**Фамилия**:

**Дата поступления:**  15 марта 1999 г. по “скорой помощи”

**Возраст**:

**Вес**: 75 кг

**Рост**: 163 см

**Семйное положение**:

**Профессия и место работы**:

**Место жительства**:

**Диагноз клинический**:

* *Основное заболевание:*  ИБС. Прогрессирующая стенокардия. Постинфарктный кардиосклероз ( июнь 1997 г. ). Предсердная экстрасистолия. НК II А ст.

*Фоновое заболевание*: Атеросклероз аорты, артерий мозга и нижних конечностей. Симптоматическая артериальная гипертензия.

* *Осложнения:* отсутствуют
* *Сопутствующие заболевания*: Сахарный диабет II средней степени тяжести, компенсированный. . Диабетический гломерулосклероз. Хроническая почечная недостаточность I Б ст. Диабетическая и гипертензивная ангиопатия сетчатки. Аденома предстательной железы II ст.

**II . Анамнез данного заболевания.**

( anamnesis morbi ):

***1. Жалобы при поступлении:***

* Давящие боли за грудиной, средней интенсивности, возникающие при умеренной физической нагрузке (ходьба по ровной местности более 300м.), а так же после приема пищи, резком изменении атмосферного давления и в покое, усиливающиеся в положении лежа, не иррадиируют, купируются приемом 1-4 таблеток нитроглицерина, иногда проходят самостоятельно после прекращения движений, за 5-10 минут. Среднее количество приступов стенокардии — 8 - 10 в сутки.
* Одышка во время возникновения болей за грудиной (возникла за неделю до данной госпитализации), смешанного характера, снимается при купировании боли.

* Слабость, утомляемость.

**Дополнительные жалобы:**

* Покалывания в височной области, сопровождающиеся общим недомоганием, возникающие при повышении артериального давления. (свыше 170-180 мм.рт.ст. (систолическое)), проходит при нормализации артериального давления.
* Снижение остроты зрения при повышении артериального давления (свыше 170-180 мм.рт.ст.(систолическое)), проходит с понижением артериального давления.
* Запоры, наблюдающиеся постоянно, сопровождаются чувством тяжести в брюшной полости, стул нерегулярный (1-2 раза в неделю), вызывается приемом слабительных средств.
* Чувство холода и онемения стоп (последние 2 года), наблюдается в горизонтальном положении в покое; после интенсивного массирования сменяется чувством жжения, которое затем самостоятельно проходит.
* Дизурические расстройства: снижение силы напора, возникло с середины 1998 года; учащенное мочеиспускание 7-8 раз в день, ночное мочеиспускание не более 2 раз.

2. ***Начало и дальнейшее развитие заболевания:***

 В возрасте 48 лет пациенту, в ходе планового медицинского обследования в ведомственной поликлинике “Химстрой”, был поставлен диагноз сахарного диабета, инсулиннезависимой формы. В ходе опроса выяснилось, что больной выпивал большое количество жидкости (около 3-4 литров в день) из-за постоянно сопровождающего ощущения жажды, однако сам пациент не придавал этому большого значения. После консультации эндокринолога больному были назначены постоянное лечение сахаропонижающими препаратами (диабетон, манинил) и диета с низким содержанием сахара.

 В возрасте около 50 лет, больного начали беспокоить незначительные давящие боли за грудиной, не иррадиирующие, возникающие при значительной физической нагрузке, проходящие через 5-10 минут после прекращения нагрузки. По поводу болей пациент к врачу не обращался.

В 1995 году (60 лет) пациент перенес болезнь Лайма (в июле месяце), во время лечения которой он начал чувствовать давящие боли за грудиной, которые возникали при незначительной физической нагрузке, не иррадиировали, снимались 1 таблеткой валидола. Так же, с перенесенной болезнью Лайма, пациент связывает начало повышений артериального давления со 120-125/80 до 150 /100 и выше. Во время госпитализации, пациента консультировал врач-кардиолог, который поставил диагноз стенокардия, однако, лечение назначено не было. В течение 1 месяца после выписки из стационара боли за грудиной приобрели частый характер, стали более интенсивными, возникали как при физической нагрузке, так и при выходе на холод, изменении погоды, а так же, в покое. Пациент самостоятельно обратился к кардиологу по месту жительства, после чего был госпитализирован в Отделение реабилитацииТомского НИИ Кардиологии . Во время лечения больной почувствовал незначительное улучшение, однако, после выписки сильные боли возобновились. Лечащий врач рекомендовал пациенту при сердечных болях принимать нитроглицерин, который купировал (в начале лечения) приступы боли за 1-2 минуты при приеме 1 таблетки препарата, так же было назначено лечение сустаком, коринфаром, нитролонгом и другими препаратами. Больной был поставлен на учет у кардиолога по месту жительства, получил 2 группу инвалидности (январь 1996).

 В связи с отсутствием положительной динамики заболевания пациент самостоятельно обратился в ОКБ ТО, где прошел 21-дневный курс лечения, который не принес заметного улучшения (апрель-май 1996). В мае 1996 года после смерти близкого родственника больной почувствовал сильные, резкие боли за грудиной. Прибывшая бригада скорой медицинской помощи госпитализировала пациента в ОКБ г.Томска с диагнозом инфаркт миокарда, который затем не был подтвержден. Следующий острый приступ сильных болей за грудиной возник 10 июня 1997 года, в связи с чем больной был госпитализирован в Томский НИИ Кардиологии, где (со слов больного) был диагносцирован мелкоочаговый инфаркт миокарда (задней стенки).

С начала 1998 года состояние пациента значительно ухудшилось: участились боли за грудиной в покое (чаще в положении лежа), стала прослеживаться четкая связь между приемом пищи и возникновением болей, для снятия приступа стало необходимым принимать 2-4 таблетки нитроглицерина, однако пациент предпочитал снимать боли внутримышечными инъекциями, которые производила жена ( состав иньекций — папаверин, но-шпа )

В последнюю неделю перед настоящей госпитализацией состояние больного резко ухудшилось: боли стали очень частыми (до 8 раз в день), мучительными, немедленно возникали при любой физической нагрузке и после еды, участились боли в покое. Пациент был вынужден увеличить дозу нитроглицерина до 12-15 таблеток в день (однако, некоторые приступы проходили в покое). Пациент самостоятельно обратился в Кардиодиспансер, откуда машиной скорой медицинской помощи был госпитализирован в Клинику кафедры факультетской терапии СГМУ, где он проходит обследование и курс лечения.

**III. Анамнез жизни**

 ( anamnesis vitae )**:**

Пациент родился 4 ребенком в семье ( 2 детей до него умерли в раннем возрасте), беременность и роды проходили без осложнений. Рос и развивался нормально, от сверстников не отставал. В возрасте около 1 года – ударился головой о пол, с чем связывает снижение зрения и возникновение постоянного горизонтального нистагма. Детские болезни — исключает.

Окончил школу и техникум. В армии не служил из-за патологии зрения.

Женился в возрасте 23 лет, имеет сына - 40 лет.

В начале 80-х годов дважды повреждал связки голеностопных суставов.

С 1986 года лечится по поводу сахарного диабета II.

В 1987 году перенес правостороннюю пневмонию, к врачам за помощью не обращался. Диагноз поставлен ретроспективно по рентгенограмме гудной клетки.

 В 1987 году перенес ряд операций по поводу гнойно-воспалительных явлений в области подмышек (возможно гидраденит). В это же время наблюдался фурункулез на лице

С начала 90-х годов пациента беспокоят постоянные запоры.

В 1993 году перенес 2 операции и лучевую терапию по поводу панариция большого пальца левой руки и его осложнения — остеомиелита.

В 1995 году лечился по поводу болезни Лайма.

В 1998 году урологами найдена киста почки (какой ? ) и увеличенная в 1.5 раза предстательная железа.

1. **Социально-бытовой**

Пациент материально обеспечен, длительное время проживает в благоустроенном жилье. Питается не регулярно, без злоупотребления отдельными видами продуктов. Вредных привычек – нет.

1. **Профессиональный.**

Начал работать с 1954 года, после окончания техникума и проработал до 1996 года. За это время был: столяром, плотником, мастером-строителем, прорабом, инженером.

Работа в основном не была связана с производственными вредностями, однако со слов больного, в 60-е годы он около недели находился рядом с открытым источником радиоактивного излучения.

1. **Семейный.**

Отец больного погиб на фронте. Мать и старший брат страдали сахарным диабетом. Двое из четверых детей в семье погибли в раннем возрасте (причина больному не известна). Мать умерла в возрасте 70 лет, брат в 71 год от 4-го инфаркта миокарда.

**VI. Аллергологический анамнез:**

 Аллергических реакций у больного и родственников не отмечалось. Все медикаменты переносит удовлтетворительно.

**IV. ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ.**

Status praesens.

