ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 66 лет.

Образование среднее техническое.

Профессия:наладчик станков.

Место жительства:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Поступил в больницу \_\_\_\_\_\_\_ 5 октября 1996 г.

Диагноз при поступлении:ишемическая болезнь сердца.

 ЖАЛОБЫ

Боли за грудиной давящего характера, иррадиирующие в спину,

продолжительностью около 2 ч, не купирующиеся нитропрепара-

тами, холодный пот, головокружение, потеря сознания.

Связывает с предшествовавшей физической нагрузкой.

 ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

5 октября 1992 г. пациент почувствовал боли за грудиной давящего

характера, иррадиирующие в спину, продолжительностью около 1,5 ч,

не купирующиеся нитропрепаратами, холодный пот, головокружение,

потерю сознания. С этими симптомами был госпитализирован в карди-

ологическое отделение больницы N 26. Провели следующие диагности-

ческие исследования:

ЭКГ, где была выявлена синусовая брадикардия, гипертрофия левого

желудочка, субэпикардиальные изменения;

эхокардиография, где была выявлена дилятация полости левого желу-

дочка;

рентгенография грудной клетки, на которой была видна увеличенная

тень левого желудочка;

общий и биохимический анализ крови, анализ мочи.

На основании результатов исследований был поставлен диагноз:

ишемическая болезнь сердца, острый крупноочаговый инфаркт миокарда

от 5.10.92. Проведено лечение: гепаринотерапия, инъекции анальги-

на, димедрола, изодинита, коринфара; сложные капли с дионином, три-

ампур, панангин, гипотиазид, аспирин, бутадион. После проведенного

в течение месяца курса лечения отметилось улучшение: исчезли симп-

томы стенокардии, больной мог полностью сам обслуживать себя, был в

состоянии подниматься на 1-2 лестничных пролета, ежедневно совер-

шал прогулки по территории больницы. 31 октября 1992 г. больной

был выписан.

В период с ноября 1992 г. по октябрь 1996 г. больного беспокоили

приступы стенокардии (давящие боли за грудиной, иррадиирующие в

левую руку, продолжительностью около 10 мин), в основном связан-

ные с физической нагрузкой, иногда в покое, успешно купировавши-

еся нитросорбидом.

5 октября 1996 г. поступил в реанимационное отделение Елизаве-

тинской больницы с жалобами на боли за грудиной давящего харак-

тера, иррадиирующие в спину, холодный пот, удушье, головокруже-

ние, потерю сознания. После реанимационных процедур отметилось

улучшение состояния больного и он был переведен в инфарктное

отделение.

В 1981 г. во время обследования в районной поликлинике, куда

больной обратился с жалобами на сердцебиение, было выявлено по-

вышение АД в течение нескольких дней (160/95 мм рт.ст.). На ЭКГ

изменений не обнаружено. Больному рекомендовали принимать гипо-

тензивные препараты. В период с 1981 г. по 1986 г. пациент не

обследовался. Осенью 1986 г. вновь обратился к терапевту рай-

онной поликлиники с жалобами на сердцебиение. При обследовании

было обнаружено периодическое повышение АД до 160/95 мм рт.ст.

с последующим понижением до 120/80 мм рт.ст., небольшой акцент

II тона над аортой, ЭКГ без изменений, на основании чего поста-

вили диагноз: гипертоническая болезнь I ст., пограничная артери-

альная гипертензия. Больному назначили гипотензивные препараты.

В октябре 1992 г. на основании результатов обследования в

больнице N 26, где больной находился на лечении в связи с ИБС

(АД = 160/100 мм рт.ст. в течение нескольких недель, на ЭКГ от

6.10.92 признаки гипертрофии левого желудочка; на эхокардиограмме

от 10.10.92 признаки дилятации левого желудочка; на рентгенограмме

увеличенная тень левого желудочка), был поставлен диагноз: гипер-

тоническая болезнь II ст., мягкая артериальная гипертензия. Боль-

ному были назначены гипотензивные препараты: бета-адреноблокаторы

(анаприлин), диуретики (фуросемид), периферические вазодилататоры

(апрессин, гидролазин, миноксидил), антагонисты кальция (нифедипин,

дилтиазем). В период с 1992 по октябрь 1996 г. пациент не обследо-

вался. 6 октября 1996 г. при обследовании в Елизаветинской боль-

нице было зарегистрировано АД=120/80 мм рт.ст.

