Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего

профессионального образования "Пермская государственная медицинская академия имени академика Е.А.Вагнера" Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Кафедра факультетской терапии №1

АКАДЕМИЧЕСКАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

**Больной**: Ч. Валентина Семеновна, 75 лет

**Основной диагноз**: ИБС. Постинфарктный кардиосклероз (2013г.). Нестабильная стенокардия напряжения IIВ (по Браунвальду).

**Осложнение основного диагноза**: ХСН IIА (NYHA II ФК).

**Сопутствующие заболевания**: Гипертоническая болезнь 3 ст., 3 ст., риск 4. Хронический пиелонефрит. Нефроптоз.

Куратор-студент 403 группы лечебного факультета, 4 курса

Урасинова В.А.

Заведующий кафедрой, д.м.н., Профессор Владимирский Е.В.

Ведущий преподаватель, доцент Михайловская Л.В.

**ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О БОЛЬНОМ**

1. Фамилия, имя, отчество Ч. Валентина Семеновна

2. Возраст 75 лет

. Пол жен

. Образование: бухгалтер

5. Место работы пенсионерка

. Домашний адрес Пермь

. Дата поступления в клинику 04.02.14

**8. Диагноз направившего учреждения**: ИБС. Постинфарктный кардиосклероз(2013г.). Нестабильная стенокардия напряжения IIВ(по Браунвальду).

**9. Предварительный диагноз при поступлении**: ИБС. Постинфарктный кардиосклероз(2013г.). Нестабильная стенокардия напряжения IIВ(по Браунвальду).

**10. Окончательный клинический диагноз**: ИБС. Постинфарктный кардиосклероз(2013г.). Нестабильная стенокардия напряжения IIВ(по Браунвальду).

**Осложнения**: ХСН IIА(NYHA II ФК).

**Сопутствующие**: Гипертоническая болезнь 3 ст., 3 ст., риск 4. Нефроптоз. Хронический пиелонефрит.

. Исход заболевания: улучшение

12. Трудоспособность при выписке: утрачена стойко, частично

**РАССПРОС**

**1. Основные жалобы больного при поступлении**

Боли сжимающего характера в области нижней трети грудной клетки при повышении АД, иррадиируют в левую руку и лопатку, сопровождается чувством страха и головокружения, купирует изокетом.

Также пациентку беспокоит учащенное сердцебиение, возникающее после подъема АД 140/100 мм.рт.ст.

Одышка смешанного характера при незначительной физической нагрузке (ходьба менее 100метров).

Общая слабость

Повышенная утомляемость

**2. Анамнез настоящего заболевания**

Считает себя больной с октября 2013 г., когда после сильного эмоционального стресса( смерть сына), впервые почувствовала жгучую боль за грудиной, давящего характера, с иррадиацией в левую половину туловища, онемение левой половины туловища, длительностью более 40 минут, не купировалась нитроглицерином. Была госпитализирована с инфарктом миокарда.

После выписки проходила ежемесячно ЭКГ исследование и наблюдалась у терапевта. Уже в течении многих лет страдает ГБ. Так отмечает повышение АД максимально до 200/110мм.рт.ст, рабочее до АД 140/90 мм.рт.ст. Купирует приемом эналаприла. Постоянно с октября 2013г. принимает кардикет, кардиомагнил, предуктал, перинева.

В ноябре 2013г. появились острые сжимающие загрудинные боли, как следствие физической нагрузки (подъем на 3 этаж, ходьба более 500 м), сопровождались одышкой, тахикардией. При этом больная принимала изокет, боли, как правило, купировались, в больницу по поводу этого не обращалась. В течение последних двух месяцев отмечает ухудшение состояния, появились боли в области сердца, за грудинной при незначительной физической нагрузке (ходьба менее 100 метров) и в покое, продолжительнее по времени, боли купируются приемом изокета. По поводу этого обратилась к врачу-терапевту по месту жительства, где он выписал направление на госпитализацию.

февраля была госпитализирована в плановом порядке в ГКБ№2 в инфарктное отделение на обследование и стационарное лечение.

**3. Общий анамнез**

**Общее состояние больного**. Недомогание, общая слабость появились до поступления в стационар. Повышение и понижение массы тела, повышения температуры не выявлено.

Отмечается головокружение, мелькание черных мушек перед глазами, Шума в ушах, ощущения "ползания мурашек", обморочных состояний нет. Кожный зуд отсутствует.

**Дыхательная система**

**Дыхание через нос** свободное. Выделений из носа нет. Носовые кровотечения отсутствуют. Ощущение сухости, царапанья в горле, охриплость голоса, затруднение и болезненность при глотании отсутствуют.

**Кашля, мокроты** нет. **Кровохарканье** не отмечает. **Боли в грудной клетке**: локализуются за грудиной, сжимающий характер; иррадиируют в левую руку и плечо, купируется применением лекарств**. Одышка** смешанного характера при незначительной физической нагрузке( при ходьбе менее 100м.), купируется в покое. **Приступы удушья** отсутствуют.

**Сердечно-сосудистая система**

Ощущение сердцебиения: приступами, 10 минут, возникают при подъеме АД, в связи с волнением, либо при незначительной физической нагрузкой( ходьбе менее 100 м.)

Ощущение перебоев в работе сердца периодические, связанны с волнением, либо незначительной физической нагрузкой, либо подъемом АД, купируются в покое, приемом лекарственных препаратов.

Боли в области сердца: приступообразные колющие, интенсивные, по продолжительности 10-15 минут, иррадиируют в левую руку и плечо, возникают после эмоционального напряжения, подъема АД, купирует медикаментозно.