**Рост -** 163см

**Вес -** 75 кг

**Температура тела** - 36.4 С

**Положение** – активное.

**Пропорциональность развития -** пропорционально

**Общее состояние** – удовлетворительное.

**Состояние кожи -** бледного цвета, множество пигментных пятен (диаметр 1-2 мм) по всему кожному покрову, теплая, эластичная, умеренной жирности,тенденция к сухости, на голенях и предплечьях — шелушение, рисунок кожи не усилен

**Подкожная клетчатка -** выражена умеренно (в области живота — избыточно), отека - нет

**Состояние слизистых оболочек** – чистые, бледно-розовые без патологических образований. Окраска склер — белая

**Исследование полости рта -** язык обложен бело-желтым налетом, миндалины не увеличены, десны - разрыхлены, зубы - шатаются

**Волосы -** седые, не жирные, выпадений не отмечено

**Выражение лица** - нормальное

**Сознание -** ясное

**Поведение -** без особенностей, пациент легко вступает в контакт

**Лимфатические узлы** - увеличение подчелюстных ЛУ (0.7 х 0.4), при пальпации — подвижные, безболезненные

**Щитовидная железа -** пальпируются две равных доли, не увеличена, движется вместе с гортанью, поверхность - ровная

**Череп** - деформаций нет

**Грудная клетка -** гиперстенической формы, над- и подключичные ямки сглажены, межреберные промежутки уменьшены, симметричность обеих половин грудной клетки, эпигастральный угол 100 0 , лопатки плотно прилегают к грудной клетке

**Позвоночник** - обычной конфигурации, болезненности остистых отростков при перкуссии нет

**Суставы** - без деформаций, безболезненны при пальпации и движениях, объем движений сохранен

**Ногти -** прозрачные, прочные

**Мышечная система** - развита умеренно, тонус - удовлетворительный, мышцы при ощупывании безболезненны.

**Характеристика конституции по Черноруцкому:** гиперстенический тип

индекс Пинье = Рост-(окр.гр.кл + масса тела) =163-(103+75)= **-15** говорит о диспропорциональном соотношении между этими параметрами (в норме ИП колеблется около +20) т.е.имеется избыточный вес

 **ВНУТРЕННИЕ ОРГАНЫ.**

 СИСТЕМА ДЫХАНИЯ.

Состояние носа, носовых путей — без деформаций, носовое ды-

 хание — свободное

Частота дыхания - 20 движ\мин, отношение вдоха к выдоху = 4\5

 равномерное участие в дыхании обеих половин грудной клетки, тип дыхания - брюшной

*Пальпация грудной клетки*: эластичная, голосовое дрожание в симметричных участках — одинаковой силы, не усилено.

*Сравнительная перкуссия*: над передними, боковыми, задними отделами грудной клетки в симметричных участках перкуторный звук одинаковый, легочный

*Гамма звучности* над задними отделами: самый ясный, низкий и продолжительный звук - под лопатками; между лопатками, над ними, под лопатками - звук становится тише, короче, выше

 над передними отделами: самый ясный звук - во II и III межреберьях; в I межреберье, над верхушками - звук становится короче, тише, выше.

 в моренгеймовской ямке - звук наиболее тихий

*Окружность грудной клетки:*

|  |  |
| --- | --- |
| при спокойном дыхании | 103 см |
| при глубоком вдохе | 104 см |
| при глубоком выдохе | 102 см |

*Топографическая перкуссия легких:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| нижняя граница: | левая | правая |
| парастернальная линия |  —  | 5 межреберье |
| срединноключичная |  —  | 6 ребро |
| передняя подмышечная | 7 | 7 |
| средняя подмышечная | 8 | 8 |
| задняяя подмышечная | 9 | 9 |
| лопаточная | 10 | 10 |
| околопозвоночная | 11 | 11 грудной позвонок |
| поля Кренига | 5 см | 5 см |

*Высота верхушки легкого:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  слева | справа |
| спереди | 4 см | 4.5 см |
| сзади | 1 см кнаружи ост. от | ростка 7 ш.позвонка |

Подвижность легочного края - слева: 7см справа: 8см

Аускультация легких:

 - при бронхофонии на периферии прослушиваются неразборчивые звуки, что соответствует норме.

 - над трахеей выслушивается бронхиальное дыхание:

1. звук напоминает по тембру “Х”
2. вдох и выдох слышны на всем протяжении фаз
3. выдох громче вдоха
4. выдох выше вдоха по тональности

 - над периферическими отделами легких выслушивается везикулярное дыхание:

1. по тембру напоминает “ф”
2. тише бронхиального
3. вдох слышен на всем протяжении фазы, выдох - только в начале фазы ( 1/3 )
4. выдох тише вдоха
5. выдох ниже вдоха

Примечание: при поступлении пациента в стационар (15.03.99) в базальных отделах легких выслушивались единичные мелкопузырчатые хрипы. Были назначены диуретики. На следующий день хрипы исчезли.

СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА.

Осмотр грудной клетки, сосудов шеи - видимой пульсации нет

Пальпация верхушечного толчка - не пальпируется

*Перкуссия сердца:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **границы** |  **относительной тупости** | **абсолютной тупости** |
| **левая** | 0.5 см кнаружи от левой ср.ключичной линии |  —  |
| **правая** | 1 см не дойдя правого края грудины | левый край грудины |
| **верхняя** | 3 ребро по левой парастернальной линии | 4 ребро по левой парастернальной линии |
| **высота правого атриовазального угла** | 3 реберный хрящ справа |  —  |
| **ширина сосуд. пучка** |  —  | 6 см |

Аускультация сердца:

1. Тоны не усилены, неритмичные, соотношение сохранено

2. I тон на верхушке:

 - совпадает с пульсовой волной на лучевой артерии

 - выслушивается после длительной паузы

 - по амплитуде - громче II тона

 - по времени - продолжительнее II тона

 - по высоте - ниже II тона

3. II тон на основании сердца:

 - не совпадает с пульсовой волной на лучевой артерии

 - выслушивается после короткой паузы

 - по амплитуде - громче I тона

 - по времени - короче I тона

 - по высоте - выше I тона

4. Соотношение силы и высоты II тона на аорте и легочной артерии:

 - на аорте II тон громче и выше, усилен

Аорта и сосуды: видимой пульсации аорты, расширения вен — не обнару жено

Пульс : на лучевой артерии — неритмичный, частота — 68 уд\ мин, умеренного напряжения и наполнения, одинаковый на обеих руках, стенка сосуда эластичная. Дефицита пульса — нет.

 - на тыльных артериях стоп - пульсация ослаблена

Артериальное кровяное давление:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | на правой руке | на левой руке |
| систолическое | 160 мм.рт.ст. | 155 мм.рт.ст. |
| диастолическое | 90 мм.рт.ст. | 90 мм.рт.ст. |
| пульсовое | 70 мм.рт.ст. | 65 мм.рт.ст. |

ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА.

Ротовая полость - слизистая ровная, розового цвета; миндалины - не увеличены; язык - обложен бело-желтым налетом; десна - рыхлые, зубы шатаются. Зубная формула:

Живот - нормальной формы,избыточное развитие подкожно-жировой клетчатки

При поверхностной пальпации болезненности нет, тонус брюшных мышц умеренный, дыхательные движения обеих половин брюшной стенки симметричные, видимой перистальтики нет

*Желудок:*

Видимой перистальтики - нет

Определение нижней границы:

 - перкуторно - 3 см выше пупка

 - аускультативной пальпацией - 4 см выше пупка

 - пальпация большой кривизны - расположена на 3 см выше пупка, ровная,эластичной консистенции, подвижность около 2 см, безболезненна

*Кишечник:*

* сигмовидная кишка — расположена в левой подвздошной области, диаметр 2 см, эластичная, стенка гладкая, ровная, безболезненная, урчания нет
* слепая кишка — расположена в правой подвздошной области в средней трети расстояния от пупка до гребня подвздошной кости; диаметр 3см, эластичной консистенции, стенка гладкая, ровная, безболезненная, урчания определяется
* поперечно-ободочная кишка — расположена правильно, диаметр 2 см, эластичная, стенка ровная, гладкая, подвижность достаточная, безболезненная, урчание есть
* восходящая кишка — расположена правильно, диаметр 2 см, эластичная, стенка ровная, гладкая, подвижность достаточная, безболезненная, урчание есть
* нисходящая кишка — расположена правильно, диаметр 2 см, эластичная, стенка ровная, гладкая, подвижность достаточная, безболезненная, урчание не обнаружено

*Поджелудочная железа* не пальпируется

*Печень:*

 -нижний край печени по срединноключичной линии совпадает с краем реберной дуги

 - при пальпации - нижний край острый, эластичной консистенции, поверхность гладкая

 - *границы печени*:

1.верхняя по срединноключичной линии глубокой перкуссией IV ребро, поверхностной перкуссией — V ребро

2. нижняя по срединноключичной линии — совпадает с краем реберной дуги

3. по срединной линии — между верхней и средней третями от пупка до мечевидного отростка

4. левая — совпадает с левой парастернальной линией

Размеры печени по М.Г.Курлову:

 - от верхней границы по срединноключичной линии до нижней 9.5см

 - от основания мечевидного отростка до нижней границы по срединной линии 9 см

 - от основания мечевидного отростка до левой границы 8 см

*Селезенка:*

 - верхняя граница - IX ребро (по средней лопаточной линии)

 - нижняя граница - XI ребро (по средней лопаточной линии)

 - задний верхний полюс - по лопаточной линии

 - передний нижний полюс - 5 см от центра поперечника селезенки по направлению к пупку

* поперечник ( верхняя — нижняя граница) — 7 см
* длинник (задний верхний — передний нижний полюс) — 11 см

МОЧЕ - ПОЛОВАЯ СИСТЕМА.

