**ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ**

1. Ф.И.О. пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Пол: мужской
3. Возраст: 72 года (6.05.1940 г.р.)
4. Постоянное место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Место работы: пенсионер
6. Дата поступления в стационар: 27.02.2013 г.
7. Дата выписки из стационара: продолжает лечение в стационаре
8. Кем направлен больной: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
9. Диагноз направившего учреждения: ИБС: стабильная стенокардия напряжения, ФК 3. Постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда в 1995г., 2011г.). Последствия острого нарушения мозгового кровообращения (1996г.). Артериальная гипертензия 2 степени, риск 4.
10. Заключительный клинический диагноз: ИБС: стабильная стенокардия напряжения, ФК 3. Постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда в 1995г., 2011г.). Последствия острого нарушения мозгового кровообращения (1996г.). Артериальная гипертензия 2 степени, риск 4.

 **ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА**

При поступлении пациент предъявлял жалобы на частые приступы сжимающих болей за грудиной, которые возникают при ходьбе в обычном темпе на расстояние 100 м, подъеме по лестнице на один пролет в нормальном темпе, при избыточном приёме пищи и купируются нитроглицерином. На момент курации жалобы те же.

**ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Считает себя больным около 20 лет, когда впервые появились сжимающие боли за грудиной при сильной физической нагрузке. В 1996г. и 2011г. пациент перенес инфаркт миокарда. Приступы стенокардии возникали всё чаще и при меньшей физической нагрузке. При коронарографии в ноябре 2012г. выявлено многососудистое поражение коронарных артерий. 27.02.2012г. направлен в кардиохирургичское отделение \_\_\_\_\_\_\_ для решения вопроса о возможности хирургического лечения.

**ИСТОРИЯ ЖИЗНИ**

1.Краткие биографические данные: пациент родился первым ребёнком в семье. Рос и развивался соответственно возрасту. В психическом и физическом развитии от сверстников не отставал.

2.Материально-бытовые условия: удовлетворительные.

3.Вредные привычки: курит.

4.Перенесенные заболевания: простудные, инфаркт миокарда – 1995, 2011гг., ОНМК 1996г., ЖКБ: хронический калькулёзный холецистит, хронический атрофический гастрит. Туберкулёз, вирусный гепатит, венерические заболевания отрицает.

5.Семейный анамнез и наследственность: не отягощен.

6.Аллергологический анамнез: не отягощен. Переносимость лекарственных веществ: побочных реакций не отмечает.

7.Гемотрансфузионный анамнез: переливаний крови и кровезаменителей не было.

8.Операции: аппендектомия – 1964г.

**ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

**Общий осмотр**

 Общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36.7ºС. Сознание ясное, адекватное, ориентирован во времени и пространстве. Положение активное.

 Конституциональный тип - нормостенический. Телосложение правильное.

 Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Кожные покровы бледно-розового цвета. Выраженный цианоз носа, губ, сосудистые звёздочки на груди. Элементы сыпи отсутствуют. Влажность, эластичность кожи соответствуют норме. Расчёсов, объёмных образований не определяется.

 Лимфатические узлы, доступные для пальпации не увеличены, мягкие, безболезненные, не спаяны с кожей. Щитовидная железа не увеличена, без патологии.

Мышцы развиты удовлетворительно, симметричны, тонус мышц сохранен, сила достаточная. Суставы обычной конфигурации, симметричные, безболезненные, движения в них в полном объеме. Кости не деформированы.

**Система органов дыхания**

Дыхание через нос свободное, ритмичное. Частота дыхания 16 в минуту. Форма грудной клетки нормостеническая, симметричная, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Тип дыхания - брюшной.

*Пальпация*

Грудная клетка при пальпации безболезненная, эластичная. Голосовое дрожание с обеих сторон проводится одинаково.

*Перкуссия*

При сравнительной перкуссии на симметричных участках грудной клетки определяется ясный легочный звук.

*Аускультация*

При аускультации по всем полям лёгких выслушивается везикулярное дыхание. Хрипов нет.