Одышка: смешанного характера при незначительной физической нагрузке( при ходьбе менее 100м.), купируется в покое.

Отеков нет.

**Система органов пищеварения**

Аппетит сохранён. Вкус во рту обычный.

Глотание, прохождение пищи по пищеводу свободное.

Отрыжка, изжога, рвота не бывают.

Боли в животе пациент отрицает.

Стул регулярный, самостоятельный, 1 раз в 2 дня. Кал оформленной консистенции, коричневого цвета, без видимых включений (со слов больного). Отхождение кала и газов свободное.

**Система мочеотделения**

Боли в поясничной области: отсутствуют. Мочеиспускание: частота - 6-7 раз в день, количество - 1,5 л. Имеются поллакиурия, никтурия. Дизурических явлений не выявлено.

**Опорно-двигательная система**

Сильные боли ноющего характера в костях конечностей, в суставах и позвоночнике. Боли продолжительные, возникают ближе к вечеру. Переохлаждение и физическое напряжение способствуют их возникновению и усилению. Припухлость суставов, покраснение кожи над ними не наблюдается. Утренняя скованностиь, ограничение объема движения.

Боли в мышцах нет.

**Эндокринная система**

Аппетит понижен. Кожного зуда нет. Чрезмерная сухость кожи, наличие пигментации на верхних конечностях, лице. Повышенной потливость не отмечается. Нарушение волосяного покров нет. Избыточное разнитие или появление его на несвойственных данному молу местах отсутсвует. Выпадения волос незначительное.

**Нервная система**

Сон нарушенный: бессонница - частые пробуждения, в сочетании с дневной слабостью, снижением работоспособности, частые пробуждения (с связи с болями в сердце). Настроение: спокойное.

Головные боли имеющую лобно-височную локализацию,возникают при повышении АД(АД 140/80 чувствует себя хорошо) сопровождаются слабостью, головокружением.

Приливы крови, ощущение жара в течение суток не наблюдаются. Жалобы на изменение зрения, слуха. Вкус, обоняние не изменено.

**ИСТОРИЯ ЖИЗНИ**

**Место рождения:** г. Пермь. Среднее профессиональное образование (бухгалтер).

**Трудовой анамнез:** Работала бухгалтером. В данный момент является пенсионеркой.

**Семейно-половой анамнез**: Есть дочь, сын погиб. Характер питания: регулярный.

**Вредные привычки**: Не курит, спиртные напитки и наркотики не употребляет.

**Перенесенные ранее заболевания**: у пациентки имеется нефроптоз, хронический пиелонефрит. Венерических заболеваний, туберкулеза, обменных заболеваний, инфекционного гепатита, ВИЧ - инфекции нет.

**Наследственность**: Мама умерла в возрасте 86 лет - кардиосклероз.

**Аллергологический анамнез**: Переносимость медикаментов, пищевых продуктов, запахов растений хорошая. Аллергической сыпи, отека Квинке, крапивницы, сенной лихорадки, удушья, анафилактического шока при приёме лекарственных препаратов, после влияния вакцин, сыворотки не наблюдалось.

**ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

Наружное обследование

**Оценка общего состояния больного**: удовлетворительное. Сознание: ясное. Положение больного в постели: активное. Выражение лица: спокойное. Возраст больного по внешнему виду соответствует паспортным данным. Тип телосложения: нормостенический. Рост - 158 см, вес - 52 кг. ИМТ=22 масса/рост2. Запаха от тела больного и выдыхаемого воздуха - нет. Изменений формы головы, дрожания, покачивания головой нет. Осанка правильная, походка устойчивая.

**Кожные покровы**: физиологической окраски. Участков депигментации нет. Сыпи, язв, расчесов, пролежней, ксантом, липом, геморрагических высыпаний не наблюдаются. Имеется послеоперационные рубцы . Эластичность кожи умеренная. Кожа сухая.

**Видимые слизистые оболочки**

Слизистые оболочки глаз(коньюктивы), слизистая полости рта, губ физиологической окраски. Без высыпаний и эрозий. Язв не наблюдается.

**Волосяной покров**

Оволосение по женскому типу. Выпадение и поседение волос незначительное. Чрезмерного развития волос (гирсутизм) отсутствует.

**Ногти**

Ногти нормальной формы. Ломкости нет. Без исчерченности и цианоза.

**Подкожная клетчатка**

Степень развития подкожно-жирового слоя - чрезмерная. Распределена не равномерно - в основном в области живота. Толщина кожно-жировой сладки выше правой реберной дуги 1,5 см.

**Отеков** нет.

**Лиматические узлы**

Подчелюстные, затылочные, околоушные, шейные, над- и подключные, подмышечные, кубитальные, паховые, подколенные не увеличены и не прощупываются.

**Мышцы**

Степень развития мышц нормальная. Гипотрофии, атрофии, гипертрофии не выявлено. Мышечный тонус пониженный. Болезненности при ощупывании нет. Мышечная сила сохранена. Дрожания мышц и судорог не отмечено.

**Кости**

Кости скелета развиты пропорционально. Деформации костей, искривления нет. Утолщение концевых фаланг пальцев рук по типу 'барабанных палочек' не наблюдается. Болезненности при поколачивании грудины, ребер, трубчатых костей нет. Болезненность при поколачивании позвоночника в шейном отделе.

