Паспортные данные

Ф.И.О. ХХХХХХХХХХХ

Возраст 53 года.

Год рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место жительства

Семейное положение женат.

Дата поступления 28.02.2011г.

Время курации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Клинический диагноз ИБС: стенокардия напряжения. ХСН IIа. ФК III. ПИКС (ОИМ с Q от 6.08.2008г.). Гипертоническая болезнь III степени, III стадии. ГЛЖ. Риск IV. ХСН IIа. ФК III. Атеросклероз. Окклюзия бедренной артерии слева, стеноз подколенной артерии справа. ХАН IIб. ЦВБ. ДЭ I степени. Легкий ЦВ синдром. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ремиссия с 1991г.

Данные расспроса больного

ЖАЛОБЫ при поступлении:

На жгучие боли за грудиной, возникающие при ходьбе на 150-200 м, давящего характера, иррадиирущие в левую руку, левую ключицу, сопровождающиеся одышкой, длительностью до 3 минут, купирующиеся отдыхом и/или приемом нитроглицерина. Во время приступа – потливость, резкая слабость в ногах, чувство страха.

Периодическое повышение давления максимум до 160/100 мм рт ст. Появление головной боли, головокружения при повышении давления.

ЖАЛОБЫ на момент курации: не предъявляет.

Anamnesis morbi

Считает себя больным с августа 2008 г., когда впервые перед совещанием почувствовал жгучую боль за грудиной, давящего характера, с иррадиацией в левую половину туловища, онемение левой половины туловища, длительностью более 40 минут. Жена вызвала бригаду скорой медицинской помощи, прибывшую на вызов в течение 5 минут. Бригадой СМП был доставлен в отделение реанимации и интенсивной терапии в СГКБ г. Кирова с диагнозом ОИМ передне-перегородочно-верхушечной области. Проводилась терапия по общепринятым схемам. Выписан с открытым больничным листом в октябре 2008 г. Состоял на учете у кардиолога. В ноябре 2008г. почувствовал интенсивную жгучую боль за грудиной, давящего характера, не купирующуюся нитроглицерином, резкую слабость, головокружение. Вновь был доставлен в отделение реанимации и интенсивной терапии СГКБ с диагнозом приступ стенокардии. Проводилось лечение, был выписан с улучшением.

На очередном приеме 17.03.2010г. у кардиолога по данным ЭКГ был госпитализирован в кардиологическое отделение ЖДБ г. Кирова. Для диагностики, подбора терапии и профилактики осложнений. Выписан на поддерживающей терапии.

28.02.2011г. после снятия ЭКГ – госпитализирован с приступом стенокардии. Чувствовал себя удовлетворительно, через 10 минут после поступления почувствовал давящую боль за грудиной, иррадиирущую в левую руку, головокружение, потливость.

С 2003г. – повышение артериального давления до 160/100 мм рт ст. При этом отмечается головокружение, головная боль.

Anamnesis vitae

Родился 20.05.1957г.

Рос и развивался соответственно возрасту.

В детстве простудные заболевания - нечасто. Переболел ветряной оспой.

Условия быта удовлетворительные. Условия работы – удовлетворительные, сопряжены со стрессом.

Служил 1976-1978гг. в ЖД войсках.

Операции: аппендэктомия в 1967г.

Гемотрансфузии: отрицает.

Аллергия: на пенициллин в виде крапивницы.

Вредные привычки: курит с 1993 г., индекс курильщика – 6.

Социально-опасные заболевания: отрицает.

Наследственность не отягощена.

Данные осмотра

Общее состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное.

Выражение лица спокойное. Поведение больного обычное, на вопросы отвечает адекватно, легко вступает в контакт.

АД = 130/85 мм рт ст, t = 36,6° С, ЧСС = 52/мин, ЧДД = 18.

Телосложение правильное, конституция нормостеническая.

Рост 175 см, вес 94 кг. ИК = 94кг/(1,75см)І = 30

Кожа теплая, влажная, тургор соответствует возрасту. Отеков нет. Кожа лица бледная.

Подкожная жировая клетчатка выражена умеренно. Распределение неправильное, с увеличением количества в области живота.

Мышечная система развита удовлетворительно, мышцы в тонусе, атрофий, дефектов развития, болезненности при пальпации нет.

Кости позвоночника, конечностей, без искривлений. Грудная клетка коническая. Движения в суставах свободны, ограничений нет.

