**2. Время поступления:** 5.04.2002г.

**3. Время выписки:** 19.04.2002г.

**4. Пол:** мужской

**5. Возраст:** 9.06.1928 г. (73 года)

**6. Профессия и место работы:** управляющий отделочными работами, зам. Генерального директора

**8. Семейное положение:** женат, имеет одну дочь 48 лет, двое внуков

**9. Диагноз направления:** гипертоническая болезнь

**10. Диагноз при поступлении:** ИБС: стабильная стенокардия, ФК ΙΙ в сочетании с ГБ ΙΙ стадии, НК ΙΙА

**11. Клинический диагноз:**

* Основное заболевание: ИБС, стабильная стенокардия, ФК ΙΙ, НК ΙΙА.
* Осложнения: нет
* Сопутствующие заболевания: АГ, осложненная форма, риск 3, хроническая подагра в состоянии ремиссии, остеохондроз позвонка – ремиссия, солитарные кисты левой почки

**Семейное положение**: женат, имеет одну дочь 48 лет

**Профессия и место работы**: управляющий отделочными работами, зам. Генерального директора

**II . Анамнез данного заболевания** (anamnesis morbi):

***1. Жалобы при поступлении:***

**Основные жалобы:**

* Боли острого характера в области сердца, возникают при ходьбе более 500 метров
* Сердцебиение
* Общая слабость, утомляемость при увеличении артериального давления до 160 мм рт. ст.
* Одышка инспираторного характера при быстрой ходьбе, проходит в покое

**Дополнительные жалобы:**

* Периодические боли в суставах: Ι пальцы стопы, коленных, локтевых
* Утренняя скованность в локтевом суставе до 10 минут

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

Боли в области сердца беспокоят в течение 2-х месяцев, они возникают при физической нагрузке, ходьбе на расстояние более 500 метров, подъеме на 1-й этаж. Почти одновременно появилась одышка, самостоятельно стал принимать нитроглицерин, по этому поводу к врачам не обращался

Увеличение артериального давления беспокоит приблизительно 3-4 года, впервые появилось на курорте, врач назначил триризид, больной принимал нерегулярно.

В последнее время отмечает нестабильность АД с колебанием от 140/90 до 220/100.

Поступил в плановом порядке для обследования и лечения.

**III. Анамнез жизни** (anamnesis vitae)**:**

Пациент — родился в Днепропетровской области, первый ребенок ребенок в семье, беременность и роды проходили без осложнений. Рос и развивался нормально, от сверстников не отставал. Детские болезни — не помнит.

Окончил школу в 17 лет. Активное занятие лыжным спортом. После окончания школы пошел в армию.

Пришел из армии поступил в ВУЗ. Работал по профессии на стройках АЭС в Челябинске, Красноярске, Томске-7 (1948 год). После строительства АЭС в Томске-7 остался жить в Томске. В 1987 году произошел перелом L2 позвонка. С 1998 года беспокоит колебания давления. В 2001 году появились сильные боли и отечность Ι пальцев стопы, затем заболели коленные и локтевые суставы.

Обследовался и лечился в ФТК с диагнозом: подагра; после лечения аллопуринолом чувствует себя лучше. После лечения она перешла в стадию ремиссии, в настоящее время беспокоит утренняя скованность в локтевых суставах до 10 минут.

1. **Социально-бытовой**

Пациент материально обеспечен хорошо, длительное время проживает в благоустроенном жилье. Питается не регулярно, без злоупотребления отдельными видами продуктов. Вредные привычки – алкоголь употребляет умеренно.

Туберкулез и венерические заболевания отрицает.

1. **Семейный.**

Родители умерли в пожилом возрасте, причины не знает. Наличие у близких родственников сахарного диабета, психических заболеваний отрицает.

