1. **Жалобы больного:**
2. Жалобы на момент поступления в клинику:

На колющие интенсивные периодические боли в области сердца без иррадиации, возникающие после нагрузки и в покое, продолжительностью более 15 минут, боль слабо купируется приемом нитроглицерина, выраженная одышка при ходьбе, перебои в работе сердца, нестабильное артериальное давление, головокружение.

1. Жалобы на момент курации:

На головную боль, одышку при подъеме на 3-й этаж, общую слабость.

1. **История развития заболевания. (Anamnesis morbid)**

Считает себя больным с 1988 года, когда впервые начал отмечать возникновение сжимающей боли за грудиной с иррадиацией в левую руку. Причиной боли являлась интенсивная физическая нагрузка, соответствующая II функциональному классу. Боль продолжалась в течение 5–10 минут и купировалась приемом нитроглицерина под язык.

С 1999 года стал отмечать периодические подъемы артериального давления до 160/90 мм. рт. ст.

С 2005 года больного стали беспокоить перебои в работе сердца, учащенное сердцебиение. Ранее лечился амбулаторно, периодически – в стационаре. Регулярно принимал антиангинальные, антиаритмические и гипотензивные препараты. Состояние ухудшилось 10 го сентября, когда появилась боль за грудиной без иррадиации, плохо стала купироваться нитроглицерином. В предыдущий месяц участилось количество приступов, длительность боли и ее интенсивность, боль стала появляться не только при нагрузке, но и в покое. Больной обратился к участковому терапевту и был направлен в стационар, 15 го сентября поступил в ККГБ №2 в кардиологическое отделение для лечения.

1. **История жизни (Anamnesis vitae)**

Родился в г. Находке первым ребенком. Вес при рождении составил 3600 г.

Наследственность не отягощена.

Вредных привычек не имеет.

Жилищные условия удовлетворительные, соответствуют санитарно-гигиеническим требованиям.

Венерические заболевания, гепатит, туберкулез отрицает.

Профессиональные вредности – шум, вибрации, большая запыленность помещений.

Перенесенные заболевания: оперированная паховая грыжа слева в 2000 г., аппендэктомия в 2002 г., пневмония в июне 2008 г. гипертоническая болезнь – с 1999 г.

Аллергические реакции отрицает.

1. **Объективное обследование (Status presents)**

**1. Общее состояние**

Сознание ясное. Общее состояние – относительно удовлетворительное. Положение активное. Рост – 170 см, вес – 87 кг, ИМТ = 30,1 кг/м2. Телосложение нормостеническое. Питание повышенное, ожирение по мужскому типу.

Кожа обычной окраски, теплая при пальпации, эластичная, не влажная. Без высыпаний, пигментации и расчесов. Фурункулы, нагноения и рубцы отсутствуют. Слизистая нормальной окраски, запаха ацетона изо рта нет.

Мышечная система нормального развития, мышцы в тонусе. Безболезненны при пальпации.

Костно-суставная система: болезненность в поясничном отделе, при пальпации и движениях, движения свободные. Имеется уплощение поясничного лордоза.

Лимфатическая система: Увеличены подчелюстные лимфатические узлы. Безболезненны при пальпации, мягкой консистенции, не спаянные с окружающими тканями, размером до 2 см. Остальные лимфатические узлы не пальпируются.

**2. Система органов дыхания**

Грудная клетка правильной формы. Развитие мышц плечевого пояса и межреберных мышц соответствует нормальному.

Дыхание везикулярное. ЧД – 19 в минуту. Глубина и ритмичность дыхания средние. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует.

Голосовое дрожание не изменено.

При проведении сравнительной перкуссии легких по методу Г.И. Сокольского над всей поверхностью легких, по всем топографически линиям правого и левого легких определяется легочный звук.

При топографической перкуссии:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Топографические линии** | **Правое легкое** | **Левое легкое** |
| Linea parasternalis | V межреберье | IV межреберье |
| Linea medioclavicularis | VI ребро | VI межреберье |
| Linea axiIIaris anterior | VII ребро | VII ребро |
| Linea axiIIaris media | VII ребро | VIII ребро |
| Linea axiIIaris posterior | IX ребро | IХ ребро |
| Linea scapularis | Х ребро | Х ребро |
| Linea paravertebralis | остистый отросток ХI | остистый отросток |
|  | грудного позвонка | ХI грудного позвонка |

Высота стояния верхушек легких спереди – выстоит на 3 см выше от середины ключицы;

высота стояния верхушек легких сзади – находятся на уровне остистого отростка VII шейного позвонка;

ширина полей Кренига справа и слева – 6,5 см (поля Кренига – зоны над верхушками легких с ясным легочным звуком).

