**Паспортные данные**

1. \_\_\_\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. мужской

4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Пенсионер

6. 28.08.2011 г.

7. ИБС: стабильная стенокардия, постинфарктный кардиосклероз.

**Жалобы больного при поступлении**

**Основные жалобы:** Больной жалуется на боли за грудиной колющего характера. Боли носят приступообразный характер, непродолжительны, длительностью около 5-7 минут, сопровождаются чувством нехватки воздуха, слабости. Приступы купируется приемом нитроглицерина. Во время приступа выполнение даже небольшой физической нагрузки вызывает одышку, которая резко усиливается в положении лёжа.

**Дополнительные жалобы:** Боли опоясывающего характера в подреберьях и эпигастрии, возникающую через 2-3 часа после приема жирной пищи. Боль тупая, средней интенсивности, характер постоянный, продолжительностью 2-3 часа. Боль сопровождается чувством тяжести в животе. Принимает вынужденное положение - полусидя. Жалуется на отёчность в области голеней и стоп.

**История развития настоящего заболевания**

Наблюдалось ухудшение состояния за последние 3 дня, когда появились боли за грудиной, одышка в покое, отёки голеней и стоп, общее недомогание. 28.08.11 состояние резко ухудшилось, вызвал скорую помощь, был доставлен в ГКБСМП №1, госпитализирован в ОТО.

В анамнезе два острых инфаркта миокарда (1997, 2006). Страдает гипертонической болезнью (max АД=170/90). Принимает верошпирон, предуктал, нитроглицерин.

Лечился амбулаторно, стационарно. Последняя госпитализация в июле 2011 в ГКБСМП №1 в ОТО.

**История жизни больного**

Первый ребенок в семье. Рос и развивался соответственно возрасту. Образование среднее специальное. Работал водителем троллейбуса.

Вредные привычки отсутствуют.

Детей нет.

Перенесенные заболевания: ветрянка, краснуха.

Перенесенные операции: аппендэктомия.

Наследственный анамнез: у матери и отца – гипертоническая болезнь.

Жилищно – бытовые условия удовлетворительные, проживает один в отдельной квартире.

Питание регулярное.

Гемотрансфузий не было.

Аллергологический анамнез не отягощен.

**Настоящее состояние больного**

Общее состояние тяжелое.

Сознание ясное.

Положение: вынужденное, полусидя.

Телосложение: астеническое.

Рост 175 см. Вес 65 кг.

Кожные покровы бледной окраски, теплые на ощупь, на нижних конечностях имеются отёки.

Слизистые чистые, влажные, розового цвета.

Подкожная клетчатка нормально развита.

Значительные отеки нижних конечностей с гиперемированной кожей над ними.

Лимфатические узлы не пальпируются.

Деформаций скелета нет, тонус мышц сохранен.

Температура тела 36,7оС

**Система органов дыхания**

Нос правильной формы. Пальпация гортани безболезненна. Форма грудной клетки астеническая. Экскурсия нижнего края правого и левого лёгких по среднеподмышечной линии составляет 5 см. ЧДД 28 в минуту, ритм правильный. Тип дыхания грудной. При сравнительной перкуссии лёгких в нижних отделах лёгких притупленный звук. При топографической перкуссии высота стояния верхушек лёгких над серединой ключицы равна 2 см слева и 2,5 см справа, ширина полей Кренига слева и справа одинакова и равна 5 см.

Аускультативно: везикулярное дыхание ослаблено над всеми лёгочными полями. В нижних отделах лёгких выслушиваются мелкопузырчатые хрипы.

**Система органов кровообращения**

Верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье слева от грудины на 1 см кнутри от среднеключичной линии, разлитой, умеренной силы.

Границы относительной тупости сердца:

Правая – на 1 см правее правого края грудины в 4 межреберье

Верхняя – в 3 межреберье слева от грудины по средне ключичной линии

Левая – В пятом межреберье слева от грудины на 1 см левее среднеключичной линии.

Аускультативно тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС = 70ударов в минуту. Ритм правильный. Пульс ритмичный, симметричный, слабого наполнения и напряжения.

Артериальное давление 130/70 мм.рт.ст.

**Система органов пищеварения**

Губы розового цвета. Слизистая ротоглотки чистая, розового цвета. Сосочковый слой языка сохранён, язык влажный, обложен белым налётом. Зубной ряд представлен металлическими коронками. Зев розовой окраски, чистый. Миндалины атрофичны, размером не более 0,5 см. не выступают за края нёбных дужек.

Живот мягкий, безболезненный.

