Воронежская Государственная Медицинская Академия им. Н.Н.Бурденко

Кафедра факультетской терапии

Зав.кафедрой:д.м.н. профессор Провоторов Вячеслав Михайлович

История болезни

Нестабильная стенокардия

Куратор: Власов Павел Евгеньевич

1. Паспортные данные

ФИО: К\*\*\* Вера Максимовна

Возраст: 71 год (08.04.1940 г.р.)

Пол: женский

Образование: средне-специальное

Место работы, профессия: ЖКХ г.Воронеж, теплоизолировщица

Домашний адрес: г. Воронеж

Дата поступления в клинику: 23.06.2012

Диагноз направившего учреждения: ИБС, прогрессирующая стенокардия

ФИО врача, куратора больной в отделении: Володина Ольга Петровна

. Жалобы больной при поступлении

Основные жалобы: На сжимающую и давящую боль за грудиной. Приступы боли продолжаются около 10 минут. Боли сопровождаются чувством нехватки воздуха и чувством страха смерти, ощущением "проглоченного кола". Приступ боли облегчается, когда больная принимает лежачее положение. Принимала валокордин и донормил. Приступ боли в сердце сопровождался чувством крайней слабости (не могла встать с кровати). Жалобы на перебои в работе сердца. Во время приступа выполнение даже умеренной физической нагрузки вызывает одышку.

В положении лёжа больную мучает ощущение слишком частых сердечных ударов (ощущение "трепещущего" в груди сердца), которые мешают ей заснуть.

Дополнительные жалобы: Жалуется на боли опоясывающего характера в областях подреберий и эпигастрии, возникающую через 3 часа после ужина слишком жирной пищей. Боль тупая, средней интенсивности. Характер боли постоянный, продолжительностью 2-3 часа. Боль сопровождается чувством тяжести в области живота. Больная принимает вынужденное положение лёжа на животе.

Жалуется на боль в затылке. Боль низкой интенсивности, тупая, длится около 2-3 часов. Возникает при быстрой смене погоды. Больная старается ограничить физическую активность, чтобы снять боль.

Жалобы на ухудшение сна: засыпает с трудом, сон чуткий, с частыми перерывами. Это делает больную усталой, раздражительной.

Жалуется на отёчность голеней и стоп. Отёчность отмечает уже 20 лет. За последние 3 - 4 года отёки усилились. Отёки усиливаются к вечеру (начинают жать туфли). Вечером появляются боли в ногах, боли тупые, низкой интенсивности.

Предъявляет жалобы на ухудшение зрения за последние 5 лет.

. История развития настоящего заболевания

Заболела остро Первыми симптомами были приступы боли давящего и жгучего характера за грудиной, сопровождающихся одышкой и страхом смерти. Приступы продолжались 10 минут. Появились впервые в 11:00 23.06.2012. Начало заболевания больная связывает с чрезмерным волнением. Подобные боли и жалобы на перебои в работе сердца больная никогда в своей жизни не отмечала. Самостоятельно вызвала Скорую Помощь. В 12:07 23.06.2012 была доставлена в клинику. Диагноз направившего учреждения (С\П): ИБС, прогрессирующая стенокардия.

В анамнезе: гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа.

. История жизни больной

Родилась 08.04.1940 в г. Воронеж в семье рабочих тракторного завода. Была первым и единственным ребёнком в семье. Вскармливалась грудью матери до 1 года. Ходить и говорить начала в соответствии с возрастом.

Детство проходило в условиях послевоенной разрухи. В детстве питалась нерегулярно. Менструации начались с 13 лет.

С 1958 по 2000 год работала поваром работала поваром. С 2000 по настоящий момент года работает санитаркой в студенческой поликлинике. В процессе работы сталкивалась с профессиональными вредностями: длительное стоячее положение приводило к повышенной нагрузке на ноги и спину, что утяжелило течение болезни варикозно расширенных вен болезни ног.

Не курит, алкоголь употребляет только по праздникам в максимальном количестве 200-300 граммов водки.

В возрасте 8 лет болела корью, ветряной оспой. В 9 лет переболела краснухой. Страдает гипертонической болезнью с 2000 года, когда впервые появились жалобы на повышенной АД, и больная обратилась за помощью к участковому терапевту. С 2001 года страдает сахарным диабетом 2 типа (диагноз был поставлен при проведении планового профосмотра).

Туберкулёз, вирусный гепатит, венерические болезни отрицает.

Семейно-половой анамнез: Вдова. В анамнезе1 беременность, 1 роды, 1 рождённый ребёнок (дочь). В настоящий момент живёт с дочерью.

Мать больной страдала гипертонической болезнью. Про состояние здоровья других членов семьи ничего не помнит.

