**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.

Дисциплина: поликлиническая терапия

Специальность: лечебное дело

Очно-заочное отделение

Семестр: 1­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­3 Курс: 7

## **ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗАНЯТИЕНА ТЕМУ:**

**«Миокардиты. Кардиомиопатия в практике терапевта поликлиники»**

Методические указания

для студентов

Уфа – 2016 г.

Тема практического занятия:«Миокардиты. Кардиомиопатия в практике терапевта поликлиники» в соответствии с ФГОС ВО (2016), рабочей программы дисциплины поликлиническая терапия, утвержденной в 2016г. ректором Павловым В.Н.

Авторы: проф. Крюкова А.Я., проф. Низамутдинова Р.С.,

проф. Сахаутдинова Г.М., доц. Тувалева Л.С.,

доц. Курамшина О.А., доц. Габбасова Л.В.

Рецензенты: д.м.н., профессор Мирсаева Г.Х.

Утверждено на заседании кафедры « 30» ноября 2016 г. протокол № 4

**«Миокардиты. Кардиомиопатия в практике терапевта поликлиникиники»**

1. **Тема и ее актуальность.**

Миокардит - поражение миокарда, преимущественно воспалительного характера. Воспаление связано с непосредственным воздействием инфекционных агентов иммунопатологическими процессами.

Миокардит - одна из наиболее сложных и актуальных проблем кардиологии. Это обусловлено ростом заболеваемости, трудностью ранней диагностики, особенно при латентном течении болезни, частым развитием осложнений, в том числе внезапной смерти, сложностью лечения (у 30-50 % больных отмечается рецидивирующее течение заболевания) и недостаточной разработкой программы медицинской, социальной, физической реабилитации больных.

Частота прижизненной постановки диагноза миокардита колеблется в довольно широких пределах (0,02 -40%). Миокардитом чаще болеют молодые люди (средний возраст заболевших 30 – 40 лет), заболеваемость женщин выше, чем у мужчин, но среди мужчин выявляются более тяжелые формы. С ГБ определяется. В отношении прогноза миокардита работает правило «трех третей»: одна треть пациентов выздоравливает, треть – приобретает стабильную левожелудочковую дисфункцию и еще треть – отмечает быстрое ухудшение состояния (переход в дилатационную кардиомиопатию).

Миокардит чаще развивается как проявление или осложнение любого инфекционного заболевания, чаще вирусного, поэтому профилактика неревматических миокардитов сводится, прежде всего к предотвращению таких заболеваний.

Кардиомиопатии – заболевания, при которых поражение миокарда является первичным процессом. В ряде стран, прежде всего слаборазвитых кардиомиопатии являются причиной 30% и более всех смертей в результате заболеваний сердца. По классификации, основанной на этиологических признаках, различают два основных типа кардиомиопатии: первичный тип, представляющий собой заболевание сердечной мышцы неизвестной этиологии и вторичный тип, при котором причина заболевания миокарда известна или связана с поражением других органов.

Учитывая тот факт, что чаще лица с первыми проявлениями заболеваний миокарда обращаются за первичной медицинской в поликлинику - подготовка участкового врача-терапевта требует детального изучения клиники и диагностики миокардитов и кардиомиопатий для оказания своевременной медицинской помощи таким пациентам. Большое значение имеют проведение профилактических мероприятий по предупреждению данных заболеваний.

1. **Цель занятия:** овладение врачебными навыками ранней диагностики, проведения врачебно - трудовой экспертизы, назначения индивидуализированного лечения больным миокардитами и кардиомиопатиями в поликлинических условиях.
2. Для формирования профессиональных компетенций студент должен **уметь**:

* собрать анамнез, обследовать пациента по органам и системам;
* назначить план дополнительного обследования;
* оценить результаты клинических и лабораторно-инструментальных данных;
* сформулировать диагноз в соответствии с современной классификацией;
* назначить лечение;
* провести экспертизу трудоспособности;

- провести раннюю диагностику миокардитов и кардиомиопатий;

- дифференцировать его с другими с другими сердечно-сосудистыми заболеваниями, имеющими сходную симптоматику;

- осуществить своевременную госпитализацию больного;

- назначить больному индивидуализированное лечение, провести экспертизу нетрудоспособности;

- назначить комплекс профилактических мероприятий с применением медикаментоз­ных и немедикаментозных методов лечения,

- проводить мероприятия по первичной, вторичной и третичной профилактике миокардитов и кардиомиопатий.

