ПАСПОРНАЯ ЧАСТЬ

ФИО:

Возраст: 62 года

Дата рождения:

Семейное положение: замужем

Профессия:

Место жительства:

Дата поступления:

Жалобы больного:

На момент поступления (\_\_\_\_\_\_\_\_\_):

* Давящие боли в левой половине грудной клетки, иррадиирующие в левую лопатку и левую руку, возникающие при минимальной физической нагрузке (10 шагов) и продолжающиеся более 15 минут. Боли приемом нитроглицерина не купировались;
* Одышка, возникающая при минимальной физической нагрузке (10 шагов), сопровождающаяся вышеуказанными болями;
* Покалывание и жжение в дистальной части верхних и нижних конечностей в течение последних 2-х лет.

На момент курации (13. 12.11):

* Жалоб не предъявляет.

Семейный анамнез и наследственность:

Мать: умерла в 75 лет. Со слов пациентки в течение жизни страдала артериальной гипертонией, сахарным диабетом;

Отец: умер в 86 лет. Со слов пациентки никакими заболеваниями не страдал;

Дети: оба сына (39 и 37 лет)-здоровы;

Анамнез жизни:

Родилась в 17 мая 1949 года в Подмосковье, в срок. Доношена. Возраст родителей на момент рождения: мать 23 года, отец-25 лет. Была первым ребенком в семье. Росла и развивалась нормально, соответственно своему возрасту, от сверстников не отставала. Условия жизни в детстве удовлетворительные, питание нормальное.

С 1971 года живет в Москве. Образование высшее (менеджер). В течении 20 лет работает менеджером, профессиональных вредностей нет. В данный момент замужем. Проживает в квартире с мужем. Жилищно-коммунальные условия удовлетворительные. Питание сбалансированное. Соблюдает диету с пониженным содержанием глюкозы вследствие наличия сахарного диабета (в течение 6 лет).

Вредные привычки:

Наличие вредных привычек отрицает.

Гинекологический анамнез:

Менархе с 13 лет, по 5 дней, через 28-30 дней, обильные, болезненные. Беременностей 4. Роды 2. Медицинских абортов 2 (оба по собственному желанию). Климактерический период наступил в 45 лет. Гинекологические заболевания отрицает. Последний осмотр гинеколога в в сентябре 2010 (61 год): патологических изменений не выявлено.

Перенесенные заболевания:

* В детстве: ангины (1 раз в год и менее); ОРЗ, ОРВИ; краснуха; ветрянка.
* Варикозная болезнь вен нижних конечностей с 2005 года (принимает курсами Детралекс);
* С 50 лет-артериальная гипертензия с максимальным подъемом АД до 200/100 мм. рт.ст. Адаптирована к 140/90 мм.рт.ст.
* Сахарный диабет 2-го типа с 2006 года (принимает Амарил 6 мг/д, формин-плива 1000 мг-2 р/д.).
* Диабетическая нейропатия;
* Хирургические операции и травмы: закрытый перелом правой лодыжки (1996 г.). Иные хирургические вмешательства отрицает;

ОИМ, ОНМК, ЖКБ, МКБ, язвенную болезнь желудка и 12-типерстной кишки, ИБС, стенокардию, туберкулез отрицает.

Аллергологический анамнез:

Аллергическая реакция на:

Лидокаин (крапивница).

История настоящего заболевания:

С 1998 года стала отмечать периодическое повышение артериального давления с максимальными значениями-200/100 мм.рт.ст. Врачом поликлиники был поставлен диагноз артериальной гипертензии и назначением препаратов: Престариум, Амлотоп. Адаптирована к артериальному давлению 140/90 мм.рт.ст.

В течение последнего года отмечает появление одышки при быстрой ходьбе. Ухудшение состояния отметила около полутора недель назад, когда появились давящие боли в области левой половины грудной клетки, сопровождающиеся одышкой. Боли, продолжавшиеся от 5 до 15 минут, появлялись при ходьбе до 50 метров, купировались самостоятельно при остановке движения на 5-10 минут.

06.12.11 при минимальной физической нагрузке (10 шагов) возникли сильные боли в левой половине грудной клетки, иррадиирующие в левую лопатку и левую руку, продолжавшиеся более 15 минут, не купирующиеся в покое и приемом нитроглицерина, сопровождающиеся одышкой и чувством страха. Была вызвана скорая медицинская помощь и пациентка была госпитализирована в ОРИТ (к) в ГКБ № 20 с диагнозом: нестабильная стенокардия. Проведена терапия: аспирин, гепарин, динисорб. За время наблюдения в ОРИТ (к) ангинозный приступ и одышка не рецидивировали, гемодинамика стабилизировалась. 10.12.11 в 11:00 была переведена в отделение в относительно удовлетворительном состоянии.

