**Государственное бюджетное образовательное учреждение**

**Высшего профессионального образования**

**«Алтайский Государственный медицинский университет»**

**Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**(ГБОУ ВПО АГМУ МЗ РФ)**

**Кафедра: Факультетской терапии с курсами военно-полевой терапии иммунологии и аллергологии.**

**История болезни**

Зав. Кафедрой - д.м.н., профессор И.В.Осипова

Преподаватель - к.м.н., доцент Н.В. Пырикова

Куратор: студент 423 гр. И.М. Захарова

Больная: XXX , 75 лет

Клинический диагноз

**ОСНОВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ:**

ИБС: стенокардия напряжения , III Ф.К., ХСН II Б cтадия, III Ф.К.

**СОПУТСТВУЮЩИЕ ПАТОЛОГИИ:**

Гипертоническая болезнь III стадия, достигнутая 1 степень, риск 4. (ИБС, ГЛЖ, ожирение, возраст).

Атеросклероз. Атеросклероз аорты и ее ветвей.

Бронхиальная астма, смешанная форма, средней степени тяжести, ремиссия. ДН-0 SpO2 - 97%.

Cахарный диабет 2 тип, впервые выявленный в рамках метаболического синдрома.

Абдоминальное ожирение I степени.

**Паспортные данные**

Ф.И.О.: ХХХ

Возраст: 75 лет

Место жительства: Благовещенский район с. Леньки

Место работы: Пенсионерка

Группа крови: В (II), Rh +

Лекарственная непереносимость: пенициллин

Гемотрансфузии: не было

Дата поступления в больницу: 26.03.15. г.

Время курации: с 26 марта 2015 по 3 апреля 2015г

**Жалобы**

При поступлении на:

Периодические приступообразные боли за грудиной, имеют сжимающий жгучий характер, иррадиирующие в левое плечо и в левую лопаточную область, возникающие при нервно-психической и физической нагрузках (волнение, подъём по лестнице на 5 ступеней, ходьбе по ровной местности в умеренном темпе на расстояние до 10 м.), длится около 5-7 мин. приступ купируется сублингвальным приемом нитроглицирина 1-2 таб. Периодические головная боль, мелькание «мушек» перед глазами на фоне повышения АД до 150 /100мм. рт.ст. Одышка возникает на выдохе в покое, усиливается в горизонтальном положении, купируется Беротеком ингаляционно. Кашель частый, влажный с трудноотделяемой мокротой, она прозрачная, вязкая, до 20 мл в сутки. Приступы удушья (затрудненное дыхание, преимущественно на выдохе) которое появляется в горизонтальном положении, возникают 2 раза в неделю в ночное время купируются Беротеком. Отеки, периодически появляющиеся к вечеру. Отмечает онемение пальцев рук и ног. Утомляемость повышенная

В настоящее время: Жалобы на одышку и кашель.

**Вывод:** На основании жалоб больной можно предположить, что в патологический процесс вовлечены: сердечно-сосудистая система (боли за грудиной, повышение АД, отеки на нижних конечностях,), дыхательная система (кашель частый, влажный с отделением мокроты, приступы удушья).Наблюдаются синдром стенокардии(боли сжимающего характера, при нагрузке,купируемые нитроглицерином),синдром артериальной гипертензии (повышение АД 160/100мм. рт. ст., головные боли), синдром бронхообструкции (малопродуктивный кашель, приступы удушья),синдром ХСН (периферические отеки, одышка усиливающаяся в горизонтальном положении).

**Anamnesis morbi**

Больной считает себя с 1995 года, когда после интенсивной физической нагрузки (ходьба на расстоянии до 500м) и эмоционального напряжения появились систематические боли за грудиной сжимающего характера в течение 3-5 мин, купируемые нитроглицирином. Обратилась за помощью к терапевту в больнице по месту жительства, была госпитализирована в ТО НУЗ ОКБ с Диагнозом стенокардия напряжения. После этого на протяжении 5 лет, принимала лозап и верошпирон, состояние было стабильное. В 2001 г после смерти дочери состояние ухудшилось, боли стали беспокоить при умеренных нагрузках (ходьба до 300 м, подъем по лестнице до1- 2 пролета). В сентябре 2001 г. проходила лечение в течении 2 недель в ТО железнодорожной больницы. Затем в 2003 г. снова была госпитализирована с диагнозом ИБС: стенокардия напряжения III Ф.К., так как боли стали продолжительней до 7-10 мин, и беспокоить при минимальной физической активности (ходьба по ровной местности до 200м, подъем по лестнице на 1 пролет). Последняя госпитализация в ТО Железнодорожной больнице в 2013 году. Одышка появилась около 7 лет назад при умеренной физической нагрузке, затем с апреля 2013 г в покое, отмечает отеки нижних конечностей. Принимала лозап, верошпирон, тригрим, пектрол, амлодипин. Ухудшение с сентября 2014 года в виде нарастания болей за грудиной сжимающего характера при минимальной нагрузке, одышки и появлении отеков, не с чем не связывает.

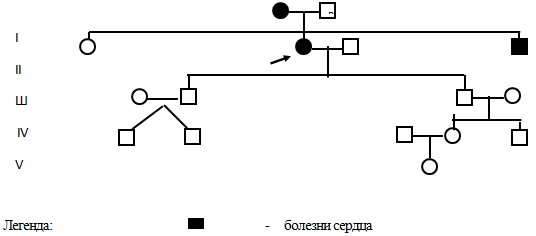
Гипертоническая болезнь с 1980, максимальный подьем АД до 200/120 мм рт.ст В настоящее время поступила в связи с ухудшением состояния для постановки диагноза и подбора терапии.

**Вывод:** Анамнестические данные свидетельствуют, что боли за грудиной сжимающего характера, возникающие в результате нервных и физических нагрузок появились впервые в 1995 г и с годами имели нарастающий характер. Таким образом, можно предположить что патологический процесс хронический, имеет медленно прогрессирующий характер, в настоящее время ухудшение.

**Anamnesis vitae**

Родилась 10.06.1939 г в г. Новосибирск. В умственном и физическом развитии от сверстников не отставала. Окончила 7 классов средней школы. В 20 лет вышла замуж, переехала в город Барнаул. С 1970 года работала на Железнодорожной станции монтером железнодорожных путей (вредные факторы: сквозняки, тежелые предметы). С 55 лет вышла на пенсию. Социальные условия, находит удовлетворительными: проживет в частном доме с 1980 года. Менструации с 16 лет, регулярные. Четыре беременности, четверо родов, течение без особенностей. Климакс с 55 лет. Гемотрансфузии отрицает. Туберкулез, инфекционный вирусный гепатит, венерические заболевания отрицает. Аллергии пенициллин, мед, травы, табак, кабачки. Вредных привычек нет. Судимость отрицает. Перенесенные ранее заболевания: ОРЗ 2-3 раза в год, ЖКБ. Операции- холецистэктомия в 2000 году, Экстирпация матки по поводу миомы. Хронические заболевания: Гипертоническая болезнь, бронхиальная астма.

**Генеалогическое древо:**



I- отец и мать пробанда (заболеваниями сердечнососудистой системы со слов больной страдала мать умерла ИМ в 50 лет, отец умер от рака легких)

II - сестра и брат пробанда (заболеваниями сердечнососудистой системы со слов больной не страдали, брат имел ГБ I степени)

II - пробанд (страдает заболеванием сердечнососудистой системы), муж пробанда здоров

III - дети пробанда (заболеваниями сердечнососудистой системы со слов больной не страдают, старшая дочь страдает хр. панкреатитом)

IV- внуки пробанда (заболеваниями сердечнососудистой системы со слов больной не страдают)

V- правнучка пробанда (заболеваниями сердечнососудистой системы со слов больной не страдает)

**Вывод:** На основании анамнеза, выявлены факторы риска: ГБ, ранний семейный анамнез, пожилой возраст, низкая физическая активность (пенсионер), которые создают благоприятные условия для возникновения и развития патологического процесса.

