2Общие сведения (паспортная часть)

Фамилия, имя, отчество: x

Возраст: 48 лет

Пол: мужской

Национальность: русский

Образование: среднее

Домашний адрес: г. Саратов

Профессия,должность: водитель

Дата поступления: 15 декабря 1997 года 12 часов 00 минут

Диагноз направившего учреждения: ИБС: острый крупноочаговый

инфаркт миокарда

Клинический диагноз:

ИБС: Острый крупнооочаговый нетрансмуральный передне-перегородочно-верхушечный инфаркт миокарда. Атеросклероз коронарных сосудов.

# 2ЖАЛОБЫ

на интенсивные боли в околосердечной области, за грудиной режущего «кинжального» характера, непроходящие в течении 30-40 минут, а так-же резкую слабость, сопровождающуюся холодным потом.

## 2АNAMNESIS MORBI

Больным себя считает с 24 ноября, когда впервые утром, после физи-ческой нагрузки, сопровождавшейся эмоциональным перенапряжением (семейные проблемы) возникла сжимающая, колющая боль в левой поло-вине грудной клетки за грудиной с иррадиацией под левую лопатку, средней интенсивности, сопровождавшаяся чувством слабости. Боль самостоятельно исчезла через десять минут, после того, как боль-ной вышел на свежий воздух,успокоился. Через несколько дней, в течение которых самочувствие больного было хорошим, на работе вновь после физической нагрузки появилась боль в околосердечной области, со слов больного имевшая уже большую ин-тенсивность и продолжительность (до 20-30 минут). Больной был вы-нужден прекратить работу, отправился домой. После отдыха боль уменьшилась, но полностью прошла только к вечеру, в течении дня носила приступообразный характер.

На следующий день больной обратился в мед. пункт по месту работы, где при осмотре было выявлено повышение АД до 150/110 мм рт. ст. Однако, от врачебной помощи больной отказался. В течение следующих 1,5-2 недель больной стал отмечать возникнове-ние приступов боли при длительной ходьбе, 5-6 раз в день, причем интенсивность ее нарастала. Больной стал отмечать, что прис-тупы стали сопровождаться сильной слабостью, холодным потом.

Затем опять наступил период (5-6 дней), когда боли вновь перестали

- 2 -

беспокоить. Поэтому за медицинской помощью больной не обращался. Последнее ухудшение состояния было у больного 14 декабря, когда дома после незначительной физической нагрузки появились загрудин-ные боли, носящие режущий, «кинжальный» характер. Боли длились около 30-40 минут, сопровождались сильной слабостью, холодным по-том. Больной вынужден был лежать. В течении дня боли немного ос-лабли, но полностью не исчезли. Ночь провел относительно спокойно. 15 утром больной почувствовал себя немного лучше, и обратился в мед. пункт по месту работы. После снятия ЭКГ дежурный врач запо-дозрил острый инфаркт миокарда и машиной скорой помощи больной был доставле в ПИТ 1-й Советской больницы.

### 2ANAMNESIS VITAE

Родился в Саратове в 1949 году в семье рабочего. Рос и развивался нормально. В физическом и психическом развитии не отставал от сверстников.В школу пошел в 7 лет. Учился удовлетворительно. По окончании школы обучался в ПТУ.

В 18 лет пошел в армию, служил в инженерных войсках. В настоящее время работает по своей специальности - водителем гру-зового автотранспорта. Работа связана с частыми физическими наг-рузками, психоэмоциональным напряжением. Лекарственной непереносимости не отмечается. Туберкулез, психичес-кие и венерические заболевания у себя и родственников отрицает. Любит острую, соленую, жирную пищу.

Практически до последнего дня курил (5-6 сигарет в день). Злоуп-потребляет алкоголем (со слов больного - обычно раз в неделю). В детстве ангиной, корью не болел, из детских инфекций отмечает свинку.

Наследственность по роду заболевания не отягощена. Имеет двух де-тей, у дочери выявлен сахарный диабет.