STATUS PRAESENS

Оценка состояния больного: средней тяжести;

Положение: активное;

Сознание: ясное;

Телосложение: гиперстеник;

Выражение лица: не представляет болезненных проявлений;

Рост: 164 см;

Вес: 78 кг;

ИМТ: 29 кг/м2 (избыточная масса тела)

Температура тела: 36,7

Кожные покровы: Кожа бледная, сухая, тургор несколько снижен. Слизистые оболочки розовые, чистые, влажные. Конъюнктивы век розовые, желтушного прокрашивания склер нет. Отмечается пигментация на передней и задней поверхностях голеней и расширение подкожных вен (варикозное расширение вен). Цианоз губ.

Волосы: Волосяной покров кожи умеренный, по женскому типу.

Ногти: ногтевые пластинки ровные, блестящие. Грибковых изменений нет. Цвет нормальный.

Подкожно-жировая клетчатка: развита избыточно. Толщина жирового слоя у пупка 9 см, в области угла лопаток 5 см. Болезненности при пальпации нет.

Лимфатическая система: подчелюстные, шейные, надключичные, подмышечные, локтевые, паховые, бедренные, подколенные лимфатические узлы не увеличены, мягкой консистенции, единичные, подвижные, безболезненные. Кожные покровы над лимфатическими узлами не изменены.

Мышечная система: развита умеренно. Атрофий, гипертрофий не выявлено. Мышечный тонус нормальный, уплотнений нет. Мышечная сила верхних и нижних конечностей не изменена. Болезненности при движении и пальпации нет.

Костная система: Конфигурация суставов верхних и нижних конечностей не изменена, подвижность нормальная. Объем активных и пассивных движений полный, болезненности нет. Хруст и флюктуация отсутствуют. Коже над поверхностью суставов без патологических изменений.

ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ:

Нос: дыхание через нос свободное, отделяемого нет. Болезненности в области корня носа, лобных пазух, гайморовых полостей нет.

Гортань: нормальной конфигурации, при пальпации безболезненна . Голос тихий.

Грудная клетка: гиперстеническая, надчревный угол – более 90 градусов. Симметричная, обе половины участвуют в акте дыхания одинаково. Над- и подключичные ямки умерено выражены, одинаковы с правой и левой стороны; ход ребер косой, ширина межреберных промежутков 2см; лопатки плотно прижаты к грудной клетке, располагаются на одном уровне; вспомогательные мышцы в акте дыхания участвуют незначительно.

Окружность грудной клетки в покое-92 см;

Окружность грудной клетки на вдохе-95 см;

Окружность грудной клетки на выдохе-89 см;

Экскурсия грудной клетки-6 см.

Дыхание ритмичное. Тип дыхания - грудной. Число дыханий в минуту-16.На момент курации одышки нет.

Пальпация грудной клетки: грудная клетка при пальпации безболезненна.

Сравнительная перкуссия: выявляется ясный легочный звук, одинаковый на симметричных участках.

Топографическая перкуссия: высота стояния верхушек слева и справа 3см над ключицей; ширина полей Кренига слева и справа 5см.

Нижние границы легких: в пределах нормы.

Аускультация легких: над всей поверхностью легких выслушивается жесткое дыхание. Хрипов нет. Шума трения плевры нет. При бронхофонии: голосовой шум одинаков с обеих сторон.

ОРГАНЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ:

Осмотр сосудов шеи: сосуды шеи без видимой пульсации, не набухшие.

Осмотр области сердца: при осмотре видимой пульсации в области сердца не выявлено: "сердечный горб" отсутствует, сердечный толчок не определяется. Верхушечный толчок визуально не определяется. Систолическое втяжение отсутствует. Эпигастральной пульсации нет, видимой пульсации сосудов и аорты нет.