**Студент должен знать:**

-факторы риска миокардитов,

- этиологию, патогенез, современную классификацию заболеваний,

- методику сбора жалоб, анамнеза заболевания, объективного обследования больного, интерпретацию результатов лабораторно-инструментальных методов исследования, принципы врачебно-трудовой экспертизы миокардитов и кардиомиопатий,

- средства этиотропной, патогенетической, симптоматической медикаментозной и не медикаментозной терапии, особенности клинических проявлений и лечения заболевания у больных разных возрастных групп и при сочетанной патологии,

- принципы реабилитации больных с заболеваниями миокарда, методы первичной, вторичной и третичной профилактики заболеваний миокарда.

**Студент должен владеть:**

- методами общеклинического обследования**,**

- интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики,

- владеть методами оказания неотложной догоспитальной медицинской помощи,

- алгоритмом постановки предварительного диагноза с последующим направлением к соответствующему врачу-специалисту,

- алгоритмом развернутого клинического диагноза,

- основами ведения медицинской документации,

**3. Необходимые базисные знания и умения:**

- анатомо-морфологические особенности сердечно- сосудистой системы,

- методика исследования сердечно- сосудистой системы,

- возрастные особенности течения заболеваний миокарда- миокардитов и кардиомиопатий,

- фармакотерапия миокардитов,

- основы врачебно-трудовой экспертизы временной и стойкой утраты трудоспособности,

- принципы реабилитации на поликлиническом этапе,

- первичная и вторичная профилактика заболеваний миокарда,

- оказание неотложной помощи на догоспитальном этапе.

**4. Вид занятия** - практические занятия

**5. Продолжительность:** 6часов

**6. Оснащение:**

6.1. таблицы (классификации, планы ведения, диагностика, лечение), плакаты, электрокардиограф, наборы электрокардиограмм, показатели центральной геодинамики, диапроектор, слайды и др.);

6.2. ТСО (компьютер, видеодвойка, мультимедийные проекторы и др.)

7 .**Содержание занятия.**

7.1. этап – организационный. Демонстрация преподавателем. Проверка готовности к занятию.

7.2.контроль исходного уровня знаний студентов с применением тестов.

7.3. ознакомление студентов с содержанием занятий. Изложение узловых методик практических приёмов по данной теме.

7.4. самостоятельная работа студентов под руководством преподавателя.

7.5. разбор проведённой курации, выполнение лабораторных и исследований.

7.6. контроль усвоения студентами темы занятия с применением тестовых заданий, ситуационных задач и других видов контроля.

**Приложение№ 1**

**Тестовый контроль исходного уровня знаний**

***Вариант* 1**

Выберите один или несколько вариантов ответа

1.  заболевания ПРИВОДЯЩИЕ К развитИЮ миокардитА

1) СКВ

2) Подострый септический эндокардит

3) Сывороточная болезнь

4) Ревматоидный полиартрит

2. аускультативные симптомы ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ больного миокардитом

1) Приглушение тонов сердца

2) Ритм галопа

3) Систолический шум на верхушке сердца

4) Хлопающий I тон на верхушке сердца

3. лабораторныЕ показателИ отражаюЩИЕ активность воспалительного процесса в миокарде

1) Гиперурикемия

2) Гиперфибриногенемия

3) Гиперхолестеринемия

4) Повышение СРБ в плазме крови

4. ОСНОВНЫЕ ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ МИОКАРДИТОВ:

1) патогенных микроорганизмов

2) лекарств

3) химических факторов

4) патологии эндокринных желез

5) радиации

Выбрать один ответ

5. методы исследования использУЕМЫЕ для выявления воспалительных изменений в миокарде

1) Эндомиокардиальная биопсия

2) Эхокардиография

3) Сцинтиграфия миокарда с радиофармпрепаратами, тропными к очагу воспаления

4) Коронароангиография

6. ДЛЯ МИОКАРДИТА ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ:

1) гипертрофия мышечных волокон

2) гипертрофия и истончение мышечных волокон

3) Инфильтрация лимфоцитами интрстициальной ткани в сочетании с дегенеративными и некротическими изменениями мышечных волокон

4) гипертрофия эндокарда

7. КАРДИАЛГИИ ПРИ МИОКАРДИТАХ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СЛЕУЮЩИМИ ПРИЗНАКАМИ:

1) боль за грудиной

2) колющий или ноющий характер болей

3) иррадиация болей в левую половину грудной клетки

4) четкая связь с физической нагрузкой

5) купируется приемом нитроглицерина

8. ЭКГ ПРИЗНАК ПРИ МИОКАРДИТЕ:

1) увеличение вольтажа зубцов

2) снижение вольтажа зубцов

3) отсутствие зубца Р

4) комплекс QRS деформирован, расщеплен

5) регулярный волны F

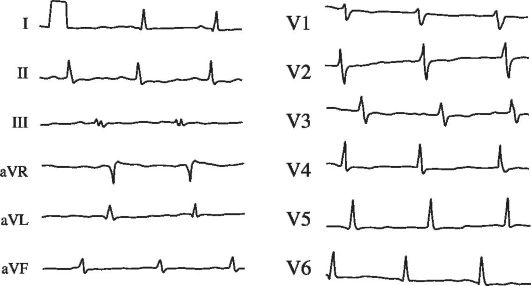
**Приложение № 2**

**СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ**

**Клиническая задача № 1**

|  |
| --- |
| Больная Т., 38 лет, переведена в кардиологическое отделение из инфекционной больницы, где находилась в течение 12 дней по поводу энтеровирусной инфекции, протекавшей с явлениями фарингита, гастроэнтероколита и лихорадкой до 38,5 °С. В связи с появлением изме нений на ЭКГ переведена в кардиологическое отделение. В детском возрасте перенесла корь, неоднократно ангину. Наследственность не отягощена. При поступлении жаловалась на быструю утомляемость и общую слабость. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и слизистые бледно-розовые. Отеков нет. Лимфоузлы не увеличены. Температура тела 36,7 °С. Число дыхательных движений - 16 в минуту. В легких везикулярное дыхание. Границы относительной сердечной тупости без изменений. Тоны сердца ритмичные, приглушены, мягкий, дующий систолический шум над верхушкой сердца. Частота сердечных сокращений - 100 в минуту. Пульс не напряжен, ритмичен. AД - 110/70 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, болезненный при пальпации, особенно по ходу толстой кишки. Печень и селезенка не увеличены. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Дизурии нет. Щитовидная железа не увеличена. В неврологическом статусе без особенностей. |

Общий анализ крови: Hb - 130 г/л, эритроциты - 4,5х1012/л, лейкоциты - 10,4х109/л, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ - 22 мм/ч. Биохимический анализ крови: общий белок - 70 г/л, альбумины - 59 %, глобулины: α1 - 3,9 %, α2 - 10,3 %, β - 10,5 %, γ - 16,3 %, креатин - 88 мкмоль/л, билирубин общий - 14,3 мкмоль/л, фибриноген - 4 г/л; СРБ - «+». Активность, АЛТ и кардиоспецифических ферментов не повышена. Общий анализ мочи без патологии. Рентгенография органов грудной клетки: легочные поля прозрачны, корни структурны, синусы свободны, диафрагма подвижна, сердце и аорта без особенностей. ЭКГ прилагается.



**Рис. 16-1.**(к задаче 1).

1. Сформулируйте предварительный диагноз, обоснуйте его.

