***Паспортные сведения о больном.***

###### **Ф.И.О**

**Возраст** 44 года

**Национальность** русский

**Образование**

**Профессия**

**Место работы**

**Адрес**

**Дата поступления в стационар**

**Диагноз направившего учреждения:** ИБС, стенокардия напряжения, ФК II. Острая ишемия верхушки.

***I Этап диагностического поиска***

1. *Жалобы:* на сжимающие жгучие приступообразные боли высокой интенсивности. Боли локализуются за грудиной, иррадиируют в обе руки, возникают при незначительной нагрузке, при нервно-эмоциональном напряжении; купируются нитроглицерином. Продолжительность около 10 мин. Слабость.

2. *Анамнез заболевания.*

Больным себя считает с 1997 года. Начало заболевания ни с чем не связывает. Весной 1997 года обратился в поликлинику с жалобами на сжимающие боли за грудиной. Был поставлен диагноз: ИБС, стенокардия напряжения. Лечился амбулаторно. Купировал боли нитроглицерином.

Ухудшение состояния с 26.11.99 после интенсивной физической нагрузки. Возникли частые интенсивные боли за грудиной, беспокоящие при малой физической нагрузке, в покое, иррадиирующие в обе руки. Купировал болевые приступы нитроглицерином.

29.11.99 обратился к участковому терапевту. После проведения ЭКГ направлен в стационар по экстренным показаниям с диагнозом: ИБС, стенокардия напряжения, ФК II. Острая ишемия верхушки.

3. *История жизни:*

Родился в д. xxxxxxx. Второй ребёнок в семье (всего – 3 детей). Рос и развивался соответственно полу и возрасту. Образование: средне-специальное. Окончил автотранспортное училище.

Трудовой анамнез: работать начал с 22 лет, после окончания училища, автослесарем. В настоящее время работает в УПАТО, автослесарем. Работа связана с тяжёлыми физическими нагрузками.

Служил в армии с 1973 по 1975 гг.

Женат с 22 лет, имеет сына (19 лет).

Жилищно-бытовые условия хорошие.

Вредные привычки: принимает алкоголь, курит с 20 лет по 2 пачки в день.

Перенесённые заболевания: ОРЗ, грипп. ГЛПС в 1975 г. ИБС, стенокардия напряжения с 1997 г. Операция по поводу перелома предплечья в 1983 г.

На лекарственные препараты аллергии нет.

Наследственность не отягощена.

***II Этап диагностического поиска***

4. *Данные физического исследования.*

***Status praesens.***

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, легко вступает в разговор, выражение лица спокойное, походка обычная, осанка сутуловатая, телосложение нормостеническое. Питание удовлетворительное.

Кожа смуглой окраски, тургор и эластичность снижены. Видимые слизистые оболочки обычной физиологической окраски. Подкожная жировая клетчатка умеренно выражена.

Мышечная система развита удовлетворительно, мышцы безболезненны, тонус и сила их достаточные.

Целостность костей не нарушена, поверхность их гладкая, болезненность при пальпации и поколачивании отсутствуют.

Суставы внешне не изменены. Конфигурация позвоночника правильная. Движения в суставах и позвоночнике в полном объёме.

*Простейшие измерения тела.*

1. Рост: 175 см.
2. Масса тела: 70 кг.
3. Температура тела: 37,10С.

***Дыхательная система.***

*Осмотр и пальпация грудной клетки.*

При осмотре грудная клетка правильной формы, симметричная. Ход рёбер обычный, межрёберные промежутки не расширены. Частота дыхания 18 в мин., дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Тип дыхания брюшной.

Грудная клетка при сдавлении упругая, податливая. При пальпации целостность рёбер не нарушена, поверхность их гладкая. Болезненность при пальпации грудной клетки не выявляется. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаковое на симметричных участках грудной клетки.

