Клинический диагноз:

Основное заболевание: ИБС: диффузный кардиосклероз. Пароксизмальная АВ-тахикардия (анамнестический). Редкая суправентрикулярная экстрасистолия.

Осложнения: СН-I, ФК 1. Симптоматическая артериальная гипертензия II стадии, I степень, риск-III.

Сопутствующее заболевание: нет

ЖАЛОБЫ

На перебои в работе сердца, плохое самочувствие, быструю утомляемость, слабость.Высокое артериальное давление.

ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Считает себя больной в течении 5 лет, когда появились первые признаки тахикардии. Последний приступ в октябре 2010 года. Зарегистрирована АВ-тахикардия, купирована в/в введением верапомила. Периодически принимает беталак.

Ухудшение 2 недели назад в виде появления сердцебиения. Поступила для дообследования и лечения.

ИСТОРИЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО

Родилась в 1953 году в Симферополе вторым ребенком в семье рабочих. Воспитывалась в полной семье. От сверстников в развитии не отставала.

Жилищно-бытовые условия: удовлетворительные.

Наследственность: не отягощена.

ББ-нет, tbc-нет, СПИД-нет, вен.з-я-нет, сахарный диабет-нет.

Артериальная гипертензия 10 лет, max АД 160/110мм.рт.ст.

Рабочее АД- 140/90мм.рт.ст.

Язвенная болезнь желудка, 12-перстной кишки-нет.

Кровотечения в анамнезе-нет.

Курит около 40 лет, алкоголь не употребляет.

Аллергологический анамнез-сульфодиметоксин (отек Квинке)

Перенесенные операции, травмы, заболевания-нет.

Гемотрансфузии – нет.

ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Настоящее состояние больного

Общее состояние больной: средней тяжести, положение активное, сознание ясное, выражение лица спокойное, живое. Конституция нормостеническая, телосложение правильное; лицо симметрично, пропорционально. Дыхание носовое, свободное. Кожа чистая, обычной окраски, эластичная нормальной температуры и влажности. Видимые слизистые оболочки бледно-розового цвета. Волосы и ногти без патологических изменений, оволосенение по женскому типу. Подкожная клетчатка умеренно развита, равномерного распределения. Периферические лимфатические узлы не увеличены (размером не больше 0,5 см.), безболезненные, эластичные, подвижные, не спаяны между собой и окружающими тканями, кожа над ними не изменена. Щитовидная железа не увеличена. Мышечная система развита хорошо, тонус нормальный. Опорно-двигательный аппарат без видимой патологии. Суставы не деформированы, движения в них в полном объеме, безболезненные.

Система органов дыхания

Дыхание через нос не затруднено, выделений нет. Крылья носа участия в дыхании не принимают. При пальпации и постукивании в области лобных и гайморовых пазух болезненности не обнаружено. Зев чистый, розовый. Голос приятный, неохриплый, негром кий.

Грудная клетка правильной формы, нормостенического типа, что соответствует конституции пациентки, симметрична. Обе её половины одинаково активно участвуют в акте дыхания.

Ключицы расположены на одном уровне, над- и подключичные ямки выражены умеренно, одинаково с обеих сторон.

Лопатки умеренно отстоят от грудной клетки, расположены на одном уровне. Ширина межреберий не увеличена.

Число дыхательных движений 16 в 1 минуту, дыхание достаточной глубины, ритмичное, преимущественно грудного типа. Соотношение вдоха и выдоха нормальное.

При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук, одинаковый в симметричных точках грудной клетке. При топографической перкуссии нижняя граница правого легкого определяется:

По правой срединно-ключичной линии - на 6 ребре,

По передней подмышечной линии - на 7 ребре,

По средней подмышечной линии - на 8 ребре,

По задней подмышечной линии - на 9 ребре,

По лопаточной линии - на 10 ребре,

По паравертебральной линии – на уровне остистого отростка 11 грудного позвонка.

