БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Кафедра факультетской терапии

# ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Куратор - студент 4 курса

Л-402 Б группы лечебного факультета

Баймурзина Диана Радиковна

I. Паспортные сведения больного

С.М.Р., 65 лет, пенсионерка, проживает по адресу: г. Уфа, поступила планово по направлению из Кушнаренковского р-на с диагнозом «ИБС. ГБ III стадии. Остеохондроз шейного отдела позвоночника».

. Данные расспроса (анамнеза)

На момент поступления больная предъявляла жалобы на жгучие боли сжимающего и давящего характера в области грудины, интенсивные, продолжительностью 2-5 минут, возникающие при небольшой физической нагрузке (ходьба на расстояние менее 100 м, подъём по лестнице на 1 этаж), иррадиирующие в левую лопатку, левую руку; тахикардию, головные боли, одышку, повышенное АД=180/100, тяжесть в грудной клетке, слабость, головокружение, ухудшение слуха, мелькание «мушек» перед глазами, сильные боли в поясничном, шейном отделе позвоночника при ходьбе и в покое.

История настоящего заболевания

Больной считает себя с 2012 года, когда впервые появились боли сжимающего и давящего характера за грудиной, иррадиирующие в левую лопатку и в левую руку. До этого страдала гипертонией в течение 20 лет. Болезнь связывает с недавним эмоционально пережитым стрессом в семье, связанного со смертью мужа. При обращении в поликлинику в этот год был выставлен диагноз «ИБС. Стенокардия напряжения. ФК II» Лечилась стационарно. Амбулаторно принимала Бидоп каждое утро по 50 мг, Нитроглицерин при болях в сердце, Кардомагнил 75 мг. В 2014 году в автокатастрофе погибает старший сын, заболевание отягощается, после чего попадает в кардиологический диспансер на стационарное лечение. 26 августа с жалобами на давящие боли за грудиной, иррадиирующие в левую руку и левую лопатку, одышку, головную боль, слабость, возникающие при небольшой физической нагрузке (ходьба на расстояние менее 100 м, подъём по лестнице на 1 этаж) больная была направлена на плановое лечение в ГКБ №5 по направлению участкового терапевта.

История жизни (anamnesis vitae)

Родилась 18 мая 1945 года в Буздякском районе, пятым ребенком в семье из восьми. Росла и развивалась соответственно возрасту. В 1967 году закончила медколледж в г.Туймазы по специальности медсестра, образование среднее специальное. Работать начала сразу после окончания (18 лет) колледжа в инфекционном отделении больницы. Место работы не меняла до выхода на пенсию. Жилищно-бытовые условия нормальные, проживает в квартире. Питание хорошее, аппетит сохранен. Вредных привычек не имеет: не курит, алкоголем не злоупотребляет. Перенесенные ранее заболевания, травмы: в детстве - ветрянка, крапивница; операции по поводу аппендэктомии. Гемотрансфузий не переносила. Перенесенными инфекционными, венерическими заболеваниями не болела (со слов). Семейно-половой анамнез: менопауза наступила в 48 лет; 3 беременности, протекали хорошо. 2 искусственных прерывания беременности. Аллергию на лекарственные вещества отрицает. Наследственность: злокачественных новообразований, сахарного диабета, алкоголизма, сифилиса, психических заболеваний у родителей не было; оба родителя умерли от инсульта; отец страдал гипертонической болезнью, умер в возрасте 91 год.

. Данные физического исследования

Общий осмотр:

Общее состояние средней степени тяжести, положение активное, сознание ясное. Тип телосложения - нормостенический. Рост 158 см, вес 85 кг. Походка неустойчивая. Осанка нарушена - больная сутулая. Выражение лица страдальческое. Телосложение правильное.

Кожные покровы и видимые слизистые:

Цвет слизистых бледно-розовый, сыпи, герпетических высыпаний нет. Небольшие сосудистые звездочки на лице в области щек. Кожа средней эластичности, влажность нормальная, умеренная сухость на руках. Наружных навообразований не имеется. Ногти в форме «часовых стекол», окраска бледно-розовая, ломкие. Выпадение волос не отмечается.

Подкожно-жировая клетчатка:

Подкожно-жировой слой развит умеренно, места наибольшего отложения жира на животе. Умеренные отеки на ногах. Подкожные вены малозаметные. Варикозных расширений вен нет. Болезненности подкожной жировой ткани при давлении, чувство пушистости не наблюдается.

Лимфатические узлы:

При осмотре лимфатические узлы не видны. При пальпации определяются одиночные подчелюстные лимфатические узлы, одинаково выраженные с обеих сторон, размером с небольшую горошину, мягкоэластической консистенции, подвижные, безболезненные, не спаянные друг с другом и окружающими тканями. Прилегающие к лимфатическим узлам кожные покровы и подкожная клетчатка не изменены. Другие группы лимфатических узлов (затылочные, заушные, подбородочные, поверхностные шейные, надключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные) не пальпируются.