*Перкуссия лёгких.*

1. При сравнительной перкуссии над всей поверхностью лёгких определяется ясный лёгочный звук.
2. При топографической перкуссии:

Нижняя граница легкого

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ориентиры | Справа (ребра) | Слева (ребра) |
| Парастернальная линия  Срединно-ключичная  Передняя подмышечная  Средняя подмышечная  Задняя подмышечная  Лопаточная  Околопозвоночная | Хрящ V ребра  V  VII  VIII  IX  X  XI | VII  VIII  IX  X  XI |

Подвижность легочного края:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Линии перкуссии | Вверх | Вниз | Общая |
| Срединноключичная  Средняя подмышечная  Лопаточная | 2,5  3  2 | 2,5  3  2 | 5  6  4 |

Высота стояния верхушек лёгких:

*Спереди*: на 3,5 см. выше ключицы.

*Сзади*: на уровне остистого отростка VII шейного позвонка.

При аускультации в легких везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы не выслушиваются.

***Сердечно-сосудистая система.***

Набухание шейных вен, расширение подкожных вен туловища и конечностей, а также видимая пульсация сонных и периферических артерий отсутствуют.

Сердечный горб и сердечный толчок визуально не определяются. АД 120 /80

*При пальпации:* верхушечный толчок определяется слева на 2 см. кнутри от срединно-ключичной линии в области 5 межреберья. Верхушечный толчок невысокий, умеренной силы, шириной 2 см. Феномен «кошачьего мурлыканья» отрицательный.

При пальпации лучевых артерий пульс одинаковый на обеих руках, ритмичный, нормального напряжения, удовлетворительного наполнения, по величине большой, по форме – нормальный, ЧСС 75 уд/мин,

*При аускультации*: тоны сердца приглушены, ритмичны. Патологические шумы не прослушиваются.

*При перкуссии:*

Ширина сосудистого пучка – 4,5 см.

Границы относительной тупости сердца:

Правая - на уровне 4 межреберья проходит по правому

краю грудины

Левая - на уровне 5 межреберья на 1,5 см. кнутри от

левой срединно-ключичной линии

Верхняя - по левой окологрудинной линии на 3 ребре

Границы абсолютной тупости сердца:

Правая - на уровне 4 межреберья проходит по левому

краю грудины

Левая - на уровне 5 межреберья на 2,0 см. кнутри от

левой срединно-ключичной линии

Верхняя - по левой окологрудинной линии на 4 ребре

Конфигурация сердца не изменена (нормальная).

***Желудочно-кишечный тракт.***

Губы физиологичной окраски, слегка влажные, высыпания и трещины не обнаружены, Слизистая полости рта равномерной розовой окраски, язык обычной величины и формы, влажный, розовый, с незначительным белесоватым налетом и выраженными сосочками, мягкое и твердое небо розовые, без пятен и налета, миндалины не увеличены. Неприятный запах изо рта не отмечается, глотание не нарушено. Живот округлый, обе половины симметричны, активно участвуют в акте дыхания, пупок умеренно втянут, кожа живота бледно-розовая, сосудистые звездочки и грыжевые выпячивания не наблюдаются. *При пальпации:* уплотнений и опухолевидных образований не обнаружено, резистентность мышц пресса выражена умеренно. Зона проекции поджелудочной железы безболезненна. Край печени ровный, гладкий, обнаруживается некоторая ее болезненность. Зона Шоффара безболезненна. Симптомы Курвуазье - Терье, «головы медузы», «плавающей льдинки», Лидского, Лепене, Кера, Мерфи, Ортнера – Грекова, Мюсси – Георгиевского отрицательные.

Размеры печени по Курлову:

1 размер (по правой срединно-ключичной линии) – 9 см.

2 размер (по передней срединной линии) – 8 см.

3 размер (по краю левой рёберной дуги) – 7 см.

***Мочеполовая система.***

Поясничная область при осмотре не изменена. Почки в положениях лёжа на спине и стоя не пальпируются. Проникающая пальпация в проекции почек и мочеточников безболезненны с обеих сторон. Симптом Пастернацкого отрицательный.

