Паспортные данные

Профессия (должность) – \_\_\_\_\_\_\_

Домашний адрес –

Дата поступления в клинику \_\_\_\_\_\_

Дата начала курации \_\_\_\_\_\_

Жалобы: на приступы ангинозных болей за грудиной, выраженное ограничение обычной физической активности, приступы возникают при ходьбе в нормальном темпе по ровному месту на расстоянии 100--500 м, при подъеме на 1 этаж, купируются нитроглицерином одной таблеткой, на постоянные “перебои” в работе сердца, усиливающиеся при физическом напряжении, учащение сердцебиения, одышку в покое, усиливающуюся при нагрузке, отеки на ногах появляющиеся к вечеру и исчезающие к утру.

К моменту курации состояние: состояние больной без ухудшений. Жалобы на боль за грудиной и недомогание, ограничение обычной физической активности. “Перебои” в работе сердца, усиливающиеся при физическом напряжении, учащение сердцебиения. Одышка, усиливающуюся при нагрузке, отеки на ногах появляющиеся к вечеру и исчезающие к утру.

Anamnesis morbi

В 1996 начали беспокоить давящие боли за грудиной в течении, приступы стали возникать при ходьбе по ровному месту на расстоянии более 500 м, при подъеме более чем на 1 этаж. Приступы купировались нитроглицерином 1 таблеткой. В последние 6 лет появилась фибриляция предсердий с переходом в постоянные ЧСС 100-120уд. в мин., появилась отдышка в покое, усиливающуюся при нагрузке, отеки на ногах появляющиеся к вечеру и исчезающие к утру. В последний год состояние значительно ухудшилось выраженное ограничение обычной физической активности, приступы боли за грудиной возникают при ходьбе в нормальном темпе по ровному месту на расстоянии 100--500 м, при подъеме на 1 этаж.

Anamnesis vitae

Единственный ребенок в семье. В 1928 году погиб отец. Материальная обеспеченность семьи – среднего достатка. Питание получал полноценное, регулярное.

В данное время живет в благоустроенной 2-х комнатной квартире, с внучкой, на пятом этаже. Шестеро детей. Питается регулярно, полноценной пищей.

Перенесенные заболевания:

в детском возрасте перенесла свинку, корь. В 2002 году – атеросклероз аорты и артерий нижних конечностей. В 2005 году – пневмония правого легкого.

Трансфузионный анамнез:

переливание крови отрицает

Аллергический анамнез:

аллергические реакции на пищу, лекарства, химические вещества отрицает.

Хронические интоксикации:

курение, употребление алкоголя отрицает

Status presens

Общий осмотр

Общее состояние: средней тяжести

Сознание: ясное

Положение больного: активное

Телосложение: пропорциональное

Конституция: гиперстеническая

Походка: тяжелая

Осанка: прямая

Рост: 174 см

Масса тела: 102 кг

Температура тела: 36,7°С

Исследование отдельных частей тела

Кожные покровы: розового цвета, эластичность кожи снижена, наблюдается сухость,

Ногти: ломкие, вертикально исчерчены, округлой формы

Подкожная клетчатка: развитие подкожно-жирового слоя умеренное, наибольшее отложение жира на животе и бедрах. Слабо выраженные отеки на ногах, кожа бледная, гладкая, напряженная

Лимфатические узлы: затылочные, шейные, подчелюстные, надключичные, подключичные, локтевые, биципитальные, подмышечные, подколенные, паховые безболезненны, не пальпируются

Подкожные вены: малозаметны

Исследование опорно-двигательного аппарата

Осмотр

Конфигурация суставов: наблюдается незначительная припухлость обоих коленных суставов

Степень развития мышечной системы: умеренная, локальной гипертрофии и атрофии нет

Наличие деформации суставов и искривления костей: не выявлено

Поверхностная пальпация

Исследование кожной температуры над поверхностью сустава: не изменена.

Наличие суставных шумов: не выявлены.

Глубокая пальпация

Наличие выпота в полости сустава или утолщение синовиальной оболочки: не выявлено

Выявление болезненности: не выявлено

Оценка мышечной системы: статическая и динамические силы снижены, мышцы голени гипотоничны

Перкуссия

Кости: поколачивание костей безболезненно

Исследование органов дыхания.

Осмотр грудной клетки

Форма грудной клетки: бочкообразная

Наличие асимметрии: не выявлено

Экскурсия обеих сторон грудной клетки при дыхании: равномерна

Частота дыхательных движений в одну минуту, ритм дыхания: правильный, 19 уд/мин

Экскурсия грудной клетки: 5см

Пальпация грудной клетки

Определение эластичности: грудная клетка эластична

Болезненность: не выявлена

Голосовое дрожание: на симметричных участках проводится одинаково

Топографическая перкуссия

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Верхние границы легких  | Правое легкое | Левое легкое |
| Высота состояния верхушек | 3 см | 3 см |
| Ширина полей Кренинга | 5 см | 5 см |

Нижние границы легких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Опознавательные линии | Правое легкое | Левое легкое |
| Парастрнальная | 5 межреберье | -  |
| Среднеключичная | 6  | - |
| Переднеаксиллярная | 7  | 7  |
| Среднеаксиллярная | 8  | 8  |
| Заднеаксиллярная | 9  | 9  |
| Лопаточная | 10  | 10  |
| Паравертебральная | остистый отросток XI грудного позвонка | остистый отросток XI грудногопозвонка |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Опознавательные линии | Правое легкое | Левое легкое |
| Среднеключичная | 4 см | - |
| Среднеаксиллярная | 7 см | 7 см |
| Лопаточная | 6 см | 6 см |

Аускультация легких

Характер основных дыхательных шумов: при аускультации в девяти парных точек выслушивается жесткое дыхание

Побочные дыхательные шумы: хрипов нет, крепитация, шум трения плевры не выслушивается

Бронхофония: проводится одинаково во всех парных точках

Исследование органов кровообращения.

