#### Паспортные данные:

##### Ф.И.О.:

Возраст: 74 года (дата рождения: 25 апреля 1929 г.)

Место жительства:

Место работы: Пенсионерка

Семейное положение: Замужем

Дата поступления в больницу: 8 января 2003 г.

Время курации: с 9 января 2003 по 23 января 2003

Диагноз при поступлении: Ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения, II функциональный класс, нарушение кровообращения II ст.

Клинический диагноз:

Основное заболевание: ИБС: стенокардия напряжения II ФК, НК I ст.;

Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь III стадии, риск 4 (очень высокий). Хронический гастрит. Хронический калькулезный холецистит. Двухсторонний деформирующий гонартроз, медленно прогрессирующее течение.

Особые отметки: аллергическая реакция на пенициллин, новокаин

###### Жалобы

На головную боль, головокружение, шум в ушах, слабость, чувство сердцебиения, боли за грудиной, одышку, особенно проявляющиеся при повышенном артериальном давлении.

Детализация основных жалоб:

* Головная боль ноющего характера в области затылка, появляется при повышении артериального давления.
* Головокружение и слабость по словам больной присутствуют постоянно, усиливаются при повышении артериального давления.
* Шум в ушах – постоянный, не мешает различать отдельный звуки, усиливается при повышении артериального давления.
* Сердцебиение, чувство сдавления за грудиной возникают после небольшой физической нагрузки (подъем на 1-2 этаж), проходят после отдыха.
* Боли за грудиной сжимающего характера, иррадиируют в левый сосок, ключицу, лопатку, возникают после психоэмоционального напряжения, небольшой физической нагрузки (подъем на 1-2 этаж), снимаются Верапамилом. Так же появляются в ночное время, нарушая сон, купируются Верапамилом.
* Одышка смешанного характера, появляющаяся после небольшой физической нагрузки (подъем на 1 этаж), проходящая после отдыха

**Дополнительные жалобы:**

Система органов дыхания: носовое дыхание не затруднено, свободное; выделяемого из носа не отмечает. Жалобы на сухой кашель с трудно отделяемой мокротой. Одышка смешанного характера, появляется при слабой физической нагрузке и проходит в покое, периодически появляется по ночам, сопровождается сухим кашлем.

Система органов кровообращения: отмечает онемение и замерзание пальцев рук и ног. Отеки нижних ¾ голени, появляющиеся к вечеру.

Система органов пищеварения: аппетит не изменен, вкус не извращен, неприятного запаха изо рта нет. Жалобы на отрыжку воздухом, изжогу, периодически появляющуюся по утрам, устроняемую приемом пищи. Стул регулярный, оформленный, 1-2 раза в сутки, не изменен.

Система органов мочевыделения: жалобы на боль в поясничной области ноющего характера, мочеиспускание не нарушено, приблизительно 5-6 раз в сутки. Отеков в области поясницы нет.

Половая система: болей внизу живота нет, выделений нет.

Эндокринная система: масса тела в последний месяц без изменений, жалобы на постепенное увеличение массы тела за последние 10-12 лет. На выпадение волос, ломкость ногтей жалоб не предъявляет. Жалобы на периодически появляющуюся потливость, преимущественно по ночам, на постоянную слабость, усиливающуюся при физической нагрузке и проходящую после отдыха, а так же усиливающуюся на фоне повышенного артериального давления.

Нервная система: жалобы на нарушение сна (сон с 22:00-3:00), часто просыпается по ночам. Головные боли ноющего характера, часто появляющиеся на фоне повышенного артериально давления, шум в ушах. Жалобы на нарушение зрения: нечеткое видение предметов, размытый контур предметов на расстоянии, сумеречное зрение сохранено.

Система опорно-двигательных органов: жалобы на боли в позвоночнике ноющего характера, без определенной локализации, на боли в суставах при движении, ноющего характера, ощущение припухлости над суставами, чувство давления, все вышеперечисленное купируется приемом нестероидных противовоспалительных средств.

**Вывод:**

На основании жалоб на чувство сердцебиения, боли за грудиной, сжимающего характера с иррадиацией в левый сосок, ключицу и лопатку, возникающией после небольшой физической нагрузки (подъем на 1-2 этаж) и в ночное время, снимающиеся Верапамилом можно предположить, что в патологический процесс вовлечена сердечно-сосудистая система.

Ввиду жалоб больной на головную боль, головокружение, нарушение сна, повышенную потливость можно предположить о вовлечении в патологический процесс нервно-эндокринной системы.

На основании жалоб больной на боли в позвоничнике ноющего характера без определенной локализации, боли в суставах, появляющиеся при движении, чувство распирания и давления в них предполагается вовлечение в патологический процесс опорно-двигательного аппарата.

И ввиду жалоб на изжогу и отрыжку, возникающие чаще по утрам можно предположить можно предположить о вовлечении в патологический процесс пищеварительной системы.

Ведущие синдромы:

* Кардиальные (боль в области сердца, сжимающего характера)
* Артериальной гипертензии (артериальное давление максимально повышается до 200/110 мм. рт. ст.)
* Церебральные (головная боль и головокружение)

# Anamnesis morbi

Больной считает себя с 1989 года, когда на фоне стресса, сильного психоэмоционального напряжения всвязи со смертью мужа стала отмечать боли в области сердца приходящего характера, повышение АД, и на этом фоне головные боли и головокружение. С тех же пор отмечает ухудшение зрения. Обратилась к врачу и была направлена на стационарное лечение, чем лечилась- не помнит, но была выписана с улучшением. Тогда же был поставлен диагноз: ИБС, стенокардия напряжения, II функциональный класс. До этих пор подобных жалоб не было, повышения АД не отмечала. С тех пор постоянно принимает лечение: Кардофен, Нитроглицерин (во время приступов). Сейчас принимает Энап, Верапамил во время приступов, Нитроглицерин- противопоказан. В течение последних 10-12 лет состояние остовалось относительно стабильным, с медленной прогрессией симптомов. Наблюдалась у терапевта на диспансерном учете, стационарное лечение до настоящего момента не получала. В ноябре- декабре 2002 года состояние стало ухудшаться: усилились головные боли, головокружение, участились боли в сердце, жгущие, колящие с иррадиадиацией в левый сосок, ключицу и лопатку.Чаще боли возникают по ночам, что нарушает сон, снимается Верапамилом. Обратилась в поликлинику и была направлена в стационар для обследования и назначения адекватной терапии. Одышка появилась в 1989 году и с тех пор медленно прогрессирует, в настоящее время появляется при небольшой физической нагрузке (подъем на 1-2 этаж), проходит в покое, иногда появляется во время приступа боли.

Артериальное давление повышается с 1989 года (до 140/70) . В настоящее время повышается до значений 200/110 мм рт ст.

**Вывод:** Исходя из анамнеза заболевания можно сделать вывод, что заболевание носит хронический характер. Начало связано со стрессом. Заболевание так же носит прогрессирующий характер, так как состояние больной со временем ухудшается, чаще возникают боли в области сердца, усилилась головная боль, головокружение, имеет место более значительное повышение АД, усиление одышки. В настоящее время наступило ухудшение, требующее смены тактики лечения и дальнейшего обследования.

# Anamnesis vitae

Родилась 25 апреля 1929 года в г. Чита, первый ребенок в семье, есть младший брат. Росла и развивалась нормально, в умственном и физическом развитии от сверстников не отставала. Социально-бытовые условия были удовлетворительные.

После школы закончила курсы бухгалтеров, работала зам. Начальника счетного отдела (работа связана с сильным психоэмоциональным перенапряжением и стрессами).

В настояще время проживает в городе Барнауле в благоустроенной квартире, социально-бытовые условия удовлетворительные. Была замужем, муж умер в 1989 году. Больная на пенсии.

Менструации с 16 лет, регулярные, безболезненные, установились сразу. 9 беременностей, 6 абортов, трое родов, течение родов без особенностей климакс с 54 лет.

Перенесенные заболевания: в детстве дифтерия, корь, тонзиллит (2-3 раза в год). Остеохондроз шейного отдела позвоночника с 1969 г. Хронический обструктивный бронхит с 1982 года. Хронический гастрит с 1965 г. Двухсторонний деформирующий гонартроз с 1984 г.

