**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

**УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**

**Кафедра врача общей практики с курсом поликлинической терапии**

Заведующий кафедрой:

профессор, д.м.н. Л. Р. Выхристенко

Преподаватель:

к.м.н. доц. Солодкова И.В.

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

ФИО:

Основной: ИБС: Фибрилляция предсердий. Гиперхолестеринэмия.

Куратор: студентка 36 группы 5 курса

лечебного факультета

Король Юлия Андреевна

Даты курации:

30.10.2019г. – 11.11.2019 г.

**Витебск, 2019**

1. **ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**
2. ФИО больного:
3. Возраст: 83 года (07.05.1936 г.)
4. Пол: женский.
5. Домашний адрес:
6. Характер занятости: пенсионерка
7. Дата и время поступления: 27.10.2019 г. в 07:05.
8. Кем направлена пациентка: СМП.
9. Диагноз направившего лечебного учреждения: ИБС: Фибрилляция предсердий.
10. Предварительный диагноз при поступлении: ИБС: Фибрилляция предсердий. Впервые выявленная тахикардия.
11. **ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В КЛИНИКУ И ИХ ХАРАКТЕРИСТИКА**

Пациентка предъявляла жалобы на перебои в сердце, сердцебиение, одышку при незначительной физической нагрузке, отёк ног, слабость.

1. **ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Пациентка считает себя больной с 27.10.2019г., когда появились перебои в сердце, резкая слабость и одышка после незначительной физической нагрузки. Дочь вызвала бригаду скорой медицинской помощи. Бригадой СМП был выставлен диагноз «ИБС: пароксизм фибрилляции предсердий, Н2Б» и введен р-р Аспаркама и р-р Фуросемида. Пациентку привезли для дальнейшего обследования и лечения в Витебскую областную клиническую больницу, где была госпитализирована в кардиологическое отделение. Были проведены обследования и начато лечение. На момент курации пациент жалоб не предъявляла. Обследование и лечение продолжает.

1. **ИСТОРИ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА**

Краткие биографические данные: пациентка родилась в 1936 году в д. Звезда, первым ребенком, росла и развивалась согласно возрасту и полу. Закончил 8 классов. Затем пошла работать в колхоз. Замужем, есть 4 детей.

Трудовой анамнез: трудовую деятельность начал с 16 лет. Жилищно-бытовые условия пациента удовлетворительные.

Питание: нерегулярное, неполноценное.

Перенесенные заболевания: простудные заболевания. Туберкулез, ВИЧ-инфекцию и венерические заболевания отрицает. Контакта с больными, перенесшими вирусный гепатит «В» и «С», не было. Переливаний крови не было.

Вредные привычки: не курит. Алкоголь не употребляет. Злоупотребление наркотическими средствами отрицает.

Семейный анамнез и наследственность: Дети здоровы, наследственными заболеваниями (врожденные аномалии развития, психические заболевания, сифилис, болезни обмена и др.) никто не страдает.

Аллергический анамнез: аллергических заболеваний нет, специфические реакции на введение сывороток, вакцин и прием медикаментов отсутствуют. Различные пищевые продукты, напитки, косметические средства, запахи, а также пыльцы различных растений пациентом переносятся хорошо.

1. **ОБЪКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ИЛИ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО**

**Общий осмотр**

Общая характеристика состояния: средней степени тяжести.

Сознание: ясное.

Положение больного: активное.

Выражение лица: спокойное.

Телосложение: правильное.

Конституциональный тип: астенический. Рост – 165см. Вес – 50 кг.

Кожа: бледно-розового цвета, сухая. Очаговые пигментации, высыпания, кровоизлияния, шелушения, отсутствуют.

Видимые слизистые оболочки: бледно-розового цвета, без высыпаний, кровоизлияний, петехий, изъязвлений.

Подкожная жировая клетчатка: выражена слабо.

Отеки: обеих стоп.

Периферические лимфатические узлы: шейные, затылочные, подчелюстные, подмышечные, локтевые, паховые не пальпируются.

Зев: не гиперемирован. Гнойные пробки, налеты, изъязвления, кровоизлияния, сыпи отсутствуют.

Щитовидная железа: не увеличена, безболезненна, узлов нет, поверхность гладкая.

Молочные железы: патологических образований нет.