. Настоящее состояние больной

Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение больной активное. Выражение лица спокойное. Тип телосложения гиперстенический. Рост = 165 см. Масса тела = 90 кг. Общее питание нормальное. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Имеются ксантелазмы на коже у внутреннего угла глаза, средний размер = 2-3 мм. На коже области локтевых суставов имеются ксантомы средним размером 3-5 мм. На коже голеней, медиальной поверхности стоп и внутренней поверхности бёдер видны варикозно расширенные вены. Кожа над варикозно расширенными венами истончена, синюшна, сухая. Кожа сухая. Ногти правильной формы, ногтевые ложа розовые. Волосяной покров соответствует полу. Пастозность голеней и стоп, отёчность усиливается к вечеру. Кожа чистая. Лимфатические узлы не пальпируются. За исключением правого подчелюстного узла (при пальпации мягкий, безболезненный, подвижный, округлый, диаметром 1 см.).

Мышечная система умеренно развита. Тонус сила мышц сохранёны и достаточны. Голова правильной формы. Пальпируемые костные поверхности гладкие, безболезненные, соответствуют анатомической норме. Кожа над суставами без изменений. Подвижность в суставах сохранена, движения в суставах активные.

Температура тела = 36,6 C

Система органов дыхания.

Нос правильной формы. Пальпация гортани безболезненна. Форма грудной клетки гиперстеническая. Экскурсия нижнего края правого и левого лёгких по среднеподмышечной линии составляет 5 см. Частота дыхате льных движений равна 18 в минуту, ритм дыхания правильный. Тип дыхания грудной. При сравнительной перкуссии лёгких над симметричными участками лёгочных полей слышится ясный лёгочный звук. При топографической перкуссии высота стояния верхушек лёгких над серединой ключицы равна 2 см слева и 2,5 см справа, ширина полей Кренига слева и справа одинакова и равна 5 см. Границы лёгких (перкуторо по межреберьям)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Правое лёгкое | Левое лёгкое |
| Парастернальная линия | V | VI |
| Среднеключичная линия | VI | VII |
| Передняя подмышечная линия | VII | VIII |
| Среднеподмышечная линия | VIII | IX |
| Задняя подмышечная линия | IX | X |
| Лопаточная линя | X | XI |
| Околопозвоночная линия | XI | XII |

Аускультативно: везикулярное дыхание ослаблено над всеми лёгочными полями. В нижних отделах лёгких выслушивается крепитация.

Система органов кровообращения.

Верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье слева от грудины на 1 см кнутри гот среднеключичной линии, ограниченный, умеренной силы.

Границы относительной тупости сердца:

Правая - на 1 см правее правого края грудины в 4 межреберье

Верхняя - в 3 межреберье слева от грудины по средне ключичной линии

Левая - В пятом межреберье слева от грудины на 1 см левее среднеключичной линии.

Аускультативно тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС = 80ударов в минуту. Ритм правильный. Частота пульса равна 75 в минуту. Пульс ритмичный, симметричный, слабого наполнения и напряжения. Дефицит пульса равен 5.

Артериальное давление на плечевых артериях равно: левая рука 130/60 мм.рт.ст., правая - 135/70 мм.рт.ст.

Система органов пищеварения.

Губы розового цвета. Слизистая ротоглотки чистая, розового цвета. Сосочковый слой языка сохранён, язык влажный, обложен белым налётом. Зубной ряд представлен металлическими коронками. Зев розовой окраски, чистый. Миндалины атрофичны, размером не более 0,5 см. не выступают за края нёбных дужек.

Живот выпячен из-за отложений жира. При поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Окружность живота равна 125 см.

Живот при поверхностной пальпации в положении лёжа безболезненный, мягкий, доступен для глубокой пальпации во всех отделах. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. При глубокой скользящей методической пальпации по методу Образцова пальпируется цилиндр сигмовидной, слепой, восходящей , нисходящей и поперечной ободочной кишок. Цилиндр кишки мягкий, безболезненный, подвижный, не урчит при пальпации (за исключением слепой кишки, которая урчит при пальпации, что соответствует норме.). Диаметр пальпируемых кишок: сигмовидная d = 3 см, слепая d = 4см, восходящая и нисходящая ободочные кишки d = 3 см, поперечная ободочная кишка d = 4 см. Малая и большая кривизна желудка при пальпации безболезненны. Подвижны, мягкой консистенции. Привратник при пальпации безболезненный, подвижный, мягкой консистенции , не урчит.

Нижний край печени не пальпируется. Пальпация желчного пузыря безболезненна. Перкуторно размеры относительной печёночной тупости (по Курлову составляют по правой среднеключичной линии - 10 см, по срединной линии - 9 см, по левой реберной дуге - 8 см. (что соответствует норме). Пальпация поджелудочной железы безболезненна.