Симптом Пастернацкого ( поколачивания ) - отрицательный

Пальпация почек - не пальпируются

Дизурические явления — учащенное мочеиспускание 7-8 р\ день, снижена сила струи (направлена прямо вниз)

Мочевой пузырь -

НЕРВНАЯ СИСТЕМА И ОРГАНЫ ЧУВСТВ.

Интеллект - не снижен

Настроение - устойчивое

Реакция на окружающее - адекватная, без раздражительности

Головные боли, головокружение - не отмечено

Сон - удовлетворительный

Речь - без нарушений

Координация движений - сохранена

В позе Ромберга - устойчив

Органы чувств: слух, обоняние - без отклонений, зрение - удовлетворительное, горизонтальный нистагм (после травмы головы в детстве)

 ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА .

Щитовидная железа - не увеличена., признаков тиреотоксикоза или гипотиреоза не выявлено.Сахарный диабет II типа, средней степени тяжести.

**ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

 **Общий анализ крови: (16. 03. 99) (22.03.99)**

 норма

Гемоглобин 116 г\ л 114 130-160 г\л

Эритроциты 3.97 \* 1012 3.83 4-5\*1012 в1л

СОЭ 20 мм\ ч 22 2-10 мм\ч

Лейкоциты: 8,2 \* 109 7.8 4-9\*109 в 1л

С/Я 60 % 65 47-72 %

Моноциты 6% 6 3-11%

Эозинофилы 5% 5 0.5-5 %

Лимфоциты 29% 22 19-37 %

Базофилы — % 2 0-1 %

В приемном отделении (15.03.99): лейкоциты — 8.9\* 109

Заключение: эритропения, резко снижен уровень гемоглобина, высокая СОЭ

**Биохимический анализ крови: (17. 03. 99 )**

 норма

 Билирубин общ 7.71 мкмоль \ л 3.5 -19 мкмоль\ л

 Белок общ 70.5 г\ л 60 -80 г\ л

 Глюкоза 7.62 ммоль\ л 3.5 - 6.1 ммоль\ л

 АсАТ 16.2 мккат\ л 10 - 35 МЕ \л

 Мочевина 9.56 ммоль\ л 3.23 - 6.46 ммоль\л

 Креатинин 180 ммоль\ л 60 - 130 ммоль\л

 С реакт белок отриц

 RW отриц

Заключение: повышение уровня мочевины и резкое — креатинина

**Суточные колебания уровня глюкозы в крови ( 17.03.99)**

|  |  |
| --- | --- |
| время | уровень глюкозы, ммоль\ л |
| 8.00 | 7.8 |
| 13.00 | 10.0 |
| 18.00 | 12.0 |
| 22.00 | 6.2 |
| 6.00 | 7.3 |

Заключение: компенсированное повышение глюкозы в крови

**Общий анализ мочи: ( 16. 03 .99 )**

 Цвет соломенно-желтый

 Прозрачность прозрачная

 Уд. Вес —

 Лейкоциты единичные в поле зрения

 Эритроциты 1 -2 в поле зрения

 Белок 0.254 г\ л

 Фосфаты положит.

Заключение: протеинурия

**Суточная моча на белок ( 23.03 99)**

 Количество 1350 мл

 Белок 2.2 гр

**Проба Зимницкого (23.03.99)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| время | кол-во мочи, см3 | удельный вес |
| 6.00-9.00 | 50.0 | 1011 |
| 10.00-12.00 | 200.0 | 1015 |
| 12.00-15.00 | 190.0 | 1014 |
| 15.00-18.00 | 170.0 | 1014 |
| 18.00- 21.00 | 150.0 | 1015 |
| 21.00- 24.00 | 130.0 | 1015 |
| 24.00- 3.00 | 150.0 | 1012 |
| 3.00- 6.00 | 120.0 | 1013 |

Заключение: преобладание дневного диуреза над ночным, гипостенурия

**Гемостаз ( 17.03.99)**

ПТИ 82.2%

 Коалиновое время 65 сек

 Фибриноген общий 3.5 г\ л

 Фибриноген В отрицат

Заключение: все показатели соответствуют норме

**ЭКГ**

 **16.03.99.**

Заключение: угол а = 30 0 , горизонтальное положение электрической оси сердца, ритм синусовый 62 уд\ мин, неправильный, частые предсердные экстрасистолы. Гипертрофия левого желудочка, его перегрузка, признаки хронической коронарной недостаточности.

 **19.03.99.**

Заключение: по сравнению с ЭКГ от 16.03.99 число предсердных экстрасистол уменьшилось. В остальном — ЭКГ без выраженной динамики. Дополнительные отведения четких даных за рубцовые изменения не выявили.

 **25.03.99.**

Заключение: по сравнению с ЭКГ от 19.03.99 экстрасистолы не определяются. В остальном ЭКГ без выраженной динамики.

**Консультация врача-окулиста (23. 03. 99.)**

Заключение: диабетическая и гипертензивная ангиопатия сетчатки.

Рекомендовано: лазерокоагуляция сетчатки после выписки из стационара.

**ОБОСНОВАНИЕ ОСНОВНОГО ДИАГНОЗА**

 После сбора анамнеза, проведения обьективного, инструментального и лабораторных исследований выделены следующие синдромы:

 1. Стенокардитический — простой субьективный синдром, характеризующийся следующими жалобами:

давящие боли за грудиной, средней интенсивности, возникающие при умеренной физической нагрузке (ходьба по ровной местности более 300м.), а так же после приема пищи, резком изменении атмосферного давления и в покое, усиливающиеся в положении лежа, не иррадиируют, купируются приемом 1-4 таблеток нитроглицерина, иногда проходят самостоятельно после прекращения движений, за 5-10 минут. В последнюю неделю перед настоящей госпитализацией боли стали очень частыми (до 8 раз в день), мучительными, немедленно возникали при любой физической нагрузке и после еды, участились боли в покое. Пациент был вынужден увеличить дозу нитроглицерина до 12-15 таблеток в день (однако, некоторые приступы проходили в покое).

 2. Синдром локальных изменений миокарда: постинфарктный кардиосклероз ( июнь 1997 г.) — синдром выявлен ретроспективно на основании медицинского заключения: *мелкоочаговый инфаркт миокарда (задней стенки),* во время госпитализации больного 10 июня 1997 г. в Томский НИИ кардиологии в связи с острым приступом сильных болей за грудиной

 3. Синдром гипертрофии миокарда левого желудочка — сложный объективно-параклинический синдром

 - объективно: при перкусии смещение левой границы сердца на 0.5 см кнаружи от срединноключичной линии.

 - параклинически: ЭКГ .Заключение: Гипертрофия левого желудочка.

 4. Синдром нарушения ритма: предсердная экстрасистолия — сложный обьективно-параклинический синдром

 - объективно: при аускультации сердца — тоны неритмичные

 при пальпации пульса на лучевой артерии — пульс неритмичный

 - параклинически: на ЭКГ внеочередное появление неизмененного комплекса PQRST. Неизмененный зубец Р говорит о нахождении очага эктопической импульсации в верхних отделах предсердия.

 5. Синдром хронической недостаточности левых отделов сердца II A ст. — сложный субьективно-обьективный синдром

 - субьективно: одышка при малой физической нагрузке

 - объективно: в покое при аускультации легких в базальных отделах наличие влажных единичных мелкопузырчатых хрипов.

 6. Синдром атеросклеротических изменений сосудов — сложный субъективно-объективно-параклинический синдром

 - субъективно: зябкость в ногах в горизонтальном положени

 - объективно: при аускультаци сердца — акцент II тона над аортой

 при пальпации — ослабление пульсации на тыльных артериях стоп, преимущественно справа

 -параклинически: УЗИ : атеросклеротическое уплотнение аорты и артерий головного мозга

 7. Синдром артериальной гипертензии — сложный субъективно-параклинический синдром

 - субъективно: покалывания в височной области, сопровождающиеся общим недомоганием, возникающие при повышении артериального давления. (свыше 165-180 мм.рт.ст. (систолическое)), проходит при нормализации артериального давления.