**Система органов кровообращения**

*Осмотр*

Видимой пульсации в области сердца не определяется.

*Пальпация*

Пульс ритмичный, твердый. Частота 66 ударов в минуту. При пальпации верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии, умеренной силы, резистентный.

Частота сердечных сокращений 70 ударов в минуту.

*Аускультация*

При аускультации тоны сердца ритмичные, приглушенные, шумов нет.

Артериальное давление 140/90 мм рт. ст. на обеих руках.

**Система органов пищеварения**

*Осмотр*

 Слизистая оболочка полости рта: слизистая оболочка задней стенки глотки розовая, чистая; небные миндалины обычных размеров, бледно-розового цвета, налеты отсутствуют. Трещины, изъязвления, высыпания отсутствуют.

Язык розового цвета, влажный, обложен беловатым налетом.

Живот обычной формы, мягкий, не вздут, участвует в акте дыхания, при поверхностной и глубокой пальпации безболезненный, доступен пальпации во всех отделах. Перистальтика удовлетворительная.

 Стул не нарушен.

*Пальпация*

Симптомов раздражения брюшины нет. Селезенка не пальпируется.

Печень: нижний край печени умеренно закруглённый, ровный, эластичный, безболезненный, не выступает из-под края реберной дуги, поверхность печени гладкая, желчный пузырь не пальпируется.

*Перкуссия*

Перкуторно границы печени в пределах нормы.

**Мочеполовая система**

Мочеиспускание свободное, безболезненное, диурез достаточный. Симптом поколачивания с обеих сторон отрицательный.

**Нервная система**

Сознание ясное, пациент ориентирован во времени и пространстве. Интеллект соответствует уровню развития, ослабления памяти и внимания нет. Двоения в глазах, птоза нет, движения глазных яблок в полном объеме. Менингеальные симптомы отрицательные. Судорог, контрактур мышц нет. Объем движений и сила конечностей в норме. Нарушения поверхностной и глубокой чувствительности нет.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

 На основании жалоб пациента (на частые приступы сжимающих болей за грудиной, которые возникают при ходьбе в обычном темпе на расстояние 100 м, подъеме по лестнице на один пролет в нормальном темпе, при избыточном приёме пищи и купируются нитроглицерином.), данных истории болезни (считает себя больным около 20 лет, когда впервые появились сжимающие боли за грудиной при сильной физической нагрузке. В 1996г. и 2011г. пациент перенес инфаркт миокарда. Приступы стенокардии возникали всё чаще и при меньшей физической нагрузке. При коронарографии в ноябре 2012г. выявлено многососудистое поражение коронарных артерий. 27.02.2012г. направлен в кардиохирургичское отделение ВОКБ для реваскуляризации миокарда.); данных объективного исследования (выраженный цианоз носа, губ, сосудистые звёздочки на груди. Пульс ритмичный, твердый. ЧСС 70 уд в мин. При пальпации верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии, умеренной силы, резистентный. При аускультации тоны сердца ритмичные, приглушенные, шумов нет. Артериальное давление 140/90 мм рт. ст. на обеих руках.); данных анамнеза жизни (курит) можно выставить предварительный диагноз:

ИБС: стабильная стенокардия напряжения, ФК 3. Постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда в 1995г., 2011г.). Последствия острого нарушения мозгового кровообращения (1996г.). Артериальная гипертензия 2 степени, риск 4.

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА**

1. Общий анализ крови;
2. Общий анализ мочи;
3. Биохимический анализ крови: глюкоза, билирубин, белок, мочевина, креатинин, холестерин, электролиты;
4. Коагулограмма;
5. Рентгенография органов грудной клетки;
6. ЭКГ;
7. Велоэргометрия;
8. УЗИ сердца;
9. УЗИ БЦА
10. ФГДС;
11. УЗИ ОБП;
12. Кровь на RW;
13. Группа крови, резус – фактор;
14. Осмотр невролога.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

1. Общий анализ крови от 28.02.2013г.:

Эритроциты – 5,2×10¹²/л;

Гемоглобин – 152 г/л;

Лейкоциты – 8,9 ×10⁹/л;

Тромбоциты- 208×10⁹/л;

СОЭ – 10 мм/ч;

Нейтрофилы:

палочкоядерные – 3%;

сегментоядерные – 48%;

Эозинофилы – 2%;

Лимфоциты – 37%;

Моноциты –10%.