Селезёнка не пальпируется. Перкуторно размеры селезёнки составляют 4 в поперечнике и 6 см в длину, что соответствует норме.

Система мочеотделения.

Поясничная область при внешнем осмотре без видимых изменений. Почки не пальпируются. Пальпация надлобковой области безболезненна. При перкуссии в надлобковой области слышится тимпанит над мочевым пузырём. Симптом поколачивания отрицательный.

Пальпация низа живота безболезненна. Развития половой системы соответствует полу, без патологий. Гинекологические заболевания отрицает.

Эндокринная система.

При осмотре область щитовидной железы не изменена. Пальпация щитовидной железы безболезненна. Пальпируемые доли щитовидной железы умеренно мягкие, безболезненные, подвижные, размером около 1,5 см (норма), что соответствует размеру дистальных фаланг пальцев пациентки. Выраженность вторичных половых признаков соответствует полу.

Нервная система.

Сознание, речь, память, конкретность и логичность мышления сохранены в полном объёме. Уровень интеллекта достаточный. Настроение ровное. Походка уверенная. Кожные, сухожильные и брюшные рефлексы соответствуют норме. Ширина зрачков при комнатном освещении одинакова для правого и левого глаза и равна 4 мм. Реакция зрачков на свет живая и симметричная. Размер зрачка меняется м 8 до 3 мм за 1,5 секунды, что полностью соответствует физиологической норме.

Парезы и параличи отсутствуют. Болевая чувствительность равномерна.

. Предварительный диагноз

На основании жалоб (на впервые появившиеся приступы боли сжимающего и давящего характера за грудиной, которые продолжаются около 10 минут. Сопровождаются чувством нехватки воздуха и чувством страха смерти, ощущением "проглоченного кола") и данных физикального исследования можно предположить следующий предварительный диагноз: Острый коронарный синдром,- Впервые выявленная стенокардия. Сопутствующие заболевания: сахарный диабет 2 типа. Гипертоническая болезнь III риск IV.

. План лабораторных и инструментальных обследований

1. - Электрокардиографическое исследование

. - общий анализ крови

. - Биохимический анализ крови

. - Общий анализ мочи

. - Эхокардиографическое исследование

. - УМРС

. - Фиброэзофагогастродуоденоскопия

. - Обзорная рентгенография органов грудной клетки.

. - Исследование кала на яйца глист

Данные клинических лабораторных исследований:

|  |
| --- |
| ЭКГ |
| Ритм не синусовый, не правильыный. Разница интервалов R-R более 15 %. Зубец P - отсутствует. ЧСС = 89 сокращений в минуту. Присутствует f-фолна фибрилляции предсердий. Горизонатльная ЭОС. Угол альфа равен 0 градусов Интервал PQ равен 0,10 сек. Зубец Q регистрируется в I отведении и отведении aVL. Продолжительность зубца Q равна 0,02 сек, амплитуда равна 1мм Депрессия сегмента ST на 1,5мм ниже изолинии во II, III, aVF, V1 отведениях. Зубец T инвертирован в III, aVF. Продолжительность QRS = 0,09 сек Заключение: фибрилляция предсердий, горизонтальная ЭОС , признаки очаговой ишемии миокарда Дата: 23.06.2012 |
| ЭКГ |
| Ритм синусовый, правильный. ЧСС = 78 сокращений в минуту. Зубец P положительный в отведениях I, II, aVF. Отрицательный в aVR. Горизонтальная ЭОС. Угол альфа равен 0 градусов Зубец Q регистрируется в I отведении и отведении aVL. Продолжительность зубца Q равна 0,02 сек, амплитуда равна 1мм. Продолжительность комплекса QRS равна 0,09 сек. Сегмент ST на изолинии во всех отведениях. Зубец T инвертирован в III, aVF. Продолжительность QRS = 0,09 сек Дата:24.06.2012 |

|  |
| --- |
| Общий анализ крови |
| Клинический анализ крови. Hb- 136 г/л Эритроциты- 4,51х10^12/л Цвет. показатель- 0,90 Лейкоциты- 8,6х10^9/л CОЭ- 20 мм/ч Дата анализа 24.06.2012 |

|  |
| --- |
| Биохимический анализ крови |
| Глюкоза 7,5 ммоль/л Мочевина 7,9 ммоль/л Амилаза крови 6,4 ммоль/л АлАТ 75 ЕД АсАТ 44 ЕД Общий белок 73 г/л K 4,7 ммоль/л Na 140 ммоль/л Фибриноген весовой 2,9 моль/л гематокрит 44 протромбиновый индекс 80% протромбиновое время 15 сек АЧТВ 33сек Билирубин общий 10 ммоль/л МНО 1,36 Креатинин 0,104 ммоль/л Холестерин 3,9 ммоль/л Креатинфосфокиназа-MB 3 ЕД/л Дата анализа 25.06.2012 |

