**Паспортная часть.**

# Ф.И.О.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

##### Возраст: 79 лет

семейное положение: женат

пол: мужской

национальность: русский

образование: средне-специальное

место постоянного жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

место работы: пенсионер (инвалид ВОВ 2 группы)

профессия: электросварщик

Ф.И.О.: адрес, телефон ближайших родствнников: дочь \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ проживает там же

Дата поступления: 11 октября 2000 года

 **Жалобы.**

Жалобы на приступы загрудинных болей давящего характера, возникающих после малейших физических нагрузок, сопровождающихся одышкой, чувством страха смерти, приступы удушья в горизонтальном положении, отеки на ногах, ноющие боли в правом подреберье, слабость.

 **Анамнез заболевания.**

С 1983г. стали мучить боли давящего характера за грудиной, связанные с волнением, небольшими физическими нагрузками. В течении полугода боли оставались умеренными, лечение не проводилось. Спустя 2 года от начала заболевания развился сильный приступ загрудинных болей. Был диагностирован острый инфаркт миокарда (1985 год) . После проведенного лечения (больной не помнит какое) - наступило улучшение – боли не беспокоили. В течение многих лет страдает мерцательной аритмией. Постоянно принимает дигоксин, эналаприл, нитросорбид, фуросемид. Настоящее ухудшение в течение 2 месяцев: стала нарастать одышка, появились приступы удушья по ночам. Обратился в поликлинику – амбулаторное лечение без эффекта. Направлен на госпитализацию ССП. Госпитализирован 11 октября 2000 года в кардиологическое отделение 2 ГКБ для коррекции терапии. За время нахождения в отделении отмечает улучшение, терапию переносит хорошо.

 **Анамнез жизни.**

Контакта с туберкулезными больными не имел. На учете в туберкулезном диспансере не состоял.

Инфекционный гепатит, венерические и психические заболевания отрицает.

 *Вредные привычки*.

Курит с молодых лет. Алкоголем не злоупотребляет.

 *Перенесенные заболевания.*

ЯБЖ, полипоз желудка*,* ЖКБ, правосторонняя паховая грыжа (оперирован в 1957 году), грыжа белой линии живота (оперирован в 1974 году), варикозная болезнь нижних конечностей (оперирован в 1979 году), имеет несколько военных ранений, в 1985г. перенес инфаркт миокарда.

Наследственность не отягощена.

 *Аллергологический анамнез* не отягощен*.*

 **Данные объективного исследования.**

Общее состояние: средней степени тяжести, положение ортопноэ, сознание ясное, в месте и времени ориентируется, при вступлении в контакт адекватен, выражение лица доброжелательное, телосложение правильное, питание пониженное. Конституция: нормостеническая. Кожные покровы чистые, бледные, сухие, на коже левой голени трофические язвы. Пигментаций не обнаружено, тургор снижен. Ногти не деформированы. Слизистые оболочки губ, носогубного треугольника цианотичные влажные, высыпаний нет. Выраженность подкожной клетчатки снижена, толщина складки на животе на уровне пупка 1 см. Лимфатические узлы – поднижнечелюстные, шейные, подключичные, надключичные, подмышечные и узлы Зоргиуса не пальпируются. Мышцы развиты симметрично соответственно полу и возрасту, тонус и сила не изменены, при пальпации болезненности нет. Костная система: при пальпации костного скелета деформации не отмечается, при перкуссии длинных трубчатых костей болезненности нет, отмечается болезненность при пальпации паравертебральных точек в области грудного отдела позвоночника. Нижние конечности отечны, вены на них варикозно расширены, извиты.

Система дыхания: форма грудной клетки обычной формы, деформаций нет. Правая половина грудной клетки при дыхании симметрична левой, тип дыхания смешанный. Надключичные ямки симметричны, западаний и выпячиваний не наблюдается. Межреберные промежутки нерасширенны, одинаковые по всей грудной клетке. Дыхание ритмичное, частота дыхательных движений 24 в 1 минуту. Пальпация грудной клетки безболезненная. Эластичность грудной клетки слегка снижена в переднезаднем, а в боковых направлениях эластичность грудной клетки не снижена. Голосовое дрожание проводится во всех отделах симметрично. Сравнительная перкуссия: отмечается ясный легочной звук над всеми полями. Топографическая перкуссия: граница верхнего края правого лёгкого спереди - 3,5 сантиметра над ключицей, левого 3,5 сантиметра над ключицей, сзади - на уровне VII шейного позвонка. Поля Кернига 6 см. с обеих сторон.

Граница нижнего края легкого:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографическая линия | Правое легкое | Левое легкое |
| L. mediaclavicularis | 5 м/р | - |
| L. axilaris media | 9 м/р | 10 м/р |
| L. scapularis | 11 ребро |
| L. paravertebralis | Остистый отросток 11 грудного позвонка |

###### Подвижность нижнего края легкого

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографическая Линия | Правое легкое | Левое легкое |
| Вдох | Выдох | Суммарное | Вдох | Выдох | Суммарное |
| L. mediaclavicularis | 2см | 1см | 3см | - | - | - |
| L. axilaris media | 2см | 2 см | 4 см | 2 см | 2 см | 4 см |
| L. scapularis | 2 см | 2 см | 4 см | 2 см | 2 см | 4 см |

Аускультативно - дыхание жесткое, несколько ослаблено в нижних отделах, сухие незвучные хрипы.

