**ФЕДЕРАЛЬНОЕ Государственное БЮДЖЕТНОЕ образовательное учреждение высшего образования «Башкирский государственный медицинский университет» МинистерствА здравоохранениЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Кафедра поликлинической терапии с курсом идпо**

УТВЕРЖДАЮ

зав.каф.поликлинической

терапии с курсом ИДПО

 д.м.н., профессор Волевач Л.В.

«30» ноября 2016 г.

**Методические указания для студентов**

по самостоятельной внеаудиторной работе

по дисциплине «Поликлиническая терапия»

Тема: «**Образовательные программы в лечении и профилактике сердечно - сосудистых заболеваний**»

**Лечебный факультет**

Дисциплина: Поликлиническая терапия

Специальность 31.05.01. –лечебное дело

Курс 6 Семестр XII

УФА 2016

Тема: «Образовательные программы в лечении и профилактике сердечно - сосудистых заболеваний» на основании рабочей программы дисциплины поликлиническая терапия утвержденной в 2016 году.

Рецензент:Г.Х. Мирсаева – доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской терапии БГМУ

Авторы: Крюкова А.Я., Сахаутдинова Г.М., Низамутдинова Р.С., Тувалева Л.С., Курамшина О.А., Габбасова Л.В.

Утверждено на заседании кафедры, протокол №4 от 30.11.2016 г.

**1.Тема. Образовательные программы в лечении и профилактике сердечно - сосудистых заболеваний.** Широкое распространение сердечно–сосудистых заболеваний (ССЗ) во всем мире заставило во второй половине XX века говорить об эпидемии ССЗ. Сердечно-сосудистые заболевания, более 2/3 которых составляют: ишемическая болезнь сердца (ИБС), инсульт и заболевания периферических артерий, обусловленных среди причин смертности во всем мире. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно от ССЗ умирают более 16 млн. человек. По прогнозам ВОЗ, к 2020 г. смертность от данных заболеваний достигнет во всем мире приблизительно 25 млн. в год, почти половину из них составит смертность от ИБС.

В России, начиная с середины прошлого века, растет смертность от ССЗ, и сейчас по данному показателю занимает первое место среди развитых стран.

Более того, смертность от ССЗ среди трудоспособного населения достигает 38% (среди мужчин-37,7%, среди женщин-40,1%).

Создание и развитие кардиологической помощи – приоритетное направление здравоохранения. Это связано с высокой распространенностью сердечно-сосудистых заболеваний (прежде всего ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии), необходимостью улучшения профилактики и лечения этой категории населения.

С 2006г. в Российской Федерации реализуется приоритетный национальный проект «Здоровье», который направлен на повышение качества и эффективности оказания медицинской помощи для всех слоев населения, в том числе и организации кардиологической помощи.

Разделы национального проекта затрагивают все уровни и этапы оказания помощи при ССЗ. В ходе проведения дополнительной диспансеризации работающего населения и дополнительных медицинских осмотров, осуществляют скрининг на факторы риска, при которых выявляют ГБ и ИБС на ранних стадиях. Этому способствуют в первую очередь, современно оснащенные амбулаторно-поликлинические учреждения.

То, что основные причины, вызывающие развитие ССЗ, связаны с наследственностью и образом жизни доказано многочисленными исследованиями. Чрезвычайно важно выявлять пациентов на ранней стадии заболевания, когда можно объяснить причины заболевания, провести коррекцию выявленных факторов риска с участием пациента, а также подобрать комплексное лечение для предупреждения дальнейшего прогрессирования заболевания.

Очень часто пациенты ничего не знают о своем заболевании, и поэтому практически не придают значения рекомендациям, которые дают врачи и не принимают своевременно препараты.

Среди основных причин невыполнения врачебных предписаний – низкая информированность пациентов о своем заболевании, незнание больными и родственниками простейших методов и правил контроля и самоконтроля, пренебрежительное отношение к принципам здорового образа жизни.

Слова М.П. Кончаловского: «Конечной задачей клиники является предупреждение болезни» остаются основой российской медицины. Поэтому должна проводиться постоянная работа с пациентами, страдающими АГ и ИБС, чтобы они осознанно вместе с лечащим врачом понимали, что исход данного заболевания зависит именно от самого больного.

Вторичная профилактика ССЗ состоит из медицинских вмешательств и изменения образа жизни, направленных на уменьшение осложнений, рецидивов и прогрессирования болезни у пациентов, с уже развившимися ССЗ.

Модификация факторов риска – главный путь осуществления вторичной профилактики. Крупные национальные организации, такие как Американская кардиологическая ассоциация и Американский колледж кардиологии, считают определенные стратегии модификации факторов риска краеугольным камнем оптимального лечения пациентов группы высокого риска.

**2.Цель:** овладение врачебными навыками проведения образовательных программ, профилактических мероприятий в школах здоровья для пациентов с сердечно - сосудистыми заболеваниями.

Для формирования профессиональных компетенций обучающихся должен **знать** (исходные базисные знания и умения):

* анатомо-физиологические особенности системы кровообращения;
* методику исследования при заболеваниях системы кровообращения;
* возрастные особенности системы кровообращения;
* факторы риска развития сердечно – сосудистых заболеваний;
* основы первичной, вторичной, третичной профилактики;
* медикаментозные и немедикаментозные методы лечения сердечно – сосудистых заболеваний;

Для формирования профессиональных компетенций обучающихся должен **уметь**:

* комплектовать группу для проведения занятий;
* собрать анамнез, выявлять факторы риска сердечно – сосудистых заболеваний;
* назначить первичные и вторичные профилактические мероприятия и др.;
* составить план проведения занятий в школе здоровья;
* составлять памятки для пациентов;
* излагать материал в доступной для пациента форме;

**3.Материалы для самоподготовки к освоению данной темы:**

Вопросы для самоподготовки:

1. Этиология заболеваний системы кровообращения;

Основные механизмы патогенеза заболеваний кровообращения;

1. Классификация заболеваний системы кровообращения;
2. Клинические проявления заболеваний системы кровообращения;
3. Выявлять факторы риска сердечно – сосудистых заболеваний;

**4.Вид занятия:** самостоятельная внеаудиторная работа

**5.Продолжительность:** 6 (в академических часах)

**6. Оснащение:**

6.1. Дидактический материал (кино- и видеофильмы, тренинговые и контролирующие компьютерные программы, мультимедийные атласы и ситуационные задачи, деловые игры);

6.2. ТСО (компьютеры, мультимедийный проектор)

**7.** **Содержание занятия:**

7.4. Самостоятельная работа обучающихся (курация больных, оформление медицинской документации, ознакомление с теоретическим материалом по теме занятия с использованием рекомендуемой учебной литературой).

7.5. Контроль уровня усвоения темы: тесты, ситуационные задачи.

Место проведения самоподготовки: читальный зал.

Работа с основной и дополнительной литературой, анализ амбулаторных карт, анализ статистических показателей работы ЛПУ.

Одним из эффективных методов вторичной профилактики ССЗ стало проведение образовательных школ здоровья: школа для пациентов с артериальной гипертензией, школа для пациентов с ИБС.

Целью обучения в данных школах является помощь пациентам и их родственникам в получении информации о заболевании, приобретении навыков самоконтроля, касающихся диетических рекомендаций, физической активности, грамотного и своевременного приема фармакологических препаратов, методах оказания догоспитальной медицинской помощи.

Показано, что около 60 % врачей считают достаточным информировать пациентов о факторах риска, а 40 % считают необходимым научить пациента оздоровлению поведенческих привычек.

Как показывают данные многочисленных исследований, проведенных в ряде западных стран, внедрение программы обучения и амбулаторного наблюдения, больных с сердечнососудистой нозологией является эффективным и экономически выгонным механизмом улучшения качества лечебной помощи.

Наиболее рациональной формой создания устойчивой приверженности пациентов к выполнению врачебных рекомендаций является групповое обучение. Основная цель обучения пациентов с хроническим заболеванием (АГ, ИБС) – повысить приверженность пациентов предписанному терапевтическому режиму, прежде всего немедикаментозного характера и приема лекарственных препаратов, назначенных лечащим врачом.

Для пациентов с АГ и ИБС составляется программа занятий со следующей тематикой:

* Общая информация о заболевании (актуальность, распространенность);
* Понятие о факторах риска, способствующих развитию ССЗ;
* Симптомы заболеваний и принципы самоконтроля;
* Поведение и оказание неотложной помощи в домашних условиях;
* Диета при ССЗ;
* Медикаментозная терапия АГ и ИБС;
* Фитотерапия при АГ и ИБС.

Также для обучающихся пациентов готовится информационный, раздаточный материал (памятки, дневники самоконтроля и т.д.). Обучающие материалы содержат сведения о диете, контроле веса, физической активности, правильном приеме лекарственных препаратов и т.д.

В профилактическом консультировании очень важна не только суть информации, но и то, как мы об этом рассказываем. Контроль эффективности общения – необходимый элемент успешного профилактического консультирования.

В целом, обученные пациенты в 3-6 раз чаще стали придерживаться более здоровых поведенческих привычек. У обученных пациентов отмечалось снижение уровня АД; после обучения пациентов сократились затраты на госпитализацию, амбулаторную помощь, уменьшались затраты на вызовы скорой помощи.

Пациенты, которые проходили обучение в кардио-школах, получили информацию о сути своего заболевания, приобрели навыки самоконтроля, показали более высокую приверженность предписанному режиму медикаментозной терапии, рекомендациям, касающимся диеты и физическим нагрузкам. В результате этого у обученных пациентов снизились уровни факторов риска, снизился уровень артериального давления, отмечалось урежение приступов стенокардии, значительно реже возникали осложнения сердечно – сосудистых заболеваний, снизилось число случаев временной нетрудоспособности, уменьшилась частота госпитализаций.

Улучшение функционального состояния, повышение качества жизни пациентов, улучшение показателей гемодинамики, все это способствовало уменьшению доз фармакологических препаратов.

Таким образом, реализация однонаправленных образовательных технологий позволит сформировать единую идеологию долгосрочного профилактического вмешательства.

**Факторы риска сердечно – сосудистых заболеваний**

Известно, что основой наиболее распространенных ССЗ являются атеросклероз, который в течение многих лет протекает бессимптомно.

Понятие факторы риска было введено в практику научных исследований в конце 40-х годов. Так как факторы риска влияют на рост заболеваемости и смертности необходимо, их изучение и контроль за ними.

Факторы риска - это особенности организма, внешние воздействия которых приводят к увеличению риска возникновения заболевания, его прогрессированию и неблагоприятному прогнозу.

В настоящее время известно более 300 факторов риска ССЗ. В отчете ВОЗ за 2002г. указано три основных фактора риска: АГ, гиперхолестеринемия, курение.

Факторы риска могут быть разделены на две группы: модифицируемые и не модифицируемые.

Модифицируемые:

* гиперхолестеринемия;
* нерациональное питание;
* артериальная гипертензия;
* курение;
* гиподинамия;
* сахарный диабет;
* стресс.

Не модифицируемые факторы:

* возраст (45 и более лет для мужчин, 55 и более лет для женщин);
* мужской пол;
* наследственные факторы.

Один из наиболее распространенных факторов риска - гиперхолестеринемия. Значение уровня ХС в прогрессировании атеросклероза и его осложнений хорошо изучено в ряде клинических исследований, результаты которых показали, что снижение уровня ХС достоверно снижает риск сердечно-сосудистых осложнений.

Заметим, что если гиперхолестеринемия является фактором риска, то сам холестерин, появившийся и накопившийся в интиме артерии, надо считать материальным субстратом, с которого начинается развитие атеросклероза. В связи с этим уместно вспомнить крылатую фразу Н.Н. Аничкова: «Без холестерина нет атеросклероза». При использование более жесткого критерия (уровень ХС 6,25 ммоль/литр и выше), смертность от ССЗ возрастает на 60% и 30%, для мужчин и женщин соответственно, достигая статической достоверности.

**Артериальная гипертензия**

Повышенное артериальное давление нередко становится ведущим звеном в развитие ИБС. Артериальная гипертензия увеличивает риск развития атеросклеротических пораженных сосудов у человека с нормальным содержанием липидов крови, но особенно - у лиц с высокой их концентрацией.

За последние годы почти у 42 млн. человек в нашей стране отмечен повышенный уровень АД.

В России 60-80% смертности от инсульта обусловлено повышенным АД. Смертность от ИБС у пациентов с АГ почти в 2 раза выше, чем у людей с нормальным АД.

Пагубное влияние артериальной гипертензии проявляется не только в ускорении развития атеросклеротических поражений, но и повышенной подверженность артерий спазмам, которые резко уменьшают кровоток в бассейне артерий, и данный участок ткани, например сердечной мышцы или мозга, оказывается в плохих условиях кровоснабжения.

