ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

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

Возраст: 55 лет (01.06.1955 г.)

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

Место работы, профессия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата и время поступления в стационар: 28.02.2013 г. в 8.30

Дата выписки из стационара: продолжает лечение в стационаре

Кем направлен больной: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагноз направившего учреждения: ИБС, Стабильная стенокардия напряжения, ФК III, Н I. Артериальная гипертензия II, риск IV.

Диагноз клинический

основной: ИБС, Стабильная стенокардия напряжения, ФК III, Н I. Артериальная гипертензия II, риск IV.

осложнения: нет

сопутствующий: нет.

1. **ЖАЛОБЫ**

при поступлении: на сжимающие боли за грудиной при физической нагрузки, купирующиеся приёмом нитроглицерина, повышение артериального давления до 180 мм.рт.ст.

на момент курации: те же.

1. **ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО 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 при незначительной физической нагрузке (ходьбе до 100 м, подъёме на один этаж), обратился в поликлинику по месту жительства, где ему было выдано направление в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Госпитализирован для реваскуляризации миокарда.

1. **ИСТОРИЯ ЖИЗНИ**

Родился в Витебске в 1955 году. Рос и развивался соответственно возрасту. В психическом и физическом развитии от сверстников не отставал.

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные, питание регулярное.

Перенесенные заболевания – простудные. Операции: аппендэктомия в 1992 году. Травмы: вывих лодыжек.

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

Наследственный анамнез отягощён: у отца – ИБС.

Трансфузиологический анамнез: переливаний крови и кровезаменителей не было.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Вредные привычки: Курит с 40 лет, по пачке сигарет в день. Алкоголь не употребляет в течении последних 3-4 лет, ранее употреблял умеренно.

**4. ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО**

**Общий осмотр**

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

 Конституциональный тип - гиперстенический. Телосложение правильное. Рост 176 см, масса 92 кг, Индекс Кетле 92/1,762 =29,7 кг/м2.

 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 не увеличена.

 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 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.

**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.

*Перкуссия*

При перкуссии границы сердца в пределах нормы.

*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 (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 при незначительной физической нагрузке (ходьбе до 100 м, подъёме на один этаж), обратился в поликлинику по месту жительства, где ему было выдано направление \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Госпитализирован для реваскуляризации миокарда), истории жизни (у отца – ИБС, курит с 40 лет) можно выставить предварительный диагноз: ИБС, Стабильная стенокардия напряжения, ФК III, Н I. Артериальная гипертензия II, риск IV.

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.

План лечения – реваскуляризация миокарда(аортокоронарное шунтирование).

1. **РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

*Общий анализ крови от 01.03.2013г.*

Эритроциты (RBC) – 5,52×10¹²/л;

Гемоглобин (HGB) – 165 г/л;

Гематокрит (HCT) – 43,3%

Средний объём эритроцита (MCV) – 78 µ3

Среднее содержание гемоглобина в 1 эритроците (MCH)– 29,8 пг

Средняя концентрация гемоглобина в 1 эритроците (MCHC) – 38%

Лейкоциты (WBC) – 8 ×109/л;

СОЭ – 15 мм/ч;

Нейтрофилы:

Палочкоядерные – 1%;

Сегментоядерные – 75 %;

Эозинофилы – 1%;

Лимфоциты – 16%;

Моноциты – 7%.

Заключение: увеличение СОЭ.

*Общий анализ мочи от 01.03.2013г.*

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 крови 01.03.2013г.*

Общий белок – 76 г/л

Мочевина – 6,7 ммоль/л

Креатинин – 0,094 ммоль/л

Билирубин общий – 47,8 ммоль/л

Билирубин прямой – 6,8 ммоль/л

АлАТ – 56 ЕД/л

АсАТ – 90 ЕД/л

Глюкоза – 5,79 ммоль/л

Холестерин – 6,4 ммоль/л

Заключение: увеличение общего и прямого билирубина, АсАТ, общего холестерина.

*Коагулограмма крови от 01.03.2013г.*

АЧТВ – 38 с.

Тромбиновое время – 15 с.

Заключение: все показатели в пределах нормы.

*RW крови от 01.03.13* – отр.

*Определение группы крови и резус-фактора от 01.03.2013*

В (III) третья, Rh (-) отриц.