|  |
| --- |
| Анализ мочи |
| Цвет светло-жёлтый Белок нет Прозрачность ппрозрачная Сахар 0 Реакция кислая Уробилин (-) Уд. вес 1,018 Желч. пигменты (-) Лейкоциты 1 -2 в поле зрения Эритроциты свеж. Нет Эпителий плоский 1-2 в поле зрения Кристаллы: нет Дата анализа: 26.06.2012 |

|  |
| --- |
| Эхокардиографическое исследование |
| Аорта не уплотнена, не расширена АО = 3,4см (N менее 3.7см) Левое предсердие не увеличено (ЛП=4,6) Полость левого желудочка не расширена Кдр = 5,1 (N менее 3,5) Кср = 3,5 (N менее 3,7) Сократимость миокарда левого желудочка удовлетворительная, нормо-гипер-гипо-дискинезии не выявлено Межжелудочковая перегородка не утолщена ТМЖП = 1.0 (N менее 0,7-0,9) Задняя стенка левого желудочка не утолщена ТЗСПЖ = 0,9 (N менее 1,1) Аортальный клапан: створка не утолщена, кальцификации створок нет, амплитуда раскрытия нормальная Митральный клапан: створка ен утолщена, амплитуда раскрытия нормальная, кальцификации створок нет Тромбоз левого желудочка нет Выпот в полость перикарда нет Допплеровская Эхокардиография: патологических потоков в полости сердца не выявлено, признаки недостаточности митрального клапана (I степень), признаки недостаточности аортального клапана(I степень) Фракция выброса = 60 % Заключение: расширение полостей левого предсердия. Общая сократимость левого желудочка удовлетворительная. Митральная регургитация (I степень. Аортальная регургитация (I степень). Нарушение диастолической функции левого желудочка. Дата исследования 30.06.2012 |

|  |
| --- |
| Реакция УМРС - отрицательная Дата: 24.06.2012 |

|  |
| --- |
| Фиброэзофагогастродуоденоскопия |
| При осмотре пищевода отмечается полное смыкание кардиального жома. Слизистая пищевода обычного цвета. В желудке небольшое количество прозрачной жидкости, складки мягкие, воздухом расправляются. Слизистая обычного цвета без участков гиперемии. Перистальтика активная. Луковица двенадцатиперстной кишки правильной формы. Слизистая ее не изменена. Заключение: Патологии не выявленою Дата: 25.06.2012 |

|  |
| --- |
| Исследование кала. |
| Реакция на скрытую кровь ( р-ция Грегерсена ) отрицательная Яйца глистов не обнаружены Дата: 30.06.2012 |

. Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз острого коронарного синдрома следует проводить со следующими распространёнными заболеваниями.

|  |
| --- |
| Заболевания сердечно-сосудистой системы |
| -Инфаркт миокарда -Прочие причины А) возможного ишемического происхождения: стеноз уcтья аорты, недостаточность аортального клапана, гипертрофическая кардиомиопатия, артериальная гипертензия, лёгочная гипертензия, выраженная анемия Б) не ишемические: расслоение аорты, перикардиты, пролапс митрального клапана. |
| Заболевания ЖКТ |
| -Болезни пищевода - спазм пищевода, пищеводный рефлюкс, разрыв пищевода -Болезни желудка - язвенная болезнь |
| Заболевания грудной стенки и позвоночника |
| -Синдром передней грудной стенки -Синдром передней лестничной мышцы -Остеохондроз шейного и грудного отдела позвоночника -Костохондрит (синдром Титце) -Повреждения рёбер -Опоясывающий лишай |
| Заболевания лёгких |
| -Пневмоторакс -Пневмония с вовлечением плевры -Тромбоэмболия лёгочной артерии (ТЭЛА) с наличием инфаркта лёгкого и без него -Заболевания плевры |

Для проведения дифференциального диагноза следует выполнить

. Электрокардиографическое исследование и определене инфаркт-миокарда-специфичных ферментов крови (MB-КФК, тропонины T и I, миоглобин)

. Эхокардиография позволит провести дифференциальный диагноз с органическими патологиями сердца

. Фиброэзофогогастродуоденоскопия позволит провести дифференциальный диагноз с заболеваниями ЖКТ

. Обзорная рентгенография грудной клетки, рентгенкомпьютерная томография органов грудной клетки позволит провести дифференциальный диагноз с заболеваниями лёгких.

Дифференциальный диагноз впервые выявленной стенокардии с инфарктом миокарда без зубца Q.