Живот при поверхностной пальпации в положении лёжа безболезненный, мягкий, доступен для глубокой пальпации во всех отделах. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. При глубокой скользящей методической пальпации по Образцову пальпируется цилиндр сигмовидной, слепой, восходящей , нисходящей и поперечной ободочной кишок. Цилиндр кишки мягкий, безболезненный, подвижный, не урчит при пальпации (за исключением слепой кишки, которая урчит в норме). Диаметр пальпируемых кишок: сигмовидная d = 3 см, слепая d = 4см, восходящая и нисходящая ободочные кишки d = 3 см, поперечная ободочная кишка d = 4 см. Малая и большая кривизна желудка при пальпации безболезненны. Подвижны, мягкой консистенции. Привратник при пальпации безболезненный, подвижный, мягкой консистенции , не урчит.

Нижний край печени не пальпируется. Пальпация желчного пузыря безболезненна. Перкуторно размеры относительной печёночной тупости (по Курлову составляют по правой среднеключичной линии – 10 см, по срединной линии – 9 см, по левой реберной дуге – 8 см. что соответствует норме. Пальпация поджелудочной железы безболезненна.

Селезёнка не пальпируется. Перкуторно размеры селезёнки составляют 4 в поперечнике и 6 см в длину, что соответствует норме.

**Система мочеотделения**

Поясничная область при внешнем осмотре без видимых изменений. Почки не пальпируются. Пальпация надлобковой области безболезненна. При перкуссии в надлобковой области слышится тимпанит над мочевым пузырём. Симптом поколачивания отрицательный.

Пальпация нижней части живота безболезненна. Развития половой системы соответствует полу, без патологий.

**Эндокринная система**

При осмотре область над щитовидной железой не изменена. Пальпация щитовидной железы безболезненна. Пальпируемые доли щитовидной железы умеренно мягкие, безболезненные, подвижные, размером около 1,5 см. Выраженность вторичных половых признаков соответствует полу.

**Нервная система**

Сознание, речь, память и логичность мышления сохранены в полном объёме. Настроение ровное. Кожные, сухожильные и брюшные рефлексы соответствуют норме. Ширина зрачков при комнатном освещении одинакова (примерно 4 мм). Реакция зрачков на свет симметричная.

Парезы и параличи отсутствуют.

**Предварительный диагноз**

ИБС: стабильная стенокардия ФК III-IV. Кардиосклероз атеросклеротический, постинфарктный.

Гипертоническая болезнь II, риск ССО IV. ХСН IIб, ФК IV, с приступами сердечной астмы.

**План лабораторно-инструментальных обследований**

1. – Электрокардиографическое исследование

2. – Общий анализ крови

3. – Биохимический анализ крови

4. – Общий анализ мочи

5. – Эхокардиографическое исследование

6. – Обзорная рентгенография органов грудной клетки.

**Данные лабораторных и инструментальных методов исследования**

**ОАК (28.08.11г.)**

Эритроциты - **4,0\*1012/л**

Гемоглобин - **122 г/л**

Цв. Показатель - **0,9%**

Тромбоциты - **275\*109/л**

Лейкоциты - **8,4\*109/л**

Палочкоядерные - **3%**

Сегментоядерные - **35%**

Лимфоциты - **51%**

Эозинофилы - **4%**

Моноциты - **7%**

СОЭ - **6 мм/час**

**ОАМ (28.08.11 г.)**

Цвет - **с/ж**

Прозрачность - **слегка мутная**

Уд.вес - **1014**

Реакция - **кислая**

Белок - **не обнаружен**

Эпителий переходный - **мало**

Лейкоциты - **3-4 в п/з**

Слизь - **мало**

**Б/х исследование крови (28.08.11 г.)**

Глюкоза - **3,7 ммоль/л**

Мочевина - **6,8 ммоль/л**

АсАТ - **78 ед/л**

АлАТ - **102 ед/л**

Креатинин - **0,074 ммоль/л**

Амилаза - **7,7 ммоль/л**

Холестерин общий - **6,4 ммоль/л**

Нейтральные жиры и ТГ - **1,93 ммоль/л**

α-липопротеиды - **0,99 ммоль/л**

β-липопротеиды - **4,5 ммоль/л**

Коэффициент атерогенности - **5,5**

**Эхокардиографическое исследование**

Заключение: расширение правых и левых отделов сердца. Сократительная способность левого желудочка резко снижена. Недостаточность митрального клапана II степени. Нарушение диастолической функции левого желудочка.

Дата исследования 30.08.2011

**Дифференциальный диагноз**

Дифференциальный диагноз острого коронарного синдрома следует проводить со следующими распространёнными заболеваниями.

**Дифференциальный диагноз стабильной стенокардии с инфарктом миокарда**

ЭКГ и анализ специфических ферментов-маркёров в крови позволяет исключить диагноз острого инфаркта миокарда ввиду отсутствия признаков: на ЭКГ - подъём сегмента ST, патологический зубец Q; анализ ферментов-маркёров инфаркта миокарда выявил отсутствие повышения в крови пациента креатинфосфокиназзы-MB, миоглобина, тропонина I и тропонинаT.