**Курение.**

Курение среди мужского населения России широко распространенно (63,1%), в европейских странах этот показатель равен только 42%.

Никотин, поступающий в кровь при курении, увеличивает способность тромбоцитов к агрегации, к образованию микротромбов и закупорки мельчайших кровеносных сосудов, что приводит к нарушению трофики стенок артерий. У курильщиков отличается гиперфибриногенемия. Никотин непосредственно оказывает воздействие на эндотелий сосудов, снижая способность продуцировать или выделять простоциклин, что также, изменяет агрегацию тромбоцитов и сосудистый тонус.

Среди интенсивно курящих (более 25 сигарет в день) относительный риск для фатальной ИБС равен 5,5, для нефатального ИМ 5,8 и для сердечной недостаточности 2,6. Кроме того, безопасного уровня курения нет, ведь одна выкуренная сигарета увеличивает число ударов в минуту, в целом сердце сокращается на 10-14 тыс. лишних раз в 1 сутки. Даже у мало курящих (от 1 до 4 сигарет в день) риск фатальной ИБС увеличен более чем в 2 раза.

**Ожирение**

Существует несколько методов определения нормальной массы тела. Более доступная оценка может быть получена путем расчета индекса массы тела (ИМТ). Чтобы его вычислить надо массу тела, в килограммах, разделить на рост, в метрах возведенный в квадрат.

Масса тела нормальная, если величина индекса равна между цифрами 19 и 25, умеренно превышена - от 25 до 30.Цифры от 30 до 35 - выраженная полнота, а все, что превышает 35 значительное ожирение.

Ожирение характеризуется увеличением объема жировой ткани и, следовательно, создает дополнительную нагрузку на сердце.

Ожирение часто сопровождается высоким уровнем липидов в крови, в первую очередь триглицеридов, и пониженным уровнем антиатерогенных ЛПВП. У тучных людей инфаркт миокарда возникает значительно чаще.

Ожирение способствует развитию артериальной гипертензии, сахарного диабета. Ожирение является одним из основных проявлений метаболического синдрома.

**Психологический стресс**

Исследования отечественных ученых И.М. Сеченова, Е.П. Боткина, И.П. Павлова, Г.Ф. Ланга и др. установлено, что состояние психоэмоциональной сферы имеет непосредственное отношение к развитию многих соматических заболевании. Атеросклероз, АГ, ИБС, не являются исключением.

По данным исследований ГНИЦ ПМ, проведенных в конце 80-х и середине 90-х в Москве среди мужчин и женщин в возрасте 25-64 лет, частота воздействия психогенных факторов возросла.

Динамика показателей смертности и результаты выборочных исследований дают основание считать психосоциальные факторы в России одной из основных причин резких колебании общей смертности и от ССЗ, начиная с 1985г.

О психологическом напряжении свидетельствует и высокая (45,9 %) частота депрессии, 22,6% обратившихся имели депрессивные расстройства легкой степени, а остальные 23,3% пациентов - клинически выраженную депрессию.

По статистическим данным многих государств, частота инфаркта среди одиноких лиц выше, чем среди семейных, а продолжительность жизни одиноких в целом короче, чем семейных.

**Гиподинамия**

Известный австралийский кардиолог В. Рааб назвал современного цивилизованного человека – «деятельным бездельником»: труд и быт его связаны в основном с напряжением нервной системы, тогда как мышечный аппарат, сердечная мышца ослабляются от бездействия. Развивается состояние, которое можно охарактеризовать, как детренированность сердца. Поэтому сердца человека, ведущего сидящий образ жизни, в 1,5-2 раза возрастает риск возникновения ИБС и на 30-50%-риск развития артериальной гипертензии.

Есть основания полагать, что сидячий образ жизни - главная причина 30% смертности от ИБС.

Существуют веские доказательства того, что увеличение физической активности достоверно уменьшает смертность от ССЗ и общую смертность. Физическая активность положительно влияет на функции сердца, липидный профиль; снижает массу тела, АД, агрегацию тромбоцитов, ЧСС. Физические тренировки благотворно влияют на функции эндотелия.

Ещё в первой половине XIX века 96% всей энергии на земле производилось с помощью мускульной силы человека и домашних животных и лишь 4% приходилось на долю техники. Сегодня данное соотношение имеет прямо противоположные значения.

Человек стал мало двигаться, что отразилось на состоянии сердечно- сосудистой системе.

Данные статистики показывают, что у людей, которые ведут преимущественно сидячий образ жизни, в 1,5 – 2 раза возрастает риск возникновения ИБС и на 30% – 50% риск развития артериальной гипертензии, за счёт развития состояния, которое можно охарактеризовать как детренированность сердца.

Доказано, что у мужчин, регулярно занимающихся бегом на длинные дистанции (в среднем 25км в неделю), доля антиатерогенных липопротеидов в крови повышена, доля атерогенных снижена.

Несмотря на положительное влияние тренировок, в США более четверти миллиона жителей умирают каждый день из-за недостаточной физической нагрузки.

**Алкоголь**

О пагубном влияние алкоголя на человека известно давно.

Говоря о действии алкоголя на сердце, в первую очередь надо отметить токсическое влияние на сердечную мышцу, в результате которого развивается алкогольная кардиопатия, проявляющаяся одышкой, нарушением ритма.

Прием алкоголя часто повышает АД, способствуя спазму артерий.

Систематический прием даже не крепких алкогольных напитков приводит к гипертриглицеридемии за счет повышения синтеза ЛПОНП. Мелкие частицы, которых, проникая в сосудистую стенку, откладываются в ней и тем самым способствуют прогрессированию атеросклероза.

Потребления алкогольных напитков увеличивает риск смерти от мозгового инсульта у мужчин 40-59 лет, употребляющих чистый этанол в количестве более 168г. в неделю, на 80% выше, чем у тех, кто не злоупотребляет алкоголем.

**Нерациональное питание**

Более 40 лет назад известный ученый Т. Виганд вызвал экспериментальный атеросклероз у кроликов, которым вводил не холестерин, а триглицериды. Насыщенные жиры (животных), не являясь абсолютно необходимым в питании человека, стимулируют в печени синтез холестерина, повышая его уровень в крови. Замена насыщенных животных жиров ненасыщенными растительными способствует снижению уровня холестерина в крови и задерживает развитие атеросклеротического процесса.

В питании современного человека преобладают высокоочищенная и консервированная пища.

В последние два столетия современный человек стал включать в свой жизненный рацион в 25 раз больше сахара. Избыток углеводов создает условия для образования и скопления жиров. Происходит увеличение атерогенной фракции и снижение антиатерогенных ЛПВП. Росту ССЗ способствуют следующие диетические погрешности:

* переедание;
* потребление пищи с высокой долей животных жиров и низкой - растительных;
* злоупотребление углеводами с высоким гликемическим индексом;
* потребление пищи, лишенной клетчатки;
* злоупотребление поваренной солью;
* использование "мягкой" питьевой воды.

На практике у пациентов одновременно выявляют 2-3 и более факторов риска. Рост числа факторов риска увеличивает риск смерти от ССЗ. Лица с наличием пяти факторов риска умирают от ИБС в 12,5 раз чаще, чем лица без факторов риска.

Сейчас концепция факторов риска стала общепринятой стратегией профилактики. Европейским обществом кардиологов и группами других специалистов разработаны рекомендации по профилактики ССЗ. Основное внимание сосредоточено на профилактике нетрудоспособности и преждевременной смерти. Поэтому рекомендации посвященные, в основном, изменению образа жизни, контролю основных факторов риска, профилактическому применению лекарственных препаратов для предупреждения развития клинических проявлений ССЗ.

**Основные клинические проявления.**

Сердечно-сосудистые заболевания остаются ведущей медико-социальной проблемой.

Артериальная гипертензия возникает на фоне наследственной предрасположенности и при наличии внешних факторов риска (стрессе, курении, ожирении). Клиническое проявление зависит от стадии заболевания, уровня артериального давления и течения заболевания, а так же от наличия сопутствующих заболеваний.

Тяжесть клинических проявлений ИБС зависит от многих факторов: локализации поражения, степени сужения сосуда, числа поражённых сосудов.

**Стенокардия**

Типичный приступ. Локализация боли. Во время приступа стенокардии, развивающегося в результате преходящей ишемии миокарда, внезапно возникает боль за грудиной и иррадиирует влево и вверх и редко в правую часть грудины и правую руку, эпигастральную область. Симптом кулака-ладонь или кулак, прижатый к грудине. Возникновение приступа стенокардии может сопровождаться чувством нехватки воздуха, одышкой или даже удушьем. Характер боли кратковременный. Ее продолжительность не превышает 3-5 минут.

Приступ стенокардии прекращается быстро (в течение 1-1,5 мин) после приема таблетки нитроглицерина или даже самостоятельно, после прекращение физической нагрузки. Приступ стенокардии может спровоцировать:

* физическая нагрузка;
* прием пищи;
* психоэмоциональное напряжение;
* воздействие холода.

Атипичные приступы

На ранних стадиях заболевания, у сравнительно молодых пациентов приступы стенокардии могут носить совершенно атипичный характер, как по локализации, так и по ее продолжительности и отсутствию прямой связи с провоцирующими факторами. Необходимо особо внимательно наблюдать за любыми болевыми проявлениями, особенно у мужчин с одним или несколькими факторами риска.

**Инфаркт миокарда.**

Типичный вариант.

Значительная большая продолжительность приступа по сравнению со стенокардией (более 25-30 мин.)

Отсутствие эффекта от применения лекарственных средств (нитроглицерина), обычно купирующих приступ стенокардии у данного больного. Существенно большая интенсивность боли.

Абдоминальный вариант - боли локализуются в верхней половине живота, в эпигастральной области, могут сопровождаться тошнотой, рвотой.

Астматический вариант - сопровождается приступом удушья, одышки.

Церебральный вариант - головные боли, головокружения, потеря сознания, тошнота, рвота.

Аритмический вариант - проявляется в виде различных нарушений ритма.

**Клинические проявления артериальной гипертензии.**

Головные боли особенно, в утреннее время. Наиболее часто локализуется в затылочной, височной областях. Может быть головокружение, «мелькание «мушек» перед глазами, ухудшение зрения, снижение памяти. Боли в области сердца, продолжительные, довольно интенсивные, локализуются в перикардиальной области, обычно не купируются нитроглицерином.

**Первая помощь или Что делать до приезда врача?**

*Гипертонический криз*

Гипертоническая болезнь может осложняться таким проявлением, как **гипертонический криз.** Гипертонический (или гипертензивный) криз зачастую возникает в ситуации, когда пациент, почувствовав себя лучше в результате лечения, самостоятельно прекращает принимать назначенные кардиологом лекарства.

При гипертоническом кризе уровень артериального давления выше, чем при обычных обострениях гипертонии. Наиболее характерный признак криза — резкий подъем нижнего (диастолического) давления.

**Внимание!** Для того чтобы избежать такого тяжелого проявления артериальной гипертензии, как гипертонический криз, больному следует всегда помнить о том, что лечение гипертензии требует постоянной поддерживающей терапии и произвольно прекращать прием лекарств ни в коем случае нельзя.

**Клинические проявления гипертонического криза**

* Внезапное повышение систолического и диастолического артериального давления.
* Страх, головные боли.
* Боли в области сердца.
* Тошнота, головокружение.
* Иногда судороги, рвота, возбуждение.

Для профилактики осложнений (инфаркт миокарда, инсульт, поражение почек) и экстренного лечения гипертонического криза *необходимо срочно принимать меры еще до прихода врача.*

**Что делать при гипертоническом кризе**

1. Успокойтесь, эмоции сейчас будут излишни. При необходимости примите 30 капель корвалола.

2. Примите полулежащее положение.

3. Помните; давление нужно снижать эффективно, но плавно.

Опытным путем вы должны подобрать оптимальные для себя препараты, хотя лучше, чтобы это сделал ваш лечащий врач. Здесь даны лишь примерные рекомендации — в основном приведены препараты короткого действия, которые хороши при кризе, но не подойдут — для постоянного лечения гипертонической болезни.

Возможные варианты:

1. Каптоприл (капотен) — 25—50 мг под язык, начало действия — через 10 минут, длительность — 3—4 часа.

2. Клофелин — 1 таблетка (0,075—0,15 мг) под язык, начало действия — через 15 минут, длительность — более 2 часов.

3. При частом пульсе (более 90 ударов в минуту) целесообразно начать оказание помощи с 20 мг анаприлина в виде порошка под язык или разжевать 1/2 таблетки в 40 мг (через 15 минут прополоскать рот). При редком пульсе более предпочтителен прием 10 мг нифедипина (коринфара) — таблетку также следует разжевать; начало действия — через 5 - 10 минут, продолжительность — 2 - 5 часа. Частота пульса при этом, возможно, увеличится, а артериальное давление начнет снижаться. У некоторых пациентов прием нифедипина приводит к временному покраснению лица.

