## МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

### Кафедра: Госпитальной терапии №2

### Заведующий кафедрой

### Доктор медицинских наук, профессор Теблоев Константин Иванович

##### ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Диагноз клинический: ИБС: стенокардия напряжения II ФК, постинфарктный кардиосклероз, недостаточность кровообращения 1 степени

Осложнения: Гипертоническая болезнь 2-й стадии, 3 степени. высокий риск ССО.

Сопутствующие заболевания: Сахарный диабет 2 типа субкомпенсированный. Диабетическая полинейропатия, ангиопатия нижних конечностей 1 степени.

Куратор-студент:

Кочкина Ольга Игоревна

Дата курации: 20.01.2015-30.01.2015

### Преподаватель

Кандидат медицинских наук, ассистент

Шапченко Анна Валерьевна

Москва 2015 г.

Паспортные данные

## Ф.И.О.:М.Н.С.

Возраст: 1954 год рождения

Семейное положение: женат

Поступил в клинику: 13,01,2015

Жалобы при поступлении

Дискомфорт и боли в левой половине грудной клетки с иррадиацией в лопатку в левое плечо, купирующийся 1 дозой нитроспрея через 2-3 минуты, перебои в работе сердца, одышку при ходьбе до 200 метров, снижение зрения на оба глаза, изжогу, отеки ног к вечеру, периодические головные боли в затылочной области, боли в поясничном отделе позвоночника.

ANAMNESIS MORBI

Считает себя больным около 20 лет, когда стали расти цифры артериального давления до 220/120мм рт.ст. С терапевтической целью применял гипотензивные препараты(с 2009 постоянно принимал конкор 5мг 1 раз, амлодипин 10 мг, индапомид 1,5 мг 1 раз, лосортан 100 мг утром, кардиомагнил 75 мг 1 раз, аторвастотин 20 мг 1 раз в сутки). В 2009 году перенес не-Q- образующий острый инфаркт миокарда нижней боковой стенки (стационарное лечение по месту жительства). В феврале 2009 года впервые выявлен сахарный диабет 2 типа, постоянно принимает сиофор 850 мг х 2 раза, гликемия на уровне 7,0-8,0. Стационарное лечение в 2011 году в городском клиническом госпитале МВД РФ, была проведена коронарография, выявлен стеноз ПКА 40 %. ПМЖВ диффузно изменена в проксимальной порции стенозирована на границе проксимальной и средней порции 40%.

Консультирован в НИИТпиО проф Саитгареевым - гемодинамически значимых стенозов не выявлено. Показаний к оперативному вмешательству нет. Ухудшение состояние около 3 месяцев, когда сал отмечать учащение болей за грудиной, нестабильность АД с повышением до 180/100 мм рт.ст на фоне постоянной гипотензивной терапии. Госпитализирован планово для обследования и подбора терапии.

ANAMNESIS VITAE

Родился в 1954 году в г. Московской области в семье служащих. Является 1 ребенком в семье. Рос и развивался правильно, от сверстников не отставал. Жилищными условиями доволен, питается регулярно 3 раза в день. Пристрастие к вредным привычкам отрицает.

Аллергологический анамнез: непереносимости к лекарственным препаратам и к пищевым продуктам не отмечает.

Заболеваний передающихся по наследству: отмечает, что мать и отец страдали сердечно-сосудистыми заболеваниями, мать умерла от ОНМК.

Наличие онкологических заболеваний: у ближних родственников отрицает.

Перенесенные заболевания: Аппендектомия в 1980 году , хронический тонзиллит, острый бронхит, в феврале 2009 года впервые выявленный сахарный диабет 2 типа, средней степени тяжести, жировой гепатоз , хронический холецистит, хронический панкреатит, язвенная болезнь 12 перстной кишки вне обострения, посттромбофлебическая болезнь правой нижней конечности, диабетическая полинейропатия, ангиопатия нижних конечностей 1 ст, распространенный остеохондроз позвоночника, грыжи дисков L3-L4, L4-L5. В 2009 инфаркт миокарда.

стенокардия клапан кровообращение дыхательный

STATUS PRAESENS

Общее состояние больного средней тяжести. Тяжесть состояния обусловлена основным заболеванием. Сознание ясное, положение активное. Телосложение правильное, конституция гиперстеническая, осанка сутуловатая, походка медленная.

Рост 170 см

Вес 115кг

ИМТ 39,5

tо тела 36,7

Осмотр лица:

Выражение лица спокойное, патологическая маска отсутствует, левая носогубная складка сглажена. Отечность век отсутствует, птоз не выявляется, глазные щели нормальной величины. Экзофтальма и энофтальма нет. Коньюктивы слегка гиперемированны, склеры желтушны, выявляется гиперемия их сосудов. Форма зрачков правильная, правый зрачок равен левому, реакция на свет симметричная. Пульсации зрачка не выявляется, кольцо вокруг зрачка отсутствует.