Пальпация сердечной области: при пальпации верхушки сердца сердечный толчок определяется в V межреберье на расстоянии 1 см латеральнее левой среднеключичной линии, не разлитой, не усилен, диаметром 2 см. Симптом "кошачьего мурлыканья" у верхушки сердца и его основания не выявлен. При пальпации основания сердца патологической пульсации не обнаружено. Толчок правого желудочка пальпаторно не определяется.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографическая перкуссия границ сердца: | | |
| Граница | Относительной тупости | Абсолютной тупости |
| Правая | На 1 см кнаружи от правого края грудины | Левый край грудины |
| Верхняя | III ребро | IVребро |
| Левая | На 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии | На 1 см кнутри от левой границы относительной тупости |

Поперечник относительной тупости: 10 см;

Ширина сосудистого пучка: 5 см;

Аускультация сердца: Тоны приглушены, ритмичные. Шумы не выслушиваются. ЧСС 60/мин. Дефицита пульса нет. АД 160/90 мм.рт.ст.

Исследование сосудов: при осмотре и ощупывании лучевой, сонной и бедренной артерий и артерий стопы патологии не выявлено. Сосуды не извитые, мягкие, симптомы "жгута" и "щипка" отсутствуют. Пульс одинаковый на обеих руках, умеренного наполнения. ЧСС-60уд/мин. Дефицита пульса нет. Артериальное давление на правой и левой руке 160/90 мм. рт. ст. Пульсации периферических сосудов нет. Состояние вен: венозная сеть на нижних конечностях расширена, извита, выбухает над поверхностью кожи.

СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ:

Живот: правильной формы, симметричный; вздутий и втяжений нет; видимая перистальтика отсутствует. Подкожно-жировой слой развит избыточно. Пупочное кольцо плотное, не пропускает палец. Подкожные сосудистые анастомозы не выявлены.

При перкуссии: наличия свободной и осумкованной жидкости не выявлено. Симптом флюктуации отсутствует. Характер перкуторного звука - тимпанический. Метеоризма нет.

При поверхностной ориентировочной пальпации: живот мягкий; болезненности при пальпации нет. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Расхождений прямых мышц живота нет.

При глубокой методической пальпации по Образцову-Стражеско:

* сигмовидная кишка – гладкая, безболезненная, плотноэластической консистенции, не урчит, диаметр 2,5 см, подвижность 4 см;
* нисходящий отдел толстой кишки – гладкий, безболезненный, плотноэластической консистенции, не урчит, диаметр 2 см;
* слепая кишка – гладкая, безболезненная, плотноэластической консистенции, урчит, диаметр 2,5 см, подвижность 4 см;
* восходящий и нисходящий отдел толстой кишки – гладкий, безболезненный, плотноэластической консистенции, не урчит, диаметр 2 см;
* поперечно-ободочная кишка – гладкая, безболезненная, плотноэластической консистенции, не урчит, диаметр 2,5 см.

Определение нижней границы желудка: нижняя граница желудки на 2 см выше пупка.

Аускультация живота: кишечная перистальтика в норме; патологических шумов не выявлено.

Гепатобилиарная система:

Размеры печени по Курлову:

* Правая среднеключичная линия-9 см,
* Передняя срединная линия-8 см,
* Левая реберная дуга-7 см.

Пальпация печени:

Нижний край печени на уровне нижнего края реберной дуги мягкий, закругленный, безболезненный; поверхность печени гладкая.

Желчный пузырь: не пальпируется. Симптомы Мерфи, Ортнера, Кера, Мюсси-Георгиевского отрицательны.

Селезенка: пальпаторно не определяется.

При перкуссии селезенки:

* Длинник=7см;
* Поперечник=5см.

Аускультация области селезенки: шум трения брюшины не определяется.

Поджелудочная железа: не пальпируется. Напряжения мышц в области проекции поджелудочной железы нет.

МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА

Поясничная область не изменена, почки не пальпируются .Симптом Пастернацкого справа и слева отрицателен. Мочеиспускание регулярное, свободное, безболезненное.

При пальпации области мочевого пузыря изменений и болезненности не выявлено. При перкуссии мочевого пузыря - тимпанический перкуторный звук. Болезненность в мочеточниковых точках отсутствует.

При осмотре наружных половых органов изменений не выявлено.

ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА

Рост -160 см. Телосложение нормостеническое. Избытка массы тела не наблюдается. Цвет кожных покровов нормальный, без гиперпигментации. Оволосение умереное, по женскому типу.

Пальпация щитовидной железы: железа не увеличена. При пальпации безболезненна. Окружность шеи на уровне щитовидной железы- 36 см. Глазные симптомы (Грефе, Кохера, Мари, Мебиуса) отрицательны.

