# **МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ им И.М. СЕЧЕНОВА**

### Кафедра внутренних болезней № 2

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ – АНАЛИЗ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА И ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОГО.

ПРЕПОДАВАТЕЛЬ:

.

МОСКВА 2008

Паспортная часть*.*

ФИО:

Возраст: 78 года

Профессия:

Место жительства:

Дата поступления в стационар: 29.08.2002.

**Жалобы больного при поступлении на:**

* сжимающую, давящую загрудинную боль с иррадиацией в левую руку; продолжительностью до 10-15 минут, боль купируется приемом нитроглицерина; боль возникает при ходьбе на расстояние 300-500 м. или подъеме на 1 этаж, быстрая утомляемость
* ощущение перебоев в работе сердца
* головные боли и головокружение
* рези при мочеиспускании

**Анамнез заболевания.**

Считает себя больной с 1990 г. в возрасте 66 лет, когда впервые стала отмечать загрудинную, сжимающую, давящую боль, возникающую после физической нагрузки (подъём на 5 этаж). Больная обратилась в поликлинику, где ей был поставлен диагноз ишемическая болезнь сердца, стенокардия и назначена терапия (в том числе нитроглицерин). На фоне проводимой терапии состояние больной улучшилось. В 1995 году состояние больной ухудшилось, боли вышеописанного характера стали возникать при меньшей нагрузке (ходьба 100-200 м. или подъем на 1 этаж), сопровождались чувством нехватки воздуха. С этого времени пациентка стала ощущать сердцебиение и перебои в работе сердца, появилось головокружение, головные боли, в это же время появились рези при мочеиспускании. Больная была госпитализирована в 1 ГВВ, в терапевтическое отделение. Были проведены исследования (названия и результаты исследований пациент не помнит) и поставлен диагноз – ИБС, Стенокардия II ф.к., ГБ II ст.

На фоне проводимой терапии (нитраты, пирацетам) наблюдалось:

* стабилизация АД до 140/80 мм.рт.ст.
* урежение приступов стенокардии до 1-2 в сутки, увеличение толерантности к физической нагрузке;
* снизилась потребность в нитроглицерине до 1-2 раз в сутки
* прошло головокружение.

Больная чувствовала себя удовлетворительно.

С 2001 г. отмечает снижение памяти, частые головные боли, головокружение и повышение АД до 160/120 мм. рт. ст., так как не следовала схеме гипотензивной терапии (принимала препараты не регулярно). В апреле и в октябре 2001 г больную госпитализируют в ГВВ N1, проводят ряд исследований (названия и результаты исследований пациент не помнит) и ставят диагноз: ИБС, Стенокардия II ф.к., ГБ II ст., дисциркуляторная энцефалопатия, хронический калькулёзный холецистит, хронический цистит. В госпитале была назначена терапия: Тромбо АСС, 1\2 таб. в день, Энап, 1 раз в день по утрам, Кардикет, 40 мг 2 раза в день.

В июле 2002 г. стала отмечать ухудшение состояния, что выражалось в учащении приступов загрудинных болей до 4-5 в сутки, снизилась толерантность к физической нагрузке, возросла потребность в нитроглицерине до 5 в сутки, также появились боли при мочеиспускании. По этому поводу 29 августа 2002 г. пациентка была госпитализирована в военный госпиталь N1 для проведения дополнительных исследований и коррекции терапии. В 1995 г. в роткие, купировались самостоятельно.тенолол перорально ?ования (названия и результаты исследований пациент не помни

**Анамнез жизни.**

Пациентка родился в срок. Была вторым ребенком в семье. Росла и развивалась без отклонений.

*Вредные привычки:* не курит, не злоупотребляет спиртными напитками

*Перенесенные заболевания:* в детстве - корь, ангина, ОРЗ. В 1954 – малярия, 1971 г. – грыжесечение (паховая грыжа), 1973 – струмэктомия, 1978 – удаление матки с придатками, сопутствующие заболевания: хронический калькулёзный холецистит, хронический цистит

*Наследственность:* мать страдала ГБ, умерла от инфаркта миокарда.

*Аллергологический анамнез:* аллергическая реакция на новокаин (крапивница).