Весной 1994 г. в связи с жалобами на похолодание конечностей

больной был госпитализирован в хирургическое отделение клиники

1-го медицинского института, где были проведены следующие

диагностические исследования: рентгенография нижних конечностей,

общий и биохимический анализ крови, общий анализ мочи и проба по

Зимницкому. На основании полученных результатов был поставлен

диагноз - облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей.

В качестве оперативного лечения была проведена ампутация левого

бедра, после чего назначены внутривенные инъекции сосудорасширяю-

щих средств, средств, улучшающих микроциркуляцию и реологию крови

(трентал, адельфан, реополиглюкин). После проведенного лечения

наступило улучшение и больной выписался.

 ИСТОРИЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО

Родился 5 июня 1930 г. в Калининской области в семье рабочих.

С раннего детства рос и развивался нормально. По умственному и

физическому развитию от своих сверстников не отставал. В 1936 г.

переехал в г.Ленинград. С 8 лет пошел в школу.

Питание регулярное, калорийное.

После окончания средней школы и получения технического образова-

ния пошел в армию, где прослужил 8 лет.

В 1954 г. вернулся в г.Ленинград, поступил на работу на фабрику

им.Желябова наладчиком станков, затем перешел на фабрику "Красный

маяк", где работал в 3 смены. Профессиональная вредность - шум.

В возрасте 65 лет вышел на пенсию.

Женат. В возрасте 28 лет родился здоровый ребенок.

Простудными заболеваниями болел редко.

Эпидемиологический анамнез. Инфекционные заболевания, контакт с

инфекционными больными, а также туберкулез и венерические болезни

отрицает. В неблагоприятные в эпидотношении районы России не выез-

жал.

Семейный анамнез.Мать и сестра страдали гипертонической болезнью.

Вредные привычки:больной курит в течение 54 лет по 20 сигарет в

день. Алкоголь и наркотики не употребляет. Чай пьет умеренной кре-

пости, кофе по утрам.

Страховой анамнез. Пенсионер, не работает. Инвалид II группы.

Аллергологический анамнез. Аллергических реакций на какие-либо

препараты не наблюдалось.

 ОБЪЕКТИВНЫЙ СТАТУС

Состояние больного удовлетворительное. Сознание сохранено. Тем-

пература тела нормальная. Рост 176 см, вес 65 кг, конституциональ-

ный тип - нормостенический.

Положение активное, выражение лица без особенностей. Кожа розова-

того цвета, нормальной влажности, тургор сохранен. Сыпей, кровоиз-

лияний и рубцов нет. Подкожная клетчатка выражена умеренно. Отеков

нет. Слизистые чистые, бледно-розового цвета.

Лимфатические узлы не пальпируются за исключением паховых.

Щитовидная железа нормальной величины, мягкой консистенции.

Мышечная система: общее развитие умеренное. Болезненности при ощу-

пывании нет. Суставы нормальной конфигурации, подвижны, при паль-

пации безболезненны.

Форма черепа - мезоцефалическая.

Форма грудной клетки нормальная; осанка нормальная.

Сердечно-сосудистая система. При ощупывании локтевой, лучевой,

подмышечной, подключичной и сонной артерий отмечается пульсация.

Пульсацию бедренной, задней берцовой, тыльной артерии стопы обна-

ружить не удалось. Частота пульса 46 ударов в минуту, ритмичный,

хорошего наполнения. АД - 120/70 мм рт.ст.

Верхушечный толчок пальпаторно не определяется.

Границы относительной сердечной тупости: правая - в IV межре-

берье - правый край грудины; верхняя - III межреберье; левая -

в V межреберье на 0,5 см кнутри от l.mediaclavicularis sinistra.

Границы абсолютной сердечной тупости: правая - в IV межреберье -

левый край грудины. Верхняя - по нижнему краю IV реберного хряща.

Левая - V межреберье по парастернальной линии.

Аускультация: I тон на верхушке ослаблен, выслушивается систоли-

ческий шум, проводящийся в левую подмышечную ямку. На основании

II тон громче I.

Дыхательная система. Дыхание через нос. Отделяемого из носа нет.