**Дифференциальный диагноз стабильной стенокардии с прогрессирующей стенокардией**

ЭКГ при нестабильной стенокардии характеризуется изменениями конечной части желудочкового комплекса: депрессия сегмента ST обнаруживается у 30% пациентов, инверсия зубца T – у 20%, преходящий подъём сегмента ST – у 5% пациентов, чего не было выявлено у исследуемого пациента.

**Дифференциальный диагноз стабильной стенокардии с заболеваниями лёгких (пневмоторакс, пневмония с вовлечением плевры, тромбоэмболия лёгочной артерии (ТЭЛА) с наличием инфаркта лёгкого и без него, заболевания плевры)**

На обзорной рентгенографии органов грудной полости в прямой и правой боковой проекции мягкие ткани грудной клетки, состояние скелета грудной клетки и плечевого пояса без патологий. В нижних отделах лёгких имеются застойные явления. Состояние легочного рисунка, корней легких, состояние органов средостения без патологий. Тень сердца нормальных размеров. Размеры средостения в пределах нормы. Отсутствие патологических изменений на обзорной рентгенограмме органов грудной полости исключает возможность пневмоторакса, пневмонии с вовлечением плевры, тромбоэмболии лёгочной артерии (ТЭЛА) с наличием инфаркта лёгкого и без него, заболеваний плевры.

**Для проведения дифференциального диагноза следует выполнить**:

1. Электрокардиографическое исследование и определене инфаркт-миокарда-специфичных ферментов крови (MB-КФК, тропонины T и I, миоглобин)
2. Эхокардиография позволит провести дифференциальный диагноз с органическими патологиями сердца
3. Фиброэзофогогастродуоденоскопия позволит провести дифференциальный диагноз с заболеваниями ЖКТ
4. Обзорная рентгенография грудной клетки, рентгенкомпьютерная томография органов грудной клетки позволит провести дифференциальный диагноз с заболеваниями лёгких.

**Обоснование клинического диагноза**

Диагноз стабильной стенокардии может быть поставлен на основании жалоб, анамнеза, данных лабораторных и инструментальных методов исследования. Диагноз стенокардии позволяет поставить характерная симптоматика колющей боли за грудиной высокой интенсивности, приступы которой продолжаются около 7 минут. Инструментальные методы исследования: ЭКГ подтверждает диагноз.

Гипертоническая болезнь у данного больного II класса, так как происходит подъём систолического артериального давления свыше 160 мм.рт.ст. и диастолическог свыше 90 мм.рт.ст. Риск IV выставлен, так как произошло развитие хронической сердечной недостаточности и присоединилась ИБС.

Хроническая сердечная недостаточность II б стадии поставлена, потому, что имеются невыраженные нарушения гемодинамики, характеризующиеся застоем в малом кругу кровообращения, проявляющимися типичной одышкой при умеренной физической нагрузке, быстрой утомляемостью, отёками нижних конечностей. IV функциональный класс, потому что на момент госпитализации имелось значительное ограничение физической активности. В покое самочувствие хорошее. Небольшая физическая нагрузка приводит к усталости, сердцебиению, одышке.

**Формулировка клинического диагноза**

Клинический диагноз:

Основной диагноз: ИБС – стабильная стенокардия.

Осложнения основного диагноза: Хроническая сердечная недостаточность стадия IIб, функциональный класс IV, с приступами сердечной астмы.

Фоновые заболевания: Гипертоническая болезнь II степень.

**План лечения и его обоснование**

Основными направления в лечении стабильной стенокардии являются:

Купирование болевого синдрома, Снижение потребности миокарда в кислороде, антиагрегантная и антикоагулянтаня терапия.