Система органов пищеварения: болей в области живота не отмечает. Поверхностная и глубокая пальпация безболезненны. Печень по Курлову 9\*8\*7 см. Стул без особенностей.

Система органов мочевыделения: болей в поясничной области нет. Мочеиспускание безболезненное, не учащенное.

Нервная система: сон спокойный, не нарушен, настроение спокойное. Параличей и парезов нет.

Эндокринная система: нарушений не наблюдается.

Система опорно-двигательных органов: ломоты, болей в костях и ограничения подвижности в суставах не отмечает.

Подъема температуры тела не отмечалось.

Система дыхания: дыхание в легких везикулярное.

Пальпация и сравнительная перкуссия легких – отсутствие локальных изменений. Высота стояния верхушек легких равна 3 см справа и слева, ширина полей Кренига слева и справа равна 5 см.

ОСМОТР ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

|  |  |
| --- | --- |
| Статический | Динамический |
| Форма грудной клетки - коническая. Над- и подключичные ямки, угол Людовицы- выражены умеренно. Эпигастральный угол=90°.Ребра, ключицы, лопатки расположены симмитрично. Сердечного горба не наблюдается. Видимая пульсация сонных артерий и яремных вен отсутсвует.Ширина межреберных промежутков в N.  | Тип дыхания - грудной.Глубина и ритм: глубокое, ритмичное.ЧДД=18, соотношение вдоха и выдоха не нарушено.Движение грудной клетки равномерное. Пульсации сердца не наблюдается. |

НИЖНИЕ ГРАНИЦЫ ЛЕГКИХ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ЛИНИИ | СПРАВА | СЛЕВА |
| l. parasternalis | 5 м/р | - |
| l. medioclavicularis | 6 ребро | - |
| l. axilaris anterior | 7 ребро | 7 ребро |
| l. axilaris media | 8 ребро | 8 ребро |
| l. axilaris posterior | 9 ребро | 9 ребро |
| l. scapularis | 10 ребро | 10 ребро |
| l. paravertebralis | Остистый отросток 11 грудного позвонка | Остистый отросток 11 грудного позвонка |

ПОДВИЖНОСТЬ НИЖНЕГО ЛЕГОЧНОГО КРАЯ.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линия | Правого | Левого |
| На вдохе | На выдохе | На вдохе | На выдохе |
| l. medioclavicularis | 2 см | 2 см | - | - |
| l. axilaris media | 3см | 3 см | 3 см | 3 см |
| l. scapularis | 2 см | 2 см | 2 см | 2 см |

Аускультация – над всей поверхностью легких везикулярное дыхание.

Верхушечный толчок – V межреберье на 1 см кнаружи от ЛСКЛ. Площадь 2 см, ослаблен, резистентность снижена.

|  |
| --- |
| Относительная тупость |
| Правая | На 1 см кнаружи от правого края грудины |
| Левая | V межреберье на 1 см кнаружи от ЛСКЛ. |
| Верхняя | 3 ребро |
| Абсолютная тупость |
| Правая | Левый край грудины в IV межреберье |
| Левая | На 1 см кнаружи от ЛСКЛ в V межреберье |
| Верхняя | На уровне IV ребра по левой парастернальной линии |

Левые границы сердца расширены, что позволяет предположить гипертрофию левого желудочка.

Ширина сосудистого пучка 8,5 см во II межреберье по краям от грудины.

Талия сердца выражена, находится в III межреберье.

Конфигурация сердца – аортальная.

Аускультация: тоны сердца приглушены, ритмичны, акцент II тона на аорте, ослабление I тона на верхушке.

Исследование периферических артерий: нижние конечности. Справа: ослабление пульсовой волны на тыльной артерии, стеноз подколенной артерии; слева: отсутствие пульса на тыльной артерии, ослабление пульса на подколенной артерии.

Пульс на лучевых артериях: симметричен, ритмичен, мягкий, полный, равномерный, скорый.

Синдромы

Синдром хронической коронарной недостаточности:

жгучие боли за грудиной,

возникающие при ходьбе на 150-200 м,

давящего характера,

иррадиирущие в левую руку, левую ключицу,

длительностью до 3 минут

купирующиеся отдыхом и/или приемом нитроглицерина.

Синдром артериальной гипертензии:

Повышение АД до 160/100 мм рт ст,

Акцент II тона на аорте.

