ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Ф.И.О. пациента: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст: 66 лет (07.01.1947г.)

Постоянное место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы, профессия: пенсионерка

Дата и время поступления в стационар: 27.03.2012

Дата выписки из стационара: 04.04.2012

Кем направлен больной: ЦРБ

Диагноз направившего учреждения: ИБС, Стабильная стенокардия напряжения, ФК II. Нарушение ритма по типу синдрома слабости синусового узла: тахи-бради форма, транзиторной блокады ПНП, блокады передней ветви ЛНПГ. Легочная гипертензия I степени HI,NYHA II ФК. Артериальная гипертензия II, риск 3.Узловатый зоб.

Диагноз клинический :

Основной: ИБС, Стабильная стенокардия напряжения, ФК II. Нарушение ритма по типу синдрома слабости синусового узла: тахи-бради форма. Частые пароксизмы мерцательной аритмии. Транзиторной блокады ПНП, блокады передней ветви ЛНПГ. Эпизоды асистолии желудочков 3992 мс. Легочная гипертензия I степени NYHA II.

Осложнения: -

Сопутствующий: Артериальная гипертензия II, риск 4.Узловатый зоб.

1. **ЖАЛОБЫ**

при поступлении: беспокоит слабость, перебои в работе сердца (приступы тахикардии сменяются брадикардией), выраженные приступы слабости и головокружения, предобморочные состояния.

на момент курации:

1. **ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Считает себя больной около 4 лет, когда впервые появились перебои в работе сердца. В последнее время приступы начала усиливаться. При обследовании выявлен синдром слабости синусового узла, госпитализирована в КХО для решения вопроса о необходимости имплантации ЭКС

1. **ИСТОРИЯ ЖИЗНИ**

Родилась в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в 1947 году. Росла и развивалась соответственно возрасту. В психическом и физическом развитии от сверстников не отставала.

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, питание регулярное.

Перенесенные заболевания – простудные, длительное время страдает артериальной гипертензией.

Операции: аппендэктомия в 1992 году. Травмы: не было.

Наличие у себя таких заболеваний как: туберкулез, гепатит, малярию, венерические заболевания отрицает.

Наследственный анамнез: не отягощён.

Трансфузиологический анамнез: переливаний крови и кровезаменителей не было.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Вредные привычки: не отмечает

**4. ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО**

**Общий осмотр**

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

 Конституциональный тип - гиперстенический. Телосложение правильное. Рост 170 см, масса 82 кг.

 Подкожно-жировая клетчатка хорошо развита. Кожные покровы бледно-розового цвета. 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 увеличена.

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

**Система органов дыхания**

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

*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. Топографическая перкуссия: границы лёгких в пределах нормы.

*Аускультация*

В лёгких по всем полям выслушивается везикулярное дыхание. Хрипов нет.

Одышки нет.

**Система органов кровообращения**

*Осмотр*

Видимой пульсации в области сердца не определяется.

*Пальпация*

При пальпации верхушечный толчок определяется в пятом межреберье на 1,5 см кнутри от срединно-ключичной линии, умеренной высоты и резистентности.

Пульс одинаковый на обеих руках, ритмичный, удовлетворительного напряжения и наполнения. Частота 70 ударов в минуту. Дефицита пульса нет.

Артериальное давление 130/85 мм. рт. ст.

*Аускультация*

При аускультации тоны сердца ритмичные, приглушены, шумов нет.

Частота сердечных сокращений 70 ударов в минуту.

**Система органов пищеварения**

*Осмотр*

Язык розового цвета, влажный, обложен белым налетом.

Живот обычной формы, мягкий, не вздут, участвует в акте дыхания, при поверхностной и глубокой пальпации безболезненный, доступен во всех отделах. Перистальтика живая, 4 перистальтических волны в минуту.

Стул 1 раз в сутки, оформленный.

*Пальпация*

Границы печени в пределах нормы. Печень пальпируется на уровне окологрудинной линии на 1,5 см ниже рёберной дуги. Край ее ровный, безболезненный. Размеры по Курлову: 9-8-7 см. Желчный пузырь не пальпируется.

Селезенка не пальпируется.

Симптомов раздражения брюшины нет. Свободной жидкости в брюшной полости нет.

Пальцевое исследование прямой кишки: сфинктер прямой кишки нормотоничен, ампула содержит каловые массы обычной окраски, новообразований не выявлено.

**Мочеполовая система**

Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптомы поколачивания отрицательны с обеих сторон. Почки не пальпируются. Пальпация мочеточниковых точек безболезненна.