В 1993 году попал в ДТП, имеется косметический дефект носа.

#### 2НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО

##### Status praesens universalis

Состояние больного удовлетворительное, положение активное в пос-тели, сознание ясное,выражение лица и глаз доброжелательное. Телосложение нормостеническое.

При осмотре кожных покровов кожа бледная, сухая, теплая наощупь,

похоладания в дистальных отделах конечностей нет, есть рубец в

правой подвздошной области после операции аппендэктомии, пролеж-

ней, сыпей, расчесов, участков шелушений нет, на передней поверх-

ности грудной клетки и спине имеются пигментации в виде «весну-

шек», кровоизлияний, сосудистых звездочек нет, тургор кожи сохра-

- 3 -

нен.

Видимые слизистые оболочки бледно-розовые, кровоизлияний, изъязв-лений, корочек нет. Тип оволосения мужской, волосы гус-тые, черные, блестящие. Пальцы и ногти обычной формы, «барабанных палочек» и «часовых стекол» нет, ногти на руках и ногах блестящие, ровные , исчерченности и ломкости ногтей нет. При пальпации нижне-челюстные, шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, пахо-вые лимфатические узлы не пальпируются. Питание достаточное, под-кожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно, толщинна 1 см, распределена равномерно, пастозности, отеков нет. Мышцы развиты удовлетворительно, тонус мышц сохранен, при пальпации, активных и пассивных движениях безболезненны. Искривлений, деформаций костей нет, кости при надавливании и поколачивании безболезненны. Есть болезненность при пальпации и движениях в голеностопных суставах. В остальных суставах болезненности, деформации, хруста при пальпа-ции и движении нет.

2Состояние по органам и функциональным системам

2Система дыхания

Жалоб на одышку, кашель кровохарканье больной не предъявлял.

Грудная клетка нормостенической формы, западений, выбуханий нет.

Эпигастральный угол 90 градусов.

Дыхание через нос, свободное, брюшного типа, ритмичное, средней глубины с частотой 16 дыхательных экскурсий в минуту. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует.

Одышки, удушья видимых на глаз нет.

Ребра идут косо вниз, межреберные промежутки достаточной ширины. При пальпации данные осмотра определения эпигастрального угла, равномерное участие обеих половин грудной клетки в акте дыхания подтверждены, ребра идут косо вниз, межреберные промежутки нормальной ширины.

При пальпации грудная клетка эластична, при ориентировочной и точной пальпации безболезненна.

Ощущения шума трения плевры нет.

Голосовое дрожание равномерно проводится на симметричные участки обеих половин грудной клетки.

При сравнительной перкуссии над всеми полями легких определяется ясный легочный звук.

При топографической перкуссии высота стояния верхушек легких над ключицами справа и слева 3 см. Поля Кренига справа и слева 5,5 см. Нижняя граница и подвижность нижних краев правого и левого легкого в норме.

При аускультации над всеми легочными полями выслушивается

- 4 -

везикулярное дыхание в фазу вдоха, нормальной силы. Над гортанью, трахеей и в области рукоятким грудины в фазу выдоха выслушивается бронхиальное дыхание нормальной силы. При аускультации над всеми легочными полями хрипов, крепитации, шума трения плевры нет.

###### 2Система кровообращения

Жалоб на боли в области сердца, сердцебиения, ощущения перебоев в области сердца на день курации больной не предъявлял. При осмотре область сердца без видимых изменений, сердечный горб отсутствует, верхушечный толчок не виден. При пальпации сердечный толчок не определяется, верхушечный толчок определяется в положении стоя на выдохе в 5-м м/р по левой средене-ключиной линии. Верхушечный толчок низкий, средней силы, резистентный, ограниченный, площадь 1 см. При пальпации определяется легкая пульсация аорты во 2-м межреберье справа от грудины и в яремной ямке.