**Status praesens communis**

Общее состояние больной:

Состояние больной средней степени тяжести, сознание ясное, положение больной в постели вынужденное - ортопноэ., выражение лица спокойное, поведение обычное, эмоции сдержаны. Осанка правильная, телосложение правильное, повышенного питания. Рост больной 147см, вес 75кг. ИМТ 34., ОТ-94 (до 88) - абдоминальное ожирение Iстепени, по шкале ШОКС 9 баллов.

Кожные покровы и слизистые.

Кожные покровы и видимые слизистые бледные, но на ушных раковинах и губах синюшное окрашивание (акроцианоз) , участков пигментации и гипопигментации нет. Кожа дряблая, морщинистая, тургор снижен. Отеки на стопах и голенях до колен, симметричные. Сыпь на коже отсутствует.

Цвет лица обычный.. Кожные покровы обычной влажности. Слизистая рта бледно-розовая, патологических изменений не выявлено.

Периферические лимфоузлы

Доступные пальпации не увеличены, гладкие, безболезненные, не спаянны с окружающими тканями, мягко-эластичной консистенции. Молочные железы не увеличены, пальпаторно никаких образований не определяется, сосок без

особенностей, при надавливании выделений нет.

Костно-суставно-мышечный аппарат:

Общее развитие мышечной системы и тонус мышц нормальнный. Болезненности

при ощупывании мышц нет, атрофии и уплотней не обнаружено. Деформаций костей и болезненности при поколачивании нет. Конфигурация суставов не изменена. Объем активных движений полный. Контрактур и анкилозов нет.

Органы дыхания**.**

При осмотре: правильная форма грудной клетки, обе половины симметричны, в акте дыхания участвуют одинаково, межреберные промежутки слегка расширены, плотное прилегание лопаток, ключицы симметричные. Частота дыхания 20 дыхательных движений в минуту- тахитпноэ, ритмичное. Тип дыхания смешенный. Отмечается

одышка смешенного типа в покое в положение лежа на спине, а так же при разговоре. Носовое дыхание свободное.

При пальпации: резистентность грудной клетки нормальная, безболезненна; голосовое дрожание на симметричных участках одинакова, в целом в норме.

Сравнительная перкуссия: перкуторно над легкими отмечается притупление

звука в нижних отделах легких.

Топографическая перкуссия:

I Высота стояния верхушек легких над ключицами:

а) справа 5см. над ключицей

б) слева 5,5см. над ключицей.Ширина полей Кренига:

* слева 5см.
* справа 6см.

III Топография нижних границ легких.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографические линии | Правое легкое | Левое легкое |
| L.sternalis | V м/р | ---- |
| L.parasternalis | Vм/р | ---- |
| L.medioclavicularis | VIм/р | ---- |
| L.axillaris anter | VII м/р | VII м/р |
| L.axillaris med | VIII м/р | VIII м/р |
| L.axillaris poster | IX м/р | IX м/р |
| L.scapularis | X м/р | X м/р |
| L.paravertebralis | Остистый отросток XI | |

IV Подвижность легочного края

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Топографические линии | Подвижность нижнего края легкого, см. | | | | | |
|  | Правое | | | Левое | | |
|  | На вдохе | На выдохе | Суммарное | На вдохе | На выдохе | Суммарное |
| L.medioclavicularis | 1,5 | 2,5 | 4 | --- | --- | --- |
| L.axillaris med | 3,5 | 3,5 | 7 | 3 | 4 | 7 |
| L.scapularis | 2,5 | 2,5 | 5 | 3 | 2 | 5 |

Аускультация: Над легочной тканью определяется жесткое дыхание. Крепитация в

нижних отделах легких (5 межреберье по среднеподмышечной линии справа и слева, 10 межреберье по лопаточной линии справа и слева), шума трения плевры, пенвмокардиального шума не обнаружено. Бронхофония отсутствует

**Органы кровообращения**

Осмотр: При осмотре грудная клетка в области сердца не деформирована, верхушечный и сердечный толчок визуально не определяется.

Пальпация: Верхушечный толчок определяется в VI межреберье, на 1,5см. кнаружи от l.medioclavicularis sinistra,толчок разлитой, низкий, сильный, резистентный,

площадь =2 см. Определяется пульсация в эпигастральной области. Систолического и диастолического дрожания в области верхушки и основания сердца нет, симптом "кошачьего мурлыканья" у верхушки сердца, над аортой отсутствуют.

Перкуссия:

Границы относительной тупости сердца:

Правая: IV межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины.

Левая: VI межреберье на 1,5см. кнаружи от l.medioclavicularis sinistra.

Верхняя: верхний край III ребра по l. parasternalis sinistra.

Ширина сосудистого пучка во II межреберье составляет 7см.

Границы абсолютной тупости сердца:

Правая: IV межреберье по правому краю грудины

Левая: V межреберье на 1,0см. кнутри от l. medioclavicularis sinistra.

Верхняя: III межреберье по l. sternalis sinistra.

Аускультация: ослабленный I тон на верхушке, акцент II тона во втором межреберье слева от грудины,, ритм правильный. Расщепление и раздвоение тонов, ритма галопа и ритма перепела не выявлено. Патологий со стороны клапанного аппарата сердца не обнаружено. Шумы также не прослушиваются.

ЧСС 55 ударов минуту.

АД dex.=150\90. АД sin.=150/95

Исследование сосудов: Видимой патологической пульсации сосудов в области яремной ямки, шеи не обнаружено. При осмотре и пальпации артерий: височных, лучевых, бедренных, подключичных, патологических изменений, извитости, уплотнения их стенок не выявлено. Стенки сосудов эластичны, гладкие, безболезнины. Аорта в яремной ямки не пальпируется. Над проекции аорты патологической пульсации нет. Лодыжечно плечевой индекс = 1,0 в норме (0,9-1,3)

Пульс на обоих лучевых артериях равномерный, твердый, хорошего наполнения и напряжения : частота 56 в мин. Дефицит пульса отсутствует.

**Система пищеварения.**

Осмотр:

Полость рта: Слизистая ротовой полости бледно-розового цвета, чистая, язык влажный обложен белым налетом, десны не воспалены.

Акт глотания не нарушен . Стул регулярный, акт дефекации безболезненный,

отхождение газов свободное.

Зубная формула:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| вО | вО | кК | вО | вО | вО | кК | оО | вО | вО | вО | вО | вО | вО | вО | вО |
| 88 | 77 | 66 | 55 | 44 | 33 | 22 | 11 | 11 | 22 | 33 | 44 | 55 | 66 | 77 | 88 |
| 88 | 77 | 66 | 55 | 44 | 33 | 22 | 11 | 11 | 22 | 33 | 44 | 55 | 66 | 77 | 88 |
| 8О | 8О | ОК | iО | ОО | О | лО | КО | КО | КО | КО | оК | иО | ОО | ОК | ОО |

О - отсутствие зуба

К - корень

Живот: правильной округлой формы, несколько увеличен в размере за счет развитой ПЖК, симметричен, передняя брюшная стенка равномерно участвует в акте дыхания. Пупок втянут, занимает среднее положение. Расхождения прямых мышц живота не наблюдается, видимая перистальтика желудка и кишечника отсутствуют. Вены передней брюшной стенки не изменены.