Нижняя граница левого легкого определяется:

По передней подмышечной линии - на 7 ребре,

По средней подмышечной линии - на 8 ребре,

По задней подмышечной линии – на 9 ребре,

По лопаточной линии - на 10 ребре,

По паравертебральной линии – на уровне остистого отростка 11 грудного позвонка.

Подвижность нижнего края обоих легких по задней подмышечной линии составляет 6 см.

Границы легких в пределах возрастной нормы.

Подвижность нижнего края лёгких по средней подмышечной линии на вдохе справа 4 см, слева 4 см, на выдохе справа и слева 3 см, всего: справа 7 см, слева 7 см. В обязательных точках аускультации лёгких выслушивается нормальное везикулярное дыхание,побочные дыхательные шумы не выслушиваются.

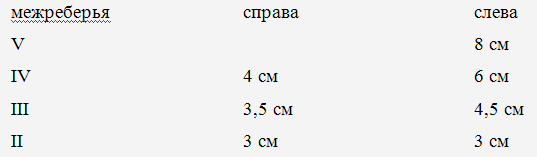
Сердечно-сосудистая система

Деформации грудной клетки в области сердца визуально и пальпаторно не определяются. Верхушечный толчок не виден, пальпируется в 1-м межреберье по левой срединно-ключичной линии, шириной около 2 см, умеренной высоты и силы, равномерный, регулярный, перестает определятся во время вдоха. В положении на левом боку смещается латерально на 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии. Дрожания нет.

Сердечный толчок не виден и не пальпируется.

В проекции аорты и легочного ствола пульсации и дрожания нет. Видна слабая положительная пульсация в подложечной области, пальпаторно не ощущается.

Границы относительной тупости сердца от срединной линии тела:



Поперечник относительной тупости сердца 4+8=12 (см). Ширина сосудистого пучка 6 см. Конфигурация сердца нормальная. Положение сердца правильное.

Границы абсолютной тупости сердца: правая по 4-му межреберью – левый край грудины; левая по 5-му межреберью – на 1,5 см, по 4-му – на 2 см кнутри от границы относительной тупости, верхняя в по 3-му ребру. Ширина абсолютной тупости сердца 4,5 см.

Ритм сердечной деятельности правильный. ЧСС-78. В стандартных точках аускультации выслушивается 2 тона. I и II тона приглушены. На верхушке I тон громче и ниже II тона, на аорте и легочном стволе II тон громче и выше I тона. Акцента II тона на аорте или лёгочном стволе нет. Шумов в указанных точках, а также в зоне Боткина-Эрба и над грудиной нет.

В ярёмной ямке видна небольшая пульсация, дуга аорты не пальпируется. Пульсация сонных артерий не видна, но хорошо пальпируется, одинаково с обеих сторон, пульсация достаточной величины. Височные артерии плотные, пульсация их одинакова с обеих сторон. Надключичная пульсация не видна, подключичные артерии не пальпируются. Подмышечные артерии пальпируются с обеих сторон, пульсация одинакова. Плечевые артерии хорошо пальпируются, величина пульса одинакова с обеих сторон.

Пульс на лучевых артериях одинаковый с обеих сторон, синхронный. Стенка артерий плотная. Пульс ритмичный 78 ударов в минуту. Достаточного наполнения, по напряжению твердый, по величине большой, правильной формы. Локтевые артерии не пальпируются.

Видна небольшая подложечная пульсация. Пальпаторно пульсация аорты определяется выше пупка на расстоянии 5 см.

Бедренные артерии пальпируются с обеих сторон, их пульсация одинакова с обеих сторон. Пульсация подколенных артерий, тыльных артерий стопы, задних большеберцовых артерий одинакова с обеих сторон. Пульсация периферических артерий равномерно снижена.

В ярёмной ямке, под углом нижней челюсти между кивательной мышцей и гортанью, над ключицей от внутренней ножки кивательной мышцы до середины ключицы с обеих сторон выслушивается 2 тона.