При пальпации мочевой пузырь не выступает за верхний край лобка.

***Эндокринная система.***

Вторичные половые признаки, физические и умственные способности соответствуют полу и возрасту, формы отдельных частей скелета, туловища, конечностей, черепа и черты лица пропорциональные. Кожа бледно-розовой окраски, нормальной температуры. Щитовидная железа не увеличена.

***Нервная система.***

Характер спокойный, устойчивый, дружелюбно относится к медицинскому персоналу. Ориентирован во времени, месте, ситуации. Судороги и непроизвольные движения не наблюдаются, трофических нарушений и болезненность по ходу нервных стволов нет, обоняние и вкус не нарушены, обнаруживается некоторое ослабление слуха.

Движение глазных яблок в полном объеме, зрение нормальное, со стороны черепно-мозговых нервов патология не обнаружена, мимическая мускулатура симметрична, оскала зубов нет, язык располагается посередине.

***III Этап диагностического поиска***

5. *Предварительный диагноз.*

ИБС, прогрессирующая стенокардия

6. *План обследования.*

1. ОАК
2. ОАМ
3. Электрокардиография
4. Биохимический анализ крови
5. Анализ крови на миоглобин
6. Анализ крови на протромбин
7. Коагулограмма
8. Фонокардиография

7. *Результаты дополнительных исследований.*

1) Общий анализ крови.

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели крови | Данные от  (29.11.99) |
| Эритроциты  Гемоглобин  СОЭ  Цветовой показатель  Лейкоциты  Эозинофилы  Нейтрофилы палочкоядерные  Нейтрофилы сегментоядерные  Лимфоциты  Моноциты | 4.5\*1012  143 г/л  11 мм./час  1,0  8.3\*109  2  1  64  30  3 |

2) Общий анализ мочи.

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели | Данные от 29.11.99 |
| Удельный вес  Цвет  Прозрачность  Кислотность  Белок  Лейкоциты  Плоские эпителиальные клетки | 1015  с/ж  прозрачная  кислая  нет  1-2 в п. з.  Ед в п. з. |

3) Электрокардиография от 29.11.99 (12:00)

Заключение: Синусовая брадикардия 57-62 уд/мин. Нарушение процессов реполяризации в передне-перегородочно-верхушечной области левого желудочка по типу ишемии. ЭОС вертикальная.

Электрокардиография от 30.11.99

PQ = 0,18 с

QRS = 0,08 с

QRST = 0,43 с

PP = 1,1 – 1,21 с

ЧСС = 50 – 55 /мин

ЭОС – вертикальная

S-T интервал: косо восходящий подъём в V1 – V4

Зубец Т: (-) в aVL, V4 ;(+-) в V1 – V3

Заключение: Синусовая брадикардия 50-55 уд/мин. По сравнению с ЭКГ от 29.11.99 идёт динамика в процессах реполяризации в передне-перегородочно-верхушечной области левого желудочка: (уменьш. (-) фаза зубца Т в V1 – V3 , уменьшился (-) зубец в VL , уменьшился (-) зубец Т в I станд. отв.

Динамика острого мелкоочагового инфаркта миокарда, острый период.

Электрокардиография от 14.12.99

PQ = 0,2 с

QRS = 0,08 с

QRST = 0,38 с

PP = 0,92 – 1,15 с

ЧСС = 52 – 65 /мин

ЭОС – вертикальная

S-T интервал: косо восходящий подъём в V2 – V6

Зубец Т: заострён (+) в I, II, III, aVF, V2 – V6

Заключение: Синусовая брадикардия 52-65 уд/мин. По сравнению с ЭКГ от 30.11.99 дистрофических изменений миокарда нет. Отсутствует ишемия передне-верхушечно-перегородочной области левого желудочка. Появилась гипоксия передней стенки левого желудочка на фоне ранней реполяризации желудочков

Динамика острого мелкоочагового инфаркта миокарда, подострый период.