Сердечно-сосудистая система: Деформации грудной клетки в проекции сердца нет. Локализация верхушечного толчка на 1,5 см. кнаружи от L. Mediaclavicularis в 5 м/р, локализован, умеренной силы и высоты. Патологических пульсаций в области шеи, яремной ямки, сердца, подключичных областях не наблюдается.

 Перкуссия:

 Границы относительной сердечной тупости:

 правая граница - 4м/р на 1см к наружи от правого края грудины

верхняя - по верхнему краю 3 ребра в проекции левой окологрудинной линии

левая - в 5 м/р на 1,5 см кнаружи от срединно-ключичной линии.

##### Правый контур сердца

4 м/р на 1 см от правого края грудины, на 5 см от передней срединной линии тела

3 м/р на 1 см от правого края грудины

Левый контур сердца

5 м/р на 1.5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, на 9,5 см влево от передней срединной линии тела

4 м/р на 1 см влево от левой срединно-ключичной линии

3 м/р на 1 см влево от левой окологрудинной линии

Поперечник сердца 12 см.

Границы абсолютной сердечной тупости:

Правая: по левому краю грудины на уровне 4 м/р

Верхняя: на уровне хряща 3 ребра слева

## Левая: на 1,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии

Ширина сосудистого пучка во 2-м межреберье 5 см.

Аускультативно - сердечные тоны приглушены, расщепления и раздвоения тонов не наблюдается, усиление 2 тона над легочной артерией, ритм неправильный, ЧСС 72 в 1 минуту, выслушивается систолический шум во всех точках с эпицентром на верхушке.

Исследование сосудов: Артерии - стенки эластичные, пульс умеренного наполнения и напряжения, правильной формы, аритмичный, синхронный на симметричных артериях. Артериальное давление на обеих руках одинаковое 110/70 мм.рт.ст. Вены нижних конечностей при пальпации безболезненные, расширены и извиты.

Система пищеварения: Запаха изо рта не наблюдается. Слизистые влажные, розовые, трещин и язв нет. Десна обычной окраски, кровоточивости, разрыхлености нет. Зев чистый, физиологической окраски, миндалины без особенностей. Язык влажный, обложен у корня, отпечатков зубов нет, вкусовая чувствительность сохранена. Искусственных зубов и протезов нет. Живот правильной формы, активно участвует в акте дыхания. Расхождение прямых мышц живота, "головы медузы", грыжевых выпячиваний, гиперпигментаций не наблюдается, Пальпаторно: при поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, тестообразной консистенции. При глубокой пальпации – сигмовидная кишка: поверхность ровная безболезненная, урчания не наблюдается, перистальтика вялая. Слепая кишка умеренно напряжена, безболезненна, поверхность ровная, подвижная; поперечно-ободочная кишка умеренно уплотнена, безболезненна. Восходящая и нисходящая части толстого кишечника умеренно уплотнены, безболезненны, подвижны, мало перистальтирующие, поверхности ровные. Желудок при пальпации безболезненный, тестообразной консистенции, большая кривизна пальпируется плохо; поджелудочная железа не пальпируется. Печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, край плотный, ровный, безболезненный, ординаты Курлова 9х8х7. отмечается положительные симптомы Ортнера-Грекова, Кера, Мюсси-Георгиевского. Селезенка не пальпируется, перкуторно ординаты по Курлову 06/4.

Система мочевыделения: Кожа в проекции органов мочеполовой системы при осмотре не изменена. Правая и левая почки при пальпации безболезненны. Симптомы поколачивания отрицательны с обеих сторон. Мочевой пузырь пальпируется непосредственно над лобковым сочленением, эластичный, безболезненный, уплотнений при пальпации не обнаружено. Пальпация мочеточниковых точек с обеих сторон безболезненна.

Эндокринная система: Область щитовидной железы не увеличена, щитовидная железа не пальпируется, болезненности нет. Вторичные половые признаки развиты соответственно полу и возрасту.

 **Предварительный диагноз.**

# Учитывая *жалобы больного:* на приступы загрудинных болей давящего характера, возникающих после стрессовых ситуаций и незначительных физических нагрузок, сопровождающихся удушьем, чувством страха смерти, слабость;

# *данные анамнеза заболевания:* давность заболевания – с 1983г., перенесенный инфаркт миокарда в 1985 году;

*данные объективного исследования:* цианоз носогубного треугольника, расширение границ сердечной тупости влево, аритмичный пульс с ЧСС 72 в 1 минуту, одышка ЧДД 24 в минуту, сухие незвучные хрипы в легких, отеки голеней, увеличение печени;

можно поставить **предварительный диагноз**: *ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения III функционального класса, постинфарктный кардиосклероз, мерцательная аритмия, недостаточность кровообращения IIБ стадии.*

**Выделение симптомов и синдромов.**

|  |  |
| --- | --- |
|  Синдромы |  Симптомы |
| Стенокардия | Боли за грудиной, сопровождающиеся чувством страха.  |
| Синдром поражения сердечной мышцы | Полость левого желудочка умеренно расширена, гипотонична, изменения на ЭКГ. |
| Недостаточность кровообращения | Пастозность голеней, увеличение печени, цианоз носогубного треугольника. |

**План обследования.**

1. Клинический минимум (ОАК, ОАМ, ЭКГ, флюорограмма, кал на я/г).

