ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

1. Ф. И. О. – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Возраст – 19, 03, 1949 года
3. Пол – мужской
4. Национальность – белорус
5. Семейное положение – женат
6. Профессия – пенсионер
7. Домашний адрес – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. Дата поступления в клинику – 28.03.2013
9. Кем направлен – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
10. Диагноз направившего учреждения: ИБС, нарушение проводимости по типу транзиторной АВ - блокады II ст. Мобитц 1, АВ- блокады III ст, синусовой брадикардии. Стабильная стенокардия напряжения ФК III. Постинфарктный кардиосклероз (ИМ в 2010 году). Атеросклероз аорты, коронарных и мозговых сосудов. Н1. АГ II, риск 4.

11. Клинический диагноз: **:** ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, ССН ФК 3, сложное нарушение ритма и проводимости по типу переходящей АВ- блокады 2 ст., Мобитц 1, АВ- блокады 3 ст. Сопутствующий диагноз:Артериальная гипертензия II ст., риск 4.

ЖАЛОБЫ

При поступлении больной предъявлял жалобы на общую слабость, периодические головные боли, одышку в покое, боли в области сердца. Боли в области сердца носят сжимающий, давящий характер. Возникают при незначительной физической нагрузке, сопровождаются одышкой, проходят после приема 4-5 таблеток нитроглицерина.

На момент курации жалоб не предъявляет.

ANAMNESIS MORBI

Длительное время страдает ИБС, в анамнезе инфаркт миокарда в 2010 году, постинфарктный кардиосклероз. Проходил лечение в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, откуда был направлен в Витебский областной кардиологический диспансер. Пациент был обследован в условиях ВОКД, выявлена преходящая блокада 3 степени. Госпитализирован в КХО ВОКБ для оперативного лечения, имплантации ЭКС.

ANAMNESIS VITAE

Родился в срок. Рос и развивался нормально. Туберкулез, вирусный гепатит, онкологические и венерические заболевания отрицает. Страдает повышенным АД с 32 лет. Контакта с инфицированными больными и больными туберкулезом не было. Переливания крови и кровезаменителей не было. Алкоголизма и психических заболеваний в семье и среди близких родственников не было. Спиртные напитки употребляет редко. Курит с 25 лет по 8-10 сигарет в день. Аллергоанамнез не отягощен. Перенесённые заболевания- ОРВИ. Перенесённые операции- аппендэктомия (1954). Условия быта оценивает как удовлетворительные.

STATUS PRAESENS COMMUNIS

Общий осмотр:

Общее состояние больного удовлетворительное, положение активное, выражение лица обычное. Телосложение пропорциональное. Сознание ясное. Кожа и слизистые нормальной окраски, кожных высыпаний не наблюдается. Влажность и эластичность кожи не изменены. Подкожная клетчатка умеренно выражена.

Слизистая ротовой полости розового цвета, без патологических изменений. Запаха изо рта нет. Язык обычной величины, розового цвета со слабым белым налётом. Дёсны и зубы в нормальном состоянии, миндалины розового цвета, не выступают за пределы дужек.

Лимфатические узлы всех групп не увеличены, безболезненные при пальпации, подвижные, не спаянные с кожей. Щитовидная железа не увеличена.

Костно-мышечная система без особенностей. Суставы не изменены, движения в полном объеме.

Система органов дыхания:

Осмотр грудной клетки: форма грудной клетки нормостеническая. Тип дыхания смешанный. Число дыханий – 20 в 1 минуту. Дыхание глубокое. Обе половины грудной клетки участвуют в акте дыхания равномерно.

Пальпация грудной клетки: пальпаторно патологических симптомов не выявлено. Голосовое дрожание в норме.

Перкуссия: при сравнительной перкуссии над всей проекцией легких ясный легочный звук.

Границы лёгких не изменены.

Система органов кровообращения:

Осмотр области сердца и крупных сосудов: верхушечный толчок не виден, патологической пульсации сосудов нет.

Пальпация сердца и сосудов: пульс: на правой руке - 72 в минуту, на левой – 72 в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный, одинаковый на обеих руках. Артериальные стенки плотные.

Верхушечный толчок пальпируется в 5-м межреберье на 1см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Площадь 2,5 см2, высокий.

Перкуссия сердца и сосудистого пучка:

Границы относительной тупости сердца

Правая: в 4-ом межреберье на 1см кнаружи от правого края грудины.