Мышечная система:

Жалоб нет. Общее развитие мышечной системы - умеренное. Атрофии и гипертрофии отдельных мышечных групп не отмечается. Болезненность при ощупывании мышц отсутствует. Тонус мышц нормальный. Мышечная сила удовлетворительная.

Кости:

Деформаций костей нет. Форма черепа правильная. Не очень выраженные «барабанные пальцы». Наблюдается болезненность при поколачивании коленного суставов, шейного и люмбального отдела позвонков.

Суставы:

При осмотре суставы ограниченной подвижности. Кожные покровы над ними обычной окраски. При пальпации суставов наблюдается их болезненность, припухлость. Объём активных и пассивных движений в суставах сохранён неполностью. Имеется небольшой хруст и крепитация при движении.

Простейшие измерения тела:

Рост 158 см, масса тела 85 кг. Соотношения:

А) росто-весовой показатель - 53 (норма 37-40)

Б) формула Брока = 63

В) температура тела = 36,7

Система органов дыхания

Жалобы на одышку, появляющуюся во время или после физической нагрузки.

Дыхание через нос свободное. Ощущения сухости в носу нет. Выделений из носовых ходов не наблюдается. Носовые кровотечения отсутствуют. Обоняние сохранено. Болей у корня и спинки носа, на местах проекции лобных и гайморовых пазух (самостоятельных, а также при ощупывании и поколачивании) не отмечается. Гортань: жалоб нет. Голос не громкий, чистый. Дыхание в гортани не затруднено. При осмотре гортань нормальной формы, при ощупывании области гортани болезненности не определяется.

Грудная клетка конической формы, без деформаций. Правая и левая половины грудной клетки симметричные. Над- и подключичные ямки обозначены слабо, одинаково выражены справа и слева. Ключицы и лопатки располагаются на одном уровне, лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Правая и левая половины грудной клетки при дыхании движутся синхронно. Вспомогательные дыхательные мышцы в акте дыхания участвуют. Тип дыхания - смешанный. Частота дыхания 20 в минуту. Ритм дыхания правильный. При пальпации грудной клетки болезненности не отмечается. Эластичность грудной клетки хорошая. Голосовое дрожание не изменено, ощущается в симметричных участках грудной клетки с одинаковой силой.

При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки звук ясный лёгочный. Очаговых изменений перкуторного звука не отмечается.

Ширина полей Кренига: справа - 5 см, слева - 5,5 см

Суммарная подвижность нижних краёв лёгких:

по среднеключичной линии справа ±2 = 4 см

по средней подмышечной линии справа ±3 = 6 см, слева ±3 = 6 см

по лопаточной линии справа ±2 = 4 см, слева ±2 = 4 см

Таблица 1 Топографическая перкуссия легких:



При аускультации над лёгкими определяется ослабленное везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы (хрипы, крепитация, шум трения плевры) не выслушиваются. Бронхофония немного ослаблена.

Сердечно-сосудистая система

При осмотре сосудов шеи отмечается умеренная пульсация сонных артерий. Грудная клетка в области сердца не изменена. Верхушечный толчок невидимый, пальпируется в шестом межреберье на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии, ограниченный, низкий, не усиленный, не резистентный. Сердечный толчок отсутствует. Пульсации в эпигастральной области нет.

Границы относительной тупости сердца:

правая - 1 см кнаружи от правого края грудины в четвёртом межреберье; левая - 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии в пятом межреберье; верхняя на уровне III ребра (по линии, проходящей на 1 см кнаружи от левого края грудины и параллельно ему).

Поперечник относительной тупости сердца: 3+8=11 см. конфигурация сердца не изменена.

Границы абсолютной тупости сердца:

правая - левый край грудины; левая - на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии; верхняя - на уровне IV ребра.

Поперечник абсолютной тупости сердца - 6,5 см.

Правая и левая границы сосудистого пучка располагаются во втором межреберье по соответствующим краям грудины. Поперечник сосудистого пучка - 6 см. Тоны сердца приглушены. Частота сердечных сокращений - 88 ударов в минуту. Ритм сердечных сокращений правильный. Имеется слабый систолический шум на верхушке. Жалоб на сосуды нет. При осмотре и ощупывании височные, сонные, подключичные, плечевые, бедренные, подколенные, задние большеберцовые артерии и артерии стопы не извитые, мягкие, с эластичными тонкими стенками. Пульс одинаковый на правой и левой лучевых артериях, ритмичный, с частотой - 88 в минуту, слабого наполнения, умеренно напряжённый, малой величины и формы. Капиллярный пульс не определяется.

При аускультации артерий патологических изменений нет. Артериальное давление (АД) - 130/90 мм рт.ст., при осмотре, пальпации и аускультации вен изменений не отмечается.

Система органов пищеварения

Осмотр полости рта:

При осмотре полости рта запах обычный. Слизистая оболочка внутренней поверхности губ, щёк, мягкого и твёрдого нёба розовой окраски; высыпания, изъязвления, афты отсутствуют. Дёсны бледно-розовой окраски, не кровоточат.