## Данные физикального обследования.

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение больной активное. Телосложение правильное, конституция – нормостеническая. Выражение лица – без болезненных проявлений. Температура тела 36,6 °С. Рост – 170 см. Вес – 75 кг.

Кожные покровы чистые, теплые. Цвет кожи бледный. Склеры белого цвета. Видимые слизистые обычной окраски. Волосы, ногти без особенностей.

Подкожный жировой слой развит умеренно, равномерно. При пальпации определяются одиночные подчелюстные лимфатические узлы, размером с горошину, подвижные, мягкие, безболезненные. Другие группы лимфатических узлов не пальпируются.

Костно-мышечная система: состояние мышечной системы удовлетворительное, мышечная сила сохранена. При исследовании костной системы деформаций и болезненности не выявлено. При пальпации суставов болезненности не отмечается, объем активных и пассивных движений сохранен.

*Исследование сердечно-сосудистой системы.*

При осмотре грудная клетка в области сердца не изменена. Верхушечный толчок невидимый, определяется в пятом межреберье по среднеключичной линии, ограниченный, не усиленный. Сердечный толчок не определяется. Пульсации в эпигастральной области нет.

Границы относительной тупости сердца:

правая – правая окологрудинная линия;

левая – среднеключичная линия, пятое межреберье;

верхняя – на уровне третьего ребра.

Правая и левая границы сосудистого пучка располагаются во втором межреберье по соответствующим краям грудины. Ширина его 5 см.

Тоны сердца приглушены, ритмичные. Акцент второго тона над легочной артерии. Шумы не выслушиваются. Аускультация крупных сосудов без особенностей.

Частота сердечных сокращений – 78уд/мин. На правой и левой лучевых артериях определяется пульс – 78 ударов в минуту. АД – 130/80 мм.рт.ст. на обеих руках, больной к этому АД адаптирован. Отмечается уплотнение по ходу сосудов конечностей (a. Dorsalis pedis).

При осмотре, пальпации и аускультации вен изменений не отмечается.

*Исследование дыхательной системы.*

Дыхание через нос свободное. Грудная клетка конической формы, без деформаций. Половины грудной клетки симметричны, при дыхании перемещаются равномерно. Тип дыхания преимущественно брюшной. Частота дыхания 18/мин. Ритм дыхания правильный. Голосовое дрожание проводится одинаково справа и слева.

При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки звук ясный, легочный.

Нижние границы легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографические линии | Справа | Слева |
| Окологрудинная | 5 межреберье | - |
| Среднеключичная | 6 ребро | - |
| Передняя подмышечная | 7 ребро | 7 ребро |
| Средняя подмышечная | 8 ребро | 8 ребро |
| Задняя подмышечная | 9 ребро | 9 ребро |
| Лопаточная | 10 ребро | 10 ребро |
| Околопозвоночная | Остистый отросток 11-ого грудного позвонка | Остистый отросток 11-ого грудного позвонка |

Подвижность нижних краев легких по лопаточной линии:

Справа +/-3 см слева +/-3 см.

При аускультации дыхание везикулярное, дополнительных дыхательных шумов не выявлено.

*Исследование системы пищеварения.*

Аппетит нормальный. Язык нормальной величины и формы, розовой окраски, влажный, чистый. Зубы санированы. Миндалины не увеличены. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, при перкуссии звук тимпанический. При глубокой скользящей пальпации удается выявить сигмовидную и слепую кишку. Перистальтика кишечника нормальная.

При перкуссии по Курлову размеры печени 9-8-7 см.

Печень пальпируется на 1 см ниже края реберной дуги, край печени ровный, мягкий, безболезненный.

При перкуссии длинник селезенки – 8 см, селезенка не пальпируется.

*Система органов мочевыделения.*

При осмотре области почек патологических изменений нет. Поколачивание по поясничной области безболезненно. Почки не пальпируются. При пальпации болезненности по ходу мочеточников нет. Отмечаются рези при мочеиспускании.

*Эндокринная система.*

При пальпации щитовидная железа не определяется, не увеличена, болезненности нет.

