## Данные распроса больного:

1. Муж,
2. Профессия -
3. Место жительства:
4. Дата поступления в стационар: 24.10.2006 10:10
5. Дата начала курации: 26.10.2006
6. Дата окончания курации: 1.11.06
7. Дата выписки: 11.11.2006
8. Диагноз при поступлении: ИБС, ПИКС, Фибрилляция предсердий пароксизмальная форма.
9. Диагноз клинический:

Основное заболевание: ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. Стенокардия напряжения III функциональный класс. Фибрилляция предсердий, пароксизмальная форма (03.2006г.) Неполная блокада левой ножки пучка Гиса. Атриовентрикулярная блокада I ст.Гипертоническая болезнь III ст. III ст., риск IV.

Осложнения: ХСН IIА (III ф.к. по NYHA)

Сопутствующий Ds: Дисциркуляторная энцефалопатия II ст. на фоне артериальной гипертензии. Сенсоневральная тугоухость.

1. **Жалобы, предъявляемые:**
2. На день курации:

Жалобы на кратковременные (до 10 мин.) давящие боли в области сердца, возникающие при незначительной физической нагрузке – медленной ходьбе на расстояние 100 – 200 м, подъеме на 2й этаж, провоцируемые также эмоциональным перенапряжением, купирующиеся прекращением нагрузки и приемом 1 таблетки валидола под язык, в течение 5 – 10 минут (синдром стенокардии);

периодически возникающие при физическом и эмоциональном перенапряжении ощущения перебоев в работе сердца (синдром нарушения ритма); возникающую после незначительной физической нагрузке и/или эмоциональном стрессе одышку (синдром недостаточности кровообращения);

повышение АД до 200/110 мм.рт.ст.

шум в ушах, головокружение, общая слабость,

мнестические расстройства,

снижение слуха,

2.При поступлении:

Жалобы на кратковременные (до 10 мин.) давящие боли в области сердца, возникающие при незначительной физической нагрузке – медленной ходьбе на расстояние 100 – 200 м, подъеме на 2й этаж, провоцируемые также эмоциональным перенапряжением, купирующиеся прекращением нагрузки и приемом 1 таблетки валидола под язык, в течение 5 – 10 минут (синдром стенокардии);

периодически возникающие при физическом и эмоциональном перенапряжении ощущения перебоев в работе сердца (синдром нарушения ритма); возникающую после незначительной физической нагрузке и/или эмоциональном стрессе одышку (синдром недостаточности кровообращения);

повышение АД до 200/110 мм.рт.ст.

шум в ушах, головокружение,общая слабость,

мнестические расстройства,

снижение слуха

Органы пищеварения: аппетит сохранен. Нарушений вкуса, акта глотания, диспептических явлений, болей и неприятных ощущений в животе не отмечает. Стул регулярно, оформлен, 1 раз в сутки.

Органы мочеотделения: мочеиспускание свободно, безболезненно. Жжений, рези при мочеиспускании, затруднения мочеиспускания нет. Количество отделяемой мочи приблизительно 1,5 – 2 л/сут, цвет соломенно желтый. Болей в поясничной области нет.

1. **Anamnesis morbi**

Считает себя больным в течение 15-20 лет, когда впервые стали беспокоить повышение АД; давящие боли в области сердца, возникающие при физической нагрузке и/или эмоциональном перенапряжении, купирующиеся приемом 1 таб. валидола. Количество приступов до 90х годов было 1 – 2 в сутки. В 90-е г. после чрезмерного физического перенапряжения (со слов больного) перенес острый инфаркт миокарда. С тех пор приступы стенокардии участились (до 2 – 3 в сутки) при чрезмерной физической нагрузке и/или эмоциональном перенапряжении. С середины 90-х годов после незначительной физической нагрузки и/или эмоциональном стрессе стала возникать одышка (синдром недостаточности кровообращения). 03. 2006 у больного впервые был зафиксирован параксизм мерцательной аритмии.

Дома принимает препараты, названия которых не знает.

В последнюю неделю отмечает ухудшение самочувствия: участились боль в области сердца при незначительной физической нагрузке (синдром стенокардии); перебои в работе сердца (синдром нарушения ритма), возникающие при физическом и эмоциональном перенапряжении; одышку возникающую после незначительной физической нагрузке и/или эмоциональном стрессе (синдром недостаточности кровообращения). В связи с чем был госпитализирован в УОКГВВ в плановом порядке.

1. Перенесенные ранее заболевания, ранения, травматические повреждения, контузии.

Хронический гастрит

### Anamnesis vitae

1. Родился в 1923 году доношенным, четвертым по счету ребенком, в селе Большая Устерледь Карсунского района Ульяновской области, воспитывался в семье с благоприятными социально-бытовыми условиями. Вскармливание естественное. В семье рос и воспитывался с тремя братьями и сестрами. Задержки или ускорения физического или умственного развития не было. Закончил Карсунскую среднюю школу, после чего поступил в Куйбышевское военное училище, где проучился 3 месяца, а затем был призван на фронт.

Служил в авиационных войсках 8 лет (с декабря 1941 до октября 1949года).

В послевоенные годы работал в авиационном НИИ в г.Энгельск до 1948года. Затем 1,5 года обучался в Киеве на инженера-технолога, после чего работал до достижения 70 лет на спиртзаводе начальником снабжения (за время трудовой деятельности работал на 4х спиртзаводах, последний из которых – Ульяновский, срок работы на каждом из которых вспомнить затрудняется).

Период полового созревания протекал без особенностей. Вдовец (жена умерла полгода назад), имеет двух дочерей. Жилище благоустроенное, хорошо проветриваемое, освещенность нормальная.