Язык нормальной величины и формы, розовой окраски, влажный, слегка обложен серым налётом. Нитевидные и грибовидные сосочки языка выражены достаточно хорошо.

Зев розовой окраски. Нёбные дужки хорошо контурируются. Миндалины на 2-3 мм выступают за нёбные дужки. Слизистая оболочка глотки слегка гиперемирована, влажная, поверхность её гладкая.

Исследование живота:

Живот нормальной формы, симметричен. Коллатерали на передней поверхности живота и его боковых поверхностях не выражены. Патологической перистальтики нет. Кожа передней брюшной стенки имеет небольшой рубец вследствие аппенэктомии. Других изменений кожных покровов не отмечается.

При перкуссии живота отмечается тимпанит различной степени выраженности. Симптом Менделя отрицательный.

При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, безболезненный. При исследовании «слабых мест» передней брюшной стенки (пупочное кольцо, апоневроз белой линии живота, паховые кольца) грыжевых выпячиваний не отмечается.

Глубокая методическая скользящая пальпация по методу Образцова-Стражеско-Василенко:

сигмовидная кишка пальпируется в левой паховой области на границе средней и наружной третей l. umbilicoiliaceae sinistra на протяжении 15 см, цилиндрической формы, диаметром 2 см, плотноэластической консистенции, с гладкой поверхностью, подвижная в пределах 4-5 см, безболезненная, неурчащая;

слепая кишка пальпируется в правой паховой области на границе средней и наружной третей l. umbilicoiliaceae dextra, цилиндрической формы с грушевидным расширением книзу, диаметром 3-4 см, мягкоэластической консистенции, с гладкой поверхностью, подвижная в пределах 2-3 см, безболезненная, слегка урчащая при пальпации;

конечный отрезок подвздошной кишки пальпируется на протяжении 10-15 см в виде тонкостенного цилиндра, мягкоэластической консистенции, диаметром 1-1,5 см («с мизинец»), безболезненный, хорошо перистальтирующий при пальпации;

восходящая и нисходящая ободочные кишки пальпируются в виде толстого, эластичного цилиндра размером 4-6 см, диаметром 2 см, без урчания, смещаемые, безболезненные;

поперечная ободочная кишка пальпируется на уровне пупка, цилиндрической формы, диаметром 3-4 см, умеренно плотной консистенции, подвижная, безболезненная, не урчащая.

Методом перкуссии, методом глубокой пальпации большой кривизны, методом перкуторной пальпации по Образцову (определение шума плеска), методом стетакустической пальпации нижняя граница желудка определяется на 4 см выше пупка.

Малая кривизна желудка и привратник не пальпируются. Шум плеска справа от средней линии живота (симптом Василенко) не определяется.

При аускультации живота выслушиваются нормальные кишечные перистальтические шумы.

Перкуссия границ абсолютной печёночной тупости

Верхняя граница: по правой передней подмышечной линии - VII ребро; по правой среднеключичной линии - VI ребро; по правой окологрудинной линии - V межреберье.

Нижняя граница: по правой передней подмышечной линии - Х ребро; по правой среднеключичной линии - край рёберной дуги; по правой окологрудинной линии - на 2 см ниже края рёберной дуги; по передней срединной линии - на 4 см ниже основания мечевидного отростка грудины.

Левая граница абсолютной печёночной тупости не выступает за левую окологрудинную линию по краю рёберной дуги.

Размеры (высота) печёночной тупости: по правой передней подмышечной линии - 11 см; по правой среднеключичной линии - 10 см; по правой окологрудинной линии - 9 см; по передней срединной линии (по Курлову) - 8 см; косой размер (по Курлову) - 7см.

Печень пальпируется на 1 см ниже края рёберной дуги (по правой среднеключичной линии), край печени мягкий, ровный, с гладкой поверхностью, слегка заострённый, легко подворачивающийся и безболезненный.

Желчный пузырь не пальпируется. Болезненность при пальпации в точке желчного пузыря отсутствует. Симптомы Ортнера, Василенко, Мерфи, Георгиевкого-Мюсси - отрицательные.

Перкуссия селезёнки

По линии, проходящей на 4 см кзади и параллельно левой рёберно-суставной линии, определены границы селезёночной тупости: верхняя граница - на уровне IX ребра, нижняя - на уровне XI ребра. Передняя граница селезёночной тупости не выходит за linea costoarticularis sinistra. Размеры селезёночной тупости: поперечник - 6 см, длинник - 8 см.

Селезёнка не пальпируется.

Поджелудочная железа не пальпируется. Болезненности при пальпации в зоне Шоффара и панкреатической точке Дежардена не отмечается. Симптом Мейо-Робсона отрицательный.

Пальцевое исследование прямой кишки не проводилось.

