ГОУ ВПО Орловский государственный университет

Медицинский институт

Кафедра фармакологии, клинической фармакологии и фармации

Протокол

изучения фармакокинетики и фармакодинамики

лизиноприла (диротона) у больного А.И., 60 лет

Клинический диагноз:

Основное заболевание: ИБС. Стабильная стенокардия напряжения 3 ФК. Н0. Осложнения основного заболевания: отсутствуют. Сопутствующие заболевания: отсутствуют

Выполнил студент: 5 курса, 6 группы, специальность: «Лечебное дело», Савенко С.Г.

Преподаватель: Асс., Мирзаева С.Н.

Орел-2015г

I. Литературная справка.

1) Классификация данной группы препаратов

Общепринятой классификации ингибиторов АПФ не существует. Наиболее популярна химическая классификация ингибиторов АПФ, согласно которой препараты подразделяются на четыре основные группы в зависимости от того, какая химическая группа в их молекуле связывается с ионом цинка в активных центрах АПФ:

1) препараты, содержашие сульфгидрильную группу (каптоприл <http://nature.web.ru/db/search.html?not\_mid=1167270&words=%EA%E0%EF%F2%EE%EF%F0%E8%EB>, алацеприл, зофеноприл, метиоприл и др.);

) препараты, содержащие карбоксиалкильную группу (эналаприл, лизиноприл <http://nature.web.ru/db/search.html?not\_mid=1167270&words=%EB%E8%E7%E8%ED%EE%EF%F0%E8%EB>, периндоприл <http://nature.web.ru/db/search.html?not\_mid=1167270&words=%EF%E5%F0%E8%ED%E4%EE%EF%F0%E8%EB>, рамиприл и др.);

) препараты, содержащие фосфинильную группу (фозиноприл <http://nature.web.ru/db/search.html?not\_mid=1167270&words=%F4%EE%E7%E8%ED%EE%EF%F0%E8%EB> и церонаприл);

) препараты, содержащие гидроксамовую группу (идраприл).

) Место данного препарата:

Лизиноприл относится к группе препаратов, содержащих карбоксиалкильную группу.

) Известные сведения о фармакокинетике:

Всасывание. После приема препарата внутрь около 25% лизиноприла всасывается из желудочно-кишечного тракта. Прием пищи не влияет на абсорбцию препарата. Абсорбция составляет в среднем 30%, биодоступность - 29%.

Распределение. Почти не связывается с белками плазмы крови. Максимальная концентрация в плазме крови (90 нг/мл) достигается через 7 часов. Проницаемость через гематоэнцефалический и плацентарный барьер низкая.

Метаболизм. Лизиноприл не биотрансформируется в организме.

Выведение. Выводится почками в неизмененном виде. Период полувыведения составляет 12 часов.

) Известные сведения о фармакодинамике:

Ингибитор АПФ, уменьшает образование ангиотензина II из ангиотензина I. Снижение содержания ангиотензина II ведет к прямому уменьшению выделения альдостерона. Уменьшает деградацию брадикинина и увеличивает синтез простагландинов. Снижает общее периферическое сосудистое сопротивление, артериальное давление (АД), преднагрузку, давление в легочных капиллярах, вызывает увеличение минутного объема крови и повышение толерантности миокарда к нагрузкам у больных с хронической сердечной недостаточностью. Расширяет артерии в большей степени, чем вены. Некоторые эффекты объясняются воздействием на тканевые ренин-ангиотензиновые системы. При длительном применении уменьшается гипертрофия миокарда и стенок артерий резистивного типа. Улучшает кровоснабжение ишемизированного миокарда.

Ингибиторы АПФ удлиняют продолжительность жизни у больных хронической сердечной недостаточностью, замедляют прогрессирование дисфункции левого желудочка у больных, перенесших инфаркт миокарда без клинических проявлений сердечной недостаточности. Антигипертензивный эффект начинается приблизительно через 6 часов и сохраняется в течение 24 часов. Продолжительность эффекта зависит также от величины дозы. Начало действия - через 1 ч. Максимальный эффект определяется через 6-7 часов. При артериальной гипертензии эффект отмечается в первые дни после начала лечения, стабильное действие развивается через 1-2 месяца. При резкой отмене препарата не наблюдали выраженного повышения АД.

Помимо снижения АД лизиноприл уменьшает альбуминурию. У больных с гипергликемией способствует нормализации функции поврежденного гломерулярного эндотелия.

Лизиноприл не влияет на концентрацию глюкозы в крови у больных сахарным диабетом и не приводит к учащению случаев гипогликемии.