Пульсация легочного ствола отсутствует. Синдром «кошачьего мурлыканья» на верхушке и «систолического дрожания» над аортой отсутствуют.

При перкуссии границы относительной сердечной тупости:

правая - в 4 межреберье по правому краю грудины, верхняя - в 3 межреберье слева от грудины, левая - на по левой средне-ключичной линии Поперчник относительной сердечной тупости - 15 см Талия сердца сохранена.

Сосудистый пучок справа и слева не выступает из-зи грудины.

Поперчник сосудистого пучка - 5 см.

При перкуссии границы абсолютной сердечной тупости:

правая - у левого края грудины,

верхняя - в 4-м межреберье

левая - на 2 см кнутри от левой границы относительной сердечной тупости.

При аускультации сердца тоны ритмичные, приглушенные,раздвоенпия тонов нет, шумы отсутствуют, шума трения перикарда нет. При пальпации сосудов шеи, височных, в надчревной области извилистости, набухания, узловатости нет,»симптом червя» отсутствует. При пальпации лучевой артерии пульс синхронный на обеих руках, одинаковый по величине, ритмичный, с частотой 68 ударов в минуту, нормальный по наполнению,напряжению и величине, обычный по форме. При измерении артериальное давление 120/80.

###### 2Моче-половые органы

- 5 -

Область почек без видимых измененй.

Частота мочеиспусканий нормальная, затруднений при мочеиспускании нет. Внешний вид мочи обычный.

При осмотре выпячивания над лобком и в области почек нет. При перкуссии с обеих сторон симптом Пастернацкого отрицателен. При поверхностной пальпации болезненность не определяется. При глубокой методической пальпации по Образцову-Стражеско почки не пальпируются.

Верхние и нижние мочеточниковые точки с обеих сторон безболезненны.

2Нервная система

Больной в сознании, к окружающему миру относится с интересом, способность сосредоточения сохранена, общителен, ориентируется во времени и пространстве, головокружений,обмороков нет, галлюцинаций, навязчивых идей нет. Бессоницей не страдает. Патологических рефлексов нет.

Болевая и температурная чувствительность сохранены.

Зрение, слух, обоняние в норме.

Нарушений вкуса нет.

2Система пищеварения и органы брюшной полости

При осмотре губы бледно-розовые, сухие, изъязвлений, трещин, высыпаний нет.

При осмотре полости рта слизистые розового цвета,язвочек нет, запах изо рта отсутствует.

Яэык розовый, влажный, необложенный, сосочки языка выражены умеренно. Трещин, язв, отпечатков зубов по краям, дрожания и девиации высунутого языка нет. В ротовой полости имеются кариозные и пломбированные зубы. Десны розовые, набухлости, кровоточивости, разрыхленности, язв нет. Слизистая глотки розовая, миндалины не выступают из-за небных дужек. Глотание свободное, безболезненное. При осмотре области живота живот округлой формы, симметричный, не вздут,выпячиваний, западений,видимой пульсации, перистальтики нет. Расширений вен брюшной стенки и видимой на глаз пульсации в околопупочной области нет.

Кожа живота чистая, имеется рубец в правой подвздошной области после операции аппендэктомии.

Живот участвует в акте дыхания.

При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, безболезненный. Расхождения прямых мышц живота нет.

При глубокой скользящей методической пальпации по Обрзцову-Стражеско

- 6 -

в левой подвздошной области определяется сигмовидная кишка: безболезненная,плотно-эластической консистенции, с ровной поверхностью, не урчит, малоподвижна, диаметр 1,5 см; в правой подвздошной области определяется слепая кишка: безболезненная, мягкой консистенции, слегка урчит, подвижна, диаметром 3 см.

Методом аускультофрикции нижняя гарница желудка на 1,5 см выше пупка, на 2 см ниже нее пальпируется поперечно-ободочная кишка, которая при глубокой пальпации безболезненна, мягкой консистенции, подвижная, 4 см в диаметре.