Осмотр области сердца и сосудов

Пульсация в области сердца: верхушечный толчок, систолическое втяжение в области верхушечного толчка, пульсация во II, IV межреберьях слева от грудины не выявлены

Пульсация во внесердечной области: пляска каротид, пульсация шейных вен, в яремной ямке, эпигастральная пульсация, пульс Квинке не выявлены.

Пальпация области сердца и сосудов

Основные свойства верхушечного толчка: пальпируется в V межреберье на 1 см кнаружи от средней ключичной линии, разлитой (S=3 смІ), высокий, усиленный.

Наличие систолического и диастолического дрожания: симптом кошачьего мурлыкания в V межреберье на 1 - 1,5 см кнутри от левой средней ключичной линии, во II межреберье справа от грудины, во II межреберье слева от грудины, у основания мечевидного отростка грудины не выявлен

Пульс и его свойства: неравномерный, нерегулярный, синхронный на обеих руках

Перкуссия

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы | Относительная | Абсолютная |
| Правая | 1 см кнаружи от правого края грудины | Левый край грудины |
| Левая | 1 см кнаружи от левой средней ключичной линии | 1-2 см кнутри от относительной тупости сердца |
| Верхняя | 3 межреберье по левой парастернальной линиии  | IV межреберье слева по парастернальной линии  |

Длинник и поперечник сердца: по Курлову = 11\* 15 см

Перкуссия сосудисого пучка: во II межреберье = 6 см

Аускультация сердца и их характеристика

Тоны и их характеристика:

Сила: ослабление I тона у верхушки, акцент II тона на аорте

Тембр: не изменен

Частота: тахикардия, 97 ударов в минуту

Ритм: неправильный

Количество тонов: раздвоение, расщепление, появление дополнительных тонов не выслушивается

Внутрисердечные шумы и их характеристика не выслушиваются

Внесердечные шумы шум трения перикарда, плевроперикардиальный шум не выслушивается

Исследование органов желудочно-кишечного тракта.

Осмотр живота

форма живота округлая, асимметричный, выпячивание правой стороны. Передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания

Пальпация живота

Поверхностная безболезненность местная и разлитая не выявлены. Напряжение брюшной стенки общее, пухолевых образований нет, симптом Щеткина -Блюмберга отрицательный

Глубокая

Пальпируется сигмовидная кишка в левой подвздошной области в виде цилиндра диаметром 3,5 см, умеренно подвижна, безболезненная, не урчащая. Пальпируется слепая кишка в правой подвздошной области в виде цилиндра диаметром 5 см, плотной, эластичной консистенции, безболезненная, умеренно подвижная, неурчащая. Пальпируется восходящий отдел толстой кишки в правом фланке. Пальпируется нисходящая ободочная кишка в левом фланке. Червеобразный отросток не пальпируется.

Нижняя граница желудка на 3 см выше пупкапри определении аускульто-перкуссией, аускульто-африкцией, пальпацией. Поперечная ободочная кишка не пальпируется. Желудок пальпируется в собственно эпигастральной области в виде валика диаметром 7 см, наподвижный, плотной консистенции, безболезненный, урчащий.

Поджелудочная железа не пальпируется.

Пальпация печени:

Передне-нижний край пальпируется на 2 см ниже реберной дуги закругленный, плотный.

Пальпация желчного пузыря: форма, величина, подвижность, консистенция, болезненность не пальпируется. Симптом Курвуазье, Френикус феномен, симптом Образцова-Мерфи не выявлены.

Пальпация селезенки: не пальпируется

Перкуссия живота:

Перкуторный звук: тимпанический во всех отделах

Выявление свободной жидкости в брюшной полости: симптом флюктуации отрицательный

Граници печени по Курлову: 10\*8,5\*7,5 см

Симптомы: Ортнера, Василеко, Захарьина отрицательные

Размер селезенки по Курлову: 4\*6 см

Аускультация живота: систолический шум над аортой, над почечными и другими артериями, шум трения брюшины не выслушивается

Исследования органов мочевыделения.

Осмотр: Отечности, припухлости, покраснения кожи в поясничной области не выявлено

Пальпация: Почки в полости стоя по Боткину и горизонтальном положении по Образцову не пальпируется

Перкуссия: Поколачивание в поясничной области болезненно. Перкуссия в надлобковой области безболезненна.

Клинические симптомы синдромы

Учитывая основные жалобы, объективные данные можно выделить следующие синдромы:

1. Синдром кардиалгии, так как на приступы ангинозных болей за грудиной, выраженное ограничение обычной физической активности, приступы возникают при ходьбе в нормальном темпе по ровному месту на расстоянии 100--500 м, при подъеме на 1 этаж, купируются нитроглицерином одной таблеткой.

2. Синдром сердечной недостаточности, так как у больной имеются одышка в покое, усиливающуюся при нагрузке, отеки на ногах появляющиеся к вечеру и исчезающие к утру.

3. Аритмический синдром, так как у больной имеются жалобы на постоянные “перебои” в работе сердца, усиливающиеся при физическом напряжении, учащение сердцебиения, фибриляция предсердий с переходом в постоянные

Обоснование и выделение ведущего синдрома.

Ведущим синдромом у пациентки является синдром кардиалгий, проявляющийся приступами ангинозных болей за грудиной, которые возникают при ходьбе в нормальном темпе по ровному месту на расстоянии 100--500 м, при подъеме на 1 этаж, так как именно он служит источником основных жалоб и послужил поводом для госпитализации. Синдром доминирует в клинической картине, определяя ее тяжесть и опасность для жизни.

Перечень заболеваний для дифференциальной диагностики.

Можно выделить следующие заболевания для дифференциальной диагностики:

1. Инфаркт миокарда
2. Обструктивная гипертрофическая кардиомиопатия
3. Нестабильная прогрессирующая стенокардия
4. Клапанный аортальный стеноз
5. Стенокардия напряжения

Дифференциальный диагноз 1 этап.