Вредные привычки (курение в т. ч. пассивное, алкоголь) отрицает

2. Семейный анамнез. Наследственность – не отягощена. Отец погиб во время войны в возрасте 45 лет (был тяжело ранен в битве под Москвой, умер в госпитале). мать в возрасте 65 лет тяжело заболела и умерла (причину не припоминает).

3. Эпидемиологический анамнез: туберкулез, венерические заболевания, гепатит отрицает, в контакт с инфекционными больными за последние 6 мес. не вступал.

4. Трансфузионный анамнез: гемотрансфузии не проводились.

5. Экспертный анамнез: данные отсутствуют.

6. Аллергологический анамнез: не отягощен.

7. Факторы риска развития ИБС у даннго больного:

* 1. пол - мужчины,
  2. возраст - старше 80 лет (82),
  3. гиподинамия,
  4. стрессовый фактор,
  5. тяжелый физический труд,
  6. Особенности поведения – тип А.

1. **Данные физических методов обследования.**

**Status praesens**

1. Наружный осмотр.
   1. Общее состояние больного удовлетворительное средней тяжести.
   2. Положение активное. Выражение лица обычное, сознание ясное.
   3. Телосложение нормостеническое.
   4. Масса тела 65 кг, рост 164 см, индекс массы тела по Кетле: [ИМТ = кг/м2] ИМТ=24.17, что соответствует норме.
   5. Кожные покровы чистые, бледно-розовой окраски. Умеренный акроцианоз. При пальпации обычной влажности, безболезненные. Сыпи нет.Слизистые оболочки конъюнктив, носовых ходов бледнорозовые, чистые, отделяемого нет. Температура тела нормальная.
   6. Отеки не выражены.
   7. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, равномерно.

1.9. Лимфатические узлы не увеличены, Пальпируются единичные подчелюстные лимфоузлы размером около 6 мм, эластичные, подвижные, не спаяны с окружающими тканями и между собой, безболезненные при пальпации. Другие лимфатические группы (подключичные, локтевые, подмышечные, бедренные, подколенные) не пальпируются, что соответствует норме.

* 1. Мышцы конечностей и туловища развиты удовлетворительно, тонус и сила снижены, болезненности нет. Парезов и параличей не обнаружено.
  2. Костная система сформирована правильно. Деформаций черепа, грудной клетки, таза и трубчатых костей нет. Плоскостопия нет. Пальпация и перкуссия костей безболезненная.
  3. Все суставы, кроме левого запястного (который был деформирован в результате ранения), не увеличены, не имеют ограничений пассивных и активных движений, болезненности при движениях, хруста, изменений конфигурации, гиперемии и отечности близлежащих мягких тканей.

# Система органов дыхания

* 1. Осмотр. Тип дыхания смешанный. Дыхание ритмичное - 17 в минуту. Участия вспомогательной дыхательной мускулатуры не отмечено. Грудная клетка нормостеничной конфигурации, симметричная. Искривления позвоночника нет. Межреберные промежутки обычной ширины и расположения.
  2. Пальпация. Болезненности при пальпации, пальпаторного ощущения трения плевры нет. Голосовое дрожание ощущается с одинаковой силой в симметричных участках. Грудная клетка резистентная.
  3. Перкуссия. При перкуссии над передними, боковыми и задними отделами легких в симметричных участках перкуторный звук одинаковый, легочный.

Нижняя граница легких по l. scapularis Х ребро справа и слева. Экскурсия нижних краев грудной клетки по l. scapularis – см; ширина полей Кренига для правого легкого 7 см, для левого – 7 см. Высота стояния верхушек легких сзади: для правого легкого - ниже уровня VII шейного позвонка на 1,5 см, для левого легкого - ниже уровня VII шейного позвонка на 1,5 см. Высота стояния верхушек легких спереди: для правого легкого - 2,5 см над ключицей, для левого - 3 см над ключицей. Экскурсия нижних краев по l. scapularis:

* + на выдохе 4 см, симметрично;
  + на вдохе 5 см, симметрично; ∑ = 9 см.
  1. Аускультация. При аускультации легких в клиностатическом и ортостатическом положениях при спокойном и форсированном дыхании над симметричными участками дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Дополнительных дыхательных шумов не выявлено. При изучении бронхофонии над периферическими участками легких слышны неразборчивые звуки, что соответствует норме.

# Система органов кровообращения

* 1. Осмотр. При осмотре области сердца сердечного горба, усиления верхушечного толчка, выпячиваний в области аорты, пульсации над легочной артерией, а также эпигастральной пульсации в ортостатическом и клиностатическом положениях не обнаружено.
  2. Пальпация. При пальпации верхушечный толчок определяется в V м/р по среднеключичной линии. Правожелудочковый толчок не определяется.
  3. Перкуссия. Границы относительной сердечной тупости:

Правая – по правой парастернальной линии

Левая – по левой среднеключичной линии

Верхняя – в III межреберье

Ширина сосудистого пучка - 6.5 см

Талия сердца выражена.

Размеры сердца: поперечник (сумма двух расстояний правой и левой границ сердца от срединной линии тела) - 14 см, длинник (расстояние от правого атриовазального угла до крайней левой точки контура сердца) - 15 см.