**Костно-мышечно-суставная система**

Мышцы: степень развития умеренная, тонус мышц нормальный, болезненность при пальпации и движении отсутствует, судорог не наблюдается, парезы и параличи конечностей отсутствуют.

Кости: деформаций, периостита, искривлений костей не выявлено, изменений концевых фаланг пальцев кистей и стоп нет, болезненность при пальпации отсутствует.

Суставы: конфигурация нормальная, экссудативных и пролиферативных явлений в суставах не обнаружено. Гиперемия кожи и местное повышение температуры в области сустава отсутствуют. Ограничений движений при активной и пассивной подвижности не наблюдается. Деформации, флюктуация, болезненность и хруст при движениях и при пальпации отсутствуют.

**Система органов дыхания**

**Осмотр**

Нос: Слизистая бледно-розового цвета, не отечна. Отделяемого нет. Форма носа правильная, деформаций нет. Дыхание носом, свободное.

Гортань: охриплости и афонии нет.

Грудная клетка: форма нормальная. Искривлений позвоночника нет. Асимметричных выпячиваний или западений одной стороны грудной клетки не наблюдается. Надключичные ямки выражены хорошо, подключичные – слабо. Лопатки плотно прилегают к спине.

Дыхание: тип – грудной, обычной глубины. Обе половины равномерно участвуют в акте дыхания, дыхание ритмичное, патологические типы дыхания отсутствуют. ЧД 21 в минуту. Смешанная одышка.

**Пальпация грудной клетки**

Ригидность грудной клетки нормальная. Болезненность при пальпации кожи, мышц, ребер, межреберных промежутков, грудного отдела позвоночника не определяется. Ширина межреберных промежутков нормальная. Голосовое дрожание на симметричных участках одинаковое.

**Перкуссия грудной клетки**

Сравнительная перкуссия: на симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочной звук.

Топографическая перкуссия:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Нижняя граница: | | | |
| Линии | правое легкое | | левое легкое |
| Парастернальная | Верхний край 6 ребра | | - |
| Медиоклавикулярная | Нижний край 6 ребра | | - |
| Передняя аксиллярная | Нижний край 7 ребра | | Нижний край 7 ребра |
| Средняя аксиллярная | Нижний край 8 ребра | | Нижний край 8 ребра |
| Задняя аксиллярная | Нижний край 9 ребра | | Нижний край 9 ребра |
| Лопаточная | Нижний край 10 ребра | | Нижний край 10 ребра |
| Паравертебральная | На уровне остистого отростка 11 грудного позвонка | | |
| Верхняя граница легких: | | | |
| Высота стояния верхушек легких спереди | 3 см выше края ключицы | 3 см выше края ключицы | |
| Высота стояния верхушек легких сзади | Остистый отросток 7 шейного позвонка | Остистый отросток 7 шейного позвонка | |
| Ширина полей Кренига | 4 | 5 | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Подвижность нижних краев легких: | | |
| Линии | правое легкое (см.) | Левое легкое (см.) |
| Медиоклавикулярная | 4 | 4 |
| Средняя аксилярная | 6 | 7 |
| Лопаточная | 5 | 5 |

**Аускультация**

Характер дыхания: везикулярное с обеих сторон

Побочные дыхательные шумы: отсутствуют

Бронхофония: на симметричных участках грудной клетки определяется одинаково.

**Сердечно-сосудистая система**

**Осмотр**

Осмотр области шеи: патологической пульсации вен и артерий не выявлено.

Осмотр области сердца: сердечный горб, патологическая, атипическая пульсация в области сердца отсутствуют.

Верхушечный толчок: располагается в 5 межреберье на 1см кнутри от левой срединно-ключичной линии.

Сердечный толчок: отсутствует.

**Пальпация**

Верхушечный толчок располагается в 5 межреберье на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, площадь 1 см2, умеренной высоты и резистентности. Симптом «кошачьего мурлыканья» не определяется.

**Перкуссия**

Границы относительной тупости сердца:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Правая | Левая | Верхняя |
| 1 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье | в 5 межреберье на уровне срединно-ключичной линии | верхний край 3 ребра по левой около-грудинной линии |

Контуры сердца:

* правый: справа от грудины и отстоит от передней срединной линии в 1-ом, 2-ои и 3-ем межреберьях на 3 см и в 4-ом межреберье на 4 см;
* левый: слева от грудины и отстоит от передней срединной линии в 1-ом и 2-ом межреберьях на 3 см, в 3-ем – на 4 см, в 4-ом – на 6 см, в 5-ом – на 8 см.