Левая: в 5-м межреберье на 1 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии.

Верхняя: верхний край 3-о ребра слева на уровне окологрудинной линии.

Поперечник относительной тупости сердца: справа в 4-м межреберье – 4см, слева в 5-м межреберье – 10см, в целом 14см.

Границы абсолютной тупости сердца

Правая: левый край грудины на уровне 4-го межреберья.

Левая: в 5-м межреберье на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии.

Верхняя: нижний край 4-го ребра слева на уровне окологрудинной лини.

Аускультация сердца и сосудов

Тоны сердца приглушены, ритмичные. Шумы не выслушиваются. ЧСС – 72 в 1 мин.

АД – 130/85 мм рт ст.

Система органов пищеварения:

Язык сухой, обложен бело-желтым налетом. Акт глотания не нарушен.

Живот мягкий безболезненный, симметрично участвует в акте дыхания.

При перкуссии живота определяется тимпанит над кишечником.

Размеры печени по Курлову : 9-8-7 см.

Размеры селезенки: поперечный – 5см, продольный – 7см.

Пальпация живота: живот мягкий, безболезненный.

В левой подвздошной области пальпируется сигмовидная кишка толщиной около 2 см в диаметре, безболезненная, подвижная (смещается до 4см).

Пальпировать нисходящий отдел толстого кишечника не удалось.

В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка, урчащая, безболезненная, около 4см в диаметре, подвижная.

Восходящую кишку пальпировать не удалось.

Большая кривизна желудка пальпаторно не определена. Выявлена аускультативно на 4,5 см выше пупка.

Малую кривизну желудка, привратник и поперечно-ободочную кишку пальпировать не удалось.

Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

Симптом Ортнера, Мерфи отрицательны. Симптомы раздражения брюшины отрицательны. Стул регулярный , без патологических примесей.

Мочеполовая система:

Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптомы поколачивания отрицательны с обеих сторон. Диурез достаточный.

Психоневрологический статус:

Сознание ясное, адекватен, доступен продуктивному контакту, ориентирован. Реакция зрачков на свет нормальная.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

На основании жалоб больного при поступлении (на общую слабость, периодические головные боли, одышку в покое, боли в области сердца. Боли в области сердца носят сжимающий, давящий характер. Возникают при незначительной физической нагрузке, сопровождаются одышкой, проходят после приема 4-5 таблеток нитроглицерина), анамнеза заболевания (длительное время страдает ИБС, в анамнезе инфаркт миокарда в 2010 году, постинфарктный кардиосклероз; в условиях ВОКД, выявлена преходящая блокада 3 степени), анамнеза жизни (страдает повышенным АД с 32 лет; курит с 25 лет по 8-10 сигарет в день), данных объективного исследования (артериальные стенки плотные; верхушечный толчок пальпируется в 5-м межреберье на 1см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, площадь 2,5 см2, высокий; границы сердца расширены влево; тоны сердца приглушены; АД – 130/85 мм рт ст.), можно предположить следующий диагноз: ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения 2-3 ст., артериальная гипертензия II, риск 4.

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО

1. Анализ крови общий
2. Анализ крови биохимический
3. Анализ мочи общий
4. Коагулограмма, группа крови, резус- фактор, RW
5. Электрокардиография
6. Рентгенография органов грудной клетки
7. УЗИ сердца и крупных сосудов
8. Холтеровское мониторирование

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ

МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Общий анализ крови от 29.03.2013

Цв. показатель:1,0

Гемоглобин: 164 г/л

Эритроциты: 4,78х1012 /л

СОЭ: 10 мм в ч.

Лейкоциты: 6,4х10^9 /л

-палочкоядерные: 7%

-сегментоядерные: 63%

-лимфоциты: 18%

-эозинофилы: 4%

-моноциты: 8%

2. Биохимический анализ крови от 29.03.2013

Сахар: 3,7 ммоль/л

Билирубин: общий – 18,6, прямой – 3,7мкмоль/л

Мочевина: 7,9 ммоль/л

Креатинин: 0,099 ммоль/л

Общий белок: 65 ммоль/л

Холестерин: 4,0 ммоль/л

АлТ: 33 МЕ

АсТ: 27 МЕ

3. Общий анализ мочи от 29.03.2013

Цвет: светло-желтый

Реакция: кислая

Удельный вес: 1,020 г/мл

Прозрачность: полная

Белок: -

Сахар: -

Эпителий: 2-4 в поле зрения

Лейкоциты: 2-4 в поле зрения

Соли: оксалаты

4. Коагулограмма от 29.03.2013: АЧТВ-30

5. Группа крови и резус-фактор от 29.03.2013: O (I) первая, Rh +

6. Кровь на RW от 29.03.2013: отрицательная

7. ЭКГ от 28.03.2013:

