**1.ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ.**

**Ф.И.О.** x

**Возраст**

**Профессия** .

**Адрес**

**Дата и время поступления в клинику** 16.10.2003 в 6.08.

**2.ЖАЛОБЫ.**

При поступлении предъявляла жалобы на интенсивные загрудинные боли, сжимающе-давящего характера с иррадиацией в левую лопатку, возникшие в покое, сопровождающиеся сильной одышкой, учащенным сердцебиением, не купирующиеся нитроглицерином.

**3.ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ.( Anamnesis morbi)**

Больной считает себя с 1995 года после сильного психоэмоционального стресса, когда стало повышаться артериальное давление с максимальными значениями 200/120 мм.рт.ст.

В 1998 году была госпитализирована в ГКБ с диагнозом гипертоническая болезнь. В этом же году получила инвалидность 3 группы. Назначенные препараты (названия которых больная не помнит) принимала не регулярно. В 1999 году периодически возникали носовые кровотечения, при повышении АД, которые больная не могла остановить самостоятельно (вызывала скорую помощь).

С 2000 года отмечает снижение толерантности к физическим нагрузкам, появилась одышка при быстрой ходьбе.

Ухудшение состояния произошло ночью на 16 октября: впервые в жизни в покое у больной появились интенсивные загрудинные боли сжимающе-давящего характера с иррадиацией в левую лопатку, на фоне высокого АД (230/105 мм. рт. ст.), сопровождающиеся одышкой и сердцебиением. Больная самостоятельно приняла атенолол, арифон, редуктал и клофелин. Ангинозные боли не купировались нитроглицерином, сохранялись в течение часа, что и послужило основанием для госпитализации в ГКБ.

**4.ИСТОРИЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО.( Anamnesis vitae)**

Росла и развивалась нормально. В детстве перенесла корь, ветряную оспу, ОРЗ и ангину. Образование среднее. Последние 20 лет работала материально ответственным лицом в . Работа была связана с повышенной физической нагрузкой, которые больная переносила удовлетворительно.

Больная замужем, в семье 2 детей. Живет в благоустроенной квартире. Питание избыточное, чрезмерное употребление поваренной соли.

Не курит. Алкоголем не злоупотребляет. Аллергических реакций на лекарственные препараты не отмечает.

В 2003 году была прооперирована по поводу миомы матки (экстирпация матки)

Наследственность отягощена. Мать страдала гипертонической болезнью, стенокардией. Умерла в возрасте 67 лет (мезентериальный тромбоз).

**5.НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО.**

Общее состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Тип телосложения- нормостенический. Надчревный угол прямой (90).

Рост 164 см. Вес 83 кг. ИМТ=35. Температура тела 36,5.

Кожа и слизистые оболочки обычной окраски.

Язык влажный, без налета. Влажность и тургор кожи нормальные. Следов расчесов и кожных высыпаний не обнаружено. Эритем, кровоизлияний, мелких геморрагических высыпаний, трофических нарушений как ксантомы и ксантелазмы нет. Концевые фаланги пальцев и ногти не изменены.

Рубец в надлонной области после экстирпации матки. Отмечается избыточное развитие жировой клетчатки в области живота (абдоминальный тип ожирения). Лимфатические узлы (затылочные, околоушные, поднижнечелюстные, шейные, надключичные, подключичные, грудные, подмышечные, локтевые и паховые) не увеличены.

Костно-суставная система без патологии. Движение в суставах в полном объеме, безболезненное, скованности нет. Мышечная система развита умеренно. Мышцы при пальпации безболезненны. Деформации костей не обнаружены, болезненность при поколачивании отсутствует.

**ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ.**

Больная жалуется на одышку при физической нагрузке. Жалоб на кашель и кровохарканье нет. Носовое дыхание свободное. Частота дыхательных движений 18 в минуту. Осиплости голоса нет.