2. Общий анализ мочи - для исключения протеинурии.

3. Сахар крови – для исключения сахарного диабета, существенно влияющего на течение ИБС.

4. ЭКГ – для выявления признаков перенесенного инфаркта миокарда, кардиосклероза, диагностики нарушений ритма.

5. Исследование свертывающей системы крови – для выявления гиперкоагуляции, для контроля за проведением антикоагулянтной, тромболитической и антиагрегантной терапии.

6. Обзорный снимок органов грудной клетки – для определения формы сердца и магистральных сосудов.

7. Фармакологические пробы (с дипиридамолом, изадрином, эргометрином) – для оценки коронарного кровообращения и функционального состояния миокарда.

8. Эхокардиография – для выявления органических (рубцовых) и функциональных изменений в сердечной мышце, нарушений внутрисердечной гемодинамики.

9. Определение липопротеидов плазмы – для выявления дислипопротеидемии.

10. Коронароангиография – для определения характера поражения коронарных артерий, локализацию и протяженность патологического процесса и состояние компенсаторного коллатерального кровотока.

11. Проба Реберга – определение креатинина в моче и крови.

12. АСТ, АЛТ, билирубин - для исследования функции печени.

 **Результаты лабораторных и инструментальных**

 **методов исследования.**

1. Общий анализ крови.

 Эритроциты – 4,1×1012/л (4,0-5,6×1012), гемоглобин – 134 г/л (130-175), цв. показатель – 0,9 (0,86-1,1), лейкоциты – 5,8×109/л (4,3-11,3×109/л), э – 0% (0,5-5%), п – 1% (1-6%), сег. – 56% (47-72%), л – 41% (19-37%), моноциты – 2% (3-11%), СОЭ – 7 мм/ч (1-14 мм/ч).

2. Общий анализ мочи.

 Цвет – соломенно – желтый. Прозрачность – неполная. Удельный вес – 1018 (1020-1026).

 Реакция кислая. Белок – 0,12. Сахар – отрицательный. Эпителий – ед. в п/зр. Лейкоциты – ед. в п/зр.

3. ЭКГ.

Мерцательная аритмия, 67 ударов в минуту. Блокада правой ножки пучка Гиса. Гипертрофия левого желудочка. Признаки хронической коронарной недостаточности.

4. Рентгеноскопия органов грудной клетки. Легкие эмфизематозные, легочной рисунок в средних и нижних отделах усилен, деформирован за счет диффузного пневмосклероза.

5. ЭХО – кардиография. Расширение всех полостей сердца. Кальциноз митрального кольца, неспецифические дегенеративные изменения корня аорты. Умеренная гипертрофия миокарда левого желудочка. Снижение глобальной сократимости миокарда.

6. УЗИ. ЖП размеры 8,6х2,6 см с множественными конкрементами (до 1,2 см), ближе к шейке. Печень диффузно-неоднородной структуры, +4+5 см из под реберной дуги. ПЖ без очаговой патологии, паренхима 1,0. Правая почка 10.0х4,3, левая почка 10,0х5,7. Селезенка с кальцинатом размер 10,4х6,5. Свободной жидкости в брюшной полости нет. В плевральных полостях с обеих сторон жидкости нет.

Заключение: ЖКБ. Диффузные изменения в печени (застойная печень). Гепатомегалия.

7. Осмотр хирурга: левосторонняя пахово-мошоночная грыжа. Оперативное лечение в плановом порядке.

 **Клинический диагноз.**

# Учитывая *жалобы больного:* на приступы загрудинных болей давящего характера, возникающих после стрессовых ситуаций и незначительных физических нагрузок, сопровождающихся удушьем, чувством страха смерти, слабость;

# *данные анамнеза заболевания:* давность заболевания – с 1983г., перенесенный инфаркт миокарда в в 1985 году;

*данные объективного исследования:* цианоз носогубного треугольника, одышка ЧДД 24 в минуту, сухие незвучные хрипы в легких, расширение границ сердечной тупости влево, аритмичный пульс с ЧСС 72 в 1 минуту, пастозность голеней, увеличение печени;

*результаты лабораторных и инструментальных методов исследования:*

изменения на ЭКГ – Мерцательная аритмия, 67 удара в минуту. Блокада правой ножки пучка Гиса. Гипертрофия левого желудочка. Признаки хронической коронарной недостаточности.

данные рентгенографии органов грудной клетки - Легкие эмфизематозные. Легочной рисунок в средних и нижних отделах усилен, деформирован за счет диффузного пневмосклероза.