Очаговые изменения верхушки. Дилатация верхних камер сердца с незначительным снижением сократительной функции миокарда левого желудочка. Фиброз межжелудочковой перегородки. Сегментарный фиброз стенок корня аорты.

1. Рентгенография органов грудной клетки от 28.03.2013:

Легочные поля повышенной прозрачности, корни уплотнены, сердце увеличено влево, аорта расширена и уплотнена.

1. УЗИ сердца и крупных сосудов от 28.03.2013:

Уплотнение корня аорты и аортального клапана. Расширение коня аорты, восходящего отдела аорты. Аортальная недостаточность лёгкой степени. Гипертрофия ЛЖ концентрическая. Признаки диастолической дисфункции ЛЖ, гипертрофический тип. Левое предсердие незначительно дилятировано. Кальциноз кончиков папиллярных мышц. Митральная регургитация I-II степени. Легочная гипертензия I степени.

1. Холтеровское мониторирование от 28.03.2013:

Основной ритм- синусовый. Средняя ЧСС- 60 уд/мин, минимальная ЧСС- 14 уд/мин, максимальная ЧСС- 92 уд/мин

Анализ нарушений ритма:

Паузы:3509(4,15%). Максимальная пауза:4188 мс (04:59:15). Обусловлены атриовентрикулярной блокадой 2 ст 1 типа, эпизодами, а/в блокады высокой степени.

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

На основании жалоб больного при поступлении (на общую слабость, периодические головные боли, одышку в покое, боли в области сердца. Боли в области сердца носят сжимающий, давящий характер. Возникают при незначительной физической нагрузке, сопровождаются одышкой, проходят после приема 4-5 таблеток нитроглицерина), анамнеза заболевания (длительное время страдает ИБС, в анамнезе инфаркт миокарда в 2010 году, постинфарктный кардиосклероз; в условиях ВОКД, выявлена преходящая блокада 3 степени), анамнеза жизни (страдает повышенным АД с 32 лет; курит с 25 лет по 8-10 сигарет в день), данных объективного исследования (артериальные стенки плотные; верхушечный толчок пальпируется в 5-м межреберье на 1см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, площадь 2,5 см2, высокий; границы сердца расширены влево; тоны сердца приглушены; АД – 130/85 мм рт ст.), данных лабораторно- инструментальных методов исследования (ЭКГ от 28.03.2013:очаговые изменения верхушки. Дилатация верхних камер сердца с незначительным снижением сократительной функции миокарда левого желудочка. Фиброз межжелудочковой перегородки. Сегментарный фиброз стенок корня аорты; рентгенография органов грудной клетки от 28.03.2013:легочные поля повышенной прозрачности, корни уплотнены, сердце увеличено влево, аорта расширена и уплотнена; УЗИ сердца и крупных сосудов от 28.03.2013: уплотнение корня аорты и аортального клапана. Расширение коня аорты, восходящего отдела аорты. Аортальная недостаточность лёгкой степени. Гипертрофия ЛЖ концентрическая. Признаки диастолической дисфункции ЛЖ, гипертрофический тип. Левое предсердие незначительно дилятировано. Кальциноз кончиков папиллярных мышц. Митральная регургитация I-II степени. Легочная гипертензия I степени; Холтеровское мониторирование от 28.03.2013:Анализ нарушений ритма:

Паузы:3509(4,15%). Максимальная пауза:4188 мс (04:59:15). Обусловлены атриовентрикулярной блокадой 2 ст 1 типа, эпизодами, а/в блокады высокой степени) основным заболеванием следует считать: ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, ССН ФК 3, сложное нарушение ритма и проводимости по типу переходящей АВ- блокады 2 ст., Мобитц 1, АВ- блокады 3 ст. с предобморочными состояниями и эпизодами асистолии до 4200 мс.