Конфигурация сердца: нормальная.

Определение размеров сердца: поперечник относительной тупости сердца – 11 см, длинник сердца – 13 см.

Граница абсолютной тупости сердца:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Правая | Левая | Верхняя |
| 4 межреберье у левого края грудины | в 5 межреберье на 0,5 см. кнутри от левой срединно-ключичной линии | нижний край 4 ребра по левой около-грудинной линии |

Определение границ сосудистого пучка: во 2-ом межреберье – 5 см.

**Аускультация**

Характеристика тонов сердца: аритмичные, приглушены. Имеется акцент второго тона на аорте. Расщепления, раздвоения, ритм «перепела» и «галопа» не выявлено. ЧСС 89 ударов в минуту. Артериальное давление 130/80 мм рт.ст.

Характеристика шумов сердца: шумы отсутствуют. При выслушивании: аорты, сонных, подключичных, бедренных артерий – тона Траубе, двойного шума Дюрозье, симптома Сироткина-Куковерова не выявлено. При выслушивании яремных вен шума волчка не обнаружено.

**Исследование сосудов**

Стенки артерий эластичные. Набуханий и видимой пульсации шейных вен не определяется.

Варикозного расширения вен ног нет, извитость и уплотнения по ходу вен отсутствуют. При пальпации вен болезненных ощущений не возникает. Покраснения кожи над венами нет.

Пальпация пульса на сонных и бедренных артериях, a.tibialis post., a.dorzalis ped. (симметрично) – пульс сохранён.

Исследование пульса на лучевых артериях:

Пульс на лучевых артериях одинаковый на обеих руках, аритмичный, частота 89 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения, артериальная стенка мягкая, эластичная и равномерная. Дефицита пульса нет.

Измерение артериального давления:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Классическое положение пациента | Правая рука | Левая рука |
| Систолическое АД, мм рт.ст. | 130 | 130 |
| Диастолическое АД, мм рт.ст. | 80 | 90 |
| Положение пациента «стоя» |  |  |
| Систолическое АД, мм рт.ст. | 120 | 120 |
| Диастолическое АД, мм рт.ст. | 80 | 70 |

**Система органов пищеварения**

**Осмотр**

Полость рта: язык розового цвета, влажный, обложен белым налётом, трещин, изъязвлений нет, девиации языка в сторону при высовывании нет. Состояние зубов плохое. Десны розового цвета, рыхлости и кровоточивости не обнаружено. Зев не гиперемирован, миндалины обычных размеров и окраски, гнойные пробки отсутствуют.

Живот: нормальной конфигурации, наличие асимметрий, видимой перистальтики желудка и кишечника, расширения вен на передней брюшной стенке (“голова медузы”), сыпи и пигментаций не обнаружено. Грыжевых образований не выявлено. В правой подвздошной области имеется рубец после перенесенной аппендэктомии.

**Пальпация**

Поверхностная пальпация: живот мягкий, безболезненный. Грыжи и расхождения мышщ передней брюшной стенки не определяются. Симптом «мышечной защиты», симптом раздражения брюшины Щеткина-Блюмберга, симптом флюктуации – отрицательны.

Глубокая скользящая, методическая топографическая пальпация по методу Glenard-Образцова-Гаусмана

Сигмовидная кишка – в левой подвздошной области гладкий цилиндр умеренной плотности, толщиной в 2см, не урчащий, безболезненный, подвижность в пределах 5 см.

Нисходящий отдел поперечноободочной кишки - в левом фланке гладкий цилиндр умеренной плотности, толщиной в 1.5см, не урчащий, безболезненный, подвижность 3см.

Слепая кишка – в правой подвздошной области мягкая эластичная трубка диаметром 2см, подвижность 4 см, безболезненная, не урчит.

Восходящий отдел поперечноободочной кишки - в правом фланке мягкая эластичная трубка диаметром 2см, подвижность 3см, безболезненная, не урчит.

