АГМУ

#  Кафедра пропедевтики внутренних болезней

Зав. кафедрой: Буевич Е.И.

Преподаватель: Цывкина Л.П.

## История болезни

Больной: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Клинический диагноз: Ишемическая болезнь сердца, ПИКС (2000 г), стенокардия напряжения, ФК 3, НК 1, параксизмальная аритмия, трепетание предсердий. Артериальная гипертензия.

Барнаул 2002.

### Паспортные данные

####  Ф.И.О.

 Возраст. 78 лет

 Год рождения. 1924год 14 ноября

 Место работы. Пенсионер.

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

 Семейное положение. Вдовец.

 Дата поступления в больницу. 27 января 2002 года.

Время курации. 4 марта 2002 года Клинический диагноз: ИБС, ПИКС ( 2000 г ), стенокардия напряжения, ФК 3, НК 1, параксизмальная аритмия, трепетание предсердий.

 Сопутствующие заболевание: Атеросклероз аорты.

 Основной клинический диагноз: Morbus ishemicus cordis, cardiosclerosis postinfarcticus, angina pectoris, arrhythmia paraxismalis.

 **ЖАЛОБЫ НА:**

Загрудинные сдавливающие, сжимающие боли, купирующиеся приёмом нитроглицерина под язык, сопровождающиеся чувством страха смерти. Боли возникают при ходьбе по лестнице на 3й этаж, при усиленной физической нагрузке и с утра, когда резко встает с кровати; появление одышки при ходьбе через 400-500 метров и при подъёме на 2-3 этаж.

**ANAMNESIS MORBI.**

 Больным себя считает с января 1996 года, когда впервые поступил в больницу по поводу мерцательной аритмии с одышкой и болью в сердце; других клинических признаков у него не было. Никакие препараты самостоятельно не принимал, и ничем не лечился. До 2000 года явных признаков болезни не отмечает. В июне 2000 года скорой медицинской помощью был доставлен в Алтайский кардиологический центр города Барнаула с жалобами на сильные сжимающие боли за грудиной, иррадиирующие в левые плечо и руку, не купирующиеся приёмом нитроглицерина, а также сниженное АД. По ЭКГ- « инфаркт переднебоковой стенки миокарда».В АКБ больной прошёл курс лечения (чем лечили и сколько?- не помнит.) и был выписан с улучшением.

3 и 26 января 2002 года больной перенёс два приступа стенокардии, которые удалось купировать приёмом нитроглицерина. 27 января 2002 года по скорой помощи был доставлен в больницу шинного завода (БШЗ) для обследования и дальнейшего лечения.

 **ANAMNESIS VITAE.**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ родился 1924 году в Кемеровской области в крестьянской семье. Рос и развивался нормально, в умственном и физическом развитии от сверстников не отставал. Закончил 9 классов средней школы. В 1941 году ушёл на фронт. Во время войны был ранен в левое предплечье, по поводу чего была перенесена операция. После войны работал офицером в рядах Советской армии в Прибалтике, на востоке в артиллерийских и ракетных войсках. В 1968 году был уволен из рядов армии в связи с гипертонической болезни ( АД 200/140 мм рт ст), После чего продолжил работать заместителем директора. В 1990 году ушёл на пенсию.

Гемотрансфузий не проводилось.

Эпидемический анамнез: туберкулёз, болезнь Боткина, венерические заболевания отрицает.

Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Аллергологический анамнез: непереносимость лекарственных средств, бытовых веществ и пищевых продуктов не отмечает.

 **Генеалогический анамнез.**

 -сердечные заболевания.

 - бабушка и дедушка по отцовской линии пробанда.

* бабушка и дедушка по материнской линии.
* Тети и дяди по отцовской линии.
* Отец и мать пробанда.
* Дядя и тетя (последняя страдала сердечными заболеваниями)
* Пробанд и его братья и сестры.

Заключение: на основании анализа генеалогического древа наследственного характера данного заболевания у этого больного не выявлено.

**STATUS PRESENS COMMUNIS.**

Общее состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное, положение в постели активное, выражение лица веселое. Поведение больного обычное, на вопросы отвечает адекватно, легко вступает в контакт. Телосложение правильное, конституция нормостеническая, удовлетворительного питания. Рост 173 см, вес 72 кг. На правом плече и лопаточной области имеется пигментное пятно с обильным оволосенением, размерами ~ 20/10 см. Кожа сухая, тургор снижен. Тип оволосенения по мужскому типу. Волосы седые. Отеков и подкожных эмфизем нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Мышечная система развита хорошо, тонус снижен, атрофий, дефектов развития, болезненности при пальпации нет. Кости черепа , позвоночника, конечностей, грудной клетки без искривлений, с хорошей резистентностью. Движения в суставах свободны ограничений, кроме локтевого сустава левой руки (травма во время войны), нет. Щитовидная железа не увеличена.

ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ.

Носовое дыхание не затруднено. Грудная клетка правильной формы; обе половины симметричны, одинаково участвуют в акте дыхания. Дыхание ритмичное, тип брюшной. ЧД=23. Пальпация: грудная клетка безболезненна, резистентность хорошая, голосовое дрожание не изменено. При сравнительной перкуссии прослушивается ясный легочный звук. При топографической перкуссии: высота стояния верхушек легких равна 4,5 см справа и слева, ширина полей Кренига слева и справа равна 5 см.

 НИЖНИЕ ГРАНИЦЫ ЛЕГКИХ

 ЛИНИИ СПРАВА СЛЕВА

l. parasternalis 4 м/р -

l. medioclavicularis 5 м/р -

l. axilaris anterior 6 м/р 6 м/р

l. axilaris media 7 м/р 7 м/р

l. axilaris posterior 8 м/р 8 м/р

l. scapularis 9 м/р 9 м/р

l. paravertebralis 10 м/р 10 м/р

##### ПОДВИЖНОСТЬ ЛЕГОЧНОГО КРАЯ.

l. medioclavicularis 4 см -

l. axilaris media 5 см 5 см

l. scapularis 4 см 4 см

Аускультация: на месте сочленения рукоятки грудины с телом, на щитовидном хряще, на остистых отростках 1-3 шейных позвонков чётко прослушивается бронхиальное дыхание, а в стандартных точках сравнительной и топографической аускультации – везикулярное дыхание. Патологий не выявлено. Хрипов, шумов и крепитаций нет.

**СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА.**

Осмотр: патологических пульсаций (в эпигастральной области, в яремной ямке и в области сосудов шеи) не наблюдается. В области сердца патологической пульсации, сердечного горба не выявлено. Верхушечный толчок визуально не определяется.

При пальпации уплотнений по ходу вен и болезненности не обнаружено. Пульс слабый, симметричный, аритмичен, наполнение хорошее, не напряжен.

Частота пульса 110 ударов в минуту, совпадает с ритмом сердечных сокращений. Верхушечный толчок смещен от среднеключичной линии на 1-1,5 см кнаружи.

Перкуссия: ***относительной тупости сердца:***

* правая граница на 2,5 см кнаружи от правого края грудины;
* левая граница на 3,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии;
* верхняя - 3 м/р по l. Parasternalis sinistra.

 ***абсолютной тупости сердца:***

* правая граница на 2 см кнаружи от l. Parasternalis sinistra.
* Левая - 4 м/р на 3,5-4 см кнутри от l. Medioclavicularis sinistra.
* Верхняя - на 5 ребре по l. Parasternalis sinistra.

Талия подчеркнута, треугольник Боткина по площади увеличен. Ширина сосудистого пучка соответствует норме.

При аускультации 1 и 2 тоны приглушены, акцента на аорте нет. Патологий со стороны клапанного аппарата сердца не обнаружено. Шумы также не прослушиваются.

**ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА.**

При осмотре ротовой полости язык влажный, розовый, умеренно обложен белым налетом.

ЗУБНАЯ ФОРМУЛА.

|  |  |
| --- | --- |
|  0 0 к 0 0 0 к 0 8 7 6 5 4 3 2 1  |  0 0 0 0 0 0 0 0 1 2 3 4 5 6 7 8 |
|  8 7 6 5 4 3 2 1  0 0 0 к 0 0 0 0  |  1 2 3 4 5 6 7 8 0 0 0 к 0 0 к 0  |

**О** - отсутствие зуба.

**К** – корень.

Зубных протезов нет. Слизистая полости рта без особенностей. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены. Акт глотания не нарушен. Живот правильной формы, симметричен, не вздут, в акте дыхания участвует, видимых пульсаций, перистальтики желудка и кишечника нет. Выбухание в правом подреберье отсутствует.

Пальпация. Живот мягкий, расхождения прямых мышц живота, грыжевых

ворот, выпячиваний не обнаружено. Симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный. При глубокой пальпации по Образцову – Стражеско пальпируется сигмовидная кишка в левой подвздошной области в виде гладкого безболезненного тяжа. Слепую кишку пропальпировать не удалось. Другие отделы толстого кишечника и желудок не пальпируются. Поджелудочная железа и селезенка не определяются. Нижний край печени располагается по краю реберной дуги, контур ровный мягко-эластической консистенции, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9 / 8 / 7 см. Свободной жидкости в брюшной полости с помощью перкуссии и метода флюктуации не выявлено. При аускультации – шум перистальтики кишечника. Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей, обычной окраски.

**МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА.**

При осмотре поясничной области припухлости и отеков не обнаружено. Почки и мочевой пузырь не пальпируются. Мочеиспускание не затруднено, безболезненно, 3 – 4 раза в сутки. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

**НЕЙРОЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА.**

Сознание больного ясное. Навязчивых идей, аффектов, особенностей поведения нет. Полностью ориентирован в пространстве и во времени, общителен, речь правильная. Координация движений не нарушена. На внешние раздражители реагирует адекватно, интеллект средний.

Вторичные половые признаки по мужскому типу. Щитовидная железа безболезненна, с окружающими тканями не спаяна, узлов и уплотнений при пальпации не выявлено, признаков гипо- и гипертиреоза нет.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.**

На основании жалоб больного на загрудинные сдавливающие, сжимающие боли, возникающие при физической нагрузке, быстром изменении положения тела в пространстве, иррадиирующие в левое плечо, можно думать о патологических процессах затрагивающих сердечно-сосудистую систему. При осмотре выявлено, что пульс симметричный, аритмичен и соответствует ЧСС, тахикардия (110 ударов в минуту), АД 180 / 130 мм рт ст. Верхушечный толчок смещен на 1-1.5 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Перкуторно выявлено, что левая граница относительной тупости сердца смещена влево, талия подчеркнута, треугольник Боткина по площади увеличен. Аускультативно: первый и второй тоны приглушены, аритмия, тахикардия.

На основе этих данных следует, что у больного гипертрофирован левый желудочек, что характерно для гипертонической болезни. Сжимающие боли в области сердца, иррадиирующие в левое плечо, аортальная конфигурация сердца, приглушенные тоны и гипертрофия миокарда характерны для ИБС. Конечным подтверждающим фактом является то, что боли купируются приемом нитроглицерина.

На основании данных анамнеза заболевания: острый инфаркт миокарда ( июнь 2000 года.); на основании данных объективного исследования: приглушенность тонов, расширение границ сердца влево, плюс- появление одышки при ходьбе через 400-500 метров или подъёме на 2-3 этаж, - можно поставить диагноз « постинфарктный кардиосклероз, недостаточность кровообращения 1 ».

3 функциональный класс: появление болей в области сердца и одышки при подъёме на 2-3 этаж или ходьбе через 400-500 метров, купирующиеся приёмом нитроглицерина.

Таким образом, можно поставить следующий предварительный диагноз:

ИБС, ПИКС (2000 г), стенокардия напряжения, ФК III, НК I.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.**

1. Общий анализ крови ( 27.02.02.):

 Гемоглобин- 135 г/л

 Лейкоциты- 10\*10 /л

 СОЭ- 10 мм/ч

1. Общий анализ крови ( 28.02.02.):

Гемоглобин- 130 г/л

1. Анализ мочи по Нечипоренко ( 01.03.02.) :

Активные лейкоциты- нет.

 Неактивные лейкоциты- 5,75\*10 /л

 Эритроциты- нет.

 Цилиндры- нет.

1. Анализ на биохимическое содержание электролитов в сыворотке или плазме крови (01.03.02.):

Na+ - 137 ммоль/л

К+ - 4,6 ммоль/л

1. Анализ на мочевину (01.03.02.):

 Мочевина- 6,2 мкмоль/л

1. Биохимический анализ крови ( 02.03.02.):

Общий билирубин- 10,88 мкмоль/л

 АЛТ- 0,30 мкмоль/л

 АСТ- 0,20 мкмоль/л

 К+ сыворотки- 4,0 ммоль/л

 Na+ сыворотки- 137 ммоль/л

 Креатинин- 0,057 ммоль/л

 Тимоловая проба- 1,5 Ед.

 Общий холестерин- 8,3 ммоль/л

 В-липопротеиды- 4,8 г/л

 ПТИ- 94%

###### Фибриноген- 3,0 г/л

1. ЭКГ ( 27.02.02.):

Заключение: отклонение электрической оси сердца влево. Мерцание предсердий, тахикардия, параксизмальная аритмия, утолщение миокарда левого желудочка, рубцовое изменение переднебоковой стенки миокарда.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.**

1. Общий анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Биохимический анализ крови: на гомоцистеин, липидный состав.
4. Рентгенография органов грудной клетки.
5. ЭКГ.
6. Эхо-кардиография.
7. Суточное мониторирование АД.
8. Консультация узких специалистов: кардиолога, окулиста.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ.**

Клинический диагноз полностью совпадает с предварительным и подтверждается данными дополнительных методов обследования (ЭКГ, биохимические исследования).