Травм и ранений не было. Перенесенные операции:

* В 1951 г.- вскрытие молочной железы по поводу гнойного мастита
* В 1998 г.- операция на глазах по поводу глаукомы, проведена в Новосибирске

Гемотрансфузии отрицает. Туберкулез, вирусный гепатит, венерические заболевания отрицает у себя и у родственников. Аллергологический анамнез: реакция на пенициллин и новокаин.

Вредных привычек нет. Судимость отрицает.

Санаторно-курортное лечение проходит регулярно.

Генеалогическое древо:

Р

 I

 II

 Ш

 IV

* ИБС

Легенда:

I **1**– бабушка пробанда- страдала ИБС, умерла от инфаркта в 65 лет.

II **2** – отец пробанда- страдал ИБС, умер в 64 г от инфаркта миокарда

III **1**- пробанд, женщина 74 лет, страдает ИБС

III **2** – муж пробанда страдал ИБС, умер от заболевания крови.

III **3** – брат пробанда, страдает ИБС

IV **1**- дочь пробанда, 59 лет, страдает ИБС, ГБ

IV **2**- дочь пробанда, 49 лет, страдает ИБС

IV **3** – сын пробанда, 44 года, страдает ИБС

Заключение: В родословной выявлен аутосомно-доминантный тип наследования ИБС

**Вывод:** Исходя из анамнеза жизни можно выделить следующие предрасполагающие факторы для развития сердечно-сосудистой патологии: отягощенная наследственность (отец, бабушка по отцовской линии страдали ИБС, умерли от инфаркта миокарда, брат и дети страдают ИБС), постоянные стрессы и псиохоэмоциональное перенапряжение, возраст больной- 74 года, наличие в анмнезе болезней сердца, гипертоническая болезнь с 1989 г.

# Status praesens communis

Общее состояние больной удовлетворительное, сознание ясное. Положение больной в постели свободное, активное. Выражение лица спокойное, поведение адекватное, эмоции сдержаны. Осанка правильная, телосложение правильное. Больная повышенного питания. Конституция гиперстеническая. Рост больной 156 см, вес 80 кг.

Кожа, переферические лимфоузлы и слизистые оболочки:

Кожные покровы бледные, сухие. Участков гиперпигментации, расчесов, высыпаний, геморрагий, сосудистых звездочек нет. Эластичность и тургор равномерно снижены, оволосение по женскому типу. Ногти нормальной формы. Слизистая рта бледно-розовая, патологических изменений не выявлено.

Подкожно жировая клетчатка избыточно развита (толщина кожно-подкожно-жировой складки под лопаткой 4 см), преимущественно в области передней брюшной стенки, поясницы. Отеки в нижней трети голени, запястьях, усиливаются к вечеру.

Периферические лимфоузлы не увеличены. Молочные железы не увеличены, пальпаторно никаких образований не определяется, сосок без особенностей, при надавливании выделений нет.

Опорно-двигательный аппарат:

Общее развитие мышечной системы нормальное, тонус сохранен. Болезненности при ощупывании мышц нет, атрофии и уплотней не обнаружено.

Деформаций костей и болезненности при пальпации и поколачивании нет. Утолщений и неровностей надкостницы нет. Искривлений позвоничника нет. Нарушена конфигурация коленных, лучезапястных и голеностопных суставов, определяется болезненность при их пальпации, объем пассивного и активного движений снижен из-за боли и припухлости.

Органы дыхания:

Частота дыхательных движений 20 дыхательных движений в минуту, ритмичное. Тип дыхания грудной. Патологических типов дыхания (Чейн-Стокса, Куссмауля, Биота) не наблюдается. Носовое дыхание не затруднено, изменений формы носа нет. Пальпация и перкуссия придаточных пазух носа безболезненна. Деформации гортани, отклонения ее от хода срединной линии не наблюдается, пальпация безболезнена, голос обычный: охриплости, афонии нет. Форма грудной клетки нормостеническая, обе половины симметричны, в акте дыхания участвуют одинаково. Межреберные промежутки не расширены, плотное прилегание лопаток, ключицы симметричные.

При пальпации грудной клетки болезненность не выявлена. Резистентность слегка не изменена, голосовое дрожание равномерное.

При сравнительной перкуссии отмечается ясный легочный звук над обеими легкими по всем 9 парным точкам выслушивания.

При топографической перкуссии:

высота стояния верхушек легких справа 4 см, слева 4 см

ширина полей Кренига справа 5 см, слева 5 см

|  |
| --- |
| Нижние границы легких |
|  Линии |  Справа |  Слева |
|  |
| Парастернальная |  5 м/р |  - |
| Среднеключичная |  6 м/р |  - |
| Передняя подмышечная |  7 м/р |  7 м/р |
| Средняя подмышечная |  8 м/р |  8 м/р |
| Задняя подмышечная |  9 м/р |  9 м/р |
| Лопаточная |  10 м/р |  10 м/р |
| Паравертебральная |  11 м/р |  11 м/р |
| Остистый отросток T**XII** |
| Подвижность легочного края |
|  |
| Среднеключичная |  5 см |  - |
| Средняя подмышечная |  6 см |  6 см |
| Лопаточная |  5 см |  5 см |
|  |  |  |

Аускультативно:

Дыхание везикулярное, хрипов нет. Шум трения плевры и плевро-перикардиальный шум отсутствуют.

Сердечно-сосудистая система:

При осмотре и пальпации по ходу перефирических сосудов патологических отклонений и боли не обнаружено.

 При осмотре области сердца сердечного горба и патологических пульсаций не обгаружено. Верхушечный толчок не пальпируется. Сердечного толчка нет. Пальпаторно гипералгии над областью сердца не выявлено.

|  |
| --- |
| Границы относительной тупости сердца |
| Правая | В IV межреберье у правого края грудины  |
| Левая | В V межреберье по среднеключичной линии |
| Верхняя | В III межреберье слева по окологрудинной линии |
| Границы абсолютной тупости сердца |
| Правая | Левый край грудины в IV межреберье |
| Левая | На 1,5 см кнутри от среднеключичной линии в V межреберье |
| Верхняя | У левого края грудины в IV межреберье |

Поперчник 12 см, длинник 15 см. Конфигураци сердца аортальная. Ширина сосудистого пучка во II межреберье 6 см

Аускультативно:

Ритм правильный, тоны сердца глухие в 4 основных и 3 дополнительных точках (Боткина, Наунина, Левиной), патологических шумов нет, раздвоений и расщеплений тонов нет. ЧСС 80 уд/мин

Исследования сосудов:

При осмотре пульсации сосудов шеи не обнаружено. При осмотре и пальпации сонных и лучевых артерий видимых изменений не наблюдается, сосуды эластичны, извитостей нет, безболезненны, варикозных расширений нет. Уплотнений по ходу вен нет.

Симптом Квинке отрицательный. Пульс на лучевых артериях обеих рук одинаковый: ритм правильный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Частота пульса 80 уд/мин. Дефицита пульса нет. АД= 150/70 мм рт ст

При аускультации аорты и сонных артерий патологических шумов не наблюдается.

Пищеварительная система:

При осмотре ротовой полости: красная кайма губ обычного цвета, высыпаний нет. Слизистая бледно розовая, блестящая, изъязвлений нет. Десны твердые розового цвета, без воспалительных явлений, не кровоточат.. Язык влажный, розовый, без налета, видны отпечатки зубов по краю языка, миндалины не увеличины, небные дужки без изменений. Акт глотания не нарушен. Прохождение пищи по пищеводу не затруднено.

Зубная формула:

к к к о о о к о к к к к к к к к

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

о к к к к к к к к к к о о к о

о- отсутствие зуба

 к- корень

Осмотр живота: Живот правилиной формы, симметричен, в акте дыхания участвует, пульсации в эпигастральном углу нет. Видимая перистальтика кишечника и желудка не отмечается. Выбуханий в правом подреберье нет.

Пальпаторно: температура и влажность кожи живота одинаковая на симметричных участках. Отмечается легкое напряжение брюшного пресса. Расхождения прямых мышц живота, грыжевых ворот нет. Болезненности не обнаружено. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

В ПЖК патологических образований не выявлено.

Методическая глубокая пальпация по Образцову-Стражеско: сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде гладкого малодвижного цилиндра, толщина приб. 2 см., не болезненна. Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области, умеренно болезнена, отмечается урчание при пальпации. Нисходящая ободочная кишка пальпируется в левом боковом отделе живота в виде тяжа приб. 3 см в диаметре, умеренно болезненна. Восходящая ободочная кишка пальпируется в правом боковом отделе живота в форме подвижного безболезненного цилиндра. Поперечноободочная кишка пальпируется в виде поперечнорасположенного цилиндра, умеренного болезненного и напряженного. Свободно перемещается вверх и вниз. Желудок пальпируется в эпигастральной области, поверхность гладкая, большая кривизна определяется на 2,5 см выше пупка. Селезенка не увеличена.