 - параклинически: значения при измерении артериального давления во время недомогания 160 х 95 мм.рт.ст.

 8. Астено-вегетативный синдром — простой субъективный синдром, основанный на жалобах пациента: слабость, утомляемость, снижение работоспособности

На основании выделенных и вышеперечисленных синдромов выставлен следующий диагноз основного заболевания:

* *Основное заболевание:*  ИБС. Прогрессирующая стенокардия. Постинфарктный кардиосклероз ( июнь 1997 г. ). Предсердная экстрасистолия. НК II А ст.

*Фоновое заболевание*: Атеросклероз аорты, артерий мозга и нижних конечностей. Симптоматическая артериальная гипертензия.

**Обоснование :**

 *Ишемическая болезнь сердца: прогрессирующая стенокардия* — основное заболевание, так как пациент госпитализирован в клиники с главной жалобой — давящие боли за грудиной, средней интенсивности, возникающие при умеренной физической нагрузке (ходьба по ровной местности более 300м.), а так же после приема пищи, резком изменении атмосферного давления и в покое, усиливающиеся в положении лежа, не иррадиируют, купируются приемом 1-4 таблеток нитроглицерина, иногда проходят самостоятельно после прекращения движений, за 5-10 минут.

Эти жалобы характерны для стабильной стенокардии напряжения III класса, однако из анамнеза известно, что в последнюю неделю перед настоящей госпитализацией состояние больного резко ухудшилось: боли стали очень частыми (более 8 раз в день), мучительными, немедленно возникали при любой физической нагрузке и после еды, участились боли в покое. Пациент был вынужден увеличить дозу нитроглицерина до 12-15 таблеток в день — т.е. произошло внезапное увеличение частоты, тяжести и продолжительности приступов стенокардии в ответ на обычную для данного больного нагрузку, что можно трактовать как переход стенокардии напряжения в следующий функциональный класс. Но это можно сделать если состояние пациента будет стабильным на данном уровне более 1 месяца. Поэтому , на момент госпитализации, поставлен диагноз — прогрессирующая стенокардия.

  *Постинфарктный кардиосклероз (июнь 1997 г.)* — состояние миокарда выявленное ретроспективно на основании медицинского заключения: *мелкоочаговый инфаркт миокарда (задней стенки),*сделанного во время госпитализации больного 10 июня 1997 г. в Томский НИИ кардиологии в связи с острым приступом сильных болей за грудиной.

  *Предсердная экстрасистолия* — состояние, характеризующееся синдромом нарушения ритма: при аускультации сердца — тоны неритмичные, при пальпации пульса на лучевой артерии — пульс неритмичный, на ЭКГ-- ритм синусовый, неправильный: внеочередное появление неизмененного комплекса PQRST — т.е. экстрасистолы. Неизмененный зубец Р говорит о нахождении очага эктопической импульсации в верхних отделах предсердия.

 *Недостаточность кровообращения II А степени* — состояние, которое характеризует синдром хронической недостаточности левых отделов сердца: жалобы больного на одышку при малой физической нагрузке; объективно: в покое при аускультации легких в базальных отделах наличие влажных единичных мелкопузырчатых хрипов, которые обусловлены застоем в малом круге кровообращения из-за снижения сократительной способности миокарда. Отсутствие симптомов застоя по второму, большому кругу кровообращения (отеки), дает полное право поставить диагноз недостаточность кровообращения II А степени .

 К *фоновым* отнесены заболевания способствующие развитию основного заболевания и не ставшие непосредственной причиной настоящей госпитализации больного.

 *Атеросклероз аорты, артерий мозга и нижних конечностей* —диагноз заболевания выставлен на основе жалоб больного: зябкость стоп (последние 2 года) в горизонтальном положении — связана с недостаточностью кровообращения в дистальных отделах нижних конечностей; при пальпациии тыльных артерий стоп отмечается снижение силы пульсации; при аускультаци сердца — акцент II тона над аортой, указывающий на уплотнение аорты; параклинически: заключение УЗИ сосудов — атеросклеротическое уплотнение аорты, артерий мозга и нижних конечностей.

 *Симптоматическая артериальная гипертензия —* состояние, характеризующееся синдромом артериальной гипертензии.

Жалобы на покалывания в височной области, сопровождающиеся общим недомоганием, возникающие при повышении артериального давления. (свыше 165-180 мм.рт.ст. (систолическое)), проходит при нормализации артериального давления. Параклинически: измеренные значения артериального давления во время недомогания 160 х 95 мм.рт.ст.

 Диагноз симптоматической ( при атеросклерозе) гипертензии основывается на следующих критериях: возраст пациента во время появления симптомов АГ — 60 лет; в анамнезе нет данных о болезнях почек, которые могли бы привести к гипертензии почечного генеза; на момент появления симптомов АГ уже имелось проявление ИБС — стенокардии (то же проявление атеросклероза); подтвержденый диагноз атеросклероза при настоящей госпитализации.

К сопутствующим отнесены заболевания, не оказывают выраженного влияния на основные и фоновые заболевания.

  *Сахарный диабет II типа,средней степени тяжести, компенсированный* — выявлен эндокринологом в ходе планового медицинского обследования в ведомственной поликлинике “Химстрой”, подтвержден биохимическим анализом крови в лаборатории клиник. Степень тяжести — средняя, т.к. уровень сахара в крови нормализуется только при применении сахароснижающими препаратами (манинил, диабетон). Компенсированная форма — т.к. уровень сахара в крови соответствует возрастной норме больного.

 *Диабетический гломерулосклероз. Хроническая почечная недостаточность IБ ст.* — диагноз поставлен на основании биохимических показателей крови норма

 Мочевина 9.56 ммоль\ л 3.23 - 6.46 ммоль\л

 Креатинин 180 мкмоль\ л 60 - 130 мкмоль\л

Для I Б ст ХПН характерно повышения уровня креатинина в сыворотке крови до 200 мкмоль\л , однако для полной достоверности диагноза необходимо измерить объемную скорость клубочковой фильтрации (% от нормы)

*Диабетическая и гипертензивная ангиопатия сетчатки —* диагноз выставлен на основании обследования больного окулистом 23.03.99.

 *Аденома простаты II ст.--* диагноз поставлен на основании жалоб пациента на дизурические расстройства: снижение силы напора, возникло с середины 1998 года; учащенное мочеиспускание 7-8 раз в день, ночное мочеиспускание не более 2 раз. Параклинические исследования ( УЗИ простаты) — доброкачественная гипертрофия предстательной железы II ст.

 На основании выделения вышеперечисленных заболеваний выставлен

**Диагноз клинический**:

* *Основное заболевание:*  ИБС. Прогрессирующая стенокардия. Постинфарктный кардиосклероз ( июнь 1997 г. ). Предсердная экстрасистолия. НК II А ст.

*Фоновое заболевание*: Атеросклероз аорты, артерий мозга и нижних конечностей. Симптоматическая артериальная гипертензия.

* *Осложнения:* отсутствуют
* *Сопутствующие заболевания*: Сахарный диабет II средней степени тяжести, компенсированный. . Диабетический гломерулосклероз. Хроническая почечная недостаточность II A ст. Диабетическая и гипертензивная ангиопатия сетчатки. Аденома предстательной железы II ст.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.**

 Дифференциальную диагностику прогрессирующей стенокардии необходимо провести с другими кардиологическими заболеваниями, имеющими общие симптомы.

 *1. Повторный инфаркт миокарда* — по клинической картине чаще всего не отличается от первого ИМ. Для повторного ИМ характерны два симптомокомплекса : а) увеличение частоты и усугубление тяжести приступов у больного стабильной стенокардией б) появление стенокардии покоя у больного со стенокардией напряжения. Эти симптомы могут говорить о “предынфарктном состоянии”. Надо помнить о том, что в 70% случаев повторный ИМ возникает в течение первых 3 лет после предыдущего . Повторный ИМ часто протекает в виде мало- или безболевой формы . Нередко повторный мелкоочаговый ИМ проявляется приступами сердечной астмы или нарушением сердечного ритма. У 75% больных с повторным ИМ отмечается температурная реакция — повышение температуры тела в первые часы и сутки. У большинства больных наблюдаются изменения в периферической крови ( лейкоцитоз, в дальнейшем увеличение СОЭ, повышение активности АсАТ, ЛДГ1 , креатинфосфокиназы), выраженность которых кореллирует с обширностью очага некроза. В некоторых случаях изменения ЭКГ после перенесенного ранее мелкоочагового ИМ полностью нивелируются вследствие возникновения мелкоочаговых поражений противоположной стенки миокарда.