Поверхностная пальпация: кожа живота одинаковой температуры и влажности на симметричных участках живота. Живот мягкий, наличие распространенной и локальной болезненности, напряжение брюшных мышц, опухолевых образований и грыж не обнаружено. Симптомы Щёткина-Блюмберга, Менделя, Ровзинга отрицательны.

Глубокая методическая пальпация по методу Образцова-Стражеско: в левой подвздошной области обнаруживается сигмовидная кишка в виде гладкого плотноватого тяжа диаметром - 2см., очень вяло и редко перистальтирующего, безболезненна; в правой подвздошной области слепая кишка пальпируется в виде умеренно напряженного несколько цилиндра диаметром 3см. Большая кривизна желудка пальпируется в эпигастральной области в виде валика. Другие органы брюшной полости (селезенка, поджелудочная железа, тонкий кишечник) пальпаторно не определяются.

При пальпации печени консистенция ее потная, безболезнена, поверхность гладкая, выступает за край реберной дуги на 1 см.

Размеры печени по Курлову: 11/ 9,5 / 8,5 см.

В точке желчного пузыря болезненность не определяется.

Симптомы Ортнера, Кэра, Георгиевского отрицательны.

Аускультативно: шум перистальтики кишечника.

**Мочевыделительная система**

При осмотре области поясницы патологических изменений не обнаружено, припухлости и периферических отеков нет. Почки в пяти положениях не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный. Суточный диурез - 1,5л. мочеиспускание свободное, ночной диурез преобладает над дневным.(никтурия)

**Эндокринная система**

Щитовидная железа не увеличена при пальпации безболезненна, мягко-эластичной консистенции. Симптомов гипертериоза нет. Вторичные половые признаки развит по женскому типу. Молочные железы одинакового размера, уплотнений и опухолевых образований не выявлено. Отмечается повышенная влажность кожных покровов, потливость. Других расстройств со стороны эндокринной системы не выявлено.

**Нервная система**

Поведение больной адекватное, речь правильная, мышление логичное, больная спокойна полностью ориентирована во времени и пространстве. Координация движений не нарушена. Сухожильные и кожные рефлексы вызываются легко, живые, без особенностей. Сознание больной ясное.

Болевая, тактильная, температурная чувствительность не нарушена.

Зрачки круглой формы, средних размеров. Реакция на свет прямая, живая, содружественная, аккомодация и конвергенция не нарушена. Движения глазных яблок в полном объеме.

**Вывод:** Из анализа объективных данных, следует что в патологический процесс

сердечно-сосудистая система, о чем свидетельствуют следующие данные:

.При осмотре: ортопноэ, акроцианоз, отеки на голенях и стопах, гепатомегалия (11/ 9,5 / 8,5 см.)

.Со стороны легких: тахипноэ (ЧД 20), одышка, при перкуссии - ослабление перкуторного звука, аускультативно выслушивается жесткое дыхание по всем легочным полям, крепитация в нижних отделах легких.

.Со стороны ССС : При пальпиции: верхушечный толчок определяется в VI межреберье, на 1,5см. кнаружи от l.medioclavicularis sinistra, толчок разлитой, низкий, сильный, резистентный, площадь =2 см. Выявлена эпигастральная пульсация. При перкуссии:

Границы относительной тупости сердца увеличены

Верхняя: верхний край III ребра по l. parasternalis sinistra

Правая: IV межреберье 1 cм кнаружи от правого края грудины.

Левая: VI межреберье на 1,5см. кнаружи от l. medioclavicularis sinistra.

Аускультативно: ослабление I тона на верхушке, акцент II тона слева во втором межреберье, ритм правильный.

**Предварительный диагноз**

Из жалоб выявлено три признака типичной стенокардии, а именно

. Приступ ообразные боли за грудиной, которые имеют сжимающий жгучий характер, иррадиирующие в левое плечо и в левую лопаточную область.

.возникающие при нервно-психической и физической нагрузках

(волнение, подъём по лестнице на 5 ступеней, ходьбе по ровной местности в умеренном темпе на расстояние до 100 м.), длятся около 5-7 мин.,

.купируется сублингвальным приемом нитроглицирина 1-2 таб . через 3-5 минут

Из анамнеза заболевания выявлено, что это длительно текущий и прогрессирующий процесс, но в течении последнего года приступы коронарных болей одинаковы по частоте, продолжительности и интенсивности, переносимость физической нагрузки такая же как и была(ходьба до 100м, подъем на 5 ступеней), эффективность нитроглицерина не изменилась, поэтому можно считать что это стабильная стенокардия напряжения 3 Ф.К ,так как у больной наблюдается значительное ограничение обычной физической нагрузки.

Так как у больной одышка в покое, усиливающаяся в горизонтальном положении, ортопноэ, тахипноэ , приступы удушья по ночам, выслушивается крепитация в нижних отделах легких и акцент II тона на легочном стволе ,ГЛЖ , можно предположить застой

по малому кругу кровообращения , ЛЖН.

Поскольку у больной были выявлены акроцианоз, отеки голеней и стоп, гепатомегалия и никтурия, ГПЖ можно предположить застой по большому кругу кровообращения, ПЖН.

Исходя из последних данных , можно поставить хроническую сердечную недостаточность II Б стадии 3 Ф.К. так как наблюдается выраженное ограничение физической нагрузки, а по шкале ШОКС 9 баллов.

Поскольку у пациентки стенокардия напряжения и возраст более 60 лет (75 лет), и в анамнезе поставлен диагноз ИБС ,можно поставить , клинически, диагноз: ишемическая болезнь сердца. Наличие факторов риска атеросклероза (ожирение I ст.) косвенно подтверждают этот диагноз.

ОСНОВНОЙ:

ИБС: стенокардия напряжения 3 Ф.К., ХСН II Б стадия ,3 Ф. К.

СОПУТСТВУЮЩИЙ:

ГБ: III стадия 1 достигнутая степень, риск 4 (ИБС, ГЛЖ, ожирение I ст., возраст, ХСН).

Бронхиальная астма, смешанная, средней степени тяжести, ремиссия. ДН -0SpO2-97%

Абдоминальное ожирение I степени.

**ПЛАН ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

1. Лабораторные исследования:

1.ОАК (лейкоциты, эритроциты, концентрация гемоглобина)

.ОАМ (альбумины, глюкоза, креатинин)

.БАК с оценкой липидного спектра (концентрация общего холестерина, ЛПНП и триглицеридов )

.Серологические исследования:

* анализ крови на RW, ВИЧ.
* анализ крови на Rh.

5.Исследование сахарной кривой (тест толерантности к глюкозе)

1. Функциональные методы исследования:

1.ЭКГ. (ЭКГ - признаки ишемии: изменения зубца Т и смещение сегмента ST)

.Дуплексное сканирование брахиоцефальных сосудов( определение диаметра сосудов, показателей

кровотока, атеросклеротических бляшек )

.Стресс ЭХО-КГ исследование.(оценка подвижности сегментов левого желудочка при увеличение

ЧСС )

. Холтеровское 24-часовое мониторирование (выявление болевых и безболевых эпизодов ишемии

миокарда или нарушении ритма сердца в течении суток)

.Коронарная ангиография (определение атеросклеротических бляшек в коронарных артериях ,

степень сужения сосуда, а так же спазм артерий, тромбоз, изъязвление, кальциноз и аномалии

развития сосудов сердца., )

. Rg грудной клетки. (увеличение размеров сердца, застой крови в легких, отложение кальция в

сердечной мышце и увеличение предсердий. )

.Нагрузочные пробы - велоэргометр (изучить, как реагирует сердце пациента на ту или иную

нагрузку)

..МСКТ сердца и коронарных сосудов ( для выявления атеросклероза сосудов сердца, выявления

врожденных и приобретенных пороков, для исследования кровотока и обнаружения кальциноза.)