) Особенности фармакокинетики и фармакодинамики в зависимости от возраста, пола, состояния органов учавствующих в метаболизме и выведении, сопутствующих заболеваний:

У пациентов с хронической сердечной недостаточностью абсорбция и клиренс лизиноприла снижены.

У пациентов с почечной недостаточностью концентрация лизиноприла в несколько раз превышает концентрации в плазме крови у добровольцев, причем отмечается увеличение времени достижения максимальной концентрации в плазме крови и увеличение периода полувыведения.

У пациентов пожилого возраста концентрация препарата в плазме крови и площадь под кривой в 2 раза больше, чем у пациентов молодого возраста.

) Комбинированная терапия:

Лизиноприл уменьшает выведение калия из организма при лечении диуретиками.

Требуется особая осторожность при одновременном применении препарата с:

калийсберегающими диуретиками (спиронолактон, триамтерен, амилорид), калием, заместителями поваренной соли, содержащими калий (повышается риск развития гиперкалиемии, особенно при нарушенной почечной функции), поэтому их можно совместно назначать только на основе индивидуального решения лечащего врача при регулярном контроле уровня калия в сыворотке крови и функции почек.

Осторожно может быть применен вместе:

с диуретиками: при дополнительном введении диуретика больному, принимающему Лизиноприл, как правило, наступает аддитивный антигипертензивный эффект - риск выраженного снижения АД;

с другими антигипертензивными средствами (аддитивный эффект);

с нестероидными противовоспалительными препаратами (индометацин и др.), эстрогенами, а также адреностимуляторами - снижение антигипертензивного действия лизиноприла;

с литием (выделение лития может уменьшиться, поэтому следует регулярно контролировать концентрацию лития в сыворотке крови);

с антацидами и колестирамином - снижают всасывание в желудочно-кишечном тракте.

Алкоголь усиливает действие препарата.

) Побочное действие:

Наиболее часто встречающиеся побочные эффекты: головокружение, головная боль (у 5-6% больных), слабость, диарея, сухой кашель (3%), тошнота, рвота, ортостатическая гипотензия, кожная сыпь, боль в груди (1-3%).

Прочие побочные эффекты (частота <1%):

Со стороны иммунной системы: (0,1%) ангионевротический отек (лицо, губы, язык, гортань или надгортанник, верхние и нижние конечности).

Со стороны сердечно-сосудистой системы: выраженное снижение АД, ортостатическая гипотензия, нарушение функции почек, нарушения ритма сердца, учащенное сердцебиение.

Со стороны центральной нервной системы: повышенная утомляемость, сонливость, судорожные подергивания мышц конечностей и губ.

Со стороны системы кроветворения: возможны лейкопения, нейтропения, агранулоцитоз, тромбоцитопения, при длительном лечении - небольшое снижение концентрации гемоглобина и гематокрита, эритроцитопения.

Лабораторные показатели: гиперкалиемия, азотемия, гиперурикемия, гипербилирубинемия, повышение активности «печеночных» ферментов, особенно при наличии в анамнезе заболеваний почек, сахарного диабета и реноваскулярной гипертензии.

Редко встречающиеся побочные эффекты (менее 1 %):

Со стороны сердечно-сосудистой системы: сердцебиение; тахикардия; инфаркт миокарда; цереброваскулярный инсульт у больных с повышенным риском заболевания, вследствие выраженного снижения АД.

Со стороны пищеварительного тракта: сухость во рту, анорексия, диспепсия, изменения вкуса, боли в животе, панкреатит, гепатоцеллюлярная или холестатическая желтуха, гепатит.

Со стороны кожных покровов: крапивница, повышенное потоотделение, кожный зуд, алопеция.

Со стороны мочевыделительной системы: нарушение функции почек, олигурия, анурия, острая почечная недостаточность, уремия, протеинурия.

Со стороны иммунной системы: синдром, включающий в себя ускорение скорости оседания эритроцитов (СОЭ), артралгия и появление антинуклеарных антител.

Со стороны центральной нервной системы: астенический синдром, лабильность настроения, спутанность сознания, снижение потенции.

Прочие: миалгия, лихорадка, нарушение развития плода.

) Формы выпуска и дозы:

Таблетки по 5, 10 или 20 мг. По 10 таблеток в контурной ячейковой упаковке. 1, 2, 3, 4 или 5 контурных ячейковых упаковок вместе с инструкцией по применению помещают в пачку из картона.

Дозы. Обычные формы:

При стойкой артериальной гипертензии показана длительная поддерживающая терапия по 10-15 мг/сут.

При хронической сердечной недостаточности - начинают с 2.5 мг 1 раз в сутки, с последующим увеличением дозы на 2,5 мг через 3-5 дней до обычной, поддерживающей суточной дозы 5-20 мг. Доза не должна превышать 20 мг в сутки.