ЭХО – кардиография. Расширение всех полостей сердца. Кальциноз митрального кольца, неспецифические дегенеративные изменения корня аорты. Умеренная гипертрофия миокарда левого желудочка. Снижение глобальной сократимости миокарда.

УЗИ. ЖП размеры 8,6х2,6 см с множественными конкрементами (до 1,2 см), ближе к шейке. Печень диффузно-неоднородной структуры, +4+5 см из под реберной дуги. ПЖ без очаговой патологии, паренхима 1,0. Правая почка 10.0х4,3, левая почка 10,0х5,7. Селезенка с кальцинатом размер 10,4х6,5. Свободной жидкости в брюшной полости нет. В плевральных полостях с обеих сторон жидкости нет.

Заключение: ЖКБ. Диффузные изменения в печени (застойная печень). Гепатомегалия.

можно поставить  **диагноз**:

* Диагноз клинический: ИБС. Стенокардия напряжения ФК-III. Постинфарктный кардиосклероз. Атеросклероз аорты, сосудов головного мозга НК-2 Б. Мерцательная аритмия.
* Сопутствующие: Язвенная болезнь желудка, вне обострения. Полипы желудка. Дискенезия желчевыводящих путей, вне обострения. Варикозная болезнь нижних конечностей, ХВН II. Левосторонняя пахово-мошоночная грыжа.

#### ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Признак | Инфаркт миокарда | Стенокардия |
| Характер боли | Тяжелая, сжимающая, разрывающая, наиболее сильная, чем когда-либо в жизни | Приступообразная, давящая сжимающая, постепенно нарастающая |
| Действие нитро препаратов | Неэффективно или малоэффективно | эффективно |
| Продолжительность болей | 30 мин и более | 5-10 мин |
| Снижение АД | + | - |
| Анализ крови: лейкоцитоз | до 8\*10 /л 1-2 дня | нет |
| СОЭ, мм/ч | повышается до 20 на 2 неделе | не повышается |
| Гиперферментемия | КФК - через 6-8 чЛДГ - через 24-48 чЛДГ1 - через 8-12 чАСТ - через 8-12 ч | отсутствует |
| ЭКГ | Дугообразный подъем сегмента SТ, высокий Т, дискордантность сегмента SТ. | Патологические зубцы Q (перенесенный ИМ), депрессия или подъем SТ, инверсия Т. |

**Дневник.**

|  |  |
| --- | --- |
| 20.10.00г. ЧСС – 74 в минутуАД – 120/80 мм.рт.ст. D=SТемпература – 36,6°C | Общее состояние больного средней тяжести. Жалобы на кратковременное чувство тяжести за грудиной 1-2 раза в сутки, выраженную одышку. Цианоз носогубного треугольника. Тоны сердца: I тон – глухой, II тон – усилен над легочной артерией. Выслушивается слабый систолический шум над верхушкой. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см. Отеки голеней.  |
| 23.10.00г. ЧСС – 72 в минутуАД – 120/70 мм.рт.ст. D=SТемпература – 36,4°C | Общее состояние больного удовлетворительное. Жалобы на слабость, умеренную одышку. Цианоз носогубного треугольника. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный: I тон – глухой, II тон – усилен над легочной артерией. Выслушивается слабый систолический шум над верхушкой. АД 120/80 мм.рт.ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см. Отеков нет. |

 **Лечение.**

Лечение курируемого больного должно быть комплексным и поэтапным.

*План лечения:*

I. Режим.

II. Диета.

III. Медикаментозное лечение.

IV. Физиотерапевтическое лечение.

V. ЛФК.

 I. Режим.

В первые дни после госпитализации режим должен быть полу постельным. С улучшением состояния режим может быть расширен до палатного.

 II. Диета.

Стол №10, предназначенный для облегчения деятельности сердечно - сосудистой системы, щажения органов пищеварения, почек, увеличения диуреза. Содержит значительное ограничение соли и воды, растительной клетчатки и продуктов, богатых холестерином, вызывающих метеоризм, возбуждающих сердечно - сосудистую и нервную системы, раздражающих печень и почки (экстрактивные вещества). Рацион должен быть обогащен солями К, Mg, витаминами.

 III. Медикаментозное лечение.

**1. Лечение стенокардии напряжения.**

* Лечение антиангинальными средствами:
* нитраты - нитроглицерин (по 0,5 мг в момент приступа), изосорбида динитрат (по 10 мг 3-4 раза в день);
* блокаторы β-адренергических рецепторов и кордарон - анаприлин (10 мг 3 раза в день), кордарон (200 мг 2 раза в день);
* антагонисты кальция - верапамил (80 мг 3 раза в день);
* активаторы калиевых каналов - никорандил (по 10 мг 2 раза в день).
* Лечение антиагрегантами - ацетилсалициловая кислота (125 мг 2 раза в сутки после приема пищи).
* Психофармакологическое воздействие - сибазон (по 5 мг 2 раза в день).
* Экстракорпоральная терапия и лечение иммуномодуляторами - 2 сеанса гемосорбции с интервалами 3 дня, тималин (по 10 мг внутримышечно 1 раз в день 5 инъекций).