. 6-минутный тест(для определения функционального класса ХСН)

1. Консультация узких специалистов:

1.Невропотолог.

.Окулист (исследование глазного дна)

.Эндокринолог (исследование поджелудочной железы и щитовидной железы)

**ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ**

**Не медикаментозное лечение**

1.Ограничение употребления соли (так как ХСН III ФК -менее 1г в сутки , алкоголя, жаренной и жирной пищи.

. Питание 5 раз в сутки. В состав блюд включать продукты богатые калием (картофель, капуста, шиповник, овсяная крупа), магнием (крупы), кальцием (молоко, сыр, творог), мясо должно быть хорошо проваренным. Суточное количество жидкости ограничивается до 1000-1200 мл. Увеличить потребление овощей и фруктов (5 порций)

.Снижение массы тела

.Регулярные физические нагрузки (дыхательные гимнастики)

. Исключение факторов, оказывающих влияние на возникновение приступов . К ним относятся стресс, физическая нагрузка.

**Медикаментозное лечение**

· Лечение направленное на предупреждение возникновения ИМ и смерти

Антитромбоцитарные препараты снижают способность тромбоцитов и эритроцитов к склеиванию и прилипанию к поверхности кровеносных сосудов. Наиболее используемым антиагрегантом является ацетилсалициловая кислота..: Tab. Aspirini 0.5 №20. По ¼ таблетки в обед.

Бета-адреноблокаторы оказывают антиишемичекое, антиаритмическое, гипотензивное действие на сердечно - сосудистую систему снижают ЧСС, уменьшая потребность миокарда в кислороде..: Tab. Atenololi 0,05№20№20. по 1 таблетке 2 раза в день

Статины снижают холестерин.: Tab. Atorvastatini 10 mg №20. по 1 таблетке в день вечером.

· Лечение, направленное на уменьшение ишемии миокарда и выраженности клинических признаков заболевания.

Нитраты пролонгированного действия (Тринитролонг, изосорбида-5 мононитрат): Данная группа препаратов применяется у больных при тяжелой стенокардии, ангинозном статусе, гипертензии в легочном круге кровообращения. Данные препараты для достижения длительного вазодилятаторного действия метаболизируются в организме до образования групп NO..: Tab. Pectroli 30 mg. По одной таблетке 2 раз в день утром и вечером

Блокаторы медленных Cа- каналов верапамил

Rp.: Tab. Amlodipini 10mg№10. по 1 таблетка в день вечером

Цитопротекторов- предуктал (триметазидин) защищает миокардиоциты от ишемического повреждения, повышает устойчивость организма к физическим нагрузкам, уменьшает частоту и тяжесть приступов..: Tab. prestarium 0,002 №20. По 1 таблетке утром

· Терапия направленная на лечение ХСН

Ингибиторы АПФ

уменьшают протеинурию, поэтому особенно важны для терапии пациентов с хроническими болезнями почек .Этот эффект также важен у пациентов с диагнозом сахарный диабет, поэтому эти препараты имеют статус препаратов выбора для лечения артериальной гипертензии у пациентов с диабетом. Эти эффекты, по-видимому, связаны с улучшением ренальной гемодинамики, снижением резистентности эфферентных артериол, что снижает давление в капиллярах клубочков.

Эналаприл.2 раза в сутки

Блокаторы бета-адренергических рецепторов

Приводят к улучшению функции ЛЖ, оптимизации использования энергии миокардом , уменьшению симптомов , а также к регрессу ремоделирования сердца , определяющего плохой прогноз при естественном течении ХСН.

Небиволол вначале 2,5 мгв сутки, затем до 5 мг в сутки 1 раз.

АМКР

то препараты, которые блокируют альдостероновые рецепторы (приводя к повышению экскреции натрия, хлора и воды, торможению выведения калия и мочевины в почках) и оказывают диуретическое, антигипертензивное и калийсберегающее действия.

Rp.: Tab. Verospiroli 50mg№10

S. по 1 таблетки 2 раза в день(утром и днем)

Антагонист рецепторов ангиотензина II

Снижает ОПСС, давление в «малом» круге кровообращения; уменьшает постнагрузку, оказывает диуретический эффект. Препятствует развитию гипертрофии миокарда, повышает толерантность к физической нагрузке у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (ХСН). Прием АРА один раз в сутки приводит к статистически значимому снижению сАД и дАД.

Лориста 25мг 2 раза в сутки

Диуретики.

Как петлевые диуретики, так и бензотиадиазины используют при лечении гипертонической болезни и хронической сердечной недостаточности. Увеличивая диурез, они уменьшают ОЦК, соответственно венозный ее возврат к сердцу и нагрузку на миокард, уменьшают застойные явления в легких.

Rp.: Tab. Furosemidi 40 mg№5

S. по 1 таблетка в день утром

Ингибиторы карбоангидразы

изменения рН мочи в кислую сторону и восстановления хорошего эффекта активных мочегонных препаратов.

Диакарб в дозе 0,25 г 3 раза в день в течение 3-4 сут

· Лечение сахарного диабета

Сахарный диабет II типа увеличивает риск коронарной смерти в 4 раза у женщин. В еще большей степени (в 3 - 10 раз) этот риск возрастает при сахарном диабете I типа. Необходимость адекватной гипогликемической терапии (в частности, у больных СС) является общепризнанной, хотя убедительных доказательств ее влияния на течение ИБС к настоящему времени не имеется.

Rp.: Tab.Diabetoli 10mg№10

S. по 1 таблетки утром

**Данные лабораторных и инструментальных исследований**

27.03.15 Изосерологическое исследование крови: Группа крови(резус фактор)- AB(IV) RH(+);Экспресс реакция на сифилис (РМП)- отрицательный();;;;

**27.0315 Общий анализ крови №36**: Лейкоциты - 9,4 х10\*3 мкл (3,5-8,5); Эритроциты

,47х10\*6 мкл(3,50-4,70); Гемоглобин - 13,5г/дл(11,5-14,5); Гемотокрит - 42,0%(36,0-42,0); Сред. объем эритр.94,0 (80,0-100,0); Сред. содержание гемоглоб. в эритр.- 32,1 г/дл (31.0-37.0); Тромбоциты - 270х10\*3мкл (170-350); Лимфоциты - 18,5% (20,0-40,0); Кл. ср. размера (баз., эоз., мон.)- 8,1% (1,0-13,0); Нейтрофилы- 73,4%(46,0-70,0);СОЭ- 7 мм/ч (2-15);

Заключение: Умеренный лейкоцитоз, неитрофилез.