У людей пожилого возраста часто наблюдается более выраженное длительное гипотензивное действие, что связано с уменьшением скорости выведения лизиноприла (рекомендуется начинать лечение с 2,5 мг/сут).

Острый инфаркт миокарда (в составе комбинированной терапии)

В первые сутки - 5 мг внутрь, затем 5 мг через сутки, 10 мг через двое суток и затем 10 мг 1 раз в сутки. У больных с острым инфарктом миокарда препарат применять не менее 6 недель.

В начале лечения или в течение первых 3-х суток после острого инфаркта миокарда у больных с низким систолическим АД (120 мм рт.ст. или ниже) надо назначать меньшую дозу - 2,5 мг. В случае снижения АД (систолическое АД ниже или равно 100 мм рт.ст.), суточную дозу в 5 мг можно, если необходимо, временно снизить до 2,5 мг. В случае длительного выраженного снижения АД (систолическое АД ниже 90 мм рт.ст. более 1 часа), лечение Лизиноприлом надо прекратить.

Диабетическая нефропатия

У пациентов с инсулиннезависимым сахарным диабетом применяется 10 мг Лизиноприла 1 раз в сутки. Дозу возможно, при необходимости, увеличивать до 20 мг

раз в сутки с целью достижения значений диастолического АД ниже 75 мм рт.ст. в положении сидя. У больных инсулинзависимым сахарным диабетом дозировка такая же, с целью достижения значений диастолического АД ниже 90 мм рт.ст. в положении сидя.

. История болезни

1) Паспортная часть.

Ф.И.О - А.И

Пол - Муж.

Возраст - 60 лет

Постоянное место жительства - город.

Место работы (учебы) - пенсионер.

Дата поступления - 06.02.15

Дата курации - с 10.02.15 по 14.02.15

) Развернутый клинический диагноз.

Основное заболевание: ИБС. Стабильная стенокардия напряжения 3 ФК. Н0. Осложнения основного заболевания: отсутствуют. Сопутствующие заболевания: отсутствуют.

) Жалобы при поступлении.

На момент поступления пациент предъявляет следующие жалобы: на наличие болей за грудиной, сжимающего, давящего характера с иррадиацией в левую руку, левую лопатку, левую часть шеи, продолжительностью около 5 минут. Отмечает что возникновение боли было связано с физической нагрузкой. В покое боли не возникают. Купируются приемом нитратов в течении 10 секунд. Так же отмечает понижение ад до 80/66 мм. рт. ст. Жалоб со стороны других органов и систем не предъявляет.

) Жалобы на момент первичной курации.

На момент первичной курации пациент предъявляет следующие жалобы: на чувство дискомфорта в области сердца, возникающего при физической нагрузке. Жалоб со стороны других органов и систем не предъявляет.

) Anamnesis vitae.

Краткие биографические данные:

года рождения. Место рождения город О. Родился в полной семье, первый ребенок по счету. Рос и развивался нормально.

Образование:

Среднее специальное - специальность машинист-крановщик.

Отношение к военной службе:

Не военнообязанный.

Семейно-половой анамнез:

Женат. Один ребенок.

Трудовой анамнез:

Пенсионер. Работал машинистом-крановщиком. Во время работы испытывал тяжелые физические нагрузки, режим труда и отдыха не соблюдал.

Бытовой анамнез:

Жилищно-санитарные условия благоприятные.

Питание:

Разнообразное, нормированное и регулярное.

Вредные привычки:

Не курит. Алкоголем не злоупотребляет.

Перенесенные заболевания:

Детские инфекции. Венерические заболевания, туберкулез и другие заболевания отрицает. Оперативных вмешательств не проводилось. Переливание крови не проводилось.

Страховой анамнез:

Инвалид 3 группы ( бессрочно с 2013 ).

Наследственный анамнез: не отягощен. Состояние здоровья членов семьи удовлетворительное.

) Anamnesis morbi.

Считает себя больным с июля 2009 года, когда после тяжелой физической нагрузки впервые появились симптомы настоящего заболевания: наличие болей за грудиной, сжимающего, давящего характера с иррадиацией в левую руку, левую лопатку, левую часть шеи, продолжительностью около 3 минут. Все это вынудило пациента обратиться в поликлинику по месту жительства, где был поставлен диагноз стенокардии. Пациент был отправлен на госпитализацию в стационар для обследования и назначения лечения. Были назначены следующие лекарственные препараты: ( со слов пациента ) монончикве, беталок-зок, индапамид, вазилип, кардиомагнил, эднид, спрей нитроглицерина. Далее периодически госпитализировался в отделение для коррекции терапии и обследования примерно один раз в год. Пациент отмечает что режим труда и отдыха, применение лекарсвенных препаратов соблюдал нестрого. За все это время состояние больного ухудшилось, приступ стал возникать уже при ходьбе примерно на 200 - 250 метров ( ранее 500 и более ).В данный момент находится на стационарном лечении в терапевтическом отделении.