1. Инфаркт миокарда. Инфаркт миокарда характеризуется интенсивной болью за грудиной ([ангинозная боль](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BD%D0%B3%D0%B8%D0%BD%D0%BE%D0%B7%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D1%8C)), более 15 минут (могут длиться 1 час) и купируется через несколько часов, либо после применения наркотических анальгетиков, нитраты неэффективны. У моей больной отмечаются приступы боли за грудиной возникающие при ходьбе в нормальном темпе по ровному месту на расстоянии 100-500 м, при подъеме на 1 этаж, купируются нитроглицерином. При физикальном исследовании инфаркта миокарда определяется учащенный пульс, сохраняется тенденция к снижению артериального давления, тоны сердца приглушены, прослушивается негромкий систолический шум на верхушке. При обширном переднем трансмуральном инфаркте прослушивается шум трения перикарда в зоне абсолютной тупости сердца. У моей больной при физикальном исследовании определяется ослабление I тона у верхушки, акцент II тона на аорте, тахикардия, 97 ударов в минуту, раздвоение, расщепление, появление дополнительных тонов не выслушивается, внесердечные шумы шум трения перикарда, плевроперикардиальный шум не выслушивается.
2. Обструктивная гипертрофическая кардиомиопатия. Для обструктивной гипертрофической кадриомиопатии характерны внезапные жгучие боли за грудиной не связанные с физической нагрузкой, нарушение сознания, включая синкопальные и присинкопальные состояния, головокружения при сохраненной систолической функции левого желудочка. У моей больной отмечаются приступы боли за грудиной возникающие при ходьбе в нормальном темпе по ровному месту на расстоянии 100--500 м, при подъеме на 1 этаж, купируются нитроглицерином. При физикальном исследовании обструктивной гипертрофической кадриомиопатии определяется [двойной](http://humbio.ru/humbio/har3/00086b5a.htm) или [тройной верхушечный толчок](http://humbio.ru/humbio/har3/0002748d.htm), быстрый подъем пульсовой волны на сонных артериях и [IV тон сердца](http://humbio.ru/humbio/har3/0019ca51.htm). Выслушивается [грубый веретенообразный систолический шум](http://humbio.ru/humbio/har3/0041feca.htm), он возникает не в раннюю систолу, когда изгнание крови происходит без помех, а спустя некоторое время после I тона. У моей больной при физикальном исследовании определяется ослабление I тона у верхушки, акцент II тона на аорте, тахикардия, 97 ударов в минуту, раздвоение, расщепление, появление дополнительных тонов не выслушивается, внесердечные шумы шум трения перикарда, плевроперикардиальный шум не выслушивается.
3. Нестабильная прогрессирующая стенокардия. При нестабильной стенокардии больные жалуются на боли за грудинной не связаны с физической нагрузкой, возникают в покое. Приступы разные по частоте и продолжительности, некоторые могут продолжаться 15мин. и более, не купируются нитроглицерином, а устраняются только с помощью наркотических аналгетиков. У моей больной отмечаются приступы боли за грудиной возникающие при ходьбе в нормальном темпе по ровному месту на расстоянии 100--500 м, при подъеме на 1 этаж, купируются нитроглицерином.

При физикальном исследовании у больных с нестабильной стенокардией с диастолической дисфункции у больных НС может выявиться при аускультации сердца громкий четвертый тон, свидетельствующий об усиленном сокращении предсердий или, вследствие систолической папиллярной дисфункции, выслушиваться транзиторный поздний апикальный систолический шум во время боли. У моей больной при физикальном исследовании определяется ослабление I тона у верхушки, акцент II тона на аорте, тахикардия, 97 ударов в минуту, раздвоение, расщепление, появление дополнительных тонов не выслушивается, внесердечные шумы шум трения перикарда, плевроперикардиальный шум не выслушивается.

1. Клапанный аортальный стеноз. При стенозе клапана аорты появляются головокружение, обмороки или потерю сознания, как правило, после физической нагрузки, возможны боли за грудинной. У моей больной отмечаются приступы боли за грудиной возникающие при ходьбе в нормальном темпе по ровному месту на расстоянии 100--500 м, при подъеме на 1 этаж, купируются нитроглицерином. При физикальном исследовании у больных с клапанным аортальным стенозом определяется систолический шум изгнания веретенообразной формы, высокоинтенсивный систолический шум, выслушивающийся на верхушке сердца, ослабление II тона сердца на аорте или его усиление на аорте и систолический «щелчок» изгнания у больных с ревматическим поражением клапана или двустворчатым аортальным клапаном, наличие IV тона сердца у больных с выраженной гипертрофией левого желудочка. У моей больной при физикальном исследовании определяется ослабление I тона у верхушки, акцент II тона на аорте, тахикардия, 97 ударов в минуту, раздвоение, расщепление, появление дополнительных тонов не выслушивается, внесердечные шумы шум трения перикарда, плевроперикардиальный шум не выслушивается.
2. Стенокардия напряжения. Будет характерен дискомфорт или боль в области груди. Дискомфорт обычно давящего, сжимающего, жгучего характера. Значительное ограничение обычной физической активности. Приступы стенокардии возникают при ходьбе в нормальном темпе по ровному месту на расстояние 100—500 м, при подъеме на один этаж, продолжительностью не более 10-15 мин. Боль исчезает при прекращении физической нагрузки или приёме нитрата короткого действия (например, нитроглицерина под язык). У моей больной отмечаются приступы боли за грудиной возникающие при ходьбе в нормальном темпе по ровному месту на расстоянии 100--500 м, при подъеме на 1 этаж, купируются нитроглицерином. У пациентов со стенокардией напряжения при физикальном исследовании выявляется тахикардия (реже брадикардия), повышение АД (реже его снижение), могут выслушиваться ослабление I тона у верхушки, акцент II тона на аорте, экстрасистолы, «ритм галопа», систолический шум, возникающий из-за недостаточности митрального клапана в результате дисфункции сосочковых мышц. У моей больной при физикальном исследовании определяется ослабление I тона у верхушки, акцент II тона на аорте, тахикардия, 97 ударов в минуту, раздвоение, расщепление, появление дополнительных тонов не выслушивается, внесердечные шумы шум трения перикарда, плевроперикардиальный шум не выслушивается.