ЦП – 0,9

Заключение: норма

1. Анализ мочи общий 28.02.2013г.:

цвет – соломенно-желтый

прозрачность – прозрачная

реакция – кислая

удельный вес – 1022

белок – нет

сахар - нет

лейкоциты – 0-1 в поле зрения

эпителий плоский – 1-2 в поле зрения

Заключение: норма

1. Биохимический анализ крови 28.02.2013г.:

Глюкоза 5,6 ммоль/л

Билирубин общий 16,8 мкмоль/л

Билирубин прямой 2,9 мкмоль/л

Мочевина 5,4 ммоль/л

Креатинин 0,089 мколь/л

Общий белок 70 г/л

Холестерин 3,4 ммоль/л

Холестерин ЛПВП 0,8 ммоль/л

Холестерин ЛПНП 2,3 г/л

Триглицериды 0,9 ммоль/л

Заключение: норма.

1. Коагулограмма крови от 28. 02.2013г.:

АЧТВ – 34 сек

Протромбиновое время – 14 сек

Заключение: норма.

1. Рентгенография органов грудной клетки от 09.01.13г.:

Сердце расширено в поперечнике, аорта склерозирована, развёрнута.

1. ЭКГ от 28.02.13г.:

Ритм синусовый, 70 в минуту. Горизонтальное положение электрической оси сердца. Гипертрофия левого желудочка с изменениями миокарда. Гипертрофия левого предсердия. Не исключены рубцовые изменения миокарда.

1. УЗИ сердца от 24.01.13г.:

 Дилятация восходящего отдела аорты. Уплотнение корня аорты и створок аортального клапана. Минимальная аортальная регургитация. Дилятация левого и правого предсердий. Гипертрофия миокарда левого желудочка незначительно выраженная. Диастолическая дисфункция левого желудочка гипертрофический тип, ФВ 51. Зоны гипокинеза. Уплотнение митрального клапана. Митральная регургитация 1 ст. Уплотнение трикуспидального клапана. Трикуспидальная регургитация 1ст.

1. ВЭМ от 5.03.13г.: проба положительна.
2. УЗИ БЦА от 1.02.13г.:

Справа – атеросклеротический стеноз устья ВСА 60%, слева – 40%.

1. ФГДС от 24.01.13г.:

Умеренно выраженный атрофический гастрит, дистальный дуоденит, ДГР 2ст.

1. УЗИ ОБП от 1.02.13г.:

Диффузные изменения печени и панкреас. Конкременты в желчном пузыре. Кисты почек. Атеросклероз брюшного отдела аорты.

1. Осмотр невролога от 14.01.13г.:

Дисциркуляторная энцефалопатия смешанного генеза.

1. Группа крови II(А), Rh +
2. RW крови от 28.02.13 – отриц.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