1. **Аллергологический анамнез:**

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

**IV. ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ** (Status praesens).

**Рост –** 178 см

**Вес –** 96 кг

**Температура тела** **–** 36.5 С

**Тип телосложения** **–** нормостеник

**Положение** – активное.

**Пропорциональность развития -** пропорционально

**Общее состояние** – удовлетворительное.

**Состояние кожи –** гиперемия лица, сухость кожных покровов.

**Подкожная клетчатка** (степень развития,отеки) **–** развита умеренно, отека - нет

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

**Полости рта** (язык, губы, миндалины) **–** язык обложен у корня беловатым налетом, миндалины не увеличены, количество зубов **–** 32

**Волосы –** нормальные, седые, не жирные.

**Выражение лица** **–** обычное

**Сознание –** ясное

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

**Лимфатические узлы** – периферические не увеличены, при пальпации – подвижные, безболезненные, овальной формы.

**Шея (щитовидная железа, сосуды) –** пальпируются две равных доли щитовидной железы, не увеличена, движется вместе с гортанью, поверхность – ровная; пульс сосудов шеи не выявляется.

**Череп** **–** деформаций нет

**Грудная клетка –** нормостенической формы, над- и подключичные ямки умеренно выражены, межреберные промежутки косовосходящего направления, симметричность обеих половин грудной клетки, эпигастральный угол 90 0

**Позвоночник** – обычной конфигурации.

**Суставы** (конфигурация, болезненность, хруст, флюктуация) – обычной конфигурации, безболезненны, подвижность достаточная

|  |  |
| --- | --- |
| **Суставы** | **Окружность суставов, см** |
| *правый коленный* | 39 |
| *левый коленный* | 39 |
| *правый голеностопный* | 28 |
| *левый голеностопный* | 28 |

**Ногти –** умеренной прозрачности, прочные

**Кости** (деформация, периоститы и т. д.) – без видимой деформации

**Мышечная система** (степень развития, тонус, болезненность) **–** безболезненны, тонус не изменен

**ВНУТРЕННИЕ ОРГАНЫ.**

СИСТЕМА ДЫХАНИЯ.

1. Состояние носа, носовых путей **–** без деформаций, носовое дыхание **–** свободное

2. Частота дыхания **–** 18 движ/мин, отношение вдоха к выдоху = 4/5, равномерное участие в дыхании обеих половин грудной клетки, тип дыхания **–** брюшной

3. *Пальпация грудной клетки*: болевые точки не выявлены, эластичная, голосовое дрожание в симметричных участках **–** одинаковой силы, не усилено.

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

5. *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 | 110 см |
| При глубоком вдохе | 112 см |
| При глубоком выдохе | 108 см |

*Топографическая перкуссия легких:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Левая | Правая |
| Высота верхушки: |  |  |
| * Спереди | 3 | 3 |
| * Сзади | 3 | 3 |
| Ширина полей Кренига | 6 | 5 |
| Нижняя граница: |  |  |
| * Окологрудинная линия | 5 | **–** |
| * Среднеключичная | 6 | **–** |
| * Переднаяя подмышечная | 7 | 7 |
| * Средняя подмышечная | 8 | 8 |
| * Задняя подмышечная | 9 | 9 |
| * Лопаточная | 10 | 10 |
| * Околопозвоночная | 11 | 11 |

*Подвижность нижнего края легких:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Слева | Справа |
| 1 метод  (по ср. аксилярной линии)  на вдохе  на выдохе | 8 ребро  9 ребро  7 ребро | 8 ребро  9 ребро  7 ребро |
| Подвижность нижнего края | 2 см | 2 см |

6. Аускультация легких:

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

– над всеми отделами легких тип дыхания — жесткое, в базальных отделах наличие единичных мелкопузырчатых хрипов.

СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА.