I - ЭКГ при нестабильной стенокардии характеризуется изменениями конечной части желудочкового комплекса: депрессия сегмента ST обнаруживается у 30% пациентов, инверсия зубца T - у 20%, преходящий подъём сегмента ST - у 5% пациентов. В то же время наличие нормальной ЭКГ не исключает наличия. К сожалению, ЭКГ не даёт возможности дифференциальной диагностики нестабильной стенокардии и инфаркта миокарда без зубца Q, поскольку в обоих случаях имеются изменения конечной части желудочкового комплекса. ЭКГ в состоянии покоя помогает дифференцировать крупноочаговый инфаркт миокарда и нестабильную стенокардию, поскольку при первом имеется патологический зубец Q.

В этом случае на помощь приходит определение инфаркт-миокарда специфичных ферментов-маркёров в крови. У данной пациентки не было подъёма концентрацииферментов маркёров инфаркта-миокарда rреатинфосфокиназзы-MB, миоглобина , тропонина I и тропонина T. В то время как, при инфаркте миокарда важным лабораторным признаком является нарастание концентрации MB-креатинфосфокиназы-MB на 25 % в двух пробах с 4-часовым интервалом, а етм более нарастание концентрации в течении 24 часов. Чувствительность данного метода составляет 100%. Считается, что увеличение Креатинфосфокиназы-MB более 10-13 ЕД/л свидетельствует о некрозе миокарда.

У нашей пациентки концентрация MB-КФК равна 3 ЕД/л , что исключает возможность инфаркта миокарда без зубца Q.

II - Дифференциальный диагноз впервые выявленной стенокардии с заболеваниями лёгких (пневмоторакс, пневмония с вовлечением плевры, тромбоэмболия лёгочной артерии (ТЭЛА) с наличием инфаркта лёгкого и без него, заболевания плевры).

II - Для проведения дифференциальной диагностики необходимо выполнение обзорной рентгенографии органов грудной полости. При отсутствии патологических изменений со стороны лёгких можно исключить возможность наличия вышеперечисленных заболеваний лёгких. Которые могут давать аналогичную симптоматику.

На обзорной рентгенографии органов грудной полости в прямой и правой боковой проекции мягкие ткани грудной клетки, состояние скелета грудной клетки и плечевого пояса без патологий. Лёгочные поля чистые без признаков застоя и инфильтратов, одинаковы по прозрачности. Состояние легочного рисунка, корней легких, состояние органов средостения без патологий. Тень сердца нормальных размеров. Размеры средостения в пределах нормы. Отсутствие патологических изменений на обзорной рентгенограмме органов грудной полости исключает возможность пневмоторакса, пневмонии с вовлечением плевры, тромбоэмболии лёгочной артерии (ТЭЛА) с наличием инфаркта лёгкого и без него, заболеваний плевры.

Дифференциальный диагноз впервые выявленной стенокардии со стенозом уcтья аорты или недостаточность аортального клапана.

III - Данные ЭХОкардиографического исследования (аортальный клапан: створка не утолщена, кальцификации створок нет, амплитуда раскрытия нормальная) позволяют исключить возможность поражения аортального клапана, которая может давать сходную клиническую картину.

. Обоснование клинического диагноза

Диагноз впервые выявленной стенокардии может быть поставлен на основании жалоб, анамнеза, данных лабораторных и инструментальных методов исследования. Данная стенокардия является впервые выявленной, так как раньше у этой больной никогда в жизни не было характерных жалоб и симптоматики. По классификации Браунвальда (1989 год), впервые выявленная стенокардия относится к 1-ому классу нестабильной стенокардии. Диагноз стенокардии позволяет поставить характерная симптоматика сжимающей и давящей боли за грудиной высокой интенсивности, приступы которой продолжаются около 10 минут. Инструментальные методы исследования: ЭКГ и ангиография коронарных артерий подтверждают диагноз.

На ЭКГ имеются изменения изменениями конечной части желудочкового комплекса: депрессия сегмента ST на 1,5 мм ниже изолинии во II, III, aVF, V1 отведениях, зубец T инвертирован в III, aVF.

В тоже время у данной пациентки не было подъёма концентрации ферментов маркёров инфаркта-миокарда: креатинфосфокиназзы-MB, миоглобина , тропонина I и тропонина T. У нашей пациентки концентрация MB-КФК равна 3 ЕД/л , что исключает возможность инфаркта миокарда без зубца Q. И, таким образом, диагноз ИБС - впервые выявленная стенокардия подтверждается.

При ангиографии коронарных артерий найдены места окклюзий.

Имеется персистирующая фибрилляция предсердий, так как на ЭКГ вместо зубцов P имеются f-волны, которые устраняются под воздействие медикаментозной терапии (бета-блокаторы).

Гипертоническая болезнь у данной больной III класса, так как происходит подъём систолического артериального давления свыше 180 мм.рт.ст. и диастолическог свыше 110 мм.рт.ст. Риск IV выставлен, так как произошло развитие хронической сердечной недостаточности и присоединилась ИБС.