При этом все таблетки должны находиться в одном (привычном для вас и недоступном для детей) месте. В любом случае, чтобы ни случилось, крайне важно сохранять спокойствие и четко знать, что именно нужно делать. Конечно, необходимость вызова бригады скорой помощи в подобных ситуациях сама собой, разумеется. Речь идет о нескольких минутах до приезда врача. Постарайтесь заранее обсудить возможные «острые» ситуации с теми, кто живет рядом: покажите, где хранятся лекарства, объясните, как они могут вам помочь, и в какой момент необходимо набрать номер телефона скорой помощи или службы спасения.

**Приступ** **стенокардии**

**Клинические проявления приступа стенокардии**

* Сжимающий или давящий характер боли.
* Боль расположена за грудиной или в области сердца.
* Боль чаще возникает на высоте физической нагрузки, редко в покое.

Длительность приступа боли не более 10 минут.

**Что делать при приступе стенокардии**

1. Постарайтесь обойтись без паники — успокойтесь. Главное сейчас — не терять драгоценное время икак можно быстрее и полнее снять приступ.

2. Примите 1 таблетку нитроглицерина под язык. Если вы не переносите нитроглицерин, смотрите пункт 4. Можно воспользоваться аэрозольными формами нитроглицерина (нитроминт или изокет аэрозоль) — тогда 1 доза впрыскивается под язык (не вдыхать!).

3. Если боли сохраняются, то через 3 минуты надо принять следующую таблетку нитроглицерина или еще 1 дозу нитроминта. Если через 5 минут боли не прошли, то надо принять третью таблетку нитроглицерина и тут же вызвать скорую помощь.

4. В случае если вы плохо переносите нитроглицерин, примите до 15 капель нитрангина. Указанный препарат можно приготовить в домашних условиях. Возьмите 10 таблеток нитроглицерина и опустите их во флакон корвалола, хорошо встряхните и примите 10—15 капель (храните эти капли в темном месте и носите в кармане).

5. Сядьте удобно, расслабьтесь и представьте, как ваша спазмированная коронарная артерия расширяется, увеличивая объем поступающей к сердцу крови.

6. Кроме того, можно разжевать 1 таблетку аспирина (160— 325 мг).

7. Если неотложная помощь все же задерживается, можете принять любой имеющийся дома анальгетик, спазмолитик, успокаивающий препарат (анальгин, баралгин, но-шпа, тазепам и т. п.). И не забудьте оповестить приехавшего врача о том, какими лекарственными препаратами вы уже успели воспользоваться.

**Немедикаментозные методы лечения.**

*Борьба с курением*.

В нашей стране, где курит каждый второй мужчина и каждая пятая женщина. Этот вопрос стоит особо остро. На один год сокращают продолжительность жизни каждые 3,5 сигареты в сутки у мужчин и каждые 2 сигареты у женщин.

Риск развития ССЗ увеличивается при большой интенсивности курения и длительном его стаже. При уже имеющейся ИБС, отказ от сигарет эффективно предупреждает развитие острых коронарных событий. Прекращение курения после ИМ - одна из наиболее эффективных мер вторичной профилактике, позволяющая вдвое сократить риск повторного ИМ и смерти, независимо от пола и возраста.

Алгоритм действия врача по выявлению курящих пациентов:

* Выяснение статуса курения у каждого пациента, при каждом визите с записью в медицинской документации. Поощрение никогда не курившего;
* Совет отказаться от курения должен быть четким: «Необходимо срочно отказаться от курения. Я вам в этом могу помочь».
* Аргументированным (например: "Как Ваш врач, я Вам говорю, что отказ от курения - это одна из главных вещей, которая позволит Вам сохранить ваше здоровье");
* Относящимся лично к пациенту (напомнить о вреде пассивного курения для членов семьи, коллег по работе; оговорить социальные и экономические «минусы» курения и т.д.)
* Помощь пациенту в попытке отказа от курения.

Наблюдение (профилактика повторного закуривания).

Современные немедикаментозные и медикаментозные методы лечения табачной зависимости.

1. Консультирование.

Первое требование - рекомендация, курильщику необходимо изменить свое поведение.

Несколько моментов, которые помогут избавиться от табачной зависимости:

* установить дату отказа от курения;
* убрать из дома и с рабочего места все, что напоминает о вредной привычке;
* помнить, что курение требует абсолютного отказа от курения;
* учитывать, что алкоголь провоцирует рецидив курения

II. Самопрограммирование.

III. Акупунктура.

**Медикаментозное лечение табачной зависимости.**

Никотинозаменительная терапия: жевательная резинка Никоретте (2 мг и 4 мг никотина в подушечке), ингалятор Никоретте (10 мг никотина в одном картридже) и пластырь никоретте (15 мг,10 мг и 5 мг никотина в одном саше).

Через 12 недель от начала лечения учитывают первые результаты никотинозаменительной терапии.

Возможные результаты проводимой терапии:

* полный отказ от курения;
* снижение интенсивности курения более чем в 2 раза от исходного уровня.
* снижение интенсивности курения менее чем на 50% от исходного уровня либо курения в прежней дозе.

**Диетические рекомендации.**

О значении характера питания в развитие ССЗ свидетельствуют многочисленные факты.

Весьма убедителен опыт, поставленный самой жизнью на сотнях миллионов людей во время обеих мировых воин. В странах, которые были ареной военных действий или косвенно вовлеченные в войну, при значительном уменьшении в пище населения продуктов, богатых животными жирами и холестерином, отчетливо снизилась во время войны смертность от атеросклероза. Лишь в США, где население не испытывало лишений, выпавших на долю вовлеченных в войну стран, кривая смертности от атеросклероза продолжала расти. У жителей блокадного Ленинграда наблюдалось отчетливое снижение уровня холестерина.

Еще в 1987 году группа экспертов Европейского общества по изучению атеросклероза сформировало 7"золотых" правил диеты, соблюдение которых необходимо для устранения нарушения обмена липопротеидов.

**«Золотые» правила:**

1.уменьшить общее потребление жиров;

2.резко уменьшить употребление насыщенных жирных кислот (животные жиры, сливочное масло, сливки, жир, так как они способствуют гиперлипидемии);

3.увеличить употребление продуктов, обогащенных полиненасыщенными жирными кислотами (жидкие растительные масла, рыба, морские продукты), так как они снижают уровень липидов в крови.

4.увеличить употребление клетчатки и сложных углеводов (овощи, фрукты), количество клетчатки в диете -35 мг/день.

5. заменить при приготовление сливочное масло растительным маслом.

6.Резко уменьшить употребление продукты богатые холестерином

7.ограничить количество поваренной соли в пище(3-5 г. в сутки).

Насыщенные жирные кислоты способствуют повышению уровня ХС ЛПНП.

Ненасыщенные жиры в рационе питания должны составлять 2/3 всех жиров. В этом случае снижаются различия индекса атерогенности.

В семейство ненасыщенных жирных кислот входят:

* Семейство омега-6.Линолевая кислота - основной представитель, она входит в состав растительных жиров. Оптимальное потребление линолевой кислоты должно составлять 6% общей калорийности пищевого рациона.
* Семейство омега-3. наиболее важный представитель альфа - линолевая кислота, содержится в соевом, льняном масле, в хлебе из муки грубого помола, фруктах и овощах.

Эти кислоты не синтезируются в организме человека, они относятся к эссенциальным.

В основе снижения уровня ТТ и ЛПОНП в плазме крови имеется несколько механизмов:

Во-первых, они снижают синтез в лечение ТГ и аполипопротеина В,

Во-вторых, увеличивают удаление из кровотока ЛПОНП как печенью, так и периферическими тканями,

В-третьих, увеличивают экскрецию желчных кислот с кишечным содержимым.

Среди стран Европы – Франция имеет самые низкие показатели заболеваемости ССЗ, это связано с особенностями национальной кухни (большое употреблении полиненасыщенных жирных кислот, продуктов с большим содержанием клетчатка). В 1970-х годах в Финляндии были очень высокие показатели заболеваемости ССЗ. Была принята антихолестериновая программа, в результате чего, Финляндия теперь входит в 5-ку стран с лучшими показателями по данной патологии.

Дневное количество потребляемых продуктов, рекомендуемых Европейским обществом по изучению атеросклероза при липидоснижающей диете сниженной калорийности (в мл или г готового продукта).

Бобовые: 100г, 1/2 чашки 3-4 раза в неделю.

Зерновые: 1 кусок хлеба из муки грубого помола, или 1 чашка каши на завтрак, 1/2 чашки макаронных изделий, риса, 1 средняя вареная или печеная картофелина.

Рыба, курица, индейка, очень постное мясо: 100 г в день молочные продукты: 1 чашка обезжиренного молока, 30 г творога или сыра со сниженным количеством жира, 1-2 яйца в неделю.

Жиры: 10 г в день ненасыщенных растительных масел.

Свежие фрукты: 4 фрукта среднего размера (яблоко, банан, персик, абрикос, груша), или 8-15 штук маленького размера (слива, клубника), или 2 стакана сока.

Овощи: 2 чашки не лиственных вареных или свежих овощей, 4 чашки свежих зеленых лиственных овощей.

Сладкое: 1ст. л сахара, джема или варенья, ½ чашки фруктового мороженого; алкоголя менее 30г. чистого спирта (50 мл крепких напитков, или 150г. сухого вина, или 380г. пива).

В питание пациентов с АГ и ИБС, необходимо включить продукты с высоким содержанием калия и магния. Магний активирует ферменты углеводного и энергетического обмена, нормализует возбудимость нервной системы и деятельность сердечной мышцы.

Магний оказывает антиспастическое и сосудорасширяющее действие, способствует выведению холестерина из кишечника.

Магнием богаты растительные продукты. Для обогащения им диеты используют пшеничные отруби, орехи, сухофрукты, бобовые, продукты моря. Усвоение магния нарушается при одновременном избыточном поступление с пищей жиров и кальция, так как для всасывания из кишечника указанных веществ нужны желчные кислоты. Суточная потребность в магнии для взрослых - 0,4 г.

Калий играет большую роль во внутриклеточном обмене, необходим для нормальной деятельности сердечной мышцы, калий способствует выведению из организма воды и натрия, он активирует ряд ферментов и участвует в важнейших обменных реакциях. Потребность в калии 2-4г. в день.

Больше всего калий поступает в организм с растительными продуктами, мясом, морской рыбой.

**Пути снижения массы тела.**

Снижение избыточного веса у пациентов с высоким риском ССЗ можно достигнуть за счет соблюдения правил питания и повышения двигательной активности.

**Снижение потребления насыщенных жиров.**

Наибольшей калорийностью обладают насыщенные жиры, за счет уменьшения потребление которых, рационально снижается калорийность питания. В ряде международных рекомендации указано, что доля жиров должно быть меньше 30% в общей калорийности питания.

*Таблица: Рекомендуемое потребление жиров в граммах в сутки для людей с нормальной массой тела и средней физической активностью.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Контингент | Возраст | Потребление |
| 25-49 лет | 50-74 лет |
| Мужчины  Женщины | Не более 90 г  Не более 65 г | Не более 75 г  Не более 60 г |

**Снижение общей калорийности суточного рациона.**

Средний суточный калораж при нормальной массе тела составляет для мужчин, в среднем - 2500 ккал, для женщин - 2000 ккал. Для уменьшения веса тела следует придерживаться калорийности рациона до 1200-1800 ккал в сутки.

Снижение веса должно быть постепенным на 400 - 800г в неделю.

**Физическая активность в коррекции факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний**.

Низкая физическая активность рассматривается, как самостоятельный фактор риска ССЗ.

Регулярные занятия физическими упражнениями приводят к следующим результатам:

* повышению уровня ЛПВП;
* снижению уровня ТГ и ЛПНП;
* снижению общего абдоминального ожирения.

Рекомендации по физическим нагрузкам для профилактики заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Тип нагрузки:

Динамическая нагрузка: велотренажер, тредмил, дозированная ходьба, плавание, лыжные прогулки.

Интенсивность: Аэробная нагрузка: достигать частоты сердечных сокращений (ЧСС) до 60% от максимальной ЧСС.

Продолжительность и частота:

* 30-40 минут, 4-5 раз в неделю;
* 45-60 минут, до 3 раз в неделю.

Другой способ оценить выраженность физической нагрузки связан с состоянием дыхания. Считается, что во время физических нагрузок следует стремиться к тому, чтобы ощутить затруднение вдыхания или одышку, т.е. слегка задохнуться, но не настолько, чтобы быть не способным разговаривать.

