Кафедра пропедевтики

 внутренних болезней

 заведующий кафедрой

 профессор, ДМН

 Вознесенский Н.К.

 ассистент

 Савиных Е.А.

**история болезни**

**по пульмонологии и**

**кардиологии**

Больной: ФИО

Диагноз: ИБС, стенокардия напряжения II ФК,

 Гипертоническая болезнь II ст, энцефалопатия.

 Куратор:студент лечебного

 факультета группы Л-317

 Жураковская О.В.

г.Киров

2000

**Общие сведения о больном:**

1.Ф.И.О.

2.28.02.1923 год рождения.

3.национальность- русская.

4.образование- среднее.

5.место работы- не работает.

6.домашний адрес-

7.поступила в клинику 24.11.00 (в 12.00) со скорой помощью.

**Данные расспроса больного:**

# I. Основные жалобы:

 Больная жалуется на повышение АД до 300(рабочее давление 160/100), головные боли, дрожь, рвоту, мелькание мушек перед глазами, шум в ушах.

 Боли в области сердца давящие, тупые. Во время приступа боли колющего характера, разлитые, долгие, интенсивные. Боли сопровождаются головокружением. После укола (какого, больная не знает) боли проходят примерно через 40 мин.

II.Общие жалобы:

 Слабость, недомогание.

III. Со стороны других органов и систем жалоб нет.

Anamnes morbi:

1. С 1972 г считает себя больной, когда впервые почувствовала боли в области сердца. В течение последних 5 лет было 3 приступа с резким повышением АД, головокружением, мельканием мушек перед глазами, слабостью. Во время последнего приступа вызывала скорую помощь и поступала в клинику на лечение.
2. Больная связывает появление основных жалоб со стрессовой ситуацией (смерть мужа).
3. За медицинской помощью не обращалась, лечилась дома, принимая валидол.
4. Поступила в клинику на лечение в период приступа.

Anamnes vitae:

 Родилась в Свечинском районе, где жила до 1944 г. В семье было 8 детей, работать начала с 12 лет. С 1944 г живет в Кирове, работала бухгалтером. На момент курации не работает.

 Семейное положение: вдова, имеет дочь.

 Жилищно-бытовые условия: квартира благоустроенная, питается дома, регулярно.

 Болела простудными заболеваниями, дизентерией.

 Венерические заболевания, туберкулез, гепатит, СПИД – отрицает.

 Младшая сестра имеет подобное заболевание.

 Аллергия на пенициллин, аллергия на продукты питания отсутствует.

 Гемотрансфузия ранее не проводилась.

**Данные физикальных методов исследования.**

I.Общий осмотр больного.

1.Общее состояние – удовлетворительное.

2.Сознание - ясное.

3.Положение больного – активное.

4.Конституция – гиперстеник.

5.Телосложение – правильное.

6.Рост – 162 см.

 вес – 75 кг.

 Росто-весовой показатель-46

**Кожные покровы.**

 Бледной окраски, чистые, степень влажности нормальная, эластичность снижена.

**Видимые слизистые**

Физиологической окраски, чистые.

**Подкожная клетчатка**

 Развита нормально, жировой слой распределен равномерно,

**Лимфатические узлы**

 Подчелюстные, шейные, надключичные, подмышечные, паховые- не увеличены.

**Кожно-мышечная система**

 При пальпации в норме, позвоночнмк имеет физиологические изгибы.

**Суставы**

 При пальпации в норме.

**Температура** – нормальная.

II. Система дыхания.

**Состояние верхних дыхательных путей** – дыхание через нос.

***Осмотр грудной клетки.***

Статический осмотр:

•форма грудной клетки –нормостеничная

•над- и подключичные ямки выражены незначительно;

•симметричность ключиц;

•выраженность угла Людовицы;

•направление ребер умеренно косое;

•эпигастральный угол приблежается 90°;

•лопатки симметрично отстоят от грудной клетки.

 Динамический осмотр:

•ЧД = 20;

•тип дыхания грудной;

•движение грудной клетки при дыхании равномерное;

Пальпация:

•резистентность межреберных промежутков;

•голосовое дрожание не изменено;

Перкуссия:

•высота стояния верхушек легких спереди справа и слева–4см, сзади – справа и слева на уровне остистого отростка VII шейного позвонка.

•ширина полей Кренига – 8 см;

Расположение нижних границ легких.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Место перкуссии | Правое легкое | Левое легкое |
| Окологрудин. линия | 5 м/реберье |  --- |
| Ср.ключичная линия | VI ребро |  ---  |
| Передне подмышечная линия | VII ребро | VII ребро |
| Ср.подмышечная линия | VIII ребро | VIII ребро |
| Задне подмышечная линия | IX ребро | IX ребро |
| Лопаточная линия | X ребро | X ребро |
| Околопозвоночная линия | Остистый отросток XI гр. позвонка | Остистый отросток XI гр. позвонка |

Подвижность нижних краев легких

|  |  |
| --- | --- |
| Топографическая Линия | Подвижность нижнего края легкого, см |
|  правого |  левого |
| На вдохе | На выдохе | суммарная | На вдохе | На выдохе | суммарная |
| Среднеключичная линия | 2-3 | 2-3 | 4-6 | -- | -- | -- |
| Ср. подмышечная линия | 3-4 | 3-4 | 6-8 | 3-4 | 3-4 | 6-8 |
| Лопаточная линия | 2-3 | 2-3 | 4-6 | 2-3 | 2-3 | 4-6 |

Аускультация:

•над всей поверхностью легких - везикулярное дыхание.

