**Паспортная часть.**

Ф.И.О.:

#### Возраст: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Образование: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес:

Место работы: Пенсионер.

Дата поступления в клинику: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Жалобы.**

Боли в сердце ноющего характера, купируются приемом нитроглицерина. Боли иррадиируют лопатку. Чувство сжатия в области сердца. Перебои в работе сердца.

**Анамнез заболевания.**

Считает себя больным с декабря 1997 года, когда во время нахождения в БМСЧ рыбаков по поводу пневмонии, вечером после сильной психо-эмоциональной нагрузки появились интенсивные боли за грудиной, сжимающего характера, иррадиирующие в правую руку, правую лопатку, сопровождавшиеся проливным потом, головной болью, слабостью и беспокойством. Больной принял таблетку сустак-форте, однако боли не прошли. Больной не спал, из этих болей, утром обратился во время обхода к лечащему врачу с этими жалобами, была снята ЭКГ и с диагнозом инфаркт миокарда больной был переведен в кардиологическое отделение, где было проведено лечение (какое точно не помнит). В конце января 1997 года был выписан из больницы с рекомендацией сменить работу. Подобных приступов больше не отмечал, однако после того как пошел работать по прежнему месту работы стал отмечать приступы сжимающих болей за грудиной, в области сердца, иррадиирующие в правую лопатку, руку возникавшие после физической нагрузки, а также при подъеме на этаж, ходьбе, подъеме тяжести. При приступах принимал нитроглицерин под язык, затем стал принимать нитросорбид по 2-4 таблетки в день. С конца 1998 года по август 1999 года отмечал регулярные приступы сжимающих болей за грудиной и в области сердца, иррадиирующие в правую руку, лопатку больной всегда садился, отдыхал.

Повышение АД отмечает ( до этого измерял только во время профилактических медицинских осмотров на заводе, со слов больного АД было 160/80 мм.рт.ст.) примерно с января 1997 года, что проявлялось головной болью, которая возникала преимущественно после эмоциональной нагрузки, носила характер тяжести в затылке, висках, проходила сама через несколько часов. Часто головная боль сопровождала боль в сердце, максимальное давление которое отмечал пациент было 180/120 мм.рт.ст. По поводу этих головных болей принимал баралгин или анальгин, после приема которых боли немного стихали. Последнее ухудшение состояния – около 2-х недель назад, боли в области сердца усилились, стали беспокоить чаще и стали продолжительней. С данными жалобами обратился в поликлинику по месту жительства, откуда был направлен врачом на стационарное лечение в кардиологическое отделение БМСЧ рыбаков.

**Анамнез жизни.**

Родился в 1938 году в городе Владивостоке, был единственным ребенком в семье. В школу пошел в 7 лет, в умственном и физическом развитии от сверстников не отставал, после окончания 8 классов средней школы работал на заводе грузчиком. С 1954 года по 1960 работал грузчиком в магазине, затем работал в морском пароходстве моряком. С 1980 по 1991 работал слесарем-сантехником в ЖЭУ №12.

*Семейный анамнез:* женат с 1963 года, имеет сына 22 лет.

*Наследственность:* Мать умерла от инсульта (страдала гипертонической болезнью).

*Профессиональный анамнез:* трудовую деятельность начал в 15 лет. Рабочий день был всегда нормирован, работа всегда была связана с тяжелой физической нагрузкой. Отпуск предоставлялся ежегодно, как правило, в летнее время.

*Бытовой анамнез:* проживает в отдельной квартире со всеми удобствами, материально обеспечен относительно удовлетворительно. Питается 3 раза в день горячей пищей в достаточном количестве, дома.

*Перенесенные заболевания:* инфекционный гепатит, брюшной и сыпной тифы, кишечные инфекции заболевания отрицает. Гемотрансфузий не было. Туберкулез, сифилис, и венерические заболевания отрицает. В 1997 перенес пневмонию.

*Привычные интоксикации:* курит с 15 лет по одной пачке сигарет в день, после начала заболевания ограничивает себя в курении ( одна пачка на 2-3 дня), алкоголем не злоупотребляет.

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

**Объективное обследование.**

Состояние больного удовлетворительное. Положение активное. Телосложение правильное, деформаций скелета нет. Рост 175 см, вес 69.5 кг. Подкожно-жировая клетчатка выражена умеренно (толщина кожно-подкожно-жировой складки над пупком 2 см). Кожные покровы обычной окраски, чистые. Тургор кожи сохранен, кожа суховата, эластичность не снижена. Видимые слизистые бледно-розового цвета.