При осмотре области печени выбуханий и образований не обнаружено. При глубокой пальпации печени нижний край печени не выходит из-под края реберной дуги, ровный, закругленный, безболезненный. Симптом качелей отрицательный.

Перкуторно размеры печени по Курлову: 9 / 8 / 7 см.

Селезенка не пальпируется, безболезнена. При осмотре в ее проекции выбуханий не обнаружено. При перкуссии селезенки по Курлову:

* передняя подмышечная линия 6 см
* X ребро 7 см

Желчный пузырь и pancreas не пальпируются.

Стул со слов больной регулярный, 1 раз в сутки, оформленный в виде цилиндра, коричневого цвета.

Аускультативно: шум перистальтики кишечника.

Мочевыделительная система:

Осмотром поясничной области отеков и припухлостей не выявлено. При глубокой пальпации стоя и лежа почки не пальпируются. Симптом поколачивания положительный слева. Болезненностей по ходу мочеточников нет. Пальпаторно мочевой пузырь безболезненный. Мочеиспускание безболезненное, регулярное, 3-5 раз в день.

Нейроэндокринная система:

Движения скоордированы, сознание ясное, поведение адекватное, настроение хорошее, на вопросы отвечает адекватно. Ориентируется в пространстве и времени. Слух и обоняние в норме. Зрение снижено (глаукома с 1998). Тремора рук нет. Глазные симптомы: экзофтальма нет, мигание редкое, блеск глаз умеренный, западения глазных яблок нет. Зрачковый рефлекс в норме.

Вторичные половые признаки по женскому типу. Щитовидная железа умеренно увеличена, эластичной консистенции, узлов нет, безболезнена.

**Вывод:**

Анализируя данные, полученный при проведении объективного обследования, можно сделать вывод, что в патологический процесс вовлечена сердечно-сосудистая система, так как отмечается некоторое расширение границ относительно тупости сердца влево на 1,5 см. При аускультации тоны сердца глухие. Все это говорит о гипертрофии левого желудочка и аортальной конфигурации сердца.

# Предварительный диагноз

Исходя из жалоб больной на сердцебиение, боли за грудиной сжимающего характера, купируеммые приемом нитроглицерина, шум в ушах, головные боли, повышенное АД, одышку смешанного характера, возникающую после незначительной физической нагрузки (подъем на 1 этаж), проходящую после отдыха, предполагаем, что в патологический процесс вовлечена сердечно-сосудистая система.

Учитывая жалобы больной на головную боль, головокружение, шум в ушах, снижение зрения, чаще связанные с повышением артериального давления, можно сказать, что в патологический процесс вовлечена центральная нервная система.

Всвязи с жалобами на одышку смешанного характера и сухой кашель по ночам можно говорить о вовлечении в патологический процесс дыхательной сиситемы.

На первое место выходят основные жалобы больной: боли за грудиной сжимающего характера, одышка, головные боли. Они говорят о том, что главной пораженной системой является сердечно-сосудистая. Это подтверждается анамнезом заболевания и анамнезом жизни больной. Из анамнеза заболевания ясно, что заболевание имеет начало в 1989 году, когда на фоне перенесенного психоэмоционального перенапряжения больная впервые стала отмечать вышеописанные симптомы. Заболевание носит прогрессирующий характер, т.к. состояние больной стабильно ухудшается, несмотря на терапию: Энап, Верапамил. В настоящий момент можно отметить очередное ухудшение состояния, что стало причиной госпитализации больной. Из анамнеза жизни выявлено множество предрасполагающих факторов к развитию сердечно-сосудистой патологии: наследственный фактор (отец и бабушка по отцовской линии страдали ИБС, умерли от инфаркта миокарда), постоянные стрессы и психоэмоциональные перегрузки, возраст больной- 74 года, наличие в анамнезе болезней сердца и повышение АД с 1989.

Проводя объективное обследование по системам, обнаружены отклонения от нормы со стороны сердечно-сосудистой системы: смещение границ относительной и абсолютной тупости сердца влево, приглушенные тоны сердца, одышка. Это говорит о слабости сердечной мышцы левого желудочка. Т.о. можно предположить о левожелудочковой недостаточности, что проявляется застоем крови в малом круге кровообрщения, что, следовательно, приводит к нарушению процесса оксигенации крови в легких, и соответственно к гипоксии организма, в т.ч. головного мозга. Что определяет головную боль и головокружение. Данное состояние усугубляется хроническим бронхитом, который имеется в анамнезе жизни больной. О снижении сократимости миокарда свидетельствуют приглушенные тоны сердца, это сопровождается снижением сердечного выброса и увеличением остаточного объема, что вызывает перегрузку миокарда и развитие дилатации и гипертрофии левых отделов сердца, что объективно доказывается смещением границ сердца влево.

На основании этих видимых изменений системе кровообращения, учитывая анамнез жизни и болезн больной, можно предположить, что это ишемическая болезнь сердца.

На основании жалоб больной (боли в области сердца снимаются приемом нитроглицерина!) можно предположить, что у нее стенокардия. Т.к. это заболевание носит прогрессирующий характер, что ясно из анамнеза заболевания- это стенокардия напряжения. Приступы стенокардии возникают при быстрой хотьбе, при подъеме на 2ой этаж, поэтому можно предположить, что это II функциональный класс стенокардии напряжения. Наличие одышки после небольшой физической нагрузки (подъем на 1-2 этаж), ходьбе на 200-300 м, снижение толерантности к физической нагрузке, наличие признаков гипоксии органов большого круга кровообращения, умеренное ограничение трудоспособности (быстрая утомляемость) говорят о недостаточности кровообращения I степени.

На основании жалоб на изжогу и периодически возникающую одышку, а так же хронический гастрит в анамнезе жизни, предполагаем о том что данная патология имеет место у больной и в настоящее время.

На основании жалоб больной на боли в коленных суставах, усиливающиеся при физических нагрузках, периодически возникающую припухлость, нарушение подвижности, артроз коленного сустава в анамнезе, можно поставить диагноз: двухсторонний деформирующий гонартроз, медленно прогрессирующее течение.

Исходя из вышеперечисленного можно поставить следующий предварительный диагноз: ИБС: стенокардия напряжения, II функциональный класс, нарушение кровообразщения I степени, гипертоническая болезнь III стадии, степень риска 4. Хронический гастрит. Дегенерирующий остеоартроз коленного сустава, медленно прогрессирующее течение.

# План допополнительных методов обследования больной:

1. Лабораторные исследования:
* ОАК с подсчетом эритроцитов, гемоглобина, времени свертывания крови и длительности кровотечения, лейкоцитарной формулы;
* Биохимический анализ крови с определением сахара, холестерина, β-липопротеидов, общего белка и его фракций, мочевины и креатинина, К+ и Na+ в сыворотке крови, фибриногена;
* Общий анализ мочи;
1. Рентгенография органов органов грудной клетки, обзорная в 3х проекциях- измерение размеров различных отделов сердца;
2. Функциональные исследования органов:
* Электрокардиография- оценка состояния коронарного кровообращения, выявление ишемии сердца;
* ЭХОдопплерокардиография- с определением объема полостей сердца, ударного и минутного объемов;
* Велоэргометрия- показания: неясный болевой синдрома, определение толерантности больной к физической нагрузке (определение функционального класса);
* Дуплекс БЦС- состояние сосудов бронхиального дерева;
* УЗИ внутренних органов;

4. Консультация узких специалистов: окулиста и невропатолога.