•патологических хрипов нет.

•соотношение фаз вдоха и выдоха сохранено.

**III Сердечно- сосудистая система:**

***Осмотр области сердца и переферических сосудов.***

 **•**видимой пульсации височных, сонных, в яремной ямке,артерий конечностей нет, венный пульс отсутствует.

**•**выпячиваний области сердца нет.

**•**видимой пульсации легочного ствола, аорты, сердечного толчка и эпигастральной пульсации нет.

•верхушечный толчок располагается в межреберье на 1 см кнутри от СКЛ.

•увеличения живота нет.

Пальпация:

•состояние височных, сонных, дуги аорты, плечевой артериии в норме.

•артериальный пульс:

 1)симметричный; 5)полный;

 2)ритмичный; 6)большой;

 3)частота- 57; 7)высокий и скорый.

 4)твердый ;

•верхушечный толчок:

 1)положение- 5 м/реберье на 1 см кнутри от СКЛ;

 2)ограниченный;

 3)высокий;

 4)сильный;

 5)резистентный.

•дрожания грудной клетки нет.

•патологических пульсаций нет.

•трения перикарда нет.

Перкуссия:

•границы относительной сердечной тупости:

 правая-на 1 см кнаружи от правого края грудины в 4 м/реберье;

 левая- на 1 см кнутри от левой СКЛ в 5 м/реберье;

 верхняя- на 1 см кнаружи от левой грудинной линии на уровне верхнего края III ребра;

 талия сердцп- по парастернальной линии в 3 м/реберье;

 границы сосудистого пучка- 2 м/реберье по краям грудины.

•границы абсолютной сердечной тупости:

 правая- левый край грудины в 4 м/реберье;

 левая- на 1 см кнутри от левой границы относительной сердечной тупости в 5 м/реберье;

 верхняя- на уровне IV ребра по линии, расположенной на 1 см латерально от левой грудинной линии.

Аускультация:

•тоны ясные, ритмичные,ЧСС=20/в мин,соотношение тонов во всех точках:ослабление I тона на верхушке,акцент II тона над аортой, ритм двучленный.

•патологических шумов нет.

Предварительный диагноз:

 Гипертоническая болезнь IIст декомпенсеции,энцефалопатия II ст.

**Синдромы:**

1. Синдром артериальной гипертензии(ведущий):

 Под влиянием стрессовой ситуации, повышается возбудимость коры головного мозга и гипоталамических вегетативных центров. Это приводит к спазму артериол внутренних органов, особенно почек, что в свою очередь вызывает продукцию ЮГА почек ренина, в присутствии которого неактивная форма ангиотензина плазмы переходит в активную, обладающую выраженным прессорным действием. В результате этого повышается АД.В дальнейшем повышенте АД становится более постоянным.,т.к увеличивается влияние прессорных механизмов.

 Симптомы:

•повышение АД более160/100

•пульс симметричный, твердый(из-зи уплотнения сосудистой стенки),высокий и скорый(из-зи снижения эластичночти аорты)

•перкуторно- расширение границ сосудистого пучка,

•аускультативно- ослабление I тона на верхушке, акцент II тона над аортой.

2)Синдром поражения миокарда:

•синдром кардиалгии

 --боли давящие,тупые.Во время приступа- колющее,долгие, разлитые.

•синдромкардиомегалии

-- аортальная конфигурация сердца

-- ЭКГ: Rv5,6>Rv4,эл.ось отклонена влево, смещение переходной зоны вправо,кV1,2, увеличения времени внутреннего отклонения в V5,6>0,05”, смещение сегментаST и отрицательный T в V56, I, aVL.

3)Синдром сосудистой энцефалопатии:

 --головокружение, шум в ушах, мелькание мушек перед глазами.

4)Синдром коронарной недостаточности:

Причиной приступа стенокардии является ангиоспозм, который связан с нарушением механизмов нейрогуморальной регуляции сердца.Вследствие этого увеличивается потребность миокарда в кислороде и развивается гипоксия.,которая ведет к нарушению обмена веществ,выходу из клеток БАВ, раздражающих интерорецепторы миокарда и адвнтиции сосудов.

•синдром коронарных болей:

 --боли давящего характера,возникают в стандартных условиях,длительные;

-- ЭКГ:во время приступа- депрессия сегмента ST , появление отрицательного T.