Предварительный диагноз.

Учитывая жалобы больного, анамнез заболевания, анамнез жизни, физикальных данных и дифференциального диагноза 1 этапа:

ИБС: стенокардия напряжения III ФК. Атеросклероз аорты. Пароксизм фибриляции предсердий на фоне постоянных форм. Предсердная экстрасистолия. ХСН II А, ФК III.

ИБС: стенокардия напряжения III ФК - на основании синдрома жалоб на приступы ангинозных болей за грудиной, выраженное ограничение обычной физической активности, приступы возникают при ходьбе в нормальном темпе по ровному месту на расстоянии 100--500 м, при подъеме на 1 этаж, купируются нитроглицерином одной таблеткой.

Атеросклероз аорты – на основание анамнеза жизни, в 2002 году ей ставят диагноз - атеросклероз аорты и артерий нижних конечностей.

Пароксизм фибриляции предсердий на фоне постоянных форм – на основании жалоб больного на постоянные “перебои” в работе сердца, усиливающиеся при физическом напряжении. Из анамнеза заболевания в последние 6 лет появилась фибриляция предсердий с переходом в постоянные ЧСС 100-120уд. в мин

ХСН II А, – на основании появления одышки в покое, усиливающуюся при нагрузке. Отеки на ногах появляющиеся к вечеру и исчезающие к утру.

ФК III - так как пациент с выраженным ограничением физической нагрузки. В состоянии покоя жалоб нет, но даже при незначительной нагрузке возникает одышка, слабость и учащенное сердцебиение.

План дополнительных методов исследования.

Клинические исследования:

1. общий анализ крови
2. общий анализ мочи
3. биохимический анализ крови

Инструментальное исследование:

1. ЭКГ
2. ЭХОКГ
3. коронарная ангиография
4. обзорная рентгенография органов грудной клетки
5. компьютерная томография миокарда
6. МРТ
7. Шестиминутный тест

Результаты дополнительных методов больного.

Анализ крови

09.11.12

эритроциты – 4,46 \* 10№Іл

лейкоциты – 9,1 \* 109л

Hb – 138 г/л

СОЭ – 10 мм/ч

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Базофилы | Эозинофилы | Юные | Палочкоядерные |
|  | 2 |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Сигментоядерные | Лимфоциты |
| 64 | 30 |

Анализ мочи

|  |  |
| --- | --- |
|  | 09.11.12 |
| Цвет | желтый |
| Мутность | прозрачная |
| Удельный вес | 1038 |
| Белок | - |
| Сахар | - |
| Эпителий | единичные в поле зрения |
| Лейкоциты | 1-2 в поле зрения |
| Цилиндры | гиалин 1-2 в поле зрения |
| Слизь | - |
| Соли | - |
| Бактерии | - |

Биохимический анализ крови

09.11.12

Мочевина 3,8 ммоль/л

Креатинин 79ммоль

Глюкоза 6.1 ммоль

Алт 15 ммоль

Аст 11 ммоль

Холестерин 3.4ммоль

ЭКГ

09.11.12

Синусовый ритм, ЧСС = 97 уд. в мин., единичная предсердная экстрасистолия, нарушение внутрижелудочковой проводимости, признаки гипертрофии левого желудочка с изменением в миокарде. Увеличение зубца R в левых грудных отведениях V 4-5, блокада левой ножки пучка Гиса – расширенный комплекс QRS, раздвоенный зубец R во втором стандартном отведении.

ЭхоКГ.

Атеросклероз аорты гипертрофия левого желудочка.

Дифференциальный диагноз 2 этап.

1.Инфаркт миокарда.

В общем анализе крови у больных с инфарктом миокарда будет проявление неспецифических показателей тканевого некроза и воспалительной реакции миокарда (увеличение СОЭ, лейкоцитоз, небольшой палочкоядерный сдвиг формулы влево) У моей больной в общем анализе крови: эритроциты в норме, лейкоциты верхняя граница нормы, гемоглобин в норме, СОЭ в норме.Эозинофилы сегментояерные лимфоциты в норме.

В биохимическом анализе будет гиперферментемии (АСТ, КФК (ее МВ фракции), ЛДГ), повышение концентрации тропонинов І и Т, увеличения содержания в крови миоглобина. У моей больной в биохимическом анализе крови: без существенных изменений.

На ЭКГ будет картина формирования патологического, стойко сохраняющегося зубца Q или комплекса QRS, а также имеющие характерную динамику изменения сегмента ST или зубца Т, сохраняющиеся более суток. У моей больной на ЭКГ Синусовый ритм, ЧСС = 97 уд. в мин., единичная предсердная экстрасистолия, нарушение внутрижелудочковой проводимости, признаки гипертрофии левого желудочка с изменением в миокарде. Увеличение зубца R в левых грудных отведениях V 4-5, блокада левой ножки пучка Гиса – расширенный комплекс QRS, раздвоенный зубец R во втором стандартном отведении.

Эхокардиография: нередко выявляет нарушение подвижности ишемизированных участков миокарда со снижением сегментарной сократимости. У моей больной на эхокардиографии - атеросклероз аорты, гипертрофия левого желудочка.

На основании лабораторных инструментальных данных я могу исключить инфаркт миокарда у моей больной.

2. Обструктивная гипертрофическая кардмомиопатия.

В общем анализе крови у больных с обструктивной кардиомиопатией существенных изменений нет. У моей больной в общем анализе крови: эритроциты в норме, лейкоциты верхняя граница нормы, гемоглобин в норме, СОЭ в норме.Эозинофилы сегментояерные лимфоциты в норме.