# Результаты лабораторных исследований

* Общий анализ крови от 9.01.03:

Гемоглобин 140 г/л

Эритроциты 4,5x10¹²/л

Цветной показатель 0,94

СОЭ 7 мм/ч

Тромбоциты 270х10 /л

Лейкоциты 4,4х10 /л

Ретикулоциты 0,9%

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Эозино-филы | Базо-филы | миело-циты | Метами-елоциты | Палочкоядерные | Сегментоядерные | лимфо-циты | моно-циты |
| 2 | - | 0 | 0 | 1 | 57 | 32 | 8 |

Заключение: в общем анализе крови патологических отклонений не наблюдается

* Общий анализ крови от 17.01.03:

Гемоглобин 139 г/л

Эритроциты 4,5x10¹²/л

Цветной показатель 0,9

СОЭ 5 мм/ч

Тромбоциты 270х10 /л

Лейкоциты 5,5х10 /л

Ретикулоциты 0,8 %

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Эозино-филы | Базо-филы | миело-циты | Метами-елоциты | Палочкоядерные | Сегментоядерные | лимфо-циты | Моно-циты |
| 4 | 1 | 0 | 0 | 5 | 61 | 25 | 4 |

Заключение: в общем анализе крови патологических отклонений не наблюдается

* Анализ крови на сахар от 9.01.03: 4,5 ммоль/л

Заключение: патологических отклонений не выявлено

* Общий клинический анализ мочи от 9.01.03:

Количество: 90 мл

Плотность: 1007 мг/л

Цвет: соломенно-желтый

Прозрачность: полная

Реакция: кислая

Белок: отрицательно

Лейкоциты: 2-3 кл. в поле зрения

Эритроциты: 0 кл. в поле зрения

Эпителиальные клетки: 2-4 кл. в поле зрения

Слизь: -

Соли: оксалаты

Заключение: В общем анализе мочи снижена плотность, что может быть связано с приемом диуретиков, других патологических отклонений не выявлено

* Биохимический анализ крови от 10.01.03:

Билирубин общий: 13,4 мкмоль/л (N до 20,5 мкмоль/л)

Β-липоротеиды: 7,2

Натрий сыворотки: 137 ммоль/л

Калий сыворотки: 4,0 ммоль/л

Мочевина: 5,3 ммоль/л

К- 3,7

Na- 136

Тимоловая проба: 2,5 Ед

Формоловая проба: отр

АлАТ: 0,19 мкмоль/л

АсАТ: 0,19 мкмоль/л

Заключение: В биохимическом анализе крови патологических отклонений не выявлено.

* Кровь на липиды от 10.01.03:

Общий холестерин: 6,0 ммоль/л

Холестерин β- липопротеидов: 3,8 ммоль/л

Заключение: В анализе крови на липиды патологических отклонений не выявлено

* ЭКГ от 10.01.03:

Описание: Синусовый ритм, ЧСС 60 в’, R1>R2>R3- левограмма, депрессия сегмента ST на 1-2 мм в I, II, AVL, V –V , высокий и широкий Т.

Заключение: Ритм нормальный, нормокардия, признаки гипертрофии левого желудочка, ишемия переднебоковых отделов миокарда, трофические нарушения в миокарде.

* Ультразвуковое исследование органов брюшной полости от 13.01.03:

Печень: нормальных размеров, эхогенность не изменена

Желчный пузырь: нормальных размеров, стенка утолщена до 4 мм, эхогенность повышена, в просвете гиперэхогенное образование без акустической дорожки размером 4 мм- конкременты

Общий печеночный проток: не изменен

Печеночные вены: не изменены

Воротная вена: не изменена

Селезенка: не увеличена, не изменена, однородна

Поджелудочная железа: не изменена, эхогенность диффузно повышена

Почка:

Слева: нормальной локализации и эхогенности, расширения ЧЛС нет.

Справа: нормальной локализации и эхогенности, расширения ЧЛС нет.

Конкременты в обеих почках, множественные.

Заключения: Отмечаются изменения в стенке желчного пузыря, конкременты в его просвете, диффузные изменения поджелудочной железы. Множественные конкременты в обоих почках.

* Рентгенограмма органов грудной клетки 14.01.03:







Описание: На обзорной рентгенограмме грудной клетки в прямой проекции определяется следующее. Трахея расположена по центру. Ключицы расположены симметрично. Ребра имеют косое направление, позвоночник без деформаций. Правый купол диафрагмы на 2 см выше левого. Ткань легких нормальной рентгенологической плотности. Легочной рисунок усилен в центральных отделах. Определяется незначительное расширение корней легких. Тени сосудов верхних долей по диаметру меньше таковых нижних долей. Косто-диафрагмальные синусы свободные. Значительно расширена дуга левого желудочка и достигает точки среднеключичной линии, помимо этого определяется расширение дуг легочного ствола и левого предсердия. Правый желудочей не увеличен, его тень достигает правой парастернальной линии. Сердце аортальной конфигурации.

Заключение: со строны органов дыхания патологических изменений не выявлено, определяется гипертрофия левых отделов сердца- сердце аортальной конфигурации.

**Дифференциальный диагноз**

Ведущим симптомом при стенокардии являются боли различного характера с иррадиацией, чувство тяжести, дискомфорта, поэтому следует проводит дифференцировать с:

1. С вегетативным кардионеврозом: У таких больных часто имеются другие вегетативные нарушения, иногда достаточно выраженные. Около половины больных жалуются на боли в перикардиальной зоне. У них часто возникает неадекватная лабильность, драматическое преувеличение своих ощущений. Боль усиливается после психоэмоционального и физического перенапряжения, но не проходит в покое, после приема нитроглицерина.
2. Заболевания переферической нервной системы (поражение шейного и грудного отделов позвоночника с вторичным радикулитом): Иногда вызывает резкую боль в грудной клетке, которая провоцируется движениями шеи или спины, пременой положения тела. Боли распространяются по задней поверхности руки с вовлечением большого и указательного пальца.
3. Ревматизм: Жалобы на пребои в работе сердца, одышку, постоянную потливость. Возраст поражаемых молодой- 7-15 лет. Частые ОРЗ в анамнезе, возникает после перенесенной ОРЗ через 2-3 недели. После которого резко повышается температура тела. Так же диагностическими признаками ревматизма считаются симметрическое поражение крупных суставов, что не характерно для стенокардии. Лабораторные данные: нейтрофилия, фибриногенемия. Изменения в иммунограмме.
4. Дистрофия, воспаление, поражение левого плечевого сустава или дополнительное шейное ребро, а так же синдром передней лестничной мышцы (остеохондроз шейного отдела): Боль усиливается при движении в левом плечевом суставе, возникают парастезии с по левой руке. Эти симптомы сочетаются с поражением (сдавлением артерий и вен).
5. Воспаление реберных хрящей: Болезненная припухлость в области хрящей ребер, в месте прикрепления 3-4 ребра слева. Припухлость не распространяется на сочленение ребер с хрящом. Боль иррадиирует по ходу ребра, иногда в шею, плечо, усиливается при нагрузке.Определяется при непосредственной пальпации. На R-грамме обнаруживается пятнистость неправильной формы, кальцификации хряща.

**Лечение (Лист назначений)**

Обязательным слагаемым программы лечения является нормализация образа жизни, устранение физических и эмоциональных перегрузок, соблюдение диеты. Необходимо исключить перегрузки, вызывающие одышку, тахикардию. При их появлении принять удобное положение, постельный режим не должен быть продолжительным, в связи с развитием пневмонии, особенно в пожилом возрасте, а так же тромбоэмболии. Полезна лечебная физкультура, особенно дыхательная. По мере улучшения состояния больного- постепенное расширение физических нагрузок.

Диета. Должна способствовать улучшению кровообращения, функции сердечно-сосудистой системы, органов дыхания. Диета должна соответсвовать следующим признакам: быть достачно калорийной и легко усваиваемой, содержать ограниченное количество соли и жидкости, должна быть богатой калием и магнием, а также содержать в себе достаточное количество витаминов. Иметь адекватное соотношение белков, жиров и углеводов. Питание 5 раз в сутки. В состав блюд включать продукты богатые калием (картофель, капуста, шиповник, овсяная крупа), магнием (крупы), кальцием (молоко, сыр, творог), мясо должно быть хорошо проваренным. Суточное количество жидкости ограничивается до 1000-1200 мл. Уменьшить прием в пищу продуктов, содержащих большое количество холестерина. Рекомендуется диета № 10. Периодически, 1-2 раза в неделю назначается одна из разгрузочных диет (бессолевая, калиевая). Исключить изделия из сдобного теста, копчености, консервы, жирную и соленую пищу.

Медикаментозная терапия:

* Нитраты пролонгированного действия (Тринитролонг, Моночинкве): Данная группа препаратов применяется у больных при тяжелой стенокардии, ангинозном статусе, гипертензии в легочном круге кровообращения. Данные препараты для достижения длительного вазодилятаторного действия метаболизируются в организме до образования групп NO.