5)Синдром клинико-анамнестический.

План дополнительных исследований больного:

1.ОАК.

2.Б/химический анализ крови.

3.ОАМ .

4.Анализ мочи по Нечипоренко.

5.Анализ мочи по Зимницкому.

6.ЭКГ.

7.Окулист.

8.ЭХО-КС.

Данные лабораторных ,инструментальных методов обследования и консультаций специалистов:

1.ОАК

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Критерии | Показатель | Норма |
| Гемоглобин | 137 г/л | 115 - 145г/л |
| Эритроциты | 4,2\*10 /л | 3,7-4,7\*10 /л |
| ЦП | 0,9 | 0,86 – 1,05 |
| Лейкоциты | 4,0\*10 /л | 4 – 8,8 \* 10 /л |
|  Миелоциты |  | Отсутствуют |
|  Метамиелоциты |  | Отсутствуют |
|  Пя | 2% | 1- 6% |
|  Ся | 70% | 47 – 72% |
|  Эозинофилы |  | 0,5 – 5% |
|  Базофилы |  | 0 – 1% |
|  Лимфоциты | 23% | 19 – 37% |
|  Моноциты | 5% | 3 – 11% |
|  плазм.клетки |  | Отсутствуют |
| СОЭ | 20мм/ч | 2 – 15мм/ч |

 Заключение: повышенное СОЭ

1. Биохимический анализ крови:

холестерин – 3,64 ммоль/л

липопротеины – α – ЛП – 3,84 г/л

 β - ЛП – 2,82 г/л

 пре – β – ЛП – 0,45 г/л

триглицериды – 0,40 ммоль/л

мочевина – 2,50 ммоль/л

креатинин – 44 мкмоль/л

Заключение: биохимические показатели крови в норме.

1. Общий анализ мочи:

цвет – соломенный, прозрачная

реакция – кислая

белок – нет

сахар – нет

билирубин – нет

анализ мочи по Нечипоренко (в 1мл)

 эритроциты до 1.000

 лейкоциты до 2.000

микроскопическое исследование мочевого осадка

 лейкоциты – 2 – 4 в п/зр.

проба Зимницкого

 суточный диурез – 80% от всей выпитой жидкости

 отношение дневного диуреза к ночному – 3:1

Заключение: общий анализ мочи в норме.

4.ЭКГ:

5.Окулист:

 при исследовании глазного дна обнаружено диффузное суже -

 ние артерий и артериол сетчатки.

6.ЭХО – КС:

 утолщение стенок левого желудочка: ТЗСЛЖ и ТМЖП более

 11 мм, масса миокарда ЛЖ – более 141 гр. Расширение полос-

 ти ЛЖ более 56 мм .

Заключение: на ЭХО – КС выявлены признаки гипертрофии левого желудочка.

**Окончательный диагноз**: ИБС, стенокардия напряжения II ФК. Гипертоническая болезнь II степень, энцефалопатия.

 План лечения:

 1.Адренергические средства(Клофелин)

 2.Антогонисты кальция(Нифедипин)

 3.Вазодилататоры(Нитроглицерин)

 4.Средства, улучшающие мозговое кровообращение(Циннаризин)

 5.Снижение поваренной соли.

 6.Достаточное потребление калия, кальция, магния.

 7.Физиотерапевтическое лечение( магнито- и лазеротерапия, души, бальнеотерапия, массаж)

 8.Санаторно- курортное лечение.

Этапный эпикриз:

Больная Ванеева Антонина Исаковна 77лет, с по находится в кардиологическом отделении Северной городской клинической больницы с диагнозом ИБС, стенокардия напряжения II ФК, гипертоническая болезнь II ст, энцефалопатия.

 Жалолбы, предъявляемые больной:боли, давящего, тупого характера вне приступа. При приступе – колющие, долгие, разлитые.Головокружение, дрожь, рвота, мелькание мушек перед глазами, шум в ушах

Обьективно:состояние- удовлетворительное. Дыхание в легких везикулярное, патологических шумов нет, соотношение фаз вдоха и выдоха сохранено.Конфигурация сердца аортальная, аускультативно- ослабление I тона на верхушке, акцент II тона над легочным стволом.

 Проведено обследование: ОАК-повышено СОЭ;Б/химический АК- в норме; ОАМ- в норме; окулист- диффузное сужение артерий и артериал сетчатки; ЭХО-КС- гипертрофия миокарда левого желудочка.

Проведено лечение:

**Прогноз:**

Прогноз для здоровья- неблагоприятный, так как болезнь носит хронический, прогрессирующий, рецедивирующий характер.

Прогноз для жизни благоприятный.

Прогноз для работы неблагоприятный.

**Рекомендации:**

Соблюдение диеты с ограничением соли,постоянный контроль АД, медикаментозное лечение, нормализация сна, соблюдение реж

Има дня и отдыха, избегать стрессовых ситуаций , периодически санаторно- курортное лечение.