* 1. Аускультация. При аускультации сердца в ортостатическом и клиностатическом положениях при спокойном дыхании и его задержке выслушиваются приглушенные тоны сердца. Ослабления, расщепления и раздвоения тонов сердца, ритма галопа, дополнительных тонов (щелчок открытия митрального клапана, добавочный систолический тон) и шумов сердца не обнаружено. Сердечная деятельность аритмична, наблюдаются перебои в работе сердца. ЧСС = 98 в мин. Пульс – 98 в мин. Дефицит пульса - 0. АД = 150\90 мм рт. ст. Пульсация на тыльных артериях стопы ослаблена. При аускультации бедренной и плечевой артерии двойного тона Траубе и двойного шума Виноградова-Дюрозье, а также синдрома артериальной гипертензии на сосудах брюшной полости, почек не обнаружено. Варикознорасщиренных вен нет.

1. Система органов пищеварения и гепатолиенальная система
   1. Осмотр. Наблюдается умеренный акроцианоз губ. Слизистая ротовой полости бледнорозовая. Склеры без особенностей. Участки гиперпигментации, гирсутизм, печеночные «стигматы» не выявлены. Язык влажный, розовый, у корня обложен белым налетом. Имеются съемные зубные протезы. Живот правильной конфигурации, мягкий, безболезненный. Участвует в акте дыхания. Акт глотания не изменен.
   2. Пальпация органов брюшной полости.

А) При поверхностной пальпации - болезненность, локальное мышечное напряжение не выявлены.

Б) При ориентировочной пальпации - болезненность, локальное мышечное напряжение не выявлены. Грыжевых выпячиваний в области пупка, паховых областях, в области белой линии живота нет. При пальпации желудка большая кривизна расположена на 3 см выше пупка, стенка ровная, эластичная, подвижная, безболезненная. При поверхностной пальпации кишечника болезненности нет. Поперечно ободочная кишка расположена выше пупка на 2 см, диаметр 3 см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижная, безболезненная, урчания нет. Восходящая часть толстого кишечника расположена правильно, диаметр 2.5 см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижная, безболезненная, урчания нет. Нисходящий отдел расположен правильно, диаметр 2 см, эластичный, стенка гладкая, ровная, подвижная, безболезненная, урчания нет. При поверхностной пальпации печени болезненности не выявлено. При глубокой - на глубоком вдохе край печени выходит из-под края реберной дуги на 0.5 см по linea clavicularis dextra. Край печени эластичный, гладкий, острый, ровный, безболезненный. При осмотре области желчного пузыря каких-либо изменений не обнаружено. Пальпация безболезненная. Поджелудочная железа, селезенка не пальпируется, что соответствует норме.

Жидкость в брюшной полости методом флюктуации не определяется.

* 1. Перкуссия: при перкуссии кишечника – тимпанит. Свободная жидкость в брюшной полости лежа на спине, лежа на боку, стоя перкуторно не определяется.
  2. Перкуссия печени. Ординаты по Курлову: 9, 8, 7 см. Перкуссия селезенки. Длинник – 8 см, поперечник – 6см.

# Система органов мочеотделения

* 1. Осмотр. Лицо телесной окраски. Пастозности, параорбитальных отеков, припухлости области почек нет.
  2. Пальпация. Почки в положении стоя и лежа не пальпируются. Симптом Пастернацкого (симптом поколачивания) отрицателен с обеих сторон.
  3. Перкуссия. Мочевой пузырь не определяется, перкуторный звук над лобком без притупления.
  4. Аускультация. Сосуды почек без изменений.

# Нервная система

* 1. Черепно-мозговые нервы: без особенностей.
  2. Обоняние, вкус не изменены.
  3. Органы зрения. Глазные щели не изменены. Косоглазие, двоение, нистагм отсутствуют. Реакция зрачков на свет не изменена. Острота зрения снижена.
  4. Слух снижен, вестибулярный аппарат без особенностей.
  5. Мимическая мускулатура, глотание, движение языка не нарушены.
  6. Речь, чтение, письмо обычные.
  7. Походка больного обычная.
  8. В позе Ромберга неустойчив.
  9. Нормальные рефлексы (корнеальный, глоточный), кожные и сухожильные рефлексы симметричные, выраженные
  10. Патологические рефлексы отсутствуют.
  11. Болевые точки по ходу нервных стволов не определяются.
  12. Поверхностная и глубокая чувствительность не нарушены.
  13. Дермографизм не выражен.
  14. Менингеальные симптомы отсутствуют.

# Эндокринная система

Вторичные половые признаки соответствуют возрасту и полу, патологического оволосения, изменений кожи нет. Щитовидная железа не пальпируется, безболезненна; глазные симптомы (Мари, Мебиуса, Штельвига, Кохера, Грефе) не выражены.

# **Предварительный диагноз и его обоснование**

D/s: ИБС. Постинфарктный кардиосклероз. Стенокардия напряжения III функциональный класс. Фибрилляция предсердий, пароксизмальная форма (03.2006г.) Неполная блокада левой ножки пучка Гиса. Атриовентрикулярная блокада I ст.Гипертоническая болезнь III ст. III ст., риск IV.

Осложнения: ХСН IIА (III ф.к. по NYHA)

Сопутствующий Ds: Дисциркуляторная энцефалопатия II ст. на фоне артериальной гипертензии. Сенсоневральная тугоухость.

ИБС, так как имеют место следующие факторы:

* + Стенокардия
  + ПИКС (90-е г.).
  + Нарушения ритма
  + ХНК

Длительность - в течение 15-20 лет.

Факторы риска развития ИБС у данного больного:

* + пол - мужчины,
  + возраст - старше 80 лет,
  + гиподинамия,
  + стрессовый фактор,
  + тяжелый физический труд,
  + особенности поведения – тип А.