Голос тихий. Дыхание ровное, глубокое, 18 дыхательных движений в

минуту. Тип дыхания брюшной. Голосовое дрожание определяется.

Границы легких при перкуссии: верхний пункт стояния верхушек спе-

реди - на 3 см выше ключицы, сзади - на уровне VII шейного позвон-

ка.

Нижние границы:

 справа слева

 l.parasternalis VI ребро -

 l.mediaclavicularis нижний край VI ребра -

 l.axillaris anterior VII ребро VII ребро

 l.axillaris media VIII ребро IX ребро

 l.axillaris posterior IX ребро IX ребро

 l.scapularis X ребро X ребро

 l.paravertebralis XI ребро XI ребро

 Поля Кренига 4 см 4 см

 Подвижность

 легочного края 6,5 см 9 см

При сравнительной перкуссии изменений нет. Аускультативно выслу-

шивается жесткое дыхание. Дыхательных шумов и хрипов нет.

Бронхофония определяется.

Пищеварительная система. Язык не обложен. Слизистая полости рта

розового цвета, миндалины не увеличены. Живот правильной формы.

Кожные покровы бледно-розового цвета. Сосуды не расширены.

Живот принимает участие в акте дыхания. При поверхностной паль-

пации мягкий, безболезненный.

При глубокой скользящей пальпации по методу Образцова в левой

подвздошной области на протяжении 15 см пальпируется сигмовидная

кишка в виде гладкого, умеренно плотного тяжа; она безболезненна,

легко смещается, не урчит, вяло и редко перистальтирует. В правой

подвздошной области пальпируется слепая кишка в форме гладкого

мягкоперистальтического, несколько расширенного книзу цилиндра;

она безболезненна, умеренно подвижна, урчит при надавливании. Во-

сходящий и нисходящий отделы толстой кишки пальпируются соответст-

венно в правом и левом фланках живота в виде подвижных умеренно

плотных, безболезненных цилиндров. Поперечная ободочная кишка опре-

деляется в пупочной области в виде поперечно лежащего, дугообразно

изогнутого книзу, умеренно плотного цилиндра; она безболезненна,

легко смещается вверх и вниз. На 2-4 см выше пупка прощупывается

большая кривизна желудка в виде гладкого, мягкого, малоподвижного,

безболезненного валика, идущего поперечно по позвоночнику в обе

стороны от него.

Печень пальпируется у края реберной дуги.

Границы по Курлову 10-9-7 см.

Селезенку пропальпировать не удалось. При перкуссии: верхний по-

люс - IX ребро; нижний полюс - Х ребро.

Мочевыделительная система. Поясничная область без выпячиваний и

отечности. Кожные покровы бледно-розового цвета. Почки пропаль-

пировать не удалось; при поколачивании по пояснице область почек

безболезненна.

 ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

На основании жалоб больного на боли за грудиной давящего характе-

ра, иррадиирующие в спину, продолжительностью около 2 ч, не купи-

рующиеся нитропрепаратами, холодный пот, головокружение;

на основании данных анамнеза заболевания, которые говорят о том,

что подобные симптомы уже были у больного в октябре 1992 г., он

был доставлен в клинику, где диагностировали инфаркт миокарда;

на основании данных анамнеза жизни, в котором сказано, что боль-

ной работал в 3 смены, много курил, подвергался воздействию шума

на рабочем месте, у больного имеется артериальная гипертензия на

протяжении 15 лет;

на основании данных объективного осмотра: ослабление I тона на

верхушке, систолический шум на верхушке, проводящийся в левую

подмышечную область, -

можно поставить предварительный диагноз основного заболевания:

ИБС: острый повторный инфаркт миокарда от 5.10.96. Постинфарктный

кардиосклероз (острый инфаркт миокарда от 5.10.92).

На основании жалоб больного на головокружения, сердцебиение;

на основании данных анамнеза заболевания, где сказано о том,

что больной в течение 10 лет страдает гипертонической болезнью

(АД = 160/100 мм рт.ст.), а с 8.10.96 и в последующие дни было

зарегистрировано АД=120/80 мм рт.ст.;

на основании данных анамнеза жизни, которые говорят, что мать и

сестра больного страдали гипертонической болезнью;

на основании данных объективного осмотра: расширение границ

сердца влево, -

можно поставить предварительный диагноз основного заболевания:

гипертоническая болезнь III ст., мягкая артериальная гипертензия.