) Фармакологический и аллергологический анамнез.

|  |  |
| --- | --- |
| Необходимая для фармакологического анамнеза информация | Полученная от больного информация |
| Применяемые в настоящее время лекарственные средства | Кардиомагнил, аторис, диротон, дилтиазем, моносан . |
| Длительность применения данных лекарственных средств | Кардиомагнил - 5 лет, аторис - 5 лет, диротон - 3 года, дилтиазем - 3 месяца, моносан - 3 года.  |
| Доза и кратность приема данных лекарственных средств | Кардиомагнил - 0,075 1 раз в сутки, аторис - 0,01 1 раз в суки, диротон - 0,0025 2 раза в сутки, дилтиазем - 0,09 2 в сутки, моносан - 0,02 1 раз в сутки. |
| Эффективность применяемых в настоящее время лекарственных средств | Применяемые эффективны, хорошо купируют и предупреждают развитие приступов стенокардии. |
| Переносимость (безопасность), применяемых в настоящее время лекарственных средств | Переносятся хорошо, НЛР не отмечает |
| Лекарственные средства, применяемые ранее в аналогичных ситуациях | Принимал данные препараты с начала развития заболеваня |
| Причины прекращения приема, ранее применяемых лекарственных средств | Не отмечает |
| Другие лекарственные средства, применяемые при сопутствующих заболеваниях или с другими целями (оральные котрацептивы) | У пациента нет сопутствующих заболеваний |
| Сопутствующая терапия «альтернативными» средствами: фитопрепараты, гомеопатические препараты | Не проводилась |
| Нежелательные лекарственные реакции при приеме ранее применяемых лекарственных средств | Не отмечает |
| Отношение к алкоголю, курению наркотикам | Не курит, алкоголь и наркотики не употребляет |

Аллергологический анамнез: не отягощен.

) Status objectivus.

Общий осмотр:

Общее состояние больного: относительно удовлетворительное.

Сознание: ясное.

Положение больного: активное.

Телосложение: нормостенической конституции. Рост 163 см. Масса тела 68 кг. ИМТ=25. Прямая осанка. Походка быстрая.

Температура тела: 36,6 С.

Выражение лица: спокойное.

Кожные покровы: обычной окраски.

Состояния кожи: умеренной влажности. Тургор кожи сохранен. Оволосение по мужскому типу.

Видимые слизистые: умеренной влажности, обычной окраски.

Подкожно-жировая клетчатка: выражена удовлетворительно. Безболезненна при пальпации. Отеков нет.

Лимфатические узлы: не пальпируются.

Мышцы: развитие мышц удовлетворительное. Уплотнения не обнаружены.

Кости: не изменены.

Суставы: Не изменены. Активные и пассивные движения сохранены в полном объеме.

Органы дыхания:

Осмотр:

Дыхание через нос свободное. Голос чистый. Над- и подключичные ямки слегка втянутые. Межреберные промежутки умеренной ширины. Прямой эпигастральный угол. Грудная клетка конической формы, активно участвует в акте дыхания, симметричная. Тип дыхания - брюшной. ЧЧД - 18 в 1 мин. Дыхательные движения симметричны.

Искривление позвоночника: патологических искривлений не выявлено.

Дыхание:

Брюшной тип дыхания. Дыхательные движения симметричны. Вспомогательная мускулатура не участвует в акте дыхания. Объективные признаки затруднения вдоха и выдоха отсутствуют.

Пальпация:

Участков болезненности не выявлено. Голосовое дрожание одинаково на симметричных участках грудной клетки. Эластичность грудной клетки сохранена.

Перкуссия легких:

Сравнительная перкуссия: ясный легочный звук на симметричных участках грудной клетки.

Топографическая перкуссия: верхняя граница легких спереди - справа и слева 3 см от ключицы, сзади - справа и слева соответствует уровню остистого отростка VII шейного позвонка, нижняя граница легких по всем линиям соответствует норме.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линия | Слева | справа |
| parasternalis | 5 межреберье |  |
|  medioclavicularis  | 6 ребро |  -  |
|  axillaris anterior | 7 ребро | 7 ребро |
|  axillaris media | 8 ребро | 8 ребро |
|  axillaris posterior | 9 ребро | 9 ребро |
|  Scapulars | 10 ребро | 10 ребро |
|  Paravertebralis | На уровне остистого отростка ХI грудного позвонка. |

Ширина полей Кренига - 6 см.