Мочевыводящая система

Жалоб нет. При осмотре области почек патологических изменений не выявляется. Почки не пальпируются. Болезненность при пальпации в области верхних и нижних мочеточниковых точек отсутствует. Симптом поколачивания слаботрицательный с обеих сторон.

Мочевой пузырь перкуторно не выступает над лонным сочленением.

Половая система

Жалоб нет. Молочные железы симметричные, безболезненные, уплотнений нет. Низ живота пальпируется.

Эндокринная система

Жалоб нет. При осмотре передней поверхности шеи изменений не отмечается. Щитовидная железа слегка пальпируется. Окружность шеи на уровне щитовидной железы спереди и остистого отростка VII шейного позвонка сзади - 37 см.

Нервная система и органы чувств

Больная правильно ориентирована в пространстве, времени и собственной личности. Контактна, охотно общается. Восприятие не нарушено. Внимание не ослаблено, способна долго сосредотачиваться на одном деле. Память сохранена. Интеллект средний. Мышление не нарушено. Настроение пассивное. Поведение адекватное.

Головных болей, головокружения, обмороков нет. Сон несколько нарушен из-за частых переживаний. Самочувствие после пробуждения хорошее.

При исследовании черепно-мозговых нервов, двигательной и рефлекторной сфер патологических изменений не выявлено. Нарушений чувствительности не отмечается. Дермографизм белый, не стойкий. Имеется неустойчивость при ходьбе в позе Ромберга.

. План обследования

Лабораторные методы исследования:

1. Общий анализ крови, лейкоформула

2. Общий анализ мочи по Зимницкому, Нечипоренко

. Биохимический анализ крови (общ.белок, АЛТ, АСТ, мочевина, креатинин, сахар, амилаза, ЛДГ, КФК, электролиты)

. Коагулограмма

. Кровь на реакцию Вассермана

Инструментальные методы исследования:

ЭКГ

ЭхоКГ

ФГДС

УЗИ в плане (ОБП)

Спирография

РЭГ

R-ОГК

Мониторирование по Холтеру

V. Данные лабораторных и инструментальных методов исследования и консультации специалистов

.08.2014 г

Общий анализ крови:

Эритр 3,97\*1012 /л

НВ 123 г/л

Лейк 10,9\*109 /л

П/ядерные 3%

С/ядерные 69%

Лимфоциты 22%

Моноциты 6%

Тромбоциты 344\*109 /л

СОЭ 21 мм/ч

.08.2014 г

Биохимический анализ крови

Общий белок 72 г/л

Мочевина 3,9

Креатинин 71 ммоль/л

Брб общий 10,0 кмоль/л

Холестерин 6,5 ммоль/л

Сахар 3,8 ммоль/л

АЛТ 10,0 МЕ

АСТ 23,0 МЕ

RW отриц.

Коагулограмма от 28.08.2014г: ПТИ 90%, ФибА 2,7, АПТВ 24, Тромб 13, РФМК 3,5

Общий анализ мочи

Цвет светло-желтый

Реакция кислая

Уд.вес 1025

Белок 0,1

Анализ мочи по Нечипоренко от 28.08.2014 г:

Лейк 2000 в 1 мг

Эритр 500 в 1 мг

Спирография от 29.08.2014 г: легкие нарушения ВФЛ по обструктивному типу

РЭГ от 28.08.2014г: гипертонический тип РЭГ

ЭКГ от 27.08.2014г: Синусовая тахикардия с ЧСС 90 в минуту. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

От 8.09.2014г: Синусовый ритм ЧСС 72 в минуту. В сравнении с ЭКГ от 27.08.2014г: уменьшение ЧСС, динамики нет.

R-ОГК от 28.08.2014 г:

В легких диффузный пневмосклероз, эмфизема. Корни фиброзно уплотнены. COR- расширен поперечник влево. Дуга аорты расширена, уплотнена.

УЗИ ОБП от 4.09.2014 г:

Заключение: Киста в печени. Диффузные изменения в печени и в поджелудочной железе (по типу жировой инфильтрации). Изогнутый желчный пузырь.

ФГС от 2.09.2014 г:

Заключение: Хронический рефлекс-эзофагит (по Лос-анджелевской классификации В степени). Аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Эрозивный гастрит, дуоденит. Дуоденогастральный рефлюкс желчи.

ЭХОКГ от 8.09.2014г:

Заключение: уплотнение основания аорты, фиброзных колец и створок аортального и митрального клапанов. Незначительное расширение левого предсердия. Сократительная функция левого желудочка удовлетворительная. Диастолическая дисфункция I тип. ФВ 68%.

Консультация невролога от 27.08.2014г:

ЦВЗ. Атеросклероз сосудов головного мозга с артериальной гипертензией.

Осл.: ХИГМ в вертебробазилярной системе с вестибулоатаксическим и кохлеарным синдромом, ст.декомпенсации.

Остеохондроз С4-С7, L1-L5, с синдромом краниалгии,хроническое рецидивирующее течение, субкомпенсация. Рекомендации даны.