1. Стенокардия, так как имеет место: синдром стенокардии, характеризующийся жалобами на кратковременные (до 10 мин.) давящие боли в области сердца, возникающие при незначительной физической нагрузке, провоцируемые также эмоциональным перенапряжением, купирующиеся приемом 1 таблетки валидола под язык, в течение 5 – 10 минут; синдром нарушения ритма - периодически возникающие при физическом и эмоциональном перенапряжении ощущения сердцебиения и перебоев в работе сердца; возникающую после незначительной физической нагрузке и/или эмоциональном стрессе одышку (синдром недостаточности кровообращения).

В анамнезе: в течение 15-20 лет больного беспокоят кратковременные (до 10 мин.) давящие боли в области сердца, возникающие при физической нагрузке и/или эмоциональном перенапряжении, купирующиеся приемом 1 таб. валпдола. Количество приступов до 90х годов было 1 – 2 в сутки. В 90-е г. после чрезмерного физического перенапряжения (со слов больного) перенес острый инфаркт миокарда. С тех пор приступы стенокардии участились (до 2 – 3 в сутки) при чрезмерной физической нагрузке и/или эмоциональном перенапряжении. С середины 90-х годов после незначительной физической нагрузки и/или эмоциональном стрессе стала возникать одышка (синдром недостаточности кровообращения). Амбулаторно принимал препараты, название которых вспомнить затрудняется.

III функциональный класс, так как боли возникают при незначительной физической нагрузке – ходьбе на расстояние 100 – 200 м

1. ПИКС – в 1990 году st. аnginosus, предъявлял жалобы на:
   * Сильную жгучую боль за грудиной в области сердца, с иррадиацией в левую руку
   * Не купирующуюся приемом нитроглицерина в течение 30 – 40 минут
   * Сопровождающуюся резкой слабостью и холодным липким потом.
2. Фибрилляция предсердий, пароксизмальная форма (верифицирована 03.2006г.), так как имеет место:

* периодически возникающие при физическом и эмоциональном перенапряжении ощущения перебоев в работе сердца (синдром нарушения ритма) и на основании данных ЭКГ в момент приступа:(переодически возникающие приступы фибрилляции предсердий, длящиеся несколько минут, в промежутках между приступами регистрируется правильный синусовый ритм. признаки: отсутствие зубца Р во всех отведениях, волны f в III, V1 , V2.  беспорядочные и регулярные. Анамнез: пароксизм мерцательной аритмии впервые был зафиксирован 03. 2006.

1. Неполная блокада левой ножки пучка Гиса, гипертрофия левого предсердия, левого желудочка. Атриовентрикулярная блокада I ст.

* На основании данных параклинических исследований: ЭКГ: диффузные изменения процессов реполяризации по ишемическому типу с субэндокардиальным повреждением ( снижение ST в V4 – V6 до 2мм)

1. Гипертоническая болезнь III ст. III ст., риск IV.

Жалобы: повышение АД до 200/110 мм.рт.ст. шум в ушах, головокружение, общая слабость

Анамнез: 15-20 лет назад начало беспокоить повышение АД, сначала до 150/90, затем до 170/100 и в настоящее время до 200/110.

III степень на основании повышения АД до 200/110

III стадия на основании наличия признаков повреждения органов-мишеней: стенокардия, инфаркт миокарда, сердечная недостаточность.

1. Недостаточность кровообращения Н II A, так как:
   * Толерантность к физической нагрузке снижена
   * Имеются умеренной выраженности нарушения гемодинамики в малом круге кровообращения (возникающую после незначительной физической нагрузке и/или эмоциональном стрессе одышку, умеренный акроцианоз (синдром недостаточности кровообращения).

С 90-х гг. после незначительной физической нагрузке и/или эмоциональном стрессе (синдром недостаточности кровообращения) больного стала беспокоить одышка.

7. Дисциркуляторная энцефалопатия II ст. на фоне артериальной гипертензии.

Жалобы: шум в ушах, головокружение, мнестические расстройства

Верифицирована неврологом.

8. Сенсоневральная тугоухость.

На основании жалоб на снижение слуха (верифицирован оториноларингологом)

1. **План обследования и его обоснование.**

Обязательные исследования:

* + 1. ОАК (выявление признаков воспаления: ожидаю получить данные, способствующие дифференциации острого инфаркта миокарда, инфаркта миокарда в стадии рубцевания и постинфарктного кардиосклероза: изменение СОЭ, лейкоцитоз, анемия).
    2. ОАМ (выявление воспалительных явлений мочевыделительной системы: белок, лейкоциты, эпителий).
    3. Биохимический анализ крови (диагностика признаков воспаления: AST, ALT, креатинин; мочевина; оценка свертывающей способности крови: протромбин; оценка атерогенных факторов: холестерин, В – липопротеиды).
    4. Кровь на RW (ЭДС) (экспресс диагностика сифилиса).
    5. ЭКГ (инструментальное подтверждение заболеваний сердца: ожидаю получить подтверждение ишемизации миокарда, признаки фибрилляции предсердий, пароксизмальная форма, неполной блокады левой ножки пучка Гисса, гипертрофия левого предсердия, левого желудочка, атриовентрикулярная блокада I ст. Ожидаю дифференцировать острый инфаркт миокарда, инфаркт миокарда в стадии рубцевания и постинфарктный кардиосклероз).
    6. Обзорную флюорографию органов грудной клетки (диагностика туберкулеза и патологии сердечно сосудистой системы).
    7. Консультация окулиста (диагностика артериальной гипертензии).
    8. Глюкоза крови (диагностика сахарного диабета).