1. Осмотр грудной клетки, сосудов шеи - видимой пульсации нет

Пальпация верхушечного толчка – не пальпируется

2. *Перкуссия сердца:*

|  |  |
| --- | --- |
| Границы относительной тупости | |
| Левая | V м/р по левой ср.ключичной линии |
| Правая | ΙΙΙ ребро, 1 см кнаружи от правого края грудины |
| Верхняя | 3 ребро по левой парастернальной линии |
| Высота правого атриовазального угла | 3 реберный хрящ справа |
| Ширина сосудистого пучка | 6 см |
| Длинник | 15 см |
| Поперечник | 14 см |

3. Аускультация сердца:

А. Тоны ясные, ритмичные, соотношение сохранено

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

- акцент II тона на аорте

В. В области верхушки сердца — изолированный систолический шум (не проводится в подмышечную область), не изменяется в положении пациента лежа на спине, на левом боку

1. Аорта и сосуды: видимой пульсации аорты, расширения вен — не обнаружено
2. Пульс:

– на лучевой артерии – ритмичный, частота — 68 уд/мин, умеренного напряжения и наполнения, одинаковый на обеих руках, стенка сосуда эластичная.

– на тыльных артериях стоп - пульсация сохранена

6. Артериальное кровяное давление:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | На правой руке | на левой руке |
| Систолическое | 170 мм.рт.ст. | 165 мм.рт.ст. |
| Диастолическое | 90 мм.рт.ст. | 87 мм.рт.ст. |
| Пульсовое | 80 мм.рт.ст. | 78 мм.рт.ст. |

ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА.

1. Ротовая полость – слизистая ровная, розового цвета; миндалины - не увеличены; язык - обложен бело-желтым налетом. Зубная формула:

|  |  |
| --- | --- |
| 3 2 1 2 | 2 1 2 3 |
| 3 2 1 2 | 2 1 2 3 |

2. Живот – увеличен, развитие подкожно-жировой клетчатки — умеренное. При поверхностной пальпации болезненности нет, тонус брюшных мышц умеренный, дыхательные движения обеих половин брюшной стенки симметричные, видимой перистальтики нет, активно участвует в акте дыхания

3. *Желудок:*

Видимой перистальтики – нет

Определение нижней границы:

– перкуторно – 3 см выше пупка

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

4. *Кишечник:* все области кишечника, доступные пальпации (слепая кишка; восходящий, поперечно-ободочный и нисходящий отделы толстого кишечника, сигмовидная кишка) при исследовании – эластичные, безболезненные, расположены правильно.

5. *Поджелудочная железа* не пальпируется

6. *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

7. *Желчный пузырь —* не пальпируется, что соответствует норме.

8. *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 – 1 см от центра поперечника селезенки по направлению к пупку

* поперечник (верхняя — нижняя граница) — 8 см
* длинник (задний верхний — передний нижний полюс) — 10 см

МОЧЕ-ПОЛОВАЯ СИСТЕМА.

Симптом Пастернацкого (поколачивания) – отрицательный

Пальпация почек – не пальпируются

Дизурические явления – не выявлены

НЕРВНАЯ СИСТЕМА И ОРГАНЫ ЧУВСТВ.

Интеллект - не снижен

Настроение - устойчивое

Реакция на окружающее - адекватная, без раздражительности

Головные боли, головокружение - не отмечено

Сон - глубокий

Речь - без нарушений

Координация движений - сохранена

Органы чувств: слух, обоняние – без отклонений, зрение – удовлетворительное

ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА.

Щитовидная железа - не увеличена, признаков тиреотоксикоза или гипотиреоза не выявлено

**ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

**Общий анализ крови :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 8.04.2002 | 16.04.2002 | норма |
| Гемоглобин | 140 |  | 130 – 160 г/л |
| Эритроциты | 4,58 |  | 4,0 – 5,1\*1012/л |
| Цветной показатель | 0,9 |  | 0,86 – 1,05 |
| Лейкоциты | 5,0 | 5,8 | 4,0 – 8,8\*109/л |
| СОЭ | 15 | 8 | 1 – 10 мм/ч |
| Лейкоцитарн.ф-ла: |  |  |  |
| нейтрофилы |  |  |  |
| палочко-ядерные | 2 |  | 1 – 6% |
| сегментоядерные | 72 |  | 47 – 72% |
| Базофилы | 0 |  | 0 – 1% |
| Эозинофилы | 0 |  | 0 – 5% |
| Лимфоциты | 24 |  | 18 – 40% |
| Моноциты | 2 |  | 2 –9% |
| Плазмоциты | 1 |  | Отсутствуют |

Заключение: несколько увеличена СОЭ.