Терминальный отдел подвздошной кишки – в надчревной области уплощённая мягкая трубочка, диаметром 3см, урчащая, безболезненная, подвижность 5см.

Большая кривизна желудка – на 1 см выше пупка в виде безболезненной, эластичной, тонкой, ровной складки.

Пилорический отдел желудка – в правом подреберье в виде плотного эластического цилиндра диаметром 2см, малоподвижен, безболезненный.

Поперечный отдел поперечно-ободочной кишки – на 2см ниже большой кривизны желудка в виде валика шириной 3см, мягкий, не урачащий, безболезненный.

**Перкуссия**

Тимпанический перкуторный звук по направлению от эпигастрия к гипогастрию, от пупка к фланкам (в том числе «на боку»). Признаков асцита, метеоризма не выявлено.

**Аускультация живота**

Кишечная перистальтика над тонким кишечником – 7 в минуту, толстым кишечником – 5 в минуту.

**Исследование печени**

**Осмотр**

Ограниченного или диффузного выбухания не выявлено, пульсации в области правого подреберья не обнаружено.

**Перкуссия**

Верхняя граница абсолютной тупости печени:

|  |  |
| --- | --- |
| правой передней подмышечной линии | нижний край 7 ребра |
| правой срединно-ключичной линии | нижний край 6 ребра |
| правой окологрудинной линии | верхний край 6 ребра |

Нижняя граница абсолютной тупости печени:

|  |  |
| --- | --- |
| правой передней подмышечной линии | верхний край 10 ребра |
| правой срединно-ключичной линии | нижний край рёберной дуги |
| правой окологрудинной линии | на 2см ниже рёберной дуги |
| передней срединной линии | на границе верхней и средней трети расстояния между мечевидным отростком и пупком |
| левой окологрудинной линии | нижний край рёберной дуги |

Высота печеночной тупости:

|  |  |
| --- | --- |
| правой передней подмышечной линии | 11см |
| правой срединно-ключичной линии | 10см |
| правой окологрудинной линии | 9см |

Размеры печени по Курлову:

|  |  |
| --- | --- |
| правой срединно-ключичной линии (первый размер) | 9см |
| передней срединной линии (второй размер) | 8см |
| левой реберной дуге (третий размер) | 7см |

**Пальпация**

Край печени острый, мягкий, ровный по своим очертаниям, безболезненый.

**Исследование желчного пузыря**

**Пальпация**

При поверхностной пальпации области проекции желчного пузыря передняя стенка живота безболезненна. При глубокой пальпации увеличение и болезненность желчного пузыря не отмечается.

**Исследование селезенки**

**Осмотр**

Выбуханий в левом подреберье при дыхании не обнаружено.

**Перкуссия**

Границы селезёнки:

|  |  |
| --- | --- |
| верхняя | нижний край 9 ребра |
| нижняя | верхний край 11 ребра по средней подмышечной линии слева |
| передняя | на 1 см левее передней подмышечной линии |
| задняя | возле задней подмышечной линии |

**Пальпация**

Селезенка не доступна для пальпации.

Размер селезенки:

|  |  |
| --- | --- |
| длинник | 7 см |
| поперечник | 5 см |

**Органы мочевыделения**

**Осмотр**

Припухлости поясничной области, покраснение и отечность кожи не определяются.

**Пальпация**

Почки пальпации не доступны. При пальпации подреберных, верхних мочеточниковых, средних мо­четочниковых, реберно–позвоноч­никовых, реберно–поясничных точек болезненность не выявлена.

**Перкуссия**

Симптом поколачивания отрицательный.

**Аускультация**

Шум в реберно-позвоночном углу отсутствует.

1. **ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

На основании жалоб пациентки (на перебои в сердце, сердцебиение, отёк ног, слабость и одышку при незначительной физической нагрузке), данных анамнеза заболевания (считает себя больной с 27.10.2019 г., когда появились перебои в сердце, резкая слабость и одышка после незначительной физической нагрузки. Бригадой СМП был выставлен диагноз «ИБС: пароксизм фибрилляции предсердий, Н2Б»), данных объективного обследования (смешанная одышка, тоны сердца аритмичны, приглушены) можно выставить следующий предварительный диагноз:

Основной: ИБС: пароксизм фибрилляции предсердий, Н2Б

1. **ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ**
2. Общий анализ крови
3. Общий анализ мочи
4. Биохимический анализ крови
5. Гемостазиограма
6. Исследование крови на вирусные инфекции и сифилис
7. Рентгенограмма ОГК
8. Электрокардиограмма
9. **ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ, КОНСУЛЬТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ**
10. **Общий анализ крови**

28.10.2019 г.:

|  |  |
| --- | --- |
| Эритроциты | 4,23\*1012/л |
| Гемоглобин | 130 г/л |
| Цветовой показатель | 0,97 |
| Гематокрит | 39,4% |
| Лейкоциты | 7,62\*109/л |
| СОЭ | 24 мм/час |
| Палочкоядерные | 0% |
| Сегментоядерные | 57,8% |
| Эозинофилы | 4,3% |
| Базофилы | 0,7% |
| Моноциты | 9,1% |
| Лимфоциты | 28,1% |
| Тромбоциты | 339\*109/л |

29.10.2019 г.

|  |  |
| --- | --- |
| Эритроциты | 4,18\*1012/л |
| Гемоглобин | 127 г/л |
| Цветовой показатель | 0,94 |
| Лейкоциты | 8,89\*109/л |
| СОЭ | 4 мм/час |
| Палочкоядерные | 0% |
| Сегментоядерные | 48,7% |
| Эозинофилы | 4,8% |
| Базофилы | 0,4% |
| Моноциты | 8,1% |
| Лимфоциты | 38% |

1. **Общий анализ мочи**

28.10.2019 г.

|  |  |
| --- | --- |
| Цвет | соломенно-желтый |
| Мутность | прозрачная |
| Реакция | Кислая |
| Относительная плотность | 1018 |
| Белок | нет |
| Глюкоза | Нет |
| Эпителий плоский | 5-8 |
| Эритроциты | нет |
| Лейкоциты | 1-2 |
| Цилиндры | нет |
| Бактерии | нет |

1. **Биохимический анализ крови**

28.10.2019 г.

|  |  |
| --- | --- |
| Тропонин | 0,002 |
| ЛДГ | 227 Е/л |
| КК | 57 Е/л |
| КК МВ | 8 Е/л |
| Общий белок | 71 г/л |
| Мочевина | 4,9 моль/л |
| Креатинин | 0,060 мкмоль/л |
| Холестерин общий | 4,6 моль/л |
| ЛПВП | 1,0 ммоль/л |
| ЛПНП | 3,2 ммоль/л |
| Триглицериды | 1,5 ммоль/л |
| Билирубин общий / связанный | 8,7 мкмоль/л / 2,2 мкмоль/л |
| АсАТ | 26 Ед/л |
| АлАТ | 22 Ед/л |
| ЛДГ | 337 Е/л |
| КФК | 72 Е/л |
| КФК МВ | 11 Е/л |
| АЛТ | 41 Е/л |
| АСТ | 28 Е/л |
| Глюкоза | 5,9 |
| КА | 3,6 |
| Натрий | 141 ммоль/л |
| Калий | 4,6 ммоль/л |
| Хлориды | 98 ммоль/л |
| Кальций | 2,04 ммоль/л |
| Железо сыв. | 9,5 мкмоль/л |
| СРБ | 4,7 Е/л |

1. **Гемостазиограма**

29.10.2019 г. МНО : 1,04

01.11.2019 г. МНО : 1,36

04.11.2019 г. МНО : 1,80

1. **Исследование крови на вирусные инфекции и сифилис**

30.10.2019 г.

Результат отрицательный

1. **Рентгенограмма ОГК**

28.10.2019 г.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки трахея расположена по центру, смещения органов средостения нет. Легочный рисунок четкий. Корни структурные. Сердце без особенностей. Диафрагма обычная, синусы свободные .Тень средостения обычных размеров. Очаговых и инфильтративных изменений в легких не определяется, данных за пневмоторакс нет, синусы свободны. Свободного газа под диафрагмой нет. Костные структуры и мягкие ткани без видимой патологии.

1. **Электрокардиограмма**

28.10.2019 г.

Фибрилляция предсердий. ЧСС 120 ударов в минуту. Гипертрофия левого желудочка.