VI. Предварительный диагноз

На основании жалоб: давящие боли за грудиной, периодические, длящиеся по 2-5 минут, иррадиирующие в левую руку, лопатку, купирующиеся нитроглицерином, головные боли, преимущественно в затылочной области, боли в тазобедренных суставах, в шейно-поясничной области позвоночника, периодические подъемы АД.

Собранного анамнеза заболевания: ИБС в течение многих лет. Постоянно принимает бидоп 5 мг утром. Ухудшение самочувствия в течение месяца: стали беспокоить боли в области сердца, головные боли, одышка. Обратилась к участковому терапевту по месту жительства. Дано направление на госпитализацию.

Объективные данные: расширение левой границы сердца на 1,5 см влево, систолический шум на верхушке при аускультации, состояние средней степени тяжести, неустойчивость при ходьбе, неустойчивость в позе Ромберга, ограничение подвижности, деформация суставов; выставлен предварительный диагноз согласно классификации:

Осн.:ИБС. Стенокардия напряжения. ФК III.

Осл.: ХСН I. ФК I.

Соп.: Хроническая обструктивная болезнь легких, средней степени тяжести, вне обострения.

ЦВЗ. Атеросклероз сосудов головного мозга.

Осл.: ХИГМ в вертебробазилярной системе с вестибулоатаксическим кохлеарным синдромом,ст.декомпенсации.

Остеохондроз С4-С7, L1-L5 с синдромом цервикокраниалгии, хроническое рецидивирующее течение, субкомпенсация.

Первичный полиостеоартроз с преимущественным поражением тазобедренных суставов, медленно прогрессирующее течение, НФС I.

VII. Клинический диагноз и его обоснование

Диагноз основного заболевания: ИБС. Стенокардия ФК III.

Осложнение: ХСН ст I, ФК II-III.

Соп.: Хроническая обструктивная болезнь легких, средней степени тяжести, вне обострения.

ЦВЗ. Атеросклероз сосудов головного мозга.

Осл.: ХИГМ в вертебробазилярной системе с вестибулоатаксическим кохлеарным синдромом, ст.декомпенсации.

Остеохондроз С4-С7, L1-L5 с синдромом цервикокраниалгии, хроническое рецидивирующее течение, субкомпенсация.

Первичный полиостеоартроз с преимущественным поражением тазобедренных суставов, медленно прогрессирующее течение,НФС I.

Обоснование клинического диагноза.

Диагноз выставлен на основании данных

- жалоб больной на давящие боли за грудиной, иррадиирующие в левую руку и левую лопатку, одышку, головную боль, слабость, возникающие при небольшой физической нагрузке (ходьба на расстояние менее 100 м, подъём по лестнице на 1 этаж), продолжающиеся 2-5 минут. Боли купируются нитроглицерином;

- истории настоящего заболевания: гипертензией страдает в течение многих лет, ИБС - 2 года. Заболевание прогрессирует, принимала Бидоп, Ацетилсалициловую кислоту, Нитроглицерин;

истории жизни больной: всю жизнь работала медсестрой в инфекционном отделении, режим труда был нелегкий. Работа, по словам, больной была в основном в ночную смену, что чревато постоянным недосыпанием и стрессовыми ситуациями. В 2012 году больной выставлен диагноз - ИБС. Стенокардия напряжения. ФК II;

объективного обследования системы органов кровообращения и дыхания: Тоны сердца приглушены. Расширение границ сердца на 1,5 см влево. Артериальное давление (АД) - 130/90 мм рт. ст. Одышка (признаки недостаточности левых отделов сердца);

результатов лабораторных и инструментальных методов обследования:

- Синусовый ритм ЧСС 72 в минуту. В сравнении с ЭКГ от 27.08.2014г: уменьшение ЧСС, динамики нет.

VIII. Этиология и патогенез заболевания у курируемого больного

Основной причиной развития болезни является атеросклероз коронарных артерий. Значительно реже приступы стенокардии возникают при неизмененных коронарных артериях. К числу факторов, способствующих развитию болезни, следует отнести функциональную перегрузку сердца, гистотоксический эффект катехоламинов, изменения в свертывающей и антисвертывающей системах крови, недостаточное развитие коллатерального кровообращения.

В основе развития хронической ИБС лежит коронарная недостаточность - результат нарушения равновесия между потребностью миокарда в кислороде и возможностью его доставки с кровью. При недостаточном доступе кислорода к миокарду возникает его ишемия. Патогенез ишемии различен при измененных и неизмененных коронарных артериях.

В качестве основного механизма возникновения коронарной недостаточности при морфологически неизмененных сосудах выступает спазм артерий. К спазму приводят нарушения нейрогуморальных регуляторных механизмов, в настоящее время изученных недостаточно. Развитию коронарной недостаточности способствует нервное и (или) физическое напряжение, обусловливающее повышение активности симпатико-адреналовой системы. Вследствие усиленной продукции катехоламинов надпочечниками и постганглионарными окончаниями симпатических нервов в миокарде накапливается избыток этих биологически активных веществ. Усиление работы сердца в свою очередь повышает потребность миокарда в кислороде. Наблюдающаяся под влиянием усиления активности симпатико-адреналовой системы активизация свертывающей системы крови, а также угнетение ее фибринолитической активности и изменение функции тромбоцитов усугубляют коронарную недостаточность и ишемию миокарда.