*Осмотр кардиолога от 28.02.13.*

Пульс ритмичный,60 в минуту. АД 125/80 мм. рт. ст.

Сердце: тоны приглушены.

Живот мягкий, безболезненный. Отёков нет.

Диагноз: ИБС, Стабильная стенокардия напряжения, ФК III, Н I. Артериальная гипертензия II, риск IV.

*ЭКГ от 01.03.13*

Заключение: Ритм синусовый 60 в минуту, гипертрофия левого желудочка.

**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. 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**

*Лечение больного в стационаре:*

Режим палатный.

Стол

Tab. Carvelendi 6. 25 mg x 2p/день

Tab. Enalaprili 5 mg x 2p/день

Tab. Amlodipini 5 mg x 1p/день

Вечером:

Tab. Zovasticori 20 mg x 1p/день

Tab. Omeprazoli 20 mg x 1p/день

Планируется аортокоронарное шунтирование.

*Лечение по данным литературы:*

Наиболее эффективные методы лечения ишемической болезни сердца – хирургические. На сегодня применяются следующие оперативные методы:

* прямая реваскуляризация миокарда или аортокоронарное шунтирование;
* рентгенэндоваскулярная (интервенционная) хирургия;
* имплантация коронарного стента ([коронарное стентирование](http://www.treatmentabroad.ru/heartdisease/treatmentcoronarydeficiency/)).

**АОРТОКОРОНАРНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ -** это хирургическое вмешательство, в результате которого восстанавливается кровоток сердца ниже места сужения сосуда. При этой хирургической манипуляции вокруг места сужения создают другой путь для кровотока к той части сердца, которая не снабжалась кровью.

**Задача операции**– полная реваскуляризация миокарда, то есть полное восстановление сосудистого кровоснабжения сердечной мышцы, восстановление кровотока по всем артериям сердца и их ветвям с сужениями более 50% просвета сосудов. При этом производится соединение [аорты](http://www.treatmentabroad.ru/heartdisease/constrictionaorta/)и коронарных артерий при помощи обходных сосудов – шунтов.

**Показания к аортокоронарному шунтированию:**

* стенокардия, плохо поддающаяся медикаментозному лечению;
* нестабильная стенокардия;
* вариантная стенокардия (Принцметала) в «холодный период», когда состояние пациента стабильное;
* острый инфаркт миокарда только в случае развития осложнений;
* сердечно-сосудистая недостаточность;
* желудочковые аритмии, желудочковая тахикардия, связанные с аневризмой левого желудочка;
* пациенты с ишемической болезнью сердца и имеющимся по данным коронароангиографии сужением коронарных артерий с наличием стенокардии или без нее;
* значительное сужение ствола левой коронарной артерии.

**Разновидности коронарного шунтирования:**

* С применением искусственного кровообращения;
* Без искусственного кровообращения с применением "стабилизатора" для шунтирования;
* Применение минимальных хирургических разрезов, в том числе и эндоскопические операции.

Выбор оперативного вмешательства определяется после проведения коронарографии и экспертной оценки степени поражения коронарных артерий сердца.

В настоящее время при операции коронарного шунтирования обычно применяют графты из внутренней грудной артерии (маммарокоронарное шунтирование), лучевой артерии (аутоартериальное аортокоронарное шунтирование), большой подкожной вены нижней конечности (аутовенозное аортокоронарное шунтирование).

АКШ производится всегда под общим наркозом.

### АКШ с искусственным кровообращением



Традиционное АКШ выполняется путем срединной стернотомии (разрез на середине груди). Во время выполнения операции, сердце может быть остановлено.
Для осуществления искусственного кровообращения (остановка сердечной деятельности) к сердцу присоединяются канюли, которые соединяются с контуром аппарата искусственного кровообращения.
На период основного этапа операции вместо сердца будет работать аппарат сердце-легкие (аппарат искусственного кровообращения), который обеспечивает кровообращение во всем организме. Кровь пациента поступает в аппарат искусственного кровообращения, где происходит газообмен, кровь насыщается кислородом, и далее по трубкам доставляется пациенту.
Кроме того, кровь при этом фильтруется, охлаждается или согревается, для поддержания требуемой температуры пациента.

В период искусственного кровообращения хирург создает анастомоз между веной и коронарной артерией ниже её стеноза. Затем восстанавливается сердечная деятельность и противоположный конец вены пришивается к аорте.
После шунтирования всех коронарных артерий, постепенно прекращают искусственное кровообращение. Операция шунтирования коронарных артерии обычно продолжается от 3 до 6 часов.