Методы инструментальной диагностики:

* 1. ЭКГ в динамике (инструментальное подтверждение заболеваний сердца: ожидаю получить подтверждение ишемизации миокарда, признаки фибрилляции предсердий, пароксизмальная форма, неполной блокады левой ножки пучка Гисса, гипертрофия левого предсердия, левого желудочка, атриовентрикулярная блокада I ст. Ожидаю дифференцировать острый инфаркт миокарда, инфаркт миокарда в стадии рубцевания и постинфарктный кардиосклероз).
  2. ЭхоКГ (диагностика аневризмы аорты, степени поражения клапанов).
  3. УЗИ сердца (диагностика постинфарктного кардиосклероза).
  4. УЗИ органов брюшной полости

1. **Данные лабораторных и инструментальных исследований**

Общий анализ крови 25.10.06

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Результаты исследования | | Интерпретация |
| в норме | у больного |
| Er | муж. 4,0 – 5,0 х 1012  жен. 3,7 – 4,7 х 1012 | 4,06 х 1012 | норма |
| Hb | муж. 130-160 г/л  жен. 120-140 г/л | 135 г/л | норма |
| ЦП | 0,8 - 1,1 | 0,82 | норма |
| Лейкоциты | 4,9 - 9,0 х 109 | 5,3 | норма |
| Эозинофилы | 0 – 5% | 0 % | норма |
| Нейтрофилы: |  |  |  |
| Палочкоядерные | 1 – 4% | 5% | норма |
| Сегментоядерные | 45 – 70% | 69% | норма |
| Лимфоциты | 18 – 40% | 22% | норма |
| Моноциты | 6 – 8% | 6% | норма |
| СОЭ | муж. 1 – 10 мм/ч  жен. 2 - 12 мм/ч | 10 мм/ч | норма |

Заключение: без изменений.

Биохимический анализ крови 25.10.06

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Результаты исследования | | Интерпретация |
| в норме | у больного |
| Билирубин | 1,71 – 21,34 мкмоль/л | 21 | норма |
| AST | 0 – 45 ед/л | 15,7 | Норма |
| ALT | 0 – 68 ед/л | 16,9 | Норма |
| Мочевина | 2,5 – 8,3 ммоль/л | 8,0 | норма |
| Креатинин | муж. - 53–106 мкМ/л  жен. - 44–97 мкМ/л | 98,3 | Норма |
| Холестерин | 3,64 – 5,2 ммоль/л | 4,7 ммоль/л | норма |
| В – липопротеиды | 35 -55 ед. | 58 ед. | ГиперВ-липопротеидемия |
| Протромбин | 95 - 105 | 89 | гипопротромбинемия |

Заключение: гиперВ-липопротеидемия, гипопротромбинемия

Анализ крови на сахар 25.10.06

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Результаты исследования | | Интерпретация |
| в норме | у больного |
| Сахар | 3,3 – 5.5ммоль/л | 4,6 ммоль/л | норма |

Заключение: без изменений.

Общий анализ мочи 25.10.06

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Результаты исследования | | Интерпретация |
| в норме | у больного |
| Количество |  | 50 мл | норма |
| Удельный вес | 1.010 - 1.025 | 1,015 | норма |
| Цвет | соломенно-желтый | Соломенно-желтый | норма |
| Прозрачность | прозрачная | прозрачная | норма |
| Белок | отр. | отр. | норма |
| Реакция |  | кислая |  |
| Эпителий | 1 – 2 в п/зр. | 1 – 2 - 2 | норма |
| L | муж. до 3 в п/зр  жен. до 5 в п/зр | 0 – 1 - 1 | норма |
| Соли |  |  |  |

Заключение: без изменений

Анализ крови на RW 25.10.06

Заключение: отрицат.

**Инструментальные методы исследования:**

Электрокардиография

Описание: ритм синусовый правильный,ЧСС 89 в минуту, отклонение ЭОС влево( RI.>RII>R III , максимальный R в I стандартном отведении, углубленный S в III .)

Заключение: синусовая тахикардия (89 в мин) .АВ блокада I ст(удлинение PQ >0.20 ( у больного 0,24), отклонение ЭОС влево, неполная блокада левой ножки пучка Гиса высокие уширенные R в отведениях I, aVL, V5, V6; уширенные и углубленные комплексы QS в III, aVF,V1,V2) гипертрофия левых отделов сердца(увеличение амплитуды R в левых грудных отведениях( V1, V2 ) и амплитуды S – в правых грудных отведениях) с систолической перегрузкой, диффузные изменения процессов реполяризации по ишемическому типу с субэндокардиальным повреждением ( снижение ST в V4 – V6 до 2мм)

ЭхоКГ

Заключение: стенки аортального и митрального клапанов без особенностей, наличие признаков гипертрофии левого желудочка и снижения его сократимости.признаки дилятации левого предсердия.

УЗИ органов брюшной полости

Заключение: органы брюшной полости без патологии.

Дополнительно: на момент осмотра свободной жидкости в плевральных полостях не выявлено.

Обзорная флюорография органов грудной клетки

Заключение: легкие без патологии, увеличение левых отделов сердца.

