, тони приглушені, акцент А2. АТ - 300/160 мм рт. ст., ЧСС - 128 за хв. Живіт м'який, б / болісний при пальпації. Набряків немає.

Питання:

Сформулювати діагноз. Визначити тактику ведення хворої.

Призначити препарати для купірування кризи.

Відповідь: Феохромоцитома.

Хвора потребує госпіталізації та обстеження в стаціонарі. Визначення вільних метанефрінів, КТ/МРТ черевної порожнини

Альфа-адреноблокатори, фентоламін. Хірургічне лікування (видалення пухлини наднирника).

Клінічна задача № 3.

У хворої Ф., 43 років, відзначаються наполегливі головні болі, загальна слабкість, м'язова слабкість, відчуття повзання мурашок, поліурія, ніктурія. АТ 230/120 мм рт. ст. К 2,8 ммоль / л. На 141 ммоль / л. Креатинін 96 мкмоль / л. ЗХС 4,8 ммоль / л. ЗАС: реакція лужна, п. вага 1001-1002. ЕКГ: зміщення ЕВС вліво. ГЛШ.

Питання:

Сформулювати діагноз. Скласти план обстеження.

Еталон відповіді:

Синдром Кона. Вторинна артеріальна гіпертензія.

Визначення електролітів, рівня альдостерону, реніна плазми, КТ/МРТ наднирників.

Спіронолактон/еплеренон. Хірургічне лікування: видалення пухлини наднирника.

Клінічна задача № 4

Хвора Л. 24 років відзначає підвищення артеріального тиску з дитинства, без суб'єктивної симптоматики, постійний рівень якого протягом доби становить 180-200 / 110-120 мм рт. ст.

Терапія антигіпертензивними препаратами неефективна. Об-но: Шкірні покриви чисті, б / рожеві. Периферійні лімфовузли і щитоподібна залоза не збільшені. Дихання везикулярне, хрипів немає. Діяльність серця ритмічна, тони звучні, акцент II тону над аортою. АТ 190/110 мм.рт.ст. Живіт м'який, б / болочий. Ліворуч і праворуч від пупка вислуховується систолічний шум. С-м поколювання «-» з обох сторін. Гомілки пастозні. ЗАС і ЗАК - без особливостей

Питання:

Сформулювати діагноз. Скласти план обстеження.

Еталони відповідей:

Вторинна вазоренальна артеріальна гіпертензія (вроджене звуження ниркових артерій). УЗД, МРТ нирок

Клінічна задача № 5

Пацієнтка К., 48 років, вважає себе хворою протягом року, коли стали турбувати пітливість, втрата ваги 5 кг. за 3 місяці, вечірнє підвищення температури тіла до 37,50, напади серцебиття, тремтіння рук, задишка, періодичне підвищення артеріального тиску до 170/110 мм. рт. ст.

Питання:

Сформулювати діагноз.

Скласти план обстеження. Призначити лікування.

Еталон відповіді:

ДТЗ. Тиреотоксикоз.

Визначення рівня вільних Т3, Т4, ТТГ, антитіл рТТГ, УЗД щитоподібної залози.

Тиреостатики: тіамазол 10-40 мг/д, радіоїодтерапія, тиреоїдектомія.

4. Обговорення теоретичних питань:

1. Визначення артеріальної гіпертензії.

2. Епідеміологія артеріальної гіпертензії.
3. Етіологія, патогенез первинної та вторинної артеріальної гіпертензії.
4. Класифікація артеріальної гіпертензії.
5. Клінічні особливості есенціальної та симптоматичної артеріальної гіпертензії.
6. Діагностика артеріальної гіпертензії: лабораторна, інструментальна, диф.діагностика..
7. Правила постановки діагнозу, стратифікація ризику.
8. Принципи лікування первинної та вторинної артеріальної гіпертензії.
9. Гіпертензивні кризи, лікувальна тактика.
10. первинна та вторина профілактика, прогноз та працездатність артеріальній гіпертензії.

Примітка. Обговорення теоретичних питань може відбуватись у формі відповідей на поставлені питання, диспутів, дискусій, виступів з доповідями, рефератами, обговорення доповідей та рефератів, рецензування відповідей здобувачів вищої освіти тощо.

5. Теми доповідей/рефератів:

- класифікація артеріальної гіпертензії
- диференційний діагноз при артеріальній гіпертензії
- ураження органів-мішеней при артеріальній: клініка, особливості діагностики та лікування,
- сучасні принципи лікування артеріальної гіпертензії.

Примітка. При підготовці доповіді, реферату, аналітичного огляду тощо здобувачі вищої освіти можуть, разом із цим, готувати дидактичні наочні матеріали у вигляді таблиць, кодограм, слайдів, малюнків, схем препаратів тощо.

6. Підбиття підсумків

7. Список рекомендованої літератури (основна, додаткова, електронні інформаційні ресурси):

Основна:

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. д-ра мед. наук, проф. Ю.М. Мостового. –27 вид., змін. – Київ: центр ДЗК, 2020 – 792 стр.
2. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування / За ред.В.М. Коваленка, М.І. Лутая, Ю.М. Сіренка. О.С. Сичова –5-те вид., перероблене і доповнене – К.: МОРІОН, 2021. – 320стр.
3. . Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. - К., 2019. - С. 500-507.
4. Внутрішні хвороби. Підручник заснований на засадах доказової медицини, 2018/19. Практична медицина. ISBN 978-83- 7430- 9, Вроцлав. – Розділ 14. – С.957-966.

Додаткова:

1. Рекомендації Європейського товариства кардіологів з лікування АГ, 2018.
2. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, 30 Aug 2021
3. International Society of Hypertension (2020) Hypertension Clinical Practice Guidelines (ISH, 2020). Medscape, May 29.
4. Unger T., Borghi C., Charchar F. et al. (2020) 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. Hypertension, 75(6): 1334–1357. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026.
5. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Гіпертензивні розлади у вагітних», 2021.
6. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник / Ю.І. Децик, О.Г. Яворський, Є.М. Нейко та ін. — 6-е видання, 2020 – 552с.
7. Внутрішні хвороби. Підручник заснований на принципах доказової медицини/ за ред. А.С.Свінціцький, П. Гаєвські. – Краків: Практична медицина, 2018. – С. 957-966.

8. ЕКГ у практиці = The ECG inPractice = ЭКГ в практике: навчальний посібник / Джон Р. Хемптон; переклад 6-го англ. видання. — Три мови, 2018, 560с.