На основании жалоб пациента (на частые приступы сжимающих болей за грудиной, которые возникают при ходьбе в обычном темпе на расстояние 100 м, подъеме по лестнице на один пролет в нормальном темпе, при избыточном приёме пищи и купируются нитроглицерином.), данных истории болезни (считает себя больным около 20 лет, когда впервые появились сжимающие боли за грудиной при сильной физической нагрузке. В 1996г. и 2011г. пациент перенес инфаркт миокарда. Приступы стенокардии возникали всё чаще и при меньшей физической нагрузке. При коронарографии в ноябре 2012г. выявлено многососудистое поражение коронарных артерий. 27.02.2012г. направлен в кардиохирургичское отделение ВОКБ для реваскуляризации миокарда.); данных объективного исследования (выраженный цианоз носа, губ, сосудистые звёздочки на груди. Пульс ритмичный, твердый. ЧСС 70 уд в мин. При пальпации верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии, умеренной силы, резистентный. При аускультации тоны сердца ритмичные, приглушенные, шумов нет. Артериальное давление 140/90 мм рт. ст. на обеих руках.); данных анамнеза жизни (курит); данных инструментального исследования (***1.*** Рентгенография органов грудной клетки: Сердце расширено в поперечнике, аорта склерозирована, развёрнута. ***2.***ЭКГ: Ритм синусовый, 70 в минуту. Горизонтальное положение электрической оси сердца. Гипертрофия левого желудочка с изменениями миокарда. Гипертрофия левого предсердия. Не исключены рубцовые изменения миокарда. ***3.*** УЗИ сердца: Дилятация восходящего отдела аорты. Уплотнение корня аорты и створок аортального клапана. Минимальная аортальная регургитация. Дилятация левого и правого предсердий. Гипертрофия миокарда левого желудочка незначительно выраженная. Диастолическая дисфункция левого желудочка гипертрофический тип, ФВ 51. Зоны гипокинеза. Уплотнение митрального клапана. Митральная регургитация 1 ст. Уплотнение трикуспидального клапана. Трикуспидальная регургитация 1ст. ***4.*** ВЭМ: проба положительна. ***5.*** УЗИ БЦА: Справа – атеросклеротический стеноз устья ВСА 60%, слева – 40%. ***6.*** ФГДС: Умеренно выраженный атрофический гастрит, дистальный дуоденит, ДГР 2ст. ***7.*** УЗИ ОБП: Диффузные изменения печени и панкреас. Конкременты в желчном пузыре. Атеросклероз брюшного отдела аорты, данных осмотра невролога: Дисциркуляторная энцефалопатия смешанного генеза.) можно выставить следующий клинический диагноз:

Основное заболевание:

ИБС: стабильная стенокардия напряжения, ФК 3. Постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда в 1995г., 2011г.). Последствия острого нарушения мозгового кровообращения (1996г.). Артериальная гипертензия 2 степени, риск 4.

Сопутствующие заболевания:

Атеросклероз внутренних сонных артерий, грудного и брюшного отдела аорты. Хронический атрофический гастрит, ремиссия, дистальный дуоденит, ДГР 2ст. ЖКБ: хронический калькулёзный холецистит, ремиссия. Дисциркуляторная энцефалопатия смешанного генеза.

**ЛЕЧЕНИЕ**

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

1.Режим для данного больного рекомендован палатный.

2.Диета при данном заболевании должна быть направлена на ограничение поступления жиров и холестерина в организм: ограничиваются животные жиры и другие продукты с повышенным содержанием холестерина.

3.Медикаментозная терапия.
Для предупреждения приступов стенокардии пациенту назначен **нитросорбид**. Этот препарат показан больному для профилактики приступов, имеет продолжительность действия до 6-8 часов, имеет, помимо антиангинального, выраженный антиишемический эффект, длящийся до 4 часов. Препарат назначен в дозе 40 мг/сут (по 10 мг 4 раза в день).

В схеме комбинированной антиангинальной терапии у данного больного присутствует бета1-селективный адреноблокатор **бисопролол**. Оказывает гипотензивное (снижающее артериальное давление) и антиангинальное (противоишемическое) действие. Блокируя бета1-адренорецепторы сердца, уменьшает частоту сердечных сокращений (в покое и при нагрузке), сердечный выброс. Назначен в средней терапевтической дозе: 5 мг/сут (1 рз в день).