Дыхательная подвижность нижнего края легких: по среднеключичной линии - 6 см, по средней подмышечной - 7 см, по лопаточной - 6 см.

Аускультация:

Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются с обеих сторон. Бронхиальное не изменено. Бронхофония одинакова с обеих сторон.

Органы кровообращения:

Осмотр: Видимых пульсаций и выпячиваний не обнаружено. Пальпация: Верхушечный толчок - 5 межреберье по левой средне-ключичной линии. Зон болезненности и повышенной чувствительности не выявлено. Перкуссия: Относительная тупость сердца. Границы относительной тупости сердца : справа - 1 см. от правого края грудины ( 4 межреберье), слева - соответствует верхушечному толчку, сверху - 3 ребро. Ширина сосудистого пучка равна 6см. Абсолютная тупость сердца. Границы абсолютной тупости сердца: справа - около левого края грудины, слева - на 2 см от левой границы относительной тупости, сверху - 4 ребро. Аускультация: Тоны ритмичные, приглушенные, чсс - 80 ударов в минуту. Исследование сосудов:

Артериальный пульс: ритмичный, частота - 80 в мин. Артериальное давление: 110/80 мм. рт.ст.

Органы пищеварения:

Осмотр:

Полость рта:

Язык чистый, влажный. Зубы в нормальном состоянии. Десны мягкое и твердое небо розовой окраски, без изменений.

Живот: не вздут, симметричный. Участвует в акте дыхания.

Перкуссия:

Перкуторно уровня жидкости не обнаружено. Определяется тимпанический звук.

Пальпация:

Поверхностная ориентировочная пальпация: безболезненна. Мышцы брюшной стенки не напряжены. Расхождения прямых мышц живота и грыж белой линии не выявлено.

Отрицательны симптомы: Щеткина-Блюмберга, Менделя.

Методическая глубокая скользящая пальпация по Образцову-Стражеско:

Сигмовидная кишка - в форме цилиндра, эластической консистенции, гладкая, безболезненная при пальпации, толщиной 2см. Не урчит.

Слепая кишка - в форме цилиндра, эластической консистенции, гладкая, безболезненная при пальпации, толщиной 4см. Вяло урчит.

Восходящая ободочная кишка - в форме тяжа, эластической консистенции, гладкая, безболезненная при пальпации, толщиной 6 см.

Нисходящая ободочная кишка - в форме тяжа, эластической консистенции, гладкая, безболезненная при пальпации, толщиной 6см.

Поперечная ободочная кишка - в форме цилиндра, эластической консистенции, гладкая, безболезненная при пальпации, толщиной 8 см.

Нижняя граница желудка - 2 см. выше пупка.

Привратник - пропальпировать не удалось.

Опухолевидных образований не выявлено.

Аускультация:

Перистальтика ровная. Шумы трения брюшины отсутствуют.

Печень. Желчный пузырь:

Осмотр:

Выпячивания и ограничения в дыхании в области правого подреберья не выявлено.

Перкуссия:

Границы печени.

Верхняя граница абсолютной тупости печени: по правой среднеключичной линии - 6 ребро.

Нижняя граница абсолютной тупости печени: по правой среднеключичной линии - угол правой реберной дуги, по передней срединной линии - точка на границе между верхней и средней третью, линии проведенной от пупка к основанию мечевидного отростка грудины, по левой реберной дуге - не заходит за левую окологрудную линию.

Пальпация:

Печень:

Нижний край печени: по правой среднеключичной линии - под краем реберной дуги. Поверхность гладкая, пальпация безболезненная.

Размеры печени по Курлову: 9:8:7 см.

Желчный пузырь: не пальпируется. Пузырные симптомы: - Кера, Калька, Ортнера, Ражба, Лепене, Мерфи, Мюсси-Георгиевского отрицательны.

Аускультация:

Шума трения брюшины не выявлено.

Селезенка:

Осмотр:

Выпячивания и ограничения в дыхании в области левого подреберья не выявлено.

Перкуссия: 0  см.

Пальпация:

не пальпируется.

Аускультация:

Шума трения брюшины не выявлено.

Поджелудочная железа:

Не пальпируется. Наличия болезненности в зонах и точках проекции поджелудочной железы не выявлено.

Органы мочевыделения:

Осмотр:

Поясничная область: наличие гиперемии, припухлости не обнаружено.

Надлобковая область: набухания не обнаружено.

Перкуссия:

Поясничная область: симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон.

Надлобковая область: перкуторно выявляется тимпанит.

Пальпация:

Почки: не пальпируются.

Мочевой пузырь: не пальпируется.

Болевые точки: болезненность в точках проекции почек и мочеточников отсутствует.

Половая система:

Изменений со стороны половых органов не обнаружено. Оволосение по мужскому типу.