9. Медицина за Девідсоном: принципи і практика: 23-є видання: у 3 томах. Том 2 / за ред. Стюарта Г. Ралстона, Яна Д. Пенмана, Марка В.Дж. Стрекена, Річарда П. Гобсона, 2021, 778с.

Електронні інформаційні ресурси: <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/2979>
<https://scardio.ru/content/Guidelines/2516-6313-1-SM.pdf>

Практичне заняття №2

Тема: Ведення пацієнта з кардіалгією.

Мета: пояснити тактику ведення хворого з кардіалгією, з безболівою ішемією міокарда, план обстеження хворого зі стабільною стенокардією, провести диференційний діагноз, пояснити принципи лікування згідно з сучасними стандартами, профілактику, визначити прогноз та працездатність хворих.

Основні поняття: кардіалгія, стабільна стенокардія, безболіва ішемія, раптова коронарна смерть, навантажувальні проби, ЕхоКС, коронарографія.

Обладнання: ноутбук з презентацією, мультимедійний проектор

План:

1. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).
2. Контроль опорного рівня знань (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування з основної термінології тощо) (у разі необхідності).
3. Питання (тестові завдання) для перевірки базових знань за темою семінару:

1. Неатерогенною фракцією ліпопротеїнів сироватки є:

- А) Модифіковані ліпопротеїди низької щільності
- Б) Ліпопротеїди низької щільності
- *В) Ліпопротеїди високої щільності
- Г) Ліпопротеїди дуже низької щільності
- Д) Ліпопротеїди проміжної щільності

2. Цільовий рівень загального холестерину сироватки у пацієнтів з ІХС складає:

- А) $\leq 6,0$ ммоль/л
- Б) $\leq 5,2$ ммоль/л
- В) $\leq 5,0$ ммоль/л
- *Г) $\leq 4,15$ ммоль/л

3. Вкажіть препарат, який найбільш сильно підвищує рівень холестерину ліпопротеїдів високої щільності:

- А) Розувастатин
- Б) Езетіміб
- В) Гемфіброзил
- *Г) Нікотинова кислота
- Д) Фенофібрат

4. Атерогенним фенотипом гіперліпідемії є:

- А) I, II і III
- Б) I і V
- В) I, II, III, IV і V
- *Г) II, III і IV

5. Вкажіть на особливості незрілої атеросклеротичної бляшки:

- А) Невелике ліпідне ядро, значна кількість клітин та колагену
- Б) Переважають гладком'язові клітини, які активно діляться

- В) Велике ліпідне ядро, незначна кількість клітин, сформована покривка
*Г) Велике ліпідне ядро, значна кількість клітин, активне запалення, слабка покривка

6. Вкажіть правильну послідовність клінічних стадій атеросклерозу:

- А) некротична – ішемічна – склеротична
Б) доклінічна – склеротична
*В) ішемічна – некротична – склеротична
Г) склеротична – ішемічна – некротична

Клінічна задача 1.

Чоловік 55 років. Клінічний діагноз: ІХС. Атеросклероз коронарних артерій. Стан після транслюмінальної балонної ангіопластики з імплантацією внутрішньосудинного стенту. Цукровий діабет – 2 типи. Дисліпідемія. Біохімічний аналіз крові: загальний холестерин 6,6 ммоль, ЛПНЩ 3,8 ммоль\л, тригліцериди 2,25 ммоль\л, глюкоза крові 6,3 ммоль\л.

Запитання:

1. Який рівень загального холестерину, ЛПНГ та тригліцеридів є оптимальними для даного пацієнта?
2. Які методи корекції дисліпопротеїнемії у цьому випадку?

Еталон відповідей:

1. Загальний холестерин менше 4,0 ммоль\л, ЛПНЩ менше 1,8 ммоль\л, тригліцериди менше 1,7 ммоль\л.
2. Дієта з обмеженням жирів тваринного походження та вуглеводів. Корекція вуглеводного обміну. Застосування статинів: розувастатин 20мг.

Клінічна задача 2.

Хворий Л, 74-х років скаржиться на стискаючі болі за грудиною при найменшому фізичному навантаженні.

Об-но: Шкіра бліда, слизові оболонки ротової порожнини легко-ціанотичні, тургор і еластичність шкіри знижені. Пульс - 62 в хвилину. Верхівковий поштовх куполоподібний, в 6-му міжребер'ї по передньо-пахвовій лінії. Аускультация: І тон на верхівці ослаблений, ІІ тон ослаблений на аорті. На аорті вислухо- вується грубий, скребучий систолічний шум, що проводиться на судини шиї і в між ло- паткову ділянку.

- А. Назвіть синдроми ураження серця.
Б. Попередній діагноз.

Еталон відповіді ситуаційної задачі:

- А. Синдром стенозу аорти, синдром стенокардії.
Б. ІХС: стабільна стенокардія напруги, ІVФК. Аортальний стеноз.

Клінічна задача 3

Хвору К, 48-ми років турбують стискають болі за грудиною, які виникли вперше 10 днів тому при значному фізичному навантаженні. Болі іррадіюють в ліве плече, ліву руку, проходять в спокої за 5-7 хвилин.

Об-но: хвора підвищеного харчування, ІМТ - 32. Верхівковий поштовх не пальпується. Ліва межа серця визначається в V між ребер'ї по середньключичній лінії. Тони серця ритмічні, І тон ослаблений на верхівці.

На ЕКГ в спокої ознаки гіпертрофії лів-го шлуночка. При добовому моніторингу епізоди депресії сегмента ST нижче ізолінії > 2 мм в стандартних І, ІІ і грудних відведеннях V3-6.

- А. Назвіть синдроми ураження внутрішніх органів, попередній діагноз?
Б. Додаткові методи дослідження?

Еталон відповіді розв'язання ситуаційної задачі:

- А. Синдром стенокардії. Попередній діагноз: ІХС, стенокардія, що вперше виникла.

Б. Необхідно виконати ЕХО-КС, велоергометрію; із лабораторних методів – ліпідограмма, коагулограмма, глюкоза, креатинин, електроліти.

Клінічна задача 4

Хворий 65-ти років скаржиться на болі за грудиною протягом останніх 3 місяців. Болі стискаючого характеру, виникають при ходьбі на відстань 50-100 м, іррадіюють в ліве плече і руку, супроводжуються відчуттям нестачі повітря, тривають 10-15 хвилин, знімаються прийомом нітрогліцерину через 1-2 хвилини.

Об-но: ліва межа відносної серцевої тупості зміщена вліво на 2 см від середньоключичної лінії. Тони серця приглушені, I тон на верхівці ослаблений.

На ЕКГ виявляється депресія сегмента ST нижче ізолінії на 2 мм в I стандартному, V4-6 грудних відведеннях.