Сопутствующее заболевание: Артериальная гипертензия II ст., риск 4.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ГЭРБ | ИБС |
| Возраст | Часто молодой | Старше 40-50 лет |
| Имеющиеся ранее заболевания ССС или ЖКТ | Ранее не болел; страдал гастритом; имелась грыжа пищеводного отверстия диафрагмы; другие заболевания вызывающие повышение давления в брюшной полости. | Гипертония, ожирение, имеющаяся стенокардия. |
| Характер боли | Боль разнохарактерная, связана с приемом пищи (особенно при глотании), ее характером (острая, грубая, холодная или горячая) и объемом, иногда появляется или усиливается в горизонтальном положении и ситуациях, сопровождающихся повышением внутрибрюшного давления (при грыжах пищеводного отверстия диафрагмы и пептических язвах пищевода), часто сопровождается изжогой, отрыжкой, другими диспепсическими явлениями; купируются приёмом антацидных препаратов. | Острая (жгучая, давящая) загрудинная боль, возможно с иррадиацией в левую руку, под левую лопатку; связанная с физической или эмоциональной нагрузкой; купируется в покое или после приёма нитратов. |

ЛЕЧЕНИЕ

Данному пациенту 29.03.2013 года была произведена имплантация электрокардиостимулятор Medtronic Sensia L DDDr Электрод Medtronic 5592 Тендрил 1888.

Проведено консервативное лечение:

*Аминокапроновая кислота 100,0* - Гемостатическое средство, тормозит превращение профибринолизина в фибринолизин, по-видимому, за счет ингибирования активатора этого процесса, а также оказывает прямое угнетающее влияние на фибринолизин; тормозит активирующее действие стрептокиназы, урокиназы и тканевых киназ на фибринолиз, нейтрализует эффекты калликреина, трипсина и гиалуронидазы, уменьшает проницаемость капилляров. Обладает противоаллергической активностью, улучшает антитоксическую функцию печени. Показания: Кровотечения (гиперфибринолиз, гипо- и афибриногенемия), кровотечения при хирургических вмешательствах и патологических состояниях, сопровождающихся повышением фибринолитической активности крови (при нейрохирургических, внутриполостных, торакальных, гинекологических и урологических операциях, в том числе на предстательной железе, лёгких, поджелудочной железе; тонзиллэктомии, после стоматологических вмешательств, при операциях с использованием аппарата искусственного кровообращения). Заболевания внутренних органов с геморрагическим синдромом; преждевременное отслоение плаценты, осложненный аборт. Профилактика вторичной гипофибриногенемии при массивных переливаниях консервированной крови.

*Этамзилат натрия 12,5-1,0 -* Гемостатическое средство; оказывает также ангиопротекторное и проагрегантное действие. Стимулирует образование тромбоцитов и их выход из костного мозга. Гемостатическому действию, обусловленому активацией формирования тромбопластина в месте повреждения мелких сосудов и снижением образования в эндотелии сосудов простациклина PgI2, способствует повышению адгезии и агрегации тромбоцитов, что в конечном счете приводит к остановке или уменьшению кровоточивости.

Увеличивает скорость образования первичного тромба и усиливает его ретракцию, практически не влияет на концентрацию фибриногена и протромбиновое время. Дозы более 2-10 мг/кг не приводят к большей выраженности эффекта. При повторных введениях тромбообразование усиливается.

Обладая антигиалуронидазной активностью и стабилизируя аскорбиновую кислоту, препятствует разрушению и способствует образованию в стенке капилляров мукополисахаридов с большой мол.массой, повышает резистентность капилляров, снижает их хрупкость, нормализует проницаемость при патологических процесса.

Уменьшает выход жидкости и диапедез форменных элементов крови из сосудистого русла, улучшает микроциркуляцию.

Не обладает гиперкоагуляционными свойствами, не способствует тромбообразованию, не оказывает сосудосуживающего действия.

Восстанавливает патологически измененное время кровотечения. На нормальные параметры системы гемостаза не влияет.