В общем анализе мочи у больных с обструктивной кардиомиопатией существенных изменений нет. У моей больной в общем анализе мочи существенных изменений нет.

На ЭКГ обычно выявляют признаки гипертрофии левого желудочка и уширение зубца Q во многих отведениях, регистрируют нарушения ритма, как предсердные (суправентрикулярная тахикардия и фибрилляция предсердий), так и желудочковые (желудочковая тахикардия). У моей больной на ЭКГ Синусовый ритм, ЧСС = 97 уд. в мин., единичная предсердная экстрасистолия, нарушение внутрижелудочковой проводимости, признаки гипертрофии левого желудочка с изменением в миокарде. Увеличение зубца R в левых грудных отведениях V 4-5, блокада левой ножки пучка Гиса – расширенный комплекс QRS, раздвоенный зубец R во втором стандартном отведении.

Эхокардиография выявляет гипертрофию левого желудочка, увеличение толщины перегородки в 1,3 раза и более превышает толщину верхней задней части свободной стенки левого желудочка. Характерно уменьшение полости левого желудочка, при этом увеличивается подвижность задней стенки и уменьшается подвижность перегородки. У моей больной на эхокардиографии - атеросклероз аорты, гипертрофия левого желудочка.

На основании лабораторных инструментальных данных я могу исключить обструктивную гипертрофическую кардиомиопатию.

3. Нестабильная стенокардия напряжения.

В общем анализе крови у больных peгистрируется лейкоцитоз не более 10000 в 1 мм3. У моей больной в общем анализе крови: эритроциты в норме, лейкоциты верхняя граница нормы, гемоглобин в норме, СОЭ в норме. Эозинофилы сегментоядерные лимфоциты в норме.

В биохимическом анализе - уровень активности кардиоспецифических ферментов (КФК, МВ-КФК, ЛДГ, ACT) остается нормальным или не превышает 50 % от верхней границы нормы. Возможно повышение уровня тропонина Т. У моей больной в биохимическом анализе крови: без существенных изменений.

В общем анализе мочи у больных с обструктивной кардиомиопатией существенных изменений нет. У моей больной в общем анализе мочи существенных изменений нет.

На ЭКГ будет картина депрессии сегмента ST или реже в его подъеме выше изоэлектрической линии, появлении высоких зубцов Т в грудных отведениях, их инверсии или сочетание указанных изменений. У моей больной на ЭКГ Синусовый ритм, ЧСС = 97 уд. в мин., единичная предсердная экстрасистолия, нарушение внутрижелудочковой проводимости, признаки гипертрофии левого желудочка с изменением в миокарде. Увеличение зубца R в левых грудных отведениях V 4-5, блокада левой ножки пучка Гиса – расширенный комплекс QRS, раздвоенный зубец R во втором стандартном отведении.

Эхокардиография: нередко выявляет нарушение подвижности ишемизированных участков миокарда со снижением сегментарной сократимости. У моей больной на эхокардиографии - атеросклероз аорты, гипертрофия левого желудочка.

На основании лабораторных инструментальных данных я могу исключить нестабильную прогрессирующую стенокардию напряжения.

1. Аортальный клапанный стеноз.

В общем анализе крови у больных с обструктивной кардиомиопатией существенных изменений нет. У моей больной в общем анализе крови: эритроциты в норме, лейкоциты верхняя граница нормы, гемоглобин в норме, СОЭ в норме.Эозинофилы сегментояерные лимфоциты в норме.

В общем анализе мочи у больных с обструктивной кардиомиопатией существенных изменений нет. У моей больной в общем анализе мочи существенных изменений нет.

Эхокардиограмма: при стенозе аортального клапана эхокардиограмма может отображать степень утолщения перегородок аортального клапана, перегородки будут утолщены. У моей больной на эхокардиографии - атеросклероз аорты, гипертрофия левого желудочка.

Электрокардиограмма: электрокардиограмма может показывать нарушения частоты сердечного ритма или утолщение нижнего, левого желудочка. У моей больной на ЭКГ Синусовый ритм, ЧСС = 82 уд. в мин., единичная предсердная экстрасистолия, нарушение внутрижелудочковой проводимости, признаки гипертрофии левого желудочка с изменением в миокарде. Увеличение зубца R в левых грудных отведениях V 4-5, блокада левой ножки пучка Гиса – расширенный комплекс QRS, раздвоенный зубец R во втором стандартном отведении.

На основании лабораторных инструментальных данных я могу исключить аортальный клапанный стеноз.

5. Стенокардия напряжения.

Лабораторные данные существенно не изменяются они имеют лишь вспомогательное значение; позволяют определить наличие дислипидемии, выявить сопутствующие заболевания и ряд факторов риска либо исключить другие причины болевого синдрома. У моей больной в общем анализе крови: Эритроциты в норме, лейкоциты верхняя граница нормы, гемоглобин в норме, СОЭ в норме. Эозинофилы сегментояерные лимфоциты в норме. В общем анализе мочи существенных изменений нет. В биохимическом анализе крови: без существенных изменений.

В ЭКГ будет определяться нарушения реполяризации в виде изменения зубцов Т и смещения сегмента ST вверх (субэндокардиальная ишемия) или вниз от изолинии (трансмуральная ишемия) либо нарушения ритма сердца. У моей больной на ЭКГ Синусовый ритм, ЧСС = 97 уд. в мин., единичная предсердная экстрасистолия, нарушение внутрижелудочковой проводимости, признаки гипертрофии левого желудочка с изменением в миокарде. Увеличение зубца R в левых грудных отведениях V 4-5, блокада левой ножки пучка Гиса – расширенный комплекс QRS, раздвоенный зубец R во втором стандартном отведении.

ЭхоКГ в покое позволяет определить сократительную способность миокарда и провести дифференциальную диагностику болевого синдрома (пороки сердца, лёгочная гипертензия, кардиомиопатии, перикардиты, пролапс митрального клапана, гипертрофия левого желудочка при артериальной гипертензии). У моей больной на ЭхоКГ - атеросклероз аорты гипертрофия левого желудочка.