Большая кривизна желудка пальпируется в виде ровного, гладкого, безболезненного валика на 2 см выше пупка.

При глубокой скользящей методической пальпации по

Образцову-Стражеско по правой среднеключичной линии нижний край печени не определяется, по передней срединной линии нижний край печени не определяется.

Размеры печени по Курлову:

по правой среднеключичной линии - 11,5 см

по правой окологрудинной линии - 9 см

по правой реберной дуге - 7 см

При пальпации пузырная точка, эпигастральная зона, холедо-панкреатическая зона, точка диафрагмального нерва, акромиальная точка, точка лопаточного угла, позвоночная точка безболезненны.

При перкуссии живота укорочения перкуторного звука нет. Симптом волны, симптом Менделя, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательны.

Видимого на глаз увелечения селезенки нет. При ориентировочной перкуссии по передней брюшной стенке слева укорочения перкуторного звука нет.

При пальпации селезенка не определяется. При топографической перкуссии селезенка занимает область 9,10,11 ребер.

Д 2иагноз

ИБС: острый крупнооочаговый нетрансмуральный передне-перегородоч-но-верхушечный инфаркт миокарда. Атеросклероз коронарных сосудов.

2План обследования:

Лабораторные исследования

- ОАК

- ОАМ

- БАК: АСТ, АЛТ КФК, ЛДГ в динамике

- 7 -

- сахар, мочевина, билирубин, ХЛ в крови и моче

- электролиты крови

- коагулограмма

Инструментальные исследования

- ЭКГ в динамике

- рентгенография органов грудной клетки

- эхокардиографическое исследования

- круглосуточное мониторинговое наблюдение в остром периоде ин-

фаркта

2План лечени 0я 2:

- режим стационарный (постельный режим, достаточный сон, отказ от перегрузок).

- диета стол N 10 (ограничение обогащенных солями и холестерином блюд. Достаточное количество витаминов, микроэлементов. Пища, со-держащая К - курага и пр.)

- антикоагулянтная терапия (для предотвращения тромботических ос-ложнений, повышения коагулирующих свойств крови)

- препараты, улучшающие обменные процессы в миокарде, поддерживаю-

щие нормальную концентрацию К и Мg

- для ограничения периинфарктной зоны, снижения притока крови к

сердцу, релаксации сердечной мышцы, уменьшения сопротивления коро-

нарных сосудов кровотоку - препараты из группы нитратов продленно-

го действия

- для предупреждения и профилактики нарущений сердечного ритма -

селективные бетта-адреноблокаторы

- для улучшения реологии крови + противовоспалительное действие -

препараты из группы НПВС

2Результаты лабораторных и инструментальных исследований

16.12.97 Анализ крови

Эритроциты - 4,72\*10^12/л

Hb - 150 г/л

ЦП 0,9

Лейкоциты - 7,9\*10^9/л

СОЭ - 8 мм/час

Лейкоцитарная формула - э1% п4% с57% л32% м6%

16.12.97 Анализ мочи темная, мутноватая, плотность - 1,014, белок - отриц.

- 8 -

сахар - отриц.

лейкоциты 2-3 в п/з

эритр. 3-4 в п/з

ацетон - отсутствует

желчные пигменты - положит.

17.12.97 Биохимия крови

билирубин 21,4 ммоль/л

прямой 4,3 ммоль/л

непрямой 17,1 ммоль/л

ХЛ 3,87 ммоль/л

СРП 1+

17.12.97 Исследование сыворотки крови

Активность трансаминаз АСТ 0,41 ммоль\*ч/л

АЛТ 0,25 ммоль\*ч/л

17.12.97 Электролиты

Na 140,2 ммоль/л

К 3,93 ммоль/л

17.12.97 ВСК

6.00 - 14'

17.00 - 14'

17.12.97 Сахар крови

8.00 3,4 ммоль/л

15.12.97 ЭКГ исследование (в динамике)

На электрокардиограмме в отведениях I, II, aVL, V1-V6:

смещение интервала S-T куполом кверху, зубец Т снижен и непосредс-твенно сливается с интервалом S-T. синусовая брадикардия, частичная блокада правой и полная блокада передней ветви левой ножки пучка Гисса.