2. Составьте и обоснуйте план обследования больной.

3. Приведите дифференциальный диагноз миокардита с первичным кардитом при ревматической лихорадке.

|  |
| --- |
|  |

4. Назначьте лечение больной.

5. Каков прогноз заболевания?

**Клиническая задача № 2**

Больной К., 40 лет, автослесарь, обратился к участковому терапевту с жалобами на ноющую боль в области сердца на протяжении 2 дней, сердцебиение и одышку при физической нагрузке, общую слабость. На зарегистрированной ЭКГ выявлена фибрилляция предсердий, в связи с чем пациент был госпитализирован.

С 35-летнего возраста пациент отмечал кратковременное приступообразное сердцебиение. На протяжении полугода после перенесенного гриппа приступы сердцебиения участились и стали более продолжительными, возникали при обычной физической нагрузке и сопровождались одышкой и общей слабостью. 2 нед назад переболел острым респираторным заболеванием, проявлявшимся ринореей, головной болью и лихорадкой до 38 °С. В течение 2 дней беспокоит постоянная ноющая боль в области сердца, не ослабевающая после приема нитроглицерина, сердцебиение стало постоянным, появились отеки стоп.

При осмотре в момент поступления обнаружены цианоз губ и кончика носа, отек стоп и лодыжек, мелкопузырчатые хрипы в нижнезадних отделах легких, смещение левой границы сердца на 2 см влево, глухость сердечных тонов, тахикардия, пульс аритмичный, 120 в минуту (дефицита пульса нет), АД - 100/60 мм рт.ст., печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги, болезненна при пальпации. В анализе крови лейкоцитоз (10,3х109/л), увеличение СОЭ (38 мм/ч), гипергаммаглобулинемия (23 %), СРБ -«+++», гиперфибриногенемия (5,3 г/л), незначительное повышение активности АСТ, АЛТ,

КФК.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1,020, белок - следовые количества, глюкоза не обнаружена, лейкоциты -1-2 в поле зрения, эритроциты - 1-2 в поле зрения. На ЭКГ - фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма, депрессия сегмента *ST*и отрицательный зубец *Т*в отведениях I, aVL, V4-6. Эхокардиография: дилатация желудочков и предсердий, диффузный гипокинез миокарда,

|  |
| --- |
|  |

ФВ - 32 %, митральная регургитация II степени. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки выявило расширение и малоструктурность корней легких, увеличение размеров сердца, малую амплитуду пульсации сердца.

1. Сформулируйте клинический диагноз.

2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз? Составьте план обследования.

3. Каковы морфологические изменения в миокарде при хроническом течении миокардита?

4. Назначьте лечение, обоснуйте свое решение.

5. Каков прогноз заболевания?

**Приложение №3**

**Тестовый контроль конечного уровня**

Выбрать несколько ответов

 1. морфологические изменения миокарда при его остром воспалительном поражении

1) Дистрофия кардиомиоцитов.

2) Клеточная инфильтрация интерстиция.

3) Отек межклеточного пространства.

4) Некроз кардиомиоцитов.

Выбрать один ответ

2. Выберите основной принцип медикаментозной терапии миокардита:

1) Ограничение физической нагрузки.

2) Этиотропная терапия.

3)  Цитопротекция.

3. КЛИНИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ МИОКАРДИТОВ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКИ:

1) болей за грудиной

2) влажные хрипы

3) сердцебиение

4) судороги

5) боль иррадиирует в спину

6) остеалгии

4. ДЛЯ ДИФФУЗНОГО МИОКАРДИТА, ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ:

1) одышка отсутствует

2) боли связанные с физической нагрузкой

3) влажные хрипы

4) артериальной гипертонии

5) глухости тонов сердца

6) границы в норме

5. ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ, НА КОТОРОМ БАЗИРУЕТСЯ ДИАГНОЗ ДИФФУЗНОГО МИОКАРДИТА ЯВЛЯЮТСЯ:

1) стенокардии

2) сердечной недостаточности

3) увеличение размеров сердца в динамики

4) повышение АД

5) диастолического шума в аорте

Выбрать несколько ответов

6. ДЛЯ МИОКАРДИТОВ ХАРАКТЕРНЫ СЛЕДУЮЩИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ:

1) гипертрофия мышечных волокон

2) Гипертрофия и истончение мышечных волокон

3) инфильтрация лимфоцитами интерстициальной ткани в сочетании с дегенеративными и некротическими изменениями мышечных волокон

4) гипертрофия эндокарда

7. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ЭХО- ПОКАЗАТЕЛИ ДЛЯ ОСТРОГО ОЧАГОВОГО МИОКАРДИТА:

1) раннее ремоделирование полости левого желудочка

2) преходящее увеличение толщины стенки миокарда

3) дилатация полостей сердца

4) нарушение диастолической функции миокарда при нормальной систолической

5) снижение общей сократительной способности миокарда

8. МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГКМП, УЛУЧШАЮЩИЕ ПРОГНОЗ ЖИЗНИ:

1) миоэктомия

2) двухкамерная стимуляция сердца

3) терапия бета- блокаторами

4) терапия верапамилом

5) терапия кордароном

6) имплантация кардиовертера- дефибрилятора реанимированным больным

**Ответы на ситуационные задачи**

**Клиническая задача № 1**

1. Острый вирусный миокардит, малосимптомный клинический вариант, легкое течение. Синусовая тахикардия, нарушение процессов реполяризации на ЭКГ (изоэлектричный зубец *Т*во многих отведениях), систолический шум над верхушкой сердца - проявления синдрома поражения миокарда. Возникновение изменений на ЭКГ во время вирусной инфекции, лейкоцитоз, ускорение СОЭ, положительный СРБ свидетельствуют в пользу воспалительного поражения миокарда. При легком течении миокардита, как правило, отсутствуют увеличение размеров сердца (перкуторно и рентгенологически) и проявления сердечной недостаточности.

2. Показано:

•  ЭхоКГ для определения размеров полостей сердца, оценки функционального состояния миокарда, исключения клапанного порока сердца;

•  серологические исследования:

- для подтверждения этиологии миокардита - определение антител к энтеровирусу Коксаки А и В, для проведения дифференциального диагноза с ревмокардитом - определение противострептококковых антител (антистрептолизин-О, антистрептокиназа, антистрептогиалуронидаза, антидезоксирибонуклеаза-В);

- кардиоспецифические ферменты и белки, лабораторные показатели воспаления, ЭКГ в динамике.

3. Признаки, присущие первичному ревмокардиту:

•  хронологическая связь с инфекцией глотки (фарингит, тонзиллит), вызванной β-гемолитическим стрептококком группы А;

•  латентный период 2-4 нед;

•  возраст больного - чаще детский и подростковый;

•  полиартрит или артралгии в дебюте болезни;

•  наличие вальвулита;

•  повышенные или повышающиеся титры противострептококковых антител;

•  выделение из зева β-гемолитического стрептококка группы А;

•  быстрый ответ на терапию нестероидными противовоспалительными препаратами.

Для неревматического миокардита характерны:

•  хронологическая связь с вирусной инфекцией;

•  укорочение (5-7 дней) или отсутствие латентного периода;

•  отсутствие артрита (артралгий);

•  отсутствие вальвулита;

|  |
| --- |
|  |

•  медленная динамика под влиянием противовоспалительной терапии.

4. Показаны: ограничение физической активности, НПВС, препараты, оптимизирующие метаболизм миокарда, антигистаминные средства, возможно применение противовирусных препаратов (экзогенные интерфероны, индукторы эндогенного интерферона, противовирусные иммуноглобулины).

5. Течение легкой формы миокардита благоприятное - у большинства больных наступает выздоровление.

**Клиническая задача № 2**

1. Хронический инфекционно-иммунный миокардит тяжелого течения. Осложнения: относительная недостаточность митрального клапана, фибрилляция предсердий, пароксизмальная форма. НК ПБ ст. (ФК III).