**27.03.15 Биохимический анализ**: Глюкоза- 6,80 ммоль/л (4,2-6,1); Билирибин общий-12,45мкмоль/л(8-20,5); Калий - 4,17 ммоль/л (3,5-5,1); Натрий - 145 ммоль/л (136-145);Креатинин - 90мкмоль/л (44-88); СКФ- 54мл/мин(90);Мочевина-12,28ммоль/л (1,7-8,3);АсАТ-31,5U/I (до 31); АлАТ-24,8U/I (до 31); Общий белок - 75 г/л (65 -85); Альбумин - 47,8г/л (35-50); Протромбиновая активность -84% (80-100); Фибриноген -4,44г/л (2-4); Мочевая кислота - 432,6 мкмоль/л(143-339);

Заключение: Повышение глюкозы 6,8ммоль/л , креатинина 90мкмоль/л и мочевой кислоты 432,6мкмоль/л, снижение СКФ до 54мл/мин

**27.03.15г. Липидограмма**: Триглицериды-0,58ммоль/л(менее 1,7); Холестерин - 4,83 ммоль/л (3-5); ХС ЛПВП - 1,47ммоль/л (1,09-2,28 ); ХС ЛПНП - 3,10 ммоль/л (менее 3,9); ХС ЛПОНП - 0,26 ммоль/л (0,18-0,87); Индекс атерогенности - 2,7 ед.(до 3);

Заключение: умеренная дислипидемия за счет показателей холестерина(4,83) и ЛПНП (3,10)

**31.03.15 Биохимический анализ:** Калий - 4,71ммоль/л(3,5-5,1); Натрий 141(до 145); Креатинин - 82 мкмоль/л(44-88); СКФ - 61 мл/мин (90)

Заключение : снижение СКФ до 61мл/мин

**27.03.15** Аутоантитела к ТПО: ед/мл(до 30);

**27.03.15** Тиреотропин (ТТГ): 1,58 мМЕ/л (0,3-4,0) ;

**27.03.15** Тироксин свободный(Т4св): 13,4пмоль/л(10-23);

**27.03.15 Общий анализ мочи № 37**: кровь норма(0,0-5,00); Билирубин норма (0,0-0,25); Уробилиноген норма (0,10-1,00); Кетоны норма (0,0-2,50); Белок норма( 0,0-5,00); Глюкоза норма(0,0-25,00); pH 5,0 (5,00-7,00); Относительная плотность 1.015 (1,02-1,03); лейкоциты норма; Аскорбиновая кислота норма (0,0-5,00); цвет мочи светло-желтый, мутная; Исследование мочевого осадка:, Лейкоциты 3-4 (0-8); Эпителий плоский в п/зр 0-1 (1-3).кристаллы мочевой кислоты +++; Слизь +; Бактерии +++;

Анализ мочи по Нечипоренко: Лейкоциты- 0,5(до 2,0х10\*6 в 1 л); Актив. Лейкоциты; Эритроциты; Цилиндры

Заключение: Снижение относительной плотности мочи,бактериурия,повышенное количество мочевой кислоты.

**Общий анализ мокроты**: Количество- 0; Цвет -серый; Характер - слизистый; Консистенция -вязкая; Лейкоциты в п/зр-0-14.Эпителиальные клетки в п/зр. 5-9.

**01.04.15 Исследование сахарной кривой**: Тест толерантности к глюкозе: Глюкоза натощак - 5,9ммоль/л (3,33-5,55); Прием глюкозы: 75г. Через 120мин-14,6ммоль/л

**26.03.15г. ЭКГ № 3292:**

Заключение: Ритм синусовый, ЧСС 58 уд. в минуту, брадикардия.

Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса - расширенный комплекс QRS и раздвоенный зубец R во втором стандартном отведении. Признаки гипертрофии левого желудочка - увеличение зубца R в левых грудных отведениях V5-6 и амплитуды зубца S в правых грудных отведениях V1-2 Смещение ЭОС влево. ИСЛ 40.Метаболические изменения в миокарде.

**30.03.15 г. Дуплексное сканирование брахиоцефальных сосудов**:

**Сонные артерии:** ТИМ ОСА справа 1,2 мм, слева 1,0 мм, утолщена, уплотнена.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | D,мм | Vps,см/с | Ri,y.e |  |
| ОСА пр. | 6,30 | 62,00 | 0,62 |  |
| ОСА лев. | 6,40 | 57,00 | 0,63 |  |
| КА% | 1,56 | 8,06 |  |  |
| ВСА пр. | 5,50 | 68,00 | 0,62 |  |
| ВСА лев. | 5,30 | 65,00 | 0,63 |  |
| КА % | 3,64 | 4,41 |  |  |

Ход ОСА не нарушен. Кровоток магистрального типа.

В проксимальных отделах обеих ВСА - С - образное нарушение хода.

Патологические структуры в просвете не определяются.

**Позвоночные артерии:** проходимы, ход не нарушен, патологических структур в просвете не определяется, кровоток антеградный.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | D, мм | Vps,см/с | Ri , y.e. |
| ПА V1 пр. |  | 41,00 | 0,58 |
| ПА V2 пр. | 3,1 | 35,00 | 0,59 |
| КА % |  | 14,63 | 1,69 |
| ПА V1 лев. |  | 42,00 | 0,61 |
| ПА V2 лев. | 2,7 | 40,00 | 0,61 |
| КА % | 12,90 | 4,76 | 0,00 |

**Заключение**: Признаки атеросклероза сонных артерий.

Гемодинамические незначимое нарушение хода правой и левой ВСА.

**Обзорная рентгенография ОГК**: В легких без очаговых и инфильтративных теней. Корни уплотнены и полнокровны. Тень расширена за счет ЛЖ.

**28.03.15г. УЗИ внутренних органов**: Печень: не выступает из по реберной дуги. Контуры: ровные, четкие. Размеры: пр.доля 108 мм(N до 150мм),лев. доля 77(до 100мм).Эхогенность: умеренно повышенная. Эхоструктура: однородна.Сосудистый рисунок : сохранен. Воротная вена: без особенностей. Печеночные вены : без особенностей. Общий желчный проток: не расширен 6,5 мм. Печеночные протоки: без особенностей. Контуры: четкие, волнистые. Эхогенность:повышена. Эхоструктура: однородная. Селезенка: размеры нормальные. Контуры: четкие,волнистые. Эхогенность:нормальная. Эхоструктура: однородна. Почки: лацируются раздельно, в обычной проэкции в пределах нормы. Контуры: ровные,четкие. Синусы: деференцированы. Соответствие синусов к паренхиме сохранено. Эхогенность паренхимы: обычная. Отток мочи нарушен.Конкременты: не лоцируются. В синусе левой почки лоцируется единичные анэхогенные образования до 20мм. Смещенность в ортостазе: в допустимых пределах. Дополнительные образования в проэкции надпочечников четко не лоцируются. Мочевой пузырь: наполнен не достаточно. Полость: анэхогенна. Свободная жидкость в брюшной полости не лоцируется.

Заключение: Состояние после холецистэктомии. Умеренные диффузные изменения структуры печени. Диффузные изменения структуры поджелудочной железы. Кисты в левой почке.

**Обоснование клинического диагноза.**

Диагноз *ИБС, стабильная стенокардия напряжения 3 функционального класса* поставлен (клинически) на основании:

Жалоб больной на приступообразные боли за грудиной, которые имеют сжимающий жгучий характер, иррадиирующие в левое плечо и в левую лопаточную область, возникающие при нервно-психической и физической нагрузках

(волнение, подъём по лестнице на 5 ступеней, ходьбе по ровной местности в умеренном темпе на расстояние 100 м.), длятся около 5-7 мин., купируется сублингвальным приемом нитроглицирина 1-2 таб . через 3-5 минут .

данных анамнеза - это длительно текущий и прогрессирующий процесс, приступы носят постоянный характер в течение последнего года, не учащались и не усиливались, переносимость физической нагрузки такая же как и была (ходьба до 100м, подъем на 5 ступеней), эффективность нитроглицерина не изменилась.

физикальных методов исследования *-* при аускультации: ритм правильный, ослабление I тона на верхушке, акцент II тона слева во втором межреберье, при перкуссии: увеличение границ относительной тупости сердца.

инструментальных методов исследования - Признаки атеросклероза сонных артерий обнаруженные при дуплексном сканировании брахиоцефальных сосудов.

Диагноз *гипертоническая болезнь III стадии, достигнутой I степени, очень высокого риска* поставлен на основании:

*жалоб* больной на повышение артериального давления до 200 и 100 мм рт. ст.в настоящее время 150/90 мм.рт.ст.