**Психоневрологический статус**

Сознание ясное. Настроение спокойное, ориентирование во времени и месте не нарушено, концентрация внимания без усилий. Интеллект развит, память не изменена, речь живая, связная. Сон нормальный, без особенностей. Зрачки одинаковы, живо реагируют на свет. Болевая и температурная чувствительность не нарушены. Психических нарушений нет.

1. **ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

На основании жалоб пациента (беспокоит слабость, перебои в работе сердца (приступы тахикардии сменяются брадикардией), выраженные приступы слабости и головокружения, предобморочные состояния), анамнеза заболевания (Считает себя больной около 4 лет, когда впервые появились перебои в работе сердца, в последнее время приступы начала усиливаться), обратилась в поликлинику по месту жительства, где при обследовании выявлен синдром слабости синусового узла и выдано направление на госпитализирована в ВОКБ в КХО для решения вопроса о необходимости имплантации ЭКС

можно выставить предварительный диагноз:

 ИБС, Стабильная стенокардия напряжения, ФК II. Нарушение ритма по типу синдрома слабости синусового узла: тахи-бради форма, транзиторной блокады ПНП, блокады передней ветви ЛНПГ. Легочная гипертензия I степени HI,NYHA II ФК. Артериальная гипертензия II, риск 3.Узловатый зоб.

1. **ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ**

1. Общий анализ крови

2. Общий анализ мочи

3. Биохимический анализ

4. Коагулограмма

5. Кровь на RW

6. Определение группы крови, резус-фактора.

7. УЗИ сердца

8. ФГДС

9. ЭКГ

10. Рентгенография грудной клетки

11. УЗИ ОБП

12. Осмотр кардиолога

13. Коронарография.

14.ХМ

План лечения –планируется оперативное лечение, имплантация ЭКС.

1. **РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

*Общий анализ крови от27.03.2013г.*

Эритроциты (RBC) – 4,47×10¹²/л;

Гемоглобин (HGB) – 147 г/л;

Гематокрит (HCT) –99%

Лейкоциты (WBC) – 7,95 ×109/л;

СОЭ – 19 мм/ч;

Нейтрофилы:

Палочкоядерные – 1%;

Сегментоядерные – 45 %;

Эозинофилы – 5%;

Лимфоциты – 44%;

Моноциты – 5%.

Заключение: Увеличение СОЭ

*Общий анализ мочи от27.03.2013г.*

Цвет - соломенно-желтый

Прозрачность - полная

Реакция - кислая

Удельный вес - 1023

Белок - нет

Глюкоза – нет.

Эпителий плоский – 2-3 в поле зрения

Лейкоциты – 3-4 в поле зрения

Заключение: все показатели в пределах нормы.

*Биохимический анализ крови27.03.2013г.*

Общий белок – 76 г/л

Мочевина – 6,7 ммоль/л

Креатинин – 0,094 ммоль/л

Билирубин общий –20 ммоль/л

Билирубин прямой –3,5ммоль/л

АлАТ – 56 ЕД/л

АсАТ –43ЕД/л

Глюкоза – 5,7 ммоль/л

Холестерин –3,89 ммоль/л

Заключение: в норме

*Коагулограмма крови от 01.03.2013г.*

АЧТВ – 38 с.

Тромбиновое время – 15 с.

Заключение: все показатели в пределах нормы.

*RW крови от04.03.13* – отр.

*Определение группы крови и резус-фактора от 27.03.2013*

 (III) третья, Rh (-) отриц.

*Осмотр кардиолога от 25.03.13*

Пульс ритмичный,85 в минуту. АД 125/80 мм. рт. ст.

Сердце: тоны приглушены.

Живот мягкий, безболезненный. Отёков нет.

Диагноз: ИБС, Стабильная стенокардия напряжения, ФК II. Нарушение ритма по типу синдрома слабости синусового узла: тахи-бради форма, транзиторной блокады ПНП, блокады передней ветви ЛНПГ. Легочная гипертензия I степени HI,NYHA II ФК. Артериальная гипертензия II, риск 4.

*ЭКГ от 26.03.13*

Заключение: Синусовый ритм не регулярный с ЧСС мах 106,мин 40 уд в мин.Брадикардия. Отклонение ЭОС сердца в лево. Замедление внутрипредсердной проводимости.