Так же пациенту назначен **амлодипин** 5 мг/сут (1 раз утром). Препарат относится к категории пролонгированных избирательных блокаторов кальциевых каналов группы производных дигидропиридина. Одним из регуляторных механизмов в клетках и тканях является изменение концентрации ионов Са2+ в цитоплазме и межклеточной жидкости. При этом обмен осуществляется через специальные каналы в клеточных мембранах, они бывают 6 типов и локализируются в различных органах и тканях. Амлодипин способен селективно блокировать каналы L-типа, расположенные в сосудистой стенке, и в миокарде, в частности в клетках сократительных и проводящих систем сердечной мышцы. Блокируя прохождение ионов кальция через мембрану, препарат препятствует повышению внутриклеточной концентрации кальция. Вследствие чего угнетается сократительная активность клеток сосудистой стенки, снижается тонус сосудов, понижается артериальное давление. При приеме рекомендованных доз препарата не наблюдается его влияния на тонус сосудов венозного русла, таким образом, при приеме терапевтических доз препарата невозможно развитие ортостатической гипотензии.
За счет постепенного поступления амлодипина к клеткам-мишеням и его длительного эффекта при его применении не развивается рефлекторная тахикардия, так как снижение тонуса сосудов происходит постепенно, благодаря этому отсутствуют колебания показателей артериального давления, что характерно для других препаратов данной группы. Под действием препарата происходит расширение не только артерий и артериол, но и периферических сосудов, в том числе коронарных, таким образом, снижается интенсивность проявлений ишемии сердечной мышцы, облегчается течение стенокардии. За счет снижения тонуса сосудов без увеличения частоты сердечных сокращений снижается нагрузка на сердце, что также способствует снижению потребности сердца в кислороде.
Препарат оказывает слабый диуретический эффект (ускоряет клубочковую фильтрацию и выведение натрия из организма). Способствует выработке оксида азота, обладает антиоксидантными способностями.

С целью профилактики внутрисосудистых нарушений микроциркуляции, для улучшения реологических свойств крови, предотвращения внутрисосудистой коагуляции, ингибирования активности тромбоцитов, а также для устранения и предотвращения спазма коронарных артерий у больных ИБС целесообразно использовать антиагреганты, у данного больного выбран **полокард** в дозе 75 мг/сут. В состав препарата входит ацетилсалициловая кислота – нестероидное противовоспалительное средство, обладающее противовоспалительным, жаропонижающий, анальгетическим и антиагрегантным действием. Механизм действия препарата основан на его способности ингибировать активность фермента циклооксигеназы, что в конечном итоге приводит к снижению уровня простагландинов простациклинов и тромбоксана. В дозировке 75-150мг ацетилсалициловая кислота оказывает максимальное антиагрегантное действие и незначительное противовоспалительное, это связано с тем, что низкие дозы препарата оказывают выраженное действие на синтез тромбоксана и практически не оказывают действия на синтез простагландинов. Так же пациенту целесообразно назначить ингибиторы АПФ, которые улучшают прогноз заболевания. **Тритаце** – антигипертензивный препарат группы ингибиторов ангиотензин-превращающего фермента. В состав препарата входит действующее вещество – рамиприл, которое в организме метаболизируется с образованием фармакологически активного вещества – рамиприлата. Препарат снижает артериальное давление и уменьшает общее периферическое сопротивление сосудов. Прием препарата способствует снижению риска развития инфаркта миокарда, инсульта и сердечно-сосудистой смерти. Механизм действия препарата связан с его способностью угнетать активность ангиотензин-превращающего фермента, вследствие чего снижается синтез ангиотензина II из ангиотензина I и, соответственно, уменьшается вазоконстрикция вызванная ангиотензином II.

Режим: палатный

Стол: 15

Tab. Bisoprololi 5 mg 1 раз/сут

Tab. Amlodipini 5 mg 1 раз/сут

Tab. Aspirini 0,25 mg 1 раз/сут

Tab. Nitroglycerini – по 1 табл. сублингвально при приступе стенокардии

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

Данному пациенту показано хирургическое лечение – реваскуляризация миокарда. Операция планируется на 15.03.13г.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Содержание дневника | Назначения |
| 12.03 | Жалобы на приступы загрудинный болей сжимающего характера. Общее состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное проводится по всем полям. Пульс − 70 уд/мин, удовлетворительных качеств. АД 140/90 мм.рт.ст. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Перистальтика выслушивается. Стул был, мочеиспускание свободное, безболезненное. | Режим: палатныйСтол: 15Tab. Bisoprololi 5 mg 1 раз/сутTab. Amlodipini 5 mg 1 раз/сутTab. Aspirini 0,25 mg 1 раз/сутTab. Nitroglycerini – по 1 табл. сублингвально при приступе стенокардии |
| 13.02 | Жалоб те же.Общее состояние удовлетворительное В легких дыхание везикулярное проводится по всем полям Пульс − 78 уд/мин, удовлетворительных качеств. АД 135/90 мм.рт.ст. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Перистальтика выслушивается. Стул был, мочеиспускание свободное, безболезненное. | Режим: палатныйСтол: 15Tab. Bisoprololi 5 mg 1 раз/сутTab. Amlodipini 5 mg 1 раз/сутTab. Aspirini 0,25 mg 1 раз/сутTab. Nitroglycerini – по 1 табл. сублингвально при приступе стенокардии |