Такой уровень активности рекомендуется поддерживать не менее чем по 20-30 минут в течение каждого занятия. Все клинические исследования последних лет убедительно показали, что физические нагрузки пять и более раз в неделю достоверно снижают риск возникновения или прогрессирования ССЗ.

Однако уменьшение объема нагрузок или их прекращение вообще нивелирует их протективный эффект через 2-4 недели.

Физические нагрузки - существенное дополнение к медикаментозной коррекции дислипидемии.

Таким образом, коррекция или нормализация образа жизни предполагает, что человек:

* практикует диетотерапию;
* поддерживает режим физической активности;
* стремится устранить отрицательные стрессовые ситуации;
* пытается создать психологический комфорт, как на работе, так и дома;
* отказаться от курения и злоупотребления алкоголем.

**МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ.**

**Основные лекарственные препараты для снижения артериального давления (информация для пациентов)**

И так, до сих пор мы с вами обсуждали методы борьбы с повышенным артериальным давлением без помощи лекарственных препаратов. Подобные меры довольно эффективны и позволяют снизить давление. Однако важен вопрос: насколько ваши показатели АД были выше нормальных и как долго это продолжается. Если эффект применяемых немедикаментозных мер оказался недостаточным или исходно были зафиксированы излишне высокие показатели АД, то возникает необходимость применения лекарственных препаратов, снижающих давление. Причем принимать их надо не курсом, а постоянно — пожизненно.

В настоящее время существует семь групп лекарственных препаратов, способствующих снижению АД. Наиболее часто применяемые лекарственные средства для лечения гипертонической болезни, их действие, а также побочные эффекты приведены ниже.

**Диуретики (мочегонные)**

Диуретики, или иначе их называют мочегонные препараты, помогают снижать давление за счет увеличения выведения почками соли и воды. Это, в конце концов, приводит к расслаблению кровеносных сосудов. Диуретики, пожалуй, самая старая группа лекарств, снижающих АД, применяемая с 50-х годов XX века. Данные препараты широко используются до сих пор, часто в комбинации с другими лекарствами. Противопоказаны при сочетании с подагрой и сахарным диабетом. Рекомендуемые дозы: гидрохлортиазид — 12,5 мг; индапамид — 1,5 мг. Эффект наступает через 4 недели от начала лечения, достигает максимума через 6 месяцев.

По ценам препараты этой группы можно разделить: на более дешевые — гипотиазид (хлортиазид); более дорогие — арифон ретард (индапамид).

**Бета**-**блокаторы**

Эти лекарства, появившиеся в 1960-х годах для лечения стенокардии, снижают давление, защищая сердце от чрезмерного воздействия симпатической нервной системы, активность которой усиливается при пробуждении или эмоциональном напряжении. В результате снижается сердечный ритм и уменьшается количество крови, выбрасываемой сердцем в 1 минуту, снижается давление. При лечении бета-блокаторами, необходимо следить за тем, чтобы пульс не стал очень редким.

Препараты данной группы нужно с большой осторожностью принимать больным бронхиальной астмой, при атеросклерозе артерий нижних конечностей, тяжелом течении сердечной недостаточности или сахарного диабета. У некоторых больных было отмечено снижение полового влечения.

К бета-блокаторам относятся пропранолол (анаприлин, индерал, обзидан), метопролол (корвитол, беталок, спесикор, эгилок), атенолол (тенормин, теноблок, блокотенол) и др.

По ценам препараты этой группы можно разделить: на дешевые — анаприлин; более дорогие — метопролол**,** атенолол, конкор, небилет.

**Внимание!** При длительном лечении бета-блокаторами нельзя резко прекращать их прием, так как это может вызвать учащение приступов стенокардии и повышение артериального давления.

**Альфа-блокаторы**

Также, как и бета-блокаторы, данные препараты воздействуют на нервную систему, однако этот эффект реализуется через другие рецепторы. Альфа-рецепторы отвечают в основном за сокращение артериол, следовательно, действие препаратов направлено на расслабление артериол и снижение давления.

Одним из основных побочных действий альфа-блокаторов является ортостатическая гипотония — резкое снижение давления после принятия вертикального положения. Данные препараты вследствие не очень высокой эффективности обычно назначаются в комбинированной терапии. В основном рекомендованы при гипертрофии предстательной железы (аденоме). К препаратам этой группы относятся празозин, доксазозин (кардура®).

Из препаратов, сочетающих бета - и альфа-блокирующее действие, можно порекомендовать карведилол (дилатренд).

**Антагонисты кальция**

Антагонисты кальция — верапамил (финоптин, изоптин), дилтиазем (кардил, дилзем), нифедипин (коринфар, кордафен, фенигидин, адалат и др.) — большая группа лекарственных средств, основное действие которых заключается в защите сердца и сосудов от чрезмерного поступления кальция в клетку, которое наблюдается при недостатке кислорода.

Все препараты этой группы увеличивают кровоток в артериях, питающих сердце, предупреждают и снимают сосудистый спазм, снижают артериальное давление. Некоторые препараты обладают антиаритмическим действием.

Для плановой терапии есть формы того же коринфара длительного действия, помеченные словом «ретард». Это средство подешевле, чем норваск (амлодипин), исрадипин (ломир), фелодипин (плендил). Последние из перечисленных препаратов эффективны при вазоспастической стенокардии или при сочетании гипертонической болезни и стенокардии.

Помните, что при передозировке или повышенной чувствительности к препаратам этой группы развивается головная боль, покраснение лица, учащается пульс.

**Ингибиторы АПФ**

Впоследнее время все большее значение придают ингибиторам АПФ, так как препараты этой группы не только способствуют нормализации артериального давления, но и улучшают качество жизни, а также устраняют патологические изменения, развивающиеся в сердце, сосудах и почках под влиянием гипертонической болезни или сердечной недостаточности. Препаратов в этой группе довольно много, и у каждого есть свои особенности. Перечислим названия наиболее часто назначаемых (в очередной раз напомним, что лечить должен врач, а побочные эффекты есть у любого препарата): капотен, каптоприл, ренитек, энап, эднит, моноприл, престариум, аккупро, диротон, тритаце и др. Эти препараты не так дороги, э эффективны даже в маленьких дозах.

Побочных эффектов у препаратов данной группы немного, но иногда может развиться сухой кашель, что требует отмены препарата. В таком случае назначают близкие по механизму действия препараты, так называемые сартаны, или блокаторы рецепторов ангиотензина II**.**

**Блокаторы рецепторов ангиотензина II**

Лекарства, блокирующие рецепторы (места взаимодействия с клеткой) ангиотензина II, препятствуют сужению сосудов и облегчают выведение избытка соли и воды из организма. В результате артериальное давление снижается. К препаратам этой группы относятся: козаар (лозартан), диован (валсартан), теветен®, прайтор и т.д. Надо оговориться, что препараты группы сартанов, к сожалению, дешевыми не назовешь.

В то же время, эта группа препаратов отличается прекрасной переносимостью и практически не имеет побочных эффектов. В 2000 году компания «Солвей Фарма» (Solvay Pharma) представила на российском рынке новый эффективный и безопасный препарат из группы блокаторов рецепторов ангиотензина II — теветен®, обладающий двойным механизмом действия. Уникальность препарата заключается в том, что он не только блокирует сосудосуживающие эффекты ангиотензина, но и устраняет сосудосуживающее влияние со стороны симпатической нервной системы.

**Препараты центрального действия (агонисты имидазолиновых рецепторов)**

Агонисты имидазолиновых рецепторов связываются со специальными участками в нервных клетках (рецепторами) и регулируют активность симпатической нервной системы, снижая количество сосудосуживающих сигналов. В результате устраняется спазм сосудов. Артериальное давление снижается. Препараты этой группы применяются для лечения мягких и умеренных форм гипертонии; часто назначаются в комбинированной терапии и обладают хорошей переносимостью. Препараты моксонидин (физиотенз) и рилменидин (альбарел) хорошо снижают артериальное давление и комбинируются со многими препаратами, особенно у больных с сахарным диабетом.

**Медикаментозное лечение ИБС**.

Лечение ИБС преследует две основные цели. Первая – улучшить прогноз и предупредить возникновение ИМ или ВС и, соответственно, увеличить продолжительность жизни. Вторая – уменьшить частоту и снизить интенсивность приступов стенокардии, что позволит улучшить качество жизни.

Основные группы лекарственных препаратов, применяемые при лечении ИБС

**Антиагрегантные препараты:** Аспирин**,** Аспирин кардио**,** Тромбо АСС,Кардиомагнил**,** Плавикс.Дозировка**: 75 – 150 мг/сутки.**

Противопоказания: язвенная болезнь желудка, болезни системы крови, гиперчувствительность.

Побочные действия (ульцерогенное, геморрагическое) выражены меньше у лиц, получающих антитромбоцитарные препараты в малых дозах.

**Статины**

Для замедления процесса атеросклероза на любом этапе, а также организации уже сформировавшейся бляшки в более компактную форму, целесообразно принимать препараты группы статинов.

В настоящее время имеется большой выбор эффективных препаратов, улучшающих содержание холестерина и его фракций в крови: статины (симвастатин, правастатин, ловастатин), никотиновая кислота (эндурацин), анионобменные смолы (колестипол, гуарем), фибраты (гемфиброзил, ципрофибрат). Для нормализации липидного обмена используют также гепарины (сулодексид), пищевые добавки на основе жиров морских рыб (эйканол), эссенциальные фосфолипиды (липостабил, эссенциале).

Наиболее изученным на сегодняшний день статином является симвастатин (в аптеках продается под названиями: зокор, симвор, вазилип, симгал, симло и т.д.). Стартовая доза — 10 мг один раз в сутки перед сном. Далее доза подбирается под контролем уровня холестерина ЛПНП. Если у вас были приступы стенокардии, то интенсивность боли на фоне статинов должна уменьшиться. Иных ощущений при приеме симвастатина, как правило, не встречается. Симвастатин доказано снижает смертность и развитие инфаркта миокарда и инсульта у принимающих его пациентов.

Противопоказания для назначения статинов:

активность гепатита, беременность и индивидуальная непереносимость.

Побочные действия – повышение активности печеночных трансаминаз, миопатии, рабдомиолиз.

**Фибраты (производные фиброевой кислоты)**

Фибраты (ципрофибрат, гемфиброзил) преимущественно снижают уровень триглицеридов и повышают содержание холестерина высокой плотности, который препятствует развитию атеросклероза. Особый интерес к этой группе липотропных средств объясняется тем, что при высоком уровне триглицеридов и низком содержании холестерина высокой плотности резко нарастает риск тяжелого поражения сосудов сердца.

Новый представитель препаратов этого класса — ципрофибрат (липанор) отличается высокой терапевтической активностью и хорошей переносимостью. Липанор относится к лекарственным средствам длительного действия, что позволяет принимать его один раз в сутки.

Противопоказаниями служат желчекаменная болезнь, гепатит и беременность.

Побочные действия: диспептические расстройства, рост активности печеночных трансаминаз, возникновение миопатии.

Анионообменные смолы (колестипол, холестирамин, гуарем) препятствуют прогрессированию атеросклероза и развитию сердечно-сосудистых осложнений.

Гуарем (хьюаровая смола) — препарат растительного происхождения, который снижает не только уровень холестерина, но и сахара в крови, а также аппетит. Поэтому гуарем особенно показан для лечения атеросклероза у больных с сахарным диабетом или избыточной массой тела. Так как, препарат не всасывается в кишечнике, то к его назначению практически нет противопоказаний, а прием гуарема не вызывает побочных эффектов. Иногда в начале лечения отмечаются метеоризм и расстройство стула, которые обычно проходят при продолжении приема лекарства.

**β − адреноблокаторы**

Наиболее часто назначаемые представители данной группы: Беталок-ЗОК,Эгилок, Атенолол, Конкор,Небилет, Карведилол,

Абсолютное противопоказание к назначению β-адреноблокаторов является бронхиальная астма.

Относительное противопоказание: ХОБЛ.

Побочные эффекты: синусовая брадикардия, различные блокады сердца, артериальная гипотония, слабость, нарушение сна, кошмарные сновидения.

**Антагонисты кальция.**

Наиболее часто назначаемые представители данной группы: Норваск, Нормодипин (5-10мг/сут), Верапамил, Финоптин.

Противопоказания для недигидропиридиновых А Са2+: при синдроме слабости синусового узла, нарушенной атрио – вентрикулярной проводимости, выраженной брадикардии.

**Нитраты и нитратоподобные.**

Наиболее часто назначаемые представители данной группы: Кардикет 20, Нитросорбид, Мононит, Моночинкве, Корватон, Сиднофарм.