Хроническая сердечная недостаточность II а стадии по левожелудочковому типу поставлена, потому, что имеются невыраженные нарушения гемодинамики, характеризующиеся застоем в малом кругу кровообращения, проявляющимися типичной одышкой при умеренной фмизической нагрузке, быстрой утомляемостью. Отёки увеличение печени не характерны. III функциональный класс, потому что на момент госпитализации имелось значительное ограничение физической активности. В покое самочувствие хорошее. Небольшая физическая нагрузка приводит к усталости, сердецебиению. Одышке.

Сахарный диабет 2 типа относится к средней тяжести в стадии субкомпенсации потому, что больная принимает актрапид (Препарат инсулина короткого действия) и диабетон MB (пероральный гипогликемический препарат из группы производных сульфонилмочевины II поколения), и это позволяет удерживать уровни глюкозы плазмы крови на уровне 7,5 ммоль/л.

9. Формулировка клинического диагноза

пациент диагноз стенокардия фибрилляция

Клинический диагноз:

Основной диагноз: ИБС - впервые выявленная стенокардия, персистирующая фибрилляция пердсердий. Осложнения основного диагноза: Хроническая сердечная недостаточность стадия IIа по левожелудочковому типу, функциональный класс III. Фоновые заболевания: Гипертоническая болезнь III степень. Сахарный диабет 2 тип, среденей тяжести. Субкомепнсированный.

. План лечения и его обоснование

Основными направления в лечении нестабильной стенокардии являются: Купирование болевого синдрома, Снижение потребности миокарда в кислороде, антиагрегантная и антикоагулянтаня терапия.

. Нитраты - пир нестабильной стенокардии используются для купирования болевого синдрома. Это достигается в/в введением раствора нитроглицерина в дозе 5-10 мкг/ мин с увеличением каждые 15 мин на 5-10 мкг/мин (до 200 мкг/мин) до исчезновения боли или появления побочного эффекта в виде артериальной гипотензии.

. Пероральные нитраты пролонгированного действия (Tab. Isosorbidi) - для улучшения кровоснабжения миокарда. Расширение периферических вен уменьшает пред- и пост-нагрузку на сердце

. Бета-адреноблокаторы - уменьшают потребность миокарда в кислороде.

. Антиагрегантная и антикоагулянтная терапия (Sol. Heparini 5000 ЕД подкожно и Tab. Aspirini 250 mg per os ) - показаны при нестабильной стенокардии в связи с активацией тромбоцитов. Обоснование: ацетилсалициловая кислота необратимо блокирует агрегацию тромбоцитов, что в корне предотвращает механизм свёртывания крови. При нестабильной стенокардии в кровеносной системе коронарных артерий происходят множественные разрывы фиброзных капсул атеросклеротических бляшек, что приводит к появлению многочисленных участков сосудисто-тромбоцитарных конфликтов. Это, в свою очередь, является причиной запуска патологического свёртывания крови и образования сгустка внутри коронарной артерии, что приводит к закупорке её просвета и, как следствие, ишемии миокарда, который кровоснабжается этой артерией. Гепарин - уменьшает свёртываемость крови засчёт инактивации факторов свёртывания крови, что предотвращает образование кровяного сгустка.

. Лечение сопутствующих заболеваний: сахарный диабет 2 типа - назначение актрапида у пациентки больной сахарным диабетом 2 типа возможно, так как у неё имеется резистентность к пероральным гипогликемическим лекарственным средствам. Данное обстоятельство, является обоснованием для назначения синтетического инсулина короткого действия для пациентки больной сахарным диабетом 2 типа.

. Лечение сопутствующих заболеваний: гипертоническая болезнь - назначение ингибиторов АПФ (Эналаприла). Ингибиторы АПФ блокируют превращение ангиотензина I в ангиотензин II, что приводит к ослаблению его сосудосуживающего действия, угнетению секреции альдостерона, торможению активации брадикинина, вазодилатирующих простагландинов. В результате происходит уменьшение тонуса сосудов, главным образом, артериол, снижение АД\, ОПСС (и, соответственно, уменьшению постнагрузки, что приводит к увеличению сердечного выброса, повышению выделения ионов натрия и задержке ионов калия).