Синдром поражения органов-мишеней

Синдром поражения миокарда:

Синдром кардиомегалии:

левая граница сердца V межреберье на 1 см кнаружи от ЛСКЛ,

верхушечный толчок ослаблен, резистентность снижена,

приглушенность I тона на верхушке.

Синдром сердечной недостаточности:

одышка при приступе стенокардии,

при ходьбе на 150-200 м

Синдром поражения сосудов головного мозга:

головная боль

головокружение

дисциркуляторная энцефалопатия I степени (данные консультации невролога),

цереброваскулярная болезнь (данные консультации невролога).

Синдром поражения сосудов нижних конечностей:

ослабление пульсовой волны на тыльной артерии справа,

стеноз правой подколенной артерии,

отсутствие пульса на левой тыльной артерии,

ослабление пульса на левой подколенной артерии.

Синдром клинико-анамнестический:

С 2003г. – гипертоническая болезнь

ОИМ переднее-перегородочно-верхушечной области 6.03.2008г.

Больному 53 года

Работа связана со стрессом

Курит, ИК 6.

План обследования

ОАК

ОАМ

RW

БХАК (липидный спектр, креатинин, мочевина, глюкоза, ПТИ, К, Na, Cl, Мg,тропонин Т и I, МВ-КФК, ЛДГ, миоглобин, АЛТ, АСТ)

ЭКГ

ЭХО-КГ

УЗИ почек

ФЭГДС

Велоэргометрия

Коронарография (хирургическое лечение?)

Консультация невролога

Консультация окулиста (глазное дно)

Консультация хирурга

Результаты обследования

ОАК от 1.03.2011г.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| показатель | факт | Норма |
| Эритроциты | 4,62\*10/л | 4,5-5,5\*10/л |
| Гемоглобин | 146 г/л | 140-160 |
| ЦП | 0,9 | 0,85-1,05 |
| Лейкоциты | 7,2\*10/л | 4-9\*10/л |
| Палоякоядерные | 1% | 1-6 |
| Сегментоядерные | 63% | 47-72 |
| Эозинофилы | 2% | 0,5-5 |
| Базофилы | 0% | 0-1 |
| Лимфоциты | 28% | 19-37 |
| Моноциты | 7% | 3-11 |
| СОЭ | 5мм/час | 2-10 мм/час |

Заключение: без отклонений.

ОАМ от 1.03.2011г.

Цвет соломенно-желтый

Реакция слабо-щелочная

Плотность 1019

Белок не обнаружен

Сахар не обнаружен

Эритроциты не обнаружены

Лейкоциты 0-1 в поле зрения

Слизь +

Заключение: без патологии.

RW от 1.03.2011г.

Заключение: отрицательная.

БХАК от 1.03.2011г

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| показатель | факт | Норма |
| ХС общий | 4,9 ммоль/л | 4,5-5,2 ммоль/л |
| ТГ | 1,07 | 0,14-1,82 ммоль/л |
| ЛПВП | 1,07 | ›1,4 ммоль/л |
| ЛПНП | 3,34 | до 3,9 ммоль/л |
| ЛПОНП | 0,5 | до 0,9 ммоль/л |
| Индекс атерогенности | 3,6 | ↓ 3 |
| Риск ИБС-1 | 4,6 | до 5,5 |
| Показатель окклюзиипериферич. сосудов | 6,7 | до 5,5 |
| Креатинин | 0,07 | 50-115 мкмоль/л |
| Мочевина | 5,3  | 4,2-8,3 ммоль/л |
| Глюкоза | 5,0 ммоль/л | 4,2-6,1 ммоль/л |
| ПТИ | 90% | 70-90% |
| К | 4,2 | 3,6-6,3 ммоль/л |
| Na | 141 | 135-152 ммоль/л |
| Cl | 102 | 95-110 ммоль/л |
| Мg | 0,9 | 0,7-1,2 ммоль/л |
| Тропонин Т | 0,2 | до 0,2 – 0,5 нг/мл |
| Тропонин I  | 0,04 | до 0,07 нг/мл |
| МВ-КФК | 28 | 10-110 ME |
| ЛДГ | 100 | до 460 ME |
| Миоглобин | 49 | 19-92 мкг/л |
| АЛТ | 0,2 | до 0,5 мкмоль/л  |
| АСТ | 0,3 | до 0,7 мкмоль/л |

Заключение: снижение содержания ЛПВП, повышен индекс атерогенности и показатель окклюзии периферических сосудов.