***Костно-мышечная система*.**

Общее развитие мышечной системы хорошее, болезненности при ощупывании мышц нет. Деформаций костей, болезненности при ощупывании суставов нет. Суставы обычной конфигурации. Активная и пассивная подвижность в суставах в полном объеме.Форма грудной клетки правильная.

***Лимфатические узлы.***

Затылочные передние и задние шейные, подчелюстные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные, не пальпируются.

***Щитовидная железа.***

Не увеличена, мягко эластической консистенции. Симптомы тиреотоксикоза отсутствуют.

***Система органов дыхания*.**

Форма грудной клетки правильная, обе половины равномерно участвуют в дыхании. Дыхание ритмичное. Частота дыхания 18 в минуту.

*Пальпация грудной клетки:* грудная клетка безболезненная, неэластичная, голосовое дрожание ослаблено над всей поверхностью легких.

*Перкуссия легких:* при сравнительной перкуссии легких над всей поверхностью легочных полей определяется ясный легочный звук, в нижних отделах с легким коробочным оттенком.

*Топографическая перкуссия легких:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| линия | справа | слева |
| l.parasternalis | 5 ребро | - |
| l.medioclavicularis | 6 ребро | - |
| l.axillaris anterior | 7 ребро |  7 ребро |
| l.axillaris media | 8 ребро | 9 ребро |
| l.axillaris posterior | 9 ребро | 9 ребро |
| l. scapulars | 10 межреберье | 10 межреберье |
| l.paravertebralis | на уровне остистого отростка 11 грудного позвонка | на уровне остистого отростка 11 грудного позвонка |

 Высота стояния верхушек легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | слева | справа |
| спереди | 5 см | 5 см |
| сзади | на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка | на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка |

Подвижность легочных краев

Справа 7 см

Слева 7 см

*Аускультация легких:* дыхание жесткое, ослабленное в нижних отделах легких.

При бронхофонии выявлено ослабление проведения голоса в нижних отделах легочных полей.

***Сердечно-сосудистая система*.**

Пульс 80 ударов в минуту, неритмичный, ненапряжен, удовлетворительного наполнения, одинаковый на правой и левой руке. ЧСС-80.

*Пальпация сосудов конечностей и шеи:* пульс на магистральных артериях верхних и нижних конечностей (на плечевой, бедренной, подколенной, тыльной артерии стопы, а также на шее (наружная сонная артерия) и головы (височная артерия) не ослаблен. АД 160/100 мм. Рт. Ст.

*Пальпация области сердца:* верхушечный толчок справа на 1,5 см отступя от среднеключичной линии в пятом межреберье.

*Перкуссия сердца:* границы относительной сердечной тупости.

|  |  |
| --- | --- |
| граница | местонахождение |
| правая | на 0,5 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье |
| верхняя |  в 3-м межреберье по l.parasternalis |
| левая | на 1,5 см кнаружи от среднеключичной линии в 5 межреберье |

Перкуторные границы абсолютной сердечной тупости

|  |  |
| --- | --- |
| правая левого края грудины в 4 межреберье  |  |
|   |
| верхняя у левого края грудины на 4 ребре  |
|   |
| левая на 0,5см кнутри от среднеключичной линии в 5  |
|  межреберье  |

*Аускультация сердца:* тоны сердца приглушены, соотношение тонов сохранено во всех точках аускультации. Ослаблены на верхушке, неритмичные. Выслушивается до 7 экстрасистол в минуту.Систолический шум хорошо прослушиваемый на верхушке и точке Боткина. На сосуды шеи и в подмышечную область не проводится.

При аускультации крупных артерий шумов не выявлено. Пульс пальпируется на крупных артериях верхних и нижних конечностей, а также в проекциях височных и сонных артерий.

***Система органов пищеварения*.**

Осмотр ротовой полости: губы сухие, красная кайма губ бледная, сухая переход в слизистую часть губы выражен, язык влажный, обложен сероватым налетом. Десны розовые, не кровоточат, без воспалительных явлений. Миндалины за небные дужки не выступают. Слизистая глотки влажная, розовая, чистая.

ЖИВОТ. Осмотр живота: живот симметричный с обеих сторон, брюшная стенка в акте дыхания не участвует. При поверхностной пальпации брюшная стенка мягкая, безболезненная, ненапряженная.