1. **ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

На основании жалоб пациентки (на перебои в сердце, сердцебиение, отёк ног, слабость и одышку при незначительной физической нагрузке), данных анамнеза заболевания (считает себя больной с 27.10.2019 г., когда появились перебои в сердце, резкая слабость и одышка после незначительной физической нагрузки. Бригадой СМП был выставлен диагноз «ИБС: пароксизм фибрилляции предсердий, Н2Б»), данных объективного обследования (смешанная одышка, тоны сердца аритмичны, приглушены) , данных лабораторных методов исследования( Гиперхолистеринэмия; ЭКГ(Фибрилляция предсердий. ЧСС 120 ударов в минуту. Гипертрофия левого желудочка.))

можно выставить следующий клинический диагноз:

Основной: ИБС: Фибрилляция предсердий. Гиперхолестеринэмия.

1. **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Анализируя клинику, анамнез, и данные инструментальных исследований можно выделить следующие синдромы:

* болевой синдром, имеющий стенкардитический характер: приступообразные боли за грудиной давящего, сжимающего характера, с иррадиацией в левое плечо и руку, провоцирующиеся физической нагрузкой и стрессовыми факторами и купирующиеся приемом нитроглицерина.
* гипертензионный синдром;

По моему мнению, наиболее значимым синдромом является болевой синдром, т.к. именно он определяет тяжесть состояния больного и возможность развития сердечно-сосудистых осложнений коронарного генеза.

На основании этого можно выделить следующий дифференциальный ряд заболеваний, характеризующихся острым болевым синдромом, загрудинной локализации:

* инфаркт миокарда;
* острая тромбоэмболия легочной артерии;
* расслаивающая аневризма аорты;

С инфарктом миокарда клиническую картину нашего больного связывает факт возникновения тяжелого ангинозного приступа на высоте нагрузки (загрудинная локализация боли, боль продолжительная (более 15 мин.) интенсивная сжимающая и колющая, иррадиирущей в лопатку и левую руку и не купирующаяся приемом нитроглицерина).

Но у больного отсутствует синдром повреждения миокарда, он не подтверждается ни по ЭКГ (может только ввести в заблуждение наличие признаков хронической аневризмы сердца, но в динамике на ЭКГ не появляются новые QS комплексы или изменения сегмента ST в других отведениях, и нет типичных инфарктных изменений комплексов qrst), ни по биохимическими показателями (МВ-КФК в норме). Что позволяет исключить диагноз инфаркт миокарда из дифференциального ряда.

Для острой тромбоэмболии легочной артерии также характерен выраженный болевой синдром (локализация боли возможна за грудиной), на ЭКГ при стенокардитическом варианте возможны признаки ишемии миокарда. Но у больного нет других типичных симптомов клиники тромбоэмболии: синдром дыхательной недостаточности (одышка), бронхоспастический синдром (кашель), синдрома острой правожелудочковой недостаточности (набухание шейных вен, тахикардия, повышение ЦВД, пульсация в эпигастрии и над легочной артерией, изменений на ЭКГ – поворот оси вправо, смещение переходной зоны вправо, изменение зубцов Р).

У больного также отсутствуют факторы риска развития ТЭЛА: варикозное расширение вен, длительный постельный режим, полицитемия, системные заболевания соединительной ткани, сахарный диабет и др., что позволяет исключить диагноз острой тромбоэмболии легочной артерии из дифференциального ряда.

Острая тромбоэмболия легочной артерии наиболее часто развивается при атеросклерозе, гипертонической болезни, специфическом воспалении аорты (сифилитический мезоаортит). Для острой расслаивающей аневризмы аорты характерен болевой синдром, но он носит еще более выраженный характер, чем при инфаркте миокарда. Боль иррадиирует в шею или по позвоночнику. На рентгенографии грудной клетки - расширение тени аорты, очень редко - двухконтурная тень аорты. Чего не наблюдается у нашего больного.

Таким образом, на основании проведенной дифференциальной диагностики установленный клинический диагноз подтверждается.

1. **ЛЕЧЕНИЕ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

Лечение назначено согласно клиническим протоколам Министерства здравоохранения Республики Беларусь (№ 768):

1. Режим: II
2. Диета: стол Б.
3. Медикаментозное лечение: -Sol. Furosemid 40 mg в/в

-Sol.Strofantini 0,0025%-1,0 в/в

-Тab.Carvedilol 6,25 мг 2 р/д.