ЭКГ 28.02.2011г. (во время приступа (а) и после (б))

Заключение: ишемия миокарда, депрессия ST.



ЭКГ от 1.03.2011г.

Заключение: синусовая брадикардия 43-47 уд/мин. ЭОС не отклонена. Рубцовые изменения в переднее-перегородочно-верхушечной области.

ЭКГ от 10.03.2011г.

Заключение: синусовая брадикардия 47-52 уд/мин. ЭОС не отклонена. Рубцовые изменения в переднее-перегородочно-верхушечной области.

ЭХО-КГ:

Масса миокарда ЛЖ = 210 г (до 183г)

КДОЛП= 19мм (18,5-33 мм)

КДОЛЖ= 63мм (46-57 мм)

КДОПП= 13мм (‹ 20 мм)

КДОПЖ= 17 мм(N 9,5-20,5 мм)

ТМЖП=13 мм (N 7,5-11 мм)

ТЗСЛЖ=12 мм (N 9-11 мм)

Диаметр аорты = 38 мм (N 18-30)

Давление в аорте = 130 мм рт ст(120-140)

Диаметр легочной артерии = 18 мм(N 9-29)

Давление в легочной артерии = 35 мм рт ст (N 15-57)

ФВ = 40 % (55-60%)

Регургитация:

Аортальный клапан «-»

Митральный клапан «+»

Трикуспидальный клапан «-»

По допплер Е/А = 1,2 (›1,0)

Заключение: Гипертрофия ЛЖ, сократимость миокарда снижена, гипокинез МЖП, диаметр аорты 38 мм, КОДЛЖ 63. ФВ 35 %.

УЗИ почек от 2.03.2011г.

Заключение: патологии не выявлено.

ФЭГДС.

Заключение: малая язва луковицы двенадцатиперстной кишки в стадии белого рубца.

Велоэргометрия от 2.03.2011.

Заключение: толерантность к физической нагрузке снижена.

Консультация невролога.

Диагноз: ЦВБ, ДЭ I ст., легкий цереброваскулярный синдром.

Консультация окулиста.

Заключение: глазное дно без особенностей.

Консультация хирурга.

Диагноз: Атеросклероз. Окклюзия бедренной артерии слева, стеноз подколенной артерии справа. ХАН IIб.

Дифференциальный диагноз

ИБС: стенокардия напряжения требует диф. диагностики с ИМ, остеохондрозом шейного и/или грудного отделов, обострением язвенной болезни.

Отличия инфаркта миокарда от стенокардии имеются на ЭКГ: в первые часы развития инфаркта появляются признаки ишемического повреждения миокарда (подъем сегмента ST, отрицательный Т). ЭКГ у данного больного была снята в первый час заболевания, и на ней нет этих признаков, но имеются признаки ишемии миокарда, характерные для приступа стенокардии. Кроме этого, при биохимическом исследовании крови повышения маркеров инфаркта, АЛТ и АСТ не обнаружено, что свидетельствует о наличии ишемии, а не инфаркта. На ЭКГ в динамике явления ишемии уменьшаются, и их динамика не напоминает картину инфаркта миокарда, проходящую определенные стадии и длящуюся определенное время.

При осмотре, в т.ч. неврологом, остеохондроз шейного и/или грудного отдела позвоночника не обнаружен.

Проведенная ФЭГДС опровергнула обострение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.

Диагноз гипертонической болезни был установлен после исключения следующих заболеваний, сопровождающихся повышением артериального давления:

Почечно-паренхиматозная артериальная гипертензия. Наличие указаний в анамнезе на перенесенный пиелонефрит, мочекаменную болезнь нет. При почечной артериальной гипертензии преимущественно повышается диастолическое давление (возрастает периферическое сопротивление), характерно высокие стойкие цифры артериального давления, злокачественное течение, неэффективность терапии (у больного после назначения соответствующего гипотензивного лечения артериальное давление снизилось до 130/85 мм.рт.ст.) Это опровергает наше предположение о наличии у данного больного почечно-паренхиматозной артериальной гипертензии.