Rp.: Tab. Monocinque 0,02 N 20

 DS. По одной таблетке 1 раз в день

* β1-адреноблакаторы (Атенолол, Метопролол): ослабляя влияние симпатической импульсации на β-адренорецепторы сердца, уменьшают силу и частоту сердечных сокращений, сердечный выброс и потребление кислорода миокардом, артериальное давление постепенно снижается. Эти вещества обладают мембраностабилизирующим действием.

Rp.: Tab. Atenololi 0,05

 Dtd N 20

 S. по 1 таблетке 2 раза в день

Сочетание нитратов и β-адреноблокаторов может нейтрализовать их действие на ЧСС. Негативное действие β-блокаторов: усиление обструкции (нельзя применять у больных с легочной патологией), влияют на сократимость миокарда. Предпочтительно применять β1-селективные блокаторы (кардиоселективные).

* Антагонисты кальция: Верапамил, адалат, кардезим. Снижают поступления кальция в гладкомышечные клетки стенки сосуда, т.о. снижают тонус коронарных артерий и периферических сосудов.

Rp.: Verapamili 0,04

Dtd N 50 in tabulettis

S. по 1 таблетке 4 раза в день

* Антиаритмические препараты: Сердечные гликозиды (Дигоксин, Строфантин): под влиянием терапевтических доз гликозидов наблюдается: а) увеличение силы и скорости сокращения миокарда (кардиотоническое или положительное инотропное действие) и, как следствие, увеличение ударного и минутного объемов сердца; эти эффекты связаны в основном с прямым влиянием на миокард; б) урежение ритма сердца и удлинение диастолы, что создает наиболее экономный режим работы сердца; замедление ритма в значительной степени обусловлено повышением тонуса центра блуждающих нервов, которое является реакцией на возбуждение рефлексогенных сосудистых зон в результате систолического действия сердечных гликозидов; в) уменьшение скорости проведения возбуждения в миокарде, атриовентрикулярном узле и волокнах Пуркинье

Rp.: Tab. Digoxini 0,00025

 Dtd N 50

 S. по 0,5 таблетки 2 раза в день

* Препараты калия (Панангин): препарат содержит калия аспаргинат и магния аспаргинат. Аспаргинат является переносчиком ионов калия и магния, и способствует их проникновению во внутриклеточное пространство. Поступая в клетки, аспарагинат включается в процессы метаболизма. Калий является основным внутриклеточным ионом, имеет важное значение в поддержании изотоничности клеток, участвует в процессах передачи возбуждения по миокарду.

Rp.: Sol. Panangini 10 ml

 Dtd N 5

 S. для внутривенного введения, предварительно растворив в 250 мл изотонического раствора хлорида натрия, 1 раз в сутки

* Рибоксин: Оказывает положительное влияние на обменные процессы в миокарде, улучшает коронарный кровоток.

Rp.: Riboxini 0,2

Dtd N 50 in tabulettis

S. по 1 таблетке 3 раза в день

**Клинический диагноз**

На основании проведенных дополнительных лабораторных и инструментальных методов исследования предворительный диагноз подтверждается:

 На ЭКГ от 10.01.03. Ритм нормальный, нормокардия, признаки гипертрофии левого желудочка, ишемия переднебоковых отделов миокарда, трофические нарушения в миокарде. Эти результаты подтверждают предварительный диагноз: ИБС, стенокардия.

На ренгенограмме: со строны органов дыхания патологических изменений не выявлено, определяется гипертрофия левых отделов сердца- сердце аортальной конфигурации, что говорит о развитии вышеуказанного осложнения заболевания у больной.

Ежедневное маниторирование артериального давления выявило его повышение, максимально до 170/90 мм рт ст. Это подтверждает предварительный диагноз: гипертоническая болезнь. Поскольку у больной имеются сл. осложнения и факторы риска: отягощенная наследственность, ГЛЖ, ожирение, ангиопатия, то больной можно поставить III стадию болезни, риск 4.

При УЗИ обследовании органов брюшной полости отмечаются изменения в стенке желчного пузыря, конкременты в его просвете, диффузные изменения поджелудочной железы. На основании этого заключения, а так же жалоб больной на периодически возникающие изжогу и отрыжку, можно поставить диагноз хронический калькулезный холецистит.

На основании жалоб больной на боли в коленных суставах, усиливающиеся при физических нагрузках, периодически возникающую припухлость, нарушение подвижности, артроз коленного сустава в анамнезе, можно поставить диагноз: двухсторонний деформирующий гонартроз, медленно прогрессирующее течение.

Т.о. основываясь на вышеперечисленном, можно поставить следующий клинический диагноз:

ИБС: стенокардия напряжения II ФК, гипертоническая болезнь III стадии, риск 4 (очень высокий), НК I ст. Хронический гастрит. Хронический калькулезный холецистит. Двухсторонний деформирующий гонартроз, медленно прогрессирующее течение.

**Этиология и патогенез основного заболевания**

Этиология:

Поскольку наиболее частой причиной ИБС является атеросклероз коронарных артерий, то в основе факторов ее развития лежат те же факторы, что и при атеросклерозе.

* Наследственная предрасположенность
* Дислипопротеинемии
* Артериальная гипертензия
* Курение
* Сахарный диабет

Провоцирующие факторы:

* Физическая нагрузка
* Эмоциональное перенапряжение

Вторичные факторы:

* Ожирение
* Пол
* Возраст

Патогенез:

Как уже было сказано, у большинства больных заболевание возникает на фоне изменненых атеросклерозом коронарных аретрий. Основной патоморфологический механизм: несоответствие между потребностью миокарда в кислороде и возможностью коронарного кровотока удовлетворить их. Возникновению этого несоответствия способствуют следующие патогенетические механизмы:

1. Органическая обструкция коронарных артерий атеросклерозом, кроме того извращается реактивность артерий, отмечается их повышенная чувствительность к факторам внешней среды.
2. Динамическая обструкция коронарных артерий за счет коронароспазма, путем стимуляции α-адренорецепторов.
3. Повышение поторебности миокарда в кислороде под влиянием интенсивной физической нагрузки, эмоционального стресса, приводящих к высокому выбросу в кровь катехоламинов, избыточный уровень которых вызывает кардиотоксическое действие.
4. Повышение продукции эндотелием артерий прокоагулянтных веществ и факторов, спазмирующих артерии и повышающие аграгацию тромбоцитов, недостаточная продукция простоциклина.
5. Повышенная продукция тромбоцитами тромбоксана, повышенная агрегация тромбоцитов и вызывающие спазм коронарных артерий.
6. Повышенная агрегация тромбоцитов, развитие микроагрегатов, циркулирующих в микроциркуляторном русле
7. Синдром обкрадывания- этот механизм имеет место у больных ИБС со стенозирующим атеросклерозом и развитыми коллатералями. Во время нагрузки усиливается кровоток, в результате вазодилатации, это происходит в непораженном миокарде, что сопровождается снижением кровотока в участках, снабжаемых пораженными атеросклерозом артериями.

Патоморфология:

Включает в себя следующие патоморфологические признаки ИБС:

1. Атеросклероз (от нерезкого липидоза до стенозирования бляшками с изъязвлением, наложением тромботических масс, кальцинозом)
2. Микротромбозы и микротромбы в основном из тромбоцитов
3. Некротические изменения и микронекрозы
4. Разрыхление, подушкообразные выпячивания интимы в просвет сосуда

Выделяют гистологическую триаду ишемии:

1. Миофибриллярная дегенерация
2. Участки с извитыми волокнами
3. Участки фуксинофилии.

**Дневник ведения больной**

9.01.03

Режим: палатный

Лечение:

Диета: стол № 10

Получает:

* Верапамил 0,08 х 3 раза
* Энап 0,01 х 2 раза
* Аспирин 0,125 х 1 р.д.