Обоснование клинического диагноза.

На основании жалоб, анамнеза заболевания, анамнеза жизни, диференциальной диагностики 1 этапа, данных лабораторно инструментальных методов исследования, диференциальной диагностики 2 этапа можно поставить клинический диагноз:

ИБС: стенокардия напряжения III ФК. Атеросклероз аорты. Пароксизм фибриляции предсердий на фоне постоянных форм. Предсердная экстрасистолия. ХСН II А, ФК III.

ИБС: стенокардия напряжения III ФК – на основании жалоб, на приступы ангинозных болей за грудиной, выраженное ограничение обычной физической активности, приступы возникают при ходьбе в нормальном темпе по ровному месту на расстоянии 100--500 м, при подъеме на 1 этаж, купируются нитроглицерином одной таблеткой, и анамнеза заболевания, на основании данных ЭКГ - синусовый ритм, ЧСС = 97 уд. в мин., единичная предсердная экстрасистолия, нарушение внутри желудочковой проводимости, признаки гипертрофии левого желудочка с изменением в миокарде. Увеличение зубца R в левых грудных отведениях V 4-5, блокада левой ножки пучка Гиса – расширенный комплекс QRS, раздвоенный зубец R во втором стандартном отведении.

III ФК – так как боли возникают при малейшей физической нагрузке, и кратковременного действия купирования нитроглицерина.

Атеросклероз аорты – на основании ЭхоКГ- атеросклероз аорты гипертрофия левого желудочка.

Пароксизм фибриляции предсердий на фоне постоянных форм – на основании жалоб, на постоянные “перебои” в работе сердца, усиливающиеся при физическом напряжении, учащение сердцебиения, и анамнеза заболевания, результатов ЭКГ - синусовый ритм, ЧСС = 97 уд. в мин., единичная предсердная экстрасистолия, нарушение внутри желудочковой проводимости, признаки гипертрофии левого желудочка с изменением в миокарде. Увеличение зубца R в левых грудных отведениях V 4-5, блокада левой ножки пучка Гиса – расширенный комплекс QRS, раздвоенный зубец R во втором стандартном отведении.

ХСН II А, – на основании жалоб больного, на одышку в покое, усиливающуюся при нагрузке, отеки на ногах появляющиеся к вечеру и исчезающие к утру, на основании анамнеза заболевания, анамнеза жизни, результатов ЭКГ - синусовый ритм, ЧСС = 97уд. в мин., единичная предсердная экстрасистолия, нарушение внутри желудочковой проводимости, признаки гипертрофии левого желудочка с изменением в миокарде. Увеличение зубца R в левых грудных отведениях V 4-5, блокада левой ножки пучка Гиса – расширенный комплекс QRS, раздвоенный зубец R во втором стандартном отведении. ЭхоКГ- атеросклероз аорты гипертрофия левого желудочка.

II А – так как слабовыраженные нарушения гемодинамики в большом и малом круге кровообращения.

ФК III – так как пациент с выраженным ограничением физической нагрузки, в состоянии покоя жалоб нет, но даже при незначительной нагрузке возникает одышка, слабость и учащенное сердцебиение.

Дневник состояния больного.

09.11.12 состояние больной без ухудшений. Жалобы на боль за грудиной 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. Сердечнососудистая система: перкуторно границы сердца смещены влево на 1 см, тоны глухие, ритм правильный, ЧСС 60 в мин, АД 135/70 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 сутки10.11.12 состояние больной без ухудшений. Жалобы: сохраняются боли в области эпигастрии и в правом подреберье, отдышка уменьшилась. Аппетит снижен. Сон прерывистый. Кожные покровы физиологической покраски. В легких дыхание жесткое ЧДД 20 уд. в мин. Тоны сердца ослабленной звучности ритм неправильный. АД 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий без болезненный. Печень не увеличена. Селезенка не увеличена. Мочеиспускание свободное, без болезненное. Симптом поколачивания отрицательный

11.11.12 Состояние больной средней степени тяжести на фоне основного заболевания. Жалобы на боль за грудиной 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. Сердечнососудистая система: перкуторно границы сердца смещены влево на 1 см, тоны глухие, ритм правильный, ЧСС 60 в мин, АД 135/70 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

Этиология, патогенез заболевания.

Причиной развития данного заболевания у моей больной мог быть атеросклероз коронарных артерий. Развитию атеросклероза способствуют факторы риска, такие как неправильное питание, малоподвижный образ жизни, повышенный уровень холестерина. Резкое ограничение коронарного кровотока при атеросклерозе коронарных артерий обусловлено формированием на стенках коронарных артерий атеросклеротических бляшек, воспалительного и фиброзного процессов в ней и последующим стенозированием артерий.

Схема патогенеза



План лечения.

1.Полупостельный режим.

2. Диета №10. Небольшое снижение энергоценности за счет жиров и отчасти углеводов; значительное ограничение количества поваренной соли, уменьшение потребления жидкостей. Ограничено содержание веществ, возбуждающих сердечно-сосудистую и нервную системы, раздражающих печень и почки, излишне обременяющих желудочно-кишечный тракт, способствующих метеоризму. Увеличено содержание калия, магния, липотропных веществ, продуктов, оказывающих ощелачивающее действие (молочные, овощи, фрукты). Кулинарная обработка с умеренным механическим щажением. Мясо и рыбу отваривают. Исключить трудноперевариваемые блюда. Пищу готовить без соли. Температура обычная. Режим питания: 5 раз в день относительно равномерными порциями.

3. Медикаментозное лечение.