Артериальная гипертензия при феохромоцитоме высокая и стабильная, что наблюдается и у пациента; но она не сопровождается, как при феохромоцитоме, возбуждением, дрожью, подъемом температуры тела, лейкоцитозом, гипергликемией. Наблюдается положительный эффект от терапии β-блокаторами ( при феохромоцитоме - отрицательный). Проведено УЗИ, заключение: без патологии.

Окончательный диагноз: ИБС: стенокардия напряжения. ХСН IIа.ФК III. ПИКС (ОИМ с Q от 6.08.2008г.). Гипертоническая болезнь III степени, III стадии. ГЛЖ. Риск IV. ХСН IIа. ФК III. Атеросклероз. Окклюзия бедренной артерии слева, стеноз подколенной артерии справа. ХАН IIб. ЦВБ. ДЭ I степени. Легкий ЦВ синдром. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ремиссия с 1991г.

Дневник курации

10.03.2011г.

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное.

АД = 120/80 мм рт ст, ЧСС = 56, ЧДД = 17, t = 36,7°С.

Жалобы на онемение пальцев ног. Кожа ног холодная, бледная.

Дыхание в легких везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритмичны, акцент II тона на аорте, ослабление I тона на верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски. Зев спокоен. Язык не обложен. Физиологические оправления в N.

11.03.2011г.

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное.

АД = 115/80 мм рт ст, ЧСС = 52, ЧДД = 16, t = 36,6°С.

Дыхание в легких везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритмичны, акцент II тона на аорте, ослабление I тона на верхушке.

Жалобы на онемение пальцев ног, понижение температуры нижних конечностей.

Живот мягкий, безболезненный. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски. Физиологические оправления в N.

12.03.2011г.

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное.

АД = 115/80 мм рт ст, ЧСС = 48, ЧДД = 16, t = 36,6°С.

Дыхание в легких везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритмичны, акцент II тона на аорте, ослабление I тона на верхушке.

Живот мягкий, безболезненный. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски.

Жалобы сохраняются. Кожа ног бледная, холодная.

Физиологические оправления в N.

14.03.2011г.

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное.

АД = 115/85 мм рт ст, ЧСС = 52, ЧДД = 16, t = 36,6°С.

Дыхание в легких везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритмичны, акцент II тона на аорте, ослабление I тона на верхушке.

Жалобы: онемение пальцев ног уменьшилось. Кожа ног бледная, холодная.

Живот мягкий, безболезненный. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски. Физиологические оправления в N.

15.03.2011г.

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное.

АД = 115/80 мм рт ст, ЧСС = 52, ЧДД = 15, t = 36,6°С.

Жалобы: онемения пальцев ног не отмечает. Кожа ног теплая, бледная.

Дыхание в легких везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритмичны, акцент II тона на аорте, ослабление I тона на верхушке.

Живот мягкий, безболезненный. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски.

Физиологические оправления в N.

16.03.2011г.

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное.

АД = 115/80 мм рт ст, ЧСС = 48, ЧДД = 16, t = 36,6°С.

Жалобы: онемение периодически, кожа ног теплая, бледно-розовая.

Дыхание в легких везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритмичны, акцент II тона на аорте, ослабление I тона на верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски.

Физиологические оправления в N.

17.03.2011г.

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное.

АД = 115/80 мм рт ст, ЧСС = 50, ЧДД = 17, t = 36,6°С.

Жалоб не предъявляет.

Дыхание в легких везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритмичны, акцент II тона на аорте, ослабление I тона на верхушке. Живот мягкий, безболезненный. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски.

Физиологические оправления в N.

18.03.2011г.

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное.

АД = 115/80 мм рт ст, ЧСС = 52, ЧДД = 16, t = 36,6°С.

Жалоб не предъявляет.

Дыхание в легких везикулярное. Тоны сердца приглушены, ритмичны, акцент II тона на аорте, ослабление I тона на верхушке.

Живот мягкий, безболезненный. Кожа и видимые слизистые физиологической окраски. Физиологические оправления в N.

План лечения

Госпитализация в кардиологическое отделение.

Режим 2.

Немедикаментозное: диета с ограничением соли и жирного. Избегать стрессовые ситуации.