НЕРВНАЯ СИСТЕМА

Сон нормальный (8-10 часов), без пробуждений. Головные боли, головокружение отсутствуют. Обмороков не было. Чувствительность сохранена; зрение, слух, обоняние в норме. Двигательная сфера без изменений. Патологических симптомов – Бабинского, Россолимо, Кернига, нарушения походки, ригидности затылочных мышц – не выявлено.

Гиперсаливация отсутствует. Диабетическая полинейропатия по типу носков и чулок проявляется в виде чувства жжения. Основной синдром, выделенный у пациента-синдром кардиалгии или дискомфорта за грудиной.

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

1. Лабораторные методы исследования:

* Клинический анализ крови (Hg; Ht; L);
* Общий анализ мочи;
* Биохимическое исследование крови (АлТ, АсТ, КФК-общ; КФК-МВ; тропонины Т и I, креатинин, билирубин, амилаза, калий, натрий);
* Гликемический профиль;
* Коагулограмма/АЧТВ;
* Реакция Вассермана; определение антител к ВИЧ; наличия HBs Ag, HCV Аb;

1. Инструментальные методы исследования:

* ЭКГ;
* ЭХО-КГ;
* Холтеровское мониторирование;
* Рентгенография органов грудной клетки;
* ЭГДС;
* Суточное мониторирование АД.

Данные лабораторных исследований:

Дата: 06.12.11. Общий анализ крови:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Нормальные величины |
| Гемоглобин | 144,4 | 115-154 г/л |
| Эритроциты | 4,4 | 3,7-5,1 х1012 /л; |
| Лейкоциты | 5,6 | 4,78-7,68 х109 /л |
| Эозинофилы | 1,0 | 0,5-5% |
| Базофилы | 0 | 0-1% |
| Лимфоциты | 38 | 19-45% |
| Моноциты | 3 | 3-11% |
| Нейтрофилы:   * Палочкоядерные * Сегментоядерные | 1  57 | 1-6%  47-72% |
| Тромбоциты | 180 | 180-320 х109 /л |
| Ht | 0,41 | 0,36—0,46 |

Заключение: в пределах нормы.

Дата: 06.12.11 Биохимическое исследование крови:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Тест | Результат | Единица | Норма |
| Общ. холестерин | 7,2 | мМоль/л | 3,88-6,47 |
| Общий белок | 78,0 | г/л | 57-82 |
| Креатинин | 83 | мМоль/л | 53-115 |
| Общ. билирубин | 14,7 | Мкмоль/л | 5,0-21,5 |
| Натрий | 142 | Мэкв/л | 132-148 |
| Калий | 4,4 | Мэкв/л | 3,5-5,5 |
| АлТ | 30 | Нмоль/с\*л | 0-53 |
| АсТ | 24 | Нмоль/с\*л | 5-34 |
| КФК | 144 | М/ЕД | До 200 |
| МВ-КФК | 20 | % | 4-6 |

Заключение: повышение уровня холестерина крови, МВ-КФК в 5 раз.

Дата: 06.12.11 Коагулограмма:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Параметр | Результат | Норма |
| АЧТВ (активированное частичное тромбопластиновое время);26064 | 27 | 27-49с. |
| АЧТВ (нормализованное отношение);26064 | - | 0,75-1,25 |
| Протромбиновый индекс |  | 85-110% |
| МНО (международное нормализированное отношение)26056 | 1,00 | 0,86-1,18 |
| Концентрация фибриногена;26032 | ------- | 1,8-4,0г/л |

Заключение: норма

Дата: 06.12.11 HBs Ag, HCV ab:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Параметр | Значение | Норма |
| HBs Ag | отр | отр |
| HCV Аb | отр | отр |

Заключение: наличия HBs Ag, HCV Аb не выявлено.

Дата: 06.12.11 КСР на сифилис:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Параметр | Значение | Норма |
| РПР | отр | отр |
| ИФА | отр | отр |

Заключение: КСР на сифилис отрицательна.

Дата: 06.12.11 Исследование на наличие антител к ВИЧ:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Параметр | Значение | Норма |
| Антитела к ВИЧ в ИФА | отр | отр |

Заключение: антитела к ВИЧ не выявлены.

Дата: 08.12.11. Общий анализ крови:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Нормальные величины |
| Гемоглобин | 138 | 115-154 г/л |
| Эритроциты | - | 3,7-5,1 х1012 /л; |
| Лейкоциты | - | 4,78-7,68 х109 /л |
| Эозинофилы | - | 0,5-5% |
| Базофилы | - | 0-1% |
| Лимфоциты | - | 19-45% |
| Моноциты | - | 3-11% |
| Нейтрофилы:   * Палочкоядерные * Сегментоядерные |  | 1-6%  47-72% |
| Тромбоциты | - | 180-320 х109 /л |
| Ht | 0,39 | 0,36-0,46 |

Заключение: в пределах нормы.