4) Биохимический анализ крови

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели крови | Данные от 29.11.99 |
| Общий белок  Билирубин  Липиды  Креатинин  Сахар | 65,2 г/л  7,5 ммоль/л  40 ед.  119 мкмоль/л  4,7 ммоль/л |

5) Анализ крови на миоглобин от 29.11.99

Миоглобин 64 нг/мл

6) Анализ крови на протромбин от 29.11.99

Кол-во протромбина в крови 90%

7) Свёртываемость крови от 29.11.99: 5 мин. 20 сек.

8. *Клинический диагноз и его обоснование.*

*Основное заболевание:* ИБС. Острый мелкоочаговый инфаркт миокарда передне-перегородочно-верхушечной области левого желудочка, острый период. 30/11/99.

Диагноз поставлен на основании:

1. *жалоб:* на сжимающие жгучие приступообразные боли высокой интенсивности. Боли локализуются за грудиной, иррадиируют в обе руки, возникают при незначительной нагрузке, при нервно-эмоциональном напряжении; купируются нитроглицерином. Продолжительность около 10 мин.
2. *анамнеза:* Весной 1997 года обратился в поликлинику с жалобами на сжимающие боли за грудиной. Был поставлен диагноз: ИБС, стенокардия напряжения. Лечился амбулаторно. Купировал боли нитроглицерином.
3. *физикального исследования:* температура тела: 37,10С. При аускультации тоны сердца приглушены.
4. *данных лабораторно-инструментальных исследований:* ОАК от 29.11.99: лейкоцитоз ( 8,3 \* 109 );

ЭКГ от 30.11.99: Динамика острого мелкоочагового инфаркта миокарда, подострый период.

9. *Этиология и патогенез заболевания.*

У 97 –98 % больных в возникновении инфаркта миокарда основное значение имеет атеросклероз венечных артерий. При этом возникает острое нарушение коронарного кровообращения с развитием ишемии и некроза определённого участка миокарда.

Некроз миокарда выявляется резорбтивно-некротическим синдромом (данные лаб. исследования, повышение температуры тела), подтверждается данными ЭКГ. Он вызывает длительный болевой синдром.

Исходом некроза миокарда является образование соединительнотканного рубца.

10. *Дифференциальный диагноз.*

Дифференциально-диагностические критерии различных форм ИБС.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Форма  ИБС | Характер боли | Действие нитроглицерина | Продолжительность болей | Снижение АД | Температура | Анализ крови | | Гиперферментемия |
| лейкоцитоз | СОЭ |
| Стенокардия  Мелкоочаговый ИМ  Крупноочаговый ИМ | При физической нагрузке и в покое  Частые приступы или затяжной приступ  Затяжной приступ | +  –  – | До  5 – 10  мин  Свыше  30 мин  1 ч и  более | –  +–  + | Нет  37 – 37,2  1-2  дня  37,2 – 38  3-7  дней | Нет  До  8\*109  1-2 дня  Повышен от 3 до 5 дней | –  До 20  Свыше 20 | –  +  + + |

11. *План лечения.*

*Режим:* постельный

*Диета:* № 10

1.Купирование болевого синдрома:

Rp.: Sol. Promedoli 1% - 1 ml

D.t.d. № 1 in amp.

S. Внутривенно 1 мл. однократно.

Rp.: Sol. Analgini 50% - 2 ml

D.t.d № 1 in amp.

S. Внутримышечно вместе с р-ром димедрола (1%-1мл.) через 4

ч. после введения промедола.

Rp.: Sol. Dimedroli 1% - 1 ml

D.t.d № 1 in amp.

S. Внутримышечно вместе с р-ром анальгина (50%-2мл.) через 4

ч. после введения промедола.

2. Оксиоенотерапия:

Ингаляция кислорода спомощью носового катетера со скоростью 4 л/мин. в течение первых 24 - 48 ч. после начала болевого приступа до тех пор, пока держится сильная боль.