 У данного больного стабильной стенокардией имелось увеличение частоты и усугубление тяжести приступов, предыдущий мелкоочаговый ИМ был 2 года назад, отсутствие в настоящем анамнезе ангинозного статуса (возможно, безболевая форма), одышка, единичные влажные мелкопузырчатые хрипы в базальных отделах легких — проявление левосердечной недостаточности (как следствие выключения из сокращений поврежденных кардиомиоцитов ), изменения ЭКГ ( по данным кардиодиспансера ) характерные для острой ишемии миокарда — все эти данные указывают на высокую вероятность развития повторного ИМ.

 Однако отсутствие у больного температурной реакции, изменений в периферической крови , данные ЭКГ (клиник) — указывают на хроническую коронарную недостаточность без повреждения миокарда. Поэтому состояние пациента трактуется как переход стабильной стенокардии напряжения в прогрессирующую стенокардию.

 *2. Миокардит* — воспаление сердечной мышцы, вызываемое прямым действием инфекционного агента или косвенным ( механизм предварительной аллергизации или аутоиммунизации миокарда).

Общие симптомы со стенокардией — боли в области сердца, нарушения ритма (экстрасистолия), утомляемость, одышка.

 Однако начало М необходимо связывать с недавно перенесенным инфекционным заболеванием или приемом некоторых лекарственных веществ (сульфаниламиды, антибиотики и др.), лечебных сывороток и вакцин, воздействие на организм некоторых физических агентов (термический, радиохимический), способных вызвать тканевой распад и образование в организме чуждого ему белка.

 При остром М часто обнаруживается субфебрилитет. Артериальное давление или нормальное или снижено. Тоны сердца могут быть глухими, часто наблюдается расщепление I тона.

 Лабораторные данные при М неспецифичны: в крови — повышение а2- и гамма-глобулинов, увеличение показателей сиаловой кислоты, повышение СОЭ, появление СРБ. В первые 2 - 4 мес заболевания высокоинформативно повышение активности кининовой системы.

 ЭКГ имеет важное диагностическое значение, т.к. даже при самых легких миокардидах может дать изменения и стать единственным показателем поражения сердечной мышцы. Первоначально изменения малоспецифичны: снижение вольтажа, инверсия зубца Т, снижение сегмента ST . При нарастании тяжести могут появиться инфарктоподобные изменения зубца Q и деформация QRS. Типичны нарушения проводимости: АВ блокада I, II, III степени, появление полной блокады ножек пучка Гисса. Если блокада возникает в остром периоде болезни, то она исчезает самостоятельно или при соответствующем лечении стероидными гормонами.

 Средний возраст больных миокардитом — 33 года (данные М.И.Теодори).

У нашего больного из всех перечисленных диагностических критериев М в наличии были только: боли в области сердца, которые возникают при физической нагрузке и присутствуют уже несколько лет, что не характерно для М, нарушения ритма (предсердная экстрасистолия), одышка на пике болей.

Возраст пациента ( 63 года), отсутствие в анамнезе в последнее время инфекционных заболеваний, других симптомов и лабораторных данных указывающих на М позволяет отвергнуть это заболевание.

 *3. Стеноз устья аорты* может быть обусловлен а) ревматизмом (80% случаев) ; б) врожденным поражением (5% случаев) ; в) атеросклерозом

( чаще у лиц старше 60 лет).

В связи со значительным препятствием для кровотока из левого желудочка в аорту повышается давление в полости левого желудочка, что приводит к гипертрофии этого отдела сердца. При умеренно выраженном стенозе возникают жалобы, обусловленные нарушением кровотока в различных областях: головокружения, головные боли (ухудшение мозгового кровообращения), **сжимающие и давящие боли за грудиной** — стенокардия ( снижение коронарного кровотока).Однако стенокардия у таких больных — лишь один из многих симптомов, а не главное проявление болезни. Все эти жалобы обычно появляются при физической нагрузке разной интенсивности.

Прямые признаки стеноза — систолический шум над аортальным клапаном (проводится на сосуды шеи) в сочетании с ослаблением II тона.

Косвенные признаки стеноза — усиление верхушечного толчка (по мере развития сердечной недостаточности толчок становится разлитым и смещается влево).

На ЭКГ — гипертрофия левого желудочка. При умеренном стенозе и в начальных стадиях болезни может быть не выражена или увеличение амплитуды комплекса QRS в отведениях V5 - 6 . При выраженном пороке — депрессия сегмента ST и негативного зубца Т в отведениях V5 - 6 ,I, aVL. В далеко зашедших случаях — полная блокада левой ножки пучка Гисса.

У нашего больного имеются признаки гипертрофии левого желудочка ( ЭКГ, перкуторно левая граница — 0.5 см кнаружи от срединноключичной линии), однако отсутствие главного признака стеноза Уао — систолического шума над аортальным клапаном (проводится на сосуды шеи) в сочетании с ослаблением II тона, напротив — наличие акцента II тона над аортой, достоверно исключает стеноз устья аорты.

*4. Стенокардия Принцметала* (вариант спонтанной С ) — приступы стенокардии возникают без видимой связи с факторами, ведущими к повышению метаболических потребностей миокарда. Ангинозный синдром более длительный и интенсивный, чем при стенокардии напряжения, труднее поддается действию нитроглицерина. Наиболее частой причиной этой формы стенокардии является спазм крупных коронарных артерий. Спонтанная стенокардия может существовать как синдром, проявляющийся только в покое, но чаще сочетается со стенокардией напряжения. На ЭКГ — преходящие подъемы сегмента ST.

У нашего больного наблюдается возникновение приступов стенокардии в покое, однако на ЭКГ нет характерных признаков для стенокардии Принцметала.

**ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ.**

*Ишемическая болезнь сердца (ИБС)* — острый или хронический патологический процесс в миокарде, обусловленный неадекватным его кровоснабжением вследствие органического поражения коронарных артерий или, значительно реже, вследствие их функциональных изменений (спазм).

**Этиология:**

Основной причиной развития болезни является атеросклероз коронарных артерий. Значительно реже приступы стенокардии возникают при неизмененных коронарных артериях. К числу факторов, способствующих развитию болезни, следует отнести гистотоксический эффект катехоламинов, изменения в свертывающей и антисвертывающей системах крови, недостаточное развитие коллатерального кровообращения.

**Патогенез:**

В основе развития хронической ИБС лежит коронарная недостаточность — результат нарушения равновесия между потребностью миокарда в кислороде и возможностью его доставки с кровью. При недостаточном доступе кислорода к миокарду возникает его ишемия. Патогенез ишемии различен при измененных и неизмененных коронарных артериях.

 В качестве основного механизма возникновения коронарной недостаточности пр морфологически неизмененных сосудах выступает спазм артерий. К спазму приводят нарушения нейрогуморальных регуляторных механизмов, в настоящее время изученных недостаточно. Развитию коронарной недостаточности способствует нервное или физическое напряжение, обуславливающее повышение активности симпатико-адреналовой системы. Вследствие усиленной продукции катехоламинов надпочечниками и постганглионарными окончаниями симпатических нервов в миокарде накапливается избыток этих биологически активных веществ. Усиление работы сердца в свою очередь повышает потребность миокарда в кислороде. Наблюдающаяся под влиянием усиления активности симпатико-адреналовой системы активация свертывающей системы крови обуславливает внутрисосудистое диссеминированное свертывание крови, что усугубляет коронарную недостаточность и ишемию миокарда.

 При атеросклерозе коронарых артерий несоответствие потребностей миокарда в кислороде возможностями коронарного кровообращения ярко проявляется при физической нагрузке (усиление работы сердца, повышение активности симпатико-адреналовой системы). Выраженность коронарной недостаточности усугубляется недостаточностью коллатеральных сосудов, а также внесосудистыми влияниями на коронарные артерии. К таким влияниям относятся сжимающий эффект миокарда на мелкие коронарные артерии в фазу систолы, а также повышение внутримиокардиального давления в связи с развивающейся во время стенокардии недостаточностью сократительного миокарда и увеличения конечного диастолического объема и давления в левом желудочке.

 Остро возникшая коронарная недостаточность, проявляющаяся приступом стенокардии, может включить компенсаторные механизмы, предупреждающие развитие ишемиии миокарда. Такими механизмами являются раскрытие существующих и образование новых межкоронарных анастомозов, повышение экстракции миокардом кислорода из артериальной крови. При истощении этого “коронарного резерва” ишемия миокарда во время приступа стенокардии становится более выраженной.

 Кроме приступа стенокардии, ишемия миокарда проявляется различными эктопическими аритмиями, а также постепенным развитием атеросклеротического кардиосклероза. При кардиосклерозе замещение мышечных волокон соединительной тканью постепенно приводит к снижению сократительной функции миокарда и развитию сердечной недостаточности. При коронарной недостаточности, развивающейся в условиях атеросклероза коронарных артерий, увеличивается наклонность к внутрисосудистому диссеменированному свертываниюкрови, что способствует нарушению микроциркуляции в миокарде и в еще больщей степени усиливает выраженность его ишемии.