При глубокой пальпации в левой подвздошной области определяется безболезненная, ровная, плотноэластической консистенции сигмовидная кишка. Слепая и поперечно-ободочная кишка не пальпируются. При ориентировочной перкуссии свободный газ и жидкость в брюшной полости не определяются. Аускультация: перистальтика кишечника обычная.

Желудок: границы не определяются, отмечается шум плеска видимой перистальтики не отмечается. Кишечник. Ощупывание по ходу ободочной кишки безболезненно, шум плеска не определяется.

Печень и желчный пузырь. Нижний край печени из под реберной дуги не выходит. Границ печени по Курлову 9,8,7.Желчный пузырь не прощупывается.. Поджелудочная железа не прощупывается.

Селезенка не пальпируется, перкуторные границы селезенки: верхняя в 9 и нижняя в 11 межреберье по средней подмышечной линии.

***Мочеполовая система***.

Почки и область проекции мочеточников не пальпируются, покалачивание по поясничной области безболезненно. Мочеиспускание безболезненно.

***Нервно-психический статус*.**

Сознание ясное, речь внятная. Больной ориентирован в месте, пространстве и времени. Сон и память сохранены.

**Предварительный диагноз.**

ИБС. Прогрессирующая стенокардия напряжения. Постинфарктный кардиосклероз. Экстрасистолия НК-IIА. ГБ II ст.

**План обследования больного.**

1. Клинический минимум.
2. Биохимический анализ мочи: АЛТ, АСТ, КФК, ЛДГ5, холестерин, липопротеиды, креатинин, билирубин, общий белок, мочевина крови, протромбиновый индекс.
3. Электрокардиография.
4. Эхокардиография.
5. Рентгенография грудной клетки в двух проекциях (прямой и боковой).
6. УЗИ органов брюшной полости (тщательно почки, печень).

**Результаты обследования.**

Клинический анализ крови от 27.09.99.

Гемоглобин 135 г\л.

Цветной показатель 0.96.

Эозинофилы 1.

Палочкоядерные 5.

Сегментоядерные 58.

Лимфоциты 34.

Моноциты 2.

СОЭ 5 мм\ч.

Анализ мочи 27.09.99.

Цвет светло-желтый.

Реакция кислая.

Удельный вес 1012.

Белок 0.033 г\л.

Сахар 0.

Лейкоциты 1-2 в поле зрения.

Эритроциты свежие 0-2 в поле зрения.

Эпителий плоский 1-3 в поле зрения.

Биохимический анализ крови:

мочевина 6.4.

креатинин 71.

холестерин 3.1.

билирубин 15.3.

АЛТ - 0.3.

АСТ - 0.2.

КФК - 62.

b-липопротеиды - 3.9.

Анализ крови на САСС:

Протромбиновый индекс - 17”.

Фибриноген - 4.4.

Электрокардиография от 27.09.99.

Заключение: Синусовая брадикардия. Предсердная экстрасистолия. Нарушение внутри желудочка проводимости. Гипертрофия левого желудочка. Признаки ишемии в области боковой стенки.

Эхокардиография от 28.09.99.

Заключение: Выраженный атеросклероз аорты. Атеросклеротический кардиосклероз. Очаг фиброза в левом желудочке, очаг гипотензии в задней стенке левого желудочка. Тотальная гипокинезия - 3С при нагрузке. Аортальная недостаточность I ст. Митральная недостаточность I ст. Умеренная гипертрофия миокарда левого желудочка в области задней стенки. Увеличение всех полостей сердца. Сократительная способность миокарда – удовлетворительная. Диастолическая дисфункция не регистрируется.

УЗИ от 29.09.99.

Почки обычной формы, чашечно-лоханочная система не расширены. Надпочечники – без патологических изменений.

Рентгенография грудной клетки от 29.09.99:

Кардиомегалия, венозный застой в малом круге умеренно выражен.

**Обоснование диагноза.**

Ведущим в клинике заболевания является болевой синдром, колющие, давящие боли в области сердца с иррадиацией под левую лопатку. Купируются нитроглицерином. Длительный анамнез заболевания и ухудшение состояния в течение последнего месяца. Приглушенность тонов сердца при аускультации говорит об ИБС, прогрессирующей стенокардии напряжения.

Инфаркт миокарда от 1997 года в анамнезе заболевания говорит о постинфарктном кардиосклерозе.

Перебои в работе сердца, экстрасистолы при аускультации сердца, а также данные ЭКГ говорят об экстрасистолии. На основании наличия синдрома артериальной гипертензии (АД 180/90 мм рт. ст.), объективных данных расширения левой границы относительной тупости и гипертрофии левого желудочка на ЭКГ больному выставляется гипертрофия II ст. Наличие одышки при хотьбе по лестнице на третий этаж свидетельствует о НК-IIА ст.