**Суставы**

Форма суставов правильная. Припухлости суставов, покраснения кожи над ними нет . Утренняя скованность, ограничение объема движения. Боли и затруднения при движения в суставах и позвоночнике нет. Позвоночник имеет правильную форму.Шейный и поясничный лордоз сохранен. Кифоз в грудном и крестцовом отделе сохранен.

**Система дыхания**

**Верхние дыхательные пути** дыхание через нос свободное с обоих сторон, выделений нет. Форма носа не изменена.

*Осмотр*

Форма грудной клетки нормостеническая.

Симметричность грудной клетки: наличие выбухания и западения - не наблюдаются. Одинаковая выраженность над- и подключичных ямок справа и слева. Положение ключиц и лопаток на одном уровне.

Тип дыхания - смешанный, с преобладанием брюшного. Ритм дыхания правильный.

Частота дыхания - 20 в мин. Глубина дыхания - умеренной глубины. Наблюдается симметричность обеих половин в акте дыхания.

*Пальпация грудной клетки*

Болезненности мышц, ребер, межреберных промежутков, в точках выхода межреберных нервов нет. Грудная клетка резистентная, легочная ткань эластична. Голосовое дрожание проводится над всей поверхностью легких.

**Перкуссия лёгких.**

При сравнительной перкуссии над правым и левым легким - ясный легочный звук.

*Топографическая перкуссия:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы лёгких | Справа | Слева |
| Высота стояния верхушек лёгких |  |  |
| Спереди | 4 см | 4см |
| Сзади | На уровне VII шейного позвонка |
| Ширина поля Кренига | 7 см | 7 см |

*Нижняя граница лёгких*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линии | Правого | Левого |
| Окологрудинная | VI ребро | - |
| Срединно-ключичная | VII ребро | - |
| Передняя подмышечная | VIII ребро | VIII ребро |
| Средняя подмышечная | IX ребро | IX ребро |
| Задняя подмышечная | IX ребро | IX ребро |
| Лопаточная | X ребро | X ребро |
| Околопозвоночная к уровню остистого отростка позвонка | Остистый отросток Th11 | Остистый отросток Th11 |

*Подвижность нижнего легочного края*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линии | Справа | Слева |
|  | Вдох | Выдох | Сумма | Вдох | Выдох | Сумма |
| Срединно-ключичная | 3 см | 3 см | 6 см | - | - | - |
| Средняя подмышечная | 4 см | 4 см | 8 см | 4 см | 4 см | 8 см |
| Лопаточная | 3 см | 3 см | 6 см | 3 см | 3 см | 6 см |

*Аускультация легких*

Над всей поверхностью легких вслушивается везикулярное дыхание. Патологического бронхиального дыхания нет. Побочные дыхательные шумы: хрипы, крепитация, шум трения плевры не выслушиваются.

*Осмотр области сердца и крупных сосудов*

Выпячивания грудной клетки в области сердца не наблюдается. Верхушечный толчок располагается в V межреберье на 1 см кнутри от передней подмышечной линии. Сердечный толчок не обнаруживается. Наличие пульсации во II межреберье справа, над рукояткой грудины, в яремной ямке; во II межреберье слева, по парастернальной линии в III - IV межреберьях слева не выявлено. Надчревной пульсации нет. Набухание и пульсация шейных вен, пульсация сонных артерий, "пляска каротид" не наблюдаются.

*Пальпация в области сердца*

Верхушечный толчок расположен в V межреберье на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Верхушечный толчок разлитой (ширина более 2 см), высокий, сильный, резистентный. Ощущение систолического и диастолического дрожания грудной клетки (симптома "кошачье мурлыканье") не наблюдается. Наблюдается гиперестезия кожи, болезненность при пальпации в области сердца.

*Перкуссия сердца*

Границы относительной сердечной тупости: правая - IV межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины; левая - V межреберье на 1 см кнутри от передней подмышечной линии; верхняя - по левой парастернальной линии III межреберье, нижний край III ребра. Поперечный размер сердца - 15-16 см.

Границы сосудистого пучка - располагается во II межреберье справа и слева по правому и левому краю от грудины соответственно; ширина - 4 см.

**Граница сердечно-сосудистого контура**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Межреберье | Правая | Левая |
| II | По краю грудины | По левому краю грyдины |
| III | На 1 см от края грудины | По левой стороне парастернальной линии |
| IV | На 1 см кнаружи от правого края грудины | - |
| V | - | На 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии |

Талия сердца располагается в III межреберье относительно левой парастернальной линии, выражена, конфигурация сердца аортальная.

*Аускультация сердца*

Тоны сердца. Ритм сердца - правильный, двухчленный. Звучность I тона на верхушке сердца ослаблена. Звучность II тона на аорте - усилена, акцент II тона на аорте. Наличие расщепления и раздвоения тонов не наблюдается.

*Выслушивание шумов.* Систолических и диастолических шумов нет. Наличие эстракардиальных шумов невыявленно.

*Исследование сосудов*

Артериальный пульс на лучевых артериях симметричный, ритм правильный, с частотой 64 уд/мин; полный, напряжение стенки артерий при надавливании - пульс средний, пульс по величине большой, форма пульса не изменена.

**Система пищеварения**

**Осмотр полости рта**

Язык розового цвета, влажный, сосочковый слой не атрофирован, в области корня покрыт белым налетом. Десны не воспалены, не кровоточат. Слизистая оболочка десен бледно-розового цвета. Имеются зубные протезы. Миндалины не увеличены.

**Исследование живота**

**Осмотр живота**

В положении лежа и стоя: форма правильная, участвует в акте дыхания; видимой перистальтики желудка и кишечника нет; кожные покровы физиологической окраски, наличия расширенных подкожных венозных анастомозов нет. Грыж, рубцов нет.