**8. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

На основании жалоб пациента (на сжимающие боли за грудиной при физической нагрузки, купирующиеся приёмом нитроглицерина, повышение артериального давления до 180 мм.рт.ст.), истории заболевания (Считает себя больным с января 2012 года, когда впервые появились боли за грудиной при выполнении физической нагрузки. Боли купировались приёмом нитроглицерина. В феврале 2013 года почувствовал ухудшение состояния: боль за грудиной, одышка при незначительной физической нагрузке (ходьбе до 100 м, подъёме на один этаж), обратился в поликлинику по месту жительства, где ему было выдано направление в ВОКБ. Госпитализирован для реваскуляризации миокарда), истории жизни (у отца – ИБС, курит с 40 лет), данных объективного осмотра (гиперстеническое телосложение), данных лабораторного и инструментального исследования (БАК от 01.03.13: увеличение общего и прямого билирубина, общего холестерина, АсАТ; ЭКГ от 01.03.13: Ритм синусовый, 60 уд. в мин. Гипертрофия левого желудочка) можно выставить окончательный клинический диагноз: ИБС, Стабильная стенокардия напряжения, ФК III, Н I. Артериальная гипертензия II, риск IV.

1. **ЛЕЧЕНИЕ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

1. **ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ПАЦИЕНТОМ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата 03.04T0С 36.7ЧСС 65 в мин.АД 130/85 мм.рт.ст. | Общее состояние удовлетворительное.Жалоб нетОбъективно: кожные покровы и видимые слизистые без особенностей. Язык влажный, обложен белым налётом.Дыхание в легких везикулярное. Хрипов нет. ЧД 18 в мин.Тоны сердца ясные, приглушены.Живот при пальпации мягкий, безболезненный.Стул 1 раз в сутки, оформленный. Отёков нет. Мочеиспускание безболезненное, не затруднено. Диурез достаточный.Повязка сухая, лежит хорошо. | Режим палатный.Стол Б. |
| Дата 04.04T0С 36.6ЧСС 72 в мин.АД 130/80 мм.рт.ст. | Общее состояние удовлетворительное.Жалоб нетОбъективно: кожные покровы и видимые слизистые без особенностей. Язык влажный, обложен белым налётом.Дыхание в легких везикулярное. Хрипов нет. ЧД 17 в мин.Тоны сердца ясные, приглушены.Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул 1 раз в сутки, оформленный. Отёков нет. Мочеиспускание безболезненное, не затруднено. Диурез достаточный. Швы без особенностей. | Выписала для дальнейшего амбулаторного лечения. |

**12. ЭПИКРИЗ**

Пациентка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,1947 года. Находится в отделении сердечно-сосудистой хирургии с 27.03.2013 по 04.04.2013.

Диагноз клинический :

основной: ИБС, Стабильная стенокардия напряжения, ФК II. Нарушение ритма по типу синдрома слабости синусового узла: тахи-бради форма. Частые пароксизмы мерцательной аритмии. Транзиторной блокады ПНП, блокады передней ветви ЛНПГ. Эпизоды асистолии желудочков 3992 мс. Легочная гипертензия I степени NYHA II.

осложнения : -

сопутствующий: Артериальная гипертензия II, риск 4.Узловатый зоб.

Исследования : *Общий анализ крови*

Эритроциты (RBC) – 4,47×10¹²/л;

Гемоглобин (HGB) – 147 г/л;

Гематокрит (HCT) –99%

Лейкоциты (WBC) – 7,95 ×109/л;

СОЭ – 19 мм/ч;

Нейтрофилы:

Палочкоядерные – 1%;

Сегментоядерные – 45 %;

Эозинофилы – 5%;

Лимфоциты – 44%;

Моноциты – 5%.

Заключение: Увеличение СОЭ

*Общий анализ мочи.*

Заключение: все показатели в пределах нормы.

*Биохимический анализ крови*

Общий белок – 76 г/л

Мочевина – 6,7 ммоль/л

Креатинин – 0,094 ммоль/л

Билирубин общий –20 ммоль/л

Билирубин прямой –3,5ммоль/л

АлАТ – 56 ЕД/л

АсАТ –43ЕД/л

Глюкоза – 5,7 ммоль/л

Холестерин –3,89 ммоль/л

Заключение: в норме

Лечение :

* 1. **ЛИТЕРАТУРА**

1. Акчурин Р.С., Ширяев А.А., Бранд Я.Б., Королев С.В., Галяутдинов Д.М., Васильев В.П. Реконструктивная микрохирургия коронарных артерий: опыт первых 2000 операций. Сборник статей по Материалам Всероссийской научно–практической конференции «Современные технологии хирургии ишемической болезни сердца». М., 2001, с.13–15.

2. Белов Ю.В. Показания и противопоказания к аортокоронарному шунтированию. Грудная и сердечно–сосудистая хирургия, 1992, N. 1–2, с. 8–12.

3. Шабалкин Б.В. Аорто–коронарное шунтирование в лечении ИБС: Автореф. дисс. доктора мед. наук. М. , 1975.