Медикаментозное:

И АПФ: лизиноприл 2,5 мг 1 раз в сутки (вечер). Снижает ОПСС, АД, преднагрузку, давление в легочных капиллярах, вызывает увеличение МОК и повышение толерантности миокарда к нагрузкам у больных с ХСН. Расширяет артерии в большей степени, чем вены. Некоторые эффекты объясняются воздействием на тканевые ренин-ангиотензиновые системы. При длительном применении уменьшается гипертрофия миокарда и стенок артерий резистивного типа. Улучшает кровоснабжение ишемизированного миокарда. Ингибиторы АПФ удлиняют продолжительность жизни у больных ХСН, замедляют прогрессирование дисфункции ЛЖ у больных, перенесших инфаркт миокарда без клинических проявлений СН.

β-адреноблокатор: небилет 5 мг 1 раз в день по Ѕ таблетки (утро). Кардиоселективный бета1-адреноблокатор; оказывает гипотензивное, антиангинальное и антиаритмическое действие. Снижает повышенное АД в покое, при физическом напряжении и стрессе. Гипотензивное действие обусловлено также уменьшением активности ренин-ангиотензиновой системы. Снижает потребность миокарда в кислороде.

Антагонист рецепторов ангиотензина II: лориста 50 мг 1 раз в сутки. Является селективным антагонистом рецепторов ангиотензина II. Блокируют все физиологически значимые эффекты ангиотензина II на AT1-рецепторы независимо от пути его синтеза. Снижает общее периферическое сосудистое сопротивление (ОПСС), давление в «малом» круге кровообращения; уменьшает постнагрузку, оказывает диуретический эффект. Препятствует развитию гипертрофии миокарда, повышает толерантность к физической нагрузке. Равномерно контролирует давление на протяжении суток, при этом антигипертензивный эффект соответствует естественному циркадному ритму.

Гиполипидемическое средство - ГМГ-КоА редуктазы ингибитор: вазилип 20 мг 1 раз в день (вечер). Снижает концентрацию ТГ, ЛПНП, ЛПОНП и общего холестерина в плазме.

Для купирования приступа стенокардии: нитроспрей 0,4 мг. Эффекты нитроглицерина обусловлены способностью высвобождать из своей молекулы оксид азота, являющийся естественным эндотелиальным релаксирующим фактором. Оксид азота повышает внутриклеточную концентрацию циклической гуанозинмонофосфатазы, что предотвращает проникновение ионов кальция в гладкомышечные клетки и вызывает их расслабление. Расслабление гладких мышц сосудистой стенки вызывает расширение сосудов, что снижает венозный возврат к сердцу (преднагрузка) и сопротивление большого круга кровообращения (постнагрузка). Это уменьшает работу сердца и потребность миокарда в кислороде. Расширение коронарных сосудов улучшает коронарный кровоток и способствует его перераспределению в области со сниженным кровоснабжением, что повышает доставку кислорода в миокард. Уменьшение венозного возврата приводит к снижению давления наполнения, улучшению кровоснабжения субэндокардиальных слоев, снижению давления в малом круге кровообращения и регрессии симптомов при отеке легких. Нитроглицерин оказывает центральное тормозящее влияние на симпатический тонус сосудов, угнетая сосудистый компонент формирования болевого синдрома.

Нитраты пролонгированного действия: моносан 20 мг 2 раза в день.

Антиагрегант: кардиомагнил 75 мг 1 раз в день.

Метаболическое средство: октолипен 600мг 1 раз в сутки внутривенно. Тиоктовая кислота (альфа-липоевая кислота) - эндогенный антиоксидант (связывает свободные радикалы), в организме образуется при окислительном декарбоксилировании альфа-кетоксилот. Оказывает гепатопротекторное, гиполипидемическое, гипохолестеринемическое, гипогликемическое действие. Улучшает трофику нейронов.

Диуретическое средство: диувер 5 мг 1 раз в сутки после еды. Контроль электролитов 1 раз в месяц.Основной механизм действия препарата обусловлен обратимым связыванием диувера в апикальной мембране толстого сегмента восходящей петли Генле, в результате чего снижается или полностью ингибируется реабсорбция ионов натрия и уменьшается осмотическое давление внутриклеточной жидкости и реабсорбция воды. Диувер в меньшей степени, чем фуросемид, вызывает гипокалиемию, при этом он проявляет большую активность и его действие более продолжительно.

Поливитаминное средство: комбилипен 2 мл 1 раз в день внутримышечно.