данных анамнеза- гипертоническая болезнь *с 1980г,* ишемическая болезнь сердца с 1995 года

физикальных методов исследования *-* увеличение границ относительной тупости сердца;

инструментальных методов исследования - на ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка - увеличение зубца R в левых грудных отведениях V5-6 и амплитуды зубца S в правых грудных отведениях V 1-2. Смещение ЭОС влево. ИСЛ 40. Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса - расширенный комплекс QRS и раздвоенный зубец R во втором стандартном отведении;стадия - на основании анамнеза - повышение артериального давления до 200/100мм.рт.ст., в настоящее время 150/90мм.рт.ст. (I достигнутая степень),

на основании физикальных методов исследования - при перкуссии -увеличение границ относительной тупости сердца (Верхняя: верхний край III ребра по l. parasternalis sinistra Правая: IV межреберье 1 cм кнаружи от правого края грудины.

Левая: VI межреберье на 1,5см. кнаружи от l. medioclavicularis sinistra.

Аускультативно: ослабление I тона на верхушке, акцент II тона слева во втором межреберье,

на основании инструментальных методов исследования - атеросклероз сосудов при дуплексном сканировании,

на основании лабораторных методов исследования - липидный спектр -умеренная дислипидемия за счет показателей холестерина(4,83) и ЛПНП (3,10), повышение креатинина 90мкмоль/л и мочевой кислоты 432,6мкмоль/л, снижение СКФ до 54мл/мин.

Таким образом, существуют признаки осложнений гипертонической болезни - поражение органов мишеней (гипертрофия левого желудочка, атеросклероз, ХБП).

Очень высокий риск - в связи с III стадией артериальной гипертензии, наличием поражений органов-мишеней (гипертрофия левого желудочка, атеросклероз, ХБП), наличие ассоциированных состояний - стабильная стенокардия напряжения, факторов риска (абдоминальное ожирение, возраст более 65 лет, ХСН).

Диагноз *хроническая сердечная недостаточность II Б стадии 3 Ф.К.* поставлен на основании:

жалоббольной на одышку в покое, усиливающейся в горизонтальном положении, приступы удушья по ночам

данных анамнеза *-* минимальная физическая нагрузка (разговор) сопровождается одышкой, длящейся 5-7 минут; приступы удушья по ночам 2-3 раза в неделю;

физикальных методов исследования *-* увеличение границ относительной тупости сердца; признаков застойных явлений по малому кругу - ортопноэ, тахипное, выслушивается крепитация в нижних отделах легких и акцент II тона на легочном стволе; признаков застоя по большому кругу кровообращения -акроцианоз, печень увеличена, периферические отеки на голенях и стопах, никтурия, по шкале ШОКС 9 баллов- 3 Ф.К.

инструментальных методов исследования - на ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка - увеличение зубца R в левых грудных отведениях V5-6 и амплитуды зубца в правых грудных отведениях V 1-2. Смещение ЭОС влево. ИСЛ 40

**Этиология**

Факторы риска ишемической болезни сердца - это обстоятельства, наличие которых предрасполагает к развитию ИБС. Эти факторы во многом сходны с факторами риска атеросклероза, поскольку основным звеном патогенеза ишемической болезни сердца является атеросклероз коронарных артерий.

Для классификации множества факторов риска, связанных с сердечно-сосудистыми заболеваниями, в эпидемиологических исследованиях предлагаются различные модели. Показатели риска можно классифицировать следующим образом.

**Биологические факторы:**

· пожилой возраст;

· мужской пол;

· генетические факторы, способствующие возникновению дислипидемии, гипертензии, толерантности к глюкозе, сахарному диабету и ожирению.

**Анатомические, физиологические и метаболические (биохимические) особенности:**

· дислипидемия;

· артериальная гипертензия;

· ожирение и характер распределения жира в организме;

· сахарный диабет.

**Поведенческие факторы, которые могут привести к обострению ИБС:**

· пищевые привычки;

· ожирение, как фактор развития ИБС;

· курение;

· недостаточная двигательная активность, или физические нагрузки превышающие адаптационные возможности организма;

· потребление алкоголя;

· поведение, способствующее возникновению заболеваний коронарных артерий.

Вероятность развития коронарной болезни сердца и других сердечно-сосудистых заболеваний увеличивается при увеличении числа и «мощности» этих факторов риска. В настоящее время у людей без ИБС и её эквивалентов рекомендованаоценка абсолютного риска для выбора наиболее оптимальной интенсивности мероприятий по первичной профилактике ИБС.

Для врача, определяющего характер и объём профилактических и терапевтических вмешательств, важны как распознавание факторов риска на индивидуальном уровне, так и сравнительная оценка их значимости. В первую очередь, необходимо выявление атерогенной дислипопротеинемии хотя бы на уровне обнаружения гиперхолестеринемии (отклонение концентрации холестерина в крови в сторону увеличения по сравнению с нормой). Доказано, что при содержании холестерина в сыворотке крови от 5.0-5,2 ммоль/л риск смерти от ИБС сравнительно невелик. Число случаев смерти от ИБС в течение ближайшего года возрастает от 5 случаев на 1000 мужчин при уровне холестерина в крови 5,2 ммоль/л до 9 случаев при уровне холестерина в крови 6,2-6,5 ммоль/л и до 17 случаев на 1000 населения при уровне холестерина в крови 7,8 ммоль/л. Указанная закономерность характерна для всех людей в возрасте 20 лет и старше. Мнение о повышении границы допустимого уровня холестерина в крови у взрослых с увеличением возраста как нормальном явлении оказалось несостоятельным.

Гиперхолестеринемия относится к важным элементам патогенеза атеросклероза любых артерий; вопрос о причинах преимущественного формирования атеросклеротических бляшек в артериях того или иного органа (мозга, сердца, конечностей) или в аорте изучен недостаточно. Одной из возможных предпосылок образования стенозирующих атеросклеротических бляшек в венечных артериях может быть наличие мышечно-эластической гиперплазии их интимы (толщина её может превышать толщину медии в 2-5 раз). Гиперплазию интимы венечных артерий, выявляемую уже в детском возрасте, можно отнести к числу факторов наследственной предрасположенности к ишемической болезни сердца.

**Патогенез**

Согласно современным представлениям, ишемическая болезнь сердца - это патология, в основе которой лежит поражение миокарда, обусловленное недостаточным его кровоснабжением (коронарной недостаточностью). Нарушение баланса между реальным кровоснабжением миокарда и потребностями его в кровоснабжении может произойти из-за следующих обстоятельств:

Причины внутри сосуда:

· атеросклеротическое сужение просвета венечных артерий;

· тромбоз и тромбоэмболия венечных артерий;

· спазм венечных артерий.

Причины вне сосуда:

· тахикардия;

· гипертрофия миокарда;

· артериальная гипертензия.

Понятие ИБС является групповым. Оно объединяет как острые, так и хронические состояния, в том числе рассматриваемые как самостоятельные нозологические формы , в основе которых лежит ишемия и вызванные ею изменения миокарда (некроз, дистрофия, склероз); но лишь в тех случаях, когда ишемия обусловлена сужением просвета венечных артерий, связанным с атеросклерозом, либо причина несоответствия коронарного кровотока метаболическим потребностям миокарда неизвестна.

Формирование атеросклеротической бляшки происходит в несколько этапов. Сначала просвет сосуда существенно не изменяется. По мере накопления липидов в бляшке возникают разрывы её фиброзного покрова, что сопровождается отложением тромбоцитарных агрегатов, способствующих локальному отложению фибрина. Зона расположения пристеночного тромба покрывается вновь образованным эндотелием и выступает в просвет сосуда, суживая его. Наряду с липидофиброзными бляшками, образуются почти исключительно фиброзные стенозирующие бляшки, подвергающиеся кальцинозу.