Заключение:

Нетрансмуральный передне-перегородочно-верхушечный инфаркт миокар-да в стадии повреждения.

17.12.97

На электрокардиограмме в отведениях I, II, aVL, V1-V6:

появление патологического зубца Q, уменьшение зубца R, куполооб-разное смещение интервала S-T кверху от изолинии, отрицательный зубец Т.

Заключение:

Нетрансмуральный передне-перегородочно-верхушечный инфаркт миокар-

- 9 -

да в острой стадии.

20.12.97

На электрокардиограмме в отведениях I, II, aVL, V1-V6:

интервал S-T на изолинии, слабо отрицательный зубец Т.

Заключение:

Нетрансмуральный передне-перегородочно-верхушечный инфаркт миокар-да в подострой стадии.

##### 2Данные наблюдения за болльным

Дата Течение заболевания Назначения

17.12.97 Дневник - см. Status praesens 1)стац. режим

2)стол N 10

3)S. Glucosae 200,0

18.12.97 Жалобы на головную боль разлитого ха- Panangini 10,0

рактера. Состояние удовлетворительное. Insulini 6 ed

Объективно: в/в кап.

ЧСС 68 в', пульс = ЧСС, удовлетворите- 4)Heparini 5000 ed

льных качеств. АД 120/80 мм рт. ст. 3 р/д в/м

Дыхание везикулярное, хрипов нет. 5)T.Corgard 20 mg

Живот мягкий, б/б. 1/2т 2р/д

Стул, диурез в N. 6)T. Aspirini 0,25

3 р/д

19.12.97 Жалобы на головную боль разлитого ха-

рактера. Состояние удовлетворительное.

Объективно:

ЧСС 66 в', пульс = ЧСС, удовлетворите- те же

льных качеств. АД 120/80 мм рт. ст.

Дыхание везикулярное, хрипов нет.

Живот мягкий, б/б.

Физиогогические отправления в норме.

20.12.97 Предъявляет жалобы на умеренные боли за

грудиной.

Состояние относительно удовлетворительное.

Объективно:

ЧСС 70 в', пульс = ЧСС, удовлетворите- те же

льных качеств. АД 115/80 мм рт. ст.

Дыхание везикулярное, хрипов нет.

Живот мягкий, б/б.

Стул, диурез в N.

21.12.97 Жалоб не предъявляет.

Состояние удовлетворительное, без динамики.

- 10 -

Объективно:

ЧСС 68 в', пульс = ЧСС, удовлетворите- те же льных качеств. АД 120/80 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, хрипов нет.

Живот мягкий, б/б.

Стул, диурез в N.

22.12.97 Жалоб не предъявляет.

Состояние удовлетворительное.

Объективно:

ЧСС 68 в', пульс = ЧСС, удовлетворите- те же

льных качеств. АД 120/80 мм рт. ст.

Дыхание везикулярное, хрипов нет.

Живот мягкий, б/б.

Стул, диурез в N.

2Эпикриз:

Больной x 48 лет был доставлен маши-ной скорой помощи в экстренном порядке в ПИТ терапевтического от-деления 1-й Советской больницы 15 декабря 1997, где и находится по настоящее время.

При поступлении предъявлял жалобы:

на интенсивные боли в околосердечной области, за грудиной режущего, «кинжального» характера, непроходящие в течении 30-40 минут, соп-ровождающуюся холодным потом, резкую слабость, . Эти данные, а именно - характер болевого симптома, его локализация и длительность укладываются в типичную клиническую картину и поз-волили нам диагносцировать наличие у больного острого инфаркта мио-карда.

Наличие в прединфарктном периоде приступов стенокардии, характери-зующихся длительностью до часа и более, интенсивностью болевого приступа позволяют сделать предположение о крупноочаговом мнфаркте миокарда.