**Перкуссия живота**

Асцита, симптома флюктуации, симптома локальной перкуторной болезненности в эпигастрии не наблюдаются.

**Поверхностная ориентировочная пальпация живота**

Живот мягкий, безболезненный, расхождения прямых мышц живота, грыж, опухолевидных образований нет.

**Глубокая методическая скользящая пальпация живота по методу Образцова-Стражеско**

При глубокой пальпации в левой подвздошной области пальпируется сегмент кишки, диаметром 3 см, подвижный, безболезненный, с ровной, гладкой поверхностью, урчаний нет.

В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка, диаметром 6 см, подвижная, безболезненная, с ровной гладкой поверхностью. Определяется легкое урчание.

Поперечно-ободочная пальпируется на 2 см ниже нижней границы желудка, диаметром 4 см, подвижная, безболезненная.

Нижняя граница желудка располагается пальпаторно и перкуторно на 2 см выше пупка в виде эластичной мягкой складки с ровной гладкой поверхностью, безболезненная. Остальные отделы толстой кишки не пальпируются.

**Аускультация живота**

Нижняя граница желудка аускультативно определяется на 2 см выше пупка. Перистальтика выслушивается над всей поверхностью живота.

***Пальпация печени***

Нижний край печени пальпируется на уровне края реберной дуги. Край печени закруглен, безболезненный, мягкий. Поверхность гладкая.

Ординаты печени по Курлову:

Первая (правая срединно-ключичная линия) - 11 см

Вторая (передняя срединная линия) - 9 см

Третья (по левому реберному краю) - 8 см

***Осмотр, перкуссия и пальпация селезенки***

Осмотр области селезенки: наличие выпячиваний в левом подреберье не наблюдается.

Селезенка в положении лежа на спине, по Сали не пальпируется.

**Пальпация желчного пузыря**

Желчный пузырь не пальпируется.

**Пальпация поджелудочной железы**

Поджелудочная железа не пальпируется. Болезненность не определяется

***Система мочеотделения***

*Осмотр поясничной области:* контуры сглажены, выбуханий и гиперемии нет.

*Пальпация почек:* в положении лёжа на спине и стоя почка не прощупываются.(21.01.13 года проведена ренэктомия справа по поводу tumor в условиях ООД). По ходу мочеточников болевые точки не выявлены.

*Перкуторно* синдром сотрясения поясничной области отрицательный.

*Пальпация и перкуссия надлобковой области -* мочевой пузырь не пальпируется.

***Эндокринная система***

*Осмотр и пальпация щитовидной железы:* локализация щитовидной железы нормальная, её узлы не пальпируются. Щитовидная железа не увеличена, подвижна, безболезненна. Экзофтальм, глазные симптомы, мелкий тремор пальцев вытянутых рук, повышенный блеск или тусклость глазных яблок не выявлены.

*Нарушения роста,* телосложения, пропорциональности отдельных частей тела не выявлены. Вторичные половые признаки соответствуют паспортному полу. Физическое и умственное развитие соответствуют возрасту. Кожа умеренно сухая, без истончений, огрублений, гиперпигментаций, угрей.

**Нервная система**

Походка, координация движений не нарушены. Сухожильные, брюшные рефлексы сохранены. Парезов и параличей нет. Речь не нарушена. Нарушений чувствительной сферы не выявлено. Нарушений вегетативной нервной системы нет.

**Психическое состояние**

Ориентировка в месте, во времени и конкретной ситуации сохранены. Больной контактен. Речь и мышление последовательны, логичны. Отмечается некоторое нарушение памяти на настоящие события. Уровень интеллекта умеренный. Настроение ровное, устойчивое. Внимание сохранено. Доминирующих и навязчивых идей, суицидных мыслей и намерений нет. Нарушений поведения, изменений характера, аффективных состояний нет.

**ОБОСНОВАНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА**

диагноз ишемический сердце стенокардия

**Диагноз:** ИБС. ПИКС(2013г.). Прогрессирующая стенакордия напряжения IIВ(по Браунвальду).

Диагноз был поставлен на основании жалоб, анамнеза заболевания и объективных исследований.

**Жалобы:** Боли сжимающего характера в области нижней трети грудной клетки при повышении АД, иррадиируют в левую руку и лопатку, сопровождается чувством страха и головокружения, купирует изокетом.

Также пациентку беспокоит учащенное сердцебиение, возникающее после подъема АД 140/ 90 мм.рт.ст.

Одышка смешанного характера при незначительной физической нагрузке (ходьба менее 100метров).

**Анамнез заболевания:** ПИКС(2013г.). Уже в течении многих лет страдает ГБ. В ноябре 2013г. появились острые сжимающие загрудинные боли, как следствие физической нагрузки (подъем на 3 этаж, ходьба более 500 м), сопровождались одышкой, тахикардией, боли купировала изокетом. В течение последних двух месяцев отмечает ухудшение состояния, появились боли в области сердца, за грудинной при незначительной физической нагрузке (ходьба менее 100 метров) и в покое, продолжительнее по времени, боли купируются приемом изокета.

**Объективное исследование:** перкуссия сердца - границы относительной тупости сердца левая - v межреберье на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии

- акцент 2 тона на аорте.

**ПЛАН ДАЛЬНЕЙШЕГО ОБСЛЕДОВАНИЯ**

**1. Лабораторные исследования**

ОАМ -оценка функционального состояния почек.