На основании вышеперечисленных данных выставляется основной клинический диагноз: ИБС. Прогрессирующая стенокардия напряжения. Постинфарктный кардиосклероз. Экстрасистолия НК-IIА ст. ГБ II ст.

**Дифференциальный диагноз.**

Прогресирующую стенокардию напряжения при ИБС у данного больного необходимо дифференцировать с повторным инфарктом миокарда. Подозревать инфаркт миокарда заставляет длительный приступ интенсивной загрудинной боли (более 30 минут), не купировавшийся нитроглицерином, предшествующий госпитализации.

Отличия инфаркта миокарда от стенокардии имеются на ЭКГ: в первые часы развития инфаркта появляются признаки ишемического повреждения миокарда (подъем сегмента ST, отрицательный Т). ЭКГ у данного больного была снята в первые часы заболевания, и на ней нет этих признаков, зато имеются признаки ишемии миокарда, характерные для приступа стенокардии.

Кроме этого, при биохимическом исследовании крови повышения АЛТ и АСТ не обнаружено, что свидетельствует о наличии ишемии, а не инфаркта.

На ЭКГ в динамике явления ишемии уменьшаются, и их динамика не напоминает картину инфаркта миокарда, проходящую определенные стадии и длящуюся определенное время.

Также можно провести дифференциальную диагностику с миокардодистрофией при которой отмечаются боли, локализующиеся в области верхушки сердца, носящие длительный, колющий характер, не купирующиеся нитроглицерином, появление недостаточности кровообращения, что сопровождается деформацией и сужением сегмента ST на ЭКГ.

Так как у больного на протяжении нескольких лет наблюдаются высокие цифры артериального давления (до 160/100 мм рт. ст.), гипертрофию левого желудочка у данного больного можно объяснить наличием симптоматической артериальной гипертензии почечного генеза, либо гипертонической болезнью II стадии.

Так как в анамнезе у данного больного нет указаний на наличие почечной патологии а также патологии эндокринной системы, и результаты анализов мочи без патологических отклонений, можно говорить о ГБ II ст.

**Этапный эпикриз.**

Больной Н. находится на лечении в БМСЧ рыбаков в течение 10-ти дней с диагнозом ИБС. Прогрессирующая стенокардия напряжения. Постинфарктный кардиосклероз. Экстрасистолия НК-IIА ст. ГБ II ст.

Проведено обследование в полном объеме, результаты которого подтверждают диагноз. В ходе обследования выявлены следующие изменения:

* на ЭКГ: Синусовая брадикардия. Предсердная экстрасистолия. Нарушение внутри желудочка проводимости. Гипертрофия левого желудочка. Признаки ишемии в области боковой стенки.
* На эхокардиографии: Выраженный атеросклероз аорты. Атеросклеротический кардиосклероз. Очаг фиброза в левом желудочке, очаг гипотензии в задней стенке левого желудочка. Тотальная гипокинезия - 3С при нагрузке. Аортальная недостаточность I ст. Митральная недостаточность I ст. Умеренная гипертрофия миокарда левого желудочка в области задней стенки. Увеличение всех полостей сердца. Сократительная способность миокарда – удовлетворительная. Диастолическая дисфункция не регистрируется.

Получает лечение: нитраты пролонгированного действия, b-адреноблокаторы, антикоагулянты, кардиометаболики.

На фоне проведенного лечения самочувствие больного улучшилось, боли сердца стали беспокоить реже, уменьшилась одышка.

Планируется продолжить лечение и ЭКГ в динамике.

**Лечение заболевания.**

Режим №2. Диета №10.

*Нитросодержащие препараты*:

 Rp.: Nitrosorbidi 0.01

 D.t.d.№50 in tab.

1. Принимать по 1 таблетке 4 раза в день.

Rp.: Sustac-forte 6.4

 D.t.d. №20

 S.Принимать по 1 таблетке 2 раза в день.

Rp.:Nitroglycerini 0.0005

 D.t.d. № 50

1. Принимать при болях в сердце. Подъязычно.

Rp.: Trinitrolong 0.001

 D.t.d.№50

 S. Принимать по 1 таблетке 3 раза в день.

*Блокаторы бета-адренорецепторов* и препараты влияющие на адренергические системы: бета блокаторы уменьшают потребность миокарда в кислороде путем подавления симпатической активности

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.#20 in tab.