Принадлежность больного к мужскому полу, а также возрастной крите-рий - 48 лет позволяют предположить также в данном случае атероск-лероз коронарных сосудов.

2Из РЕЗУЛЬТАТОВ ЛАБОРАТОРНЫХ  0

АСТ 0,41 ммоль/ч\*л АЛТ 0,25 ммоль\*ч/л

СРП 1 (в норме отсутствует)

Это говорит о гиперферментии, что свидетельствует пользу нашего диагноза.

2И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ 0 относятся патогномоничные измене-

- 11 -

ния на ЭКГ: смещение сегмента ST выше изолинии, последующее его снижение (в динамике) и формирование отрицательног зубца Т в отве-дениях I II aVL V1-V6 и пр., позволяющие сделать заключение:

На электрокардиограмме: синусовая брадикардия, частичная блокада правой и полная блокада передней ветви левой ножки пучка Гисса. Нетрансмуральный передне-перегородочно-верхушечный инфаркт миокар-да в подострой стадии - дают нам право поставить окончательный диагноз:

ИБС: острый крупнооочаговый нетрансмуральный передне-перегородоч-но-верхушечный инфаркт миокарда. Атеросклероз коронарных сосудов. К особенностям течения заболевания у нашего больного стоит отнести благоприятное его течение и быструю положительную динамику на ЭКГ. По-видимому, это связано со спонтанным тромболизисом, что и нашло отражение в данной клинической картине.

Учитывая вышеизложенное, больному был рекомендован следующий курс лечения:

- режим стационарный (постельный режим, достаточный сон, отказ от перегрузок).

- диета стол N 10 (ограничение обогащенных солями и холестерином блюд. Достаточное количество витаминов, микроэлементов. Пища, со-держащая К - курага и пр.)

- антикоагулянтная терапия (для предотвращения тромботических ос-ложнений, повышения коагулирующих свойств крови) Heparini 20000 ED в/в одномоментно последующие введения Heparini 5000 ED \* 3р/день в/м - препараты, улучшающие обменные процессы в миокарде, поддерживаю-щие нормальную концентрацию К и Мg (поляризующая смесь)

Sol. Glucasae 200,0 ¦

Panangini 10,0 ¦ в/в кап.

Insulini 6 ED ¦

- для ограничения периинфарктной зоны, снижения притока крови к

сердцу, релаксации сердечной мышцы, уменьшения сопротивления коро-

нарных сосудов кровотоку

T. Nitrosorbidi 20 mg 1т. \* 4р/день

- для предупреждения и профилактики нарущений сердечного ритма -

селективные бетта-адреноблокаторы

T. Corgard 20 mg 1/2т. \* 2р/день

- для улучшения реологии крови + противовоспалительное действие

T. Aspirini gj 0,25 \*3р/день

Целью дальнейшего пребывания в стационаре является проведение вы-шеописанного курса лечения и подготовка к проведению периода реа-билитации в санатории «Октябрьское ущелье».

- 12 -

Прогноз относительно жизни благоприятный, так как больной на дан-ный момент находится в неугрожающем жизни состоянии, прогноз отно-сительно выздоровления также благоприятный, учитывая положительную динамику процесса, относительно молодой возраст больного. Прогноз для работоспособности: так как деятельность больного (шофер) свя-зана с длительным напряжением зрительного и слухового аппарата - важно решить вопрос о его дальнейшем трудоустройстве. Нужно реко-мендовать больному поискать более спокойную работу.

# 2ЛИТЕРАТУРА

## 1) Введение в общую терапию

Н.А.Ардамацкий

Саратов, 1991

## 2) Диагностический справочник терапевта

А.А.Чиркин, А.Н.Окороков

Минск, 1993

## 3) Внутренние болезни

под ред. А.С.Сметнева

Москва, 1982

## 4) Курс лекций по госпитальной терапии