**Клинический диагноз:** ИБС, ПИКС (2000 г.), стенокардия напряжения, ФК III, НК I, параксизмальная аритмия, трепетание предсердий.

**ПЛАН ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОГО.**

1 Свободный режим.

2 Диета №10 .

3 Медикаментозное лечение.

4 Лечебная физическая культура.

Лечебное питание заключается в ограничении общего количества жира до 80-90 гр. в сутки особенно тугоплавкие (бараний, свиной, говяжий), с включением нерафинированных растительных масел до 1/3 от общего количества употребляемого жира, которые являются источником полиненасыщенных жирных кислот, токоферола, фосфолипидов. Также включать в рацион сливочное масло до 20 гр. в день. Уменьшение потребление яиц до 3-4 штук в неделю. Включить в рацион творог, кисломолочные продукты, морские продукты (рыба, морская капуста). Мясо употреблять в отварном виде, бульон употреблять до 1-2 раз в неделю. рекомендуется употребление ягод, соков, сухофруктов (курага, чернослив, изюм), как источники солей калия. Прием пищи 5-6 раз в день малыми порциями, с последним приемом пищи за 4 часа до сна. Рекомендуется чередование диеты с разгрузочными днями.

**Медикаментозная терапия:**

1. Антиангинальные препараты – это группы препаратов различного механизма действия, влияющих на синдром стенокардии посредством изменения гемодинамических условий работы сердца или улучшения коронарного кровотока (уменьшают объем левого желудочка, снижают АД, уменьшают выброс, снижают диастолическое давление в левом желудочке, увеличивают кровоток в коллатералях, что приводит к улучшению перфузии в ишемизированной зоне, вазодилатация эндокардиальных коронарных артерий нейтрализует спазм на периферии). К таким препаратам относятся: нитросорбид, сустак – форте, тринитролонг.

 Rp: Nitrosorbidi 0,01

 D.t.d. № 50 in tab.

 S: По одной таблетке 4 раза в день за полчаса до еды.

 Rp: Sustac – forte 6,4

 D.t.d. № 20 in tab.

 S: принимать по одной таблетке 2 раза в день.

1. В – адреноблокаторы ( приемущественно В1- блокаторы). Сочетание препаратов этой группы и нитратов может нейтрализовать действие на ЧСС. В – блокаторы целесообразно применять данному больному, т.к. они снижают ЧСС, оказывают противоаритмическое действие. К таким препаратам относятся: атенолол, пропранолол, трасикор.

Rp: Propranololi 0,08

 D.t.d. № 10 in tab.

 S: Принимать по 1 таблетке 3 раза в день.

 Rp: Trasicor 0,08

 D.t.d. № 30 in tab.

 S: Принимать по 1 таблетке 3 раза в день.

1. Антагонисты кальция – оказывают противоаритмическое, антиангинальное действие – это кардиземин, верапамил, адалат.

 Rp: Verapamili 0,04

 D.t.d. № 50 in tab.

 S: Принимать по 1 таблетке 3 раза в день.

 4)Препараты улучшающие метаболизм миокарда – рибоксин, цитохром С. Препараты снижающие холистерин и липопротеиды крови – клофибрат, цетамифен.

Rp: Riboxini 0,2

 D.t.d. № 50 in tab.

 S: Принимать по 1 таблетке 3 раза вдень.

 Rp: Cytochromi C pro inectionibus 4 ml

 D.t.d. № 10 in amp.

 S: Вводить в/м по 4 мл 2 раза вдень.

1. Препараты снижающие холестерин и ЛПОНП, ЛПНП (клофибрат, цетамифен). Цетамифен – связывает часть коэнзима А, образуя фенилэтилкоэнзим А, и выступая, таким образом, в роли «ложного метаболита», препятствует образованию оксиметилглюктарил-коэнзима А и дальнейшему ходу образования эндогенного холестерина.

#### Rp: Cetamipheni 0,25

 D.t.d. № 20 in tab.

 S: Принимать по 2 таблетки 3 раза в день.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.**

1. Машковский М.Д. “Лекарственные средства” часть 1 и 2. Москва, “Медицина”, 2002 год.
2. Кукес В.Г. “Пропедевтика внутренних болезней”. Москва, “Медицина”, 1982 г.
3. Фёдорова П.В. журнал “Здоровье”, март 1998 г.
4. Воробьёв А.И., Гребнев А.А. “Пропедевтика внутренних болезней”. Москва, “Медицина”, 1982 г.
5. Мартынов А.И., Мухин Н.А., Моисеев В.С. “Внутренние болезни” в двух томах. Москва, ГЭОТАР-МЕД, 2001 г.