Rp.: Tab. Amlodilini 0.005

D.t.d. N 30

S. Принимать по 1 таблетке 1 раз в день вечером.

# # #

Rp.: Tab. Nebileti 0.005

D.t.d. N 15

S. Принимать по Ѕ таблетки 1 раз в день утром.

# # #

Rp.: Tab. “Lorista” 0.05

D.t.d. N 30

S. Принимать по 1 таблетке 1 раз в сутки.

# # #

Rp.: Tab. Vasilipi 0.02

D.t.d. N 30

S. Принимать по 1 таблетке 1 раз в день вечером.

# # #

Rp.: “Nitrosprey-ICN” N 1

D.S. Применять для купирования приступа стенокардии.

Распылить 1-2 дозы под язык, в положении сидя или лежа.

# # #

Rp.: Tab. Monosani 0.02

D.t.d. N 60

S. Принимать по 1 таблетке 2 раза в день утром и днем.

# # #

Rp.: Tab. “Cardiomagnil” N 30

D.S. Принимать по 1 таблетке 1 раз день вечером.

# # #

Rp.: Sol. Octolipeni 0.03 – 10 ml

D.t.d. N 20 in amp.

S. Содержимое двух ампул растворить в 400 мл 0,9 % раствора NaCl.

Вводить внутривенно капельно 1 раз в день.

# # #

Rp.: Tab. Diuveri 0.005

D.t.d. N 30

S. Принимать по 1 таблетке й раз в день утром.

# # #

Rp.: Sol. “Combilipen” 2 ml

D.t.d. N 10 in amp.

S. Содержимое ампулы вводить внутримышечно 1 раз в день.

Прогноз

При приеме всех прописанных лекарственных средств и соблюдении всех рекомендаций – относительно благоприятный.

Этапный эпикриз

Находился в кардиологическом отделении ЖДБ г Кирова с 28.02.2011г. по 18.03.2011г. с диагнозом: ИБС: стенокардия напряжения. ХСН IIа ФК III. ПИКС (ОИМ с Q от 6.08.2008г.). Гипертоническая болезнь III степени, III стадии. ГЛЖ. Риск IV. ХСН IIа.

ФК III. Атеросклероз. Окклюзия бедренной артерии слева, стеноз подколенной артерии справа. ХАН IIб. ЦВБ. ДЭ I степени. Легкий ЦВ синдром. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, ремиссия с 1991г. для диагностики, подбора лечения и профилактики осложнений. Больной поступил на основании результатов ЭКГ, позже появились боли давящего характера за грудиной, иррадиирущие в левую руку, головокружение, потливость.

За время нахождения в стационаре больному проводились следующие исследования:ОАК (от 1.03.11г. Без отклонений), ОАМ (от 1.03.11г. Без патологии.), RW (1.03.11г. Отрицательная), БХАК (от 1.03.11г. Снижение содержания ЛПВП, повышен индекс атерогенности и показатель окклюзии периферических сосудов), ЭКГ (от 28.02.11г. Депрессия ST. От 1.03.11г. Синусовая брадикардия. Рубцовые изменения в переднее-перегородочно-верхушечной области. От 10.03.11г. Без изменений), ЭХО-КГ (Гипертрофия ЛЖ, сократимость миокарда снижена, гипокинез МЖП, диаметр аорты 38 мм, КОДЛЖ 63. ФВ 35 %), УЗИ почек (патологии не выявлено), ФЭГДС (малая язва луковицы двенадцатиперстной кишки в стадии белого рубца) велоэргометрия (снижение толерантности к физической нагрузке), консультации невролога, окулиста, хирурга.

Больной получал лечение:

амлодипин 5 мг 1 раз в сутки (вечер);

небилет 5 мг 1 раз в день по Ѕ таблетки (утро);

лориста 50 мг 1 раз в сутки;

вазилип 20 мг 1 раз в день (вечер);

моносан 20 мг 2 раза в день;

кардиомагнил 75 мг 1 раз в день;

октолипен 600мг 1 раз в сутки внутривенно;

диувер 5 мг 1 раз в сутки после еды;

комбилипен 2 мл 1 раз в день внутримышечно.

Больной отмечает улучшение состояния. Адаптирован к АД = 115/80 мм рт ст. Лечение продолжается.

Рекомендации: диета с ограничением соли и жирного. Избегать стрессовых ситуаций. Санаторно-курортное лечение.