 Максимально вероятной причиной ИБС у данного больного является атеросклероз коронарных артерий, как проявление общего атеросклероза, причины которого до сих пор до конца не изучены. Существуют разные точки зрения на этиологию атеросклероза:

 1. дегенеративный и воспалительный процесс в сосудах

 2. нарушение кровообращения в vasa vasorum

 3. изменение химизма сыворотки крови

 4. наследственная предрасположенность к нарушению обменных процессов ( гиперхолестеринемия ).

 5. неправильный пищевой режим (пища, богатая жирами и бедная витаминами Е, А,С ).

 6. эндокринные нарушения (микседема, сахарный диабет и др.)

 7. интенсификация жизни, большой поток информации

 8. стрессы

 9. гиподинамия

 10. курение

Из анамнеза заболевания и жизни данного больного можно выявить присутствие следующих факторов:

 - наследственная предрасположенность — мать и старший брат страдали сахарным диабетом II ст; старший брат умер в 71 г. от 4-го инфаркта миокарда

 - эндокринные расстройства — у пациента с 1986 г. диагносцирован сахарный II типа

 - избыточный вес (индекс Пинье = -15)

 *Патогенез атеросклероза:*

 Атеросклеротический процесс поражает преимущественно средние, рыхло связанные с окружающими тканями, артерии, особенно соответственно уровням их деления. Вэтих местах происходит изменение тока крови и стенки сосудов испытывают удар пульсовой волны во время систолы. Постепенно изменяется тонус, обеспечивающий средний диаметр артерии, из-за нарушений артериального давления и сложных специальных механизмов его регуляции. Изменяются анатомические и функциональные взаимоотношения между мышечной, фиброзной и эластической тканями, которые в норме функционируют как единая система. Исключительно важная роль в проявлении характерных для атеросклероза морфологических изменений принадлежит атеросклеротической бляжке и пристеночному тромбу. После организациии тромба и врастания его в стенку артерии соответственно этому участку утолщается интима. Атеросклеротическая бляжка и организованный тромб вызывают вначале обездвижение и сужение, затем расширение пораженного отрезка артерии. Среди механических и динамических факторов, создающих замкнутый патологический круг:

 - сила систолического давления

 - напряжение в артериях

 - утрата эластической ткани

 - атеромы и тромбы

 - изменение просвета артерии

 Атеросклероз характеризуется липоидным пропитыванием интимы артерий, обызвествлением и склерозом, образованием тромбов. Развивается гиалиноз, белковое пропитывание, отложение известковых бляшек во внутренней оболочке сосуда. Наступают разрывы, расщепляется внутренняя эластическая пластинка. Исчезают эластические и мышечные волокна. Происходит склероз среднего слоя артерий, затем наружнего. Просвет сосуда частично или полностью закрывается бляжками.

 **ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА.**

**Лечение основного заболевания** — ИБС. Прогрессирующая стенокардия

 Лечение проводится по следующей программе:

 1. Купирование боли

 2. Устранение ишемии миокарда с помощью антиангинальных средств

 3. Уменьшение риска развития инфаркта миокарда и смертности с помощью антикоагулянта и антиагрегантов

*1. Купирование боли:(* при интенсивных болях в области сердца, не купирующихся приемом нитроглицерина *)*

|  |
| --- |
| *Recipe:Solutionis Analgini 50% 1 ml* |
| *Da tales doses № 2 in ampullis* |
| *Signa:По 2 мл в мышцы, разово* |

*2. Устранение ишемии миокарда с помощью антиангинальных средств:*

|  |
| --- |
| *Recipe:* Nitrosorbidi 0.01 |
| *Da tales doses № 50 in tabulettis* |
| *Signa* по 1 таблетке 4 раза \ день |

Эффект нитросорбида развивается постепенно, но более продолжителен

(3 -5 ч*асов*), чем у нитроглицерина. Нитросорбид обладает также периферическим вазодилатирующим эффектом — снижая тонус венул препарат уменьшает приток крови к сердцу, давление в сосудах малого круга, уменьшает одышку.

|  |
| --- |
| Recipe: Nitroglycerini 0.0005 |
| *Da tales doses № 50 in tabulettis* |
| *Signa*: по 1 таблетке под язык при загрудинной боли |

Нитроглицерин применяют преимущественно для купирования острых приступов стенокардии.

|  |
| --- |
| *Recipe:* Verapamili 0.04. |
| *Da tales doses № 50 in tabulettis* |
| *Signa*: по 1 таблетке 3 раза \ день |

Верапамил относится к антагонистам ионов кальция. Препараты этой группы вызывают расслабление мышечных волокон и уменьшают сопротивление в коронарных и периферических сосудах, улучшая коронарный кровоток и вызывая некоторое снижение системного артериального давления. Верапамил оказывает также антиаритмическое действие, главным образом при суправентрикулярной тахикардии , экстрасистолии. ( у больного — предсердная экстрасистолия, артериальная гипертензия).

 *3. Уменьшение риска развития инфаркта миокарда и смертности с помощью антикоагулянта и антиагрегантов:*

|  |
| --- |
| *Recipe:*  Aspirini 0.5 |
| *Da tales doses № 50 in tabulettis* |
| *Signa*: 1\4 таблетки утром после еды |

Аспирин обладает слабой антикоагулянтной и выраженной антиагрегационной активностью, вследствие чего препарат применяют для предупреждения образования тромбов при тромбозах сосудов сетчатки, нарушениях мозгового кровообращения, а также для предупреждений осложнений и уменьшения приступов стенокардии.

|  |
| --- |
| *Recipe: Heparini 10000 ЕД* |
| *Signa*: 3 раза\ день подкожно |

Гепарин — антикоагулянт прямого действия, т.е. влияет непосредственно на факторы свертывания (II, VII, IX. X, XI, XII ), а также угнетает биосинтез тромбина. Эффект при подкожном введении длится 8 -12 часов. Применяют для предотвращения тромбообразования. Дозу подбирают индивидуально под контролем свертывания крови, следя чтобы время свертывания было в 2 - 2,5 раза выше нормы, начиная с 10000 ЕД.

Больной получал иньекции гепарина с 15.03 — 10000 ЕД, с 22.03 — 5000 ЕД, с 26.03 — 2500 ЕД.

 *4.Симптоматическое лечение хронической недостаточности кровообращения II A (по малому кругу) — диуретиками*

|  |
| --- |
| *Recipe:* Tab. Triasidi |
| *Signa*: 0.5 таблетки по утрам |

**Лечение фонового заболевания:** Артериальной гипертензии

 *Ингибиторами АПФ*

|  |
| --- |
| *Recipe:* Tab.Capoteni 0.05 |
| *Signa*: по 1\4 таблетки утром и вечером |

иАПФ блокируют превращение ангиотензина - I в ангиотензин II, обладающий выраженным вазоконстрикторным эффектом. В результате блокады АПФ развиваются следующие эффекты:

 снижение общего периферического сосудистого сопротивления и постнагрузки на левый желудочек; венозная вазодилатация (снижение преднагрузки); подавление локальной, миокардиальной РААС — предотвращение прогрессирования дилатации левого желудочка (кардиопротекция); коронарная вазодилатация (увеличение коронарного кровотока); улучшение регионарного кровообращения в почках, головном мозге, сердце и других органах; предотвращение развития толерантности к нитратам и потенциирование вазодилатирующего действия нитратов.

**Лечение сопутствующего заболевания:** *Сахарного диабета II типа.*

 Патогенетическое — синтетическими сахаропонижающими препаратами

|  |
| --- |
| *Recipe:* Tab. Maninili 0.005 |
| *Signa*: по 1\2 таблетки 2 раза\ день |

Maninil (глибенкламид), производное сульфонилмочевины, является стимулятором в-клеток поджелудочной железы. Применяется при сахарном диабете легкой и средней степени тяжести. ( у нашего больного СД средней тяжести).

 *Нормализация функции желудочно-кишечного тракта:*

|  |
| --- |
| *Recipe: Cerucali 2 ml* |
| *Da tales doses № 10 in ampullis* |
| *Signa*: 2 мл в мышцы в 10:00 и 22:00 |

Препарат обладает противорвотным действием и оказывает регулирующее влияние на функции ЖКТ — усиливаются тонус и двигательная активность желудка и кишечника, секреция желудка не увеличивается. ( у нашего бо-

льного препарат назначен вследствие частых запоров)

***Режим:***

В период учащения и усиления интенсивности приступов стенокардии — постельный.

При стабилизации состояния — общеклинический.

**ДНЕВНИК**

**17 марта.**

|  |  |
| --- | --- |
| Температура тела | 36.2 С 0  |
| Артериальное давление | 140 \ 100 мм.рт.ст. |

*Состояние* — удовлетворительное, пациент отмечает улучшение: уменьшение частоты (до 5 ) и интенсивности приступов загрудинных болей.