Осмотр головы и шеи:

Форма головы нормальная, изменения движения головы нет. Искривления шеи нет. Пульсации сонных артерий, а так же набухания и пульсации шейных вен не выявляется. Щитовидная железа не увеличена, воротник Стокса отсутствует.

Кожные покровы:

Цвет кожных покровов бледный, влажность кожи нормальная, тургор сохранен. Рубцов нет. Отеки правой голени, посттромботические изменения. Расширение подкожных вен нижних конечностей.

Придатки кожи:

Мужской тип оволосения, состояние волос нормальное. Ногти правильной формы, цвет бледный, исчерченность продольная.

Видимые слизистые:

цвет бледный, влажность умеренная, высыпаний нет.

Подкожно-жировая клетчатка:

чрезмерно развита. Толщина кожной складки на животе 4,5 см, на спине 3 см. Наибольшее отложение жира на животе. Выявляются пастозные отеки клетчатки ног до уровня средней трети костей голени .

Лимфатические узлы:

затылочные, околоушные, подчелюстные, шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные лимфатические узлы не пальпируются.

Мышцы:

степень развития удовлетворительная. Тонус сохранен, сила достаточна. При ощупывании болезненность и уплотнения не выявляются.

Кости:

видимой деформации нет. Болезненность при ощупывании и поколачивании не выявляется.

Суставы:

видимой деформации суставов не выявляется. Болезненности при ощупывании нет. Кожа над суставами не гиперемированна, болезненности и хруста при движениях нет, объем активных и пассивных движений в суставах сохранен в полном объеме.

Система органов дыхания.

###### Осмотр

Конституция гиперстеническая, правильной формы, над- и подключичные ямки выполнены, межреберные промежутки умеренные, предне-задний размер грудной клетки примерно равен боковому. Эпигастральный угол тупой, ключицы и лопатки выступают умеренно, грудная клетка симметрична. Искривления позвоночника нет, окружность грудной клетки на уровне 4 ребра составляет 125 см, на вдохе 126 см, на выдохе 123 см.

Тип дыхания грудной. Вспомогательная мускулатура в дыхании не участвует, ЧД=17, дыхание поверхностное, ритмичное.

Вдох примерно равен выдоху, выявляется смешанная одышка.

###### Пальпация грудной клетки.

Грудная клетка при пальпации безболезненная, эластичная. Голосовое дрожание на симметричных участках грудной клетки над всей поверхностью легких ослаблено.

###### Перкуссия легких.

Сравнительная перкуссия: выявляется перкуторный ясный легочный звук.

Топографическая перкуссия:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Верхняя граница легких: | Справа | Слева |
| Высота стояния верхушек спереди | 3 | 5 |
| Высота стояния верхушек сзади | определить не удалось | на уровне 7 шейного позвонка |
| Ширина полей Кренига | 3 см | 4 см |
| Нижняя граница легких: |  |  |
| L. parasternalis | 4 межреберье | не определ. |
| L. medioclavicularis | 6 межреберье | не определ. |
| L. axillaris ant. | 8 межреберье | 7 межреберье |
| L. axillaris. med. | 9 межреберье | 8 межреберье |
| L. axillaris. post. | 9 межреберье | 8 межреберье |
| L. scapularis | 7 межреберье | 6 межреберье |
| L. paravertebralis | 6 межреберье | 5 межреберье |
| Дыхательная экскурсия нижнего края легких: |  |  |
| вдох | 1,5 | 1,5 |
| выдох | 1,5 | 1,5 |

###### Аускультация.

Основные дыхательные шумы: везикулярное дыхание.

Побочные дыхательные шумы: хрипов нет.

Система органов кровообращения

###### Осмотр области сердца

Выпячивание области сердца отсутствует, верхушечный толчок не выявляется, сердечного толчка и пульсации во 2-х межреберьях около грудины нет. Пульсации артерий и вен шеи нет. Патологическая прекардиальная пульсация, а так же эпигастральная пульсация отсутствуют. Расширения вен в области грудины нет.

###### Пальпация

Верхушечный и сердечный толчок не пальпируются. Дрожание в области сердца отсутствует.