На основании жалоб больного на похолодание конечностей;

на основании данных анамнеза заболевания, где сказано, что у

больного был ранее выявлен облитерирующий атеросклероз артерий

нижних конечностей, в связи с чем проведена ампутация бедра;

на основании данных анамнеза жизни, где говорится, что больной

работал в 3 смены, курил в течение 54 лет, испытывал воздействие

шума на рабочем месте;

на основании данных объективного осмотра: ослабление пульсации

бедренной, задней берцовой, тыльной артерии стопы, -

можно поставить предварительный диагноз сопутствующего заболева-

ния: облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей; ам-

путация левого бедра от 1994 г.

Предварительный диагноз:

Основное заболевание:

ИБС: острый повторный инфаркт миокарда от 5.10.96. Постинфарктный

кардиосклероз (острый инфаркт миокарда от 5.10.92).

Сопутствующие заболевания:

Гипертоническая болезнь III ст., мягкая артериальная гипертензия.

Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей; ампутация

левого бедра от 1994 г.

 ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

Лабораторные: анализ крови общий и биохимический, анализ мочи;

Инструментальные: ЭКГ, эхокардиография, рентгенография грудной

клетки.

 ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Анализ крови общий от 5.10.96: эритроциты - 4,0\*10 /л,

Hb - 117 г/л, лейкоциты - 8,3\*10 /л, СОЭ - 10 мм/ч, ЦП - 0,93.

Палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные - 65%,

эозинофилы - 4%, лимфоциты - 21%, моноциты - 9%.

Анализ крови общий от 8.10.96: эритроциты - 4,0\*10 /л,

Hb - 120 г/л, лейкоциты - 6,4\*10 /л, СОЭ - 16 мм/ч, ЦП - 0,9.

Палочкоядерные нейтрофилы - 5%, сегментоядерные - 60%,

эозинофилы - 4%, лимфоциты - 25%, моноциты - 6%.

Биохимический анализ крови от 5.10.96: АЛТ - 0,5 ммоль/л;

АСТ - 0,4 ммоль/л; билирубин: общий - 9 мкмоль/л;

прямой - 3 мкмоль/л, непрямой - 6 мкмоль/л; сахар - 2,8 ммоль/л;

мочевина - 6,5 ммоль/л; креатинин - 188 мкмоль/л;

фибриноген - 4,5 г/л; протромбин - 79%; тромботест - IV ст.

Биохимический анализ крови от 8.10.96: АЛТ - 0,1 ммоль/л;

АСТ - 0,4 ммоль/л.

Биохимический анализ крови от 9.10.96: сахар - 4,4 ммоль/л.

Анализ мочи от 5.10.96: уд.вес 1020; реакция кислая; белок - 0;

эпителий плоский - 1; лейкоциты - 0-2 в поле зрения.

ЭКГ от 5.10.96: AVL - отрицательный зубец Т; V2 - Т изоэлектричен;

V4 - Т слабоположительный; V1, V2 - R отрицательный; QRS расширен;

ST - косонисходящий.

Синусовая брадикардия; блокада левой ножки пучка Гиса.

ЭКГ от 6.10.96: глубокий S во II отведении.

На фоне синусовой брадикардии эпизод ПБЛНПГ, с частыми

групповыми желудочковыми экстрасистолами (2-3).

ЭКГ от 8.10.96: Р - 0,10 с; R-R - 1,10 с; P-Q - 0,16 с;

QRS - 0,11 с; QT - 0,42 с. ЧСС = 55 уд/мин.

В отведениях V2-V5 отрицательный Т; V6 - Т изоэлектричен.

Синусовая брадикардия; гипертрофия левого желудочка, динамика

острых очаговых проникающих изменений передне-боковой локализации.

ЭКГ от 9.10.96: Р - 0,10 с; R-R - 1,32 с; P-Q - 0,20 с; QRS -

0,11 с; QT - 0,46 с. ЧСС = 47 уд/мин.

В отведениях V2-V4 Т отрицательный изменился на положительный;

V5 - Т изоэлектричен; V6 - Т слабоположительный.