**Биохимический анализ крови:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 8.04.2002 | Норма |
| Билирубин общ | 13,31 | 8,55 – 20,5 мкмоль/л |
| Билирубин прям. | 67,5 | 65 – 85 мкмоль/л |
| Глюкоза | 7,1 | 3.5 – 6.1 ммоль/ л |
| Мочевина | 3,7 | 3,5 – 5,7 ммоль/л |
| Креатинин | 50,9 | 53 – 97 мкмоль/л |
| Мочевая кислота | 6,9 | 3,4 – 7,0 мкмоль/л |
| Серомукоиды | 0,133 | 0,13 – 0,2 ед. |
| СРБ (С реакт. Белок) | Отр | Отр |

Заключение: гипергликемия, незначительное снижение креатинина.

**Общий анализ мочи: (8.04.2002)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 8.04.2002 | Норма |
| Цвет | Соломенно-желтый | Соломенно-желтый |
| Прозрачность | Мутноватая | Прозрачная |
| Удельный вес | 1012 | 1008 – 1026 |
| Белки | Отр | Отр |
| Микроскопия: |  |  |
| * лейкоциты | Большое количество | 0 – 3 |
| * эпителиальные клетки | 4 –5 | Незначительное количество |

Заключение: помутнение мочи, повышенное содержание лейкоцитов.

**Исследование мочевого осадка по методу Нечипоренко (8.04.2002)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ***количество в 1 мл*** | ***Норма*** |
| Лейкоциты | 500 | до 4000 |
| Эритроциты | – | до 1000 |

Заключение: показатели соответствуют норме

**ЭКГ (10.04.2002)**

Заключение: отклонение электрической оси сердца влево, синусовая брадикардия (54 в 1 минуту). Замедление АВ проводимости (PQ = 0,22 сек). Блокада передней верхней ветви левой ножки пучка Гиса. Гипертрофия левого желудочка.

**Ультразвуковое исследование (17.04.2002)**

**Печени:** не увеличена, из под края реберной дуги не выступает. Высота правой доли печени 165 мм. Ткань резко повышенной эхогенности, структура однородная. Воротная вена диаметром 12 мм. Холедох 4 мм. Сосудистый рисунок обеднен.

**Желчный пузырь:** 75 х 29 мм. Стенка не изменена, содержание однородное.

**Поджелудочная железа:** видна четко, с ровными четкими контурами, головка 27 мм, тело 16 мм, хвост 20 мм. Ткань повышенной эхогенности, структура умеренно диффузная, разнородная.

**Селезенки:** 118 х 42 мм, эхоструктура не изменена.

**Почки:** лежа расположены обычно, правая почка 115 х 55 мм, левая – 113 х 54. Поверхность ровная. Слой паренхимы 13-14 мм, неоднороден, хорошо дифференцируется от почечного синуса. ЧЛК не расширен. Камней нет. В верхнем полюсе левой почки определяется жидкостное образование 20 мм и по латеральной поверхности – диаметром 18 мм.

**ЭХОКАРДИОСКОПИЯ**

Аорта уплотнена, не расширена. Аортальные митральные створки уплотнены без нарушения функции.

Другие клапаны без особенностей.

Гипертрофия левого желудочка с умеренной дилатацией левых отделов. Правые отделы без изменений.

Общая систолическая функция левого желудочка в норме, диастолическая – умеренно нарушенная.

**ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА**

**Обоснование прямого клинического диагноза.**

По данным анамнеза, объективного исследования, лабораторных и специальных исследований в клинической картине течения заболевания больного можно выделить следующие синдромы:

1. Стенокардитический синдром
2. Синдром уплотнения аорты
3. Гипертензивный синдром
4. Синдром нарушения ритма
5. Синдром хронической недостаточности левых отделов сердца IIA ст.
6. Синдром гипертрофии миокарда левого желудочка
7. Локальные изменения в миокарде
8. Суставной синдром
9. Синдром локальных изменений в почке

**1. Стенокардитический синдром:** простой субъективный синдром

Субъективно: боль в области сердца, не иррадиирует, умеренной интенсивности, продолжительностью около 2 – 5 минут, давящего характера, возникает при умеренной физической нагрузке характерной для данного пациента, купируется нитроглицерином.

Механизм:

Симптоматика стенокардии развивается в результате несоответствия потребностей миокарда в кислороде и возможностями коронарного кровообращения. Снижение коронарного кровообращения происходит из-за следующих причин:

1) атеросклероз коронарных артерий и сужение их просвета

2) спазм коронарных артерий

Причины спазма:

1. Повышенная активация симпато-адреналовой системы – что имеет место у данного пациента из-за постоянных стрессовых ситуаций на работе – приводит к выбросу катехоламинов. Вследствие этого увеличивается потребность миокарда в кислороде и развивается гипоксия (+ спазм коронарных артерий), что в свою очередь приводит к нарушению метаболизма, выходу из клеток биологически активных веществ, раздражающих интерорецепторы миокарда и адвентиции сосудов. Эти импульсы передаются через ганглии С7-Тh4 к коре головного мозга и обусловливает характерный для этого заболевания симптом – загрудинную боль.

2. Рефлекторно, вследствие нарушения нервной регуляции коронарных артерий (некоторые психические заболевания, гипоксия мозга, болезни ЖКТ).

**2. Синдром уплотнения аорты:** простой параклинический синдром.

Параклинически: УЗИ сердца – уплотнение аорты.

Причиной явился атеросклероз – отложение под интиму сосуда холестерина и образования бляшек. Большая роль отводится следующим факторам:

1. Наследственный – наследственные формы гиперлипопротеидемии и наследственно обусловленные дефекты метаболизма артериальной стенки.

2. Пол – чаще у мужчин

3. Избыточное питание – при высоком содержании в пище животных жиров и холестерина

4. Стрессы

5. Гиподинамия

**3. Гипертензивный синдром:** сложный субъективно-параклинический синдром.

Субъективно: ощущение головной боли в височной области, утомляемость, слабость при повышении артериального давления до 160 – 220 мм рт. Ст. (систолическое), проходит при снижении давления.

Параклинически: при измерении тонометром артериального давления обнаружено его повышение до 160 х 90 мм рт. ст.

Основное значение в развитии этого синдрома имеет нервно-психическое перенапряжение (стресс), которое имеет место у больного. Развитию способствует атеросклероз сосудов, возрастная перестройка эндокринной системы. В ранний период характеризуется функциональным расстройством регуляции сосудистого тонуса. Вначале, под влиянием стрессовых ситуаций, повышается возбудимость коры головного мозга и гипоталамических вегетативных центров, в частности симпатической нервной системы. Это приводит к спазму артериол внутренних органов, особенно почек. В этот период общее сосудистое сопротивление изменяется мало, но заметно повышено сосудистое почечное сопротивление. Ишемия почечной ткани в свою очередь вызывает продукцию ЮГА почек ренина, в присутствии которого неактивная форма ангиотензина плазмы (АТ-I) переходит в активную (АТ-II), обладающую выраженным прессорным действием. В результате этого повышается артериальное давление.

**4. Синдром нарушения ритма:** сложный субъективно-параклинический синдром.

Субъективно: при незначительных нагрузках появляется ощущение сердцебиения.