А. Назвіть синдроми ураження внутрішніх органів, попередній діагноз?

Б. Додаткові методи дослідження?

Еталон розв'язання ситуаційної задачі:

А. Синдром стенокардії. Попередній діагноз: ІХС, стабільна стенокардія напруги, IV ФК.

Б. Необхідно виконати ЕХО-КС, велоергометрію; із лабораторних методів – ліпідограмма, коагулограмма, глюкоза, креатинин, електроліти.

4. Обговорення теоретичних питань:

- Визначення стенокардії, класифікація.
- Епідеміологія стенокардії, етіологія та патогенез.
- Клінічні особливості стенокардії.
- Діагностика стенокардії: складання плану обстеження, лабораторна, інструментальна, диф.діагностика..
- Правила постановки діагнозу, стратифікація ризику.
- Сучасні принципи лікування стенокардії в залежності від функціонального класу.
- раптова коронарна смерть: план обстеження, тактика ведення хворих.
- первинна та вторина профілактика, прогноз та працездатність при стенокардії.

Примітка. Обговорення теоретичних питань може відбуватись у формі відповідей на поставлені питання, диспутів, дискусій, виступів з доповідями, рефератами, обговорення доповідей та рефератів, рецензування відповідей здобувачів вищої освіти тощо.

5. Теми доповідей/рефератів:

- класифікація стенокардії
- диференційний діагноз при стенокардії
- діагностичні критерії типової та атипичної стенокардії, особливості лікування,
- особливості сучасних принципів хірургічного лікування хворих зі стенокардією.

Примітка. При підготовці доповіді, реферату, аналітичного огляду тощо здобувачі вищої освіти можуть, разом із цим, готувати дидактичні наочні матеріали у вигляді таблиць, кодограм, слайдів, малюнків, схем препаратів тощо.

6. Підбиття підсумків

7. Список рекомендованої літератури (основна, додаткова, електронні інформаційні ресурси):

Основна:

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. д-ра мед. наук, проф. Ю.М. Мостового. –27 вид., змін. – Київ: центр ДЗК, 2020 – 792 стр.

2. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування / За ред.В.М. Коваленка, М.І. Лутая, Ю.М. Сіренка. О.С. Сичова –5-те вид., перероблене і

доповнене – К.: МОРІОН, 2021. – 320стр.

3. . Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. - К., 2019.

- С. 500-507.

4. Внутрішні хвороби. Підручник заснований на засадах доказової медицини, 2018/19. Практична медицина. ISBN 978-83- 7430- 9, Вроцлав. – Розділ 14. – С.957-966.

Додаткова:

1. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, 30 Aug 2021

2. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник / Ю.І. Децик, О.Г. Яворський, Є.М. Нейко та ін. — 6-е видання, 2020 – 552с.

3. Внутрішні хвороби. Підручник заснований на принципах доказової медицини/ за ред. А.С.Свінціцький, П. Гаєвські. – Краків: Практична медицина, 2018. – С. 957- 966.

4. ЕКГ у практиці = The ECG in Practice = ЭКГ в практике: навчальний посібник / Джон Р. Хемптон; переклад 6-го англ. видання. — Три мови, 2018, 560с.

5. Медицина за Девідсоном: принципи і практика: 23-є видання: у 3 томах. Том 2 / за ред. Стюарта Г. Ралстона, Яна Д. Пенмана, Марка В.Дж. Стрекена, Річарда П. Гобсона, 2021, 778с.

6. Електронний документ «Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Профілактика серцево-судинних захворювань», 2016. Електронні інформаційні ресурси: <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/2979> <https://scardio.ru/content/Guidelines/2516-6313-1-SM.pdf>

Практичне заняття № 3

Тема: Ведення хворого з гострим коронарним синдромом. Ведення пацієнта з задишкою.

Мета: пояснити тактику ведення хворого з гострим коронарним синдромом, план обстеження, принципи лікування згідно з сучасними стандартами, профілактику, прогноз та працездатність при гострому інфаркті міокарда, визначити тактику ведення пацієнта з задишкою, скласти план обстеження, пояснити принципи лікування.

Основні поняття: гострий коронарний синдром, гострий інфаркт міокарду, маркери некрозу міокарда, топічна діагностика інфаркту міокарда.

Обладнання: ноутбук з презентацією, мультимедійний проектор

План:

1. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).

2. Контроль опорного рівня знань (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування з основної термінології тощо) (у разі необхідності).

3. Питання (тестові завдання) для перевірки базових знань за темою семінару:

1. Ознакою резорбційно-некротичного синдрому при гострому ІМ є:

А. Лейкопенія протягом 8-10 днів

В. Зниження температури тіла протягом 2-5 днів

С. Лімфоцитоз до 5-6 дня хвороби

Д. Підвищення активності КФК в крові

Е. Нейтрофільний лейкоцитоз з максимумом на 2 - 4 добу

2. Для якого препарату доведена здатність покращувати прогноз хворих, які перенесли ІМ:

А. Ацетилсаліцилова кислота В. Нітрогліцерин

С. Ніфедипін

Д. Верапаміл

Е. Дипіридабол

3. Які з перерахованих захворювань можуть бути ускладненням гострого ІМ?
- A. Синдром Дреслера
 - B. Синдром Вольфа-Паркінсона-Уайта
 - C. Гостре легеневе серце
 - D. Тромбоемболія легеневої артерії
 - E. Констриктивний перикардит
4. Який біль характерний для ІМ?
- A. Постійний ниючий біль, відчуття тяжкості в області серця, зменшується при нахилі вперед
 - B. Гострий, посилюється при рухах тулуба
 - C. Стискаючий біль за грудиною, що віддає в ліву руку, під ліву лопатку, триває від декількох хвилин до 15 хвилин, знімається нітрогліцерином
 - D. Стискаючий, давлячий, пекучий за грудиною, іррадіює в ліву руку, під ліву лопатку, триває більше 30 хвилин, не знімається нітрогліцерином
 - E. Ниючий, колючий, тривалістю хвилини, години і дні.
5. Протягом якого терміну зберігається підвищена концентрація тропонінів при ІМ?
- A. 10-14 днів
 - B. 2 дні
 - C. 7 днів
 - D. 18 днів
 - E. 28 днів
6. Показання для внутрішньовенного введення нітрогліцерину при гострому ІМ:
- A. Існуючий больовий синдром.
 - B. ІМ правого шлуночка.
 - C. Кардіогенний шок.
 - D. Синдром Дреслера.
 - E. Епістенокардичний перикардит.
7. До тромболітиків відносять:
- A. Стрептокиназа
 - B. Гепарин
 - C. Еноксапарін
 - D. Аспірин
 - E. Клопідогрель
8. До ГКС відносять:
- A. Нестабільну стенокардію
 - B. Коронарний синдром Х
 - C. Вазоспастичну стенокардію
 - D. Стабільну стенокардію III ФК
 - E. Стабільну стенокардію II ФК
9. У хворого з ІМ на 2-3 добу в загальному аналізі крові спостерігається
- A. Еозинофілія
 - B. Помірний лейкоцитоз
 - C. Лейкопенія
 - D. Лімфоцитоз
 - E. Анемія
10. Вторинна профілактика раптової коронарної смерті після перенесеного інфаркту міокарда здійснюється шляхом прийому:

- A. Антиаритмічних препаратів III класу
- B. Бета-блокаторів
- C. Антиаритмічних препаратів IV класу
- D. Антиаритмічних препаратів I класу
- E. Внутрішньовенного введення нітрогліцерину

11. Через який термін рекомендовано проведення повторного тропонінового тесту при негативному результаті першого тесту:

- A. 3 годин
- B. 6 годин
- C. 9 години
- D. 12 годин
- E. 48 годин

12. Абсолютним протипоказанням до тромболітичної терапії є:

- A. Злоякісне новоутворення головного мозку
- B. Артеріальна гіпертензія
- C. Ішемічний інсульт в анамнезі більше 6 міс. назад
- D. Прийом антикоагулянтів
- E. Перенесена операція 2 міс. назад

13. Який показник використовується для контролю при лікуванні гепарином?

- A. Рівень протромбіну
- B. Рівень фібриногену
- C. Активований частковий тромбoplastиновий час (АЧТЧ)
- D. Час кровотечі
- E. Кількість тромбоцитів

14. Клінічним проявом гострої лівошлуночкової недостатності є:

- A. Гіпертензивний криз
- B. Гостре легеневе серце
- C. набряк легень
- D. Втрата свідомості
- E. Тампонада серця

15. До антитромбоцитарних препаратів відносять:

- A. Варфарин
- B. Аспірин
- C. Симвастатин
- D. Аміодарон
- E. Спіронолактон

Клінічна задача 1.

Хворий Г., 48 років, звернувся зі скаргами на різкі стискаючі болі за грудиною, які поширюються в ліве плече і епігастральній ділянці. Подібні болі виникли вперше, по дорозі на роботу. Хворий звернувся до лікаря. У минулому хворів на пневмонію. Курить, спиртними напоями не зловживає.

Об'єктивно: Шкірні покриви бліді, вологі. Ціаноз губ. У легких - дихання везикулярне, хрипів немає. Пульс 92 уд. / Хв., Ритмічний, задовільного наповнення. АТ 155/80 мм рт. ст. Межі серця: права - по правому краю грудини, ліва - на 1 см назовні від лівої середньо-ключичній лінії. Тони серця приглушені, шумів немає. Живіт м'який, безболісний. Печінка і селезінка не пальпуються.

Результати додаткового обстеження:

ЗАК: еритроцити - $4,5 \times 10^{12}$, лейкоцити - $10,5 \times 10^9$, е. - 0, п. - 6, сегм. - 65, л. - 22, м. - 7, ШОЕ

- 12 мм / год.

ПТІ - 100%. СРБ +, КФК МВ- 29Ед / л, АСТ - 26 Е / л, АЛТ - 18 Е / л.

ЕКГ додається.



Завдання:

1. Сформулювати діагноз.
2. Скласти план обстеження та лікування.

Еталон відповідей:

1. ІХС: інфаркт міокарда.
2. Диференціальна діагностика проводиться на стенокардію, гострим животом, аневризма аорти, що розшаровується, міокардитом, перикардитом, плевритом, пневмотораксом.
3. План обстеження включає: загальний аналіз крові в динаміці, ЕКГ в динаміці, дослідження крові на КФК, ЛДГ, АСТ, АЛТ, СРБ, ПТІ, згортання крові, міоглобін сечі, рентгенографія органів грудної клітини, коронарографію.
4. План лікування: купірування болювого синдрому - наркотичні анальгетики, нейролептики, фібринолітична та антикоагулянтна терапія, профілактика порушень ритму, лікування ускладнень.

Клінічна задача 2

Хворий К. 57 років госпіталізований в ОКБ машиною швидкої допомоги зі скаргами на інтенсивні тиснуть болі за грудиною з іррадіацією в ліве плече, що тривали протягом 1,5 год, не знімаються прийомом нітрогліцерину, перебоїв в роботі серця, різку загальну слабкість, холодний липкий піт. Раніше, протягом декількох років, турбували напади стискаючих болей за грудиною під час швидкої ходьби, що тривають 3-5 хв., що проходять в спокої і прийомі нітрогліцерину. Останнє погіршення самопочуття пов'язує з інтенсивною фізичною працею напередодні.

Об'єктивно: Шкірні покриви бліді, акроціаноз, долоні вологі. У легенях дихання везикулярне, хрипів немає. Межі серця розширені вліво на 1,5 см. Тони глухі, поодинокі екстрасистоли. АТ - 90/60 мм рт. ст. Живіт м'який, безболісний. Печінка не пальпується. Пастозність гомілок.

ЗАК: ер - $4,3 \cdot 10^{12}$ / л, лейкоцити - $11,2 \cdot 10^9$ п. - 4, сегм. - 66, л. - 23, м. - 7, ШОЕ - 16 мм / год.

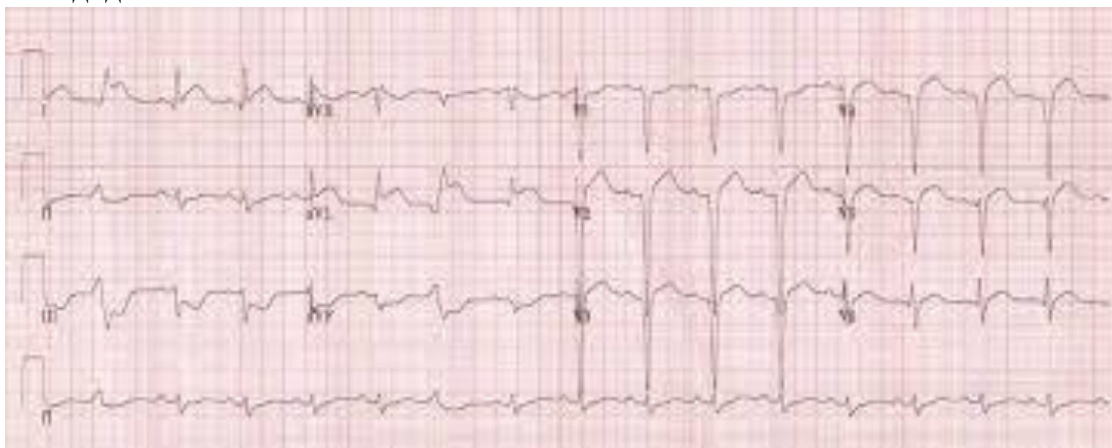
Результати додаткового обстеження:

СРБ +, ЛДГ - 360 ОД / л, КФК МВ - 28 ОД / л, АСТ - 24 Е / л, АЛТ - 16 Е / л.