В проекции позвоночной артерии никаких звуков не слышно. Над нисходящей грудной аортой шум не выслушивается. На передней брюшной стенке от мечевидного отростка до пупка, а также в точках аускультации почечных артерий шумы не выслушиваются. На бедренных артериях выслушивается 1 тон. В проекции общих и наружных подвздошных артерий никаких звуков не выслушивается.

Артериолярный пульс Квинке отрицательный.

Артериальное давление на левой руке:

систолическое – 180 мм.рт.ст.

диастолическое – 100 мм.рт.ст.

пульсовое – 50 мм.рт.ст.

На тыле кистей, на передней поверхности предплечий и наружной поверхности плеч хорошо контурируются вены. Вены мягкие, безболезненные. Виден венозный рисунок на тыле стоп. В положении лёжа видна слегка набухшая поверхностная яремная вена, пульс на ней отрицательный.

Система органов пищеварения

Слизистая оболочка полости рта розового цвета, высыпаний нет. Кариозных зубов нет. Полость рта санирована. Зубных камней нет. Десны без наложений, не кровоточат. Миндалины розовые, не выступают за дужки, не спаяны с ними. Мягкое и твердое нёбо розовые, налётов на них нет.

Язык средней величины, симметричный, подвижный, влажный, сосочки выражены умеренно. На языке имеется белый налет; трещин и язв нет.

Живот правильной формы, приблизительно симметричный. Пупок втянут, пупочное кольцо не расширено. Расхождения прямых мышц живота нет. Расширенных подкожных вен нет. Видимой перистальтики кишечника, желудка нет. Участие в акте дыхания активное, равномерное. При поверхностной ориентировочной пальпации болезненности нет. Тонус брюшной стенки хороший. Активная резистентность и симптомы раздражения брюшины (Щеткина-Блюмберга) – отрицательны. Пассивной резистентности нет. При поверхностной скользящей пальпации живота – диастаза прямых мышц нет, пупок втянут, грыжевые дефекты не определяются.

При глубокой скользящей методической пальпации по Образцову-Стражеско сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области, в форме цилиндра диаметром 2см, безболезненна, не урчит, поверхность гладкая, консистенция эластичная. Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области, диаметром 3см, безболезненна, эластична, не урчит. Конечный отрезок подвздошной кишки пальпируется на протяжении 2см в правой подвздошной области, в виде цилиндра диаметром 1см. Пальпация безболезненна, кишка не урчит. Поперечная ободочная кишка не пальпируется. Восходящая ободочная кишка пальпируется в правой боковой области живота, диаметром 3см, безболезненна, эластична, не урчит. Нисходящая ободочная кишка не пальпируется. Пальпируется большая кривизна желудка на 3см выше пупка в виде валика. Поджелудочная железа не пальпируется.

При выслушивании кишечника слышны перистальтические шумы.

В правой подреберной области край печени не выступает из-под реберной дуги. Край печени гладкий, эластичный, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9/ 8/ 7 см.

При осмотре и поверхностной ориентировочной пальпации выбуханий или повышенной резистентности в левой подреберной области не выявлено, край селезенки не определяется. В полубоковом положении по Сали селезенка не пальпируется. Размеры по Курлову 6/4 (см).

При осмотре сзади (в положении стоя) и сверху (в положении сидя) – выбуханий и покраснений поясничных областей нет. Пальпация этих областей безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицательный. Почки стоя и лежа не пальпируются. Болезненности при пальпации мочеточниковых точек нет.

При осмотре и пальпации надлонной области выбуханий и болезненности нет. Пальпаторно мочевой пузырь не определяется. При перкуссии – над лоном определяется тимпанический звук, мочевой пузырь не увеличен.

Селезенка не пальпируется. При перкуссии в положении стоя она определяется по левой средней подмышечной линии между 9 и 11 ребрами.

Предварительный диагноз:

ИБС: диффузный кардиосклероз. Пароксизмальная АВ-тахикардия(анамнестический). Симптоматическая артериальная гипертензия II стадии, I степень, риск-III.