*Режим:* постельный

*Жалобы:* давящие боли за грудиной, средней интенсивности, возникающие после приема пищи и в покое, усиливающиеся в положении лежа, купируются приемом 1-4 таблеток нитроглицерина, иногда проходят самостоятельно после прекращения движений, за 5-10 минут.

*Процедуры:* взята кровь на биохимический анализ

*Назначено лечение:*

|  |  |
| --- | --- |
| Tab. Maninili 0.005 | по 0.5 таблетки 2 раза\ день |
| Tab. Nitrosorbidi 0.01 | по 1 таблетке 4 раза \ день |
| Tab. Verapamili 0.04 | по 1 таблетке 3 раза \ день |
| Tab. Nitroglycerini 0.0005 | по 1 таблетке под язык при загрудинной боли |
| Tab. Triasidi |  0.5 таблетки по утрам до 23.03 |
| Tab. Aspirini 0.5 |  1\4 таблетки утром после еды |
| Heparini 10000 ЕД |  3 раза\ день подкожно до 20.03 |

**18 марта.**

|  |  |
| --- | --- |
| Температура тела | 36.5 С 0  |
| Артериальное давление | 135 \ 95 мм.рт.ст. |

*Состояние* — удовлетворительное, без выраженной динамики

*Режим:* постельный

*Жалобы:* давящие боли за грудиной, средней интенсивности, возникающие после приема пищи и в покое, усиливающиеся в положении лежа, купируются приемом 1-4 таблеток нитроглицерина, иногда проходят самостоятельно после прекращения движений, за 5-10 минут.

На ночь съел большое количество пищи. В 1:00 ночи возникли давящие боли за грудиной. 3 таб. Нитроглицерина не сняли приступ, однако боли исчезли после того как больной принял вертикальное положение.

*Процедуры: ---*

*Больной проходит назначенный курс лечения.*

**19 марта.**

|  |  |
| --- | --- |
| Температура тела | 36.4 С 0  |
| Артериальное давление | 135 \ 100 мм.рт.ст. |

*Состояние* — удовлетворительное, пациент отмечает снижение общей слабости и усталости, повышение аппетита.

*Режим:* постельный

*Жалобы:* давящие боли за грудиной, средней интенсивности, возникающие после приема пищи и в покое, усиливающиеся в положении лежа, купируются приемом 1-4 таблеток нитроглицерина, иногда проходят самостоятельно после прекращения движений, за 5-10 минут.

*Процедуры:* ЭКГ

*Больной проходит назначенный курс лечения.*

**20 марта.**

|  |  |
| --- | --- |
| Температура тела | 36.5 С 0  |
| Артериальное давление | 140 \ 100 мм.рт.ст. |

*Состояние* — удовлетворительное, сон хороший

*Режим:* постельный

*Жалобы:* давящие боли за грудиной, средней интенсивности, возникающие после приема пищи и в покое, усиливающиеся в положении лежа, купируются приемом 1-3 таблеток нитроглицерина, иногда проходят самостоятельно после прекращения движений, за 5-10 минут.

*Процедуры:*---

*Больной проходит назначенный курс лечения.*

**23 марта.**

|  |  |
| --- | --- |
| Температура тела | 36.4 С 0  |
| Артериальное давление | 145 \ 100 мм.рт.ст. |

*Состояние* — удовлетворительное, пациент отмечает снижение частоты приступов загрудинной боли до 3 в день, которые купируются преимущественно самостоятельно или 1 -2 таб. Нитроглицерина.

*Режим:* клинический

*Жалобы:* давящие боли за грудиной, средней интенсивности, возникающие после физической нагрузке ( ходьба более 300 м.), приема пищи и в покое, усиливающиеся в положении лежа, купируются приемом 1-2 таблеток нитроглицерина или проходят самостоятельно после прекращения движений, за 5-10 минут.

Ночью возник короткий приступ загрудинной боли, снялся сам за 3 мин.

*Процедуры:* проба мочи по Зимницкому, консультация окулиста.

*Назначенное лечение:*

|  |  |
| --- | --- |
| Tab. Maninili 0.005 | по 0.5 таблетки 2 раза\ день |
| Tab. Nitrosorbidi 0.01 | по 1 таблетке 4 раза \ день |
| Tab. Verapamili 0.04 | по 1 таблетке 3 раза \ день |
| Tab. Nitroglycerini 0.0005 | по 1 таблетке под язык при загрудинной боли |
| Tab. Aspirini 0.5 |  1\4 таблетки утром после еды |
| Heparini 5000 ЕД |  3 раза\ день подкожно до 26.03 |
| Capoteni 0.05 | по 1\4 таблетки утром и вечером |

**ЭПИКРИЗ.**

Больной 63 года, поступил в клиники СГМУ 15.03.1999 по скорой помощи, направлен из кардиодиспансера.

*При поступлении предъявлял* **жалобы***:*

Давящие боли за грудиной, средней интенсивности, возникающие при умеренной физической нагрузке (ходьба по ровной местности более 300м.), а так же после приема пищи, резком изменении атмосферного давления и в покое, усиливающиеся в положении лежа, не иррадиируют, купируются приемом 1-4 таблеток нитроглицерина, иногда проходят самостоятельно после прекращения движений, за 5-10 минут.

Одышка во время возникновения болей за грудиной (возникла за неделю до данной госпитализации), смешанного характера, снимается при купировании боли.

Слабость, утомляемость

Периодические повышения артериального давления (170 х 100 мм.рт.ст), сопровождающиеся покалываниями в височной области.

Запоры, наблюдающиеся постоянно, сопровождаются чувством тяжести в брюшной полости, стул нерегулярный (1-2 раза в неделю), вызывается приемом слабительных средств.

Дизурические расстройства: снижение силы напора, возникло с середины 1998 года; учащенное мочеиспускание 7-8 раз в день, ночное мочеиспускание не более 2 раз.

Из **анамнеза заболевания**: приступы стенокардии начали беспокоить больного с 50 лет при интенсивной нагрузке (быстрый подъем пешком на 14 этаж), снимались самостоятельно. С лета 1995 г. (60 лет ) пациент отмечает появление болей за грудиной, которые возникали при незначительной физической нагрузке, не иррадиировали, снимались 1 таблеткой валидола; начало повышений артериального давления со 120-125/80 до 150 /100 и выше. К осени боли за грудиной приобрели частый характер, стали более интенсивными, возникали как при физической нагрузке, так и при выходе на холод, изменении погоды, а так же, в покое. С жалобами на стенокардию пациент последовательно госпитализировался — в Отделение реабилитации Томского НИИ Кардиологии (осень 1995 г.) ; в ОКБ ТО, где прошел 21-дневный курс лечения, который не принес заметного улучшения (апрель-май 1996); май 1996г.-- в ОКБ ТО по скорой помощи с подозрением на инфаркт миокарда, который не подтвердился; 10 июня 1997 года — в Томский НИИ Кардиологии, где был диагносцирован мелкоочаговый инфаркт миокарда (задней стенки). С начала 1998 года состояние пациента значительно ухудшилось: участились боли за грудиной в покое (чаще в положении лежа), стала прослеживаться четкая связь между приемом пищи и возникновением болей, для снятия приступа стало необходимым принимать 2-4 таблетки нитроглицерина. В последнюю неделю перед настоящей госпитализацией состояние больного резко ухудшилось: боли стали очень частыми (до 8 раз в день), мучительными, немедленно возникали при любой физической нагрузке и после еды, участились боли в покое. Пациент был вынужден увеличить дозу нитроглицерина до 12-15 таблеток в день (однако, некоторые приступы проходили в покое). Пациент самостоятельно обратился в Кардиодиспансер, откуда машиной скорой медицинской помощи был госпитализирован в Клинику кафедры факультетской терапии СГМУ.

Из **анамнеза жизни**: пациент вел активный здоровый образ жизни, вредных привычек не имеет, однако любит избыточно поесть.

Из **семейного анамнеза:** отягощенная наследственность — сахарный диабет II типа у матери и брата; брат умер от инфаркта миокарда.

Из данных **объективного обследования:** гиперстеник (индекс Пинье = -15), левая граница сердца — 0.5 кнаружи от срединноключичной линии. При поступлении пациента в стационар (15.03.99) в базальных отделах легких выслушивались единичные мелкопузырчатые хрипы. Были назначены диуретики. На следующий день хрипы исчезли.

Пульс : на лучевой артерии — неритмичный, на тыльных артериях стоп - пульсация ослаблена.

В процессе постановки диагноза возникла необходимость про**дифференцировать** состояние пациента с:

*1. Повторным инфарктом миокарда*

У данного больного стабильной стенокардией имелось увеличение частоты и усугубление тяжести приступов, предыдущий мелкоочаговый ИМ был 2 года назад, отсутствие в настоящем анамнезе ангинозного статуса (возможно, безболевая форма), одышка, единичные влажные мелкопузырчатые хрипы в базальных отделах легких — проявление левосердечной недостаточности (как следствие выключения из сокращений поврежденных кардиомиоцитов ), изменения ЭКГ ( по данным кардиодиспансера ) характерные для острой ишемии миокарда — все эти данные указывают на высокую вероятность развития повторного ИМ.