Параклинически: ЭКГ – синусовая брадикардия, замедление АВ-проводимости.

Механизм: синусовая брадикардия связана с понижением возбудимости синусного узла, что может быть связано с рефлекторным ее возникновением при раздражении барорецепторов сонных синусов и дуги аорты при повышенном артериальном давлении у больного.

**5. Синдром хронической недостаточности левых отделов сердца II A ст.:** сложный субъективно-объективно-параклинический синдром.

Субъективно: одышка при физической нагрузке (подъем на 1-й этаж)

Объективно: цианоз конечностей, в покое при аускультации легких в базальных отделах наличие влажных единичных мелкопузырчатых хрипов, который обусловлены застоем в малом круге кровобращения.

Параклинически: УЗИ сердца – уплотнение створок митрального и аортального клапанов.

Синдром проявляется снижением сократительной способности миокарда.

**6. Синдром гипертрофии левого желудочка** –простой параклинический синдром.

Параклинически: ЭКГ заключение: гипертрофия левого желудочка с умеренной дилатацией левых отделов сердца.

Причиной гипертрофии миокарда левого желудочка может быть предшествовавшая этому недостаточность левых отделов сердца, вследствие которой появились застойные явления в малом круге кровообращения, компенсаторным механизмом застойных явлений явилась гипертрофия миокарда левых отделов сердца.

**7. Синдром локальных изменений в миокарде**

Проявился склерозированием аортального и митрального клапанов и гипертрофией миокарда левого отдела сердца.

У больного явно есть атеросклероз коронарных артерий, который обуловливает енсоответствие потребности миокарда

**8. Суставной синдром:** простой субъективный синдром.

Субъективно: жалобы на боли в локтевых и коленных суставах, возникающие периодически, малой интенсивности. Утренняя скованность в локтевых суставах до 10 минут.

**9. Синдром локальных изменений в почке:** простой параклинический синдром.

Киста в левой почке.

Ведущим является стенокардический синдром

На основании выделенных синдромов выставлен следующий диагноз основного заболевания:

* *Основное заболевание:* ИБС: стабильная стенокардия. ФК II, НК IIА.
* *Фоновое заболевание: артериальная гипертония, II ст.*

**НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ СИНДРОМОВ**

ИШЕМИЯ МИОКАРДА

### СТРЕСС

АТЕРОСКЛЕРОЗ СОСУДОВ

#### **СТЕНОКАРДИЯ**

### КАРДИОСКЛЕРОЗ

Гипертрофия левого желудочка

Хроническая сердечная недостаточность левых отделов сердца

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

СИНУСОВАЯ БРАДИКАРДИЯ

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Дифференциальную диагностику стабильной стенокардии необходимо дифференцировать со следующими заболеваниями, при которых могут появиться боли в грудной клетке.

*1. Атеросклеротический кардиосклероз* – может сопровождаться нетипичным болевым синдромом. При этом боли не носят приступообразного характера, чаще длительные, не связаны непосредственно с физической нагрузкой, локализуются в прекардиальной области. Обязательными диагностическими критериями являются:

* Увеличение размеров сердца, т. е. гипертрофия преимущественно левого желудочка.
* Нарушения сердечного ритма или проводимости
* Сердечная недостаточность

*2. Остеохондроз шейно-грудного отдела позвоночника* – характерны упорные боли в позвоночнике, межлопаточной области, на боковой или передней поверхности грудной клетки. Боли могут усиливаться в одних положениях тела и уменьшаться или исчезать в других.

*3. Гастроэзофагальный рефдюкс*

*4. Диафрагмальная грыжа* – неприятные ощущения в грудной клетке появляются в основном после еды, в горизонтальном положении тела, а также в позах, вызывающих повышение внутрибрюшного давления. Боли при этом часто сопровождаются изжогой, срыгиванием или другими диспепсическими явлениями.