Эндокринная система:

Пальпация:

Щитовидная железа не увеличена, безболезненна, мягко эластической консистенции. Симптомы тиреотоксикоза отсутствуют.

Нервная система:

Сознание ясное. Поверхностная чувствительность сохранена. Коленные рефлексы сохранены.

) Результаты лабораторных и инструментальных методов исследования с интерпретацией.

.Общий анализ крови (07.02.15) :

Гемоглобин (Hb) - 147 г/л;

СОЭ - 5 мм/ч;

Эритроциты - 4,6\*1012 /л;

Лейкоциты - 7,9\*109 /л;

эозинофилы - 1%;

нейтрофилы - 58%;

палочкоядерные - 5%;

сегментоядерные - 53%;

моноциты - 5%;

лимфоциты - 36%;

Тромбоциты - 224\*109 /л.

Цветовой показатель - 0,95.

Заключение: результаты анализа в пределах нормы.

.Общий анализ мочи (09.02.15):

Цвет - желтый;

Прозрачность - прозрачная;

Удельный вес - 1.016 г/л;- 5.0;

Белок - отр;

Сахар - отр;

Эпителий плоский - 0 в п/з;

Лейкоциты - 1 в п/з;

Эритроциты - 1 в п/з;

Билирубин - отр;

Кетоновые тела - отр;

Слизь - отсутствует.

Бактерии - .

Уробилиноген - norm.

Заключение: результаты анализа в пределах нормы.

.Биохимический анализ крови ( глюкоза, билирубин общий, креатинин, ал, аст, калий, общий холесерин) 09.02.15:

глюкоза - 5,8 ммоль/л;

билирубин общий - 12,8 мкмоль/л;

креатинин - 90 мкмоль/л;

алт - 16 МЕ;

аст - 21 МЕ;

Калий - 4,8 мМ/л;

Общий холестерин - 6,3 ммоль/л.

Заключение: имеется гиперхолистеринемия, что может свидетельствовать об атеросклерозе. Необходимо исследовать липидный спектр и провести узи-иследование сосудов.

. ЭКГ:

Заключение: ритм синусовый, экг признаки гипертрофии миокарда левого желудочка, блокада правой ножки пучка Гиса, чсс - 81 уд/мин;

. ИФА на ТТГ (09.02.15):

ТТГ - 4,0 мкМе/мл.

Заключение: повышение уровня ТТТ, необходима консультация эндокринолога.

) Дневники.

.02.15

Жалобы на чувство дискомфорта в области сердца, возникающего при физической нагрузке. Общее состояние относительно удовлетворительное. В объективном статусе без отрицательной динамики. Cor - тоны приглушенные, ритмичные, ЧСС - 78 ударов в минуту. Пульс 75 удара в минуту. АД - 130/80 мм.рт.стб. ЧДД - 17 в 1 минуту. Дыхание в легких везикулярное, хрипы не выслушиваются. Язык чистый, сухой. Живот мягкий, б/б. Перистальтика ровная. Отеков нет. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Мочеиспускание не затруднено. Стул регулярный, не изменен.

.02.15

Жалоб не предъявляет. Общее состояние относительно удовлетворительное. В объективном статусе отмечается положительная динамика, а именно исчезло чувство дискомфорта за грудиной. Cor - тоны приглушенные, ритмичные, ЧСС - 79 ударов в минуту. Пульс 70 ударов в минуту. АД - 125/90 мм.рт.стб. ЧДД - 18 в 1 минуту Дыхание в легких везикулярное, хрипы не выслушиваются. Язык чистый, сухой. Живот мягкий, б/б. Перистальтика ровная. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Мочеиспускание не затруднено. Стул регулярный, не изменен.

.02.15

Жалоб не предъявляет. Общее состояние относительно удовлетворительное. В объективном без отрицательной динамики. Cor - тоны приглушенные, ритмичные, ЧСС- 65 ударов в минуту. Пульс 80 ударов в минуту. АД - 130/80 мм.рт.стб. ЧДД - 18 в 1 минуту Дыхание в легких везикулярное, хрипы не выслушиваются. Язык чистый, сухой. Живот мягкий, б/б. Перистальтика ровная. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Мочеиспускание не затруднено. Стул регулярный, не изменен.

) Лечение получаемое больным в стационаре.

.Диета: ОВД.

.Режим: палатный.

. Медикаментозная терапия:

1. Rp.: Tabl. Atorvastatini 0.01

D.t.d N 10

S. По 1т 1 раз в день.

Гиполипидемическое средство. Для снижения уровня ОХ.

2. Rp.: Tabl. Cardiomagnyli 0.075

D.t.d N 30

S. По 1 т 1 раз в день.

Антиагрегантное средство. Профилактика инфаркта миокарда.