Гемостатический эффект при в/в введении этамзилата наступает через 5-15 мин, максимальный эффект проявляется через 1-2 ч. Действие продолжается в течение 4-6 ч, затем в течение 24 ч постепенно ослабевает; при в/м введении эффект наступает несколько медленнее. При приеме внутрь максимальное действие наблюдается через 2-4 ч. После курсового лечения эффект сохраняется в течение 5-8 сут, постепенно ослабевая. Показания: Профилактика и остановка кровотечений: паренхиматозные и капиллярные кровотечения (в том числе травматическое, в хирургии при операциях на сильно васкуляризированных органах и тканях, при оперативных вмешательствах в стоматологической, урологической, офтальмологической, отоларингологической практике, кишечное, почечное, легочное кровотечения, метро- и меноррагии при фибромиоме и др.), вторичные кровотечения на фоне тромбоцитопении и тромбоцитопатии, гипокоагуляция, гематурия, внутричерепное кровоизлияние (в том числе у новорожденных и недоношенных детей), носовые кровотечения на фоне артериальной гипертензии, лекарственные кровотечения, геморрагический васкулит, геморрагический диатез (в том числе болезнь Верльгофа, Виллебранда-Юргенса, тромбоцитопатия), диабетическая микроангиопатия (геморрагическая диабетическая ретинопатия, повторное кровоизлияние в сетчатку, гемофтальм).

*Аспикард с 7.04.12* - Фармакологическое действие:

Оказывает противовоспалительное, анальгезирующее и жаропонижающее действие, связанное с неизбирательным торможением активности ЦОГ1 и ЦОГ2, регулирующих синтез Pg. В результате не образуются Pg, обеспечивающие формирование отека и гиперальгезии. Снижение содержания Pg (преимущественно Е1) в центре терморегуляции приводит к снижению температуры тела вследствие расширения сосудов кожи и возрастания потоотделения. Обезболивающий эффект обусловлен как центральным, так и периферическим действием. Уменьшает агрегацию, адгезию тромбоцитов и тромбообразование за счет подавления синтеза тромбоксана А2 в тромбоцитах. Антиагрегантный эффект сохраняется в течение 7 сут после однократного приема (больше выражен у мужчин, чем у женщин). Снижает летальность и риск развития инфаркта миокарда при нестабильной стенокардии. Эффективен при первичной профилактике заболеваний ССС, особенно инфаркта миокарда у мужчин старше 40 лет, и при вторичной профилактике инфаркта миокарда. В суточной дозе 6 г и более подавляет синтез протромбина в печени и увеличивает протромбиновое время. Повышает фибринолитическую активность плазмы и снижает концентрацию витамин K-зависимых факторов свертывания (II, VII, IX, X). Учащает геморрагические осложнения при проведении хирургических вмешательств, увеличивает риск развития кровотечения на фоне терапии антикоагулянтами. Стимулирует выведение мочевой кислоты (нарушает ее реабсорбцию в почечных канальцах), но в высоких дозах. Блокада ЦОГ1 в слизистой оболочке желудка приводит к торможению гастропротекторных Pg, что может обусловить изъязвление слизистой оболочки и последующее кровотечение. Меньшим раздражающим действием на слизистую оболочку ЖКТ обладают лекарственные формы, содержащие буферные вещества, кишечнорастворимую оболочку, а также специальные "шипучие" формы таблеток.

Показания к применению:

Ревматизм, ревматоидный артрит, инфекционно-аллергический миокардит, перикардит, ревматическая хорея - в настоящее время не применяется. Лихорадочный синдром при инфекционно-воспалительных заболеваниях. Болевой синдром (различного генеза): головная боль (в т.ч. связанная с алкогольным абстинентным синдромом), мигрень, зубная боль, невралгия, люмбаго, грудной корешковый синдром, миалгия, артралгия, альгодисменорея. В качестве антиагрегантного ЛС (дозы до 300 мг/сут): ИБС, наличие нескольких факторов риска ИБС, безболевая ишемия миокарда, нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда (для снижения риска повторного инфаркта миокарда и смерти после инфаркта миокарда), повторная преходящая ишемия мозга и ишемический инсульт у мужчин, протезирование клапанов сердца (профилактика и лечение тромбоэмболий), баллонная коронарная ангиопластика и установка стента (снижение риска повторного стеноза и лечение вторичного расслоения коронарной артерии), при неатеросклеротических поражениях коронарной артерии (болезнь Кавасаки), аортоартериит (болезнь Такаясу), клапанные митральные пороки сердца и мерцательная аритмия, пролапс митрального клапана (профилактика тромбоэмболии), рецидивирующие тромбоэмболии легочной артерии, инфаркт легкого, острый тромбофлебит, синдром Дресслера. В клинической иммунологии и аллергологии: в постепенно нарастающих дозах для продолжительной "аспириновой" десенситизации и формирования стойкой толерантности к НПВП у больных с "аспириновой" астмой и "аспириновой триадой".