Исследование глазного дна:

Заключение: без особенностей

1. **Дифференциальная диагностика**

Дифференциальная диагностика острого инфаркта миокарда и ИБС, стенокардии напряжения.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Признак | Острый инфаркт миокарда | ИБС, стенокардия напряжения | У больного |
| Ведущие этиологические факторы | - Недостаточность кол-латеральных связей между коронарными со-судами и нарушение их функции  - Усиление тромбооб-разующих свойств кро-ви  - Повышение потреб-ности миокарда в кис-лороде  - Нарушение микроцир-куляции в миокарде | - Атеросклероз ко-ронарных артерий  - Спазм коронарных артерий  - Повышение агрега-ции тромбоцитов, развитие микроагре-гантов в микроцир-куляторном русле  - Повышение пот-ребности миокарда в кислороде под вли-янием различных факторов  - Анемия различных этиологий | Атеросклероз ко-ронарных артерий  - Спазм коронарных артерий  - Повышение пот-ребности миокарда в кислороде под вли-янием различных факторов |
| Патогенез | В развитии ИМ, веду-щая роль принадлежит прекращению притока крови к участку сер-дечной мышцы, что при-водит к её ишемии, пов-реждению миокарда, его некрозу, ухудшению жизнедеятельности пе-риинфарктной зоны. Некроз миокарда вы-зывет длительный боле-вой синдром, котрый может проявляться раз-витием аритмий и бло-кад сердца или острой аневризмой аорты. Нек-роз миокарда, наруше-ние состояния периин-фарктной зоны спо-собствует снижению ударного и минутного объемов сердца. | Сте­нокардия обус-ловлена атероскле-розом венечных ар-терий сердца; на-чальная стадия пос-леднего ограничи-вает расширение просвета артерии и вызывает острый де-фицит кровоснабже-ния мио­карда при значительных фи-зических или (и) эмоциональных пе-ренапряжениях; рез-кий ате­росклероз, су-живающий просвет артерии на 75 % и более, вызывает де-фицит уже при уме-ренных напряже-ниях. Появлению приступа способст-вует снижение при-тока крови к устьям коронарных артерий. |  |
| Факторы риска | * + Пол - мужчины   + Дислипопротеинемия   + Возраст:>45лет - муж   >55лет – жен   * + Наследственность   + Курение   + Гипертоническая бо-лезнь (>140/90).   + Ожирение   + Гиподинамия   + Нарушение углевод-ного обмена   + Алкоголь (> 30 – 40 гр / сут.) | * + Пол - мужчины   + Наследственност   + Курение   + Гипертоническая болезнь (>140/90)   + Избыточный уро-вень холестерина, ЛПНП   + Сахарный диабет   + Ожирение   + Гипотиреоз   + Голодание   + Психоэмоциональ-ное перенапряже-ние   + Гиподинамия   + Особенности по-ведения (тип А) | * + Пол - мужчина   + Возраст - старше 45 лет   + Гиподинамия   + Стрессовый фак-тор   + Тяжелый физичес-кий труд   + Особенности по-ведения (тип А) |
| Резорбционно – некротический синдром | - Лейкоцитоз со сдви-гом лейкоцитарной фор-мулы влево и анэо-зинофилия с первых часов заболевания  - Увеличение СОЭ с 3-5 дня  - Повышение в крови: КФК, аминотрансфераз, (нормализующееся к 3-5 дню), ЛДГ (может держаться 10-14 дней), ТнИ, ТнТ (в первые часы заболевания). | ОАК, биохимичес-кий анализ крови без особенностей. | ОАК, биохимичес-кий анализ крови без особенностей. |
| Болевой синдром (st. anginosus) | Тяжелый болевой синд-ром (классически – жгу-чая боль за грудиной в области сердца, с ирра-диацией в левую руку, лопатку, ключицу и т. д. не купирующаяся суб-лингвальным приемом нитроглицерина в те-чение 30 мин.) | Болевой синдром средней степени тяжести (классичес-ки – давящая боль за грудиной в области сердца), часто свя-занная с физическим и/или эмоциональ-ным напряжением, с иррадиацией в левую руку, лопатку, ключ-ицу и т. д. купи-рующаяся сублинг-вальным приемом нитроглицерина до 30 мин. | Давящие, боли в области серд-ца, четко связанные с физической нагруз-кой, купируются прие-мом 1 таблетки валидола под язык. |

Заключение: таким образом, исходя из данных начала заболевания, хронического течения, этиологических факторов, а так же клинико-инструментальных данных (ЭКГ – симптомы) можно сделать вывод, что у больного (при наличии в анамнезе острого инфаркта миокарда - 1990 год): основное заболевание: ИБС. Стенокардия напряжения III функциональный класс.Фибрилляция предсердий, пароксизмальная форма (03.2006г.) Постинфарктный кардиосклероз (90-е годы). Неполная блокада левой ножки пучка Гиса, гипертрофия левого предсердия, левого желудочка. Атриовентрикулярная блокада I ст. Гипертоническая болезнь III ст. III ст., риск IV.

осложнения: ХСН IIА. (III ф.к. по NYHA)

сопутствующее заболевание: Дисциркуляторная энцефалопатия II ст. на фоне артериальной гипертензии. Сенсоневральная тугоухость.

1. **Клинический диагноз и его обоснование**

На основании

**1**.Предварительного диагноза, в котором учитываются:

* + 1. хронический характер, рецидивирующее течение;
    2. Наличие следующих факторов риска развития ИБС: пол - мужчины, возраст - старше 80 лет, гиподинамия, стрессовый фактор, тяжелый физический труд.

Наличие факторов риска развития атеросклероза: возраст – старше 80 лет, пол – мужчины, гиподинамия, особенности личности и поведения – тип А, мягкая вода.

1. наличие следующих синдромов:

а) St. anginosus (болевой синдром): кратковременные (до 10 мин.) давящие боли в области сердца, возникающие при незначительной физической нагрузке – медленной ходьбе на расстояние 100 – 200 м, подъеме на 2й этаж, провоцируемые также эмоциональным перенапряжением А также объективного статуса:

При осмотре больного состояние удовлетворительное. Умеренный акроцианоз. В области сердца сердечного горба, усиления верхушечного толчка, выпячиваний в области аорты, пульсации над легочной артерией, а также эпигастральной пульсации в ортостатическом и клиностатическом положениях не обнаружено.