Згортання крові - 3 хв. ПТІ - 100%.

ОАК на 6 день: Ер $4,6 \cdot 10^{12}$, лейкоцити - $6,0 \cdot 10^9$, н.е. - 1, п. - 2, сегм. - 64, л. - 24, м. - 9, ШОЕ - 24 мм / год.

ЕКГ додається.



Завдання:

1. Встановіть діагноз.
2. Проведіть диференційну діагностику.
3. Напишіть план дообстеження.
4. Призначте лікування.

Еталон відповідей завдання

1. ІХС: великовогнищевий інфаркт міокарда. Порушення ритму по типу екстрасистолії (немає на ЕКГ)
 2. Диференціальна діагностика проводиться зі стенокардією, перикардитом, міокардитом, кардіоміопатією, аневризмою аорти, пневмотораксом, плевритом, ТЕЛА.
 3. План обстеження включає: загальний аналіз крові в динаміці, ЕКГ в динаміці, дослідження крові на КФК МВ (перші години-пік через 24г, норма через 3 добу), ЛДГ (норма до 7 дню), тропонин (норма до 7 дня), АСТ, АЛТ, СРБ, ПТІ, згортання крові, міоглобін сечі, рентгенографію органів грудної клітини, коронарографію.
- Лікування: купірування больового синдрому - наркотичні анальгетики, фібрінолітична і антикоагулянтна терапія, антиаритмічна терапія, лікування ускладнень.

4. Обговорення теоретичних питань:

- Визначення гострого коронарного синдрому.
- Епідеміологія інфаркту міокарда.
- Етіологія, патогенез, класифікація гострого коронарного синдрому.
- Топічна діагностика інфаркту міокарда.
- Методи лабораторної, інструментальної діагностики інфаркту міокарда.
- Правила постановки діагнозу, стратифікація ризику.
- Сучасні принципи лікування гострого коронарного синдрому.
- Первинна та вторинна профілактика, прогноз та працездатність при інфаркті міокарда
- Диф.діагностика задишки та ядухи, тактика ведення хворих.

Примітка. Обговорення теоретичних питань може відбуватись у формі відповідей на поставлені питання, диспутів, дискусій, виступів з доповідями, рефератами, обговорення доповідей та рефератів, рецензування відповідей здобувачів вищої освіти тощо.

5. Теми доповідей/рефератів:

- Класифікація інфаркту міокарда
- Діагностичні критерії встановлення діагнозу: інфаркт міокарда
- Визначення стратегії лікування інфаркта міокарда
- Тактика ведення хворих в залежності від генезу задишки
- Особливості діагностичного пошуку при задишці, тактика лікування

Примітка. При підготовці доповіді, реферату, аналітичного огляду тощо здобувачі вищої освіти можуть, разом із цим, готувати дидактичні наочні матеріали у вигляді таблиць, слайдів, малюнків, схем препаратів тощо.

6. Підбиття підсумків

7. Список рекомендованої літератури (основна, додаткова, електронні інформаційні ресурси):

Основна:

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. д-ра мед. наук, проф. Ю.М. Мостового. –27 вид., змін. – Київ: центр ДЗК, 2020 – 792 стр.
2. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування / За ред.В.М. Коваленка, М.І. Лутая, Ю.М. Сіренка. О.С. Сичова –5-те вид., перероблене і доповнене – К.: МОРІОН, 2021. – 320стр.
3. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. - К., 2019. - С. 500- 507.
4. Внутрішні хвороби. Підручник заснований на засадах доказової медицини, 2018/19. Практична медицина. ISBN 978-83- 7430- 9, Вроцлав. – Розділ 14. – С.957-966.

Додаткова:

1. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15 вересня 2021 року № 1957 Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та кардіореабілітації «гострий коронарний синдром без злезації сегмент ST»
2. Наказ міністерства охорони здоров'я України від 14 вересня 2021 року № 1936 Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та кардіореабілітації «гострий коронарний синдром з злезацією сегмент ST»

Практичне заняття № 4

Тема: Ведення хворого з серцевими шумами. Ведення пацієнта з кардіомегалією.

Ведення хворого з серцевою недостатністю

Мета: пояснити тактику ведення хворого з серцевими шумами, кардіомегалією, план обстеження для визначення генезу серцевого шуму, принципи лікування згідно з сучасними стандартами.

Основні поняття: серцеві шуми, кардіомегалія, вади серця, міокардити, кардіоміопатії, серцева недостатність.

Обладнання: ноутбук з презентацією, мультимедійний проектор

План:

1. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).
2. Контроль опорного рівня знань (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування з основної термінології тощо) (у разі необхідності).
3. Питання (тестові завдання) для перевірки базових знань за темою семінару:

1. Найпоширенішими етіологічними факторами серцевої недостатності є:

- А. Артеріальна гіпертензія
- Б. ІХС і артеріальна гіпертензія
- В. Кардіоміопатія
- Г. Вади серця

2. Серцева недостатність II функціонального класу за NYHA асоціюється з такими змінами:
 - А. Задишка або втома при мінімальних фізичних навантаженнях
 - Б. Задишка або втома при менших за звичайні фізичних навантаженнях
 - В. Задишка або втома при звичайних фізичних навантаженнях
 - Г. Дистанція 6-хвилинної ходьби 150-300 м
 - Д. Дистанція 6-хвилинної ходьби 301-425 м
 - Е. Максимальне споживання кисню 15-20 мл/кг/хв

3. Лабораторні методи дослідження, які є обов'язковими під час ведення хворих із серцевою недостатністю:
 - А. Загальний аналіз крові
 - Б. Аналіз крові на катехоламіни
 - В. Аналіз крові на ангіотензин II
 - Г. Аналіз крові на ренін
 - Д. Аналіз крові на креатинін
 - Е. Аналіз крові на білірубін