Дата: 10.12.11. Общий анализ крови:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Полученные данные | Нормальные величины |
| Гемоглобин | 139 | 115-154 г/л |
| Эритроциты | - | 3,7-5,1 х1012 /л; |
| Лейкоциты | 5,9 | 4,78-7,68 х109 /л |
| Эозинофилы | - | 0,5-5% |
| Базофилы | - | 0-1% |
| Лимфоциты | - | 19-45% |
| Моноциты | - | 3-11% |
| Нейтрофилы:   * Палочкоядерные * Сегментоядерные |  | 1-6%  47-72% |
| Тромбоциты | - | 180-320 х109 /л |
| Ht | 0,40 | 0,36-0,46 |

Заключение: в пределах нормы.

анамнез пациент инфаркт миокард

Дата: 09.12.11 Гликемический профиль:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Время | 9:00 | 13:00 | 17:00 | 21:00 | 6:00 |
| Глюкоза | -- | 17,2 | 13,3 | 11,5 | 9,4 |

Заключение: уровень глюкозы крови повышен.

Дата: 08.12.11 Общий анализ мочи:

|  |
| --- |
| 1. Количество - 100 мл |
| 1. Цвет - соломенно-желтый |
| 1. Прозрачность полная |
| 1. Удельный вес - 1020 |
| 1. Реакция - кислая (pH 5,0) |
| 1. Белок – 0,07 (норма от 0,02-0,12); |

Заключение: в пределах нормы.

Данные инструментальных методов исследований:

ЭКГ (06.12.11. 14:38):

* Ритм: синусовый, правильный
* ЭОС: норма
* ЧСС: 75
* Депрессия ST V3-V4, Отрицательный Т в aVL, V2-V5.

Диагностический поиск

Основной синдром, который можно выделить у данной пациентки-синдром кардиалгии (или дискомфорта за грудиной). Данный синдром может иметь как сердечные причины, так и внесердечные.

Для проведения дифференциальной диагностики считаю необходимым для начала выделить основные характеристики инфаркта миокарда:

1. Характер боли: давящий, сжимающий, иногда очень интенсивный
2. Продолжительность боли: боли, длящиеся более 15 минут (могут до нескольких часов), не купирующиеся приемом нитроглицерина
3. Локализация боли: за грудиной, иррадиирующие в лерую руку, нижнюю челюсть, левую лопатку
4. Начало: может быть постепенным, нарастающим
5. Поведение больного: статичное, "застывшее"
6. Одышка: может быть выраженной
7. Кровохарканье: может быть розовая мокрота
8. ЭКГ: может быть с подъёмом сегмента ST и без подъёма сегмента ST, появление "-"Т
9. Рентгенография грудной клетки: без особенностей
10. Сцинтиграфия легких: без особенностей
11. Кардиоспецифичные ферменты: резко повышены
12. Анализ периферической крови: лейкоцитоз

ТЭЛА

1. Характер боли: острый, резкий.
2. Продолжительность боли: минуты (редко часы)
3. Локализация боли: непосредственно за грудиной, но чаще смещается туда, начавшись где-то в спине.
4. Начало: внезапное, боли могут быть повторяющимися
5. Поведение больного: беспокойное
6. Одышка: выраженная (набухание шейных вен, тяжесть в правом подреберьи)
7. Кровохарканье: темные кровянистые сгустки (может быть и алая кровь)
8. ЭКГ: перегрузка правых отделов сердца-блокада правой ножки пучка Гиса, глубокий S в I ст. отв., одновременно с выраженным Q в III ст. отв., сочетающимся с "-" Т; увеличение зубцов S и превышение ими зубцов R в правых грудных отведениях, начиная с V2-V4, и сопровождаясь появлением "-"Т.
9. Рентгенография грудной клетки: ателектаз или пространства с обеднением легочного рисунка
10. Сцинтиграфия легких: признаки очагового нарушения кровообращения
11. Кардиоспецифичные ферменты: могут быть в норме
12. Анализ периферической крови: может быть небольшой лейкоцитоз

При дифференциальной диагностике ТЭЛА и ИМ необходимо обратить внимание на то, что ТЭЛА как правило сопровождается кровохарканьем , на ЭКГ отмечается перегрузка правых отделов сердца. И одним из основных критериев является наличие рентгенологических признаков ателектаза. При этом (в отличие от ИМ) нет явного подъема кардиоспецифических ферментов, что является одним из основных и доставерных признаков ишемического поражения миокарда.