**Обоснование предварительного диагноза.**

Предварительный диагноз: ИБС, стенокардия II ф.к., ГБ II ст., дисциркуляторная энцефалопатия.

На основании стенокардитических приступов, протекающих у больного в виде давящих загрудинных болей, с иррадиацию в левую руку, возникающих после физической нагрузки (при подъёме на 1 этаж), проходящих после приёма нитроглицерина в течение 1,5 – 2 минут можно поставить диагноз ишемическая болезнь сердца, стенокардия II функционального класса.

Диагноз гипертоническая болезнь II ст. ставится на основании:

* + жалоб на повышенные цифры АД, сопровождающиеся головной болью, головокружением
  + длительный анамнез с 1990 по 2002
  + эффект гипотензивной терапии
  + исключение симптоматической АГ

**План обследования.**

1. Общий анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Кровь на RW, HbsAg, HCV, ВИЧ
4. Коагулограмма
5. Биохимический анализ крови
6. ЭКГ
7. ЭХО-КГ
8. УЗИ органов брюшной полости
9. Холтеровское исследование

**Результаты лабораторных, инструментальных и других специальных исследований.**

*Общий анализ крови.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Величина | Ед. измер. | Норма |
| Гемоглобин | 115 | г/л | 130-160 (м) |
| Эритроциты | 4,07\*1012 | ед/л | 4,0-5,0\*1012 (м) |
| Гематокрит | 38 | % | 36-48 |
| Тромбоциты | 289\*106 | ед/л | 180-320\*106 |
| Лейкоциты | 6,1\*109 | ед/л | 4-9\*109 |
| Нейтрофилы |  |  |  |
| Палочкоядерные | 9 | % | 1-6 |
| Сегментоядерные | 59 | % | 47-72 |
| Эозинофилы | 1 | % | 0,5-5,0 |
| Лимфоциты | 29 | % | 19-37 |
| Моноциты | 2 | % | 3-11 |
| СОЭ | 4 | мм/ч | 0-15 |

*Биохимический анализ крови.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Величина | Ед. измер. | Норма |
| Общий белок | 7,6 | г% | 6,0-8,0 |
| Альбумин | 4,5 | г% | 3,5-5,0 |
| Креатинин | 1,1 | мг% | 0,7-1,4 |
| Глюкоза | 80 | мг% | 80-120 |
| Азот мочевины | 15 | мг% | 10-20 |
| Мочевая кислота | 3,8 | мг% | 2,5-7 |
| Общий билирубин | 0,4 | мг% | 0,1-1,0 |
| Прямой билирубин | 0 | мг% | 0,0-0,3 |
| K | 4,5 | ммоль/л | 3,5-5,3 |
| Na | 146 | ммоль/л | 135-145 |

Результаты анализов крови на RW, HbsAg, HCV, ВИЧ – отрицательные.

*Анализ мочи.*

Количество – 200 мл. Моча соломенно-желтого цвета, непрозрачная, относительная плотность – 1006, реакция кислая. Белка, сахара, кетоновых тел нет. Соли – оксалаты в небольшом количестве. Лейкоциты – 0-1 в поле зрения. Эритроцитов не найдено. Эпителий плоский и переходный – в небольшом количестве; почечный – отсутствует; цилиндров (гиалиновых, зернистых, восковидных) не обнаружено.

*ЭКГ*.

Ритм – синусового узла, правильный, ЧСС – 70 уд/мин, нормальное положение электрической оси сердца. PQ – 0,16, QRS – 0,09. Гипертрофия правого желудочка. Предсердная экстрасистолия, блокада передней левой ножки. Депрессия сегмента ST на 1 мм в V4,V5,V6. Очаговых изменений нет.

**Заключительный клинический диагноз.**

Основное заболевание: ИБС, стенокардия II ф.к., диффузный атеросклеротический кардиосклероз (наджелудочковая экстрасистолия, блокада передней левой ножки пучка Гисса);

Фоновое заболевание: гипертоническая болезнь II ст.

Осложнения: дисциркуляторная энцефалопатия II ст.