Недостатки нитратов: головные боли; развитие толерантности к ним при длительном приеме; возможность возникновения синдрома рикошета при резком прекращении поступления препарата в организм.

**Фитотерапия при артериальной гипертензии и ишемической болезни сердца.**

Как уже неоднократно говорилось, лечение данных нозологий является комплексным. И одним из составляющих этой терапии, конечно, является фитотерапия.

При лечении данных заболеваний ряд авторов рекомендуют включать в состав фитосборов следующие растения: с седативными свойствами, блокирующие стрессовые состояния и нормализующие сон; со спазмолитическими свойствами, нормализующие кровообращение; с мочегонным эффектом, выводящие из организма излишки натрия и воды; с кардиотоническим действием, улучшающие и нормализующие свойства сердечной мышцы и сосудистой стенки артерий.

Приведём несколько наиболее часто используемых фитосборов:

*Сборы с кардиотоническим действием*.

Трава астрагала – 2 части, плоды боярышника – 3 части, трава донника – 1 часть, цветки калины – 2 части, трава мяты перечной – 2 части, трава крапивы, корневище солодки, семена льна, цветки ромашки – по 1 части.

8г. сбора залить 300мл холодной воды, настаивать при комнатной температуре 3часа, довести до кипения, кипятить 3мин., настаивать в тепле 30мин. Принять всё в течение дня в тёплом виде порциями по 30-40мл.

Трава астрагала, побеги багульника, трава барвинка, трава донника, листья кипрея, трава мелисы, побеги омелы белой, трава пустырника, трава сушеницы болотной, трава хвоща полевого, корневище шлемника – все в равных пропорциях.

10г. сбора, измельчённого в порошок, залить 300мл кипятка, нагреть (до кипения) 20мин., настаивать в тепле 3часа. Принимать в тёплом виде по ¼ стакана 3–4 раза в день за 30мин. до еды.

*Сборы с седативным действием*.

Корневища валерианы, трава мяты перечной, трава пустырника, трава хвоща полевого, цветки ромашки – все в равных пропорциях.

6г. сбора, измельчённого в порошок, залить 300мл холодной воды,

настаивать при комнатной температуре 2часа, в закрытой посуде довести до кипения (не кипятить), настаивать 2часа. Принимать в тёплом виде по ¼ стакана 3 раза в день после еды.

Корневища валерианы, трава мяты перечной, листья барвинка малого, цветки клевера лугового, цветки калины, корневище солодки, трава зверобоя, цветки календулы – все в равных пропорциях.

8г. сбора, измельчённого в порошок, залить 350мл холодной воды, настаивать при комнатной температуре 2часа, довести до кипения (не кипятить), настаивать в тепле (термосе) 2часа, процедить. Принимать в тёплом виде по ¼ стакана 3 – 4 раза в день после еды.

Трава пустырника, трава душицы, трава шиповника, корневище дягиля – в равных пропорциях.

6г. сбора залить 250мл кипятка, нагревать на водяной бане 10мин., настаивать в тепле 2часа, процедить. Принимать по ¼ стакана 3 – 4 раза в день в тёплом виде.

*Сборы с мочегонным действием*.

Листья берёзы, трава тысячелистника, семена льна, - по одной части, земляника лесная, корень петрушки, листья брусники – по две части, побеги почечного чая, плоды шиповника, трава лабазника – по три части.

10г. сбора залить 250мл кипятка, нагревать на водяной бане 10мин., настаивать в тепле 2часа. Принимать в тёплом виде по ¼ стакана 4 раза в день после еды.

Трава горца птичьего (спорыша), плоды можжевельника, корневище солодки, листья толокнянки, трава тысячелистника, листья шалфея, трава яснотки, солома овса – в равных пропорциях.

8г. сбора залить 250мл холодной воды, настаивать 4часа, довести до кипения, нагревать на водяной бане 10мин., настаивать в тепле 1час. Принимать в тёплом виде по ½ стакана 4 раза в день через 20мин. после еды.

Сердечный коктейль, состоящий из шиповника – 100мл, пустырника – 25мл, корня валерианы – 25мл, боярышника – 15мл, мяты перечной – 10мл и дистиллированной воды 1000мл.

Настойка шлемника байкальского – 20-30капель 2-3 раза в день.

Сбор Д. Йорданова: цветы боярышника, хвощ полевой, омела белая (трава), барвинок малый (листья) – по 1части; тысячелистник – 2части. Стакан настоя выпивать в течение дня глотками.

После того, как нормализовалось АД, не следует торопиться заканчивать курс лечения. С профилактической целью, даже при отличном самочувствии, необходимо, принимать травы дважды в год, по 2месяца.

Весной и осенью, в течение 2-3 недель полезно принимать горечи, как желчегонные средства, для улучшения выведения холестерина.

При использовании фитопрепаратов исключается резкое падение АД, что часто встречается при использовании синтетических гипотензивных препаратов. Не наблюдается и других побочных явлений, особенно с работой печени почек.

**Тесты:**

Выберите один правильный ответ:

1. УСИЛЕНИЕ II ТОНА НА ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ МОЖЕТ

НАБЛЮДАТЬСЯ

1) у подростков при отсутствии патологии

2) при легочной гипертензии

3) при митральной стенозе

4) при ТЭЛА

5) все ответы правильные

2. С КАКОГО ПРЕПАРАТА СЛЕДУЕТ НАЧАТЬ ЛЕЧЕНИЕ

ПАЦИЕНТА 42 ЛЕТ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ I

СТЕПЕНИ И ОЖИРЕНИЕМ III СТЕПЕНИ

1) с индапамида

2) с празозина

3) с атенолола

4) с изоптина

5) с доксазозина

3. ПРИ ЛЕЧЕНИИ СТАБИЛЬНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИИ НЕ

НАЗНАЧАЮТ

1) β – блокаторы

2) инъекции дибазола

3) антагонисты кальция

4) ингибиторы АПФ

5) блокаторы рецепторов ангиотензина II

4. В ПИТАНИИ БОЛЬНОГО ГБ СЛЕДУЕТ ОГРАНИЧИТЬ

УПОТРЕБЛЕНИЕ

1) воды

2) поваренной соли

3) углеводов

4) растительных жиров

5) всего перечисленного

5. С КАКИХ ОБСЛЕДОВАНИЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧАТЬ

ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА 40 ЛЕТ С АГ I СТЕПЕНИ

1) урография

2) анализ мочи по Зимницкому

3) сцинтиграфия почек

4) УЗИ почек и сердца

5) ангиография почек46

6. С ЧЕГО ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧАТЬ ТЕРАПИЮ ПАЦИЕНТУ 55

ЛЕТ, СТРАДАЮЩЕМУ ИБС (СТЕНОКАРДИЯ II ФК) И АГ II

СТЕПЕНИ

1) с тиазидных мочегонных

2) с ингибиторов АПФ

3) с комбинированных препаратов типа капозида

4) с β – блокаторов

5) с клофелина

7. РАЦИОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИЕЙ ВЫСОКОЙ ВАЗОРЕНАЛЬНОЙ

ГИПЕРТЕНЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) бессолевая диета

2) ингибиторы АПФ

3) β – блокаторы

4) хирургическое лечение

5) тахикардия

8. ДОСТОВЕРНЫМ КРИТЕРИЕМ ИШЕМИИ МИОКАРДА ПРИ

ВЕЛОЭРГОМЕТРИИ ЯВЛЯЕТСЯ

1) уменьшение вольтажа всех зубцов

2) подъем сегмента ST менее 1 мм

3) депрессия ST более чем на 2 мм

4) появление отрицательных зубцов Т

5) тахикардия

Ответы на тесты:

1. 5

2. 1

3. 2

4. 2

5. 4

6. 4

7. 4

8. 3

**ЗАДАЧИ**

**Тема: Гипертоническая болезнь**

**Задача 1**

Пациентка С., 25 лет, обратилась в женскую консультацию по поводу беременности 10 недель. Направлена акушер-гинекологом к участковому терапевту в связи с повышением артериального давления до 180/100 мм рт. ст. Установлено, что мать пациентки состоит на учете с диагнозом "гипертоническая болезнь". Сама С. отмечает частые головные боли, усиливающиеся при ухудшении погоды, при утомлении. АД не измерялось в течение многих лет, не обследовалась, не лечилась. При обследовании выявлены гипертрофия левого желудочка, гипертоническая ангиопатия сосудов сетчатки.

1. Поставьте развернутый клинико-функциональный диагноз.

2. Определите тактику ведения больного:

а) амбулаторное лечение в течение 2-3 недель;

б) плановая госпитализация в терапевтическое отделение;

в) плановая госпитализация в отделение патологии беременных;

г) экстренная госпитализация в терапевтическое отделение;

д) экстренная госпитализация в отделение патологии беременных.

3. Проведите врачебно-трудовую экспертизу.

4. Назначьте реабилитационные мероприятия:

а) немедикаментозное лечение;

б) назначение мочегонных;

в) применение β-адреноблокаторов;

г) применение ингибиторов АПФ.

5. Определите группу диспансерного наблюдения.

**Задача 2**

Пациент К., 35 лет, впервые обратился к участковому врачу с просьбой оформить направление на санаторно-курортное лечение. Отмечает, что иногда беспокоят головные боли в затылочной области. Других жалоб нет, спокоен, чувствует себя вполне здоровым. При обследовании было обнаружено повышение АД до 165/90 мм рт. ст., ЧСС 86 в мин. Больной вспомнил, что ранее, при медосмотрах в ВУЗе, иногда отмечали повышенное АД. При изучении наследственности выявлена ГБ у матери, инсульт у деда по материнской линии в 52хлетнем возрасте, от которого тот скончался. При комплексном обследовании не выявлено патологии со стороны внутренних органов.

1. Поставьте развернутый клинико-функциональный диагноз.

2. Определите тактику ведения больного:

а) амбулаторное лечение в течение 7-10 дней;

б) плановая госпитализация;

в) экстренная госпитализация;

г) в лечении не нуждается.

3. Проведите врачебно-трудовую экспертизу.

4. Назначьте реабилитационные мероприятия:

а) постоянная медикаментозная терапия ингибиторами АПФ;

б) постоянная медикаментозная терапия β-блокаторами;

в) постоянная медикаментозная терапия диуретиками;

г) медикаменты показаны для лечения кризов, предпочтительны

мочегонные;

д) медикаменты показаны для лечения кризов, предпочтительны

β-блокаторы;

е) медикаменты показаны для лечения кризов, предпочтительны

антагонисты кальция.

5. Определите группу диспансерного наблюдения.

**Задача 3**

Больной Д., 56 лет, работает дворником, в течение 20 лет страдает гипертонической болезнью. Год назад перенес трансмуральный инфаркт миокарда. В настоящее время беспокоят боли в области сердца, связанные с физической нагрузкой, кратковременные, по 2-3 раза в день, купирующиеся приемом нитроглицерина; головные боли. Отмечает ухудшение состояния около 2 дней. При обследовании выявлена гипертрофия левого желудочка, АД 180/105 мм рт. ст., ЧСС 64 удара в мин., отеки на ногах к вечеру и на лице по утрам, гипертоническая ангиопатия сетчатки, протеинурия, никтурия, гипоизостенурия. На ЭКГ признаки трансмурального инфаркта миокарда передне-перегородочной области левого желудочка в стадии рубцовых изменений без отрицательной динамики.

1. Поставьте развернутый клинико-функциональный диагноз

2. Определите тактику ведения больного:

а) амбулаторное лечение;

б) лечение в реабилитационном отделении местного кардиологического

санатория;

в) плановая госпитализация;

г) экстренная госпитализация.

3. Проведите врачебно-трудовую экспертизу.

4. Назначьте реабилитационные мероприятия:

а) коронароактивные средства, антиагреганты, ЛФК, диетотерапия,

психотерапия;

б) коронароактивные средства, антиагреганты, ЛФК, диетотерапия,

психотерапия, β-блокаторы;

в) коронароактивные средства, антиагреганты, ЛФК, диетотерапия,

психотерапия, мочегонные;

г) коронароактивные средства, антиагреганты, ЛФК, диетотерапия,

психотерапия, ингибиторы АПФ.

5. Определите группу диспансерного наблюдения.

**Задача 4**

Больной Т., 64 года, библиотекарь. С молодого возраста страдает артериальной гипертензией, состоит на диспансерном учете у участкового врача. В последнее время стал отмечать постоянные головные боли, головокружение, боли в спине, плечах, шее, усиливающиеся при движении туловища, поворотах головы, небольшое, но стойкое повышение АД в пределах 185/100 мм рт. ст.

1. Поставьте развернутый клинико-функциональный диагноз.