###### Перкуссия

Относительная тупость сердца:

Границы относительной тупости сердца:

|  |  |
| --- | --- |
| Правая | на 0,5 см правее грудины в 4-м межреберье |
| Левая | на 0,5 см латеральнее L. medioclavicularis sin. в 5 межреберье |
| Верхняя | 3 межреберье по L. sternalis dext. |

Поперечник относительной тупости сердца:

|  |  |
| --- | --- |
| Правый | 3,5 |
| Левый | 16,5 |
| Общий | 20 |

Ширина сосудистого пучка во 2-м межреберье: 3,5 см

Конфигурация сердца: нормальная

Абсолютная тупость сердца:

|  |  |
| --- | --- |
| Правая | по срединной линии |
| Левая | на 1,5 см медиальнее левой границы относительной тупости сердца |
| Верхняя | в 3 межреберье |

###### Аускультация

Сердечные сокращения ритмичные. ЧСС= 95 в минуту.

В 1 точке: тоны сердца приглушены;

Расщепления или раздвоения 1 тона не обнаружено. 1 тон примерно равен 2. Дополнительных тонов и шумов нет.

Во 2 точке: соотношение тонов нормальное. Дополнительных тонов и шумов нет, расщеплений и раздвоений 2-го тона нет. Выявляется акцент 2 тона над аортой.

В 3 точке: аускультации тоны сердца приглушены; соотношение тонов нормальное. Расщепления, раздвоения, дополнительных тонов, шумов нет.

В 4 точке: тоны сердца приглушены; соотношение тонов правильное; дополнительных тонов, шумов, раздвоения и расщеплений не наблюдается.

В 5 точке первый тон равен второму. Шумов нет.

Шум трения перикарда аускультативно не определяется.

###### Исследование сосудов.

Осмотрены и пальпированы височные, сонные, лучевые, подколенные артерии и артерии тыла стопы. Пульсация периферических артерий ослаблена.

Пульсация аорты в яремной ямке не выражена.

Осмотрены и пропальпированы шейные вены: набухание и видимая пульсация отсутствует, венного пульса нет.

Расширения вен нижних конечностей. Уплотнения по ходу малой и большой подкожных с обеих сторон, безболезненны.

АД=160/100 мм рт.ст.

Система органов пищеварения

###### Желудочно-кишечный тракт

Осмотр

Язык слегка обложен по всей поверхности белым налетом, борозды языка сглажены, влажность языка умеренная. Трещин и язв нет.

Десны, твердое и мягкое неба гиперемированны; налет отсутствует, геморрагии и изъязвления не выявляются. Живот увеличен в объёме, симметричен, в акте дыхания участвует. Видимой перистальтики желудка и кишечника не выявляется. Венозные коллатерали не выражены. Пупок втянут.

## Рубцов нет. Окружность живота на уровне пупка составляет 112 см.

###### Перкуссия.

### При перкуссии притуплений, связанных с присутствием жидкости не выявляется. Свободной и осумкованной жидкости в брюшной полости не обнаружено.

###### Поверхностная ориентировочная пальпация

При пальпации болезненные участки не выявляются.

Расхождение прямых мышц живота отсутствует. Грыжи белой линии живота и пупочные грыжи не выявляются.

Поверхностно расположенных опухолевидных образований не обнаружено.

###### Методическая глубокая скользящая пальпация

Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области. Болезненности нет. Консистенция плотная. Поверхность гладкая. Подвижность средняя. Выявляется урчание.

Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области на середине расстояния от Spina Illiaca anterior superior до пупка.

Болезненности нет. Поверхность гладкая. Мягко- эластичная консистенция. Выявляется урчание. Слабоподвижная.

Подвздошная кишка не пальпируется.

Поперечно- ободочная кишка не пальпируется

Восходящий отдел толстой кишки пальпируется в правом фланге живота. Болезненность отсутствует, поверхность гладкая. Консистенция плотная. Урчание не выявляется. Неподвижная.

Нисходящий отдел толстой кишки пальпации недоступен.

Граница большой кривизны желудка располагается на 3 см выше уровня горизонтальной линии, проведенной через углы реберных дуг, по L. mediana anterior. Большая кривизна желудка, а так же привратник не пальпируются.

Терминальный отдел подвздошной кишки пальпации не поддается.

###### Аускультация.

Выслушивается периодическая аускультация кишечника. Урчание громкое.

Сосудистые шумы: Аускультативно определяется 1-й тон аорты.

Почечные артерии не выслушиваются.

###### Печень и желчный пузырь

Осмотр

При осмотре ограниченного выпячивания в области правого подреберья нет.

Перкуссия

Границы печени по Курлову

Верхняя граница абсолютной тупости печени:

верхний край 6 межреберье

Нижняя граница абсолютной тупости печени:

-по L. medioclavicularis dextra- 10 межреберье

-по передней срединной линии- на 1 см ниже границы между средней и верхней третью расстояния от пупка до мечевидного отростка.

по левой реберной дуге- на уровне L. parasternalis sin.