Сопутствующие заболевания: хронический цистит

**Обоснование клинического диагноза.**

Данный диагноз поставлен на основании:

На основании стенокардитических приступов, протекающих у больного в виде загрудинных болей, возникающих после физической нагрузки (при подъёме на 1 этаж), проходящих после приёма нитроглицерина в течение 1,5 – 2 минут можно поставить диагноз ишемическая болезнь сердца, стенокардия II функционального класса. (II ф.к. - на основании болей, которые появляются при физической нагрузке при ходьбе на расстояние 300-500 м).

Диагноз гипертоническая болезнь II ст. ставится на основании:

* + высоких цифр АД – 160/120, которые сопровождались головными болями, головокружением в течение 8 лет
  + длительный анамнез с 1990 по 2002
  + семейного анамнеза – у матери была гипертоническая болезнь
  + физикального обследования – акцент второго тона над аортой
  + эффект гипотензивной терапии
  + исключения симптоматического генеза АГ

Электрокардиографические данные о наджелудочковой экстрасистолии и блокаде передней левой ножке пучка Гиса позволяют предположить наличие атеросклеротического кардиосклероза.

Дополнительное проведение холтеровского мониторирования позволило бы уточнить наличие нарушений проводимости, ритма в разное время суток, а также установить, имеются ли эпизоды ишемии миокарда.

Диагноз хронический цистит поставлен на основании:

1. жалоб: рези при мочеиспускании;
2. анамнеза: впервые появились жалобы на рези при мочеиспускании в 1995 г., в этом же году был поставлен диагноз цистит;

Консультация уролога позволила бы уточнить данный диагноз.

###### Лечение больного.

Цель лечения стенокардии – улучшение прогноза (профилактика ИМ и внезапной сердечной смерти) и уменьшение выраженности (устранение) симптомов заболевания. Для достижения этих целей применяют немедикаментозные, медикаментозные методы. Немедикаментозное лечение подразумевает воздействие на факторы риска ИБС: диетические мероприятия с целью снижения дислипидемии. Кроме того, необходима нормализация уровня АД. Для этого пациенту необходима диета N5 (ограничение жареной и жирной пищи)

1. Кардикет – изосорбида динитрат – препарат из группы нитратов с преимущественным влиянием на венозные сосуды. Антиангинальный препарат – снижение пред- и постнагрузки и непосредственного коронарорасширяющего действия - 40 мг 2 раза в сутки
2. Атенолол – бета-адреноблокатор – для профилактики приступов стенокардии, предсердной экстрасистолии и снижения артериального давления, 75 мг 1 раз в сутки.
3. Энап – эналаприл – ингибитор АПФ, подавляет образование ангиотензина II и устраняет его сосудосуживающее действие, снижает АД – 10 мг/сутки 2 раза в день
4. Ацетилсалициловая кислота – антиагрегант, снижает риск развития инфаркта миокарда и внезапной сердечной смерти – 75 мг/сутки 1 раза в день
5. Ноотропил – пирацетам – оказывает влияние на обменные процессы и кровообращение в мозге. Для улучшения памяти – 3500 мг/сутки
6. Фурадонин – уросептическое средство – для лечения обострения хронического цистита. 0,05 2 т. 4 р/день.

**Дневник.**

На фоне проводимой терапии состояние больного улучшилось. Приступы стенокардии отсутствуют. Головные боли и головокружение не беспокоят. Состояние удовлетворительное. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧД 17 в минуту. Тоны сердца приглушены. Пульс 74 уд/мин, ритм правильный, АД 140/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под реберной дуги.

**Прогноз основного заболевания.**

В случае, если пациент будет придерживаться назначенной схемы лечения, прогноз благоприятный.

**Список литературы:**

1. В.И.Маколкин, С.И. Овчаренко «Внутренние болезни», Медицина, 1999г.
2. «ПРАКТИКА» – Терапия.
3. Харрисон Т.Р. «Внутренние болезни» изд. 14
4. Мурашко В.В. «Электрокардиография», Медицина 2001
5. А.Г.Чучалин – Терапия.
6. Г.И.Козинец, Л.М.Гинодман – Анализ крови и мочи – как его интерпретировать?
7. Ю.Ф.Крылов – Энциклопедия лекарств, 6-ое издание