 Однако отсутствие у больного температурной реакции, изменений в периферической крови , данные ЭКГ (клиник) — указывают на хроническую коронарную недостаточность без повреждения миокарда. Поэтому состояние пациента трактуется как переход стабильной стенокардии напряжения в прогрессирующую стенокардию.

*2. Миокардит*

У нашего больного из всех перечисленных диагностических критериев М (субфебрилитет, артериальное давление или нормальное или снижено, тоны сердца глухие, часто расщепление I тона, на ЭКГ: первоначально изменения малоспецифичны: снижение вольтажа, инверсия зубца Т, снижение сегмента ST . При нарастании тяжести могут появиться инфарктоподобные изменения зубца Q и деформация QRS, нарушения проводимости: АВ блокада I, II, III степени, появление полной блокады ножек пучка Гисса) в наличии были только: боли в области сердца, которые возникают при физической нагрузке и присутствуют уже несколько лет, что не характерно для М, нарушения ритма (предсердная экстрасистолия), одышка на пике болей.

Возраст пациента ( 63 года), отсутствие в анамнезе в последнее время инфекционных заболеваний, других симптомов и лабораторных данных указывающих на М позволяет отвергнуть это заболевание.

*3. Стеноз устья аорты*

Стенокардия у таких больных — лишь один из многих симптомов, а не главное проявление болезни. У нашего больного имеются признаки гипертрофии левого желудочка, характерного для стеноза Уао ( ЭКГ, перкуторно левая граница — 0.5 см кнаружи от срединноключичной линии), однако отсутствие главного признака стеноза Уао — систолического шума над аортальным клапаном (проводится на сосуды шеи) в сочетании с ослаблением II тона, напротив — наличие акцента II тона над аортой, достоверно исключает стеноз устья аорты.

*4. Стенокардия Принцметала*

Ангинозный синдром более длительный и интенсивный, чем при стенокардии напряжения, труднее поддается действию нитроглицерина. Спонтанная стенокардия может существовать как синдром, проявляющийся только в покое, но чаще сочетается со стенокардией напряжения. На ЭКГ — преходящие подъемы сегмента ST.

У нашего больного наблюдается возникновение приступов стенокардии в покое, однако на ЭКГ-- депрессия сегмента ST, что характерно для стенокардии напряжения и нехарактерно для стенокардии Принцметала.

На основании анамнеза, объективного и параклинических исследований поставлен:

**Диагноз клинический**:

* *Основное заболевание:*  ИБС. Прогрессирующая стенокардия. Постинфарктный кардиосклероз ( июнь 1997 г. ). Предсердная экстрасистолия. НК II А ст.

*Фоновое заболевание*: Атеросклероз аорты, артерий мозга и нижних конечностей. Симптоматическая артериальная гипертензия.

* *Осложнения:* отсутствуют
* *Сопутствующие заболевания*: Сахарный диабет II средней степени тяжести, компенсированный. . Диабетический гломерулосклероз. Хроническая почечная недостаточность I Б ст. Диабетическая и гипертензивная ангиопатия сетчатки. Аденома предстательной железы II ст.

Во время настоящей госпитализации получал лечение по следующей программе:

 **1.** Купирование боли

Sol. Analgini 50% 2ml — по 2 мл внутримышечно, разово при интенсивных болях в области сердца

 **2**. Устранение ишемии миокарда с помощью антиангинальных средств

|  |  |
| --- | --- |
| Tab. Nitrosorbidi 0.01 | по 1 таблетке 4 раза \ день |
| Tab. Verapamili 0.04 | по 1 таблетке 3 раза \ день |
| Tab. Nitroglycerini 0.0005 | по 1 таблетке под язык при загрудинной боли |

 **3.** Уменьшение риска развития инфаркта миокарда и смертности с помощью антикоагулянта и антиагрегантов

|  |  |
| --- | --- |
| Tab. Aspirini 0.5 |  1\4 таблетки утром после еды |
| Heparini 10000 ЕД |  3 раза\ день подкожно до 20.03 |
| Heparini 5000 ЕД |  3 раза\ день подкожно до 26.03 |
| Heparini 2500 ЕД |  3 раза\ день подкожно до 26.03 |

 **4.** Нормализация артериального давления

|  |  |
| --- | --- |
| Capoteni 0.05 | по 1\4 таблетки утром и вечером |

 **5.** Купирование застоя в малом круге кровообращения

|  |  |
| --- | --- |
| Tab. Triasidi |  0.5 таблетки по утрам до 23.03 |

 **6.** Нормализация уровня сахара в крови

|  |  |
| --- | --- |
| Tab. Maninili 0.005 | по 0.5 таблетки 2 раза\ день |

Во время пребывания в стационаре отмечено улучшение состояния больного : снижение частоты и интенсивности приступов стенокардии до 1- 2 в сутки (при поступлении 8-10 ), большинство приступов стали проходить самостоятельно или после приема 1 таб. нитроглицерина (при поступлении 1-4 таб.) ,уменьшение одышки и утомляемости, исчезновение аритмии ( предсердной экстрасистолии), артериальное давление не поднималось выше 140 х 100 мм.рт.ст.

Произведен осмотр окулистом, рекомендована лазерокоагуляция сетчатки.

Необходимы консультации уролога по поводу аденомы простаты II ст. и нефролога в связи с лабораторно поставленным диагнозом хронической почечной недостаточности I Б.

Больному рекомендовано продолжить назначенную медикаментозную терапию, соблюдать диету и режим, наблюдаться у врача-кардиолога по месту жительства.

**Выписан** 2.04.1999 .

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ**

Протекание прогрессирующей стенокардии, обусловленной атеросклерозом, на фоне сахарного диабета II средней степени тяжести и симптоматической артериальной гипертензии.

**ПРОГНОЗ**

При четком соблюдении больным всех рекомендаций — щадящий физический и эмоциональный режим, гипокалорийная диета, прием назначенных препаратов делают прогноз благоприятным в отношении перехода прогрессирующей в стабильную стенокардию напряжения IV функционального класса. Однако, сопутствующая артериальная гипертензия, сахарный диабет II, отягощенная наследственность — все это делает прогноз менее благоприятным. Для более точного прогноза необходима коронарография,(выяснение степени проходимости коронарных артерий), основываясь на данных которой можно решать вопрос об оперативном лечении ( аорто-коронарное шунтирование, балонная дилатация коронарных артерий).

При игнорировании всех врачебных рекрмендаций — высокая вероятность возникновения повторного инфаркта миокарда.

**РЕКОМЕНДАЦИИ**

**Продолжать прием препаратов:**

Нитросорбид 0.01 — по 1 таблетке 2 раза в день, если дни связаны с физической или психоэмоциональной нагрузкой

Нитроглицерин 0.0005 — 1 таблетка под язык при приступах загрудинной боли.

Аспирин 0.5 — по 1\4 таблетки утром после еды

Капотен 0.05 — по 1\4 таблетки утром и вечером

 **Режим:** ограничить чрезмерную физическую и психоэмоциональную нагрузку. Продолжать наблюдаться в кардиодиспансере.

 **Питание:** снизить каллорийность пищи; исключить, по возможности, животные жиры, или заменить их на растительные. Употреблять больше клетчатки (фрукты, овощи).

 Продолжать прием Манинила по 1\2 таблетки 2 раза в день. Снизить или исключить из пищи чистый сахар и его аналоги (конфеты, варенье и т.д.)

 Лазерокоагуляция сетчатки.

 Консультация нефролога и уролога.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. В.И.Маколкин; С.И.Овчаренко; Внутренние болезни , Издательство “Медицина” Москва 1994.

2. Ф.И.Комаров; В.Г.Кукес; А.С.Сметнева; Внутренние болезни, Издательство “Медицина” Москва 1990

3. Е.И.Чазов; Руководство по кардиологии. в 4-х томах.(т 3), Издательство “Медицина” Москва 1982

4. В.В.Горбачев; Диагностика кардиологических заболеваний, Издательство “Вышейшая школа” Минск 1990

5. Л.Ф.Николаева; Д.М.Аронов; Реабилитация больных ишемической болезнью сердца, Издательство “Медицина” Москва 1988

6. А.Н.Окороков; Лечение болезней внутренних органов в 3-х томах (том 3, книга 1), Издательство “Вышейшая школа” Минск 1997

7. Б.И.Шулутко; Болезни печени и почек,

Издательство С.Петербургского санитарно-гигиенического института 1993

8. М.Д.Машковский; Лекарственные средства, Издательство “Медицина” Москва 1988