Жалобы: на боли сжимающего характера, локализующиеся за грудиной и иррадиирующие в левое плечо, купируются нитросорбитом через 10 мин, возникают после физической нагрузки (подъем на 2 этаж) или после психоэмоционального перенапаряжения. Физическая нагрузка сопровождается смешаной одышкой. В ночное время боли сопровождаются потливостью и головокружением. Так же жалобы на головную боль в висках колящего характера и тяжесть в затылке. Постоянную общую слабость и недомогание. Объективно: сознание больной ясное, положение в постели активное. Кожные покровы сухие розовые, высыпаний нет. Переферические лимфоузлы не пальпируются. Костно-суставной аппарат без патологий, перломов и видимых деформаций нет. При пальпации обнаружена болезненость коленных суставов. Отеков нет. Температура тела 36,8. Дыхательная система: носовое дыхание свободное, обе половины груди участвуют в акте дыхания, ритмичное, средней глубины. ЧДД 17 в мин. При пальпации грудной клетки болезненность не выявлена. Резистентность слегка не изменена, голосовое дрожание равномерное. При сравнительной перкуссии отмечается ясный легочный звук над обеими легкими по всем 9 парным точкам выслушивания. Дыхание жесткое, единичные сухие хрипы в н/о Серодечно-сосудистая система: при осмотре области сердца и сосудов патологической пульсации не обнаружено. Верхушечный толчок определяется в V межреберье по среднеключичной линии слева от грудины, умеренной силы, средней резистентности. Перкуторно: правая граница относительной тупости по правому краю грудины в IV м.р., левая граница относительной тупости на уровне левой среднеключичной линии в V м.р., верхняя- в III м.р. слева. Аускультация: тоны сердца глухие, ритм правильный. ЧСС 62 уд/мин, пульс 62 уд/мин, дефицита пульса нет. На фоне приема препарата АД 140/70 мм рт ст Пищеварительная система: язык влажный чистый, видимые слизистые бледно-розового цвета. Живот при осмотре без патологий, при пальпации ненапряжен, безболезненный, симптомов раздражения брюшины нет. Печень пальпируется по краю реберной дуги, гладкая, безболезненная, размеры по Курлову: 10x9x8 см, селезенка 6х7 см Стул регулярный, 2 раза в сутки. Мочевыделительная система: почки не пальпируются, симптом поколачивания положит. справа. Мочеиспускание не нарушено, безболезненно, 4-5 раз в сутки

10.01.03.

Режим: палатный

Лечение:

Диета: стол № 10

Получает:

* Верапамил 0,08 х 3 раза
* Энап 0,01 х 2 раза
* Аспирин 0,125 х 1 р.д.

Состояние больной удовлетворительное. Жалобы на боль за грудиной, иррадиирующую в левую лопатку, головную боль слабость и недомогание. Объективно: сознание ясное, положение в постели активное, кожные покровы бледные, сухие, слизистые рта влажные бледно-розового цвета. Отеков нет. Дыхательная система: дыхание ритмичное, ЧДД 18 в мин, перкуторно ясный легочной звук, дыхание жесткое, хрипов нет. Сердечно-сосудистая система: перкуторно границы сердца смещены влево на 1 см, тоны глухие, ритм правильный, ЧСС 60 в мин, АД 140/70 Пищеварительная система: язык влажный чистый, живот мягкий, безболезненный. Край печени у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул не нарушен. Мочевыделительная система: почки не пальпируются, симптом поколачивания положит. справа. Мочеиспускание не нарушено, безболезненно, 4-5 раз в сутки

Режим: палатный

Лечение:

Диета: стол № 10

Получает:

* Верапамил 0,08 х 3 раза
* Энап 0,01 х 2 раза
* Аспирин 0,125 х 1 р.д.

13.01.03.

Состояние больной удовлетворительное. Жалобы на давящую боль за грудиной, головокружение, слабость, ломящую боль в коленных суставах. Объективно: сознание ясное, положение в постели активное, кожные покровы бледные, сухие, слизистые рта влажные бледно-розового цвета. Отечность коленных суставов. Дыхательная система: дыхание ритмичное, ЧДД 20 в мин, перкуторно ясный легочной звук, дыхание жесткое, хрипов нет. Сердечно-сосудистая система: перкуторно границы сердца смещены влево на 1 см, тоны глухие, ритм правильный, ЧСС 60 в мин, АД 180/90, Ps 60 уд/мин. Пищеварительная система: язык влажный чистый, живот мягкий, безболезненный. Край печени у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул не нарушен. Мочевыделительная система: почки не пальпируются, симптом поколачивания положит. справа. Мочеиспускание не нарушено, безболезненно, 5 раз в сутки

* Р-р Пирацетама 20%- 5.0 в/в
* Физ. Раствор 200 мл в/в
* Р-р MgSO4 25%- 5.0 в/в
* Р-р Аскорбиновой кислоты 5%- 5.0 в/в
* Р-р КСl 4%- 30.0 в/в

Режим: палатный

Лечение:

Диета: стол № 10

Получает:

* Верапамил 0,08 х 3 раза
* Энап 0,01 х 2 раза
* Аспирин 0,125 х 1 р.д.
* Р-р Пирацетама 20%- 5.0 в/в
* Физ. Раствор 200 мл в/в
* Р-р MgSO4 25%- 5.0 в/в
* Р-р Аскорбиновой кислоты 5%- 5.0 в/в
* Р-р КСl 4%- 30.0 в/в

14.01.03.

Состояние больной ухудшилось, оценивается как средней степени тяжести. Жалобы на усиливающуюся ломящую боль в висках и затылочной области, головокружение, боли в области сердца сжимающего характера с иррадиацией в лопатку. Ночью отмечает нарушение сна из-за этих болей. Боли снимаются верапамилом, утром- улучшение состояния. Объективно: сознание ясное, положение в постели активное, кожные покровы бледные, сухие, слизистые рта влажные бледно-розового цвета. Отеков нет. Дыхательная система: дыхание ритмичное, ЧДД 18 в мин, перкуторно ясный легочной звук, дыхание жесткое, хрипов нет. Сердечно-сосудистая система: перкуторно границы сердца смещены влево на 1 см, тоны глухие, ритм правильный, ЧСС 64 в мин, АД 160/80, Ps 64 в мин. Пищеварительная система: язык влажный чистый, живот мягкий, безболезненный. Край печени у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул не нарушен. Мочевыделительная система: почки не пальпируются, симптом поколачивания положит. справа. Мочеиспускание не нарушено, безболезненно, 4 раза в сутки

15.01.03.

Режим: палатный

Лечение:

Диета: стол № 10

Получает:

* Верапамил 0,08 х 3 раза
* Энап 0,01 х 2 раза
* Аспирин 0,125 х 1 р.д.
* Р-р Пирацетама 20%- 5.0 в/в
* Физ. Раствор 200 мл в/в
* Р-р MgSO4 25%- 5.0 в/в
* Р-р Аскорбиновой кислоты 5%- 5.0 в/в
* Р-р КСl 4%- 30.0 в/в

Состояние больной удовлетворительное, отмечает улучшение состояния. Жалобы на головокружение, слабость, мушки перед глазами, незначительную давящую боль за грудиной во время сна, однако сон улучшился. Отеки незначительные на нижних конечностях. Объективно: сознание ясное, положение в постели активное, кожные покровы бледные, сухие, слизистые рта влажные бледно-розового цвета. Дыхательная система: дыхание ритмичное, ЧДД 20 в мин, перкуторно ясный легочной звук, дыхание жесткое, хрипов нет. Сердечно-сосудистая система: перкуторно границы сердца смещены влево на 1 см, тоны глухие, ритм правильный, ЧСС 60 в мин, АД 160/70, Ps 60 мин. Пищеварительная система: язык влажный чистый, живот мягкий, безболезненный. Край печени у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул не нарушен. Мочевыделительная система: почки не пальпируются, симптом поколачивания положит. справа. Мочеиспускание не нарушено, безболезненно, 4 раза в сутки

Режим: палатный

Лечение:

Диета: стол № 10

Получает:

* Верапамил 0,08 х 3 раза
* Энап 0,01 х 2 раза
* Аспирин 0,125 х 1 р.д.
* Р-р Пирацетама 20%- 5.0 в/в
* Физ. Раствор 200 мл в/в
* Р-р MgSO4 25%- 5.0 в/в
* Р-р Аскорбиновой кислоты 5%- 5.0 в/в
* Р-р КСl 4%- 30.0 в/в

16.01.03.