Осложнения: СН II

План обследования:

ОАК, сахар крови

RW, коагулограма, K+,Na+, липидограмма, креатинин, мочевина, АЛТ, АСТ, билирубин, ревмопробы, С-реактивный белок, общий белок.

ОАМ

УЗИ-сердца, внутренних органов

R-гр ОГК

ЭКГ в динамике

ХМ ЭКГ

Консультация окулиста, невропатолога, эндокринолога и гинеколога.

Данные дополнительных методов исследования:

ОАК:

Hb -142 г/л

Эритроциты -4,48\*109/л

Цветовой показатель – 0,95

Лейкоциты – 6,3\*109/л

СОЭ -3 мм/ч

Палочки - 1

Сегментоядерные – 42

Эозинофилы – 8

Лимфоциты – 40

Моноциты – 9

ОАМ:

Цвет – соломенно-желтый

Прозрачность – прозрачная

Протеин – отрицательно

Сахар – отрицательно

Эпителий – большое количество

Лейкоциты – 0-1 в п/з

Эритроциты – не обнаружены

Удельный вес – 1030

pH – 5,0

Анализ крови и мочи в пределах нормы.

Анализ крови дополнительный от 05.05.10

Биохимический анализ крови

Глюкоза – 5,49 ммоль/л

Креатинин – 59,2 ммоль/л

Мочевина – 3,86 моль/л

Холестерин – 4,88 ммоль/л

Триглицериды – 1,42 ммоль/л

ЛПВП - 1,11 ммоль/л

ЛПНП – 2,63 ммоль/л

ЛПОНП – 0,64 ммоль/л

Билирубин – 9,8; прямой – 0,7; непрямой – 9,1 ммоль/л

Калий - 4,39 ммоль/л

Натрий - 142,3 ммоль/л

Кальций – 1,28 ммоль/л

АлАт – 45,8 ммоль/л

АсАт – 32,1 ммоль/л

RW № 122 от 29.11.2010 - отрицательно

RоОГК №3337 от 04.11.2010 – без патологии

ЭКГ (15.11.2010) : синусовый ритм, ЭОС горизонтальная

Биохимические показатели в пределах нормы.

ЧСС: 68 в мин.

ХМ ЭКГ (26.11.2010): за время мониторирования зафиксирован синусовый ритм со средней ЧСС 68уд/мин., минимальный ЧСС 105 уд/мин, максимальной ЧСС 49 уд/мин. Зарегистрирована единичная одиночная суправентрикулярная экстрасистолия. Диагностически значимой динамики сегмента ST и зубца T не зарегистрировано.

Консультация окулиста от 25.11.2010: гипертоническая ангиопатия сосудов сетчатки. Субконъюктивальное кровоизлияние.

Консультация невропатолога от 01.12.2010: дисциркуляторная энцефалопатия первой стадии. Астенический, цефалгический синдром.

ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Длительный анамнез заболевания и ухудшение состояния в течение последнего месяца. Приглушенность тонов сердца при аускультации говорит об ИБС.

Ведущим в клинике заболевания ИБС является сердечная недостаточность, которая проявляется **одышкой**, **сердцебиением,** **повышенной утомляемостью**, ограничением физической активности и избыточной задержкой жидкости в организме.

Перебои в работе сердца, экстрасистолы при аускультации сердца, а также данные ЭКГ говорят об экстрасистолии.

Наличие синдрома артериальной гипертензии – АД 180/100- повышение артериального давления бывает кратковременным, на фоне яркой клинической картины (тахикардия, боль в области сердца, плохой сон, быстрая утомляемость и др.)

Пароксизмальная АВ-тахикардия, на основании архивных ЭКГ.

Окончательный диагноз:

Основное заболевание: ИБС: диффузный кардиосклероз. Пароксизмальная АВ-тахикардия (анамнестический). Редкая суправентрикулярная экстрасистолия.

Осложнения: СН-I, ФК 1. Симптоматическая артериальная гипертензия II стадии, I степень, риск-III.