Размеры печени:

По правой средино-ключичной линии 10 см

По передней срединной линии 9 см

По левой реберной дуге 9 см

###### Пальпация печени.

Печень пальпируется на 1 см ниже правой ребёрной дуги. Край печени закруглен, уплотненный, слегка болезненный при пальпации.

###### Пальпация желчного пузыря.

Не пальпируется

Симптом Захарьина отрицательный

Симптом Василенко отрицательный

Симптом Лепена отрицательный

Симптом Ортнера отрицательный

Симптом Кера отрицательный

Симптом Мерфи отрицательный

Симптом Мюсси отрицательный

###### Селезенка.

###### Осмотр.

Ограниченного выпячивания в области левого подреберья нет,

Ограничения данной области при дыхании нет.

Перкуссия

Перкуссию селезенки провести не удалось.

Пальпация

Селезенка пальпации не доступна

Аускультация

Шума трения брюшины в области левого подреберья нет.

Поджелудочная железа

Поджелудочная железа не пальпируется.

Система органов мочеотделения.

Дизурические расстройства: отсутствуют

Осмотр

Кожа в поясничной области не гиперемированна. Припухлость и сглаженность контуров поясничной области не выявляются.

Ограниченное выбухание в надлобковой области отсутствует.

Перкуссия

Симптом Пастернацкого отрицательный.

Пальпация

Почки не пальпируются.

Пальпация мочевого пузыря:

Не пальпируется. Болезненности нет

Неврологический статус

Снижена память на прошлые события. Очаговой неврологической симптоматики и патологических рефлексов нет. Менингиальные симптомы: отрицательные.

Предварительный диагноз

ИБС: стенокардия напряжения III ФК, постинфарктный кардиосклероз, НК 0-1 степени, гипертоническая болезнь III ст, высокий риск, бронхиальная астма средней степени тяжести

План обследования:

. Общий анализ крови и мочи.

. Биохимический анализ крови (глюкоза, калий, натрий, общий белок, Холестерин, Триглицериды, ЛПВПхол, ЛПНЛхол, АлАТ, АсАТ, КФК-МВ, мочевина, креатинин).

. ЭКГ

. ЭХО-КГ.

. Консультация дерматолога

. Общий анализ мочи.

. Глюкоза крови.

. Время свертывания крови.

. Велоэргометрия.

. Коронарография.

. Rg-исследование сердца и легких.

. Консультация психотерапевта

. Консультация диетолога

. УЗИ брюшной полости

. Консультация эндокринолога

. Консультация хирурга

. Консультация невролога

. Эзофагогастродуоденоскопия

. УЗИ почек

. Флебосканирование глубоких вен нижних конечностей

. Консультация стоматолога

. Консультация окулиста

. Соскоб с ногтей

Данные лабораторных, инструментальных методов исследования и консультации специалистов.

Общий анализ крови от 14.01.15:

Гемоглобин-156 г/л

Эритроциты- 4,91\*10\12

Тромбоциты- 204\*10\6

Лейкоциты- 5,76\*10\9

Нейторофилы - 51,9

Лимфоциты - 35,4

Эозинофилы- 1,7 %

Моноциты- 6,3 %

СОЭ- 15 мм/ч

Биохимия крови от 14.01.15:

Натрий 139

Калий 4,5

АСТ 31 Е/л

АЛТ 39 Е/л

КФК 305 Е/л

ЛДГ 183 Е/л

Триглицериды 2,14

Мочевина 10,2 ммоль/л

Креатинин 97,9 мкм/л

Глюкоза 4,8ммоль/л

Холестерин 4,87 ммоль/л

Общий билирубин 20,0 мкм/л

Общий белок 79,31 г/л

Общий анализ мочи от 14.01.15:

Цвет: соломенно- желтый

Прозрачность: мутная

Плотность: 1,025

Белок - отр

Лейкоциты- менее 1.

Эритроциты- менее 1

Переходный эпителий - менее 1

Слизь - скудно.

Ревмапробы

С - реактивный белок - 1,04 мг/л

Коагулограмма

АЧТВ - 26

ПТИ 99

МНО - 1.1

Фибриноген 2.4 г/л

Тромбиновое время 20

Кортизол крови - 13.95 мг/дл

Сахарный профиль

.01.15: утро - 9.0, день - 8.0, вечер - 7.5

.01.15: утро - 5.3, день - 5.0, вечер - 4.6

Соскоб с ногтевых пластин стоп

Мицелий и споры грибка - обнаружены.

Электрокардиографическое исследование

Ритм синусовый, тахикардия, ЧСС 96, горизонтальное положение ЭОС, гипертрофия миокарда левого желудочка, изменения миокарда в передней боковой стенке. В динамике: исчезла тахикардия, улучшились процессы реполяризации в передне-боковой стенке левого желудочка, уменьшилась нагрузка на левый желудочек.