При аускультации выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, хрипов нет.

**3. Сердечнососудистая система**

При осмотре области сердца сердечный горб и сердечный толчок не обнаружены, верхушечный толчок визуально не определяется.

Пальпаторно в области сердца определяется верхушечный толчок, расположенный в V межреберье на 2 см кнутри левой среднеключичной линии, шириной 2 см. Сердечный толчок, феномен систолического и диастолического дрожания прекардиальной области, ретростернальной и эпигастральной пульсации не определяются.

Пульс на лучевых артериях обеих рук – 100 ударов в мин, аритмичный, ЧСС – 110 уд. в мин, дефицит пульса -10 уд. в мин. АД – 150/90 мм. рт. ст.

Правая граница относительной тупости сердца расположена в IV межреберье на 0,5 см кнаружи от правого края грудины.

Верхняя граница относительной тупости сердца расположена в III межреберье по среднеключичной линии.

Левая граница относительной тупости сердца расположена на 2 см от левой среднеключичной линии в V межреберье (совпадает с верхушечным толчком).

Тоны сердца приглушенные, аритмичные. Шума нет.

**4. Органы пищеварения и брюшной полости**

Слизистая оболочка полости рта нормальной окраски, без патологических высыпаний. Язык обычной формы, розового цвета, влажный, обложен белым налетом, без отпечатков зубов на боковых поверхностях.

Конфигурация живота обычная, живот увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, участвует в акте дыхания, симметричный. При поверхностной ориентировочной пальпации безболезненный, без уплотнений. Расхождения прямых мышц живота нет.

При глубокой скользящей пальпации:

– сигмовидная кишка – пальпируется в левой подвздошной области в виде гладкого, подвижного цилиндра, диаметром 2,5 см, на протяжении 12 см. Безболезненная, плотной, эластической консистенции не урчащая.

– слепая кишка – пальпируется в правой подвздошной области в виде эластичного, гладкого, безболезненного, малоподвижного цилиндра, диаметром 3 см, на протяжении l0 см. При глубокой пальпации наблюдается некоторое урчание.

– поперечно-ободочная кишка – пальпируется после определения нижней границы желудка методами суккуссии, аускультоперкуссии, аускультоаффрикции ниже ее на 2–3 см, пальпируется бимануально и билатерально, на уровне пупка в виде дугообразно и поперечно расположенного цилиндра умеренной плотности, диаметром 3 см. При пальпации безболезненна, легко подвижна. Урчание не выявлено.

– восходящая ободочная кишка – пальпируется бимануально в правом фланке в виде цилиндра умеренной плотности диаметром 2–2,5 см. При пальпации безболезненна. Урчание не выявлено.

– нисходящая ободочная кишка – пальпируется бимануально в левом фланке в виде цилиндра умеренной плотности диаметром 2–2,5 см. При пальпации безболезненна. Урчание не выявлено.

Перкуссия печени по методу Курлова:

Верхняя граница относительной тупости по правой срединноключичной линии находится на уровне V межреберья (первая точка). Нижняя граница по этой же линии – на уровне реберной дуги (вторая точка).

Верхняя граница по срединной линии – соответствует V межреберью (третья точка).

Нижняя граница печени – по срединной линии – в средней трети расстояния между мечевидным отростком и пупком (четвертая точка), а по левой реберной дуге – на уровне VII и VIII ребер.

Размеры печени:

1. расстояние между верхней и нижней границами печени по правой среднеключичной линии – 10 см;

2. по передней срединной линии – 9 см;

3. по левой реберной дуге – 8 см.

Пальпируется нижний край правой доли печени, он тонкий, гладкий, эластической консистенции, легко подворачивающийся при пальпации, безболезненный. Передняя поверхность мягкая, ровная, безболезненная, не пульсирует.

Пальпация селезенки в положении лежа на правом боку: не пальпируется.

Перкуссия селезенки по Образцову:

Перкуторные границы селезенки по левой средней подмышечной линии: длинник по ходу 10 ребра – 7 см, поперечник по перпендикуляру к середине длинника – 4 см.

Пальпация поджелудочной железы:

В положении лежа на спине и на правом боку – не пальпируется.

**5. Органы мочевыделения**

Осмотр области почек:

Визуально область поясницы не изменена. Наличие симметричной или односторонней отёчности и гиперемии не выявлено.

Болезненности почек при пальпации нет. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание свободное, безболезненное, дизурических явлений нет

**6. Нервно-психическая сфера**

Сознание ясное. Интеллект нормальный. Память хорошая. Сон поверхностный, прерывистый, сопровождается сновидениями. Речь не изменена. Координация движений не нарушена. Походка свободная, мимика обычная. Судороги отсутствуют. Рефлексы не изменены.