2. Определите тактику ведения больного:

а) амбулаторное лечение в течение 2-3 недель;

б) плановая госпитализация в терапевтическое отделение;

в) плановая госпитализация в неврологическое отделение;

г) экстренная госпитализация.

3. Проведите врачебно-трудовую экспертизу.

4. Назначьте реабилитационные мероприятия:

а) антигипертензивная терапия, НПВС;

б) антигипертензивная терапия, НПВС, амбулаторная физиотерапия;

в) антигипертензивная терапия, НПВС, электролечение;

г) антигипертензивная терапия, НПВС, ноотропы.

5. Определите группу диспансерного наблюдения.

**Задача 5**

Пациент Р., шеф-повар ресторана. В течение 25 лет отмечает повышение АД. В настоящее время беспокоят одышка, отеки на ногах к вечеру, частые головные боли, длительные ноющие боли в области сердца, постепенное ухудшение состояния около недели. При объективном исследовании – пациент повышенного питания (рост 162 см, масса тела 98 кг), пастозность голеней и стоп, АД 196/104 мм рт. ст., ЧСС 88 ударов в минуту, гипертрофия левого желудочка.

1. Поставьте развернутый клинико-функциональный диагноз.

2. Определите тактику ведения больного:

а) амбулаторное лечение в течение 2-3 недель;

б) плановая госпитализация;

в) экстренная госпитализация.

3. Проведите врачебно-трудовую экспертизу.

4. Назначьте реабилитационные мероприятия:

а) антигипертензивные средства - мочегонные, ЛФК, диетотерапия,

психотерапия;

б) антигипертензивные средства - β-блокаторы, ЛФК, диетотерапия,

психотерапия

в) антигипертензивные средства – ингибиторы АПФ, ЛФК,

диетотерапия, психотерапия;

г) антигипертензивные средства – ингибиторы АПФ + мочегонные,

ЛФК, диетотерапия, психотерапия, анорексигены;

д) антигипертензивные средства – ингибиторы АПФ + β-блокаторы,

ЛФК, диетотерапия, психотерапия, анорексигены.

5. Определите группу диспансерного наблюдения.

**Задача 6**

Больной М., 59 лет. В течение 18 лет отмечает повышение АД. Много раз лечился в стационаре, постоянно получает амбулаторное лечение. Несмотря на это, в прошлом году перенес геморрагический инсульт. В настоящее время скачкообразно повышается АД до 250/130 мм рт. ст. на фоне постоянного АД на уровне 200/130 мм рт. ст, ЧСС 65 ударов в мин, частые головные боли, головокружение, физическая несостоятельность правой половины тела (гемипарез), гипертоническая ангиопатия сетчатки, гипертрофия левого желудочка.

1. Поставьте развернутый клинико-функциональный диагноз.

2. Определите тактику ведения больного:

а) амбулаторное лечение;

б) плановая госпитализация в терапевтическое отделение;

в) плановая госпитализация в неврологическое отделение;

г) экстренная госпитализация.

3. Проведите врачебно-трудовую экспертизу.

4. Назначьте реабилитационные мероприятия:

а) антигипертензивные препараты, антиагреганты, ЛФК, диетотерапия,

психотерапия;

б) антигипертензивные препараты, антиагреганты, препараты,

улучшающие мозговую гемодинамику, ЛФК, диетотерапия,

психотерапия;

в) антигипертензивные препараты, антиагреганты, препараты,

улучшающие мозговую гемодинамику, ЛФК, диетотерапия,

психотерапия, санаторно-курортное лечение.

5. Определите группу диспансерного наблюдения.

**Задача 7**

У больного Н., 36 лет, во время лечения в дневном стационаре поликлиники по поводу гипертонического криза (в анамнезе ГБ около 7 лет) неожиданно появились боли в области желудка, связанные с приемом пищи (через 30-40 мин после еды). Боли интенсивные, рвота облегчает состояние. Больной отличается психоэмоциональной лабильностью. АД 190/88 мм рт. ст, ЧСС 86 ударов в мин, на ЭКГ – признаки гипертрофии левого желудочка. При проведении ФГДС выявлен язвенный дефект слизистой оболочки желудка, на дне язвы затромбировавшиеся сосуды.

1. Поставьте развернутый клинико-функциональный диагноз.

2. Определите тактику ведения больного:

а) амбулаторное лечение в течение 2-3 недель;

б) плановая госпитализация;

в) экстренная госпитализация.

3. Проведите врачебно-трудовую экспертизу:

4. Назначьте реабилитационные мероприятия:

а) антигипертензивные средства - мочегонные, ЛФК, диетотерапия,

психотерапия;

б) антигипертензивные средства – β-блокаторы, ЛФК, диетотерапия,

психотерапия;

в) антигипертензивные средства – ингибиторы АПФ, ЛФК,

диетотерапия, психотерапия;

г) антигипертензивные средства – антагонисты кальциевых каналов,

ЛФК, диетотерапия, психотерапия;

д) антигипертензивные средства – препараты раувольфии, ЛФК,

диетотерапия, психотерапия.

5. Определите группу диспансерного наблюдения.

**Задача 8**

Больная Ч., 48 лет, жалуется на частые "приливы", повышенную потливость, неустойчивый уровень АД, возникшие год назад. В анамнезе гипертоническая болезнь, которая была выявлена во время беременности. Беременность протекала тяжело, на фоне повышения АД, постоянной протеинурии и наличии отечного синдрома. При осмотре – признаки гиперсимпатикотонии, АД 176/86 мм рт. ст, ЧСС 95 ударов в мин, гипертрофия левого желудочка.

1. Поставьте развернутый клинико-функциональный диагноз.

2. Определите тактику ведения больного:

а) амбулаторное лечение в течение 2-3 недель;

б) плановая госпитализация;

в) экстренная госпитализация.

3. Проведите врачебно-трудовую экспертизу.

4. Назначьте реабилитационные мероприятия:

а) антигипертензивные средства - мочегонные, ЛФК, диетотерапия,

психотерапия;

б) антигипертензивные средства – β-блокаторы, ЛФК, диетотерапия,

психотерапия;

в) антигипертензивные средства – ингибиторы АПФ, ЛФК,

диетотерапия, психотерапия;

г) антигипертензивные средства – антагонисты кальциевых каналов,

ЛФК, диетотерапия, психотерапия;

д) антигипертензивные средства – препараты раувольфии, ЛФК,

диетотерапия, психотерапия.

5. Определите группу диспансерного наблюдения:

**Задача 9**

Пациент Г., 39 лет, учитель, обратилась к терапевту с жалобами на общую слабость, снижение работоспособности, невозможность сосредоточиться на работе, бессонницу, продолжительные головные боли (преимущественно в затылочной области), тяжесть в голове, шум в ушах, сердцебиение. Мать больной состоит на «Д» учете по поводу перенесенного инфаркта миокарда, отец умер вследствие ОНМК.

Объективно: состояние средней тяжести, гиперстенического телосложения, повышенного питания. Кожные покровы гиперемированы, инъекция сосудов склер. При перкуссии: усиленный приподнимающий верхушечный толчок. Смещение сердечной тупости влево; аускультативно: акцент II тона над аортой. Пульс 88 в минуту твердый, напряженный. АД 180/100 мм.рт.ст.

ЭКГ: левый тип, смещение сегмента S-Т, сглаженный Т в

I-II, V5-V6.

R- графия ОГК – аортальная конфигурация сердца, аорта удлинена, уплотнена, расширена

Глазное дно – ангиопатия сосудов сетчатки

Эхо КГ – гиперкинетический тип гемодинамики, увеличение скорости сокращения ЛЖ, увеличение ударного объема и фракции выброса, высокая сократимость миокарда, нормальные размеры полостей сердца.

1.Ваш диагноз.

2.ЭВН, показания для стационарного лечения.

3.Ваша тактика по дообследованию и лечению больного.

4.Рекомендации по образу жизни больной и мероприятий вторичной профилактики.

**Задача 10**

Больной М., 44 года, по специальности водитель «дальнобойщик», обратился в поликлинику к ЛОР-врачу по поводу возникшего накануне обычного носового кровотечения, которое удалось остановить дома самостоятельно. При риноскопии ЛОР - врач патологии не выявил. При тонометрии АД 140/95 мм рт. ст., результаты параклинического обследования: ОАК и ОАМ без особенностей, биохимия крови повышение показателей холестерина, β-липопротеидов низкой плотности, триглицеридов. ЭКГ – ритм синусовый, ЧСС 85 в минуту, признаки систолической нагрузки левых отделов сердца.

1. Поставить развернутый клинико-функциональный диагноз.

2. Назначить план обследования в поликлинике.

3. Определить тактику ведения больного (в амбулаторных условиях, показания к госпитализации, оказание помощи при экстренных ситуациях на догоспитальном этапе).

4. Провести врачебно-трудовую экспертизу с определением средних сроков временной нетрудоспособности.

5. Назначить лечение, выписать рецепты.

**Тема: Гипертоническая болезнь**

**Ответ 1**

1. Гипертоническая болезнь I , степень II, средний риск.
2. а).
3. Больному противопоказан труд в ночное время. Временная нетрудоспособность 3-7 дней до нормализации АД.
4. ОАК, ОАМ, биохимия крови (холестерин, β-липопротеиды, триглицериды, сахар, креатинин), коагулограмма, ЭКГ, осмотр глазного дна, рентгенография органов грудной клетки. Можно больному назначить β –АБ (селективные) в терапевтических дозах. Коррекция факторов риска.
5. Диспансерное наблюдение по III группе.

**Ответ 2**

1. Гипертоническая болезнь I стадия, степень II, средний риск.
2. а).
3. Больной трудоспособен.
4. ОАК, ОАМ, биохимия крови (холестерин, β-липопротеиды, триглицериды, глюкоза, креатинин, мочевина), коагулограмма, ЭКГ, осмотр глазного дна, рентгенография органов грудной клетки. Можно больному назначить β–АБ (селективные) в терапевтических дозах. Коррекция факторов риска. Немедикаментозные методы – психотерапия, адекватная физическая нагрузка, рациональное трудоустройство, правильное питание богатое витаминами, микроэлементами при сниженном содержании жиров животного происхождения, фитотерапия, санаторно-курортное лечение.
5. Наблюдение у участкового терапевта по III диспансерной группе.

**Ответ 3**

1. Гипертоническая болезнь III степень очень высокий риск.
2. г).
3. Больному противопоказан тяжелый физический труд, на открытом воздухе, перепады температур. Вероятнее всего пациент нетрудоспособен, нуждается в направлении на МСЭК.
4. в).
5. Диспансерное наблюдение по III группе.

**Ответ 4**

1. Гипертоническая болезнь II стадия, степень III, средний риск.
2. а).
3. Больной нетрудоспособен в течение 7-10 дней и требуется уточнение диагноза.
4. вероятнее всего г).
5. Диспансерное наблюдение по III группе.

**Ответ 5**

1. Гипертоническая болезнь II стадия, степень III, высокий риск. СН II.
2. б).
3. Больной нетрудоспособен в течение 2-3 недель.
4. г).
5. Диспансерное наблюдение по III группе.

**Ответ 6**

1. Гипертоническая болезнь III стадия, III степени очень высокий риск. Осл.: Последствия ОНМК по геморрагическому типу с правосторонним гемипарезом. Гипертоническая энцефалопатия.
2. г)
3. Больной нетрудоспособен, нуждается в направлении на МСЭК.
4. б).
5. III группа диспансерного наблюдения.

**Ответ 7**

1. Гипертоническая болезнь II степень высокий риск. Осл.: Язвенная болезнь желудка (стрессовая) впервые выявленная.
2. в).
3. Больному противопоказаны виды трудовой деятельности, связанные с командировками, двух- трех- сменным характером работы, ненормированным рабочим днем, резкими колебаниями температурного режима, в горячих и душных цехах; контакт с токсическими веществами, вибрацией.
4. в).
5. Диспансерная группа III.

**Ответ 8**

1. Гипертоническая болезнь II степень высокий риск.
2. а).
3. ВТЭ: больной противопоказаны виды трудовой деятельности, связанные с командировками, ненормированным рабочим днем, подъемом тяжестей, ночными сменами, резкими колебаниями температуры воздуха, вибрация, контакт с токсическими веществами.
4. б)
5. Диспансерное наблюдение по III группе.