2. В первую очередь следует провести дифференциальную диагностику с ИБС. Для этого необходимо выполнить суточное мониторирование ЭКГ, нагрузочные пробы (у пациента имеются противопоказания к проведению пробы) и провести компьютерную или селективную ангиографию коронарных артерий. Дифференциальная диагностика миокардита предполагает исключение заболеваний щитовидной железы, сопровождающихся как повышением ее функции, так и понижением. Уточнить диагноз помогает внимательный осмотр больного, пальпация, ультразвуковое и радиоизотопное сканирование щитовидной железы, определение уровня тиреоидных гормонов в крови. Сложный вопрос дифференциальной диагностики - разграничение хронического миокардита тяжелого течения и дилатационной кардиомиопатии, так как морфологические и клинические проявления этих заболеваний не имеют специфических особенностей. Следует учитывать, что для миокардита характерны рецидивы симптомов в связи с инфекцией, вакцинацией. Тогда как у больных дилатационной кардиомиопатией заболевание развивается постепенно. В лабораторных показателях у больных миокардитом можно выявить эозинофилию, базофилию, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, повышение кардиоспецифических ферментов и маркеров воспаления. В пользу миокардита свидетельствует положительная динамика симптомов при проведении противовоспалительной терапии, включающей глюкокортикоиды.

|  |
| --- |
|  |

Чтобы доказать иммунную природу воспаления миокарда, в план обследования больного необходимо включить иммунологические тесты для выявления кардиального антигена и антител к миокарду.

Верифицировать воспаление и фиброз в миокарде позволяет эндомиокардиальная биопсия или томосцинтиграфия сердца с радиофармпрепаратами, тропными к очагу воспаления и магниторезонансная томография с контрастированием. Этиологическая диагностика хронического миокардита предполагает целенаправленное выявление очагов хронической инфекции (хронический тонзиллит, периапикальные зубные гранулемы, пульпит, пародонтоз, хронический синусит, отит, бронхоэктазы, простатит и др.), инфекционных возбудителей и антител к ним.

3. Основным морфологическим признаком миокардита является клеточная инфильтрация миокарда (лимфоциты, нейтрофилы, эозинофилы и гистиоциты). Помимо клеточной инфильтрации, в миокарде можно выявить отек межклеточного пространства, дистрофию кардиомиоцитов различной степени выраженности, кардиосклероз и изменения сосудов, имеющие характер иммунного васкулита. Для оценки результатов биопсии миокарда применяется Даласская морфологическая классификация миокардитов (1986) и Марбургское соглашение по диагностике воспалительной кардиомиопатии (1997). Одновременное наличие воспалительной инфильтрации в миокарде и кардиосклероза свидетельствует о наличии хронического воспалительного процесса.

4. Постельный режим. Критерием расширения двигательного режима служит уменьшение функционального класса сердечной недостаточности и положительная динамика лабораторных и инструментальных показателей. Показана лечебная гимнастика с физическими упражнениями для мелких мышечных групп, дыхательные упражнения.

Диета № 10а (резкое ограничение хлорида натрия и свободной жидкости). Основные направления терапии: подавление инфекции (антибиотики, иммуномодулирующие препараты с противовирусным действием - экзогенные интерфероны, индукторы эндогенного интерферона, противовирусные иммуноглобулины), купирование воспаления (стероидные и нестероидные противовоспалительные средства, антигистаминные препараты, сеансы плазмафереза), цитопротекция (поляризующая смесь, неотон\*, рибоксин\*, триметазидин, милдронат\*), лечение сердечной недостаточности (коррекция тахиаритмии, ингибиторы АПФ, диуретики, при выраженной систолической дисфункции - сердечные гликозиды), антитромботическая терапия (гепарин, фраксипарин\*, клексан\*, сулодексид, аспирин\*).

|  |
| --- |
|  |

Лечение мерцательной аритмии должно осуществляться по общим принципам. Длительность фибрилляции предсердий у пациента более 48 ч, поэтому восстанавливать синусовый ритм не рекомендуется, необходимо корректировать частоту желудочковых сокращений и назначить антикоагулянты.