Гастроскопия.

Пищевод не изменён, кардия хорошо проходима, смыкается. В просвете желудка много слизи. Складки желудка обычной величины, слизистая гиперимирована. Выходной отдел не изменён, пилорус хорошо проходим. Луковица двенадцатиперстной кишки без особенностей.

Заключение: поверхностный гастрит.

Велоэргометрия

Проба прекращена на нагрузке 150 вт при чсс - 134 в 1 мин.

Субмакс.ЧСС - 140 /мин.

Макс. АД 225/88 мм рт.ст

На ЭКГ - регистрировалась депрессия ST 1.0 - 1.1 мм в отв II, III, AVF

Появилось чувство нехватки воздуха.

Проба положительная ФК-1.

Реакция АД - по гипертоническому типу.

Флебосканирование глубоких вен нижних конечностей

Вены не расширены, стенки не изменены, при компрессии датчиком полностью сжимаемы. Кровоток по всем отделам сохранен, синхронизирован с дыханием, симметричен.

При проведении функциональных проб признаки клапанной недостаточности по одной из ЗББВ справа.

БПВ - умеренно неравномерно расширены, имеют извитой ход, при компрессии датчиком полностью сжимаемы, признаков нарушения проходимости и клапанной недостаточности не выявлены.

МПВнерасширены, кровоток по всем отделам сохранен, признаков нарушения проходимости и клапанной недостаточности не выявлено.

УЗ-признаки варикозной трансформации подкожных вен системы БПВ.ХВН.ПТФБ правой н/к.

ЭХО-КГ.

Визуализация снижена аз-за конституциональных особенностей пациента. Гипертрофия миокарда левого желудочка, асимметрическая, умеренная. Глобальная сократительная функция левого желудочка не нарушена. Нарушений локальной сократимости левого желудочка не выявлено. При доплеровском исследовании трансмитрального кровотока обнаружено преобладание наполнения левого желудочка во время предсердной систолы. Умеренное расширение восходящего отдела аорты до 4,1 см. уплотнение стенок аорты и створок аортального клапана. Уплотнение фиброзного кольца и створок митрального клапана. Митральная регургитация незначительная, функциональная. Объем левого предсердия не увеличен. Трикуспидальная регургитация незначительная, функциональная. Регургитация на клапане легочной артерии незначительная, функциональная. Давление в легочной артерии в пределах нормы. Эукинетический тип гемодинамики.

УЗИ мочеполовой системы.

Почки контуры - неровные, размеры: правая 11,5х5.2см, чашечнолоханочная система не расширена, паренхима 2,0см, несколько диффузно неоднородная, очаговые изменения - отс.; левая 11,6х5.2см, чашечнолоханочная система не расширена, паренхима 1,9см, несколько диффузно неоднородная, очаговые изменения - отс.. зона надпочечников не изменена.

УЗИ брюшной полости.

Печень: контуры - ровные. Размеры левой доли печени 7,2 см, правой доли печени 14,5 см. Эхогенность повышенная, несколько диффузно неоднородная. Очаговые изменения не выявлены. Желочный пузырь 8,4х3,5см., форма - перегиб в в/3, толщина стенки 0,2-0,3см, эхогенность повышенная, содержимое - незначительное количество взвеси. Гепатикохоледох 0,4см. портальная вена -1.0см. внутрипеченочный протоки не расширены. Селезеночная вена, печеночные вены - норма. Нижняя полая вена в норме. Поджелудочная железа: контуры нечеткие из-за метеоризма, головка 3.2см, тело 1,6см, хвост 2,4см, эхогенность повышенная, диффузно неоднородная. Селезенка 9,8х4,2см, эхоструктура - обычная. Брюшной отдел аорты: 1,9 см. б/о. Лимфатические узлы с достоверностью лоцировать не удается.

Консультация офтальмолога

Миопия слабой степени обоих глаз. Начальная катаракта обоих глаз. Пингвекула правого глаза. Ангиопатия сосудов сетчатки.

Консультация невролога

Дисциркуляторная энцефалопатия 1 степени смешанного генез. Вестибулопатический синдром. Распространенный остеохондроз позвоночника. Грыжи дисков L3-L4, L4-L5. Диабетическая дистальная полинейропатия

Консультация психиатора

Астено-невротические реакции. Соматогенно обусловлены.

Консультация дерматолога

Онихомикоз стоп.

Консультация эндокринолога

Сахарный диабет 2 типа. Диабетическая полинейропатия нижних конечностей. Экзогено-конституциональное ожирение 2 степени.

Консультация хирурга

Диабетическая ангиопатия сосудов нижней конечностей. Посттромботическая болезнь правой голени. Варикозная болезнь вен нижней конечности. ХВН-2степени.