По мере развития и увеличения каждой бляшки, возрастания числа бляшек повышается и степень стенозирования просвета венечных артерий, во многом (хотя и необязательно) определяющая тяжесть клинических проявлений и течение ИБС. Сужение просвета артерии до 50 % часто протекает бессимптомно. Обычно чёткие клинических проявления заболевания возникают при сужении просвета до 70 % и более. Чем проксимальнее расположен стеноз, тем большая масса миокарда подвергается ишемии в соответствии с зоной кровоснабжения. Наиболее тяжёлые проявления ишемии миокарда наблюдаются при стенозе основного ствола или устья левой венечной артерии.

В происхождении ишемии миокарда часто могут играть роль резкое повышение его потребности в кислороде, коронарный ангиоспазм или тромбоз. Предпосылки к тромбозу в связи с повреждением эндотелия сосуда могут возникнуть уже на ранних стадиях развития атеросклеротической бляшки, тем более что в патогенезе ИБС, и особенно её обострении, существенную роль играют процессы нарушения гемостаза, прежде всего активация тромбоцитов, причины которой установлены не полностью. Тромбоцитарные микротромбозы и микроэмболии могут усугубить нарушения кровотока в стенозированном сосуде.

Значительное атеросклеротическое поражение артерий не всегда препятствует их спазму. Изучение серийных поперечных срезов пораженных венечных артерий показало, что лишь в 20 % случаев атеросклеротическая бляшка вызывает концентрическое сужение артерии, препятствующее функциональным изменениям её просвета. В 80 % случаев выявляется эксцентрическое расположение бляшки, при котором сохраняется способность сосуда и к расширению, и к спазму.

**Дневник ведения больного**

.03.15 г. бронхиальная астма легкое больной пальпация

Жалобы: на боли сжимающего характера, локализующиеся за грудиной и иррадиирующие в левое плечо, купируются нитроглицерином через 7 мин, возникают после физической нагрузки (подъем на 5ступеней) или после психоэмоционального перенапаряжения. Одышка в покое, в горизонтальном положении. Так же жалобы на головную боль. Постоянную общую слабость и недомогание. Объективно: сознание больного ясное, положение в постели вынужденное-ортопноэ. Кожные покровы сухие розовые, наблюдается акроцианоз. Переферические лимфоузлы не пальпируются. периферические отеки на голенях и стопах. Температура тела 36,8. Дыхательная система: носовое дыхание свободное, обе половины груди участвуют в акте дыхания, ритмичное, средней глубины. ЧДД 20в мин-тахипноэ. При пальпации грудной клетки болезненность не выявлена. Резистентность не изменена, голосовое дрожание равномерное, не изменено. При сравнительной перкуссии отмечается ослабленный легочный звук над обеими легкими по нижним точкам выслушивания. Дыхание жесткое, мелкопузырчатые хрипы в н/о. Сердечно-сосудистая система: при осмотре области сердца и сосудов патологической пульсации не обнаружено. Верхушечный толчок определяется в VI межреберье на 2,5 см. кнаружи от левой среднеключичной линии, толчок разлитой, низкий, сильный, площадь =2 см. Перкуторно: правая граница относительной тупости на 1см кнаружи от правого края грудины в IV м.р., левая граница относительной тупости на 2,5 см. кнаружи от левой среднеключичной линии в VI м.р., верхняя- в III м.р. слева. Аускультация: тоны сердца глухие, ослабленные, ритм правильный, акцент второго тона на легочном стволе. Расщепление и раздвоение тонов, ритма галопа и ритма перепела не выявлено. Патологий со стороны клапанного аппарата сердца (стеноз, недостаточность) не обнаружено. Шумы (сосудистые, внесердечные и внутрисердечные) также не прослушиваются. ЧСС: 55уд. АД 150/95 мм.рт.ст. Пищеварительная система: язык влажный чистый, видимые слизистые бледно-розового цвета. Живот при осмотре без патологий, при пальпации не напряжен, безболезненный, симптомов раздражения брюшины нет. Печень пальпируется по краю реберной дуги, гладкая, безболезненная, размеры по Курлову: 11,5x9,5x8,5 см, Стул регулярный, 2 раза в сутки. Мочевыделительная система: почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание не нарушено, безболезненно, 3 - 4 днем и 6-7 раза ночью - никтурия.

.03.15 г.

Состояние больной удовлетворительное. Жалобы на боль за грудиной, иррадиирующую в левую лопатку, головную боль слабость и недомогание . Объективно: сознание ясное, положение в постели вынужденное, кожные покровы бледные, сухие, слизистые рта влажные бледно-розового цвета. Отеков на голенях и стопах. Дыхательная система: дыхание ритмичное, ЧДД 20 в мин, перкуторно ослабленный легочной звук, дыхание жесткое, выслушивается крепитация в н/о легких. Сердечнососудистая система: перкуторно границы сердца увеличены, тоны глухие, ритм правильный, ЧСС 60 в мин, АД 140/90 Пищеварительная система: язык влажный чистый, живот мягкий, безболезненный. Стул не нарушен. Мочевыделительная система: почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный. Никтурия продолжается.

.03.15 г.

Состояние больной удовлетворительное. Жалобы на давящую боль за грудиной, головокружение, слабость, стали меньше. Объективно: сознание ясное, положение в постели вынужденное , кожные покровы бледные, сухие, слизистые рта влажные бледно-розового цвета. Отечность сохраняется. Дыхательная система: дыхание ритмичное, ЧДД 20 в мин, перкуторно ослабленный легочной звук, дыхание жесткое, хрипы мелкопузырчатые в н/о. Сердечнососудистая система: перкуторно границы сердца смещены влево на 2.5 см, тоны глухие, ритм правильный, ЧСС 55 в мин, АД 145/90, Пищеварительная система: язык влажный чистый, живот мягкий, безболезненный.. Стул не нарушен. Мочевыделительная система: почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание не нарушено, 3 - 4 днем и 5-6 раза ночью.

.03.15г. Состояние больной удовлетворительное. Жалобы на давящую боль за грудиной, головокружение, слабость, стали меньше. Объективно: сознание ясное, положение в постели вынужденное , кожные покровы бледные, сухие, слизистые рта влажные бледно-розового цвета. Отечность сохраняется. Дыхательная система: дыхание ритмичное, ЧДД 21 в мин, перкуторно ослабленный легочной звук, дыхание жесткое, хрипы мелкопузырчатые в н/о. Сердечнососудистая система: перкуторно границы сердца смещены влево на 2.5 см, тоны глухие, ритм правильный, ЧСС 55 в мин, АД 130/80, Пищеварительная система: язык влажный чистый, живот мягкий, безболезненный.. Стул не нарушен. Мочевыделительная система: почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание не нарушено, 3 - 4 днем и 5-6 раза ночью.

.04.15 г.

Состояние больной удовлетворительное, оценивается как средней степени тяжести. Жалобы на усиливающуюся ломящую боль в висках и затылочной области, головокружение, боли в области сердца сжимающего характера с иррадиацией в лопатку . Боли снимаются верапамилом, утром - улучшение состояния. Объективно: сознание ясное, положение в постели вынужденное, кожные покровы бледные, сухие, слизистые рта влажные бледно-розового цвета. Небольшая отечность в области голеней.. Дыхательная система: одышка в покое сохраняется,дыхание ритмичное, ЧДД 22в мин, перкуторно:ослабление перкуторного звука в н/о легких , дыхание жесткое, хрипов нет. Сердечнососудистая система: перкуторно границы сердца увеличены тоны глухие, ослабленные.ритм правильный, ЧСС 60 в мин, АД 150/80. Пищеварительная система: язык влажный чистый, живот мягкий, безболезненный. Край печени у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул не нарушен. Мочевыделительная система: почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание не нарушено, 3 - 4 днем и 3-5 раза ночью.