 S. Принимать по 1 таблетке 3 раза в день.

Rp.: Talinololi 0.1

 D.t.d.#20 in tab.

1. Принимать по 1 таблетке 3 раза в день.

Rp.: Pindololi 0.005

 D.t.d.#50 in tab.

 S. Принимать по 1 таблетке 4 раза в день.

*Антагонисты кальция.* Антиангинальный эффект связан с прямым действие их на миокард и коронарные сосуды, так и с влиянием на периферическую гемодинамику. Антагонисты кальция блокируют поступление ионов кальция в клетку, уменьшая таким образом ее способность развивать механическое напряжение, а, следовательно, и снижая сократимость миокарда

Rp.: Cardizemi 0.09

 D.t.d.#50 in caps.

 S.Принимать по 1 капсуле 2 раза в день

Rp.: Verapamili 0.04

 D.t.d.#50 in tab.

 S.Принимать по 1 таблетке 4 раза в день.

Rp.: Adalati 0.01

 D.t.d.#50 in tab.

 S.Принимать по 1 таблетке 3 раза в день.

*Препарат антикоагулянт.*

Rp.: Heparini 5 ml (25000 ED).

*Препараты улучшающие метаболизм миокарда.*

Rp.: Riboxini 0.2

 D.t.d.#50 in tab.

 S.Принимать по 1 таблетке 3 раза в день.

Rp.: Retabolili 5% 1 ml

 D.t.d.#50 in amp.

 S.Вводить внутримышечно 1 раз в месяц по 1 мл.

Rp.: Sol.Cocarboxylasi 5 ml

 D.t.d.#5 in amp.

 S.вводить внутримышечно 1 раз в день по 5 мл.

Rp.: Cytochromi C pro inectionibus 4 ml

 D.t.d.#10 in amp.

 S.Вводить внутримышечно по 4 мл 2 раза в день.

*Препараты, снижающие холестерин и липопротеиды крови:*

Rp.: Cetamipheni 0.25

 D.t.d.#20 in tab.

1. принимать по 2 таблетки 4 раза в день.

**Этиология заболевания.**

Среди непосредственных причин развития инфаркта миокарда следует назвать длительный спазм, тромбоз или тромбоэмболию венечных артерий сердца и функциональное перенапряжение миокарда в условиях атеросклеротической окклюзии этих артерий. Этиологические факторы атеросклероза и гипертонической болезни, прежде всего психоэмоциональное напряжение, ведущее к ангионевротичесским нарушениям, также являются этиолгическими факторами инфаркта миокарда.

 **Патогенез заболевания.**

Чаще всего имеется несколько патогенных факторов по типу "порочного круга": спазм коронарных артерий --> агрегация тромбоцитов --> тромбоз и усиление спазма или тромбоз --> освобождение вазоконстрикторных веществ из тромбоцитов --> спазм и усиление тромбоза.

Агрегация тромбоцитов усиливается при атеросклеротическом поражении сосудов. Дополнительным фактором, способствующим тромбозу, является 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 ведет к раздражению интерорецепторов миокарда или коронарных сосудов, что реализуется в виде появления резкого болевого приступа, сопроводающегося активизацией мозгового слоя надпочечников с максимальным повышением уровня катехоламинов в течение первых часов заболевания. Гиперкатехоламинемия приводит к нарушению процессов энергообразования в миокарде. Повышение активности симпаоадреналовой системы, приобретающей у больных острым инфарктом миокарда сначала компенсаторный характер, становится вскоре патогенным в условиях стенозирующего атеросклероза венечных артерий сердца.

**Литература.**

1. Лекция внутренним болезням “ Симптоматические гипертензии” (Шулутко).
2. Машковский М.Д. Лекарственные средства часть 1 и 2. Москва, “Медицина”, 1987.
3. Справочник практического врача, 1 и 2 том, под редакцией Воробьева А.И. , Москва, Медицина, 1992.
4. Клиническая фармакология с международной номенклатурой лекарств. В.К.Лепехин, Ю.Б. Белоусов, В.С. Моисеев. Москва, Медицина, 1988.
5. Алмазов В.А. Чирейкин Л.В. Трудности и ошибки диагностики заболеваний сердечно-сосудистой системы. Л. Медицина, 1985 г.
6. Минкин Р.Б., Павлов Ю.Д. Электрокардиография и фонокардиография. М. Медицина, 1984.
7. Виноградов А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней, М. Медицина , 1980 г.