Сопутствующее заболевание: нет

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Этиология ИБС:

1. Атеросклероз КА – чаще поражается передняя нисходящая ветвь левой КА, реже – огибающая ветвь левой КА и правая КА.

2. Врожденные аномалии КА (отхождение огибающей артерии от правого коронарного синуса или правой коронарной артерии и др.)

3. Расслаивание КА (спонтанное или вследствие расслаивания аневризмы аорты)

4. Воспалительные поражения КА (при системных васкулитах)

5. Сифилитический аортит с распространением процесса на КА

6. Лучевой фиброз КА (после облучения средостения при лимфогранулематозе и др. опухолях)

7. Эмболия КА (чаще при ИЭ, МА, реже – при ревматических пороках)

В настоящее время ИБС считается ишемия миокарда, вызванная только атеросклеротическим процессом в КА.

Факторы риска ИБС:

а. Модифицируемые: 1) курение сигарет 2) артериальная гипертензия 3) сахарный диабет 4) низкий ХС ЛПВП, высокий ХС ЛПНП, общий ХС выше 6,5 ммоль/л 5) ожирение

б. Немодифицируемые: ¬1) возраст: 55 лет и старше у мужчин, 65 лет и старше у женщин 2) мужской пол 3) семейная отягощенность по ИБС

Также выделяют основные (возраст старше 65 лет для женщин и старше 55 лет для мужчин, курение, общий ХС > 6,5 ммоль/л, семейная отягощенность по ИБС) и прочие (низкий ХС ЛПВП, высокий ХС ЛПНП, нарушение толерантности к глюкозе, ожирение, микроальбуминурия при СД, малоподвижный образ жизни, повышение уровня фибриногена) факторы риска ИБС.

Патогенез ИБС

В норме между доставкой кислорода к кардиомиоцитам и потребностью в нем имеется четкое соответствие, обеспечивающее нормальный метаболизм и функции клеток сердца. Коронарный атеросклероз вызывает:

а) механическую обструкцию КА со снижением перфузии клеток

б) динамическую обструкцию КА - коронароспазм – из-за повышенной реактивности пораженных атеросклерозом КА к действию вазоконстрикторов (катехоламинам, серотонину, эндотелину, тромбоксану) и сниженной реактивности к действию вазодилататоров (эндотелиальному релаксирующему фактору, простациклину)

в) нарушение микроциркуляции – из-за склонности к образованию нестойких тромбоцитарных агрегатов в пораженных КА при выделении ряда БАВ (тромбоксана А2 и др.), которые часто подвергаются спонтанной дезагрегации г) коронаротромбоз – в области повреждения атеросклеротической бляшки на тромбогенном субэндотелии формируются тромбы, потенцирующие ишемию Все вышеперечисленное приводит к дисбалансу между потребностью миокарда в кислорода и его доставкой, нарушению перфузии сердца и развитию ишемии с последующими клиническими проявлениями в виде ангинозной боли, ИМ и др.

Лечение заболевания.

1.Режим для данного больного рекомендован палатный.

2.Диета № 10 при данном заболевании должна быть направлена на ограничение

поступления жиров и холестерина в организм: ограничиваются животные жиры и

другие продукты с повышенным содержанием холестерина.

3.Медикаментозная терапия:

**Карведилол (Carvedilolum)**

Фармакологическое действие:

Карведилол – неселективный блокатор бета-адренорецепторов. Является также селективным блокатором альфа-рецепторов. Не имеет внутренней симпатомиметической активности. Снижает общую предсердечную нагрузку за счет избирательного блокирования альфа-адренорецепторов. За счет неселективной блокады бета-адренорецепторов наблюдается подавление ренин-ангиотензиновой системы почек (уменьшение активности плазменного ренина), уменьшение артериального давления, частоты сердечных сокращений и сердечного выброса. Блокируя альфа-рецепторы, карведилол расширяет периферические сосуды, за счет чего уменьшается сосудистое сопротивление.