Пациенту с сердечной недостаточностью показан дигоксин. Если лечение адекватными дозами не вызывает замедления ритма сердца, дополнительно можно назначить кардиоселективный β-адреноблокатор. Верапамил больному не показан из-за отрицательного инотропного действия. Перед началом лечения необходимо оценить уровень калия в плазме крови.

5. Однозначно оценить прогноз у данного пациента невозможно. Прогноз миокардита зависит от площади воспаления в миокарде и частоты рецидивов заболевания. Воспалительная инфильтрация уменьшается медленно, формируется кардиосклероз со стойкими нарушениями ритма, патологическим ремоделированием камер сердца и со снижением систолической функции. Каждый последующий рецидив заболевания увеличивает функциональный класс сердечной недостаточности, выраженность нарушений ритма сердца и риск тромбоэмболических осложнений.

По завершении стационарного лечения продолжается противовоспалительная и метаболическая терапия, необходим постоянный прием ингибиторов АПФ, β-адреноблокатора и антагониста альдостерона; сердечные гликозиды и диуретики назначаются по показаниям. Если у больного усугубляются проявления сердечной недостаточности, прогрессируют нарушения ритма, что обычно происходит на фоне респираторного вирусного заболевания, переохлаждения, физического или психоэмоционального стресса, можно предполагать рецидивирующее течение воспалительного процесса в мышце сердца. В этом случае показан повторный курс этиотропной терапии. Физическая реабилитация предусматривает постепенное расширение двигательной нагрузки. Трудовой прогноз может решаться только после купирования острых явлений, поэтому экспертиза проводится не ранее, чем через 4 мес от начала лечения.

***Место проведения самоподготовки***: читальный зал, тематическая учебная комната для СРС, палаты больных ДС, кабинет терапевта, кабинеты функциональной диагностики, ИРТ, фитотерапия, ЛФК

***Учебно-исследовательская работа студентов***

-диетотерапия при миокардитах

-санаторнo -курортное лечение больных миокардитами

-Физиотерапия при миокардитах

-фототерапия при миокардитах

-оценка качества лечения больных с миокардитами в амбулаторных условиях

-особенности лечения у лиц пожилого возраста

**Приложение№ 4**

**Таблица №2 Ответы к тестам исходного и конечного уровня знаний и ситуационных задач**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| вариант  № | I | II |
| 1 | 1,2,3 | 1,2,3,4 |
| 2 | 1,3 | 2 |
| 3 | 2,4 | 3 |
| 4 | 1,2,3,5 | 5 |
| 5 | 4 | 3 |
| 6 | 4 | 1,4 |
| 7 | 2 | 1,5 |
| 8 | 2 | 6 |

***Литература***

**Основная:**

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

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

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

**Дополнительная:**

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. Кардиология : национальное руководство / под ред. Е. В. Шляхто. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 800 с.
3. 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.
4. Окороков А. Н. Диагностика болезней внутренних органов. Том 8. Диагностика болезней сердца и сосудов: Болезни миокарда. Сердечная недостаточность; Медицинская литература **-  2011. -** 418 c.
5. Кардиология в поликлинической практике: уч. пособие для студентов/Сост. А.Я. Крюкова, Г.М. Сахаутдинова, Ю.А. Кофанова, Р.С. Низамутдинова, Л.С. Тувалева, О.А. Курамшина, Л.В. Габбасова; под ред.проф. А.Я. Крюковой. - Уфа: Изд-во ГБОУ ВПР БГМУ Минздрава России, 2012. - 139с.
6. Рекомендации по диагностике и лечению гипертрофической кардиомиопатии (ESC, 2014)
7. 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
8. Кардиология: национальное руководство/ Под ред. Ю.И. Беленкова, Р.Г. Оганова/ 2014, Москва, ГЭОТАР-Медиа