ОАМ и БХК - в диагностике стенокардии имеют вспомогательное значение, так как позволяют определить лишь наличие дислипидемии, обнаружить сопутствующие заболевания и ряд факторов риск(СД) , либо исключить другие причины болевого синдрома( воспалительные заболевания, болезни крови, болезни щитовидной железы).

**2. Инструментальные исследования**

**ЭКГ** - для оценки состояния миокарда и его проводящей системы

**Суточное мониторирование ЭКГ** позволяет выявить наличие болевых и безболевых эпизодов ишемии миокарда в привычных для больных условиях , а также возможные нарушения ритма сердца.

**Эхокардиография <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D1%85%D0%BE%D0%BA%D0%B0%D1%80%D0%B4%D0%B8%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B0%D1%84%D0%B8%D1%8F> в покое** - позволяет обнаружить или исключить другие расстройства (например, клапанные пороки сердца или гипертрофическая кардиомиопатия) как причины возникновения симптомов, а также оценить функцию желудочков, размеры полостей сердца и т. д.

**Коронарная ангиография** - позволяет определить наличие, локализацию и степень сужения венечных артерий.

**УЗИ - почек** - для выявления патологии почек

Лабораторные методы исследования

***Анализ крови общий*** от 06.02.14: : эритроциты- 4.7\*10 /л (4,5-5.5\*10 /л), Hb- 134 г/л (120-140 г/л), цветной показатель- 27.5 (27.0-31), лейкоциты- 5,8\*10 /л (4.0-8.5\*10 /л), эозинофилы- 2(1-5), палочкоядерные- 6 (1-6), сегментоядерные- 65 (45-70), лимфоциты- 30 (18-40), моноциты-3 (2-9), СОЭ- 8мм/час

***Биохимический анализ крови*** от 06.02.14: : АСАТ- 14.7 ед/л (0-31), общий белок- 74.8 г/л (66-87), холестерин общ.-5.61 ммоль/л (3.2-5.7), альфа - ХС- 1.88, пребетаЛП- 0, 373, бетаЛП- 3,36, КА-1,98 глюкоза- 4.69 ммоль/л (3.3-5.5), ЛПВП-холестерин 1.88(1.16-1.68), триглицериды 0.810(0.15-1.71)

От 07.02.14 амилаза крови - 49, 02, АСТ - 20,5, МВ - 7,6 , АСТ-20,5е/л

***Анализ мочи*** от 06.02.14: кол-во-100 мл, цвет- соломенно-желтый, прозрачная, удельный вес-1020 (1010-1025), реакция кислая, белок- отр., лейкоциты- 2-3 в п/зр, эпителий плоский- в большом кол-ве

.02.14 бактериологический анализ кала- патогенные м/о кишечной группы не обнаружены.

**Проба Нечипоренко** от 06.02.14 лейкоциты 21250 в 1 мл( до 4000), эритроциты 2500( до2000)

**Инструментальные методы исследования**

***ЭКГ*** от 05.02.14:

Синусовая брадикардия с ЧСС 59, нарушение желудочковой экстрасистолии. Нарушение внутрипредсердной проводимости. Увеличение обеих желудочков, нарушение процессов реполяризации в области переднебоковой и задней стенок

***ЭКГ*** от 06.02.14: Синусовая брадикардия с ЧСС 51, нарушение внутрипредсердной и внутрижелудочковой проводимости. Увеличение обеих желудочков, нарушение процессов реполяризации в области верхушки и боковой стенок.

***ЭКГ*** от 11.02.14:

Ритм синусовый с ЧСС 60. Нарушение внутрипредсердной и внутрижелудочковой проводимости. Увеличение обеих желудочков. Нарушение процессов реполяризации в области переднебоковой и задней стенок.

**От 06.02.14 эходопплеркардиографическое исследование**: Небольшое увеличение предсердий. Изменения аорты небольшой аортальный стеноз. Митральная регургитация 1-2 ст. Трикуспидальная регургитация 3 ст. Систолическая функция снижена.

**От 11.02.14 По данным холтеровского мониторирования зарегестрировано:**

**1.** В дневные часы средняя ЧСС =71 в мин, минимальная ЧСС=53 в мин, максимальная ЧСС=92 в мин

В ночные часы средняя ЧСС= 54 в мин, минимальная ЧСС=47 в мин, максимальная ЧСС=92 в мин.

Циркадный индекс=1, 32(N=1,24-1,44). Правильный циркадный индекс( на фоне медикаментозной терапии)

**2.** За время наблюдений найдены следующие виды ритма и его нарушения:

Синусовый ритм

Синусовая брадикардия

Синусовая аритмия

Частая изолированная политопная желудочковая экстрасистолия временами по типу бигеминии и тригеминии

Редкая парная политопная желудочковая экстрасистолия

Редкая изолированная политопная суправентрикулярная тахикардия с ЧСС=76-130 в мин

Субъективно в активный период при физической нагрузке отмечается "сердцебиение"

**3.** Изменения сегмента ST-T

По 1 каналу боковая стенка в течение всей записи : в дневные и ночные часы при ЧСС=47-99 в мин. Регистрируется горизонтальная депрессия ST от "-"1.0 до 1.8 мм.

**УЗИ почек** от 11.02.14

Правая-96\*37, контуры ровные, паренхима нормальной величины, эхогенность обычная, синус не расширен, уплотнен, ЧЛС-не расширена, конкрементов нет, очаговых образований нет.

Левая - 100\*47, , контуры ровные, паренхима нормальной величины, эхогенность обычная, синус не расширен, уплотнен, ЧЛС- не расширена, конкрементов нет, очаговых образований нет.