.04.15 г.

Состояние больной удовлетворительное, отмечает улучшение состояния. Жалобы на слабость, незначительную давящую боль за грудиной , однако сон улучшился,приступы удушья не возникают. Отеки незначительные на нижних конечностях. Объективно: сознание ясное, положение в постели активное, кожные покровы бледные, сухие, слизистые рта влажные бледно-розового цвета. Дыхательная система: дыхание ритмичное, ЧДД 20 в мин, перкуторно ослабленный легочной звукв н/о легких, дыхание жесткое, хрипов нет. Сердечнососудистая система: перкуторно границы сердца увеличены, тоны глухие, ритм правильный, ЧСС 55 в мин, АД 150/90, мин. Пищеварительная система: язык влажный чистый, живот мягкий, безболезненный. Край печени у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул не нарушен. Мочевыделительная система: почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание не нарушено, 3 - 4 днем и 2-3 раза ночью.

.04.15 г.

Состояние больной удовлетворительное. Жалобы: головокружение, слабость стали меньше, незначительную давящую боль за грудиной при физической нагрузке(ходьба до 10м), сон улучшился, приступы удушья стали реже возникать. Отеков нет. Одышка осталась, но в горизонтальном положении не усиливается. Объективно: сознание ясное, положение в постели активное, кожные покровы бледные, сухие, слизистые рта влажные бледно-розового цвета. Дыхательная система: дыхание ритмичное, ЧДД 18 в мин, перкуторно ясный легочной звук, дыхание жесткое, хрипов нет. Сердечно-сосудистая система: перкуторно границы сердца увеличены, тоны глухие, ритм правильный, ЧСС 57в мин, АД 140/70, Пищеварительная система: язык влажный чистый, живот мягкий, безболезненный. Край печени у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул не нарушен. Мочевыделительная система: почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание не нарушено, 3 - 4 днем и 2-3 раза ночью.

**Эпикриз**

Больная поступила в терапевтическое отделение 26.03.15 с жалобами на периодические приступообразные боли за грудиной, имеющие сжимающий жгучий характер, иррадиирующие в левое плечо и в левую лопаточную область, возникающие при нервно-психической и физической нагрузках (волнение, подъём по лестнице на 5 ступеней, ходьбе по ровной местности в умеренном темпе на расстояние до 10 м.), длится около 5-7 мин. приступ купируется сублингвальным приемом нитроглицирина 1-2 таб. Периодические головная боль, мелькание «мушек» перед глазами на фоне повышения АД до 160 /100мм. рт.ст. Одышка возникает на выдохе в покое, купируется Беротеком ингаляционно. Кашель частый, влажный с трудноотделяемой мокротой, она прозрачная, вязкая, до 20 мл. Объективно при поступлении: при аускультации легких в нижних отделах выслушиваются влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы, смещение верхушечного толчка влево, смещение левой границы относительной тупости сердца кнаружи, глухой, ослабленный I тон на верхушке, акцент II тона на легочном стволе. Был поставлен предварительный диагноз:

ИБС: стенокардия напряжения, III функциональный класс.

ХСН IIБ стадии, IV функциональный класс.

Гипертоническая болезнь III стадии, достигнутой I степени, риск 3(абдоминальное ожирение, ХСН, возраст).

Бронхиальная астма, смешанная, средней степени тяжести, ремиссия.

Диагноз был подтвержден лабораторными данными и инструментальными методами обследования: Признаки атеросклероза сонных артерий обнаруженные при дуплексном сканировании брахиоцефальных сосудов. по ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка ; Обнаружена глюкоза натощак - 5,9ммоль/л

На основании чего был поставлен клинический диагноз:

ИБС: стенокардия напряжения, III функциональный класс.

ХСН II Б стадии, IV функциональный класс

Гипертоническая болезнь III стадии, достигнутой I степени, риск 4 (абдоминальное ожирение, ХСН, возраст, СД ).

Атеросклероз. Атеросклероз аорты и ее ветвей.

Бронхиальная астма, смешанная, средней степени тяжести, ремиссия. ДН-SpO2-97%

Cахарный диабет 2 тип, впервые выявленный в рамках метаболического синдрома.

Абдоминальное ожирение Iст.

Больной было назначено лечение: бисопролол, индапамид, изосорбида-5 мононитрат

В результате проведенного лечения отмечается улучшение состояния больной (реже и меньшей интенсивности болевые приступы, уменьшение слабости, одышки в покое). Больная выписана, но получает поддерживающую терапию.

Рекомендовано:

«Д» наблюдение участкового терапевта.

Консультация эндокринолога.

Диета с ограничением соли, жидкости до 1,5 литра/сутки, животных жиров в рационе (№ 10). Гипохолестериновая диета с ограничением жиров животного происхождения. Рекомендуется употреблять больше свежих овощей и фруктов, хлеб грубого помола, злаки, молочные продукты с низким содержанием жира, нежирные сорта мяса, рыбу. Уменьшение употребления поваренной соли(3-5 г.),

Диета с исключением сладкой, мучной пищи(№ 9)

Гликемический профиль 4.04.15.

Лозап по 25 мг утром + 25 мг вечером постоянно.

Амлодипин 10мг вечером постоянно.

Верошпирон 50мг 2 раза в день утро/обед длительно.

Пектрол 20мг утром + 40мг вечером постоянно.

Аспирин 125 мг утром(или кардиомагнил 75 мг утром) постоянно.

Аторвастатин (Аторис, Липтонорм, Торвакард) по 10 мг 1 раз в сутки, вечером, под контролем липидограммы, АлТ, АсТ через 3 месяца.

Диабетон МВ 30 мг утром.

Контроль АД, частоты пульса.

ЭХО-КГ планово.

Дифференциальный диагноз :

При дифференциальной диагностике болей в грудной клетке большое практическое значение имеют боли мышечного, костного и нервного происхождения. Среди них следует упомянуть грудинно-реберный артрит (синдром Титце), синдром скользящего ребра и шейно-грудной радикулит, патогенетически связанный с остеохондрозом шейного и грудинного отделов позвоночника, а также разнообразные поражения ребер и хрящей, миозиты и травматические поражения грудной клетки.

Дифференциальная диагностика стенокардии требует исключения заболеваний легких. Боли в грудной клетке могут быть проявлением тромбоэмболии ветвей легочной артерии с развитием тромбоэмболии ветвей легочной артерии с развитием инфаркта легких, а также признаком пневмоторакса, плеврита. Боли в грудной клетке также встречаются при бронхиальной астме, хроническом бронхите и первичной легочной гипертонии.

Причиной болевых ощущений в грудной клетке могут стать заболевания желудочно-кишечного тракта, в особенности поражения пищевода (грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, эзофаниты, кардиоспазм, ахалазиция пищевода, язвенная болезнь, опухоли, заболевания желчного пузыря, поджелудочной железы и кишечника).

В рамках единой нозологической формы ИБС одной из самых ответственных задач является проведение дифференциальной диагностики между стенокардией и инфарктом миокарда. Каждый очередной приступ стенокардии может стать началом развития инфаркта миокарда, поэтому в случаях, когда приступ стенокардии имеет необычную длительность, интенсивность и не купируется нитроглицерином, можно заподозрить возможность инфаркта миокарда.