4. Кардіоторакальний індекс менше 50 може зустрічатися у таких випадках:
 - А. У хворих із систолічною дисфункцією лівого шлуночка
 - Б. У хворих із збереженою систолічною функцією лівого шлуночка
 - В. На фоні вираженої недостатності мітрального клапана
 - Г. На фоні аортальної недостатності

5. Обов'язкові діагностичні критерії серцевої недостатності:
 - А. Наявність задишки, втоми і ознак застою у спокої або при фізичному навантаженні
 - Б. Порушення глобальної функції міокарду у стані спокою при ехокардіографічному дослідженні
 - В. Відповідь на застосування діуретиків та інгібіторів ангіотензин-перетворюючого ферменту
 - Г. Регіонарні порушення скоротливості міокарда за даними ехокардіографії

6. Диференціально-діагностичні критерії, які свідчать про високу імовірність гострої лівошлуночкової недостатності, а не тромбоемболії легеневої артерії:
 - А. Експіраторна задишка
 - Б. Застійні хрипи в легенях
 - В. Зміщення електричної осі серця вправо
 - Г. Синдром "QIII-SI"
 - Д. Дилятація правого шлуночка
 - Е. Дилятація лівого шлуночка

7. Характерні особливості систолічного варіанту серцевої недостатності:
 - А. Зниження фракції викиду лівого шлуночка менше 55%
 - Б. Дилятація лівого шлуночка
 - В. Нормальний тип діастолічної функції лівого шлуночка
 - Г. Дилятація правого шлуночка

8. Обов'язкові інструментальні методи обстеження хворих із серцевою недостатністю:
 - А. ЕКГ у 12 відведеннях
 - Б. Ехокардіографія
 - В. Велоергометрія
 - Г. Холтеровське моніторування ЕКГ
 - Д. Стрес-ехокардіографія з добутаміном

9. Поява ритму галопу з третім тоном серця найбільш характерна для:
 - А. Стенозу гирла аорти

- Б. Мітрального стенозу
- В. Легеневої гіпертензії
- Г. Лівошлуночкової недостатності

10. Проти діагнозу серцевої недостатності свідчать:

- А. Відсутність симптомів у спокої
- Б. Нормальний рівень натрійуретичного пептиду
- В. Відсутність ознак систолічної дисфункції міокарда при ехокардіографічному дослідженні
- Г. Відсутність кардіомегалії на рентгенограмі
- Д. Наявність гіпертрофії лівого шлуночка

11. Критерії діагностики ідіопатичної ділятаційної кардіоміопатії:

- А) Ехокардіографічні параметри
- Б) Ендоміокардіальна біопсія
- В) Сцинтиграфія міокарда
- Г) Діагноз встановлюється методом виключення відомих захворювань, які викликають прогресуючу ділятацію камер серця
- Д) Рентгенологічні дослідження

12. Фактори ризику раптової смерті (РС) при гіпертрофічній кардіоміопатії: 1. Молодий вік. 2. Синкопальні стани в анамнезі. 3. Випадки РС родичів. 4. Значний градієнт тиску. 5. Шлуночкова тахікардія в анамнезі

- А) Правильно 2,3,5
- Б) Правильно 2,3,4
- В) Правильно 3,5
- Г) Правильно 1,2,3,4,5

13. Тактика призначення бета-адреноблокаторів при ділятаційній кардіоміопатії:

- А) Призначаються при тахікардії
- Б) Протипоказані
- В) Показані при миготінні передсердь
- Г) Частіше призначаються тривалодіючі препарати з додатковою дією (вазодилатація, антиоксидантний ефект і т.п.), починаючи з малих доз
- Д) Призначаються в малих дозах неселективні бета-адреноблокатори короткого терміну дії

14. Основним у лікуванні рестриктивної кардіоміопатії є:

- А) Призначення глюкокортикоїдів, цитостатиків, діуретиків
- Б) Глюкокортикоїди протипоказані
- В) Призначення бета-адреноблокаторів
- Г) Призначення серцевих глікозидів у поєднанні з периферичними вазоділяторами
- Д) Призначення серцевих глікозидів та сечогінних препаратів

15. Яке порушення ритму частіше зустрічається при гіпертрофічній кардіоміопатії:

- А) Миготіння передсердь, синдром передзбудження шлуночків, пароксизм шлуночкової тахікардії
- Б) Синдром передзбудження шлуночків, пароксизм шлуночкової тахікардії, синусова брадікардія
- В) Миготіння передсердь
- Г) Синусова брадікардія, вузлова екстрасистолія
- Д) Миготіння передсердь, пароксизм шлуночкової тахікардії, вузлова екстрасистолія

Клінічна задача №1.

У хворого 55 років через годину після виникнення сильної гнітючої за грудного болю АТ знизилася до 70/40 мм рт.ст. Прибулий лікар швидкої допомоги ввів морфін, мезатон, і

хворий був госпіталізований. При надходженні стан важкий. Шкіра холодна, волога. Тони серця глухі, 100 скорочень на хвилину, часті екстрасистоли. АТ 80/60 мм рт.ст. Сеча не відділяється. ЕКГ: патологічний Q і підйом сегмента ST в грудних відведеннях, шлуночкова екстрасистоля. Попередній діагноз, план обстеження і лікування

Клінічна задача №2.

У хлопця 18 років з гострим кардитом відмічалось погіршення стану: значна блідість шкірних покривів, ЧСС – 136 за 1 хв, ниткоподібний пульс, задишка, неспокій, холодний піт, вологий кашель, центральний ціаноз, АТ – 75/45 мм рт. ст. Тони серця послаблені, особливо І тон надверхівкою, систолічний шум над верхівкою, протодіастолічний ритм галопу. В легенях вислуховуються різнокаліберні хрипи.

1. Який стан розвився?
2. Перерахуйте критерії діагностики.
3. Визначте подальшу тактику ведення хворого.

Клінічна задача № 3

Хворий Д., 32 років, скаржиться на дискомфорт у грудній клітці, задишку, серцебиття, напади запаморочення, часті епізоди втрати свідомості. Об'єктивно: при пальпації визначається подвійний верхівковий поштовх, при аускультатії - пізній систолічний шум над верхівкою серця, посилюється в положенні хворого стоячи і після вживання нітрогліцерину. ЕКГ: у відведеннях У4_6 визначається патологічний Зубець Q, R У5> RУ4.ЕхоКГ: відношення товщини міжшлуночкової перегородки до товщини задньої стінки лівого шлуночка становить 2,3; систолічний прилягання передньої стулки мітрального клапна до міжшлуночкової перегородки, среднесістолічеській шум настає через О, 14 з після відкриття клапана аорти, визначається субаортальний градієнт систолічного тиску.