*Цефазолин 2,0 3 раза в день в/в* - цефалоспориновый антибиотик 1-го поколения. Действует бактерицидно. Обладает широким спектром антимикробного действия. Активен как в отношении грам-положительных (Staphylococcus spp., продуцирующие и непродуцирующие пенициллиназу штаммы, Streptococcus spp., Pneumoncoccus, Corynebacterium diphtheriae, B.antracis), так и грам-отрицательных микроорганизмов (N.meningitides, N.gonorrhoeae, Shigella, Salmonella, E.coli, Klebsiella). Активен также в отношении Spirochaetaceae и Leptospiraceae. Препарат не эффективен в отношении P.aeruginisa, индолположительных штаммов Proteus, M.tuberculosis, анаэробных микроорганизмов. Показания к применению: Инфекционно-воспалительные заболевания, вызванные чувствительными к препарату возбудителями: эндокардит, сепсис, перитонит, инфекции дыхательных путей, мочеполового тракта, в том числе сифилис и гонорея, инфекционные поражения костей и суставов, а также для профилактики послеоперационных осложнений.

*Эналаприл 5 мг утром и днем* - Как и у других препаратов данной группы, клинический эффект эналаприла обусловлен подавлением активности ангиотензинпревращающего фермента и, как следствие, уменьшением образования ангиотензина II из ангиотензина I в тканях и циркулирующей крови. Уменьшение концентрации ангиотензина II, в свою очередь, приводит к вазодилатации, уменьшению секреции альдостерона, повышению концентрации калия и активности ренина в плазме крови. Гемодинамическими последствиями этих изменений становятся снижение периферического сосудистого сопротивления (ОПСС), систолического и диастолического артериального давления, повышение сердечного выброса, уменьшение пост- и преднагрузки на миокард. Гипотензивный эффект препарата наиболее выражен при высокой концентрации ренина в плазме, при уменьшении его концентрации клинический эффект становится менее выраженным. У некоторых больных для достижения оптимального уровня артериального давления необходима терапия на протяжении нескольких недель.

Вазодилатирующий и некоторый диуретический эффект эналаприла также обеспечиваются блокадой разрушения брадикинина, который, в свою очередь, стимулирует синтез вазодилатирующих и почечных простагландинов. Повышение содержания брадикинина как в плазме, так и локально в органах и тканях организма блокирует патологические процессы, происходящие при хронической сердечной недостаточности в миокарде, почках, гладкой мускулатуре сосудов. При этом наблюдается усиление коронарного и почечного кровотока, при длительном применении (от 3—4 недель лечения) уменьшается гипертрофия левого желудочка и миофибрил стенок артерий резистивного типа, замедляется дилатация левого желудочка и улучшается кровоснабжение ишемизированного миокарда.

Благодаря умеренному диуретическому эффекту препарата уменьшается внутриклубочковая гипертензия, замедляется развитие гломерулосклероза и снижается риск возникновения хронической почечной недостаточности.

Снижение артериального давления в терапевтических пределах (не ниже 100 на 60 мм рт. ст.; значение варьируется в зависимости от пола, возраста, сопутствующих заболеваний) не оказывает влияния на мозговое кровообращение: поступление крови к головному мозгу поддерживается на должном уровне и на фоне сниженного артериального давления.

Внезапная отмена лечения не приводит к синдрому «отмены» (резкому подъёму артериального давления).

ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ

|  |  |
| --- | --- |
| Дата | Состояние больного |
| 04.04.2013 | Жалоб нет.  Больной в ясном сознании. Общее состояние удовлетворительное.  Кожные покровы и видимые слизистые чистые. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Частота дыхания 20 в, дыхание ритмичное, при аускультации проводится во все отделы, везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаковый, частота 72 в , ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Cor- тоны приглушены, ритмичные. АД 130/75 мм. рт. ст. Слизистая оболочка полости рта обычного цвета и влажности, язык не обложен. Живот правильной формы, не вздут. Безболезненный при пальпации. Мочеиспускание и стул в норме.  St. lokalis: область послеоперационной раны без признаков воспаления. Повязка сухая, чистая. |

ЭПИКРИЗ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 1949 года рождения, находился на лечении в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с 28.03.2013 по 05.04.2013 где ему был выставлен следующий клинический диагноз: ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, ССН ФК 3, сложное нарушение ритма и проводимости по типу переходящей АВ- блокады 2 ст., Мобитц 1, АВ- блокады 3 ст. с предобморочными состояниями и эпизодами асистолии до 4200 мс. Артериальная гипертензия II ст., риск 4.

