**ГОУ ВПО Тверская ГМА РОСЗДРАВА**

**Кафедра оториноларингологии с курсом детской оториноларингологии**

**История болезни**

Клинический диагноз:

**ИБС. Прогрессирующая стенокардия, ХСН II-А. ФР-3, ПИКС**.

Выполнил:

Студент 404 группы

Стоматологического факультета

Бурыкин А.В.

Преподаватель:

Доцент, к.м.н. Петрова И.А.

Тверь 2009год

**1. Паспортные данные**

* Фамилия, имя, отчество:
* Возраст: 82 года.
* Пол: мужской
* Семейное положение: женат.
* Домашний адрес:
* Социальный статус: пенсионер, инвалид II-группы, участник ВОВ.
* Дата поступления в клинику: 06.10.09г.
* Госпитализация: не экстренная (по направлению из поликлиники).
* **Клинический диагноз**: ИБС. Прогрессирующая стенокардия, ХСН II-А. ФР-3, ПИКС.

**2. Жалобы больного**

На момент курации больной активно жалоб не предъявляет. Редкие перебои в работе сердца и слабость.

**3.Anamnesis morbi**

С начала 90-х годов страдает артериальной гипертензией. АД на высоких цифрах. В последние годы устойчиво высокое АД до 220/90. ИБС с 1989 года. В 1992 году перенёс не обширный передний инфаркт миокарда. Последняя госпитализация по поводу ИБС – в 2007 году.

**4. Причины настоящей госпитализации**

06.10.09г. обратился на прием в поликлинику МУЗ ГБК №6 к кардиологу, кем был и направлен на госпитализацию в кардиологическое отделение этой же больницы с диагнозом: ИБС. Прогрессирующая стенокардия, ХСН, ПИКС, артериальная гипертония –III риск IV ухудшение.

**5. Anamnesis vitae**

Материально-бытовые условия на протяжении жизни удовлетворительные. Рос и развивался нормально. Алкогольные напитки не употребляет, не курит. Имеет одного сына. Наркотические средства не употребляет.

Из перенесенных заболеваний: грипп, ангина. Контакты с инфекционными больными отрицает. Венерическими заболеваниями не страдает. Переломы костей, вывихи, контузии отрицает.

Со слов: вирусные гепатиты, туберкулёз – отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен. В молодом возрасте перенёс пульмэктомию (в 1958году) по поводу левостороннего пиопневмоторакса, в последующем на ФЛГ посттуберкулёзный пневмосклероз. Произведено 2 операции с последующим удалением части левого лёгкого.

Страдает аденомой предстательной железы.

**6. Status praesens**

Состояние больного на момент курации удовлетворительное. Сознание ясное, ориентирован во времени и пространстве. Окружающую обстановку оценивает адекватно. Поведение благожелательное, ровное. Температура тела нормальная 36,70С. Выражение лица спокойное. Соответствует паспортному возрасту. Положение больного в постели активное.

Телосложение правильное. Тип конституции нормостенический. Кожные покровы тела чистые, обычной окраски и влажности. Тургор кожи нормальный. Лёгкий цианоз губ. Периферических отеков нет.

**Органы дыхания:** Форма носа правильная, носовое дыхание свободное. Гортань правильной формы, при пальпации – подвижна, безболезненна. Грудная клетка гиперстенической формы, обе половины симметричны между собой. Визуализируется послеоперационный рубец справа (после пульмэктомии). Дыхание среднее по глубине, ритмичное. Вспомогательная дыхательная мускулатура в акте дыхания не участвует. ЧДД 18/мин.

Пальпаторно грудная клетка безболезненна, ригидная, патологических изменений кожи, подкожно-жирового слоя, межреберных мышц и нервов, добавочных дыхательных шумов не выявлено.

Аускультация лёгких: Дыхание над всею поверхностью правого легкого определяется везикулярное дыхание. На уровне 6-7 шейного позвонка выслушивается физиологическое бронхиальное дыхание. Добавочные дыхательные шумы (хрипы, крепитация, шум трения плевры) не определяются. Слева дыхание не проводится.

Перкуссия легких: При сравнительной перкуссии легких над участком правого легкого выявляется ясный легочный звук.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Топографические линии | справа | слева |
| Lin. parasternalis | V межреберье | - |
| Lin. medioclavicularis | VI межреберье | - |
| Lin. axillaries anterior | VIIIмежреберье | - |
| Lin. axillaries media | IX межреберье | - |
| Lin. axillaries posterior | X межреберье | - |
| Lin. scapularis | XI межреберье | - |
| Lin. paravertebralis | Остистый отросток ThXI | - |

**Органы кровообращения:** При осмотре особенностей не обнаружено. Верхушечный толчок не визуализируется, не пальпируется.