*5. Климактерическая, или дисгармональная кардиомиопатия* – протекает с болью в области сердца, которая может иррадиировать в левое плечо и левую лопатку, что приводит к ошибочной диагностике стенокардии. В отличие от стенокардии боль при климактерической кардиомиопатиии продолжительная, ноющая, колющая, жгучая; она локализуется в области левого соска или в области III – IV ребер слева у грудины и не бывает приступообразной – медленно нарастает и медленно стихает, не зависит от физической нагрузки и не купируется нитроглицерином.

**ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ**

Цель медикаментозного лечения больных стенокардией – функциональная перестройка коронарного кровообращения. При этом к участкам миокарда, получающих недостаточное количество крови через стенозированные атеросклеротическими бляшками артерии, начинает поступать дополнительное количество крови по развивающимся коронарным коллатералям.

Лечение проводится по следующей программе:

1. Купирование боли

2. Устранение ишемии миокарда с помощбю антиангинальных средств.

3. Уменьшение риска развития инфаркта миокарда и смертности с помощью антикоагулянтов 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 в 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.

*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 в 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.

*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.

**ДНЕВНИК**

**5.04.2002**

Было назначено курсовое лечение следующими препаратами:

|  |  |
| --- | --- |
| Tab. Verapamili 0.08 | по 1 таблетке 2 раза в день |
| Tab. Nitrosorbidi 0.01 | по 1 таблетке 3 раза в день |
| Tab. Furosemidi 0.04 | По 1 – 2 таблетки 2 раза в день (понедельник, четверг) |
| Tab. «Asparcam» | по 1 таблетке 3 раза в день (понедельник, четверг) |
| Tab. Enalaprili 0.01 | По 1 таблетке 2 раза в день |
| Sol. Riboxini 2% - 10 ml | В вену медленно 5 мл |
| Sol. Oxampi | В мышцу 4 раза в день |

**8.04.2002**

|  |  |
| --- | --- |
| Температура тела | 36.2 С 0 |
| Артериальное давление | 160 / 80 мм.рт.ст. |

*Состояние* — удовлетворительное.

*Режим:* постельный

*Жалобы:* давящие боли за грудиной, средней интенсивности, возникающие при физической нагрузке, купируются приемом 1-4 таблеток нитроглицерина, иногда проходят самостоятельно после прекращения движений, за 5-10 минут.

*Процедуры:* взята кровь на биохимический анализ и на общий анализ, взята моча для анализов.

**15.04.2002**

*Состояние* — удовлетворительное.

*Режим:* постельный

*Жалобы:* давящие боли за грудиной, средней интенсивности.

*Процедуры:*---

*Больной проходит назначенный курс лечения*

**17.04.2002**

Общее состояние улучшилось, головные боли прошли, исчезла слабость

**ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА**

1. Курс лекций по пропедевтике внутренних болезней. Проф. Ф. Ф. Тетенев, проф. Т. Н. Бодрова.

2. Физические методы исследования в клинике внутренних болезней (клинические лекции). Ф. Ф. Тетенев. – Томск, из-во Томского университета, 1995.

3. Пропедевтика внутренних болезней. В. Х. Василенко, А. Л. Гребенев. - Москва, «Медицина», 1989.

4. Электрокардиография. В. В. Мурашко, А. В. Струтынский. - Москва, «Медицина», 1987.

5. Патологическая физиология / под ред. А. Д. Адо, В. В. Новицкого. - Томск, изд-во Том. ун-та, 1994.

6. Кардиология в таблицах и схемах / под ред. М. Фрида, С. Грайнс. - Москва, «Практика», 1996.

7. Практическая кардиология. / под ред. В. В. Горбачева. В двух томах. Том 1, том 2. - Минск, «Вышейшая школа», 1997.

8. А. В. Виноградов. Дифференциальный диагноз внутренних болезней.- Москва, «Медицина», 1987.

9. Пособие по кардиологии. А. И. Грицюк – Киев, «Здоров’я», 1984.