**2. Лечение хронической недостаточности кровообращения.**

* Лечение основного заболевания.
* Усиление сниженной сократительной способности миокарда левого желудочка:
* сердечные гликозиды - изоланид (по 0,25 мг 2 раза в сутки).
* ингибиторы фосфодиэстеразы - инокор (по 20 мл внутривенно 1 раз в сутки).
* Устранение отечного синдрома - эуфиллин (2.4% - 2 мл 1 раз в сутки).
* Метаболическая и антиоксидантная терапия - кокарбоксилаза (по 100 мг

 1 раз в день в течение 20 дней), рибоксин (по 0,4 г 3 раза в день), цито-

 мак (0,25% р-р 4 мл 1 раз в день - 10 дней).

* Гипербарическая оксигенация.

 **3. Физиотерапевтическое лечение.**

Положительно влияет на сердечно - сосудистую систему, улучшает метаболизм миокарда и коронарное кровообращение, нормализует биоэлектрическую активность миокарда и потребление кислорода, улучшает процессы микроциркуляции, снижает общее периферическое сопротивление, повышает кислородно - транспортную функцию крови и насыщение тканей кислородом, нормализует иммунный статус.

Рекомендована комбинированная лазеротерапия - 7-10 процедур.

**4. ЛФК.**

 Тренировки проводят только в кардиологическом стационаре; больному можно назначить нагрузки малой мощности, которые обеспечат тренирующий эффект.

  **Эпикриз.**

Фролов Михаил Никитич – 79 лет, поступил в кардиологическое отделение 2 ГКБ 11.10.2000. Выставлен диагноз:ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения 3 функционального класса, постинфарктный кардиосклероз, нарушение ритма сердца, недостаточность кровообращения II Б степени.

В стационаре проведено клиническое обследование:

1. Общий анализ крови.

 Эритроциты – 4,1×1012/л (4,0-5,6×1012), гемоглобин – 134 г/л (130-175), цв. показатель – 0,9 (0,86-1,1), лейкоциты – 5,8×109/л (4,3-11,3×109/л), э – 0% (0,5-5%), п – 1% (1-6%), сег. – 56% (47-72%), л – 41% (19-37%), моноциты – 2% (3-11%), СОЭ – 7 мм/ч (1-14 мм/ч).

2. Общий анализ мочи.

 Цвет – соломенно – желтый. Прозрачность – неполная. Удельный вес – 1018 (1020-1026).

 Реакция кислая. Белок – 0,12. Сахар – отрицательный. Эпителий – ед. в п/зр. Лейкоциты – ед. в п/зр.

3. ЭКГ. Мерцательная аритмия, 67 ударов в минуту. Блокада правой ножки пучка Гиса. Гипертрофия левого желудочка. Признаки хронической коронарной недостаточности.

4. Рентгеноскопия органов грудной клетки. Легкие эмфизематозные, легочной рисунок в средних и нижних отделах усилен, деформирован за счет диффузного пневмосклероза.

5. ЭХО – кардиография. Расширение всех полостей сердца. Кальциноз митрального кольца, неспецифические дегенеративные изменения корня аорты. Умеренная гипертрофия миокарда левого желудочка. Снижение глобальной сократимости миокарда.

6. УЗИ. ЖП размеры 8,6х2,6 см с множественными конкрементами (до 1,2 см), ближе к шейке. Печень диффузно-неоднородной структуры, +4+5 см из под реберной дуги. ПЖ без очаговой патологии, паренхима 1,0. Правая почка 10.0х4,3, левая почка 10,0х5,7. Селезенка с кальцинатом размер 10,4х6,5. Свободной жидкости в брюшной полости нет. В плевральных полостях с обеих сторон жидкости нет.

Заключение: ЖКБ. Диффузные изменения в печени (застойная печень). Гепатомегалия.

7. Осмотр хирурга: левосторонняя пахово-мошоночная грыжа. Оперативное лечение в плановом порядке.

Проведено лечение: нитроглицерин 2 т. - 4 р.д., верошпирон 2т. - 4 р.д., фуросемид 2 т. утром, эналаприл ¼ таблетки – 2 р.д., дигоксин ½ таблетки – 2 р.д. до еды, расствор глюкозы 5% 200,0 мл + инсулин 4 ЕД + расствор калия хлорида 1% 100,0 мл + гепарин 2,5 тыс ЕД. D.S. в/в капельно № 5, расствор коргликон 0,06% 0,5 мл – 2р в/в.

Отмечен хороший эффект от проводимого лечения – исчезли боли в области сердца, отеки на голенях, возросла устойчивость к физическим нагрузкам. Больной стал эмоционально более стабилен. В связи с окончанием курации наблюдение за больным прекращено.

 Рекомендации:

1. Наблюдение кардиолога по месту жительства.

2. Ежедневное пребывание на свежем воздухе.

3. Дозированные физические нагрузки.

Куратор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Якубовская О.М.