Заключение: Диффузные изменения почек. Правосторонний нефроптоз.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

. Инфаркт миокарда 2. стабильная стенокардия напряжения 3. Анневризмы дуги

. В данном случае нельзя поставить диагноз инфаркт миокарда так как для этого заболевания характерны длительный болевой приступ, на ЭКГ формирование патологического зубца Q, изменение ферментов сыворотки крови.

. Нельзя поставить диагноз стабильной стенокардии напряжения в данном случае, так как отмечается ухудшение состояния в последние 2 месяца, функциональный класс увеличился до III, приступы стали чаще, продолжительнее по времени.

. Нельзя поставить диагноз анневризма дуги аорты т. к. это заболевание проявляет себя многочисленными сопутствующими симптомами, вызванными сдавлением соседних органов (кашель, дисфагия, осиплость, нарушение зрения, обмороки, асимметричный пульс, признаки сдавления верхней полой вены).

**ЭТИОЛОГИЯ**

Этиология: атеросклароз коронарных артерий, коронароспазм; факторы риска: возраст (75 года), артериальная гипертензия.

**ПАТОГЕНЕЗ**

Возникновение стенокардии связано с кратковременной преходящей ишемией миокарда. Стенокардия один из вариантов болевого течения ИБС. В понятие ИБС, кроме стенокардии, входят еще инфаркт миокарда и атеросклеротический кардиосклероз. Выделяют 2 фактора:

) Потребность миокарда в кислороде;

) Снабжение кислородом (или приток кислорода).

Между этими двумя факторами в норме существует динамическое равновесие. Потребность миокарда в кислороде зависит от:

а) ЧСС, напряжения стенки левого желудочка, т.е. от силы сердечных сокращений, контрактильности миокарда;

б) от уровня катехоламинов, особенно норадреналина.

Потребность миокарда в кислороде регулируется и обеспечивается коронарным кровоснабжением:

при снижении уровня кислорода в миокарде (снижение его концентрации или легкая гипоксия миокарда) от АМФ отщепляется фосфатная группа, в результате чего образуется аденозин. Аденозин является "местным" гормоном, он расширяет сосуды и увеличивает тем самым доставку кислорода к миокарду. Это основной путь.

В прекапилярах расположены особые рецепторы, которые возбуждаются при снижении уровня кислорода в крови коронарных артерий. Эффект - расширение венечных артерий.

ИБС и стенокардия возникает тогда, когда коронарный кровоток (то есть коронарные артерии в узком смысле) не может восполнить потребность миокарда в кислороде. Недостаточная доставка кислорода, несоответствие потребности миокарда в кислороде и возможностей его доставки и лежат в основе стенокардии. Причина нарушения коронарного кровотока, снижения его возможностей, в большинстве случаев связана с органическим поражением венечных артерий: чаще всего (92%) атеросклероз; реже васкулиты: ревматические, сифилитические, при коллагенозах (узелковый периартериит); иногда функциональные нарушения гемодинамики: артериальные пороки сердца, стенокардия при тиреотоксикозе; в редких случаях стенокардия возможна при ГБ.

**ОБОСНОВАНИЕ СОПУТСТВУЮЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Гипертоническая болезнь 3 ст., 3 ст., риск 4.

Жалобы: повышенная утомляемость

Общая слабость

Анамнез заболевания: Уже в течение многих лет страдает ГБ. Так отмечает повышение АД максимально до 200/100мм.рт.ст, рабочее до АД140/90мм.рт.ст.

Объективное исследование: перкуссия седца - границы относительной тупости сердца левая - v межреберье на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии.

Талия сердца располагается в 3 межреберьет относительно левой парастернальной линии, выражена

Конфигурация сердца- аортальная

Аускультация сердца - акцент II тона на аорте

**На основании лабораторных и инструментальных исследований:**

**Проба Нечипоренко** от 06.02.14 лейкоциты 21250 в 1 мл( до 4000), эритроциты 2500( до2000) указывающая на хронический пиелонефрит.

**УЗИ почек** от 11.02.14

Правая-96\*37, контуры ровные, паренхима нормальной величины, эхогенность обычная, синус не расширен, уплотнен, ЧЛС-не расширена, конкрементов нет, очаговых образований нет.

Заключение: **Диффузные изменения почек. Правосторонний нефроптоз.**

**От 06.02.14 эходопплеркардиографическое исследование**: Небольшое увеличение предсердий.

***ЭКГ*** от 11.02.14:

Увеличение обеих желудочков.

**ГБ IIIcт.** отмечает повышение АД максимально до 200/110мм.рт.ст.

**ГБ IIIcтадия**

повышение АД максимально до 200/110мм.рт.ст, рабочее до АД 140/90 мм.рт.ст.

ИБС. ПИКС(2013). Нестабильная стенокардия напряжения.

ХСН IIА(NYHA II ФК).

Хронический пиелонефрит. Нефроптоз.

***ЭКГ*** от 11.02.14:

Увеличение обеих желудочков.

**Категория риска - 4**

Пол-женский

Возраст - 75 лет

Гиподинамия

ИБС. ПИКС(2013). Нестабильная стенокардия напряжения.

Хронический пиелонефрит. Нефроптоз.

ХСН IIА(NYHA II ФК).

***ЭКГ*** от 11.02.14:

Увеличение обеих желудочков.