3. Rp.: Tabl. Diltiazemi 0.09

D.t.d N 10

S. По 1 n 2 раза в день.

Блокатор кальциевых каналов. Для снижения потребности миокарда в кислороде.

4. Rp.: Tabl. Lisinoprili 0.0025

D.t.d N 14

S. По 1 т 2 раза в день.

Оказывает кардиопротективное действие.

5. Rp.: Tabl. Isosorbidi mononitratis 0.02

D.t.d N 30

S. По 1 т 1 раз в день.

Нитрат. Для профилактики приступа стенокардии.

. Результаты собственных исследований

А) Изменения субъективных, объективных, инструментальных и лабораторных данных после разового применения л/с: субъективно - изменений не возникает; объективно - изменений не возникает; инструментальные данные - без изменений тонометрии; лабораторные данные - без изменений.

Б) Оценка времени начала действия, времени max эффекта и окончания действия: не представляется возможным, в связи с отсутствием данных о действии препарата после разового приема.

В) Оценка аналогичных показателей при курсовом приеме препарата: субъективно - улучшается общее состояние, уменьшение чувства сердцебиения; объективно - снижение PS, ЧСС, АД; инструментальные - снижение ЧСС по данным ЭКГ, снижение АД - по данным тонометрии; лабораторные данные - без изменений; Начало действия - через 1 ч. Максимальный эффект определяется через 6-7 часов.

Г) Побочное действие при разовом и курсовом приеме л/с: побочных действий не отмечает.

Д) График изменения различных показателей ( субъективных, объективных и лабораторных) под влиянием препарата:



Е) Определение разовой и суточной дозы ( индивидуальной ): разовая доза - 2,5 мг, суточная 5 мг.

Ж) Иллюстративный материал:

) ЭКГ (09.02.15):



Заключение: ритм синусовый, правильный, ЭКГ признаки гипертрофии миокарда левого желудочка, блокада правой ножки пучка Гиса, ЧСС - 81 уд/мин;

ИЗВЕЩЕНИЕ О ПОДОЗРЕВАЕМОЙ НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ ПОБОЧНОЙ РЕАКЦИИ (НПР) ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА

|  |
| --- |
| Сообщение: o первичное oповторное (дата первичного \_\_\_\_\_\_\_\_\_ )  |
| ВРАЧ или другое лицо, сообщающее о НР ФИО: Должность и место работы: Адрес учреждения: Телефон: Подпись: Дата: | ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ Инициалы: Лечение oамбулаторное oстационарное № амбулаторной карты или истории болезни\_\_\_\_\_ Возраст \_\_\_\_\_\_ Пол: oМ o Ж Вес (кг) \_\_\_\_\_\_\_\_  |
|  ЛЕКАРСТВЕННОЕ СРЕДСТВО (ЛС), предположительно вызвавшее НР |
| Международное непатентованное название (МНН) |  |
| Торговое название (ТН)  |  |
| Производитель, страна |  |
| Номер серии | Путь введения | Суточная доза | Дата начала терипии | Дата обнаружения ПД | Показание |
| ДРУГИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА, принимаемые в течение последних 3 месяцев, включая ЛС, принимаемые пациентом самостоятельно (по собственному желанию) Укажите «НЕТ», если других лекарств пациент не принимал |
| МНН | ТНН | Путь введения | Дата начала терапии | Дата обнаружения ПД | Показание |
|  |  |  |  |  |  |
| НПР, предположительно связанные с приемом лекарственного средства |
| Диагноз и/или симптомы: | Дата начала НПР: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Дата разрешения \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ |
| Предпринятые меры: Ё Без лечения Ё Отмена подозреваемого ЛС Ё Снижение дозы подозреваемого ЛС Ё Отмена сопутствующего лечения Ё Лекарственная терапия Ё Немедикаментозная терапия (в т.ч. хирур-е вмешательство) |
| Дополнительная терапия (Если понадобилась) 1. 2. 3. |
| Исход: Ё выздоровление без последствий Ё госпитализация или ее продление Ё угроза жизни Ё инвалидность Ё состояние без динамики Ё рождение ребенка с врожденной аномалией Ё смерть Ё не известно |
| Значимая дополнительная информация, включая анамнестические данные, подозреваемые лекарственные взаимодействия: во  |
| Для врожденных аномалий указать все другие ЛС, принимаемые время беременности, а так же дату последней менструации |
| Пожалуйста, приложите дополнительные страницы, если это необходимо.  |
| Извещения присылать одним из следующих способов: - По почте, адрес: Москва,12182, ул. Щукинская, д.6. - По факсу: (499) 190-34-61 - По электронной почте на e-mail:adr@regmed.ru |