ЭКГ от 10.10.96: Р - 0,10 с; R-R - 1,42 с; P-Q - 0,20 с;

QRS - 0,10 с; QT - 0,46 с. ЧСС = 40 уд/мин.

Синоаурикулярная блокада II ст. Неотчетливая закономерная

динамика острых очаговых проникающих изменений боковой стенки.

ЭКГ от 15.10.96: Р - 0,10 с; R-R - 1,60-1,30 с; P-Q - 0,16 с;

QRS - 0,10 с; QT - 0,48 с. ЧСС = 38 уд/мин.

Углубление зубца Q в V3-V6. Синусовая брадикардия.

Эпизоды синоаурикулярной блокады II ст.

 ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

На основании жалоб больного на боли за грудиной давящего характе-

ра, иррадиирующие в спину, продолжительностью около 2 ч, не купи-

рующиеся нитропрепаратами, холодный пот, головокружение;

на основании данных анамнеза заболевания, которые говорят о том,

что подобные симптомы уже были у больного в октябре 1992 г., он

был доставлен в клинику, где диагностировали инфаркт миокарда;

на основании данных анамнеза жизни, в котором сказано, что боль-

ной работал в 3 смены, много курил, подвергался воздействию шума

на рабочем месте, у больного имеется артериальная гипертензия на

протяжении 15 лет;

на основании данных объективного осмотра: ослабление I тона на

верхушке, систолический шум на верхушке, проводящийся в левую

подмышечную область;

на основании данных лабораторных исследований: лейкоцитоз в первые

сутки (5.10.96 лейкоциты - 8,3\*10 /л), повышение СОЭ на 3 сутки

(8.10.96 СОЭ - 16 мм/ч);

на основании данных инструментальных исследований: отрицательный

зубец Т на ЭКГ от 5.10.96, 8.10.96, 9.10.96; отрицательный зубец R

на ЭКГ от 5.10.96; расширение комплекса QRS на ЭКГ от 5.10.96;

косонисходящий интервал ST на ЭКГ от 5.10.96, -

можно поставить окончательный диагноз основного заболевания:

ИБС: острый повторный передний непроникающий инфаркт миокарда от

5.10.96. Постинфарктный кардиосклероз (острый инфаркт миокарда от

5.10.92).

На основании данных инструментальных исследований: расширение

интервала R-R на ЭКГ с 8.10.96 по 15.10.96, -

можно поставить окончательный диагноз осложнения: синоаурикулярная

блокада II степени.

На основании жалоб больного на головокружения, сердцебиение;

на основании данных анамнеза заболевания, где сказано о том,

что больной в течение 10 лет страдает гипертонической болезнью

(АД = 160/100 мм рт.ст.), а с 8.10.96 и в последующие дни было

зарегистрировано АД=120/80 мм рт.ст.;

на основании данных анамнеза жизни, которые говорят, что мать и

сестра больного страдали гипертонической болезнью;

на основании данных объективного осмотра: расширение границ

сердца влево;

на основании данных инструментальных исследований: косонисходя-

щий интервал ST на ЭКГ от 5.10.96; отрицательный зубец Т на ЭКГ

от 5.10.96, 8.10.96, 9.10.96, -

можно поставить окончательный диагноз основного заболевания:

гипертоническая болезнь III ст., мягкая артериальная гипертензия.

На основании жалоб больного на похолодание конечностей;

на основании данных анамнеза заболевания, где сказано, что у

больного был ранее выявлен облитерирующий атеросклероз артерий

нижних конечностей, в связи с чем проведена ампутация бедра;

на основании данных анамнеза жизни, где говорится, что больной

работал в 3 смены, курил в течение 54 лет, испытывал воздействие

шума на рабочем месте;

на основании данных объективного осмотра: ослабление пульсации

бедренной, задней берцовой, тыльной артерии стопы, -

можно поставить окончательный диагноз сопутствующего заболева-

ния: облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей; ам-

путация левого бедра от 1994 г.

Окончательный клинический диагноз:

Основное заболевание:

ИБС: острый повторный передний непроникающий инфаркт миокарда от

5.10.96. Постинфарктный кардиосклероз (острый инфаркт миокарда от

5.10.92).

Гипертоническая болезнь III ст., мягкая артериальная гипертензия.