**Обоснование осложнения основного заболевания:** ХСН IIА(NYHA II ФК).

**ХСН(NYHA II ФК).**

**Жалобы:** Одышка смешанного характера при незначительной физической нагрузке (ходьба менее 100метров).

Общая слабость

Повышенная утомляемость.

**ХСН IIА по Василенко-Стражеско поставлен на основании:**

**Жалоб**: Одышка смешанного характера при незначительной физической нагрузке (ходьба менее 100метров).

Общая слабость

Повышенная утомляемость.

· Анамнез заболевания: длительная АГ, ИБС

Объективные данные:

Аускультация сердца - акцент II тона на аорте.

**На основании инструментальных методов:**

***ЭКГ*** от 05.02.14:

Увеличение обеих желудочков.

**От 06.02.14 эходопплеркардиографическое исследование**: Изменения аорты небольшой аортальный стеноз. Митральная регургитация 1-2 ст. Трикуспидальная регургитация 3 ст. Систолическая функция снижена.

**От 11.02.14 По данным холтеровского мониторирования зарегистрированы:**

Синусовая брадикардия

Синусовая аритмия

**Обоснование окончательного диагноза:**

ИБС. Постинфарктный кардиосклероз(2013г.). Нестабильная стенокардия напряжения IIВ(по Браунвальду).

Поставлен на основании жалоб, анамнеза, объективного исследования, лабораторных и инструментальных методах исследования.

**ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ**

***Биохимический анализ крови*** от 06.02.14: альфа - ХС- 1.88, пребетаЛП- 0, 373, бетаЛП- 3,36, ЛПВП-холестерин 1.88(1.16-1.68), триглицериды 0.810(0.15-1.71) - повышение ЛП указывает на атеросклеротическое поражение кровеносных сосудов, что является этиологическим фактором в развитии ИБС.

От 07.02.14 МВ - 7,6 - свидетельствует об отсутствии некроза миокарда.

**Инструментальные методы исследования**

***ЭКГ*** от 05.02.14:

Синусовая брадикардия с ЧСС 59, нарушение желудочковой экстрасистолии. Нарушение внутрипредсердной проводимости. Увеличение обеих желудочков, нарушение процессов реполяризации в области переднебоковой и задней стенок

***ЭКГ*** от 11.02.14:

Ритм синусовый с ЧСС 60. Нарушение внутрипредсердной и внутрижелудочковой проводимости. Увеличение обеих желудочков. Нарушение процессов реполяризации в области переднебоковой и задней стенок.

**От 06.02.14 эходопплеркардиографическое исследование**: Небольшое увеличение предсердий. Изменения аорты небольшой аортальный стеноз. Митральная регургитация 1-2 ст. Трикуспидальная регургитация 3 ст. Систолическая функция снижена.

**От 11.02.14 По данным холтеровского мониторирования зарегестрировано:**

За время наблюдений найдены следующие виды ритма и его нарушения:

Синусовый ритм

Синусовая брадикардия

Синусовая аритмия

Частая изолированная политопная желудочковая экстрасистолия временами по типу бигеминии и тригеминии

Редкая парная политопная желудочковая экстрасистолия

Редкая изолированная политопная суправентрикулярная тахикардия с ЧСС=76-130 в мин

1. Изменения сегмента ST-T

По 1 каналу боковая стенка в течение всей записи : в дневные и ночные часы при ЧСС=47-99 в мин. Регистрируется горизонтальная депрессия ST от "-"1.0 до 1.8 мм.

**ЛЕЧЕБНЫЕ НАЗНАЧЕНИЯ И ИХ ОБОСНОВАНИЕ**

До госпитальный этап не проводился, так как больная поступила в плановом порядке в отсутствии приступа.

.Бета - адреноблокаторы применяется с целью урежения ЧСС и уменьшения сократимости миокарда, оказывает антиангинальный эффект

Rp.: Tabl. Bisoprololi 0,02

D.S. По 1 таблетке 1 раза в день

. Антиагреганты ( антитромбоцитарные препарат)

Rp.: Tabl.Aspirini 0,15

D.S. По 1 таблетке 1 раза в день

# Rp.:Tabl. Clopidogreli 0, 75

# D.S. По 1 таблетке 1 раз в день.

3. Статины ( для снижения общего холестерина и холестерина ЛПНП)

Rp.: Tabl. **Lovastati 0, 02**

D.S. По 1 таблетке 1 раза вечером.

. Ингибиторы АПФ с целью снижения АД

# **Rp.: Tabl. Captoprili 0,25**

D.S. По 1 таблетке два раза в день

. Нитраты во время приступа стенокардии

Rp.: Aеrosoli Isoketi

D. S. Во время приступа стенокардии разбрызгать в полости рта.

Rp.: Tabl. **Kardiceti 0, 02**

D.S. По 1 таблетке 2 раза в день.

**ДНЕВНИК**

.02.14 Жалобы на общую слабость, периодические перебои в работе сердца, боли в области нижней трети грудной клетки, сжимающего характера, иррадиирующие в левую руку и плечо.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД = 140/90 мм. рт. ст. Пульс 66 / мин. Отеков нет. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Диурез достаточный. Лечение продолжает.

.02.14 Больная жалуется на общую слабость, перебои в сердце ощущает периодически.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны ритмичные. АД = 130/80 мм. рт. ст. Пульс 72 / мин. Отеков нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Диурез достаточный. Лечение продолжает.

.02.14 Отмечается улучшение состояния. Периодических перебоев в работе сердца нет. Сохранилась общая слабость. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы физиологической окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны ритмичные. АД = 130/70 мм. рт. ст. Пульс 70 / мин. Отеков нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Диурез достаточный.