1. Нитраты – при нестабильной стенокардии используются для купирования болевого синдрома. Это достигается в/в введением раствора нитроглицерина в дозе 5-10 мкг/ мин с увеличением каждые 15 мин на 5-10 мкг/мин (до 200 мкг/мин) до исчезновения боли или появления побочного эффекта в виде артериальной гипотензии.
2. Пероральные нитраты пролонгированного действия (Tab. Isosorbidi) – для улучшения кровоснабжения миокарда. Расширение периферических вен уменьшает пред- и пост-нагрузку на сердце
3. Бета-адреноблокаторы - уменьшают потребность миокарда в кислороде.
4. Антиагрегантная и антикоагулянтная терапия (Sol. Heparini 5000 ЕД подкожно и Tab. Aspirini 250 mg per os ) – показаны при нестабильной стенокардии в связи с активацией тромбоцитов. Обоснование: ацетилсалициловая кислота необратимо блокирует агрегацию тромбоцитов, что в корне предотвращает механизм свёртывания крови. При нестабильной стенокардии в кровеносной системе коронарных артерий происходят множественные разрывы фиброзных капсул атеросклеротических бляшек, что приводит к появлению многочисленных участков сосудисто-тромбоцитарных конфликтов.
5. Это, в свою очередь, является причиной запуска патологического свёртывания крови и образования сгустка внутри коронарной артерии, что приводит к закупорке её просвета и, как следствие, ишемии миокарда, который кровоснабжается этой артерией. Гепарин – уменьшает свёртываемость крови засчёт инактивации факторов свёртывания крови, что предотвращает образование кровяного сгустка.
6. Лечение сопутствующих заболеваний: гипертоническая болезнь – назначение ингибиторов АПФ (Эналаприла). Ингибиторы АПФ блокируют превращение ангиотензина I в ангиотензин II, что приводит к ослаблению его сосудосуживающего действия, угнетению секреции альдостерона, торможению активации брадикинина, вазодилатирующих простагландинов. В результате происходит уменьшение тонуса сосудов, главным образом, артериол, снижение АД, ОПСС (и, соответственно, уменьшению постнагрузки, что приводит к увеличению сердечного выброса, повышению выделения ионов натрия и задержке ионов калия).

**Дневник больного 01.09.2011**

Жалобы на одышку в покое. Жалобы на колющие боли в области сердца. Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное.

Инструментальные исследования: Выполнена ЭХОкардиография

АД 110/70 мм.рт.ст,

Пульс равен 82 удара в минуту, ЧСС равно 82 сокращений в минуту,

ЧДД равно 23 в мин.

Температура утром 36,5С

Температура вечером 36,7С

**Дневник больного 03.09.2011**

Жалобы на выраженную одышку в покое, чувство нехватки воздуха, появился сухой кашель.

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное.

Температура утром 36,6С

Температура вечером 36,7С

АД 110/70 мм.рт.ст,

Пульс равен 79 удара в минуту, ЧСС равно 79 сокращений в минуту,

ЧДД равно 24 в мин.

**Дневник больного 05.09.2011**

Отмечает уменьшение одышки, отеков ног, чувства нехватки воздуха.

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное.

АД 120/75 мм.рт.ст,

Пульс равен 72 удара в минуту, ЧСС равно 72 сокращений в минуту,

ЧДД равно 22 в мин.

Температура утром 36,4С

Температура вечером 36,5С

**Эпикриз**

1. ФИО больной: \_\_\_\_

2. Возраст: 75 лет (20.07.1936 г.р.)

3. Место работы, профессия: пенсионер

4. Время нахождения в стационаре: с 28.08.2011 по 07.09.2011

5. Жалобы при поступлении основные: На колющую боль за грудиной, которая продолжается около 7 минут. Приступ боли облегчается при приеме нитроглицерина. Приступ боли в сердце сопровождался чувством крайней слабости. Во время приступа выполнение даже умеренной физической нагрузки вызывает одышку.

6. Заболел остро. В анамнезе: гипертоническая болезнь.

7.Данные физикального обследования, подтверждающие диагноз: Одышка (ЧДД = 28 в минуту) в покое. В нижних отделах лёгких выслушиваются мелкопузырчатые хрипы. Быстаря утомляемость при выполнении умеренной физической нагрузки.

8. данные лабораторных и инструментальных методов исследования (отклонения, подтверждающие патологию)

9. Заболевания, диагностика с которыми затруднена: инфарктом миокарда без зубца Q, заболеваниями лёгких (пневмоторакс, пневмония с вовлечением плевры, тромбоэмболия лёгочной артерии (ТЭЛА) с наличием инфаркта лёгкого и без него, заболевания плевры), стеноз уcтья аорты или недостаточность аортального клапана. С этими заболеваниями проведена дифференциальная диагностика.

10. Клинический диагноз:

Основной диагноз: ИБС – стабильная стенокардия.

Осложнения основного диагноза: Хроническая сердечная недостаточность стадия IIб, функциональный класс IV.

Фоновые заболевания: Гипертоническая болезнь II степень.

11.Особенность течения болезни, её ближайший и отдалённый прогноз: Прогноз, в целом, благоприятный.

12. Проведённое лечение:

Диета стол №9 по Певзнеру с ограничением употребления соли до 6 г/сут

Лечебная физкультура

Медикаментозная терапия

13. Динамика течения заболевания за время нахождения в больнице положительная. Исчезли жалобы по основному заболеванию.

14. Оценка эффективности лечения: улучшение. Исчезли жалобы на боли в сердце, одышку при выполнении физической нагрузки.

15. Состояние больного при выписке: удовлетворительное

16. Рекомендации участковому врачу: Больной должен соблюдать диету №9 по Певзнеру с ограничением употребления соли до 6 г/сут. Должен получать медикаментозную терапию направленную на стабилизацию течения ИБС, лечении гипертонической болезни.