Комбинация вазодилатации и блокады бета-рецепторов сопровождается следующими эффектами: у пациентов с ишемической болезнью сердца – профилактика ишемии миокарда, болевого синдрома; у пациентов с артериальной гипертензией – снижение артериального давления; у пациентов с недостаточностью кровообращения и дисфункцией левого желудочка – улучшение гемодинамики, уменьшение размеров левого желудочка и увеличение фракции выброса из него. Препарат не имеет влияния на липидный обмен.

Показания к применению: • Артериальная гипертензия (монотерапия или в сочетании с другими гипотензивными препаратами), • стенокардия (стабильная), • хроническая сердечно-сосудистая недостаточность.При артериальной гипертензии Рекомендованный режим применения – 1-2 р/сутки. Для взрослых начальная доза – 12,5 мг/сутки первые 1-2 дня. Поддерживающая дозировка составляет 25 мг/сутки. В случае необходимости можно провести постепенное увеличение дозировки с интервалом 14 дней (не меньше!) до рекомендованной максимальной дозы 50 мг/сутки. Для пациентов пожилого возраста начальная рекомендованная доза – 12,5 мг/сутки (однократно). Эта доза иногда достаточна для дальнейшего приема. При артериальной гипертензии максимально допустимая дозировка составляет не более 50 мг/сутки.

Rp.: Tab. Carvedilol 12,5

D.t.d. N.10

S. по 1 таб. 2 р/д

#

**Триметазидин (Trimetazidine)** Фармакологическое действие: Нормализует энергетический метаболизм (процессы образования и потребления энергии) клеток, подвергшихся гипоксии или ишемии (находящихся в состоянии нехватки кислорода). Позволяет предотвратить снижение внутриклеточного содержания АТФ (аденозинтрифосфорной кислоты - основного источника энергии в клетке). Таким образом, препарат обеспечивает нормальное функционирование мембранных ионных каналов, трансмембранный (через неповрежденную наружную оболочку клеток сердца) перенос ионов калия и натрия и сохранение клеточного гомеостаза (постоянства состава внутриклеточной среды). Оказывает антигипоксическое действие (повышает устойчивость к нехватке кислорода) в отношении клеток миокарда сердечной мышцы при ишемии (несоответствии между доставкой и потребностью сердца в кислорде). Эффективен при хориоретинальной ишемии (несоответствии между потребностью и доставкой кислорода к сетчатке и сосудистой оболочке глаза), а также при пониженной остроте слуха. Показания к применению: Профилактика приступов стенокардии; ишемическая болезнь сердца; хориоретинальные сосудистые нарушения, головокружения сосудистого происхождения, головокружения при болезни Меньера, шум в ушах. Способ применения: Назначают по 2-3 таблетки в сутки во время еды.

Rp.: Trimetazidine 20.0

D.t.d. N 60 in tab.

S. По 1 таб. 3 р/д во время еды

**Эналаприл (Enalapril)** Фармакологическое действие: Эналаприл - антигипертензивный препарат, механизм действия которого связан с угнетением активности ангиотензин-конвертируемого фермента, приводящего к уменьшению образования сосудосуживающего фактора - ангиотензина-II и одновременно к активации образования кининов и простациклина, обладающих сосудорасширяющим действием. Эналанрил относится к «пролекарствам», после гидролиза его в организме образуется эналаприлат, который и ингибируот указанный фермент. Эналаприл оказывает также некоторый диуретический эффект, связанный с умеренным угнетением синтеза альдостерона. Наряду со снижением артериального кровяного давления препарат уменьшает пред- и постнагрузку на миокард при сердечной недостаточности, улучшает кровообращение в малом кругу и функцию дыхания, понижает сопротивление в сосудах почек, что способствует нормализации в них кровообмена. Продолжительность действия эналаприла после разового приема внутрь составляет около 24 часов. Показания к применению: Эналаприл назначают при различных формах артериальной гипертензии, включая реноваскулярную гипертензию, в том числе при низкой эффективности других антигипертензивных средств. Препарат также эффективен при застойной сердечной недостаточности, ишемической болезни сердца, бронхоспастических состояниях.