**ЭПИКРИЗ**

Больная Чикина Валентина Семеновна (75лет) находилась на стационарном лечении в инфарктном отделении с 04.02.2014 по 17.02.2014 ГКБ№2 с диагнозом:

**Окончательный клинический диагноз**: ИБС. Постинфарктный кардиосклероз(2013г.). Нестабильная стенокардия напряжения IIВ(по Браунвальду).

**Осложнение основного диагноза**: ХСН IIА(NYHA II ФК).

**Сопутствующие заболевания**: Гипертоническая болезнь 3 ст., 3 ст., риск 4. Хронический пиелонефрит. Нефроптоз. Хронический панкреатит.

Больная была госпитализирована в плановом порядке со следующими жалобами: Боли сжимающего характера в области нижней трети грудной клетки при повышении АД, иррадиируют в левую руку и лопатку, сопровождается чувством страха и головокружения, купирует изокетом.

Учащенное сердцебиение, возникающее после подъема АД 140/100 мм.рт.ст. Одышка смешанного характера при незначительной физической нагрузке (ходьба менее 100метров). Из анамнеза известно, что с октября 2013 г больная перенесла инфаркт миокарда, после которого периодически возникали приступы стенокардии. Больной постоянно принимала кардикет, кардиомагнил, предуктал, перинева. Приступы купировала изокетом. Количество приступов начало нарастать по силе и продолжительности с декабря 2013 года. В течение последних двух месяцев приступы стали частыми и интенсивными, появилось ощущение перебоев в работе сердца. По поводу чего обратилась к врачу-терапевту, который направил для обследования и стационарного лечения в ГКБ№2 инфарктное отделение.

За время пребывания в клинике больной был осмотрен, и ему были проведены общие и лабораторно-инструментальные исследования. При объективном обследовании выявлены: **Объективное исследование:** перкуссия сердца - границы относительной тупости сердца левая - v межреберье на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии

акцент 2 тона на аорте.

**Из лабораторных данных**

***Биохимический анализ крови*** от 06.02.14: альфа - ХС- 1.88, пребетаЛП- 0, 373, бетаЛП- 3,36, ЛПВП-холестерин 1.88(1.16-1.68), триглицериды 0.810(0.15-1.71) - повышение ЛП указывает на атеросклеротическое поражение кровеносных сосудов, что является этиологическим фактором в развитии ИБС.

От 07.02.14 МВ - 7,6 - свидетельствует об отсутствии некроза миокарда.

**Из инструментальных методов исследования**

***ЭКГ*** от 05.02.14:

Синусовая брадикардия с ЧСС 59, нарушение желудочковой экстрасистолии. Нарушение внутрипредсердной проводимости. Увеличение обеих желудочков, нарушение процессов реполяризации в области переднебоковой и задней стенок

***ЭКГ*** от 11.02.14:

Ритм синусовый с ЧСС 60. Нарушение внутрипредсердной и внутрижелудочковой проводимости. Увеличение обеих желудочков. Нарушение процессов реполяризации в области переднебоковой и задней стенок.

**От 06.02.14 эходопплеркардиографическое исследование**: Небольшое увеличение предсердий. Изменения аорты небольшой аортальный стеноз. Митральная регургитация 1-2 ст. Трикуспидальная регургитация 3 ст. Систолическая функция снижена.

**От 11.02.14 По данным холтеровского мониторирования зарегестрировано:**

За время наблюдений найдены следующие виды ритма и его нарушения:

Синусовый ритм

Синусовая брадикардия

Синусовая аритмия

Частая изолированная политопная желудочковая экстрасистолия временами по типу бигеминии и тригеминии

Редкая парная политопная желудочковая экстрасистолия

Редкая изолированная политопная суправентрикулярная тахикардия с ЧСС=76-130 в мин

2. Изменения сегмента ST-T

По 1 каналу боковая стенка в течение всей записи : в дневные и ночные часы при ЧСС=47-99 в мин. Регистрируется горизонтальная депрессия ST от "-"1.0 до 1.8 мм.

Совокупность жалоб, анамнеза и данных исследований позволили поставить диагноз.

Проводилось медикаментозное лечение: бисопролол 0,02. По 1 таблетке 1 раза в день

Аспирин 0,15. По 1 таблетке 1 раза в день. Клопедогрель 0,75.По 1 таблетке 1 раз в день. Ловастатин 0, 02.По 1 таблетке 1 раза вечером. Каптоприл 0,25. По 1 таблетке два раза в день. Аерозоль изокета Во время приступа стенокардии разбрызгать в полости рта. Кардикет0, 02.По 1 таблетке 2 раза в день.

На фоне лечения состояние больного немного улучшилось: приступы загрудинной боли возникают значительно реже (1-3 раза в неделю) они стали менее интенсивными, перебоев в работе сердца нет. Выписался с улучшением состояния.

**ТРУДОВЫЕ И ЛЕЧЕБНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

. Ограничить физические нагрузки

**.** Диета при данном заболевании должна быть направлена на ограничение поступления жиров и холестерина в организм: ограничиваются животные жиры и другие продукты с повышенным содержанием холестерина.

. Кардиомагнил в дозе 0,75 1 раз вдень в течение 6 недель

. Бисопролол 0,02 1 раз вдень

. Ловастатин 0,02 однократно вечером при достижении целевых уровней ЛП

. Периндоприл 0,04 1 раза в день

. Изокет по тебованию

. Кардикет 0,02 2 раза в день

. Продолжать наблюдение у участкового терапевта