**7. Эндокринная система**

Оволосенение по мужскому типу. Выпадения волос, ресниц и бровей нет. Щитовидная железа не пальпируется.

1. **Предварительный диагноз**

Основной диагноз: Гипертоническая болезнь III стадии, 4 степени риска, III степени; ИБС: нестабильная стенокардия напряжения (прогрессирующая); фибрилляция предсердий, тахисистолическая, постоянная форма.

Осложнения основного диагноза: ХСН IIА стадия, II ф.к.

Сопутствующие заболевания: отсутствуют

1. **План обследования**
2. Клинический анализ крови
3. Общий анализ мочи
4. Биохимический анализ крови
5. Определение САСС
6. ЭКГ
7. ЭхоКГ
8. Рентгенологическое обследование
9. УЗИ брюшной полости
10. **Результаты обследования**

Клинический анализ крови (16.09.08):

Нв – 156 г./л

Лейкоциты – 8,5 \*109/л

СОЭ – 4 мм/ч

Эритроциты – 4,95 \*1012/л

Эозинофилы – 1%

Тромбоциты – 250 \*109/л

П/я – 2%

С/я – 65%

Лимфоциты – 31%

Моноциты – 1%

**Заключение:**

Общий анализ мочи (16.09.08):

Цвет: желтый

Прозрачность: полная

Среда: кислая

Белок – отрицательно

Сахар – отрицательно

Плотность – 1021

Эритроциты – 1–2 в поле зр.

Лейкоциты – 1–2 в поле зр.

Цилиндры, соли, бактерии – отрицат.

**Заключение:**

Биохимический анализ крови (16.08.09):

Билирубин – 17,5 мкм/л (8,2–20,5)

АЛТ – 42 (г/л)

АСТ – 39 (0,1–0,2 ммоль/л)

Общий белок – 76,4 г/л (0,1–0,5 ммоль/л)

Мочевина – 6,7 ммоль/л (2,5–8,33 ммоль/л)

Креатинин – 80 мкм/л (0,044–0,101 ммоль/л)

Холестерин – 6,2 ммоль (2,99–6,24)

Триглицериды – 2,01 (0,45–1,86)

КФК – 141 (ж – до 165, м – до 195) ед.

КФК МВ – 12 (норма до 25) ед.

ЛДГ – 470 (240–460)

ЛДГ1 – 183 (72–182)

ЛПВП –

ЛПНП –

**Заключение:**

САСС (17.08.09):

Протромбиновое время – 17 с (12–17с)

Протромбиновый индекс – 88% (85–105%)

Фибриноген – 3,7 г/л (2–4г/л)

Этаноловый тест – отрицательно

b‑нафтоноый тест – отрицательно

ЭКГ (17.08.09):

ЧСС – 120 уд. в мин, фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма.

Имеются признаки гипертрофии миокарда левого желудочка.

ЭхоКГ (17.09.08):

Заключение: умеренный атеросклероз аорты, дискинезия стенок левого желудочка, умеренное снижение сократительной способности миокарда левого желудочка. Умеренное увеличение массы миокарда левого желудочка, полости желудочка не увеличенный, умеренное увеличение полостей обоих предсердий, регургитация под обоими атриовентрикулярными клапанами I степени, легочная гипертензия I степени.

УЗИ (17.09.08):

Заключение: имеются эхопризнаки диффузных изменений печени, поджелудочной железы, почек.

1. **Обоснование клинического диагноза**

Наличие прогрессирующей нестабильной стенокардии напряжения у больного подтверждается следующими признаками:

– жалобами (ухудшение состояния в последний месяц, учащение приступов, их интенсивности и продолжительности, появление боли в покое).

– снижение эффективности нитроглицерина.

У больного имеется как факторы риска:

– ожирение

– гипертоническая болезнь III степени (АД – 140/100)

Лабораторные данные:

– дислипидемия (высокий уровень холестерина – 6,2 ммоль и триглицеридов – 2,01)

Согласно жалобам на появление боли в покое можно выставить IIф.к.

Фибрилляция предсердий и тахикардия систолической формы – согласно заключению ЭКГ.

Основной диагноз: Гипертоническая болезнь III стадии, 4 степени риска, III степени; ИБС: нестабильная стенокардия напряжения (прогрессирующая); фибрилляция предсердий, тахисистолическая, постоянная форма.

Осложнения основного диагноза: ХСН IIА стадия, II ф.к.