Форма грудной клетки - нормостеническая. Над- и подключичные пространства симметричны, надчревный угол равен 90.

Дыхание ритмичное, вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует.

При пальпации грудной клетки болезненных участков не обнаружено, грудная клетка эластичная. Голосовое дрожание не изменено.

При проведении сравнительной перкуссии над симметричными участками легких, сопоставляя характер звуков, определяется легочный звук.

При проведении топографической перкуссии были определены следующие границы легких.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы | Правое легкое | Левое легкое |
| Парастернальная линия | верхний край 6 ребра |  |
| среднеключичная линия | 6 межреберье |  |
| Передняя подмышечная | 7 ребро | 7 ребро |
| Средняя подмышечная | 8 ребро | 8 ребро |
| Задняя подмышечная | 9 ребро | 9 ребро |
| Лопаточная линии | 10 ребро | 10 ребро |
| Задняя срединная | 11 грудной позвонок. | 11 грудной позвонок |

Дыхательная экскурсия нижнего легочного края по подмышечной линии равна 7,5 см, что является нормой.

Над легкими при аускультации выслушивается везикулярное дыхание. Хрипы, крепитация, шум трения плевры не прослушиваются.

**ОРГАНЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ.**

Жалобы на головные боли при повышении артериального давления.

Осмотр: патологической пульсации сосудов шеи нет. Область сердца визуально не изменена: верхушечный толчок, сердечный толчок и патологическая пульсация не определяются.

Оценивая относительную сердечную тупость, было определено: правая граница на 1 см кнаружи от правого края грудины ,4 межреберье. Левая граница смещена влево на 2 см относительно среднеключичной линии в 5 межреберье. Верхняя граница относительной сердечной тупости соответствует третьему межреберью. Сосудистый пучок  при перкуссии не выступает за края грудины.

Аускультация: тоны приглушены, акцент 2-го тона на аорте. Ритм «перепела», «галопа» отсутствуют. Шумы не выслушиваются.

Исследование сосудов: область сосудов (лучевых, сонных, бедренных артерий и артерий стоп) визуально не изменена. Пальпоторно определяется удовлетворительная пульсация всех периферических сосудов. Пульс на лучевой артерии справа и слева симметричный, ритм правильный, частота 75  в мин, напряженный, удовлетворительного наполнения. Дефицита пульса нет.  
 АД 140/80 мм рт.ст.

Исследование вен: при внешнем осмотре варикозного расширения вен и признаков тромбофлебита нет.

## ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ.

Жалобы нет. ИМТ =35,ожирение 2 степени. Стул коричневого цвета, без примесей крови и слизи. При осмотре полости рта обращает внимание кариес, язык влажный без налета, запах изо рта отсутствует.

Живот мягкий, безболезненный, увеличен в объеме за счет избыточно развитой подкожной кетчатки. Брюшная стенка в акте дыхания участвует. Грыж нет. Отсутствует расширение вен брюшной стенки. При проведении перкуссии определяется тимпанический звук. При пальпации живота болезненности и защитного напряжения мышц брюшной стенки не выявлено. При аускультации живота выслушивается перистальтика кишечника.

## ПЕЧЕНЬ

Жалобы на боли в области правого подреберья отсутствуют. Нижний край печени острый, ровный, гладкий, не выступает из-под края реберной дуги. При пальпации правое подреберье безболезненно. При осмотре, наличия выбухания и пульсации в области печени не обнаружено. Размеры печени по Курлову 9-7-6 см. Желчный пузырь не увеличен, симптомы (Курвуазье, Мёрфи, Ортнера)- отрицательны.

## СЕЛЕЗЕНКА

Селезенка не пальпируется. Размеры, определенные перкуторно равны 8,5\5 см.

**МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА.**

Жалоб нет. Боли в области поясницы, по ходу мочеточников и в мочевом пузыре отсутствуют. Дизурических расстройств не выявлено. Симптомы «поколачивания» при перкуссии не выявлены. Менопауза наступила в 50 лет.