Состояние больной удовлетворительное. Жалобы на головокружение, слабость, мушки перед глазами, незначительную давящую боль за грудиной во время сна, однако сон улучшился. Отеки незначительные на нижних конечностях. Объективно: сознание ясное, положение в постели активное, кожные покровы бледные, сухие, слизистые рта влажные бледно-розового цвета. Дыхательная система: дыхание ритмичное, ЧДД 18 в мин, перкуторно ясный легочной звук, дыхание жесткое, хрипов нет. Сердечно-сосудистая система: перкуторно границы сердца смещены влево на 1 см, тоны глухие, ритм правильный, ЧСС 64 в мин, АД 140/70, Ps 64 мин. Пищеварительная система: язык влажный чистый, живот мягкий, безболезненный. Край печени у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул не нарушен. Мочевыделительная система: почки не пальпируются, симптом поколачивания положит. справа. Мочеиспускание не нарушено, безболезненно, 5 раз в сутки

17.01.03

Режим: палатный

Лечение:

Диета: стол № 10

Получает:

* Верапамил 0,08 х 3 раза
* Энап 0,01 х 2 раза
* Аспирин 0,125 х 1 р.д.
* Р-р Пирацетама 20%- 5.0 в/в
* Физ. Раствор 200 мл в/в
* Р-р MgSO4 25%- 5.0 в/в
* Р-р Аскорбиновой кислоты 5%- 5.0 в/в
* Р-р КСl 4%- 30.0 в/в

Состояние больной удовлетворительное. Жалобы на головокружение, слабость сохраняются, незначительную давящую боль за грудиной во время сна. Отеков нет. Объективно: сознание ясное, положение в постели активное, кожные покровы бледные, сухие, слизистые рта влажные бледно-розового цвета. Дыхательная система: дыхание ритмичное, ЧДД 18 в мин, перкуторно ясный легочной звук, дыхание жесткое, хрипов нет. Сердечно-сосудистая система: перкуторно границы сердца смещены влево на 1 см, тоны глухие, ритм правильный, ЧСС 60 в мин, АД 160/80, Ps 60 мин. Пищеварительная система: язык влажный чистый, живот мягкий, безболезненный. Край печени у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул не нарушен. Мочевыделительная система: почки не пальпируются, симптом поколачивания положит. справа. Мочеиспускание не нарушено, безболезненно, 4 раза в сутки

20.01.03

Режим: палатный

Лечение:

Диета: стол № 10

Получает:

* Верапамил 0,08 х 3 раза
* Энап 0,01 х 2 раза
* Аспирин 0,125 х 1 р.д.
* Р-р Пирацетама 20%- 5.0 в/в

Состояние больной удовлетворительное. Жалобы на головокружение, слабость, незначительную давящую боль за грудиной во время сна. Отеков нет. Объективно: сознание ясное, положение в постели активное, кожные покровы бледные, сухие, слизистые рта влажные бледно-розового цвета. Дыхательная система: дыхание ритмичное, ЧДД 17 в мин, перкуторно ясный легочной звук, дыхание жесткое, хрипов нет. Сердечно-сосудистая система: перкуторно границы сердца смещены влево на 1 см, тоны глухие, ритм правильный, ЧСС 64 в мин, АД 140/60, Ps 64 мин. Пищеварительная система: язык влажный чистый, живот мягкий, безболезненный. Край печени у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул не нарушен. Мочевыделительная система: почки не пальпируются, симптом поколачивания положит. справа. Мочеиспускание не нарушено, безболезненно, 5 раз в сутки

21.01.03

Режим: палатный

Лечение:

Диета: стол № 10

Получает:

* Верапамил 0,08 х 3 раза
* Энап 0,01 х 2 раза
* Аспирин 0,125 х 1 р.д.
* Р-р Пирацетама 20%- 5.0 в/в

Состояние больной удовлетворительное. Жалобы на головокружение, слабость, незначительную давящую боль за грудиной во время сна. Отеков нет. Объективно: сознание ясное, положение в постели активное, кожные покровы бледные, сухие, слизистые рта влажные бледно-розового цвета. Дыхательная система: дыхание ритмичное, ЧДД 16 в мин, перкуторно ясный легочной звук, дыхание жесткое, хрипов нет. Сердечно-сосудистая система: перкуторно границы сердца смещены влево на 1 см, тоны глухие, ритм правильный, ЧСС 70 в мин, АД 140/60, Ps 70 мин. Пищеварительная система: язык влажный чистый, живот мягкий, безболезненный. Край печени у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул не нарушен. Мочевыделительная система: почки не пальпируются, симптом поколачивания положит. справа. Мочеиспускание не нарушено, безболезненно, 4 раза в сутки

22.01.03

Состояние больной удовлетворительное. Жалобы на головокружение, слабость, незначительную давящую боль за грудиной во время сна. Отеков нет. Объективно: сознание ясное, положение в постели активное, кожные покровы бледные, сухие, слизистые рта влажные бледно-розового цвета. Дыхательная система: дыхание ритмичное, ЧДД 17 в мин, перкуторно ясный легочной звук, дыхание жесткое, хрипов нет. Сердечно-сосудистая система: перкуторно границы сердца смещены влево на 1 см, тоны глухие, ритм правильный, ЧСС 60 в мин, АД 130/60, Ps 60 мин. Пищеварительная система: язык влажный чистый, живот мягкий, безболезненный. Край печени у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул не нарушен. Мочевыделительная система: почки не пальпируются, симптом поколачивания положит. справа. Мочеиспускание не нарушено, безболезненно, 5 раз в сутки

Режим: палатный

Лечение:

Диета: стол № 10

Получает:

* Верапамил 0,08 х 3 раза
* Энап 0,01 х 2 раза
* Аспирин 0,125 х 1 р.д.
* Р-р Пирацетама 20%- 5.0 в/в

23.01.03

Режим: палатный

Лечение:

Диета: стол № 10

Получает:

* Верапамил 0,08 х 3 раза
* Энап 0,01 х 2 раза
* Аспирин 0,125 х 1 р.д.
* Р-р Пирацетама 20%- 5.0 в/в

Состояние больной удовлетворительное. Жалобы на головокружение, слабость, незначительную давящую боль за грудиной во время сна. Отеков нет. Объективно: сознание ясное, положение в постели активное, кожные покровы бледные, сухие, слизистые рта влажные бледно-розового цвета. Дыхательная система: дыхание ритмичное, ЧДД 17 в мин, перкуторно ясный легочной звук, дыхание жесткое, хрипов нет. Сердечно-сосудистая система: перкуторно границы сердца смещены влево на 1 см, тоны глухие, ритм правильный, ЧСС 64 в мин, АД 140/60, Ps 64 мин. Пищеварительная система: язык влажный чистый, живот мягкий, безболезненный. Край печени у края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул не нарушен. Мочевыделительная система: почки не пальпируются, симптом поколачивания положит. справа. Мочеиспускание не нарушено, безболезненно, 5 раз в сутки.

**Лист ведения больной**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| t | ЧД | Ps | АД |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 190 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 180 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 170 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 160 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 150 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 28 | 130 | 140 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 26 | 120 | 130 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 24 | 110 | 120 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 40 | 22 | 100 | 110 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 39 | 20 | 90 | 100 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 38 | 18 | 80 | 90 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 37 | 16 | 70 | 80 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 36 | 14 | 60 | 70 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 35 | 12 | 50 | 60 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 34 | 10 | 40 | 50 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  Дата | **09.****01** | **10.****01** | **13.****01** | **14.****01** | **15.****01** | **16.****01** | **17.****01** | **20.****01** | **21.****01** | **22.****01** | **23.****01** | **24.****01** |
| Жалобы |
| **Боли за грудиной** | + | + | + |  | + | + | + | + |  | + |  |  |
| **Одышка при нагрузке** | + | + | + | + | + | + | + | + | + |  | + |  |
| **Слабость** | + | + |  |  | + | + |  |  |  |  |  |  |
| **Головная боль** | + | + |  |  | + | + | + | + | + | + |  |  |
|  |
| Лечение |
| **Verapamili 80 mg/3 раза в день** | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| **Enapi 10 mg/2 р. в день** | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| **Aspirini 0,125 утром** | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| **Sol. Piracetami 20%- 5 ml в/в** |  |  | + | + | + | + | + | + | + | + | + | + |
| **Sol Natrii chloridi 0,9%- 200 ml в/в** |  |  | + | + | + | + | + |  |  |  |  |  |
| **Sol K chloridi 4%- 30 ml, в/в** |  |  | + | + | + | + | + |  |  |  |  |  |
| **Sol MgSO4 25%- 5 ml, в/в** |  |  | + | + | + | + | + |  |  |  |  |  |
| **Sol Acidi ascorbinici 5%- 5 ml, в/в** |  |  | + | + | + | + | + |  |  |  |  |  |

**Заключительный диагноз**

Заключительный диагноз полностью соответствует клиническому диагнозу.