Найбільш ймовірний діагноз:

4. Обговорення теоретичних питань:

- Визначення кардіомегалії.
- Етіологія, патогенез кардіомегалії.
- Диф.діагноз кардіомегалії при вадах серця, міокардитах, кардіоміопатія, ІХС.
- Клінічні особливості кардіомегалії при різних захворюваннях.
- План обстеження хворих з кардіомегалією.
- Принципи лікування в залежності від генезу кардіомегалії.
- класифікація серцевої недостатності
- план обстеження хворих з СН
- тактика лікування пацієнтів з серцевою недостатністю

Примітка. Обговорення теоретичних питань може відбуватись у формі відповідей напоставленіпитання,

диспутів,дискусій,виступівздоповідями,рефератами,обговорення доповідей та рефератів, рецензування відповідей здобувачів вищої освіти тощо.

5. Теми доповідей/рефератів:

- класифікація кардіоміопатій
- особливості клінічного перебігу різних кардіоміопатій
- тактика ведення хворих з серцевою недостатністю
- сучасні принципи лікування хворих з СН

Примітка. При підготовці доповіді, реферату, аналітичного огляду тощо здобувачі вищої освіти можуть, разом із цим, готувати дидактичні наочні матеріали у вигляді таблиць, слайдів, малюнків, схем препаратів тощо.

6. Підбиття підсумків

7. Список рекомендованої літератури (основна, додаткова, електронні інформаційні

ресурси):

Основна:

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. д-ра мед. наук, проф. Ю.М. Мостового. –27 вид., змін. – Київ: центр ДЗК, 2020 – 792 стр.
2. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування / За ред.В.М. Коваленка, М.І. Лутая, Ю.М. Сіренка. О.С. Сичова –5-те вид., перероблене і доповнене – К.: МОРІОН, 2021. – 320стр.
3. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. - К., 2019. - С. 500- 507.
4. Внутрішні хвороби. Підручник заснований на засадах доказової медицини, 2018/19. Практична медицина. ISBN 978-83- 7430- 9, Вроцлав. – Розділ 14. – С.957-966.

Практичне заняття № 5

Тема: Ведення пацієнта з порушенням серцевого ритму. Ведення пацієнта з порушенням провідності серця.

Мета: пояснити тактику ведення хворого з порушеннями серцевого ритму та провідності, план обстеження, провести диференційний діагноз, принципи лікування згідно з сучасними стандартами, профілактику, прогноз та працездатність аритміях і блокадах.

Основні поняття: ознаки нормального ритму серця, екстрасистолія, миготлива аритмія, синдром слабкості синусового вузла, синдром Вольфа-Паркінсона-Уайта, миготлива аритмія, блокади серця, синдром Фредеріка, анти аритмічні препарати, електроімпульсна терапія, штучні водії ритму.

Обладнання: ноутбук з презентацією, мультимедійний проектор

План:

1. Організаційні заходи (привітання, перевірка присутніх, повідомлення теми, мети заняття, мотивація здобувачів вищої освіти щодо вивчення теми).
2. Контроль опорного рівня знань (письмова робота, письмове тестування, фронтальне опитування з основної термінології тощо) (у разі необхідності).
3. Питання (тестові завдання) для перевірки базових знань за темою семінару:

1. Фібриляція передсердь найбільш характерним є для:

- А. тиреотоксикозу
- Б. мітрального стенозу
- В. недостатності мітрального клапана
- Г. пролапсу мітрального клапана
- Д. атеросклеротичного кардіосклерозу

2. Періоди Самойлова-Венкебах спостерігаються при:

- А. внутрішньопередсердній блокаді
- Б. неповній а-в блокаді I ступеню
- В. неповній а-в блокаді II ступеню
- Г. повній а-в блокаді
- Д. внутрішньошлуночкової блокаді

3. Яка ознака на ЕКГ є найбільш характерною для синдрому WPW?

- А. скорочення інтервалу P-Q менше 0,12 сек
- Б. розширення комплексу QRS
- В. подовження інтервалу P-Q більше 0,2 сек
- Г. фібриляція передсердь
- Д. фібриляція шлуночків

4. У 55-річного хворого з артеріальною гіпертонією (АТ - 150/110 мм рт. ст., ЧСС-100/хв.) при обстеженні виявлено ІХС, стенокардію, ІІ ФК, часті надшлуночкові екстрасистоли, СН І. Виберіть засіб для лікування артеріальної гіпертонії ?

- А. Гіпотіазид
- В. Ніфедипін
- С. Празозин
- Д. Атенолол
- Е. Клофелін

5. Пацієнт 65 років, який переніс рік тому великовогнищевий інфаркт міокарда, відзначає перебої в роботі серця при фізичному навантаженні. При огляді в положенні пацієнта сидячи зафіксовано 6 екстрасистол в 1 хв, після 15 присідань - 10. На ЕКГ позачергові комплекси QRS - 0,14 с, ЧСС-88 в 1 хв. Для корекції аритмії слід призначити:

- А. Лідокаїн
- В. Пропафенон
- С. Метопролол
- Д. Етацизин
- Е. Немає необхідності в призначенні антиаритмічного препарату

6. У хворой 34 років відмічається задишка, серцебиття, пітливість, стомлюваність, тремор, кінцівок, безсоння. За останній місяць схудла на 10 кг. На ЕКГ – миготлива аритмія, тахісistolічна форма (ЧСС – 105 у хвилину). Який механізм ушкодження серця в даному випадку:

- А. Постміокардитичний кардіосклероз.
- В. Запальне пошкодження міокарда.
- С. Токсична дія на міокард надлишку тиреоїдних гормонів.
- Д. Атеросклеротичний кардіосклероз.
- Е. Пухлинний процес (міксома) у лівому передсерді.

7. Хвора 28 років скаржиться на стомлюваність, плаксивість, схуднення, перебої в роботі серця. Хвора 5-6 років, симптоми наростали поступово. Хвора зниженого харчування, очні щілини розширені, позитивні симптоми Штельвага, Грефе, Еленека. Щитовидна залоза збільшена до 3 ступеня, гладка, безьолезненная, помірно рухома. Пульс аритмічний, 95 в хв., Дефіцит - 20. АТ - 140/90 мм рт.ст. Тони серця ясні, аритмічний. Печінка - +2 см, край рівний, гладкий. На ЕКГ: ЧСС - 115 в хв., Мерехтіння передсердь. Обрати препарат для лікування аритмії:

- А. Рітмілен
- В. Дигоксин.
- С. Новокаинамид.
- Д. Хінідин.
- Е. Анаприлін.