У пациентки отсутствуют кровохарканье, ЭКГ-признаки перегрузки правых отделов сердца, изменения в легких, лейкоцитоз, что позволяет исключить ТЭЛА.

Гипертонический криз

1. Характер боли: ноющая, давящая, тянущая
2. Продолжительность боли: до купирования приступа
3. Локализация боли: в грудной клетке
4. Начало: постепенное
5. Поведение больного: беспокойное
6. Одышка: возможна
7. Кровохарканье: возможна розовая мокрота
8. ЭКГ: может быть "-" Т
9. Рентгенография грудной клетки: возможно усиление легочного рисунка
10. Сцинтиграфия легких: -
11. Кардиоспецифичные ферменты: могут быть немного повышены
12. Анализ периферической крови: норма

При дифдиагностике ИМ и гипертонического криза необходимо учесть, что в анамнезе у больного может быть АГ с подъемами артериального давления до высоких цифр, а так же возможно наличие подобных состояний (гипертонический криз, сопровождающийся синдромом дискомфорта за грудиной) в прошлом. Из вышеуказанного описания гипертонического криза можно сделать вывод, что основным критерием отличия ИМ и ГК является уровень кардиоспецифических ферментов, который при ИМ у данного больного ЗНАЧИТЕЛЬНО повышен.

Расслаивающая аневризма аорты

1. Характер боли: резкий, очень интенсивный, "раздирающий"
2. Продолжительность боли: длятся до начала купирования лекарствами (часто не купируется наркотическими анальгетиками)
3. Локализация боли: в грудной клетке, охватывает межлопаточное пространство, часто спускается вниз
4. Начало: внезапное
5. Поведение больного: чрезмерно возбужденное
6. Одышка: может не быть
7. Кровохарканье: не бывает
8. ЭКГ: изменения часто отсутствуют или диффузные или очаговые изменения миокарда
9. Рентгенография грудной клетки: расширение тени дуги аорты
10. Сцинтиграфия легких: без особенностей
11. Кардиоспецифичные ферменты: могут слегка повышаться
12. Анализ периферической крови: может быть снижение гемоглобина (непостоянный признак)

Особенность болей при расслаивающей аневризме аорты ("раздирающая", не купирующаяся наркотическими анальгетиками, спускающаяся вниз), а также поведение больного (чрезмерно возбужденное), расширение тени аорты при рентгенодиагностике, отсутствие резкого повышения кардиоспецифичных ферментов-критерии, на которые необходимо опираться при дифдиагностике расслаивающей аневризмы аорты и ИМ.

У данной больной характер болей-давящие (но не "раздирающая"), боль купировалась наркотическими анальгетиками, вниз не спускалась.

Спонтанный пневмоторакс

1. Характер боли: острая, резкая
2. При осмотре: одна половина грудной клетки отстает при дыхании, набухание шейных вен, цианоз лица. При перкуссии-тимпанит, при аускультации-ослабление или отсутствие дыхательных шумов.
3. Локализация боли: в грудной клетке
4. Начало: внезапное
5. Поведение больного: возбужденное
6. Одышка: жесточайшая
7. Кровохарканье: обычно отсутствует
8. ЭКГ: может быть сдвиг оси сердца вправо
9. Рентгенография грудной клетки: газ в плевральной полости, смещение средостения, коллапс легкого
10. Сцинтиграфия легких: -
11. Кардиоспецифичные ферменты: норма
12. Анализ периферической крови: возможен лейкоцитоз

При дифференциальной диагностике ИМ и спонтанного пневмоторакса необходимо опираться на данные осмотра (одна половина грудной клетки отстает при дыхании, набухание шейных вен, цианоз лица. При перкуссии-тимпанит, при аускультации-ослабление или отсутствие дыхательных шумов) и данные рентгенографического исследования. По данным анамнеза возможно наличие хронических заболеваний легких.

У пациента при осмотре признаки пневмоторакса отсутствуют, одышка умеренного характера (но не жесточайшая),в анамнезе хронические легочные заболевания отсутствуют, что дает право отказаться от диагноза спонтанный пневмоторакс.