При атеросклерозе коронарных артерий несоответствие потребностей миокарда в кислороде возможностям коронарного ярко проявляется при физической нагрузке (усиление работы сердца, повышение активности симпатико-адреналовой системы). Выраженность коронарной недостаточности усугубляется недостаточностью коллатеральных сосудов, а также внесосудистыми влияниями на коронарные артерии. К таким влияниям относятся сжимающий эффект миокарда на мелкие коронарные артерии в фазу систолы, а также повышение внутримиокардиального давления в связи с развивающейся во время приступа стенокардии недостаточностью сократительного миокарда и увеличения конечного диастолического объема и давления в левом желудочке.

Остро возникшая коронарная недостаточность, проявляющаяся приступом стенокардии, может включить компенсаторные механизмы, предупреждающие развитие ишемии миокарда. Такими механизмами являются раскрытие существующих и образование новых межкоронарных анастомозов, повышение экстракции миокардом кислорода из артериальной крови. При истощении этого «коронарного резерва» ишемия миокарда во время приступа стенокардии становится более выраженной.

Кроме приступа стенокардии, ишемия миокарда проявляется различными эктопическими аритмиями, а также постепенным развитием атеросклеротического кардиосклероза. При кардиосклерозе замещение мышечных волокон соединительной тканью постепенно приводит к снижению сократительной функции миокарда и развитию сердечной недостаточности.

Стенокардия является основным проявлением хронической ИБС, но может встречаться и как синдром при других заболеваниях (аортальные пороки, выраженная анемия). В связи с этим термин «стенокардия», если специально не указывается заболевание, вызвавшее её, употребляется как синоним понятия ИБС. Как отмечалось, основной причиной развития стенокардии является атеросклероз коронарных артерий, значительно реже - нарушение регуляции неизменённых коронарных артерий.

IX. Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз стенокардии проводится с инфарктом миокарда, с синдромом стенокардии при аортальных пороках сердца, с системными заболеваниями сосудов (узелковый периартериит), с миокардитом (коронариит), с расслаивающейся аневризмой аорты, с остеохондрозом позвоночника, с кардиомиопатиями.

Инфаркт миокарда отличается от стенокардии значительно большей интенсивностью и продолжительностью болей в области сердца, неэффективностью приема нитроглицерина, характерными электрокардиографическими признаками (наличие зубца Q - признака некроза, куполообразным подъемом интервала ST с последующим снижением и формированием отрицательного коронарного зубца Т), наличием резорбционно-некротического синдрома (в том числе, повышенное содержание в крови кардиоспецифических ферментов -тропонина, миоглобина, ЛДГ-1, КФК-МВ).

Боль в области сердца - характерный симптом аортальных пороков сердца. Ишемический вариант аортального стеноза был описан Василенко в 1963г. Причина ишемии заключается в том, что при стенозе возникает выраженная гипертрофия миокарда левого желудочка, значительное увеличение его массы, сосудистые коллатерали не успевают развиваться и это приводит к относительной недостаточности коронарного кровообращения. В стадии компенсации аортального стеноза боли носят характер кардиалгий, но при прогрессировании порока они становятся настоящими стенокардических. Хотя и имеются некоторые особенности: стенокардия при аортальном стенозе не всегда достаточно четко связана с физическими нагрузками, не всегда помогают нитраты, приступы протекают более длительно, а интенсивность боли менее выражена. Диагноз аортального стеноза ставят на основании характерного систолического шума во II межреберье справа от грудины (на фонокардиограмме имеющего ромбовидную форму), выраженных физикальных, рентгенологических и ЭКГ признаков гипертрофии левого желудочка. Очень помогает эхокардиография, при помощи которой можно определить площадь кольца аортального клапана и измерить толщину задней стенки левого желудочка. При сочетании аортального стеноза и стенокардии прогноз неблагоприятный.