Осложнение:

Синоаурикулярная блокада II ст.

Сопутствующее заболевание:

Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей; ампутация

левого бедра от 1994 г.

Для уточнения диагноза необходимо провести эхокардиографию, рент-

генографию грудной клетки. Данные обследования не были проведены.

 ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Инфаркт миокарда следует дифференцировать со стенокардией, рас-

слаивающей аневризмой аорты и некоторыми др. заболеваниями.

1.Дифференциальный диагноз инфаркта миокарда и стенокардии.

 Инфаркт миокарда Стенокардия

 Характер боли Частые приступы или При физической нагрузке

 затяжной приступ и в покое

 Действие нитро- неэффективно или эффективно

 препаратов малоэффективно

 Продолжительность

 болей 30 мин и более 5-10 мин

 Снижение АД + -

 Анализ крови:

 лейкоцитоз до 8\*10 /л 1-2 дня нет

 СОЭ, мм/ч повышается до 20 на не повышается

 2 неделе

 Гиперферментемия КФК - через 6-8 ч отсутствует

 ЛДГ - через 24-48 ч

 ЛДГ1 - через 8-12 ч

 АСТ - через 8-12 ч

 Признаки на ЭКГ при проникающем: ишемические изменения:

 появление патологи- ST повышается или пони-

 ческого Q, исчезно- жается, реверсия Т

 вение или уменьшение

 R; ST на изолинии.

 при непроникающем:

 RST выше или ниже

 изолинии и(или) раз-

 нообразные патологи-

 ческие изменения Т

2.Дифференциальный диагноз инфаркта миокарда и расслаивающей анев-

ризмы аорты.

 Инфаркт миокарда Расслаивающая

 аневризма аорты

 Действие нитро- Неэффективно или Малоэффективно

 препаратов малоэффективно

 Данные анамнеза Приступы стенокардии Высокая и стойкая арте-

 риальная гипертензия

 Боль Давящая или сжимающая За грудиной, мигрирую-

 за грудиной щая в спину, поясницу,

 брюшную полость

 Одышка Выражена при астмати- Часто

 ческом варианте

 Рвота Может быть Редко

 Данные физикаль- Приглушение тонов, на- Снижение АД, систоло-

 ного обследования рушение ритма, сниже- диастолический шум на

 ние АД аорте, исчезновение

 пульса на a.radialis

 Признаки на ЭКГ при проникающем: Снижение сегмента ST,

 появление патологи- зубца Т

 ческого Q, исчезно-

 вение или уменьшение

 R; ST на изолинии.

 при непроникающем:

 RST выше или ниже

 изолинии и(или) раз-

 нообразные патологи-

 ческие изменения Т

 Гиперферментемия КФК - через 6-8 ч Отсутствует

 ЛДГ - через 24-48 ч

 ЛДГ1 - через 8-12 ч

 АСТ - через 8-12 ч

 Данные рентгеноло- Нехарактерны Расширение одного из

 гического исследо- отделов аорты

 вания

 ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

Морфологическое исследование сердца у больных, умерших от инфаркта

миокарда, подтверждает различную выраженность атеросклероза коро-

нарных артерий.

Можно выделить три основные зоны изменений миокарда при инфаркте:

очаг некроза, пренекротическую зону и область сердечной мышцы, от-

даленную от зоны некроза. Через 6-8 ч после начала заболевания по-

являются отек интерстициальной ткани, набухание мышечных волокон,

расширение капилляров со стазом крови в них. Через 10-12 ч эти из-

менения становятся более отчетливыми. К ним присоединяются краевое

стояние лейкоцитов, эритроцитов в сосудах, диапедезные кровоизлия-

ния по периферии пораженного участка.

К концу первых суток мышечные волокна набухают, очертания их исче-

зают, саркоплазма приобретает глыбчатый характер, ядра разбухают,

делаются пикнотичными, плотными, бесструктурными. Стенки артерий в

зоне инфаркта миокарда набухают, просвет заполнен гомогенизирован-

ной массой эритроцитов. На периферии зоны некроза отмечается выход

из сосудов лейкоцитов, образующих демаркационную зону.

В пренекротической области миокарда преобладают дистрофические из-

менения мышечных волокон, проявляющиеся внутриклеточным отеком,

деструкцией энергообразующих структур митохондрий.