Консультация стоматолога

Хронический пародонтит средней степени. Кариес эмали.

Консультация диетолога

Ожирение 2 степени обменно-алиментарного генеза, висцерального типа.

Диагноз и его обоснование:

Диагноз клинический: ИБС: стенокардия напряжения II ФК, постинфарктный кардиосклероз, недостаточность кровообращения 1 степени

Осложнения: Гипертоническая болезнь 2-й стадии, 3 степени. высокий риск ССО.

Сопутствующие заболевания: Сахарный диабет 2 типа субкомпенсированный. Диабетическая полинейропатия, ангиопатия нижних конечностей 1 степени

Обоснование:

1) ИБС ставится на основании: возраст 61 лет, отягощённая наследственность, артериальная гипертензия, типичные боли за грудиной, наличие изменений сегмента ST и зубца T по данным ЭКГ, патологические зубцы Q,

2) Стенокардия напряжения ставится на основании: у пациента присутствуют типичные ангинозные приступы болей, возникающие после физической нагрузки, с продолжительностью 10-15 минут и купирующиеся приёмом нитратов

) 2 ФК ставится на основании: боли возникают после незначительной физической нагрузки (пешком проходит 200 метров),

) Постинфарктный кардиосклероз ставится на основании: 1 перенесённых инфаркта миокарда, распространённые изменения миокарда левого желудочка по данным ЭКГ, нарушения внутрижелудочковой проводимости.

) НК I степени ставится на основании: наличия одышки, возникающей при физической нагрузке, проходящей в покое, слабость, разбитость и незначительное головокружение, снижение пульсации переферических артерий

) Гипертоническая болезнь 2-й стадии ставится на основании: Субъективных признаков: слабость, головокружение, потемнение в глазах. Анамнеза: в течении последних лет пациент отмечает повышение давления до 220\120мм.рт.ст. при адаптированном 140\80-90. Объективных методов исследования: гипертрофия левого желудочка (левая граница относительной тупости сердца на 0,5 см латеральнее от левой средне-ключичной линии), акцент второго тона над аортой при аускультации. Данных рентгенологического исследования: расширение границ тени дуги аорты.

) Высокий риск ССО ставится на основании: наличия осложнений и поражения органов мишеней: стенокардия IIФК, ИМ от 2009.

Дифференциальная диагностика:

Болевой синдром в области грудной клетки может наблюдаться и при отсутствии сердечно-сосудистых заболеваний. Некоторые заболевания желудочно-кишечного тракта, особенно патология пищевода, могут сопровождаться болями в грудной клетке. Необходимо тщательно оценивать локализацию и иррадиацию болей, связь болей с приемом пищи. При заболеваниях органов дыхания (острой пневмонии с плевритом, спонтанном пневмотораксе) боль часто сопровождается одышкой и кашлем. У больных с опоясывающим лишаем болевой синдром часто напоминает ангинозные боли. Появляющиеся позднее кожные проявления позволяют уточнить патологию. При костно-мышечных изменениях боли часто носят длительный характер, связаны с движением, изменением положения тела, определяется локальная болезненность при пальпации.

Стабильная стенокардия напряжения.

Приступ длится от 2 до 10 минут.

Дискомфорт в грудной клетке характеризуется как ощущение тяжести, сдавливания, жжения, редко характеризуется как боль.

Ощущение дискомфорта локализуется за грудиной, часто иррадиурет в шею, плечо или руку.

Как правило, провоцируется физической или психоэмоциональной нагрузкой, выходом на холод.

На фоне приступа возможно появление признаков левожелудочковой недостаточности

Нестабильная стенокардия.

Основное отличие от стабильной стенокардии - большая длительность приступа (> 10 минут)

Характер и локализация дискомфортных ощущений - как при приступе стенокардии.

Для нестабильной стенокардии характерны приступы в покое или при небольших физических нагрузках.

Впервые возникшие приступы стенокардии или развитие приступов стенокардии при меньших физических нагрузках характерны для нестабильной стенокардии.

Инфаркт миокарда.

При инфаркте миокарда часто отмечается затяжной ангинозный приступ (более 10-20 минут), как правило, не купирующийся после приема нитроглицерина и нередко сопровождающийся явлениями острой сердечной недостаточности или нарушениями ритма, имеются характерные изменения на ЭКГ во время приступа.

Стеноз аортального клапана.

Характер, локализация и условия возникновения приступов такие же, как при стабильной стенокардии.

Аускультативно определяется систолический шум проекции аортального клапана, проводящийся в сонные артерии.

Следует отметить, что при атеросклерозе устья аорты могут отмечаться стенозы устьев правой и основного ствола левой коронарных артерий, а также выслушиваться систолический шум.