Памятка для больного о применение л/с:

|  |  |
| --- | --- |
| Вопросы, на которые на которые необходимо дать ответ больному | Конкретная информация для больного в отношении определенного лекарственного средства |
| Название лекарственного средства |  Лизиноприл |
| Зачем применять лекарственное средство? |  Для лечении стенокардии, Снижает общее периферическое сосудистое сопротивление, артериальное давление (АД), преднагрузку, давление в легочных капиллярах, вызывает увеличение минутного объема крови и повышение толерантности миокарда к нагрузкам у больных с хронической сердечной недостаточностью. Расширяет артерии в большей степени, чем вены. Некоторые эффекты объясняются воздействием на тканевые ренин-ангиотензиновые системы. При длительном применении уменьшается гипертрофия миокарда и стенок артерий резистивного типа. Улучшает кровоснабжение ишемизированного миокарда.  |
| Как и когда применять лекарственное средство? |  Применять по 1 таблетке, 2 раза в день, внутрь, независимо от приема пищи. |
| Как долго следует применять лекарственное средство? |  Пожизненно |
| Когда и какие положительные эффекты лекарственного средства можно ожидать? |  По результатам курсового приема можно ожидать снижение ЧСС, АД - в течение недели. При длительном применении можно ожидать уменьшение степени гипертрофии миокарда левого желудочка - от полугода. |
| Возможные проблемы, которые могут возникнуть при применении лекарственного средства и что делать при возникновении этих проблем? |  Головокружение, головная боль, слабость, диарея, сухой кашель, тошнота, рвота, ортостатическая гипотензия, кожная сыпь, боль в груди - пари возникновении необходимо прекратить прием препарата и обратиться за помощью к врачу. |
| Каких пищевых продуктов, напитков (в т.ч.и алкогольных) и других лекарственных средств (в т.ч. и фитопрепаратов) необходимо избегать? |  Необходимо избегать приема алкоголя, т.к. от усиливает эффект действия препарата, что может привести к развитию НЛР. |
| Что делать если пропущена доза лекарственного средства? |  Принять двойную дозу при следующем приеме препарата. |
| Где получить более подробную информацию о лекарственном средстве? |  Более подробную информацию можно получить у фармакологических представителей фирмы, выпускающей данный препарат по телефону, указанному в аннотации к препарату. |

. Выводы и предложения

В соответствии с Приказом Минздравсоцразвития РФ от 22.11.2004 N 229 "Об утверждении стандарта медицинской помощи больным стенокардией" назначение лизиноприла - оправдано, т.к. ИАПФ входят в стандарт лечения ИБС.

Препарат выбран рационально, т.к. помимо снижения общего периферическое сосудистое сопротивление, артериального давления, преднагрузки, давления в легочных капиллярах и повышения толерантности миокарда к нагрузкам, препарат способствует уменьшению степени гипертрофии стенок сердца (которая имеет место у данного пациента).

Дозовый режим препарата является правильным, т.к. на фоне курсового приема пациент отмечает улучшение самочувствия, отутствие приступов стенокардии, регистрируется нормализация ЧСС и отсутствуют НЛР.

Для предупреждения НЛР необходимо строго следовать инструкции по применению препарата и соблюдать дозировку.

Для оценки эффективности терапии используется оценка общего состояния больного, частота развития приступов стенокардии, ЧСС, АД, данные ЭКГ.

Выбранное врачом лечение данного пациента оправданно и не требует коррекции.

Список литературы

лизиноприл больной сердце

1. Джаиани Н.А. Кардиопротективные и нефропротективные эффекты ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента // Русский медицинский журнал. 2005. № 27. С. 1858-1863.

. Кардиология: национальное руководство / под ред. Ю.Н. Беленкова, Р.Г. Оганова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 1232 с.

. Кисляк О.А. Ингибитор АПФ лизиноприл в лечении пожилых пациентов с изолированной систолической и систоло-диастолической артериальной гипертензией // Лечебное дело. 2007. № 2. С. 2-7.

. Кобалава Ж.Д. Лечение артериальной гипертонии: диуретики // Русский медицинский журнал. 2000. Т. 8. № 4. С. 15-18.

. Кутишенко Н.П., Марцевич С.Ю. Ингибитор ангиотензинпревращающего фермента лизиноприл: особенности применения в кардиологии // Атмосфера. 2007. № 2. С. 2-5.

. Ощепкова Е.В. Возможности ингибитора ангиотензинпревращающего фермента лизиноприла (Диротон) в лечении больных артериальной гипертонией с сопутствующей патологией печени // Атмосфера. Кардиология. 2007. № 3. С. 1-4.