3. Восстановление магистрального коронарного кровотока и предупреждение дальнейшего тромбообразования:

Rp.: Tab. Aspirini 0,5 № 10

D.S. По ¼ таб. в день в теч. 10 дней.

Rp.: Heparini 5000 ЕД

D.t.d. № 10

S. Внутривенно начиная с первого дна по 10000 ЕД 4 раза в

день, постепенно уменьшая дозу в течение 7-10 дней.

Rp.: Tab. Ticlidi № 30

D.S. По 1 таб. 2 раза в день во время еды.

4. Предупреждение аритмий :

Rp.: Sol. Glucosae 5% - 200 ml

Rp.: Sol. Natrii chloridi 40% - 100 ml Внутривенно, капельно.

Rp.: Sol. Magnii sulfatis 25% -5 ml

5. Антагонисты кальция:

Rp.: Tab Diltiazemi Hydrochloridi 0,06  № 10

D.S. По 2 таб. 3 раза в день в теч. 4 недель.

6. Нитраты:

Rp.: Tab. Nitrogranulongi № 10

D.S. По 1 таб. 3 раза в день в течение всего курса лечения.

12. *Дневник.*

16.12.99. Состояние удовлетворительное. АД 120/80. ЧСС 76 в мин. При аускультации тоны сердца приглушены. Жалоб на сердечные боли нет. Может ходить по коридору. Быстро устаёт. Температура тела 36,80С.

20.12.99. Состояние удовлетворительное. АД 120/80. ЧСС 74 в мин. Жалоб на сердечные боли нет. Может совершать длительные прогулки по коридору, подниматься по лестнице на 1 пролёт. Температура тела 36,70С.

23.12.99. Состояние удовлетворительное. АД 120/80. ЧСС 78 в мин. Жалоб нет. Может совершать длительные прогулки по коридору, подниматься по лестнице на 3-4 пролёта. Температура тела 36,60С.

13. *Прогноз.*

* Для жизни – благоприятный.
* Для здоровья – сомнительный.
* Для трудовой деятельности – временная нетрудоспособность, ограничение физической нагрузки.

14. *Эпикриз.*

1955 года рождения, обратился в поликлинику больницы №5 29.11.99. После проведения ЭКГ направлен в стационар больницы №5 по экстренным показаниям с диагнозом: ИБС, стенокардия напряжения, ФК II. Острая ишемия верхушки. После проведения физикальных, лабораторно-инструментальных исследований поставлен клинический диагноз: ИБС. Острый мелкоочаговый инфаркт

миокарда передне-перегородочно-верхушечной области левого желудочка, острый период.

После проведённого лечения отмечается улучшение состояния: отсутствуют боли в области сердца. На ОАК и ЭКГ: положительная динамика. 25.12.99. Больной Н. выписан из больницы №5 с улучшением состояния. Показано: наблюдение в поликлинике, санаторное лечение. Назначено: приём нитрогранулонга по 1 таб 3 раза в день. Временное ограничение физической нагрузки, решить вопрос о переводе на физически более лёгкую работу.

15. *Список использованной литературы*.

1. А.Н. Окороков «Лечение болезней внутренних органов». Витебск, 1998 г.
2. Ф.И. Комаров «Внутренние болезни». Москва, «Медицина» 1991 г.
3. В.И. Маколкин «Внутренние болезни». Москва, «Медицина» 1987 г.
4. В.К. Султанов «Исследование объективного статуса больного» СПб, 1997 г.
5. Схема оформления истории болезни. Уфа – 1997 г.
6. В.К. Милькаманович, «Методическое обследование, симптомы и симптомокомплексы в клинике внутренних болезней», Минск, ˝ Полифакт-Альфа ˝, 1994 г.
7. Покровский В.И. «Краткая медицинская энциклопедия», Москва, 1994 г.