#### Антиагреганты

[Антиагреганты](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%90%D0%BD%D1%82%D0%B8%D0%B0%D0%B3%D1%80%D0%B5%D0%B3%D0%B0%D0%BD%D1%82%D1%8B&action=edit&redlink=1) препятствуют агрегации [тромбоцитов](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D1%80%D0%BE%D0%BC%D0%B1%D0%BE%D1%86%D0%B8%D1%82) и [эритроцитов](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D1%80%D0%B8%D1%82%D1%80%D0%BE%D1%86%D0%B8%D1%82), уменьшают их способность к склеиванию и прилипанию к [эндотелию](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D0%BD%D0%B4%D0%BE%D1%82%D0%B5%D0%BB%D0%B8%D0%B9) сосудов. Антиагреганты облегчают деформирование эритроцитов при прохождении через капилляры, улучшают текучесть крови.

* [Ацетилсалициловая кислота](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%86%D0%B5%D1%82%D0%B8%D0%BB%D1%81%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BB%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D1%8F_%D0%BA%D0%B8%D1%81%D0%BB%D0%BE%D1%82%D0%B0) (Аспирин, Тромбопол, Ацекардол) — принимают 1 раз в сутки в дозе 75-150 мг, при подозрении на развитие инфаркта миокарда разовая доза может достигать 500 мг.

Rp: Tab. Ac. acetylsalicylici 0,5 N 20 D.S. Принимать внутрь по Ѕ таблетки 1 раз в день.

* [Клопидогрел](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BB%D0%BE%D0%BF%D0%B8%D0%B4%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B5%D0%BB) — принимается 1 раз в сутки по 1 таблетке 75 мг. Обязателен приём в течение 9 месяцев после выполнения эндоваскулярных вмешательств и [АКШ](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BE%D1%80%D1%82%D0%BE%D0%BA%D0%BE%D1%80%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D1%80%D0%BD%D0%BE%D0%B5_%D1%88%D1%83%D0%BD%D1%82%D0%B8%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5).

#### в-адреноблокаторы (B)

За счёт действия на в-аренорецепторы [адреноблокаторы](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%90%D0%B4%D1%80%D0%B5%D0%BD%D0%BE%D0%B1%D0%BB%D0%BE%D0%BA%D0%B0%D1%82%D0%BE%D1%80%D1%8B&action=edit&redlink=1) снижают частоту сердечных сокращений и, как следствие, потребление миокардом кислорода. Независимые рандомизированые исследования подтверждают увеличение продолжительности жизни при приёме в-адреноблокаторов и снижение частоты сердечно-сосудистых событий, в том числе и повторных. В настоящее время нецелесообразно использовать препарат [атенолол](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%82%D0%B5%D0%BD%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%BB), так как по данным рандомизированных исследований он не улучшает прогноз. в-адреноблокаторы противопоказаны при сопутствующей лёгочной патологии, [бронхиальной астме](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D1%80%D0%BE%D0%BD%D1%85%D0%B8%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%BC%D0%B0), [ХОБЛ](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A5%D1%80%D0%BE%D0%BD%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F_%D0%BE%D0%B1%D1%81%D1%82%D1%80%D1%83%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D1%8C_%D0%BB%D1%91%D0%B3%D0%BA%D0%B8%D1%85). Ниже приведены наиболее популярные в-адреноблокаторы с доказанными свойствами улучшения прогноза при ИБС.

* [Метопролол](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%BB) (Беталок Зок, Беталок, Эгилок, Метокард, Вазокардин);
* [бисопролол](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%B8%D1%81%D0%BE%D0%BF%D1%80%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%BB) (Конкор, Нипертен, Коронал, Бисогамма, Бипрол, Кординорм);
* [карведилол](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%B0%D1%80%D0%B2%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D0%BB%D0%BE%D0%BB) (Дилатренд, Акридилол, Таллитон, Кориол).

Rp.: Talinololi 0,1

D.t.d. №20 in tab.

S. Принимать по 1таблетке 3 раза в день.

#### Статины и Фибраты (C)

[Холестеринснижающие препараты](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%A5%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BD%D0%B8%D0%B6%D0%B0%D1%8E%D1%89%D0%B8%D0%B5_%D0%BF%D1%80%D0%B5%D0%BF%D0%B0%D1%80%D0%B0%D1%82%D1%8B&action=edit&redlink=1) применяются с целью снижения скорости развития существующих атеросклеротических бляшек и профилактики возникновения новых. Доказано положительное влияние на продолжительность жизни, также эти препараты уменьшают частоту и тяжесть сердечно-сосудистых событий. Целевой уровень [холестерина](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A5%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D1%81%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B8%D0%BD) у больных с ИБС должен быть ниже, чем у лиц без ИБС, и равняется 4,5 ммоль/л. Целевой уровень [ЛПНП](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%9F%D0%9D%D0%9F) у больных ИБС — 2,5 ммоль/л.

* [ловастатин](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%BD);
* [симвастатин](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B8%D0%BC%D0%B2%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%BD) (-6,1% размера бляшки, за 1 год терапии дозой 40мг);
* [аторвастатин](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%B2%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%BD) (-12,1% размера бляшки, за 0,5 год терапии дозой 20мг)(результаты исследования ESTABLISH);
* [розувастатин](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%BE%D0%B7%D1%83%D0%B2%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%BD) (-6,3% размера бляшки, за 2 год терапии дозой 40мг)результаты исследования ASTEROID);

Фибраты. Относятся к классу препаратов, повышающих антиатерогенную фракцию липопротеидов - ЛПВП, при снижении которой возрастает смертность от ИБС. Применяются для лечения дислипидемии IIa, IIb, III, IV, V. Отличаются от статинов тем, что, в основном, снижают триглицериды и могут повышать фракцию ЛПВП. Статины преимущественно снижают ЛПНП и не оказывают значимого влияния на ЛПОНП и ЛПВП. Поэтому для максимально эффективного лечения макрососудистых осложнений требуется комбинация статинов и фибратов.