Уже через 3-5 ч после развития инфаркта миокарда в сердечной мышце

наступают тяжелые, необратимые изменения структуры мышечных воло-

кон с их гибелью.

Исходом некроза миокарда является образование соединительнотканно-

го рубца.

 ЭТИОЛОГИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Среди непосредственных причин развития инфаркта миокарда следует

назвать длительный спазм, тромбоз или тромбоэмболию венечных арте-

рий сердца и функциональное перенапряжение миокарда в условиях

атеросклеротической окклюзии этих артерий. Этиологические факторы

атеросклероза и гипертонической болезни, прежде всего психоэмоцио-

нальное напряжение, ведущее к ангионевротичесским нарушениям, так-

же являются этиологическими факторами инфаркта миокарда.

 ПАТОГЕНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Чаще всего имеется несколько патогенных факторов по типу "порочно-

го круга": спазм коронарных артерий --> агрегация тромбоцитов -->

тромбоз и усиление спазма или тромбоз --> освобождение вазоконст-

рикторных веществ из тромбоцитов --> спазм и усиление тромбоза.

Агрегация тромбоцитов усиливается при атеросклеротическом пораже-

нии сосудов. Дополнительным фактором, способствующим тромбозу, яв-

ляется замедление скорости кровотока в стенозированных коронарных

артериях или при спазме коронарных артерий.

При ишемии миокарда происходит стимуляция симпатических нервных

окончаний с последующим высвобождением норадреналина и стимуляцией

мозгового слоя надпочечников с выбросом в кровь катехоламинов.

Накопление недоокисленных продуктов обмена при ишемии миокарда ве-

дет к раздражению интерорецепторов миокарда или коронарных сосу-

дов, что реализуется в виде появления резкого болевого приступа,

сопровождающегося активизацией мозгового слоя надпочечников с мак-

симальным повышением уровня катехоламинов в течение первых часов

заболевания. Гиперкатехоламинемия приводит к нарушению процессов

энергообразования в миокарде. Повышение активности симпаоадренало-

вой системы, приобретающей у больных острым инфарктом миокарда

сначала компенсаторный характер, становится вскоре патогенным в

условиях стенозирующего атеросклероза венечных артерий сердца.

 ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ

Режим N 2; диета с ограничением

калорийности за счет главным образом легкоусвояемых углеводов и

жиров животного происхождения. Исключить продукты, богатые холе-

стерином и витамином D. В пищевой рацион ввести: продукты, облада-

ющие липотропным действием, растительное масло с высоким содержа-

нием полиненасыщенных жирных кислот, овощи, фрукты и ягоды (вита-

мин C и растительная клетчатка), продукты моря, богатые йодом.

Режим питания: 5-6 раз в день в умеренном количестве, ужин за 3 ч

до сна.

Лечебная физкультура. Фармакологическая терапия: для устранения

болевого синдрома - наркотические анальгетики; фентанил с дропери-

долом, наркоз закисью азота, перидуральная анестезия; тромболити-

ческая и антикоагулянтная терапия; стрептаза, стрептодеказа, гепа-

рин и непрямые антикоагулянты; для предотвращения увеличения зоны

некроза, наряду с тромболитическими препаратами и антикоагулянтами

использовать нитраты, бета-адреноблокаторы; для экстренной помощи -

сердечные гликозиды; витаминотерапия - аскорбиновая, никотиновая

кислота.

В подостром периоде основное внимание уделить мерам, направленным

на улучшение коронарного кровообращения и сердечной деятельности,

применять нитраты пролонгированного действия и непрямые антикоагу-

лянты.

 ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО

Режим N 2; диета N 10с. Фармакологическая терапия:

 Препарат Цель

1.Rp.: Tab.Nitroglicerini 0,0005 Для купирования приступа

 D.t.d.N.40 стенокардии

 S.По 1 таблетке под язык

 #

2.Rp.: Tab.Nitrosorbidi 0,005 Для улучшения кровоснабжения

 D.t.d.N.50 и метаболизма миокарда

 S.По 1 таблетке 2-3

 раза в день

 #

3.Rp.: Heparini 5 ml(25000 ED) Для снижения агрегационной

 D.S.По 1 мл внутримышечно способности тромбоцитов, ак-

 4 раза в день тивизации фибринолиза

 #

4.Rp.: Tab.Phenigidini 0,01 Для лечения гипертонической

 D.t.d.N.50 болезни

 S.По 2 таблетки 3 раза

 в день

 #

5.Rp.: Tab.Acidi ascorbinici 0,1 Витамин

 D.t.d.N.20

 S.По 1 таблетке 2-3 раза

 в день

 ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Для жизни - благоприятный;

для выздоровления - неблагоприятный;

для трудоспособности - неблагоприятный.

 ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ

Первичная: физическая активность; пища, богатая полиненасыщенными

жирными кислотами, антиатерогенными веществами; избегать эмоциональ-

ных перенапряжений, стрессов; борьба с факторами риска (ожирение,

сахарный диабет и др.); отказ от вредных привычек (курение);

умеренное употребление алкоголя (для профилактики 30-40 г в сутки);

Вторичная: лечебная физкультура; избегать тяжелых физических на-

грузок, эмоционального напряжения, стрессов; диета с пониженным

содержанием животных жиров, легкоусвояемых углеводов, богатая

полиненасыщенными жирными кислотами, антиатерогенными веществами,

растительной клетчаткой, продуктами моря; полный отказ от вредных

привычек - курения и употребления алкоголя; проживание в экологи-

чески чистой местности, частые прогулки на свежем воздухе, санатор-

но-курортное лечение. Для профилактики приступов стенокардии при-

менять нитропрепараты (нитросорбид, нитроглицерин).

 ЭПИКРИЗ

Больной Сидоров Владимир Петрович, 66 лет, поступил в Елизаветинс-

кую больницу 5.10.96 с жалобами на боли за грудиной давящего ха-

рактера, иррадиирующие в спину, продолжительностью около 2 ч, не

купирующиеся нитропрепаратами, холодный пот, головокружение,

потерю сознания. Из анамнеза известно, что больной в течение 4 лет

страдает ИБС, 5.10.92 перенес острый инфаркт миокарда. За время

нахождения в стационаре были проведены следующие диагностические

исследования: анализ крови общий и биохимический, анализ мочи,

ЭКГ. На основании полученных результатов был диагностирован острый

повторный инфаркт миокарда от 5.10.96. Проводилась терапия:

фармакологическая - нитросорбид, аспирин, коринфар;

внутривенные инъекции анальгина, сибазона, эуфиллина, глюкозы,

натрия хлорида, калия хлорида; лечебная физкультура.

В результате проведенного лечения самочувствие больного отме-

тилось улучшение: исчезли симптомы стенокардии, больной мог пол-

ностью сам обслуживать себя, был в состоянии подниматься на 1-2

лестничных пролета, ежедневно совершал прогулки по территории

больницы.

Рекомендации: лечебная физкультура; избегать тяжелых физических

нагрузок, эмоционального напряжения, стрессов; диета с пониженным

содержанием животных жиров, легкоусвояемых углеводов, богатая

полиненасыщенными жирными кислотами, антиатерогенными веществами,

растительной клетчаткой, продуктами моря; полный отказ от курения;

проживание в экологически чистой местности, частые прогулки на

свежем воздухе, санаторно-курортное лечение. Периодически наблю-

даться у кардиолога. При ощущении симптомов стенокардии принимать

нитросорбид.

 ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Основное заболевание:

ИБС: острый повторный передний непроникающий инфаркт миокарда от

5.10.96. Постинфарктный кардиосклероз (острый инфаркт миокарда от

5.10.92).

Гипертоническая болезнь III ст., мягкая артериальная гипертензия.

Осложнение:

Синоаурикулярная блокада II ст.

Сопутствующее заболевание:

Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей; ампутация

левого бедра от 1994 г.

 СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Комаров Ф.И., Кукес В.Г., Сметнев А.С. с соавт. Внутренние бо-

лезни. М.,"Медицина", 1991.

2. Карпман В.Л. Фазовый анализ сердечной деятельности. М., 1985.

3. Ланг Г.Ф. Гипертоническая болезнь. М., 1950.

4. Струков А.И., Серов В.В. Патологическая анатомия. М.,"Медици-

на", 1993.

5. Лекции по внутренним болезням. СПб, 1996.