**АКШ без искусственного кровообращения**

Хорошая хирургическая техника и медицинское оборудование позволяют хирургу выполнять АКШ на работающем сердце. При этом можно обойтись без применения искусственного кровообращения при традиционной хирургии на коронарных артериях.
Для выполнения такой операции применяется специальное оборудование, позволяющее уменьшить колебания сердца при шунтировании коронарных артерий.
Для анастомозов применяется вена, либо внутренняя грудная артерия.
В этом случае искусственное кровообращение не используется. В последние годы наиболее часто применяются минимальные хирургические разрезы (различной локализации).

 

**Преимущества операций АКШ без искусственного кровообращения**

* отсутствие травматических повреждений клеток крови;
* меньшая длительность операции;
* быстрая послеоперационная реабилитация;
* отсутствие осложнений, связанных с ИК.
1. **ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ПАЦИЕНТОМ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата 01.03T0С 36.7ЧСС 65 в мин.АД 130/85 мм.рт.ст. | Общее состояние удовлетворительное.Жалобы на сжимающую боль в грудине при физической нагрузке. Объективно: 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. | Режим палатный.Стол Tab. Carvelendi 6. 25 mg x 2p/деньTab. Enalaprili 5 mg x 2p/деньTab. Amlodipini 5 mg x 1p/деньВечером:Tab. Zovasticori 20 mg x 1p/деньTab. Omeprazoli 20 mg x 1p/день |
| Дата 04.03T0С 36.6ЧСС 60 в мин.АД 130/80 мм.рт.ст. | Общее состояние удовлетворительное.Жалобы на сжимающую боль в грудине при физической нагрузке. Объективно: 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. | Лечение продолжить. |

**12. ЭПИКРИЗ**

Больной \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 57 лет госпитализирован в хирургическое отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 28.02.13 с диагнозом: ИБС, Стабильная стенокардия напряжения, ФК III, Н I. Артериальная гипертензия II, риск IV для реваскуляризации миокарда

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 1 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 при незначительной физической нагрузке (ходьбе до 100 м, подъёме на один этаж), обратился в поликлинику по месту жительства, где ему было выдано направление ВОКБ. Госпитализирован для реваскуляризации миокарда), истории жизни (у отца – ИБС, курит с 40 лет), 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) был выставлен диагноз: ИБС, Стабильная стенокардия напряжения, ФК III, Н I. Артериальная гипертензия II, риск IV.

Назначено лечение:

Режим палатный.

Стол

Tab. Carvelendi 6. 25 mg x 2p/день

Tab. Enalaprili 5 mg x 2p/день

Tab. Amlodipini 5 mg x 1p/день

Вечером:

Tab. Zovasticori 20 mg x 1p/день

Tab. Omeprazoli 20 mg x 1p/день

Планируется аортокоронарное шунтирование.

Прогноз для жизни – благоприятный, для здоровья – благоприятный, для работы – при соблюдении всех рекомендаций врача – благоприятный.

Исход заболевания: улучшение.

Рекомендации после выписки из стационара:

* 1. Диета (сократить употребление продуктов животного происхождения с высоким содержанием холестерина и насыщенных жиров, таких как мясо, яйца, жирные молочные продукты: сливочное масло, сметана, сливки, жирное молоко, сыр. Отдавать предпочтение рыбе, белому мясу домашней птицы, овощам, фруктам, продуктам с высоким содержанием клетчатки. Для приготовления пищи следует чаще использовать тушение, запекание, варение, не требующими применения жира. Ограничить употребление соли).
	2. Отказ от курения.
	3. Физические упражнения (После операции особенно эффективны прогулки пешком. Основным критерием дозированных нагрузок т служит частота пульса, он не должен превышать 110 ударов в минуту при нагрузках.
	В случае если показатель пульса по каким-то причинам превысил данное число, необходимо сменить темп, сесть и дать организму передышку).
	4. Не рекомендуется поднимать тяжести более 5 кг.
	5. Лекарственные препараты (статины, аспирин, β-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ).
	6. Контроль веса.
	7. Контроль АД.
	8. Восстановление трудоспособности в среднем через 6 недель после выписки.
	9. **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.