Больной была проведена экстирпация матки в 2003 году, по поводу миомы матки.

**ЭНДОКРИННА СИСТЕМА.**

Пальпаторно увеличения щитовидной железы не выявлено, перешеек пальпируется.

## НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКАЯ СФЕРА И ОРГАНЫ ЧУВСТВ.

## Жалобы на головную боль, быструю утомляемость. Интеллект нормальный. Больная контактна, ориентируется в пространстве. Память нормальная.

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ.**

Для подтверждения диагноза необходимо провести ряд исследований:

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. Б/х анализ крови (глюкоза, МВ-КФК, АСТ, АЛТ, Холестерин, триглицериды)
4. ЭКГ
5. Эхо-Кг
6. Коронарная ангиография.

**ДАННЫЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ.**

## Общеклинический анализ крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **7.11** | **13.11 норма** |
| Лейкоциты | 13,10> | 9,12 4-9 |
| Эритроциты | 4,60 | 4,65 3,9-4,7 |
| Гемоглобин | 148,0> | 142 > 120-140 |
| Ср. объем эритроцитов | 98 | 98 0-99,9 |
| Ср. содержание Hb в эритроцитах | 32,0 | 33,0 27-34 |
| Гематокрит | 47,0> | 42 36-42 |
| Тромбоциты | 198 | 184 140-440 |
| Ср. конц. гемаглобина в эритроцитах | 31 | 32 27-34 |
| СОЭ | 4 | 5 2-20 |

## Общеклинический анализ мочи

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **31.10.2003** | **норма** |
| Цвет | желтый | желтый |
| Прозрачность | прозрачная | прозрачная |
| Относительная плотность | 1025 | 1018-1030 |
| Реакция | Кислая | Кислая |
| Белок | abs | abs |
| Глюкоза (мочи) | abs | abs |
| Эпителий плоский | немного | abs |
| Лейкоциты | 0-1 | 0-1 |

### **Анализ крови б/х**

### 16.10 18.10 19.10 20.10 31.10

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Белок | 73.3 |  |  |  | **66-87** |
| Глюкоза | 13.87> |  | 6,23> |  | **3,33-5,5** |
| КФК | 87 | 1020> | 567> | 353> | 225> **20-170** |
| МВ-КФК | 16 | 177> | 42> | 23 | 13 |
| АСТ | 38,0 | 207,8> | 128,5> | 89,2 | 26,7 **10-50** |
| ЛДГ | 289 | 2381> | 1893> | 1626> | 380 **226-451,1** |
| АЛТ | 38,3 | 89,8> |  |  | **10-50** |
| Общ. биллирубин | 7,9 |  |  |  | **3,4-18,8** |
| Креатинин | 85 |  |  | 82 | 103 **40-110** |
| Мочевина | 6,2 |  |  | 7,1 | 9,5> **1,7-8,3** |
| Холестерин | 5,69> |  |  |  | 5,39 **3,4-5,5** |
| Триглицериды |  |  |  |  | 3,41> **0,68-1,72** |
| ЛПВП |  |  |  |  | 1,71 **1,45-3,12** |
| К |  |  | 3,90 | 4,28 | **3,50-5,10** |

**ЭКГ** Ритм синусовый, Q во 2, 3, AVF, повышение ST во II, III, AVF, депрессия ST в I, AVL, V2-V6.

### **ЭХО КГ 23.10.2003**

Фракция выброса 54% N≥60. Аорта уплотнена, не расширена. АО 3,5 см N 2-3,7 см. Полость левого желудочка КДР 5,5 см N 4-5,5 см. Межжелудочковая перегородка утолщена 1,2 см ТМЖП N 0,7-1,1 см. Задняя стенка левого желудочка утолщена 1,2 см ТЗСЛЖ N 0,7-1,1 см.

Зоны асинергии в нижней стенке левого желудочка.