 ***Лечение основного заболевания***.

Эффективность медикаментозного лечения стенокардии зависит от того насколько удается изменить в благоприятную сторону баланс между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой. Это может быть достигнуто путем повышения способности коронарной системы доставлять кровь и ишемизированные зоны; либо путем уменьшения потребности миокарда в кислороде. К антиангинальным средствам относят три основные группы препаратов: нитросодержащие препараты, блокаторы бета-адренорецепторов и антагонисты кальция.

 Антиангинальные средства - это группы препаратов различного механизма действия, влияющих на синдром стенокардии посредством изменения гемодинамических условий работы сердца или улучшения коронарного кровотока.

Нитросодержащие препараты:

 Положительное действие нитратов:

1. уменьшение объема левого желудочка
2. снижение АД
3. уменьшение выброса

Это приводит к уменьшению потребности миокарда в кислороде.

1. снижение диастолического давления в левом желудочке
2. Увеличение кровотока в коллатералях приводит к улучшению перфузии в ишемизированной зоне.
3. вазодилатация эндокардиальных коронарных артерий нейтрализует спазм не периферии.

 Отрицательное действие нитратов:

1. несущественное повышение ЧСС
2. повышение сократимости
3. снижение диастолической перфузии из-за тахикардии

Все это приводит к увеличению потребности миокарда в кислороде, уменьшении перфузии миокарда. При длительном приеме возможно привыкание что может приводить к уменьшению эффекта.

 Препараты: нитроглицерин, нитросорбид, тринитролонг, сустак форте и сустак мите, нитронг,.

 Нитросорбид по своим фармакологическим свойствам отличен от нитроглицерина. Действие препарата при приеме внутрь начинается через 50-60 минут. Продолжительность действия 4-6 часов. Нитросорбид быстро метаболизируется в печени. Период полу выведения составляет около 30 минут при приеме внутрь, в то время как для его активных метаболитов - 4-5 часов. При разжевывании таблетки эффект нитросорбида наступает раньше - через 5 минут и выражен сильнее и выражен сильнее 9 это касается и колаптоидной реакции), что позволяет использовать сублингвальный прием препарата для купирования приступов стенокардии. Нитросорбид и его метаболиты экскретируются почками.

Побочные эффекты применения нитропрепаратов: головная боль, продолжение лечения как правило приводит к развитию толерантности к этому побочному действию. Уменьшение дозы, изменение пути введения препарата или применения анальгетиков уменьшают выраженность головной боли. Постуральная гипотензия проявляется головокружением, слабостью и даже кратковременной потерей сознания. Этот эффект усиливается после приема алкоголя. Метгемоглобинемия, а также тяжелое отравление нитратами встречается в основном у детей младшего возраста.

 Противопоказания: индивидуальная непереносимость ( тахикардия, гипотония, головная боль), остром инфаркте миокарда, протекающем с гипотонией, кровоизлиянии в мозг, повышении внутричерепного давления, обструктивной кардиомиопатии.

 Rp.: Nitrosorbidi 0.01

 D.t.d.№50 in tab.

1. Принимать по 1 таблетке 4 раза в день.

Rp.: Sustac-forte 6.4

 D.t.d. №20

 S.Принимать по 1 таблетке 2 раза в день.

Rp.:Nitroglycerini 0.0005

 D.t.d. № 50

1. Принимать при болях в сердце. Подъязычно.

Rp.: Trinitrolong 0.001

 D.t.d.№50

 S. Принимать по 1 таблетке 3 раза в день.

Блокаторы бета-адренорецепторов и препараты влияющие на адренергические системы: бета блокаторы уменьшают потребность миокарда в кислороде путем подавления симпатической активности. Сочетание нитратов и бета-адреноблокатором может нейтрализовать действие на ЧСС. Негативное действие бета-блокаторов: усиление обструкции бронхов ( нельзя применять у больных с легочной патологией), влияют на сократимость миокарда ( осторожно при сердечной недостаточности). Основными показаниями к назначению этих препаратов является стенокардия, артериальная гипертония и аритмии. Различают бета-блокаторы кардионеселективные, блокирующие бета - 1 и бета - 2 рецепторы, к которым относятся тимолол, пропранолол, соталол, надолол, окспренолол, алпренолол, пиндолол, и др. и кардиоселективные имеющие преимущественно бета -1 - ингибирующую активность ( метопролол, атенолол, ацебутолол, практолол). Часть их этих препаратов обладает симпатомиметической активностью ( окспренолол, алпренолол, пиндолол, ацебутолол), что позволяет хотя и незначительно расширить сферу применения бета-блокаторов, например при сердечной недостаточности, брадикардии, бронхиальной астме. Кардиоселективные препараты следует предпочесть при лечении стенокардии у больных с хроническими обструктивными заболеваниями дыхательных путей, поражениями периферических артерий, сахарным диабетом. Некоторые бета-блокаторы обладают внутренней симпатомиметической активностью, которая означает способность препарата влиять на те же бета-рецепторы, на которые влияют и агонисты. Препараты , обладающие таким свойством, в меньшей степени урежают частоту сердечных сокращений в покое, вызывая отрицательный хронотропный эффект главным образом на высоте физической нагрузки, что имеет значение для больных стенокардией с наклонностью к брадикардии.