8. Хворий 52 років скаржиться на перебоїв в роботі серця, задишку при фізичному навантаженні, набряки на ногах до вечора. Болен 2-3 роки, симптоми наростали поступово. Пульс аритмічний, 90 в хв., Дефіцит - 20. АТ - 130/70 мм рт.ст. Серце помірно розширене вліво, тони глухі, аритмічний. Печінка - + 2 см, край гладкий. На ЕКГ мерехтіння передсердь, ЧСС - 110 за хв. Обрати препарат для монотерапії.

- А. Дигоксин.
- В. Еналаприл
- С. Анаприлін.
- Д. Новокаинамид.
- Е. Фуросемід

9. Чоловік 57 років скаржиться на задишку, набряки на гомілках, "перебої" в роботі серця, біль в лівій половині грудної клітини з іррадіацією в ліву лопатку. Лікування малоефективно. Об'єктивно: тони серця глухі, м'який систолічний шум на верхівці, пульс - 100 / хв., Аритмічний, АТ - 115/75 мм рт.ст. Печінка +2 см, болюча. Рентгеноскопія: тінь серця розширена на всі боки, пульсація млява. ЕКГ: лівошлуночкова екстрасистоля, знижений вольтаж. Який першочерговий метод дослідження необхідний для визначення діагнозу?

- A. Коронарографія
- B. Велоергометрія
- C. Рентгенокімографія
- D. ЕКГ в динаміці
- E. Ехокардіографія

10. У хворого 56 років з дифузним токсичним зобом спостерігається миготлива аритмія з ПП - 110 / хв, артеріальна гіпертензія, АТ - 165/90 мм рт.ст. Яке лікування поряд з мерказолилом слід рекомендувати в цьому випадку?

- A. Анаприлін
- B. Радіоактивний йод
- C. Новокаинамід
- D. Верапаміл
- E. Коринфар

11. Чоловік 42 років скаржиться на інтенсивний головний біль в потиличній ділянці, почервоніння лица, відчуття тремтіння тіла. Впродовж 3 років – періодичні епізоди підвищення АТ до 180/90 мм рт. ст. Об-но: Пульс - 108 за хв. АТ 200/100 мм рт. ст. Ліва межа серця зміщена вліво на 1,5 см. Тони серця ритмічні, акцент II тону над аортою. ЕКГ: порушення процесів реполяризації передньо-бічної стінки ЛШ. Введення якого з перерахованих препаратів є найбільш ефективним:

- A. Метопролол
- B. Верапаміл
- C. Клофелін
- D. Фуросемід
- E. Пентамін

12. Хворий скаржиться на давлячий біль за грудиною, задуху, перебої в роботі серця. Об'єктивно: систолічний шум на верхівці. На ЕКГ: Від'ємний Т у V2-4. Гіпертрофія лівого шлуночка. Шлуночкова екстрасистоля. Дані ЕхоКГ: ТМШП 18мм, ФВ 79%. Який з перерахованих груп препаратів найбільш доцільно призначити в даному випадку?

- A. Нестероїдні протизапальні засоби
- B. Седативні засоби
- C. Пролонговані нітрати
- D. Антибіотики
- E. Бета-адреноблокатори

4. Обговорення теоретичних питань:

- провідна система серця
- Визначення порушення ритму серця, класифікація
- визначення порушення провідності серця
- Клінічні ознаки аритмій.
- Діагностика порушень ритму та провідності: складання плану обстеження, лабораторна, інструментальна, диф.діагностика..
- Правила постановки діагнозу.
- Сучасні принципи лікування порушень ритму та провідності.

Примітка. Обговорення теоретичних питань може відбуватись у формі відповідей на поставлені питання, диспутів, дискусій, виступів з доповідями, рефератами, обговорення

доповідей та рефератів, рецензування відповідей здобувачів вищої освіти тощо.

5. Теми доповідей/рефератів:

- Клінічні ознаки порушень ритму та провідності
- ЕКГ-діагностика порушень ритму та провідності
- Показання до застосування антиаритмічних засобів, особливості призначення
- Особливості сучасних принципів хірургічного лікування хворих з порушенням провідності серця
- Принципи лікування хворих з порушеннями ритму.

Примітка. При підготовці доповіді, реферату, аналітичного огляду тощо здобувачі вищої освіти можуть, разом із цим, готувати дидактичні наочні матеріали у вигляді таблиць, кодограм, слайдів, малюнків, схем препаратів тощо.

6. Підбиття підсумків

7. Список рекомендованої літератури (основна, додаткова, електронні інформаційні ресурси):

Основна:

1. Сучасні класифікації та стандарти лікування внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії. Аналізи: нормативні показники, трактування змін / За ред. д-ра мед. наук, проф. Ю.М. Мостового. –27 вид., змін. – Київ: центр ДЗК, 2020 – 792 стр.
2. Серцево-судинні захворювання. Класифікація, стандарти діагностики та лікування / За ред.В.М. Коваленка, М.І. Лутая, Ю.М. Сіренка. О.С. Сичова –5-те вид., перероблене і доповнене – К.: МОРІОН, 2021. – 320стр.
3. Внутрішні хвороби: у 2 ч. Ч. 1: Розділи 1–8: Нац. підручник для лікарів-інтернів, студ. мед. ЗВО, лікарів-практиків терапевт. профілю. Рекомендовано вченою радою ІФНМУ / Л.В. Глушко, С.В. Федоров, І.М. Скрипник та ін.; за ред. Л.В Глушка. - К., 2019. - С. 500- 507.
4. Внутрішні хвороби. Підручник заснований на засадах доказової медицини, 2018/19. Практична медицина. ISBN 978-83- 7430- 9, Вроцлав. – Розділ 14. – С.957-966.

Додаткова:

1. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice, 30 Aug 2021
2. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник / Ю.І. Децик, О.Г. Яворський, Є.М. Нейко та ін. — 6-е видання, 2020 – 552с.
3. Внутрішні хвороби. Підручник заснований на принципах доказової медицини/ за ред. А.С.Свінціцький, П. Гаєвські. – Краків: Практична медицина, 2018. – С. 957- 966.
4. ЕКГ у практиці = The ECG in Practice = ЭКГ в практике: навчальний посібник / Джон Р. Хемптон; переклад 6-го англ. видання. — Три мови, 2018, 560с.
5. Медицина за Девідсоном: принципи і практика: 23-є видання: у 3 томах. Том 2 / за ред. Стюарта Г. Ралстона, Яна Д. Пенмана, Марка В.Дж. Стрекена, Річарда П. Гобсона, 2021, 778с.