Для кардиалгии при миокардитах различного генеза характерны локализация боли в области сердца, тупого ноющего или, наоборот, колющего характера, длительность (часами), отсутствие связи с физической нагрузкой и эффекта от прекращения движений и приема нитроглицерина. Дифференциально-диагностическое значение имеет связь заболевания с инфекцией или воздействием токсического вещества с соответствующими лабораторными изменениями в этот период. При наличии неспецифических изменений сегмента ST и зубца Т характерно их постепенное формирование и обратная динамика в течение нескольких дней, в отличие от проходящих в течение 2-10 минут ишемических эпизодов. Отрицательные результаты дают и другие методы выявления ишемии. При расслоении грудной части аорты боль обусловлена раздражением нервных окончаний в адвентиции при образовании гематомы под интимой в результате её надрыва или кровотечения из vasa vasorum. Локализация этой боли и некоторые сопутствующие ей симптомы определяются распространением гематомы с возможным сдавлением ветвей аорты и разрушением кольца аортального клапана. Для болевого синдрома характерна загрудинная локализация с иррадиацией в спину, иногда шею, голову, живот и ноги. По своей интенсивности она, как правило, превосходит боль при инфаркте и для её устранения требуется введение больших доз сильнодействующих анальгетиков. В отличие от этих заболеваний, при расслоении аорты боль не сопровождается сердечной или дыхательной недостаточностью. Важный диагностический признак - неодинаковый пульс на сонных, лучевых и бедренных артериях. АД часто повышено и, как и пульс, не одинаково на обеих руках. Кроме того, дисфагия, ухудшение зрения, очаговая неврологическая симптоматика, гематурия, которые, однако, могут отсутствовать. Изменения на ЭКГ и активности ферментов не характерны. Диагноз устанавливают при выявлении расширения аорты на рентгенограмме и при визуализации её расслоения на ЭхоКГ, лучше чреспищеводной. В неясных случаях подтвердить диагноз позволяют магниторезонансная томография.

Наиболее часто боли в грудной клетке, в том числе с иррадиацией в область сердца, наблюдаются при дегенеративных заболеваниях позвоночника: остеохондрозе межпозвонковых дисков (особенно в области шейного и грудного отделов позвоночника), спондилоартрозе. Дегенеративные заболевания позвоночника приводят к вторичным поражениям нервных корешков, что и обусловливает появление боли в грудной клетке. При остеохондрозе межпозвонковых дисков характерна связь болей в грудной клетке с определенными позами и движениями. Боли появляются при отведении руки кзади, подъеме выше горизонтального уровня, наклоне и повороте головы, ночью в постели (от длительного пребывания в одном положении). Чаще всего боли не приступообразные, не связаны с ходьбой, подъемом по лестнице (но могут возникнуть внезапно при неловком движении, подъеме тяжестей), не купируются нитроглицерином. Характерным является симптом Спурлинга: надавливание на голову при наклоне слегка вперед и в сторону поражения провоцирует боль в задней части шеи или надлопаточной области. Важным диагностическим тестом является купирование боли в области сердца мероприятиями, направленными на уменьшение клинических проявлений остеохондроза (массаж шейно- грудного отдела позвоночника, декомпрессия плечевого сплетения, физиотерапевтические мероприятия). Рентгенография шейно-грудного отдела позвоночника выявляет признаки остеохондроза межпозвонковых дисков.

X. План лечения и курируемого больного

Режим: палатный.

Лечебный стол №9.

Назначения:

) С ангинальной целью:

Rp.: Tab. Egiloci 0,1 .S. По ½ табл. 2 раза в день.

Rp.: Aerosoli Nitrominti 10,0

D.S. При приступе стенокардии под язык 1-2 дозы.

) С диуретической целью:

Rp.: Tab. Indapamidi 0,0025

D.S. По 2,5 мг утром.

) С дезагрегантной целью:

Rp.: Tab. Acetylsalyciliti 0,5

D.S. ПО ¼ табл. вечером.

) С гиполипидемической целью:

Rp.: Tab. Leprimari 0,02

D.S. По 1 табл. Вечером

) С кардиометаболической целью:

Rp.: Sol. Kalii chloridi 4%-10,0

Sol. Glucosae 5%-250,0

D.S. Внутривенно капельно.

) Витаминотерапия:

Rp.: Sol. Thiamini chloridi 1,0

Sol. Piridoxini chloridi1,0

D.S. Внутримышечно 1 р/день.

) С обезболивающей целью:

Rp.: Sol. Ketoroli 2,0

D.S. Внутримышечно.

XI. Дневник и температурный лист

.09.2014г

На момент осмотра больная предъявляет жалобы на боли в коленных суставах при ходьбе, плохой сон, головные боли по утрам. Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы и видимые слизистые физиологического розового цвета. В легких выслушивается ослабленное везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, выслушивается систолический шум на верхушке. Язык обложен, суховат. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется. Стул, диурез адекватный. АД 130/90, пульс 92 уд/мин., ЧСС 88, t 36,6. Лечение принимает.

.09.2014г

На момент осмотра больной: жалобы на боли в суставах, преимущественно в левом коленном; головные боли, шум в ушах по утрам. Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы и видимые слизистые физиологического розового цвета. В легких выслушивается ослабленное везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. Язык обложен, суховат. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется, безболезненна. Стул и диурез адекватный. АД 140/100, пульс 95 уд/мин, ЧСС 89, t 36,5.

.09.2014г

На момент осмотра больной: жалоб не предъявляет. Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы и видимые слизистые физиологического розового цвета. В легких выслушивается ослабленное везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Язык сухой. Печень не пальпируется. Стул и диурез хороший. Произведена гипотензивная терапия Диротоном. АД=130/90 (рабочее) , пульс 85, температура 36,6, ЧСС 86.Лечение принимает.