Прободение язвы

1. Характер боли: острейшая, "кинжальная"
2. При осмотре: живот сильно напряжен, твердый, "доскообразный"; кожа в этой области гиперчувствительна и болезненна даже при самой поверхностной пальпации; часто при перкуссии-коробочный звук.
3. Анамнез: возможно данные за наличие язвенной болезни
4. Начало: внезапное, но на фоне обострения язвенной болезни
5. Поведение больного: лежит пластом, "окаменевший"
6. Одышка: нет
7. Кровохарканье: нет, но может быть рвота "кофейной гущей"
8. ЭКГ: без особенностей
9. Рентгенография грудной клетки: газ над печенью, подъем диафрагмы
10. Сцинтиграфия легких: -
11. Кардиоспецифичные ферменты: норма
12. Анализ периферической крови: лейкоцитоз

Необходимо учитывать данные анамнеза, которые могут указывать на наличие язвенной болезни желудка и её обострение. Хотя, не надо забывать, что иногда прободение язвы или кровотечение является одновременно и манифестацией ЯБ. При дифдиагнозе необходимо опираться на данные осмотра (живот сильно напряжен, твердый, "доскообразный"; кожа в этой области гиперчувствительна и болезненна даже при самой поверхностной пальпации; часто при перкуссии-коробочный звук) и рентгенографического исследования и данных ЭГДС, чего у данной не обнаружено.

Кроме того кардиалгии или дискомфорт за грудиной могут быть проявлением рефлюкс-эзофагита. Клинически это заболевание проявляется жгучей болью за грудиной, дисфагией, срыгиванием пищи (при наклонах вперед, при переедании, в положении лежа). Часто признаки дисфагии могут проявляться несколько лет спустя после появления явлений жжения за грудиной, что создает трудности в диагностике без инструментальных методов исследования. Основным методом для постановки диагноза рефлюкс-эзофагита и проведения дифференциального диагноза с ишемией миокарда является-ЭГДС, при которой обнаруживают дефекты в слизистой оболочке пищевода и желудка, слабость сфинктера. Также проводят рентгенологическое исследование с барием и рН-метрию пищевода (уменьшение рН пищевода при рефлюксе соляной кислоты). Если говорить о дифференциальной диагностике, то боли при рефлюкс-эзофагите не имеют характерной для ИМ иррадиации в левую руку, лопатку, нижнюю челюсть. Однако необходимо учитывать, что боли при РЭ могут стихать при приеме Омепразола и др. препаратов снижающих кислотность желудочного сока. Следует помнить, что сам РЭ может провоцировать стенокардию рефлекторно. У данной больной в анамнезе отсутствуют проявления рефлюкс-эзофагита (нет жалоб на срыгивание, дисфагию, изжогу).

Синдром Малори-Вейсса также проявляется болями за грудиной, однако эти боли сочетаются с наиболее характерым для данного синдрома признаком-кровотечение из пищевода. В отличие от ИМ боли и кровотечение появляются на фоне рвоты, сильного кашля, натуживания и чаще встречаются у лиц, злоупотребляющих алкоголем. Основным методом диагностики является-эзофагоскопия. Рвоты у пациентки не было, признаки ЖКК отсутствуют.

При синдроме Титце боли в области грудной клетки (грудино-реберных сочленений) могут возникать внезапно, резко, но иногда возникают и постепенно, вследствие чего пациент может принять их за боли в сердце, стенокардию. Однако дифференциальная диагностика с ИМ достаточно проста: боли сопровождаются припухлостью тканей над I и II костохондральным сочленением, возможны покраснение и болезненность кожи. Боли могу иррадиировать в руку, плечо, усиливаться при глубоком вдохе. Нормализация состояния происходит при приеме НПВС. У больной при осмотре отсутсвует припухлость тканей над I и II костохондральным сочленением, покраснения и болезненности кожи в этой области нет.

Определенные сложности могут возникнуть при опоясывающем герпесе в тех случаях, когда заболевание начинается с болей за грудиной. Здесь необходим сбор анамнеза (ветрянка в детстве, наличие АГ, стенокардии), иногда диагностике помогает выявление снижения болевой и тактильной чувствительности в области поврежденного соматического дерматома. До появления высыпаний даигноз поставить практически невозможно. Отсюда следует, что необходимо опираться на уровень КФК и КФК-МВ крови, а так же АлТ, АсТ, тропонина, как достоверного признака ишемического повреждения миокарда. В анамнезе ветрянки нет, при осмотре отсутствует снижение болевой и тактильной чувствительности в области поврежденного соматического дерматома, нет высыпаний.