**Заключение:**

Расширение полости левого предсердия (4,2 N 2-4 см). Нарушение локальной сократимости, снижение сократительной способности левого желудочка. Нарушение диастолической функции левого желудочка.

**10.11.2003. Коронарная ангиография.**

**Заключение:** Стенозирующий атеросклероз правой венечной артерии (сужение на 50%).

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ.**

ИБС. Инфаркт миокарда с зубцом Q нижней стенки левого желудочка от 16.10.03. Атеросклероз венечных артерий, аорты. Недостаточность кровообращения 1 степени.

Гипертоническая болезнь 3 стадия, риск 4. Сахарный диабет 2-го типа, впервые выявленный. Ожирение 2 степени.

**ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА**.

Диагноз поставлен на основании наличия типичных ангинозных болей: жалобы при поступлении на интенсивную загрудинную боль сжимающе-давящего характера с иррадиацией в левую лопатку в течение 1 часа, не купирующаяся нитроглицерином.

**На основании лабораторно-инструментальных исследований**

По данным ЭКГ выявлена элевация ST во II, III, AVF с формированием зубца Q и дискордантным ↓ ST V2-V6, что свидетельствует о локализации зоны некроза в нижней стенке левого желудочка. В б/х анализе крови повышение МВ-изофермента КФК до 177 u/l, что также свидетельствует о некрозе миокарда.

По данным Эхо-Кг отмечено нарушение локальной сократимости левого желудочка, что свидетельствует о некрозе миокарда.

По данным коронарной ангиографии обнаружен стенозирующий атеросклероз правой венечной артерии.

**На основании анамнестических данных можно выделить**

Гипертонический синдром: системное повышение артериального давления до цифр 195/105 мм рт. ст. и максимальных цифр 230/105 мм рт. ст. имеющиеся жалобы на головную боль, быструю утомляемость.

Также из анамнеза жизни известно, что наследственность отягощена (по ИБС и гипертонической болезни ).

**Риск**  (4) сердечно-сосудистых осложнений очень высокий, проявился в развитии ишемии миокарда.

Наличие ассоциированных заболеваний (сахарный диабет 2 типа) в сочетании с многочисленными факторами риска (ожирение ИМТ= 35; гиперлипидемия: холестерин 5,69 mmol/l. Триглицериды 3,41 mmol/l; сахарный диабет 2-го типа).

**ЛЕЧЕНИЕ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ.**

Больной необходимо соблюдать постельный режим с постепенным расширением до палатного во время пребывания в стационаре. При выписке необходимо отказаться от высоких физических нагрузок.

Диета ( уменьшение содержания животного жира, рафинированных углеводов, экстрактивных веществ, натрия и увеличение количества пищевых волокон, витаминов С и В, полиненасыщенных жирных кислот, калия, магния, йода. Стол № 9 В рацион входят хлеб из отрубей, овощи и фрукты с высоким содержанием пектина, калия, морские продукты, растительное масло, обезжиреные молочные продукты, диетические сорта маргарина, орехи. Рацион содержит 90 г белка (1/2 животного), 80 г жира (1/3 растительного), 350 г углеводов (30 г сахара), 2500 ккал, 3 г поваренной соли, 1-1,5 л свободной жидкости.

С целью восстановления коронарного кровотока- проведен тромболизис Стрептокиназой 1500000 ЕД в/в капельно с учетом ангинозных болей в течении часа с ↑ ST, при отсутствии противопоказаний.

**Нитраты** ( в/в инфузия Ntg)- оксид азота, активируя растворимую гуанилатциклазу и повышая тем самым содержание в гладкомышечных клетках циклического гуанизина монофосфата, вызывает расслабление гладкой мускулатуры сосудистой стенки (за счет снижения содержания в клетках Ca 2+ ). Нитраты вызывают расширение коронарных артерий и, следовательно, увеличивают доставку кислорода к сердцу.