.09.2014г

На момент осмотра больной: жалоб не предъявляет. Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы и видимые слизистые физиологического розового цвета. В легких выслушивается ослабленное везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Язык сухой. Печень не пальпируется. Стул и диурез адекватный. АД 130/90, пульс 83, ЧСС 83, температура 36,6. Лечение принимает.

XII. Прогноз

Прогноз для жизни: относительно благоприятный при соблюдении всех рекомендаций.

Прогноз для выздоровления: неблагоприятный.

Для трудоспособности: неблагоприятный.

XIII. Эпикриз

С.М.Р., поступила в ГКБ№5 в терапевтическое отделение 27 августа 2014 года, дата выписки - 9.09.2014 года. Клинический диагноз:

Осн.: ИБС. Стенокардия напряжения ФК III.

Осложнения: ХСН I, ФК I

Сопутствующие заболевания: ХОБЛ, средней степени тяжести, вне обострения.

Осложнения: ДН 1ст., ХЛС, субкомпенсация.

Сопутствующие: ЦВЗ. Атеросклероз сосудов головного мозга с артериальной гипертензией.

Осложнения: ХИГМ в вертебробазилярной системе в вестибулоатаксическим и кохлеарным синдромом, ст. декомпенсации

Остеохондроз С4-С7, L1-L5 с синдромом цервикокраниалгии, хроническое рецидивирующее течение, субкомпенсация.

Первичный полиостеоартроз с преимущ.поражением тазобедренных суставов, медленно-рецидивирующее течение,

НФС I.

ГЭРБ: хронический рефлюкс-эзофагит.

Аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

Хронический эрозивный гастрит, ст. обострения.

Жалобы при поступлении: на давящие боли за грудиной, иррадиирующие в левую руку и левую лопатку, одышку, головную боль, слабость, возникающие при небольшой физической нагрузке (ходьба на расстояние менее 100 м, подъём по лестнице на 1 этаж), продолжающиеся 2-5 минут. Боли купировались нитроглицерином;

Анамнез заболевания:

гипертензией страдает в течение многих лет, ИБС - 2 года. Заболевание прогрессирует, принимала Бидоп, Ацетилсалициловую кислоту, Нитроглицерин; При обращении к участковому терапевту было дано направление на госпитализацию.

Проведены обследования:

28.08.2014 г

Общий анализ крови, биохимический анализ крови, коагулограмма, общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, спирография, РЭГ, ЭКГ, мониторирование по Холтеру, ФОГК, УЗИ ОБП, ФГДС, ЭХОКГ, проведена консультация невролога.

Проводилось лечение: Эгилок 0,1 по ½ таблетке в день, хлорид калия 4% 10,0+глюкоза 8%-250,0 мл внутривенно капельно, спрей Нитроминт 10 г при болях, пирацетам 20%-5,0 внутривенно струйно, кеторол 2,0 мл внутримышечно вечером, тиамин 1,0 в/м, пиридоксин 1,0 в/м, верапамил по ½ таблетке 3 раза в день, церебролизин 20,0+хлорид натрия 0,9%-100,0 в/в капельно, мексидол 2,0 в/м 1 раз в день, диротон по 1 таблетке вечером, верапамил 0,04 по таблетке 3 раза в день.

Выписывается в удовлетворительном состоянии.

Рекомендации по выписке:

) Диспансерное наблюдение участкового терапевта, кардиолога, невролога по месту жительства.

) Диета: ограничение жирной, соленой и острой пищи.

) Под контролем АД продолжать прием: верапамил 80мг 3 раза в день и престариум 10 мг вечером, постоянно.

) Кардиомагнил 75 мг или тромбо асс 50 мг вечером, постоянно.

) Длительная гиполипидемическая терапия статинами под контролем АЛТ, АСТ, холестерина: торвакард 20 мг или мертенил 20 мг вечером.

) Вазоактивные и ноотроные препараты курсами (глицин, танакан, бетасерк)

) Предуктал МВ 35 мг 2 раза в день, курсом 3 месяца.

) Хондропротекторы курсами (Алфлутоп, Дона)

) Поливитамины (мильгамма).

стенокардия болезнь дыхание

Список использованной литературы

Лекарственные средства. М.Д. Машковский в 2-х томах

Краткая медицинская энциклопедия в 3-х томах под редакцией Б.В. Петровского. М., 2010 год.

Справочник лекарственных средств, применяемых в клинике внутренних болезней, 2-е издание. Г.Х. Мирсаева, Р.М. Фазлыева, Г.К. Макеева и др. Уфа, 2014 год.

Избранные лекции по внутренним болезням. Часть II. Болезни органов кровообращения. Р.М. Фазлыева, Е.В. Нелюбин, Г.К. Макеева и соавт. Уфа, 2009 год.