При аускультации сердца в ортостатическом и клиностатическом положениях при спокойном дыхании и его задержке выслушиваются приглушенные тоны сердца. Ослабления, расщепления и раздвоения тонов сердца, ритма галопа, дополнительных тонов (щелчок открытия митрального клапана, добавочный систолический тон) и шумов сердца не обнаружено. Сердечная деятельность аритмична, отмечаются перебои в работе сердца. ЧСС = 98. Пульс - 98. Дефицит пульса - 0.

б) Аритмический синдром: жалобы на перебои в работе сердца, возникающие при физическом и эмоциональном перенапряжении. А также объективного статуса:

Сердечная деятельность аритмична, отмечаются перебои в работе сердца. ЧСС = 98. Пульс - 98. Дефицит пульса - 0.

**4**. данные анамнеза жизни и заболевания: считает себя больным в течение 15-20 лет, когда впервые стали беспокоить повышение АД; давящие боли в области сердца, возникающие при физической нагрузке и/или эмоциональном перенапряжении, купирующиеся приемом 1 таб. валпдола. Количество приступов до 90х годов было 1 – 2 в сутки. В 90-е г. после чрезмерного физического перенапряжения (со слов больного) перенес острый инфаркт миокарда. С тех пор приступы стенокардии участились (до 2 – 3 в сутки) при чрезмерной физической нагрузке и/или эмоциональном перенапряжении. С середины 90-х годов после незначительной физической нагрузки и/или эмоциональном стрессе стала возникать одышка (синдром недостаточности кровообращения). 03. 2006 у больного впервые был зафиксирован параксизм мерцательной аритмии.

Дома принимает препараты, названия которых не знает.

В последнюю неделю отмечает ухудшение самочувствия: участились боль в области сердца при незначительной физической нагрузке (синдром стенокардии); перебои в работе сердца (синдром нарушения ритма), возникающие при физическом и эмоциональном перенапряжении; одышку возникающую после незначительной физической нагрузке и/или эмоциональном стрессе (синдром недостаточности кровообращения).

**5.** **данные лабораторных исследований**:

1) Общий анализ крови 25.10.06

Заключение: без изменений

2)Биохимический анализ крови 25.10.06

Заключение: гиперВ-липопротеидемия, гипопротромбинемия

3)Анализ крови на сахар 25.10.06

Заключение: без изменений.

4)Общий анализ мочи 25.10.06

Заключение: без изменений

5)Анализ крови на RW 25.10.06

Заключение: отрицат.

**данные инструментальных методов исследования:**

1. **Сведения об этиологии и патогенезе**

**ИБС** – такое состояние, при котором нарушается соответствие между потребностями миокарда в крови, в первую очередь в кислороде, с одной стороны и уровнем коронарного кровотока, с другой стороны.

Этиология:

1. Атеросклероз коронарных артерий
2. Спазм коронарных артерий
3. Повышение агрегации тромбоцитов, развитие микроагрегантов в микроциркуляторном русле
4. Повышение потребности миокарда в кислороде под влиянием различных факторов (интенсивная физическая нагрузка, стресс и т. д.)
5. Анемия различной этиологии.

**Постинфарктный кадиосклероз –** рубцовое (склерозирование) изменение сердечной мышцы, вследствие некроза части сократительного миокарда. Постинфарктный период – после 60 дня до 2 - 3 лет. Постинфарктный период – время, за которое происходит окончательная консолидация рубца и адаптация сердечно – сосудистой системы к новым условиям функционирования после потери части сократительного миокарда.

1. **План лечения и его обоснование**
   * + 1. Режим палатный
       2. Стол №10.
       3. Патогенетическая терапия:

Антиангинальные препараты (необходимы для дилатации коронарных сосудов, устранения коронароспазма, снижения пред- и постнагрузки (увеличивая приток крови к миокарду и уменьшают потребность миокарда в кислороде).

Rp: Tab. Nitroglicerini 0,0005

D.t.d. N. 40

S. Применять п/язык по 1-2 таб. при острых болях

Или

Rp: Tab. Nitrongi 0,0065 N. 50

D.S. По 1 таб. 2 раза в день после еды

Блокаторы кальциевых каналов (необходимы для вазодилатации коронарных сосудов, снижения физиологической активности миокарда («- » хроно-, дромо-, батмо-, инотропные эффекты)

Rp: Finoptini 0,04

D.t.d. N. 30 in tab.

S. По 1 таб. 3 раза в день

Кардиотонические средства (необходим для улучшения трофики миокарда)

Rp: Digoxini 0,00025

D.t.d. N. 10 in tab.

S. По 1 таб. 2 раза в день

Антиагреганты, коронаролитики (необходимы для снижения тромбообразования)

Rp: Dr. Dipyridamoli 0,025 N. 10

D.S. По 1 др. 3 раза в день за 1 ч до еды

* 1. Физиотерапевтическое лечение и лечебная физкультура

ЛФК, фитосбор 1а.

1. **Прогноз**
2. Прогноз для выздоровления. Прогноз заболевания серьезный, ухудшается с развитием осложнений.
3. Прогноз для трудоспособности. Не трудоспособен
4. Прогноз для жизни не благоприятный.
5. **Дневник**

27.10.06.

Самочувствие на фоне проводимой терапии хорошее. Новых жалоб нет.