Рефлюкс эзофагит (эзофагеальный рефлюкс).

Приступы длятся от 2 до 45 минут.

Беспокоят ощущения тяжести, сдавливания, жжения за грудиной.

Приступы могут возникать как в связи с приемами пищи, так и на фоне физической и псхоэмоциональной нагрузки и купироваться после приема нитроглицерина и антагонистов кальция.

Редко сопровождаются изменениями на ЭКГ и нарушениями локальной сократимости миокарда левого желудочка.

Корешковый синдром.

Выявление участков локальной болезненности при пальпации грудной клетки позволяет предположить наличие корешкового синдрома.

Различные нарушения психики и эмоциональной сферы.

Локализация, продолжительность и условия возникновения приступов могут варьировать.

Больные, как правило, хорошо переносят физические нагрузки.

При тщательном обследовании выявляются признаки беспокойства или депрессии.

Лечение:

Режим: палатный.

Диета: стол №9

1. конкор 5 мг утром - Бета1-адреноблокатор селективный: антиаритмическое, гипотензивное, антиангинальное.

2. амлодипин 5 мг вечером - блокатор кальциевых каналов: оказывает антиангинальное, гипотензивное, сосудорасширяющее и спазмолитическое действие

. кардиомагнил 75 мг после ужина - Антиагрегантное средство: подавление агрегации тромбоцитов.

. омез 20 мг на ночь - Ингибиторы протонного насоса: снижают продукцию соляной кислоты

. тражента 5 мг уром - Гипогликемический препарат: увеличивает секрецию инсулина в зависимости от уровня глюкозы и снижает секрецию глюкагона, приводя в итоге к улучшению гомеостаза глюкозы.

. аторис 20 мг вечером - Гиполипидемическое средство - ГМГ-КоА-редуктазы ингибитор

. витамины В1,В6 внутримышечно через день

. актовегин 250 мл внутривенно капельно - стимулирует потребление кислорода (что приводит к стабилизации плазматических мембран клеток при ишемии и снижению образования лактата), обладает, таким образом, антигипоксическим действием, уменьшает симптомы полинейропатии

Дневники

.01.15 Состояние средней степени тяжести. Жалобы на боли в области сердца. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Отёков нет. Умеренный цианоз губ. Аускультативно дыхание во всех отделах лёгких - жёсткое. ЧДД=18 в мин. Сухие хрипы в нижних отделах лёгких. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС=62 в мин, АД=130/70 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Физиологические отправления без особенностей. t=36,6.

.01.15. Состояние средней степени тяжести. Жалобы на ощущение тяжести за грудиной. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Отёков нет. Умеренный цианоз губ. Аускультативно дыхание во всех отделах лёгких -везикулярное. ЧДД=19 в мин. Сухие хрипы в нижних отделах лёгких. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС=64 в мин, АД=130/90 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. физиологические отправления без особенностей. t=36,8.

.01.15. Состояние средней степени тяжести. Жалобы на боли в сердце не предъявляет. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Отёков нет. Умеренный цианоз губ. Аускультативно дыхание во всех отделах лёгких - везикулярное. ЧДД=18 в мин. Сухие хрипы в нижних отделах лёгких. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС=65 в мин, АД=135/70 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Физиологические отправления без особенностей. t=36,6.

.01.15. Состояние средней степени тяжести. Жалобы на периодическое головокружение, тяжесть в затылочной области. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Отёков нет. Умеренный цианоз губ. Аускультативно дыхание во всех отделах лёгких -везикулярное. ЧДД=19 в мин. Сухие хрипы в нижних отделах лёгких. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС=64 в мин, АД=140/80 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Физилогические отправления без особенностей. t=36,7.

Прогноз

Прогноз для врача:

Течение данного заболевания хроническое. Но функциональные и репаративные возможности сердечно-сосудистой системы у данного больного еще не исчерпаны, что позволяет надеяться на сохранение жизни и поддержание ее удовлетворительного качества в течение многих лет при условии полноценного лечения и контроля за состоянием больного.

Прогноз для больного:

При данном заболевании полное выздоровление маловероятно. При соблюдении рекомендаций врача в отношении лечения, режима, диеты можно на долгие годы обеспечить себе удовлетворительную работу сердца, обеспечивающую нормальное существование человека в обществе.

Прогноз для окружающих:

Для окружающих больной не представляет опасности и не требует постороннего ухода.

Выписной эпикриз

. М.Н.С. 1954 год рождения , женат, поступил в госпиталь 13,01,2015 в плановом порядке,

. Жалобы на боли в левой половине грудной клетки с иррадиацией в лопатку в левое плечо, купирующийся 1 дозой нитроспрея через 2-3 минуты, перебои в работе сердца, одышку при ходьбе до 200 метров, снижение зрения на оба глаза, изжогу, отеки ног к вечеру, периодические головные боли в затылочной области, боли в поясничном отделе позвоночника.