ИМ необходимо дифференцировать с остеохондрозом позвоночника, т.к. сдавление корешков нервов на уровне шейных позвонков очень часто приводит к радикулярному синдрому, проявляющемуся болями в плечах, руках, грудной клетке. Однако эти боли как правило связаны с движениями (при движении руками, согнутыми в локтевых суставах, назад, движениями в шейном отделе позвоночника), больной может находить определенную позу, в которой стихают боли, а также купировать их прикладывая тепло к позвоночнику или приемом НПВС, боли не имеют четкой связи с нагрузкой. У пациентки отсутствуют боли при в позвоночнике при движении, болезненности в паравертебральх точках.

ДИАГНОЗ: ИБС. Острый инфаркт миокарда передней стенки без подъема сегмента ST от 06.12.11. НК 2 (по NYHA). Артериальная гипертензия 3 степени, 3 стадии, риск 4. Сахарный диабет 2 типа, тяжелого течения. Диабетическая полинейропатия. Диабетическая макроангиопатия. Варикозная болезнь вен нижних конечностей.

Обоснование диагноза:

* ИБС. Острый инфаркт миокарда передней стенки без подъема сегмента ST от 06.12.11. НК 2 (NYHA) поставлен на основании: характерной клинической картины (жалобы на давящие боли в левой половине грудной клетки, иррадиирующие в левую лопатку и левую руку, возникающие при минимальной физической нагрузке (10 шагов) и продолжающиеся более 15 минут. Боли приемом нитроглицерина не купировались, одышку, возникающая при минимальной физической нагрузке (10 шагов), сопровождающаяся вышеуказанными болями); данных лабораторных исследований повышение МВ-КФК в 5 раз (биохимический анализ крови от 06.11.12); данных ЭКГ (ритм синусовый, правильный, ЭОС- норма, ЧСС- 75, депрессия ST V3-V4 (превышающая 1мм), отрицательный Т в aVL, V2-V5.)
* Артериальная гипертензия 3 степени, 3 стадии, риск 4 поставлен на основании: данных анамнеза (повышение артериального давления до максимальных значений 200/100 мм.рт.ст.); наличия поражения органов мишеней (ОИМ);
* Сахарный диабет 2 типа, тяжелого течения поставлен на основании: данных анамнеза (сахарный диабет 2 типа, обнаруженный случайно в 2006 году при ИМТ: 29 кг/м2 (избыточная масса тела)), по данным лабораторного исследования.
* Диабетическая полинейропатия поставлен на основании жалоб на чувство жжения и покалывания в дистальных отделах конечностей; данных анамнеза (сахарный диабет с 2006 года).
* Диабетическая макроангиопатия поставлен на основании развившегося ИМ в течение 5 лет после случайного обнаружения сахарного диабета 2 типа при ИМТ: 29 кг/м2 (избыточная масса тела).
* Варикозная болезнь вен нижних конечностей поставлен на основании: данных анамнеза (варикозная болезнь вен нижних конечностей с 2005 года (принимает курсами Детралекс)); данных осмотра (венозная сеть на нижних конечностях расширена, извита, выбухает над поверхностью кожи. Кожа над поверхностью вен пигментирована).

Лечение:

* 1. Антиагреганты (для профилактики тромбообразования и прогрессирования ИБС): Аспирин 75 мг 1т/утром, Клопидогрель 75 мг 1т/сутки;
  2. Статины ( для нормализации уровня холестерина, профилактики прогрессирования ИБС): Симгал 0,02 1р/на ночь (под контролем АлТ, АсТ);
  3. B-блокаторы (для снижения потребности миокарда в кислороде, профилактики приступов стенокардии) Бисопролол 5 мг 1р/сут (утром);
  4. Ингибиторы АПФ ( для лечения АГ, предотвращения ремодуляции миокарда) Капотен 0,025 1т-3р/день;
  5. Ингибиторы протоновой помпы (для профилактики ЯБ на фоне приема аспирина): Лансопрозол 20 мг/сут;
  6. Прямой антикоагулянт (профилактика тромбообразования): Клексан 0,8-2р/сут под кожу живота в течение 7 дней;
  7. Гипогликемический препарат (для лечения сахарного диабета): Амарил 6 мг/день, Формин-плива 1000мг 2р/сут (контроль уровня глюкозы крови);