Объективно: общее состояние средней относительно удовлетворительное, стабильное. Положение активное. В легких дыхание везикулярное. Аппетит сохранен.

ЧД = 19 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД = 130/80 мм рт. ст. ЧСС = 96 в минуту.

Живот при пальпации мягкий безболезненный. Стул оформленный. Диурез без особенностей. Переферических отеков нет.

Терапия плановая.

30.10.06

Жалобы на общую слабость,, шум в голове, одышку при хотьбе.

Общее состояние удовлетворительное.положение активное, аппетит сохранен.

В легких хрипов нет. ЧД=17 в минуту.

Тоны сердца ритмичные. АД = 130/80 мм рт. ст. ЧСС = 60 в минуту.

Живот при пальпации мягкий безболезненный. Стул оформленный. Диурез без особенностей. Переферических отеков нет.

Терапия плановая.

1.11.06

На момент осмотра жалобы на общую слабость,, одышку при хотьбе, шум в голове.общее состояние удовлетворительное,кожные покровы чистые, нормальной окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны ритмичны, приглушены. АД 140/80 мм.рт.ст. ЧСС 82 в минуту. Живот при пальпации мягкий безболезненный. Стул оформленный. Диурез без особенностей. Переферических отеков нет.

Терапия плановая.

1. **Эпикриз.**

Больной ФИО .24.10.06 поступил на лечение в УОГВ в состоянии относительно удовлетворительном с жалобами на кратковременные (до 10 мин.) давящие боли в области сердца, возникающие при незначительной физической нагрузке – медленной ходьбе на расстояние 100 – 200 м, подъеме на 2й этаж, провоцируемые также эмоциональным перенапряжением (синдром стенокардии), купирующиеся прекращением нагрузки и приемом 1 таблетки валидола под язык, в течение 5 – 10 минут;

периодически возникающие при физическом и эмоциональном перенапряжении ощущения перебоев в работе сердца (синдром нарушения ритма); возникающую после незначительной физической нагрузке и/или эмоциональном стрессе одышку (синдром недостаточности кровообращения);

повышение АД до 200/110 мм.рт.ст.

шум в ушах, головокружение, общая слабость снижение слуха, мнестические расстройства

Считает себя больным в течение 15-20 лет, когда впервые стали беспокоить повышение АД; давящие боли в области сердца, возникающие при физической нагрузке и/или эмоциональном перенапряжении, купирующиеся приемом 1 таб. валпдола. Количество приступов до 90х годов было 1 – 2 в сутки. В 90-е г. после чрезмерного физического перенапряжения (со слов больного) перенес острый инфаркт миокарда. С тех пор приступы стенокардии участились (до 2 – 3 в сутки) при чрезмерной физической нагрузке и/или эмоциональном перенапряжении. С середины 90-х годов после незначительной физической нагрузки и/или эмоциональном стрессе стала возникать одышка (синдром недостаточности кровообращения).

Дома принимает препараты, названия которых не знает.

В последнюю неделю отмечает ухудшение самочувствия: участились боль в области сердца при незначительной физической нагрузке (синдром стенокардии); перебои в работе сердца (синдром нарушения ритма), возникающие при физическом и эмоциональном перенапряжении; одышку возникающую после незначительной физической нагрузке и/или эмоциональном стрессе (синдром недостаточности кровообращения).

Был проведен дифференциальный диагноз стенокардии напряжения с острым инфарктом миокарда.

Результаты лабораторных исследований:

Общий анализ крови 25.10.06

Биохимический анализ крови 25.10.06

Результаты инструментальных методов исследования:

Электрокардиография

Заключение: синусовая тахикардия (89 в мин) .АВ блокада I ст, отклонение ЭОС влево, неполная блокада левой ножки пучка Гиса, гипертрофия левых отделов сердца с систолической перегрузкой, диффузные изменения процессов реполяризации по ишемическому типу с субэндокардиальным повреждением ( снижение ST в V4 – V6 до 2мм)

Обзорная флюорография органов грудной клетки

Заключение: легкие без патологии, увеличение левых отделов сердца.

Исследование глазного дна

Заключение: без особенностей

Было проведено лечение: медикаментозная терапия: антиангинальные препараты (необходимы для дилатации коронарных сосудов, устранения коронароспазма, снижения пред- и постнагрузки (увеличивая приток крови к миокарду и уменьшают потребность миокарда в кислороде) – Tab. Nitrongi 0,0065 N. 50 По 1 таб. 2 раза в день после еды; блокаторы кальциевых каналов (необходимы для вазодилатации коронарных сосудов, снижения физиологической активности миокарда («- » хроно-, дромо-, батмо-, инотропные эффекты) Tab. Finoptini 0,04 N. 30 По 1 таб 3 раза в день; кардиотонические средства (необходим для улучшения трофики миокарда) Digoxini 0,00025N. 10 in tab. По 1 таб. 4 раза в день через 1 ч после еды; антиагреганты, коронаролитики (необходимы для снижения тромбообразования) Dr. Dipyridamoli 0,025 N. 10 По 1 др. 3 раза в день за 1 ч до еды; диетическое лечение: стол № 10

физиотерапевтическое лечение и лечебная физкультура: ЛФК, фитосбор 1а.

В результате проведенного лечения состояние больного улучшилось, что проявилось урежением частоты и интенсивности болей сердечного генеза, снижением интенсивности одышки, общим улучшением состояния больного.

На день выписки общее состояние больного удовлетворительное.

Больному рекомендовано: воздержание от тяжелых физических нагрузок и сильных эмоциональных перенапряжений;

`` `` 20 \_

подпись