. Анамнез

Считает себя больным около 20 лет, когда стали расти цифры артериального давления до 220/120мм рт.ст. . С терапевтической целью применял гипотензивные препараты(с 2009 постоянно принимал конкор 5мг 1 раз, амлодипин 10 мг, индапомид 1,5 мг 1 раз, лосортан 100 мг утром, кардиомагнил 75 мг 1 раз, аторвастотин 20 мг 1 раз в сутки). В 2009 году перенес не-Q- образующий острый инфаркт миокарда нижней боковой стенки (стационарное лечение по месту жительства). В феврале 2009 года впервые выявлен сахарный диабет 2 типа, постоянно принимает сиофор 850 мг х 2 раза, гликемия на уровне 7,0-8,0. Стационарное лечение в 2011 году в городском клиническом госпитале МВД РФ, была проведена коронарография, выявлен стеноз ПКА 40 %. ПМЖВ диффузно изменена в проксимальной порции стенозирована на границе проксимальной и средней порции 40%. Консультирован в НИИТпиО проф Саитгареевым - гемодинамически значимых стенозов не выявлено. Показаний к оперативному вмешательству нет. Ухудшение состояние около 3 месяцев, когда сал отмечать учащение болей за грудиной, нестабильность АД с повышением до 180/100 мм рт.ст на фоне постоянной гипотензивной терапии.

. Клиника

) При поступлении: Кожные покровы и видимые слизистые влажные, нормальной окраски. Отёки голеней. Умеренный цианоз губ. Аускультативно дыхание во всех отделах лёгких - везикулярное. ЧДД=19 в мин. Сухие хрипы в нижних отделах лёгких. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС=116 в мин, АД=180/100 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Физиологические отправления без особенностей. t=36,7.

) При выписке: Кожные покровы и видимые слизистые влажные, нормальной окраски. Отёков нет. Цианоз губ нет . Аускультативно дыхание во всех отделах лёгких -везикулярное. ЧДД=19 в мин. Сухие хрипы в нижних отделах лёгких. Тоны сердца приглушены, ритмичны, ЧСС=64 в мин, АД=140/80 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Физиологические отправления без особенностей. t=36,7.

Общий анализ крови от 14.01.15:

Гемоглобин-156 г/л Эритроциты- 4,91\*10\12 Тромбоциты- 204\*10\6 Лейкоциты- 5,76\*10\9 Нейторофилы - 51,9 Лимфоциты - 35,4 Эозинофилы- 1,7 % Моноциты- 6,3 % СОЭ- 15 мм/ч

Биохимия крови от 14.01.15:

Натрий 139 Калий 4,5 АСТ 31 Е/л АЛТ 39 Е/л КФК 305 Е/л ЛДГ 183 Е/л Триглицериды 2,14 Мочевина 10,2 ммоль/л Креатинин 97,9 мкм/л Глюкоза 4,8ммоль/л Холестерин 4,87 ммоль/л Общий билирубин 20,0 мкм/л Общий белок 79,31 г/л

Общий анализ мочи от 14.01.15:

Цвет: соломенно- желтый Прозрачность: мутная Плотность: 1,025 Белок - отр

Лейкоциты- менее 1. Эритроциты- менее 1 Переходный эпителий - менее 1

Слизь - скудно.

. Клинический диагноз

Диагноз клинический: ИБС: стенокардия напряжения II ФК, постинфарктный кардиосклероз, недостаточность кровообращения 1 степени

Осложнения: Гипертоническая болезнь 2-й стадии, 3 степени. высокий риск ССО.

Сопутствующие заболевания: Сахарный диабет 2 типа субкомпенсированный. Диабетическая полинейропатия, ангиопатия нижних конечностей 1 степени

. Лечение:

Режим: палатный.

Диета: стол №9

) конкор 5 мг утром

) амлодипин 5 мг

) кардиомагнил 75 мг после

) омез 20 мг на ночь

) тражента 5 мг уром

) аторис 20 мг вечером

) витамины В1,В6 внутримышечно через день

) актовегин 250 мл внутривенно капельно

Рекомендации

Больной выписывается со следующими рекомендациями.

Диета: стол №9

. конкор 5 мг утром

. амлодипин 5 мг

. кардиомагнил 75 мг после ужина

. омез 20 мг на ночь

. тражента 5 мг

. аторис 20 мг вечером

. витамины В1,В6 внутримышечно через день

Перечень источников

1. Энциклопедия лекарств РЛС 2004 года