Пальпаторно вибрация мягких тканей не определяется. Пульсации межреберных артерий нет.

На момент курации: Артериальный пульс ритмичный, частота пульса 48ударов в минуту (в покое), слабого наполнения, и напряжения. Скорость пульсовой волны в норме.

АД 130/70.

Аускультация сердца: Cor тоны приглушены, ритмичные. Акцент второго тона над аортой. При аускультации над всеми остальными точками прослушивания патологических шумов не обнаружено. Систолического шума над брюшной аортой и в околопупочной зоне не обнаружено.

При перкуссии сердца: границы относительной сердечной тупости:

правая – на уровне 4 межреберья на 1 см кнаружи от правого края грудины;

левая – на уровне 5 межреберья 1,5 см кнаружи от lin. medioclavicularis;

верхняя – на уровне 3 межреберья по lin. parasternalis sinistra

Ширина сосудистого пучка: 6-7 см; конфигурация сердца увеличена.

**Органы пищеварения:** СОПР без видимых патологических изменений. Язык влажный, розовый, у корня обложен белым налетом, в размерах не увеличен. Мягкое и твердое небо без патологии. Живот правильной формы, мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины – отрицательные. Перистальтические кишечные шумы не выслушиваются.

Печень: Пальпаторно определяется нижний край левой доли по краю реберной дуги, ровный, безболезненный.

Размеры печеночной тупости по Курлову:

1. по lin. medioclavicularis dextra: 10 см
2. по lin. mediana anterior: 9 см
3. по левой реберной дуге: 8 см

Желчный пузырь не пальпируется. Френикус – симптом, симптомы Ортнера и Кера - отрицательные.

Селезенка: видимого увеличения, выпячиваний и деформаций не наблюдается. Пальпаторно не определяется.

Видимых рубцов в абдоминальной области от хирургических вмешательств нет.

**7. Предварительный диагноз**

На основании жалоб больного в момент поступления в стационар и жалоб на момент курации можно судить об: ИБС. Прогрессирующая стенокардия, ХСН II-А. ФР-3, ПИКС, артериальной гипертонии –III риск IV в стадии компенсации (улучшения).

**8. План обследования.**

* + Клинический анализ крови
	+ Клинический анализ мочи
	+ Анализ крови на сахар
	+ Биохимический анализ крови (RW, СРБ, α2-глобулины, общий белок, белковые фракции, билирубин, трансаминазы, альдолазы, КФК, АСТ, АЛТ, ПТИ, МНО, креатинин, холестерин,  - липопротеиды, триглицериды, электролитный состав – К+, Na+,Ca+2, Cl)
	+ ЭКГ в динамике.
	+ ЭхоКГ
	+ ФЛГ
	+ УЗИ органов брюшной полости.

**Результаты дополнительного обследования:**

1. ФЛГ от 07.10.09 г.

Заключение: Состояние после левой верхней лобоэктомии с исходом пиопневмоторакса и посттуберкулёзного пневмосклероза слева в S1.

Со стороны сердца – возрастные изменения ХЛСН.

1. ЭхоКГ от 14.10.09 г.

Заключение: Атеросклероз аорты. Недостаточность аортального клапана. Концентрическая гипертрофия миокарда ЛЖ до выраженной степени. Нарушение диастолической функции миокарда обоих желудочков по типу «замедленной релаксации».

1. УЗИ органов брюшной полости от 13.10.09 г.

Заключение: Признаки нефросклероза с обеих почек. Кисты обеих почек (р-рами 10х13 мм.)

1. ЭКГ от 08.10.09 г.

Заключение: Синусовый ритм, единичные желудочковые экстрасистолы, рубцовые (постинфарктные) изменения I-ст.

**9. План лечения**

1. Антиагреганты

**КардиоМагнил** по 1таб. х 2 раза/день

1. Нитраты

**Мономакс** или **Кардикет** или **Моночинкве** - 40мг по 1 таб. х 2 раза/день (у,в)

1. β-адреноблокаторы (кардиоселективные)

**Карведиол** - 12,5мг по 1 таб. х 2 раза/день (у,в)

1. Гипотензивные препараты сартанового ряда

**Лозап-Плюс** или **Ко-Апровель** по 150мг. – утром. + **Нормодипин** по 5мг. – вечером.

1. Цитопротекторы

**Предуктал МВ** - 35мг по 1таб. х 2 раза/день (у,в)

1. Препараты для повышения метаболизма в миокарде

**Кокарбоксилаза гидрохлорид** /на 2мл. воды для инъекций – 50мг. - В/М N 10. Затем

**АТФ 1%** по 1мл. – В/М N 10.

1. Калийсберегающие диуретики (при отёках)

**Верошпирон** - 25мг по 1 таб. х 1 раз/день - утром!