-Т. Варфарин 2,5 мг. 1 т. в 18.00

1. **ДНЕВНИКИ НАБЛЮДЕНИЙ**

30.10.2019 г.

Состояние удовлетворительное.

Жалобы на общую слабость

Температура тела 36,6 ºС.

Кожный покров и видимые слизистые обычной окраски.

В легких выслушивается везикулярное дыхание, ЧД 17 в минуту.

Перкуторно ясный легочной звук. Границы легких не расширены. Хрипов нет.

Сердечные тоны ритмичные, приглушены. АД 130/80 мм.рт.ст. ЧСС 72 ударов в одну минуту. Границы относительной и абсолютной сердечной тупости не расширены.

Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный. Доступен поверхностной и глубокой пальпации во всех отделах.

Симптом поколачивания отрицательный с двух сторон.

Стул ежедневный, без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Диурез достаточный.

1.11.2019 г.

Состояние удовлетворительное.

Жалобы на общую слабость

Температура тела 36,6 ºС.

Кожный покров и видимые слизистые обычной окраски.

В легких выслушивается везикулярное дыхание, ЧД 17 в минуту.

Перкуторно ясный легочной звук. Границы легких не расширены.

Сердечные тоны ритмичные, приглушены. АД 130/90 мм.рт.ст. ЧСС 74 ударов в одну минуту. Границы относительной и абсолютной сердечной тупости не расширены.

Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный. Доступен поверхностной и глубокой пальпации во всех отделах.

Симптом поколачивания отрицательный с двух сторон.

Стул ежедневный, без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Диурез достаточный.

5.11.2019 г.

Состояние удовлетворительное.

Жалоб активно не предъявляет.

Температура тела 36,6 ºС.

Кожный покров и видимые слизистые обычной окраски.

В легких выслушивается везикулярное дыхание, ЧД 17 в минуту. Хрипов нет.

Перкуторно ясный легочной звук. Границы легких не расширены.

Сердечные тоны ритмичные, приглушены. АД 130/80 мм.рт.ст. ЧСС 80 ударов в одну минуту. Границы относительной и абсолютной сердечной тупости не расширены.

Язык влажный, обложен белым налётом. Живот мягкий, безболезненный. Доступен поверхностной и глубокой пальпации во всех отделах.

Симптом поколачивания отрицательный с двух сторон.

Стул ежедневный, без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Диурез достаточный.

1. **ЭПИКРИЗ**

Пациентка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 1936 года рождения поступила в ГУЗ «ВОКБ» 27.10.2019 г.

Основной: ИБС: Фибрилляция предсердий. Гиперхолестеринэмия.

Результаты лабораторных и инструментальных исследований:

ЭКГ от 28.10.2019 г.: Фибрилляция предсердий. ЧСС 120 ударов в минуту. Гипертрофия левого желудочка.

Биохимический анализ крови: гиперхолистеринэмия

Пациенту было проведено следующее лечение:

Режим: II.

Диета: стол Б.

Медикаментозное лечение: -Sol. Furosemid 40 mg в/в

-Sol.Strofantini 0,0025%-1,0 в/в

-Тab.Carvedilol 6,25 мг 2 р/д.

-Т. Варфарин 2,5 мг. 1 т. в 18.00

В связи с проведенным лечением, пациентка отмечает улучшение состояния.

В настоящее время пациентка продолжает лечение в стационаре.

Прогноз для жизни – благоприятный при адекватной терапии

Прогноз для выздоровления – не благоприятный.

Прогноз для трудоспособности – трудоспособность снижена.

Рекомендовано: продолжить медикаментозную терапию в той же дозе; строго сохранять специальный режим, соблюдать диету с малой энергетической ценностью, избегать стрессовых ситуаций и физических нагрузок; в случае ухудшения состояния немедленно вызывать бригаду скорой помощи. Пройти профилактический курс лечения в кардиологическом отделении через 12 месяцев.   
Полноценное и разнообразное четырехразовое питание: с увеличением содержания в рационе белков животного происхождения, витаминов; снижение потребления соли, сахара, жиров. Отказ от курения и употребления алкоголя. Проживание в экологически чистой местности, частые прогулки на свежем воздухе, санаторно-курортное лечение.