**Ответ 9**

1. Гипертоническая болезнь II степени очень высокий риск.
2. Временная нетрудоспособность 7-9 дней, больная нуждается в стационарном лечении, может обследоваться и лечиться амбулаторно.
3. ОАК, ОАМ, моча по Нечипоренко, биохимия крови )глюкоза, холестерин, триглицериды, β-липопротеиды, креатинин, мочевина, АЛТ, АСТ); ЭКГ, УЗИ почек; РЭГ сосудов головного мозга,повторный осмотр ЛОР-врача; консультация невролога.
4. Лечение: 1) Нивелирование факторов риска (ожирение, гипокинезия, психоэмоциональное перенапряжение); 2) психотерапия, аутотренинг; 3) ингибиторы АПФ; 4) ЛФК; 5) диетотерапия гипохолестериновая и снижение потребления поваренной соли до 5 – 6 граммов в сутки.
5. Нивелирование факторов риска, регулярный прием гипотензивных средств. Диспансерное наблюдение у участкового терапевта (кардиолога), немедикаментозные методы (фитотерапия, ИРТ, физиотерапия, ЛФК, ароматерапия, музыкотерапия и др., водные процедуры, электросон), гипохолестериновая диета, санаторно-курортное лечение в кардиологических здравницах типа «Зеленая роща».

**Ответ 10**

1. Гипертоническая болезнь, II степень, очень высокий риск.
2. ОАК, ОАМ, коагулограмма, биохимия крови (сахар, холестерин, β-липопротеиды, креатинин, мочевина, фибриноген), ЭКГ, офтальмоскопия, R-графия ОГК, ЭхоКГ, РЭГ сосудов головного мозга, консультация невролога, ЛОР (повторно).
3. Носовое кровотечение является неблагоприятным осложнением ГБ.После оказания неотложной помощи больному показана госпитализация в многопрофильный стационар для уточнения диагноза и дальнейшей тактики лечения больного с обязательным участием терапевта, ЛОР-врача, невролога.
4. Больному противопоказаны виды трудовой деятельности, связанные с командировками, двух- трех- сменным характером работы, ненормированным рабочим днем, резкими колебаниями температурного режима, в горячих и душных цехах; контакт с токсическими веществами, вибрацией. Временная нетрудоспособность в течение 7 – 9 дней.
5. Rp: Tab. Hypothiazidi 25 mg N20

D.S. по ½ таблетки 1 раз в день

Rp: Tab. Enap 10 mg N20

D.S. по 1 таб. 2 раза в день

Rp: Tab. Phenazepami 0,001 N20

D.S. по 1 таб на ночь

Rp: Tab. Ascorutini N50

D.S. по 1 таб. 3 раза в день.

Диета с ограничением поваренной соли, жиров животного происхождения, режим сна и отдыха, психотерапия, закаливание, ЛФК, водные процедуры, сан-кур лечение.

**Тема: Ишемическая болезнь сердца**

**Задача 1**

Больной К., 50 лет, дворник, обратился к врачу с жалобами на боли в области сердца, появившиеся после стрессовой ситуации. Боли носили сжимающий характер, иррадиировали в левую челюсть, продолжались 5 минут, после приема валидола не исчезли, купировались приемом нитроглицерина. На ЭКГ в состоянии покоя существенной динамики нет. После курса лечения боли исчезли.

1. Поставьте развернутый клинико-функциональный диагноз.

2. Определите тактику ведения больного:

а) амбулаторное лечение в течение 2-3 недель;

б) плановая госпитализация;

в) экстренная госпитализация.

3. Проведите врачебно-трудовую экспертизу:

а) временная нетрудоспособность в течение 7 дней, рациональное

трудоустройство;

б) временная нетрудоспособность в течение 2-3 недель, рациональное

трудоустройство;

в) признаки стойкой утраты трудоспособности.

4. Назначьте реабилитационные мероприятия:

а) коронароактивные средства, антиагреганты, ЛФК, диетотерапия,

психотерапия;

б) антиагреганты, ЛФК, диетотерапия, психотерапия.

5. Определите группу диспансерного наблюдения.

**Задача 2**

Больной С., 55 лет, обратился к участковому врачу с жалобами на учащение приступов стенокардии. В анамнезе стенокардия напряжения ФК- I. Приступы становятся более длительными, с трудом купируются нитратами. Работает слесарем на заводе, работа сменная.

1. Поставьте развернутый клинико-функциональный диагноз.

2. Определите тактику ведения больного:

а) амбулаторное лечение в течение 2-3 недель;

б) плановая госпитализация;

в) экстренная госпитализация.

3. Проведите врачебно-трудовую экспертизу:

а) временная нетрудоспособность в течение 7 дней, рациональное

трудоустройство;

б) временная нетрудоспособность в течение 2-3 недель, рациональное

трудоустройство;

в) признаки стойкой утраты трудоспособности.

4. Назначьте реабилитационные мероприятия:

а) коронароактивные средства, антиагреганты, ЛФК, диетотерапия,

психотерапия;

б) антиагреганты, ЛФК, диетотерапия, психотерапия;

в) ЛФК, диетотерапия, психотерапия.

5. Определите группу диспансерного наблюдения.

**Задача 3**

Больной Т., 47 лет, месяц назад перенес крупноочаговый инфаркт миокарда передне-перегородочной области левого желудочка, сохраняются боли при подъеме на 1 этаж, одышка, пастозность голеней. Выписан из стационара. Работал хирургом в стационаре.

1. Поставьте развернутый клинико-функциональный диагноз.

2. Определите тактику ведения больного:

а) амбулаторное лечение;

б) лечение в реабилитационном отделении местного кардиологического

санатория;

в) экстренная госпитализация.

3. Проведите врачебно-трудовую экспертизу:

а) временная нетрудоспособность в течение 7 дней, рациональное

трудоустройство;

б) временная нетрудоспособность в течение 2-3 недель, рациональное

трудоустройство;

в) временная нетрудоспособность в течение 2-3 месяцев;

г) признаки стойкой утраты трудоспособности.

4. Назначьте реабилитационные мероприятия:

а) коронароактивные средства, антиагреганты, ЛФК, диетотерапия,

психотерапия;

б) антиагреганты, ЛФК, диетотерапия, психотерапия;

в) ЛФК, диетотерапия, психотерапия.

5. Определите группу диспансерного наблюдения.

**Задача 4**

Больной Ч., 57 лет, судья, три года назад перенес крупноочаговый инфаркт миокарда. В настоящее время выявляется пастозность голеней. На ЭКГ – впервые мерцательная аритмия, ЧСС 100 ударов в мин. Накануне был выявлен сахарный диабет, средней тяжести, инсулиннезависимый.

1. Поставьте развернутый клинико-функциональный диагноз

2. Определите тактику ведения больного:

а) амбулаторное лечение в течение 2-3 недель;

б) плановая госпитализация;

в) экстренная госпитализация.

3. Проведите врачебно-трудовую экспертизу:

а) временная нетрудоспособность в течение 7 дней, рациональное

трудоустройство;

б) временная нетрудоспособность в течение 2-3 недель, рациональное

трудоустройство;

в) признаки стойкой утраты трудоспособности.

4. Назначьте реабилитационные мероприятия:

а) верапамил, антиагреганты, ЛФК, диетотерапия, психотерапия;

б) сердечные гликозиды, антиагреганты, ЛФК, диетотерапия,

психотерапия.

5. Определите группу диспансерного наблюдения.

**Задача 5**

Больной О., 56 лет, работает автослесарем, находился в стационаре по поводу инфаркта миокарда. В анамнезе гипертоническая болезнь II стадия. Через 4 месяца был госпитализирован с повторным инфарктом миокарда задней стенки левого желудочка. В настоящее время сохраняются боли при малейшей физической нагрузке. АД 140/105 мм рт. ст., ЧСС 110 ударов в мин, отеки на ногах, увеличение печени.

1. Поставьте развернутый клинико-функциональный диагноз.

2. Определите тактику ведения больного:

а) амбулаторное лечение в течение 2-3 недель;

б) плановая госпитализация;

в) экстренная госпитализация.

3. Проведите врачебно-трудовую экспертизу:

а) временная нетрудоспособность в течение 7 дней, рациональное

трудоустройство;

б) временная нетрудоспособность в течение 2-3 недель,

рациональное трудоустройство;

в) признаки стойкой утраты трудоспособности.

4. Назначьте реабилитационные мероприятия:

а) коронароактивные средства, антиагреганты, ЛФК, диетотерапия,

психотерапия;

б) антиагреганты, ЛФК, диетотерапия, психотерапия;

в) ЛФК, диетотерапия, психотерапия.

5. Определите группу диспансерного наблюдения.

**Задача 6**

Больной С., 59 лет, работает преподавателем колледжа, 2 года назад перенес повторный мелкоочаговый инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка. Страдает СН I, приступами предсердной пароксизмальной тахикардии.

1. Поставьте развернутый клинико-функциональный диагноз.

2. Определите тактику ведения больного:

а) амбулаторное лечение в течение 2-3 недель;

б) плановая госпитализация;

в) экстренная госпитализация.

3. Проведите врачебно-трудовую экспертизу:

а) временная нетрудоспособность в течение 7 дней, рациональное

трудоустройство;

б) временная нетрудоспособность в течение 2-3 недель,

рациональное трудоустройство;

в) признаки стойкой утраты трудоспособности.

4. Назначьте реабилитационные мероприятия:

а) коронароактивные средства, антиагреганты, ЛФК, диетотерапия,

психотерапия

б) антиагреганты, ЛФК, диетотерапия, психотерапия;

в) ЛФК, диетотерапия, психотерапия.

5. Определите группу диспансерного наблюдения.

**Задача 7**

Больной К., 44 года, обратился к участковому терапевту с жалобами на боли в области сердца, иррадиирующие в левую руку, лопатку. Боли возникают при физической нагрузке, ходьбе на расстояние более 500 метров, при подъеме более чем на 1 этаж. АД 140/95 мм рт. ст, ЧСС 84 ударов в минуту. В анамнезе ГБ-II.

1. Поставьте развернутый клинико-функциональный диагноз.

2. Определите тактику ведения больного.

3. Проведите врачебно-трудовую экспертизу:

а) временная нетрудоспособность в течение 1 месяца,

рациональное трудоустройство;

б) временная нетрудоспособность в течение 2 месяцев,

рациональное трудоустройство;

в) признаки стойкой утраты трудоспособности.

4. Назначьте реабилитационные мероприятия:

а) коронароактивные средства, антиагреганты, ЛФК, диетотерапия,

психотерапия

б) антиагреганты, ЛФК, диетотерапия, психотерапия;

в) ЛФК, диетотерапия, психотерапия.

5. Определите группу диспансерного наблюдения.

**Задача 8**

Больной З., 48 лет, работает машинистом электровоза, жалуется на боли в области сердца, которые возникают при физической нагрузке, иррадиируют в левую руку, длятся несколько минут. Подобные боли появились впервые 2 суток назад. Медикаменты не принимал.

1. Поставьте развернутый клинико-функциональный диагноз.

2. Определите тактику ведения больного:

а) амбулаторное лечение в течение 2-3 недель;

б) плановая госпитализация;

в) экстренная госпитализация.

3. Проведите врачебно-трудовую экспертизу:

а) временная нетрудоспособность в течение 7 дней, рациональное

трудоустройство;

б) временная нетрудоспособность в течение 2-3 недель,

рациональное трудоустройство;

в) признаки стойкой утраты трудоспособности.

4. Назначьте реабилитационные мероприятия:

а) коронароактивные средства, антиагреганты, ЛФК, диетотерапия,

психотерапия;

б) антиагреганты, ЛФК, диетотерапия, психотерапия.

5. Определите группу диспансерного наблюдения.

**Задача 9**

Больная И., 55 лет, работает бухгалтером, страдает ИБС, стенокардией напряжения ФК-II, НК-I, сахарным диабетом I типа с многочисленными осложнениями в течение многих лет. За последнюю неделю состояние несколько ухудшилось, участились приступы стенокардии, появилась одышка при физической нагрузке.

1. Поставьте развернутый клинико-функциональный диагноз.

2. Определите тактику ведения больного:

а) амбулаторное лечение в течение 2-3 недель;

б) плановая госпитализация;

в) экстренная госпитализация.

3. Проведите врачебно-трудовую экспертизу:

а) временная нетрудоспособность в течение 7 дней, рациональное

трудоустройство;

б) временная нетрудоспособность в течение 2-3 недель, рациональное

трудоустройство;

в) признаки стойкой утраты трудоспособности.

4. Назначьте реабилитационные мероприятия:

а) коронароактивные средства, антиагреганты, ЛФК, диетотерапия,

психотерапия;

б) антиагреганты, ЛФК, диетотерапия, психотерапия.

5. Определите группу диспансерного наблюдения.

**Задача 10**

Больная А., 49 лет, почтальон. Отец умер от инфаркта миокарда в возрасте 36 лет. Жалуется на ощущения перебоев в работе сердца. Биохимия крови – гиперхолестеринемия, увеличение ЛПВП. ЭКГ – желудочковая экстрасистолия.

1.Поставьте развернутый клинико-функциональный диагноз.