* [фенофибрат](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A4%D0%B5%D0%BD%D0%BE%D1%84%D0%B8%D0%B1%D1%80%D0%B0%D1%82)

#### Антиаритмические препараты

* [Амиодарон](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BC%D0%B8%D0%BE%D0%B4%D0%B0%D1%80%D0%BE%D0%BD) относится к III группе [антиаритмических препаратов](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BD%D1%82%D0%B8%D0%B0%D1%80%D0%B8%D1%82%D0%BC%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B5_%D0%BF%D1%80%D0%B5%D0%BF%D0%B0%D1%80%D0%B0%D1%82%D1%8B), обладает комплексным антиаритмическим действием. Данный препарат воздействует на [Na+](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B0%D1%82%D1%80%D0%B8%D0%B9) и [K+](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D0%B9) каналы кардиомиоцитов, а также блокирует б- и в-адренорецепторы. Таким образом, амиодарон обладает антиангинальным и антиаритмическим действием. Рекомендуется следующая схема применения. В период насыщения (первые 7-15 дней) амиодарон назначается в суточной дозе 10 мг/кг веса больного в 2-3 приёма. С наступлением стойкого противоаритмического эффекта, подтверждённого результатами суточного ЭКГ- мониторирования, дозу постепенно уменьшают на 200 мг каждые 5 суток до достижения поддерживающей дозы в 200 мг в сутки.

Выписной эпикриз.

Больной 15.07.1936 год, поступил в терапевтическое отделение 6.11.12 с жалобами на приступы ангинозных болей за грудиной, выраженное ограничение обычной физической активности, приступы возникают при ходьбе в нормальном темпе по ровному месту на расстоянии 100--500 м, при подъеме на 1 этаж, купируются нитроглицерином одной таблеткой, на постоянные “перебои” в работе сердца, усиливающиеся при физическом напряжении, учащение сердцебиения, одышку в покое, усиливающуюся при нагрузке, отеки на ногах появляющиеся к вечеру и исчезающие к утру. Объективно при поступлении: при аускультации легких в нижних отделах выслушиваются влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы, смещение верхушечного толчка влево, смещение левой границы относительной тупости сердца кнаружи, глухой, ослабленный I тон на верхушке, акцент II тона на аорте. Был поставлен предварительный диагноз:

ИБС: стенокардия напряжения III ФК. Атеросклероз аорты. Пароксизм фибриляции предсердий на фоне постоянных форм. ХСН II А, ФК III

Диагноз был подтвержден лабораторными данными и инструментальными методами обследования: Эритроциты в норме, лейкоциты верхняя граница нормы, гемоглобин в норме, СОЭ в норме. Эозинофилы сегментояерные лимфоциты в норме. В общем анализе мочи существенных изменений нет. В биохимическом анализе крови: без существенных изменений. На ЭКГ Синусовый ритм, ЧСС = 82 уд. в мин., единичная предсердная экстрасистолия, нарушение внутрижелудочковой проводимости, признаки гипертрофии левого желудочка с изменением в миокарде. Увеличение зубца R в левых грудных отведениях V 4-5, блокада левой ножки пучка Гиса – расширенный комплекс QRS, раздвоенный зубец R во втором стандартном отведении. ЭхоКГ- атеросклероз аорты гипертрофия левого желудочка.

На основании чего был поставлен клинический диагноз:

ИБС: стенокардия напряжения III ФК. Атеросклероз аорты. Пароксизм фибриляции предсердий на фоне постоянных форм. ХСН II А, ФК III

Больному было назначено лечение: Тромбопол, метопролол, ловастатин, амиодарон.

Заключение

В результате проведенного лечения отмечается улучшение состояния больного (реже и меньшей интенсивности болевых приступов, уменьшение слабости). Больной остается для дальнейшего лечения в стационаре, характер лечения прежний. Прогноз условно неблагоприятный, заболевание является хроническим и неуклонно прогрессирующим, лечение только останавливает или значительно замедляет его развитие, но не обращает болезнь вспять. Стабильная стенокардия, обусловленная атеросклерозом коронарных артерий, является распространенным и инвалидизиpующим заболеванием. При сопоставлении с продолжительностью жизни отмечается значительный риск ее пpогpессиpования до инфаркта миокарда и/или наступления смерти. При надлежащем лечении обычно можно контpолиpовать симптомы и значительно улучшить прогноз. Кажется веpоятным, что на пpактике пpоисходит как шиpоко pаспpостpаненная недооценка наличия заболевания, так и излишне частая его диагностика, а оптимальные стратегии ведения больных часто не проводятся в жизнь.

Список использованной литературы

1. Богатырев В.Г. Основы диагностики внутренних болезней: Учеб.пос.для вузов/ В.Г. Богатырев. - Ростов н/Д: Феникс,2005.

2. Заболотных И.И. Клинико-экспертная диагностика патологии внутренних органов: Руководство для врачей/И.И.Заболотных, Р.К. Кантемирова.- СПб.: СпецЛит, 2007.-190с.

3. Внутренние болезни: Учебник в 2-х т./Гл. ред-ы А.И. Мартынов, Н.А. Мухин, В.С. Моисеев.-М.: ГЭОТАР-МЕД.-(ХХ1 век). Т.1.-2004.

4. Внутренние болезни: Учебник в 2-х т./А.И. Мартынов, Н.А. Мухин, В. С. Моисеев .- М.:ГЭОТАР-МЕД.-(ХХ1 век).- Т.2.-2004.

5. Клинические классификации и основные синдромы внутренних болезней/Под ред. Т.З. Сейсембекова, М.А.Пака; АкмолГМА.-Астана: Б.и, 2000.

6. Струтынский А.В. Электрокардиограмма: анализ и интерпретация: Учеб. пос./А.В.Струтынский.-6-е изд.-М.: МЕДпресс-информ,2006.

7. Окороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов: Руководство/ А.Н. Окороков. - М.: Мед. лит. Т. 6:Диагностика болезней сердца и сосудов.- 2003.

8. Окороков А.Н. Диагностика болезней внутренних органов: Руководство/ А.Н.Окороков. - М.: Мед. лит. Т. 9:Диагностика болезней сердца и сосудов.- 2005.