Основное заболевание: ИБС: стенокардия напряжения II ФК, НК I ст.;

Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь III стадии, риск 4 (очень высокий). Хронический гастрит. Хронический калькулезный холецистит. Двухсторонний деформирующий гонартроз, медленно прогрессирующее течение.

Прогноз

Прогноз жизни относительно благоприятный, так как больная была выписана из терапевтического отделения в удовлетворительном состоянии, с положительной динамикой. Прогноз заболевания неблагоприятный, так как процесс носит прогрессирующий характер. Но при регулярном лечении, соблюдении режима питании, труда и отдыха возможно заболевание не будет так прогрессировать.

Прогноз для трудоспособности- неблагоприятный так как больная не може выполнять в полном объеме тяжелые физические нагрузки, а также противопоказаны психоэмоциональные перегрузки.

**Эпикриз**

Больная Замятина А.П., 72 года, находилась на стационарном лечении в терапевтическом отделении с 9.01.03 по 23.01.03; поступила в стационар 9 октября 2003 года.

 Больная поступила с жалобами на головную боль, головокружение, шум в ушах, слабость, чувство сердцебиения, боли за грудиной давящего характера, одышку, особенно проявляющиеся при повышенном артериальном давлении. При объективном обследовании выявлено: некоторое расширение границ относительно тупости сердца влево на 1,5 см. При аускультации тоны сердца глухие. Пульс 80 уд/мин, без особенностей, артериальное давление 150/70 мм рт ст. Исходя из анамнеза жизни можно выделить следующие предрасполагающие факторы для развития сердечно-сосудистой патологии: отягощенная наследственность, постоянные стрессы и псиохоэмоциональное перенапряжение, возраст больной- 74 года, наличие в анмнезе болезней сердца, гипертоническая болезнь с 1989 г.

При дополнительном обследовании выявлены:

* Общий анализ крови от 9.01.03:

Гемоглобин 140 г/л

Эритроциты 4,5x10¹²/л

Цветной показатель 0,94

СОЭ 7 мм/ч

Тромбоциты 270х10 /л

Лейкоциты 4,4х10 /л

Ретикулоциты 0,9%

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Эозино-филы | Базо-филы | миело-циты | Метами-елоциты | Палочкоядерные | Сегментоядерные | лимфо-циты | Моно-циты |
| 2 | - | 0 | 0 | 1 | 57 | 32 | 8 |

Заключение: в общем анализе крови патологических отклонений не наблюдается

* Общий анализ крови от 17.01.03:

Гемоглобин 139 г/л

Эритроциты 4,5x10¹²/л

Цветной показатель 0,9

СОЭ 5 мм/ч

Тромбоциты 270х10 /л

Лейкоциты 5,5х10 /л

Ретикулоциты 0,8 %

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Эозино-филы | Базо-филы | миело-циты | Метами-елоциты | Палочкоядерные | Сегментоядерные | лимфо-циты | Моно-циты |
| 4 | 1 | 0 | 0 | 5 | 61 | 25 | 4 |

Заключение: в общем анализе крови патологических отклонений не наблюдается

* Анализ крови на сахар от 9.01.03: 4,5 ммоль/л

Заключение: патологических отклонений не выявлено

* Общий клинический анализ мочи от 9.01.03:

Количество: 90 мл

Плотность: 1007 мг/л

Цвет: соломенно-желтый

Прозрачность: полная

Реакция: кислая

Белок: отрицательно

Лейкоциты: 2-3 кл. в поле зрения

Эритроциты: 0 кл. в поле зрения

Эпителиальные клетки: 2-4 кл. в поле зрения

Слизь: -

Соли: оксалаты

Заключение: В общем анализе мочи снижена плотность, что может быть связано с приемом диуретиков, других патологических отклонений не выявлено

* Биохимический анализ крови от 10.01.03:

Билирубин общий: 13,4 мкмоль/л (N до 20,5 мкмоль/л)

Β-липоротеиды: 7,2

Натрий сыворотки: 137 ммоль/л

Калий сыворотки: 4,0 ммоль/л

Мочевина: 5,3 ммоль/л

К- 3,7

Na- 136

Тимоловая проба: 2,5 Ед

Формоловая проба: отр

АлАТ: 0,19 мкмоль/л

АсАТ: 0,19 мкмоль/л

Заключение: В биохимическом анализе крови патологических отклонений не выявлено.

* Кровь на липиды от 10.01.03:

Общий холестерин: 6,0 ммоль/л

Холестерин β- липопротеидов: 3,8 ммоль/л

Заключение: В анализе крови на липиды патологических отклонений не выявлено

* ЭКГ от 10.01.03:

Заключение: Ритм нормальный, нормокардия, признаки гипертрофии левого желудочка, ишемия переднебоковых отделов миокарда, трофические нарушения в миокарде.

* Ультразвуковое исследование органов брюшной полости от 13.01.03:

Заключения: Отмечаются изменения в стенке желчного пузыря, конкременты в его просвете, диффузные изменения поджелудочной железы. Множественные конкременты в обоих почках.

* Рентгенограмма органов грудной клетки 14.01.03:

Заключение: со строны органов дыхания патологических изменений не выявлено, определяется гипертрофия левых отделов сердца- сердце аортальной конфигурации.

На основании этих данных поставлен диагноз:

Основное заболевание: ИБС: стенокардия напряжения II ФК, НК I ст.;

Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь III стадии, риск 4 (очень высокий). Хронический гастрит. Хронический калькулезный холецистит. Двухсторонний деформирующий гонартроз, медленно прогрессирующее течение.

За время пребывания в стационаре получала следующее лечение: Верапамил 80 мг х 3 р.д., Аспирин 0,1 х 1 р.д, Энап 10 мг 2 р.д, Р-р пирацетама 20% по 5.0 в/в, Физ. Раствор 250 мл в/в, Р-р калия хлорида 4% по 30.0 в/в, Р-р Mg SO4 25% по 5 мл в/в, Р-р Аскорбиновой кислоты 5% по 5 мл в/в.

После проведенного лечения состояние больной улучшилось. Отмечает исчезновение головной боли. У больной уменьшились боли в области сердца, одышка, исчезли отеки голеней и стоп. Объективно после проведенного лечения отмечается: некоторое расширение границ относительно тупости сердца влево на 1,5 см, тоны сердца приглушены по всем точкам.. Артериальное давление 140/60.

Больная выписана в удовлетворительном состоянии 23января 2003 года. Рекомендовано:

* «Д»-учет у терапевта
* Избегать тяжелой физической нагрузки и психоэмоционального перенапряжения
* Режим питания- стол №10. Диета: с повышенным содержанием полноценного белка, ограничением легкоусваеваемых углеводов, экстрактивных веществ, поваренной солью и адекватным уровнем витаминов С, Р, РР и группы В. Продукты: печеный картофель, бессолевой хлеб, мясо кролика и птицы, овощи, фрукты, курага, изюм. Кулинарная обработка: все блюда готовят без соли, мясо и рыбу- в вареном виде или с последующим запеканием, поджариванием, овощи- в разваренном и сыром виде. Рекомендуется дробный прием пищи: 4-5 раз в день. Ограничить прием жидкости до 1-1,5 л в сутки
* Прием препаратов: верапамил 0,08 х 3 раза в день, энап 0,01 х 2 раза в день (длительно), циннаризин по 1 т. х 2 раза в день. Фитотерапия: отвар травы брусники, мать-и-мачехи, солодки.
* Избегать употребления алкоголя
* Санаторно-курортное лечение
* Госпитализация при проявлениях декомпенмации недостаточности кровообращения, планово- через 6 месяцев.

Использованная литература

1. Трубников Г.В. «Методические основы познания терапии», Барнаул, 1997
2. Никитин Ю.П. «Все по уходу за больным», Москва, 1999
3. Окороков А.Н. «Лечение болезней внутренних органов», Витебск, 1997
4. Минкин Р.Б., Павлов Ю.Д. «Электрокардиография и фонокардиография». М. «Медицина», 1984 г.
5. Алмазов В.А., Чирейкин Л.В. «Трудности и ошибки диагностики заболеваний сердечно-сосудистой системы» Ленинград, «Медицина», 1985 г.
6. Машковский М.Д. Лекарственные средства, часть 1 и 2. Москва, «Медицина», 1999 г.
7. Чазов Е И, «Болезни органов кровообращения», Медицина, 1998
8. Мартынов А.И., Мухин Н.А., Моисеев В.С. “Внутренние болезни” в двух томах. Москва, ГЭОТАР-МЕД, 2001 г.