**ЭПИКРИЗ**

Пациент, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 1940 г.р., госпитализирован в кардиохирургическе отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 27.02.2013г. с жалобами на частые приступы сжимающих болей за грудиной, которые возникают при ходьбе в обычном темпе на расстояние 100 м, подъеме по лестнице на один пролет в нормальном темпе, при избыточном приёме пищи и купируются нитроглицерином.

Болен около 20 лет, когда впервые появились сжимающие боли за грудиной при сильной физической нагрузке. В 1996г. и 2011г. пациент перенес инфаркт миокарда. Приступы стенокардии возникали всё чаще и при меньшей физической нагрузке. При коронарографии в ноябре 2012г. выявлено многососудистое поражение коронарных артерий. 27.02.2012г. направлен в кардиохирургичское отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ для реваскуляризации миокарда.

При поступлении состояние пациента удовлетворительное.

При объективном обследовании выявлено: выраженный цианоз носа, губ, сосудистые звёздочки на груди. Пульс ритмичный, твердый. ЧСС 70 уд в мин. При пальпации верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии, умеренной силы, резистентный. При аускультации тоны сердца ритмичные, приглушенные, шумов нет. Артериальное давление 140/90 мм рт. ст. на обеих руках.

Данные инструментального исследования (***1.*** Рентгенография органов грудной клетки: Сердце расширено в поперечнике, аорта склерозирована, развёрнута. ***2.***ЭКГ: Ритм синусовый, 70 в минуту. Горизонтальное положение электрической оси сердца. Гипертрофия левого желудочка с изменениями миокарда. Гипертрофия левого предсердия. Не исключены рубцовые изменения миокарда. ***3.*** УЗИ сердца: Дилятация восходящего отдела аорты. Уплотнение корня аорты и створок аортального клапана. Минимальная аортальная регургитация. Дилятация левого и правого предсердий. Гипертрофия миокарда левого желудочка незначительно выраженная. Диастолическая дисфункция левого желудочка гипертрофический тип, ФВ 51. Зоны гипокинеза. Уплотнение митрального клапана. Митральная регургитация 1 ст. Уплотнение трикуспидального клапана. Трикуспидальная регургитация 1ст. ***4.*** ВЭМ: проба положительна. ***5.*** УЗИ БЦА: Справа – атеросклеротический стеноз устья ВСА 60%, слева – 40%. ***6.*** ФГДС: Умеренно выраженный атрофический гастрит, дистальный дуоденит, ДГР 2ст. ***7.*** УЗИ ОБП: Диффузные изменения печени и панкреас. Конкременты в желчном пузыре. Атеросклероз брюшного отдела аорты.

Выставлен окончательный клинический диагноз:

Основное заболевание:

ИБС: стабильная стенокардия напряжения, ФК 3. Постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда в 1995г., 2011г.). Последствия острого нарушения мозгового кровообращения (1996г.). Артериальная гипертензия 2 степени, риск 4.

Сопутствующие заболевания:

Атеросклероз внутренних сонных артерий, грудного и брюшного отдела аорты. Хронический атрофический гастрит, ремиссия, дистальный дуоденит, ДГР 2ст. ЖКБ: хронический калькулёзный холецистит, ремиссия. Дисциркуляторная энцефалопатия смешанного генеза.

Пациенту показано хирургическое лечение – реваскуляризация миокарда. Операция планируется на 15.03.2013г.