Способ применения: Эналаприл назначают внутрь независимо от времени приема пищи. При лечении гипертонической болезни начальная доза эналаприла для взрослых составляет 0,01-0,02 г в сутки (одноразово). В дальнейшем дозу подбирают индивидуально для каждого больного (обычно это доза 0,02 г в день одноразово). При умеренной гипертензии достаточно назначать 0,01 г препарата в день. Максимальная суточная доза равна 0,04 г. При реноваскулярной гипертензии эналаприл назначают в меньших дозах. Начальная доза обычно составляет 5 мг в день. Затем дозу подбирают индивидуально. Максимальная суточная доза составляет 20 мг (один раз в день) При сердечной недостаточности эналаприл назначают, начиная с 0,0025 г, затем дозу постепенно увеличивают до 10-20 мг (1-2 раза в сутки). Длительность лечения зависит от эффективности терапии.

Rp.: Enalapril 5,0

D.t.d. N. 20 in tab.

S. По 1 таб. 2р/д

**Панангин (Panangin)** Фармакологическое действие: Препарат, содержащий калия аспарагинат и магния аспарагинат. Предполагают, что аспарагинат является переносчиком ионов калия и магния и способствует их проникновению во внутриклеточное пространство. Поступая в клетки, аспарагинат включается в процессы метаболизма (обмен веществ). Ионы магния способствуют терапевтическому эффекту препарата. Показания к применению: Применяют при аритмиях сердца (нарушениях ритма сердца), обусловленных главным образом электролитными нарушениями (нарушениями ионного состава), в первую очередь гипокалиемией (понижением уровня калия в крови). Препарат показан при нарушениях ритма, связанных с интоксикацией (отравлением) препаратами наперстянки, при пароксизмах мерцания предсердий (нарушении ритма предсердий), недавно появившейся желудочковой экстрасистолии (нарушении ритма желудочков сердца).

Способ применения: Назначают внутрь обычно по 1-2 драже 3 раза в день, а в более тяжелых случаях (при нарушениях коронарного кровообращения, непереносимости препаратов наперстянки и др.) - по 3 драже 3 раза в день. Спустя 2-3 нед. уменьшают дозу до 1 драже 2-3 раза в день. В относительно легких случаях назначают сразу по 1 драже 2-3 раза в день. Принимают после еды.

Rp.: Dragee Panangin

D.S. 1 таб. 3 р/д после еды

Кислота ацетилсалициловая

Фармакологическое действие - анальгезирующее, жаропонижающее, противовоспалительное, антиагрегационное. Ингибирует циклооксигеназу (ЦОГ-1 и ЦОГ-2) и необратимо тормозит циклооксигеназный путь метаболизма арахидоновой кислоты, блокирует синтез ПГ (ПГA2, ПГD2, ПГF2aльфа, ПГE1, ПГE2 и др.) и тромбоксана. Уменьшает гиперемию, экссудацию, проницаемость капилляров, активность гиалуронидазы, ограничивает энергетическое обеспечение воспалительного процесса путем угнетения продукции АТФ. Влияет на подкорковые центры терморегуляции и болевой чувствительности.

Применение вещества Ацетилсалициловая кислота

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), а также при неатеросклеротических поражениях коронарных артерий (болезнь Кавасаки), аортоартериит (болезнь Такаясу), клапанные митральные пороки сердца и мерцательная аритмия, пролапс митрального клапана (профилактика тромбоэмболии), рецидивирующие тромбоэмболии легочной артерии, синдром Дресслера, инфаркт легкого, острый тромбофлебит.