2.Определите тактику ведения больного:

а) амбулаторное лечение в течение 2-3 недель

б) плановая госпитализация

в) экстренная госпитализация

3.Проведите врачебно-трудовую экспертизу:

а) временная нетрудоспособность в течение 7 дней, рациональное

трудоустройство

б) временная нетрудоспособность в течение 2-3 недель,

рациональное трудоустройство

в) признаки стойкой утраты трудоспособности

4. Назначьте реабилитационные мероприятия:

а) коронароактивные средства, антиагреганты, ЛФК,

диетотерапия, психотерапия

б) антиаритмики, ЛФК, диетотерапия, психотерапия

5. Определите группу диспансерного наблюдения.

**Ишемическая болезнь сердца**

**Ответ 1**

1. ИБС. Впервые возникшая стенокардия, НК0.
2. Экстренная госпитализация в кардиологический диспансер.
3. Временно нетрудоспособен в течение 20 дней. Рациональное трудоустройство с ограничением физических и эмоциональных нагрузок, исключение «сосудистых ядов», ночных смен, сверхурочных работ.
4. Комплексное медикаментозное лечение коронароактивными препаратами и антиагрегантами в остром периоде. Антиатеросклеротическая диетотерапия, психотерапия, ЛФК, физиотерапия и санаторно-курортное лечение в зависимости от характера течения стенокардии в постстационарном периоде.
5. Динамическое наблюдение по III диспансерной группе.

**Ответ 2**

1. ИБС. Прогрессирующая стенокардия напряжения.
2. Экстренная госпитализация.
3. Временно нетрудоспособен в течение 2 – 3 недель. Рациональное трудоустройство с ограничением физических и эмоциональных нагрузок, исключение «сосудистых ядов», ночных смен, сверхурочных работ.
4. Комплексное медикаментозное лечение коронароактивными препаратами и антиагрегантами. Антиатеросклеротическая диетотерапия, психотерапия, ЛФК.
5. Динамическое наблюдение по III диспансерной группе.

**Ответ 3**

1. ИБС. Крупноочаговый инфаркт миокарда передне-перегородочной области левого желудочка, подострая стадия. ФК III, НКII.
2. Лечение в реабилитационном отделении местного кардиологического санатория.
3. Временная нетрудоспособность в течение 2-3 месяцев. Рациональное трудоустройство с ограничением физических и эмоциональных нагрузок, исключение «сосудистых ядов», ночных смен, сверхурочных работ.
4. Комплексное медикаментозное лечение коронароактивными препаратами и антиагрегантами. Антиатеросклеротическая диетотерапия, психотерапия, ЛФК.
5. Динамическое наблюдение по III диспансерной группе у кардиолога в течение 2 лет.

**Ответ 4**

1. ИБС. Постинфарктный кардиосклероз (1997). НКII. Мерцательная аритмия, тахисистолическая форма. Соп. Сахарный диабет, инсулинонезависимый, средней тяжести.
2. Экстренная госпитализация.
3. Временно нетрудоспособен в течение 2 – 3 недель. Рациональное трудоустройство с ограничением физических и эмоциональных нагрузок, сверхурочных работ, командировок. При неблагоприятном течении выявленных заболеваний необходимо больного направить на МСЭ.
4. а)
5. Динамическое наблюдение по III диспансерной группе.

**Ответ 5**

1. ИБС. Инфаркт миокард задней стенки левого желудочка, острая стадия, НКII. Постинфарктный кардиосклероз (дата). Соп. Гипертоническая болезнь III стадия, степень II, очень высокий риск.
2. Амбулаторное лечение.
3. Признаки стойкой утраты нетрудоспособности.
4. Комплексное медикаментозное лечение коронароактивными препаратами и антиагрегантами, антиатеросклеротическая диетотерапия, психотерапия, ЛФК, диуретики и лечение сопутствующей патологии.
5. Динамическое наблюдение по III диспансерной группе больных, перенесших инфаркт миокарда у кардиолога в течение двух лет.

**Ответ 6**

1. ИБС. Постинфарктный кардиосклероз (дата), СН I. Предсердная пароксизмальная тахикардия.
2. Амбулаторное лечение. Плановая госпитализация.
3. Временно нетрудоспособен в течение 7 дней. Рациональное трудоустройство с ограничением физических и эмоциональных нагрузок, сверхурочных работ, командировок.
4. Комплексное медикаментозное лечение антиаритмиками и антиагрегантами, антиатеросклеротическая диетотерапия, психотерапия, ЛФК.
5. Динамическое наблюдение по III диспансерной группе.

**Ответ 7**

1. ИБС. Стенокардия напряжения, ФК II. Гипертоническая болезнь II стадия, I степень.
2. Амбулаторное лечение.
3. Временная нетрудоспособность в течение 1 месяца, рациональное трудоустройство.
4. Комплексное медикаментозное лечение коронароактивными препаратами и антиагрегантами. Антиатеросклеротическая диетотерапия, психотерапия, ЛФК.
5. Динамическое наблюдение по III диспансерной группе.

**Ответ 8**

* 1. ИБС. Впервые возникшая стенокардия, НК0.
  2. Экстренная госпитализация в кардиологический диспансер.
  3. Временно нетрудоспособен в течение 20 дней. Рациональное трудоустройство с ограничением физических и эмоциональных нагрузок, исключение «сосудистых ядов», ночных смен, сверхурочных работ.
  4. Комплексное медикаментозное лечение коронароактивными препаратами и антиагрегантами в остром периоде. Антиатеросклеротическая диетотерапия, психотерапия, ЛФК, физиотерапия и санаторно-курортное лечение в зависимости от характера течения стенокардии в постстационарном периоде.
  5. Динамическое наблюдение по III диспансерной группе.

**Ответ 9**

1. ИБС. Стенокардия напряжения ФК-II, НК-I. Предынфарктное состояние. Соп. Сахарный диабет I типа.
2. Экстренная госпитализация.
3. Временная нетрудоспособность в течение 2-3 недель. Направление больной на МСЭ.
4. Комплексное медикаментозное лечение коронароактивными препаратами и антиагрегантами. Антиатеросклеротическая диетотерапия, психотерапия, ЛФК.
5. Динамическое наблюдение по III диспансерной группе.

**Ответ 10**

1. ИБС. Аритмия – желудочковая экстрасистолия.
2. Плановая госпитализация, амбулаторное лечение.
3. Временная нетрудоспособность 7-10 дней. Рациональное трудоустройство.
4. б).
5. Динамическое наблюдение по II диспансерной группе.

Приложение №1

Артериальное давление измеряется бескровным аускультативным методом с помощью прибора сфигмоманометра (иначе, тонометра).

Методика измерения артериального давления

1. Обстановка. Измерение должно проводится в тихой, спокойной и удобной обстановке в теплом помещении, то есть при комфортной температуре. Мышцы рук должны быть расслаблены. Одежда не должна сдавливать руку, на которой будет производиться измерение. Измерение, возможно лежа и стоя, но рука, на которой будет проводиться измерение, также должна быть на уровне сердца, то есть приблизительно на уровне четвертого межреберья. Очень важно научиться измерять давление дома, самому, в привычной обстановке, вдали от «белых халатов».
2. Подготовка к измерению. Измерение должно проводиться не «на бегу», не менее чем после 5 минутного отдыха.

В целом, нормальным артериальное давление считается от 100/60 до 130/85 мм рт.ст. При артериальном давлении 140/90 мм рт.ст. и выше – артериальная гипертония, ниже 100/60 мм рт.ст. – артериальная гипотония.

Артериальное давление необходимо измерять, как минимум дважды с интервалом 1-3 минуты и рассчитывать среднее значение из двух измерений.

На показатели артериального давления могут повлиять: сигарета, выкуренная менее чем за полчаса до измерения давления; кофе, чай и другие тонизирующие напитки; прием пищи (перед измерением давление не едят); эмоциональное напряжение.

Приложение№2

**Избыточная масса тела**

Индекс массы тела (ИМТ).

Этот показатель определяется по формуле отношения веса в килограммах к росту в метрах, возведенных в квадрат:



Желательный ИМТ от 18,5 до 24,9 кг/м2.

Если ИМТ больше 25 кг/м2 – это избыточный вес, если ИМТ больше 30, то это уже ожирение. В последних двух ситуациях нужно измерить окружность талии. Оптимальной у мужчин считается окружность талии менее 94см, а у женщин – менее 80см.

|  |  |
| --- | --- |
| **Индекс талия/бедра\*** | **Тип** |
| 0,8 – 0,9 | Промежуточный |
| < 0,8 | Бедренно – ягодичный |
| >0,9 | Абдоминальный (жировая ткань откладывается на животе) |



Приложение №3

**Рекомендация грамотных занятий спортом**

Занятия спортом в течение 30 -40минут три раза в неделю помогают снизить артериальное давление на 10 мм рт.ст.

Изометрические нагрузки (например, поднятие тяжестей) не являются полезными для сердца.

* Занятия должны доставлять радость и удовольствие.
* Привлеките членов семьи к своим занятиям – вам веселее, а им полезно.
* Старайтесь заниматься ежедневно.
* Обязательны разминка и постепенное уменьшение нагрузки в конце занятий.
* Начинайте занятия не ранее чем через 1,5 часа после приема пищи.
* Если на фоне тренировки появились боли, одышка, перебои в работе сердца или сильное утомление – стоит передохнуть.

Принципы самоконтроля:

1. На высоте нагрузки пульс не должен превышать 110 – 140 ударов в 1 минуту.
2. При выполнении упражнений не должно возникать выраженной одышки, удушья или болей за грудиной, интенсивной головной боли, то есть признаков неадекватной для вас нагрузки.
3. После выполнения упражнений (в течение этого дня и на следующий) вы должны себя чувствовать лучше, а не хуже (в противном случае нагрузка была чрезмерной). **Не забывайте: во всем нужна мера!**

Приложение №4

**Дневник самонаблюдения.**

Паспорт самонаблюдения за состоянием здоровья:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Параметры для наблюдения | 1. Самочувствие | 2. Пульс – частота, характер | 3. АД мм рт.ст. | 4. Сон |

**Литература:**

**Основная литература:**

1.Поликлиническая терапия: учебник для студентов медицинских вузов, рек. УМО мед. и фармац. вузов РФ / А. Я. Крюкова [и др.] ; под ред. А. Я. Крюковой ; МЗ и соц. развития РФ, Башк. гос. мед. ун-т. - Уфа : Гилем, 2009. - 325 с.

2. Поликлиническая терапия: учебник/ Г. И. Сторожаков, И. И. Чукаева, А. А. Александров. - 2-е изд., перераб. и доп.- М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2013-640 с.

3. Поликлиническая терапия: учебное пособие/М.В. Зюзенков (и др.); под редакцией М.В. Зюзенкова. –Минск: Высшая школа, 2012. – 608 с.

4.Поликлиническая терапия: учебник /под ред И.Л. Давыдкина, Ю.В. Щукина. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 688 с.

**Дополнительная литература:**

1. Рациональная фармакотерапия сердечно-сосудистых заболеваний = Rational pharmacotherapy for cardiovascular diseases : рук. / под общ. ред. Е. И. Чазова, Ю. А. Карпова. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва : Литтерра, 2014. - 1056 с.
2. Шугушев, Х. Х. Использование статинов при аритмиях у больных ишемической болезнью сердца и сахарным диабетом / Х. Х. Шугушев, З. Б. Хасанова, М. Ж. Аттаева // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2013-1056 с.
3. Ишемическая болезнь сердца в таблицах и схемах: учебное пособие для врачей/ ГБОУ ВПО "Башкирский государственный медицинский университет" Минздрава России; сост. А. Н. Закирова [и др.]. - Уфа: Здравоохранение Башкортостана, 2014. - 80 с.
4. Шамес, А. Б..      Ишемическая болезнь сердца у женщин: монография/ А. Б. Шамес. - М.: БИНОМ, 2013. – 173с.
5. Ишемическая болезнь сердца : руководство / Г. В. Погосова [и др.] ; под ред. Р. Г. Оганова ; ВНОК. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 112 с.
6. Ишемическая болезнь сердца при сахарном диабете: стандарты диагностики и лечения : учеб. пособие / В.В. Климонтов, Н.В. Тян, Г.С. Солдатова ; Новосиб. гос. ун-т. – Новосибирск : РИЦ НГУ, 2015. – 40 c.
7. Кардиология : национальное руководство / под ред. Е. В. Шляхто. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 800 с.
8. Диетотерапия при заболеваниях внутренних органов: учебное пособие для студентов, обучающихся по спец. «Лечебное дело»/ ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России; сост. А. Я. Крюкова [и др.]. - Уфа: Изд-во ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, 2015 - 2015Ч. 1: учебное пособие/ сост. А. Я. Крюкова [и др.]. - 2015. - 82 с.