Лист врачебных назначений.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Назначение лекарства, доза | Дата назначения | Дата отмены | Роспись врача |
| Tab. Isosorbidi dinitratis 5 mg -per os 3-4 раза в день | 27.08.2011 | 03.09.2011 |  |
| Sol. Glucosi 5% - 200ml В/в каепльно 1 раз Sol. Actrapidi 4 ЕД в день утром 9:00 Sol. Kalii chloride 3% - 10ml | 27.08.2011 | 03.09.2011 |  |
| Sol. Digoxini 0,025% - 1ml -В/в струйно 1 раз в день 9:00 | 27.08.2011 | 03.09.2011 |  |
| Sol. Furosemidi 1% - 2ml - В/в струйно 2 раза в день (9:00 и 20:00) | 27.08.2011 | 01.09.2011 |  |
| Tab. Verospironi 10 mg - 2 раза в день per os завтрак, ужин. | 27.08.2011 | 03.09.2011 |  |
| Sol. Heparini 5000ЕД подкожно 4 раза в день | 27.08.2011 | 03.09.2011 |  |
| Tab Enalaprili 10 mg - 2 раза в день per os | 27.08.2011 | 03.09.2011 |  |
| Tab. Bisoprololi - 5 mg (2,5 mg - 2 раза в день per os) | 27.08.2011 | 02.09.2011 |  |
| Tab. Aspirini - 250 mg - per os - 1 раз вдень после обеда | 27.08.2011 | 02.09.2011 |  |
| Tab. Symvastatini 20 mg per os 1 раз в день | 27.08.2011 | 03.09.2011 |  |
| Tab. Diabetoni 30mg per os 1 раз в день утром во время завтрака | 27.08.2011 | 03.09.2011 |  |

Назначается стол №9 по Певзнеру для больных сахарным диабетом 2 типа и получающим инсулин в малых дозах.

Дневник больного 25.06.2012

Жалобы на одышку при выполнении умеренной физической нагрузке (подъём на 2 лестничынх пролёта). Жалобы на перебои в работе сердца. В положении лёжа больную мучает ощущение звуков биения сердца. Которое мешает заснуть. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Больная адекватна.

Инструментальные исследования: Выполнена ЭХОкардиография

АД на правой руке 140/90 мм.рт.ст, АД на левой руке 130/85 мм.рт.ст,

Пульс равен 82 удара в минуту, ЧСС равно 82 сокращений в минуту,

ЧДД равно 15 в мин.

Количество выпитой за сутки жидкости 1400мл

Количество выделенной мочи 1550 мл

Температура утром 36,5С

Температура вечером 36,7С

Дневник больного 27.07.2012

Жалобы на незначительную одышку при выполнении умеренной физической нагрузки (подъём на 3 лестничных пролёта). Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Больная адекватна.

Инструментальные исследования: больной выполнено холтеровское мониторирование

Температура утром 36,6С

Температура вечером 36,7С

АД на правой руке 130/80 мм.рт.ст, АД на левой руке 124/75 мм.рт.ст,

Пульс равен 79 удара в минуту, ЧСС равно 79 сокращений в минуту,

ЧДД равно 14 в мин.

Количество выпитой за сутки жидкости 1500мл

Количество выделенной мочи 1500 мл

Дневник больного 29.07.2012

Жалоб по основному заболеванию не предъявляет

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Больная адекватна.

АД на правой руке 125/80 мм.рт.ст, АД на левой руке 120/75 мм.рт.ст,

Пульс равен 75 удара в минуту, ЧСС равно 75 сокращений в минуту,

ЧДД равно 13 в мин.

Количество выпитой за сутки жидкости 1400мл

Количество выделенной мочи 1500 мл

Температура утром 36,4С

Температура вечером 36,5С

Эпикриз

. ФИО больной: Концова Вера Максимовна

. Возраст: 71 год (08.04.1940 г.р.)

. Место работы, профессия: городская поликлиника №15, санитарка

. Время нахождения в стационаре: с 23.06.2012 по 02.07.2011

. Жалобы при поступлении основные: На сжимающую и давящую боль за грудиной, которая продолжается около 10 минут, сопровождаются чувством нехватки воздуха и чувством страха смерти, ощущением "проглоченного кола". Приступ боли облегчается, когда больная принимает лежачее положение. Приступ боли в сердце сопровождался чувством крайней слабости (не могла встать с кровати). Жалобы на перебои в работе сердца. Во время приступа выполнение даже умеренной физической нагрузки вызывает одышку.

В положении лёжа больную мучает ощущение слишком частых сердечных ударов (ощущение "трепещущего" в груди сердца), которые мешают ей заснуть.

. Заболела остро. В анамнезе: гипертоническая болезнь, сахарный диабет 2 типа.

.Данные физикального обследования, подтверждающие диагноз: Одышка (ЧДД = 17 в минуту) в покое. В нижних отделах лёгких выслушивается крепитация. Быстаря утомляемость при выполнении умеренной физическое нагрузке. Мерцательная аритмия.