Было произведено лечение: Операция 29.03.2013- имплантация электрокардиостимулятор Medtronic Sensia L DDDr Электрод Medtronic 5592 Тендрил 1888.

Проведено консервативное лечение: Анальгин 50%-2,0, димелрол 1%-1,0 в/м 3р/д, Аминокапроновая кислота 100,0, Этамзилат натрия 12,5-1,0, Аспикард с 7.04.12, Цефазолин 2,0 3 раза в день в/в, Эналаприл 5 мг утром и днем

Данные лабораторных и инструментальных методов исследования: Общий анализ крови от 29.03.2013:Цв. показатель:1,0; Гемоглобин: 164 г/л; Эритроциты: 4,78х1012 /л; СОЭ: 10 мм в ч.; Лейкоциты: 6,4х10^9 /л палочкоядерные: 7%;сегментоядерные: 63%; лимфоциты: 18%; эозинофилы: 4%; моноциты: 8%; Биохимический анализ крови от 29.03.2013:Сахар: 3,7 ммоль/л;Билирубин: общий – 18,6, прямой – 3,7мкмоль/л;Мочевина: 7,9 ммоль/л; Креатинин: 0,099 ммоль/л;Общий белок: 65 ммоль/л;Холестерин: 4,0 ммоль/л; АлТ: 33 МЕ; АсТ: 27 МЕ; Общий анализ мочи от 29.03.2013:Цвет: светло-желтый; Реакция: кислая; Удельный вес: 1,020 г/мл; Прозрачность: полная; Белок: - ; Сахар: - ; Эпителий: 2-4 в поле зрения; Лейкоциты: 2-4 в поле зрения; Соли: оксалаты; Коагулограмма от 29.03.2013: АЧТВ-30; Группа крови и резус-фактор от 29.03.2013: O (I) первая, Rh +; Кровь на RW от 13.03.2012: отрицательная; ЭКГ от 28.03.2013:Очаговые изменения верхушки. Дилатация верхних камер сердца с незначительным снижением сократительной функции миокарда левого желудочка. Фиброз межжелудочковой перегородки. Сегментарный фиброз стенок корня аорты.; Рентгенография органов грудной клетки от 28.03.2013: Легочные поля повышенной прозрачности, корни уплотнены, сердце увеличено влево, аорта расширена и уплотнена.; УЗИ сердца и крупных сосудов от 28.03.2013:Уплотнение корня аорты и аортального клапана. Расширение коня аорты, восходящего отдела аорты. Аортальная недостаточность лёгкой степени. Гипертрофия ЛЖ концентрическая. Признаки диастолической дисфункции ЛЖ, гипертрофический тип. Левое предсердие незначительно дилятировано. Кальциноз кончиков папиллярных мышц. Митральная регургитация I-II степени. Легочная гипертензия I степени.; Холтеровское мониторирование от 29.03.2013:Основной ритм- синусовый. Средняя ЧСС- 60 уд/мин, минимальная ЧСС- 14 уд/мин, максимальная ЧСС- 92 уд/мин;Анализ нарушений ритма: Паузы:3509(4,15%). Максимальная пауза:4188 мс (04:59:15). Обусловлены атриовентрикулярной блокадой 2 ст 1 типа, эпизодами, а/в блокады высокой степени.

Выписан из стационара 05,04.2012 года.

Рекомендации:

Продолжить лечение в отделении реабилитации ОТМО « Кардиология»

Амбулаторное наблюдение хирурга, в поликлинике по месту жительства

Контроль анализов крови и мочи в динамике

Здоровый образ жизни, труда и отдыха, категорический отказ от курения !

Курсы профилактического вазоактивного лечения

Гипохолестериновая диета

Наблюдение кардиолога через 1 мес, проверка ЭКС и осмотр кардиолога через 4 мес.