Способ применения и дозы

Внутрь, режим дозирования зависит от показаний к применению. Обычные дозы для взрослых при использовании в качестве жаропонижающего и анальгезирующего средства — 500–1000 мг/сут (до 3 г), разделенных на 3 приема. При инфаркте миокарда, а также для вторичной профилактики у больных, перенесших инфаркт миокарда — 40–325 мг 1 раз в сутки (чаще 160 мг). В качестве ингибитора агрегации тромбоцитов — в дозе 300–325 мг/сут, длительно. При динамических нарушениях кровообращения у мужчин, церебральных тромбоэмболиях, в т.ч. для профилактики рецидивов — 325 мг/сут с постепенным увеличением максимально до 1 г/сут. Для профилактики тромбоза или окклюзии аортального шунта — по 325 мг каждые 7 ч через интраназально установленный желудочный зонд, затем — через рот по 325 мг 3 раза в сутки (обычно в сочетании с дипиридамолом, который отменяют через 1 нед, продолжая длительное лечение ацетилсалициловой кислотой).

Rp: Acidi acetylsalicylici 0,5 D. t. d. N 10 in tab. S. По 1 таблетке 3 раза в день после еды, запить Обильно водой.

B-адреноблокатор анаприлин, назначен в средней терапевтической дозе , этот препарат показан при ИБС в сочетании с гипертонической болезнью, он имеет гипотензивный эффект и снижает потребность миокарда в кислороде.

Rp.: Sol. Anaprilini 0,25%-1 ml

D.t.d. N. 10 in ampull.

S. По 1-2 мл в/в

ДНЕВНИК

ЖАЛОБЫ:

На общую слабость, тахикардию, плохое самочувствие

ОБЪЕКТИВНЫЙ СТАТУСБОЛЬНОГО:

Кожные покровы: чистые, без патологических изменений, нормальной влажности и температуры.

Легкие: дыхание - везикулярное, хрипы-сухие.

Тоны сердца: ослаблены.

ЧСС 80 уд/мин.

АД 170/90 мм.рт.ст.

Живот: мягкий, при пальпации безболезненный.

Печень: у края реберной дуги, перкуссия и пальпация затруднены.

Отеки на ногах : нет, голени пастозны.

Варикозное расширение вен: нет.

Диурез: достаточный, мочеиспускание - безболезненно.

Стул: не нарушен.

Лечение:

Rp: Acidi acetylsalicylici 0,5 D. t. d. N 10 in tab. S. По 1 таблетке 3 раза в день после еды, запить Обильно водой.

#

Rp.: Tab. Carvedilol 12,5

D.t.d. N.10

S. по 1 таб. 2 р/д

#

Rp.: Dragee Panangin

D.S. 1 таб. 3 р/д после еды

#

Rp.: Enalapril 5,0

D.t.d. N. 20 in tab.

S. По 1 таб. 2р/д

#

Rp.: Sol. Anaprilini 0,25%-1 ml

D.t.d. N. 10 in ampull.

S. По 1-2 мл в/в

ПРОГНОЗ

Прогноз условно неблагоприятный, заболевание является хроническим и неуклонно прогрессирующим, лечение только останавливает или значительно замедляет его развитие.

ЭПИКРИЗ

ФИО поступила в клинику: 25.11.2010 с жалобами на перебои в работе сердца, плохое самочувствие, быструю утомляемость, слабость.

Клинический диагноз:

Основное заболевание: ИБС: диффузный кардиосклероз. Пароксизмальная АВ-тахикардия (анамнестический). Редкая суправентрикулярная экстрасистолия.

Осложнения: СН-I, ФК 1. Симптоматическая артериальная гипертензия II стадии, I степень, риск-III.

Сопутствующее заболевание: нет

Лечение препаратами: неселективными блокаторами бета-адренорецепторов (карведилол), кардиопротекторные средства (триметазидин), ингибиторы АПФ (эналаприл), НПВС (ацетилсалициловая кислота), препараты калия (панангин), b-блокаторы (анаприлин).

Состояние больной к окончанию курации удовлетворительное.

Рекомендации больной при выписке:

Ограничение физической нагрузки, Диета № 10 при данном заболевании.