. данные лабораторных и инструментальных методов исследования (отклонения, подтверждающие патологию)

|  |
| --- |
| ЭКГ - (отклонения, подтверждающие патологию) |
| Ритм не синусовый, не правильыный. Разница интервалов R-R более 15 %. Зубец P - отсутствует. ЧСС = 89 сокращений в минуту. Присутствует f-фолна фибрилляции предсердий. Горизонатльная ЭОС. Угол альфа равен 0 градусов Интервал PQ равен 0,10 сек. Депрессия сегмента ST на 1,5мм ниже изолинии во II, III, aVF, V1 отведениях. Зубец T инвертирован в III, aVF. Заключение: фибрилляция предсердий, горизонтальная ЭОС призанки очаговой ишемии миокарда Дата: 23.06.2012 |

Глюкоза 7,5 ммоль/л

. Заболевания, диагностика с которыми затруднена: инфарктом миокарда без зубца Q, заболеваниями лёгких (пневмоторакс, пневмония с вовлечением плевры, тромбоэмболия лёгочной артерии (ТЭЛА) с наличием инфаркта лёгкого и без него, заболевания плевры), стеноз уcтья аорты или недостаточность аортального клапана. С этими заболеваниями проведена дифференциальная диагностика.

. Клинический диагноз:

Основной диагноз: ИБС - впервые выявленная стенокардия, персистирующая фибрилляция пердсердий.

Осложнения основного диагноза: Хроническая сердечная недостаточность стадия IIа по левожелудочковому типу, функциональный класс III.

Фоновые заболевания: Гипертоническая болезнь III степень. Сахарный диабет 2 тип, среденй тяжести, субкомепнсированный.

.Особенность течения болезни, её ближайший и отдалённый прогноз: Прогноз, в целом. Благоприятный. Однако, при нестабильной стенокардии в течение 3-х месяцев инфарки миокарда развивается в 10-20% случаев со смерностью 4-10%. Кроме развития инфаркта миокарда возможна внезапная сердечная смерть.

. Проведённое лечение:

Диета стол №9 по Певзнеру с ограничением употребления соли до 6 г/сут

Лечебная физкультура

Медикаментозная терапия:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Назначение лекарства, доза | Дата назначения | Дата отмены | Роспись врача |
| Tab. Isosorbidi dinitratis 5 mg -per os 3-4 раза в день | 23.06.2012 | 02.07.2012 |  |
| Sol. Glucosi 5% - 200ml В/в каепльно 1 раз Sol. Actrapidi 4 ЕД в день утром 9:00 Sol. Kalii chloride 3% - 10ml | 23.06.2012 | 02.07.2012 |  |
| Sol. Digoxini 0,025% - 1ml -В/в струйно 1 раз в день 9:00 | 23.06.2012 | 02.07.2012 |  |
| Sol. Furosemidi 1% - 2ml - В/в струйно 2 раза в день (9:00 и 20:00) | 23.06.2012 | 02.07.2012 |  |
| Tab. Verospironi 10 mg - 2 раза в день per os завтрак, ужин. | 23.06.2012 | 02.07.2012 |  |
| Sol. Heparini 5000ЕД подкожно 4 раза в день | 23.06.2012 | 02.07.2012 |  |
| Tab Enalaprili 10 mg - 2 раза в день per os | 23.06.2012 | 02.07.2012 |  |
| Tab. Bisoprololi - 5 mg (2,5 mg - 2 раза в день per os) | 23.06.2012 | 02.07.2012 |  |
| Tab. Aspirini - 250 mg - per os - 1 раз вдень после обеда | 23.06.2012 | 02.07.2012 |  |
| Tab. Symvastatini 20 mg per os 1 раз в день | 23.06.2012 | 02.07.2012 |  |
| Tab. Diabetoni 30mg per os 1 раз в день утром во время завтрака | 23.06.2012 | 02.07.2012 |  |

. Динамика течения заболевания за время нахождения в больнице положительная. исчезли жалобы по основному заболеванию. Нормализовалось ЭКГ, восстановился ритм.

. оценка эффективности лечения: улучшение. Исчезли жалобы на боли в сердце. Одышку при выполнении физической нагрузки, ощущения перебоев в работе сердца.

Объективно: нормализация ЭКГ: возврат к синусовому ритму, исчезновении признаков ишемии миокарда, депрессия сегмента ST

. Состояние больного при выписке: удовлетворительное

. Рекомендации участковому врачу: Больная должна соблюдать диету №9 по Певзнеру с ограничение употребления соли до 6 г/сут. Должна получать медикаментозную терапию направленную на стабилизацию течения ИБС, лечении гипертонической болезни. поддерживание сахарного диабета 2 типа в стадии компенсации.

Литература

.Внутренние болезни под ред. А.И.Мартынова, Н.А.Мухина в 2 т. Москва изд.Гэотар-мед, 2001

.Электрокардиография под ред. В.В.Мурашко, А.В.Струтынский, Москва изд. Медперсс 1999