Сопутствующие заболевания: отсутствуют

1. **Дифференциальный диагноз**

Дифференциальный диагноз проводится между:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Критерии:** | **Инфаркт миокарда** | **Нестабильная стенокардия** |
| Этиология | Тромбоз венечных артерий на фоне атеросклеротических изменений. Спазм венечной артерии. Эмболия. Рассслоение венечной артерии, аорты. | При разрыве капсулы фиброзной бляшки в венечной артерии образуется тромб частично закрывающий просвет сосуда. Это препятствует адекватному кровоснабжению миокарда.  Увеличенная агрегация тромбо-цитов.  Снижение антитромботических свойств эпителия.  Вазоконстрикция локальная. |
| Патогенез | Некроз миокарда из-за ишемии. | Ишемия миокарда. |
| Клиника | Жгучая боль за грудиной с иррадиацией левую руку и лопатку. Возникают после наг-рузки. Длительность более 15 мин. Одышка, резкое снижение АД, головокружение. | Интенсивные сжимающие боли за грудиной с иррадиацией ле-вую руку и лопатку. Возникают после нагрузки и в покое. Длительность 10–15 мин. |
| Купирование боли | Нитроглицерином не купируется | Купирование нитроглицерином. |
| МВ КФК, миоглобин | Значительное увеличение. | Без значительного увеличения |

1. **Лечение больного**
2. Режим общий.
3. Диета №10
4. Rp.: Sol. Natrii Chloridi 0,9 – 200,0

D.S. В/в капельно

1. Rp.: Sol. Kalii Chloridi 10% – 10,0

D.S. В/в капельно

1. Rp.: Sol. Didoxini 0,5

D.S. В/в капельно

1. Rp.: T. Monochinge-ret 50,0

D.S. Внутрь по 1 таблетке вечером.

5. Rp.: T. Indapamid MB 15,0

D.S. Внутрь по 1 таблетке.

6. Rp.: T. Lisonotoni 10,0

D.S. Внутрь по 1 таблетке 2 раза в день.

7. Rp.: T. Dilthyasenii 10.0

D.S. Внутрь по 1 таблетке.

8. Rp.: T. Acecardoli 100,0

D.S. Внутрь по 1 таблетке.

1. **Дневник курации**

16.09.08 – Состояние стабильное, самочувствие средней степени тяжести, без отрицательной динамики. Тоны сердца аритмичные, приглушенные. Дыхание везикулярное, без хрипов. Жалоб нет. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Диурез и стул нормальные.

АД – 150/80 мм. рт. ст., PS – 112, ЧД – 19 в минуту.

18.09.08 – Беспокоит слабость, головокружение. Состояние стабильное, самочувствие средней степени тяжести, без отрицательной динамики.

Тоны сердца аритмичные, приглушенные. Дыхание везикулярное, без хрипов. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Диурез и стул нормальные.

Лечение получает.

АД – 140/80 мм. рт. ст., PS – 100, ЧД – 19 в минуту

20.09.08 – Состояние стабильное, самочувствие средней степени тяжести, без отрицательной динамики. Жалоб нет, тоны сердца приглушенные, аритмичные. Дыхание везикулярное, ослабленное, хрипов нет. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Диурез и стул нормальные.

АД – 130/80 мм. рт. ст., PS – 120, ЧД – 18 в минуту.

1. **Выписной эпикриз**

ФИО с 15 го по 25 ое сентября находилась на лечении. Диагноз – ИБС: нестабильная стенокардия напряжения прогрессирующая II ф.к., мерцательная аритмия и тахикардия систолической формы. Диагноз подтвержден данными ЭКГ, ЭхоКГ, лабораторными данными. Жалоб нет. За прошедший период выполнено обследование. Лечение – режим общий, диета №10,

1. Rp.: Sol. Natrii Chloridi 0,9 – 200,0

D.S. В/в капельно

1. Rp.: Sol. Kalii Chloridi 10% – 10,0

D.S. В/в капельно

1. Rp.: Sol. Didoxini 0,5

D.S. В/в капельно

1. Rp.: T. Monochinge-ret 50,0

D.S. Внутрь по 1 таблетке вечером.

5. Rp.: T. Indapamid MB 15,0

D.S. Внутрь по 1 таблетке.

6. Rp.: T. Lisonotoni 10,0

D.S. Внутрь по 1 таблетке 2 раза в день.

7. Rp.: T. Dilthyasenii 10.0

D.S. Внутрь по 1 таблетке.

8. Rp.: T. Acecardoli 100,0

D.S. Внутрь по 1 таблетке.

Получен удовлетворительный результат лечения, состояние больного стабильное, без отрицательной динамики. Необходимо дальнейшее наблюдение у участкового терапевта и кардиолога. Рекомендуется соблюдение диеты, продолжение лечение ангиангинальными, антиаритмическими и гипотензивными препаратами амбулаторно. Прогноз для жизни удовлетворительный.