**Атенолол**

В-адреноблокатор, действующий преимущественно на В1- адренорецепторы сердца. Должен быть назначен, так как оказывает антиангинальное, антиаритмическое и гипотензивное действие. Назначается с антигипотензивной целью. Также ↓ постнагрузку, обладает отрицательным хронотропным и инотропным действием, в связи с чем уменьшается потребность миокарда в О2 . Ограничение зоны некроза.

**Статины (симвор)**

Ингибитор синтеза холестерина следует назначить в связи с гиперлипидемией и гиперхолистеринемией у больной. Метаболит симвастатина является ингибитором ГМГ-Коа-редуктазы. Снижает содержание общего холестерина в плазме крови на 25%, ЛПНП- на 35% и триглицеридов на 10%, вызывает повышение уровня ЛПВП на 12%.

**Каптоприл**

Ингибитор АПФ. Уменьшает образование ангиотензина 2, устраняет его сосудосуживающее действие. Снижает ОПСС (постнагрузку), АД, снижает давление в правом предсердии (преднагрузку). Уменьшает гипертрофию миокарда и стенок сосудов. Назначается также с гипотензивной целью.

**Аспирин**

Угнетение синтеза простагландинов (ПГ) из арахидоновой кислоты путем ингибирования фермента ЦОГ (циклооксигеназы) ПГ-синтетазы. В малых дозах вызывает торможение агрегации тромбоцитов. Применяем в качестве антиагреганта.

# **ДНЕВНИК. (в дни курации)**

**21.10.03** Пятый день пребывания в стационаре.

Общее состояние больной средней тяжести. На фоне проводимой терапии наблюдается положительная динамика: больная не предъявляет жалоб на боли в грудной клетке.

Органы дыхания: Жалобы на легкую одышку, связанную с небольшими физическими нагрузками. ЧДД 18 в мин. Дыхание везикулярное. Хрипы не выслушиваются.

Органы кровообращения: Жалобы на головную боль, связанную с подъемом давления. ЧСС 80 в мин. Пульс симметричный, умеренного наполнения и напряжения. Дефицита пульса нет. АД 135/80 мм рт.ст. Аускультативно тоны сердца приглушенные, ритмичные. Патологические шумы не выслушиваются. Наличие акцента 2-го тона на аорте.

Органы пищеварения: Со стороны органов пищеварения больная жалоб не предъявляет. При поверхностной и глубокой пальпации патологических образований и болезненности не выявлено. Аппетит не изменен. Стул регулярный, нормальной консистенции, без патологических примесей.

Печень: При пальпации область правого подреберья безболезненна. Пузырные симптомы не выявляются.

Температура тела 36, 7 С

**28.10.03** Двенадцатый день пребывания в стационаре.

Общее состояние больной удовлетворительное. На фоне проводимой терапии наблюдается положительная динамика: больная не предъявляет жалоб на боли в грудной клетке, одышка в пределах стационара не беспокоит. Отмечается лишь незначительная слабость.

Органы дыхания: Жалоб нет. ЧДД 17 в мин. Дыхание везикулярное. Хрипы не выслушиваются.

Органы кровообращения: Жалоб нет. ЧСС 75 в мин. Пульс симметричный, умеренного наполнения и напряжения. Дефицита пульса нет. АД 130/ 75. Патологические шумы не выслушиваются. Акцент 2-го тона на аорте.

Органы пищеварения: Больная жалоб не предъявляет. Слизистая полости рта розовая, язык обложен белым налетом. Аппетит не изменен, стул в норме. При поверхностной пальпации живот безболезненный. При глубокой пальпации патологических и болезненных образований не обнаружено.

Печень: Правое подреберье безболезненно. Пузырные симптомы отрицательны.

Температура тела 36,8 С.

**Динамика**: отмечается улучшение состояния больной в период лечения. Ушли загрудинные боли, прекратилась одышка. Удалось значительно снизить артериальное давление.