 Побочные действия бета-блокаторов: при лечении бета-блокаторами могут наблюдаться брадикардия, артериальная гипотензия, усиление левожелудочковой недостаточности, обострение бронхиальной астмы, атриовентрикулярная блокада различной степени, обострение хронических желудочно-кишечных расстройств, усиление синдрома Рейно и перемежающейся хромоты ( изменение периферического кровотока), в редких случаях - нарушение половой функции.

 Противопоказания к применению бета-блокаторов. Данные препараты нельзя применять при выраженной брадикардии гипотонии, бронхиальной астме, астмоидных бронхитах, синдроме слабости синусного узла, нарушениях атриовентрикулярной проводимости, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, сахарном диабете в стадии декомпенсации, нарушении периферического кровообращения, выраженной недостаточности кровообращения ( при начальных проявлениях допускается назначение бета-блокаторов в сочетании с диуретиками и сердечными гликозидами), беременности ( относительное противопоказание).

Rp.: Propranololi 0.08

 D.t.d.#10 in tab.

 S. Принимать по 1 таблетке 3 раза в день.

Rp.: Trasicor 0.08

 D.t.d.#20 in tab.

 S. Принимать по 1 таблетке 3 раза в день.

Rp.: Talinololi 0.1

 D.t.d.#20 in tab.

1. Принимать по 1 таблетке 3 раза в день.

Rp.: Pindololi 0.005

 D.t.d.#50 in tab.

 S. Принимать по 1 таблетке 4 раза в день.

Антагонисты кальция. Антиангинальный эффект связан с прямым действие их на миокард и коронарные сосуды, так и с влиянием на периферическую гемодинамику. Антагонисты кальция блокируют поступление ионов кальция в клетку, уменьшая таким образом ее способность развивать механическое напряжение, а следовательно , и снижая сократимость миокарда. Действие этих средств на стенку коронарных сосудов ведет к их расширению ( антиспастический эффект) и увеличению коронарного кровотока, а влияние на периферические артерии - к системной артериальной дилятации, снижению периферического сопротивления и систолического АД. Благодаря этому достигается увеличение снабжения миокарда кислородом при снижении потребности в нем. Антагонисты кальция обладают также антиаритмическими свойствами. Препараты: верапамил, нифедипин, дилтиазем.

 Верапамил ( изоптин, финоптин) кроме вазодилатирующего оказывают выраженное отрицательное инотропное действие. ЧСС и АД под влиянием препарата незначительно снижаются. Существенно подавляются проводимость по атриовентрикулярному соединению и автоматизм синусного узла, что позволяет применять препарат и для лечения суправентрикулярных нарушений ритма. Верапамил является препаратом выбора для лечения стенокардии вазоспастического генеза. Обладает высокой эффективностью и при лечении стенокардии напряжения, а также при сочетании стенокардии с суправентрикулярными нарушениями ритма и сердечных сокращений.

 Побочные эффекты отмечаются только у 2-4% больных. Самыми обычными являются головные боли, головокружение, усталость, покраснение кожи, незначительные отеки нижних конечностей. Описаны также желудочно-кишечные симптомы, брадикардия.

 Противопоказания: коринфар не следует назначить при исходной гипотонии, синдроме слабости синусного узла, беременности. Верапамил противопоказан при нарушениях атриовентрикулярной проводимости, синдроме слабости синусного узла, выраженной сердечной недостаточности и при различных гипотензивных состояниях.

Rp.: Cardizemi 0.09

 D.t.d.#50 in caps.

 S.Принимать по 1 капсуле 2 раза в день

Rp.: Verapamili 0.04

 D.t.d.#50 in tab.

 S.Принимать по 1 таблетке 4 раза в день.

Rp.: Adalati 0.01

 D.t.d.#50 in tab.

 S.Принимать по 1 таблетке 3 раза в день.

Препараты улучшающие метаболизм миокарда.

Рибоксин. Рибоксин является производным (нуклеозидом) пурина. Его можно рассматривать как предшественник АТФ. Имеются данные о способности препарата повышать активность ряда ферментов цикла Кребса, стимулировать синтез нуклеотидов, оказывать положительное влияние на обменные процессы в миокарде и улучшать коронарное кровообращение. По типу действия относится к анаболическим веществам. Будучи нуклеозидом, инозин может проникать в клетки и повышать энергетический баланс миокарда. Применяют рибоксин при ишемической болезни сердца ( при хронической коронарной недостаточности и при инфаркте миокарда), при миокардиодистрофии , при нарушениях ритма, связанных с применением сердечных гликозидов. Назначают внутрь до еды в суточной дозе от 0.6 до 2.4 г. Курс лечения от 4 недель до 3 мес.

Rp.: Riboxini 0.2

 D.t.d.#50 in tab.

 S.Принимать по 1 таблетке 3 раза в день.

Ретаболил. Обладает сильным и длительным анаболическим действием. После инъекции эффект наступает в первые 3 дня, достигает максимума к 7-му дню и продолжается не менее 3 недель. Обладает не выраженным андрогенным (и вирилизующим) действием, чем феноболин. Основные показания к применению в терапевтической практике: хроническая коронарная недостаточность, инфаркт миокарда, миокардиты, ревматические поражения сердца).

 Применяют по 1 мл масляного раствора внутримышечно 1 раз в месяц.

Rp.: Retabolili 5% 1 ml

 D.t.d.#50 in amp.

 S.Вводить внутримышечно 1 раз в месяц по 1 мл.

Кокарбоксилаза. По биологическому действию приближается к витаминам и ферментам. Является простетической группой (коферментом) ферментов , участвующих в процессах углеводного обмена. В соединении с белком и ионами магния входит в состав фермента карбоксилазы, катализирующего карбоксилирование и декарбоксилирование альфа-кетокислот. Тиамин введенный в организм для участия в указанных выше биохимических процессах, предварительно должен фосфорилироваться и превратиться в кокарбоксилазу. Последняя ,таким образом, является готовой формой кофермента, образующегося из тиамина в процессе его превращения в организме. Применяют как компонент комплексной терапии при ацидозах любого происхождения, коронарной недостаточности, периферических невритах, различных патологических процессах требующих улучшения углеводного обмена, вводят внутримышечно 0.05-0.1 г 1 раз в день, курс лечения 15-30 дней.

Rp.: Sol.Cocarboxylasi 5 ml

 D.t.d.#5 in amp.

 S.вводить внутримышечно 1 раз в день по 5 мл.

Цитохром С. Является ферментом, принимающим участие в процессах тканевого дыхания. Железо, содержащееся в простетической группе цитохрома С, обратимо переходит из окисленной формы в восстановленную, в связи с чем применение препарата ускорят ход окислительных процессов. Применяют цитохром для улучшения тканевого дыхания при астматических состояниях, хронической пневмонии, сердечной недостаточности, инфекционном гепатите, старческой дегенерации сетчатки глаза. Обычно вводят в мышцы по 4-8 мл 1-2 раза в день. Курс лечения 10-14 дней.

Rp.: Cytochromi C pro inectionibus 4 ml

 D.t.d.#10 in amp.

 S.Вводить внутримышечно по 4 мл 2 раза в день.

Препараты, снижающие холестерин и липопротеиды крови:

Клофибрат. Понижает содержание уровень ЛПОНП и бета-липопротеидов. Механизм действия состоит в уменьшении биосинтеза в печени триглицеридов и торможении синтеза холестерина (на стадии образования мевалоновой кислоты). Повышает активность липопротеидлипазы. Препарат оказывает одновременно гипокоагулирующее действие , усиливает фибринолитическую активность крови, понижает агрегацию тромбоцитов. Применяют при атеросклерозе с повышенным содержанием в крови холестерина и триглицеридов, при склерозе коронарных , мозговых и периферических сосудов, при диабетической ангиопатии и ретинопатии, различных заболеваниях сопровождающихся повышением липопротеидов крови.

 Побочные действия: тошнота, рвота, головная боль, мышечные боли, кожная сыпь. Противопоказан при нарушениях функции печени и почек, при беременности, его не следует назначать детям.

 Цетамифен. Механизм гипохолестеринемического действия цетамифена : он связывает часть коэнзима А образуя фенилэтилкоэнзим А, и выступая таким образом в роли “ложного метаболита” , препятствует образованию оксиметил-глюктарил-коэнзима А и дальнейшему ходу образования эндогенного холестерина.

Побочное действие: усиление тиреотропной функции гипофиза, желчевыделительную функцию печени.

 Показаниями являются атеросклероз, все другие заболевания сопровождающиеся гиперхолестеринемией.

Rp.: Cetamipheni 0.25

 D.t.d.#20 in tab.

1. принимать по 2 таблетки 4 раза в день.

Нитропрепараты: нитросорбид 0.01 по 2 таблетки 4 раза в день.

Назначен потому что у больного после пробной терапии сустаком и эринитом возникали побочные явления - головная боль, головокружение.

Антагонисты кальция: верапамил 0.04 по 1 таблетке 3 раза в день. Назначен как антиангинальное средство, антигипертензивное средство.

Антиаггреганты: аспирин 0.5 по четверти таблетки 1 раз в день ( с утра после еды). Назначено для улучшения реологических свойств крови, как профилактика атеросклероза.

Средства улучшающие трофику и метаболизм миокарда: рибоксин 0.2 по 1 таблетке 3 раза в день.

**ПРОГНОЗ**.

Прогноз для жизни относительно благоприятный, при соблюдении рекомендаций и постоянной поддерживающей терапии нитропрепаратами , антагонистами кальция и антиагрегантами.

Прогноз относительно выздоровления неблагоприятный. Так в основе заболевания у пациента лежит атеросклероз сосудов сердца, который является необратимым патологическим процессом, и который можно только предупредить или приостановить.

**ПРОФИЛАКТИКА**. Профилактика у пациента заключается в постоянном приеме нитропрепаратов, антагонистов кальция и антиагрегантов, ограничение физической нагрузки, а также прием средств снижающих уровень холестерина и липопротеидов крови (липостабил по 1 таблетке 1 раза в день, 2-3 курса на один год, по 2-3 недели).