**Ф.И.О.:**

**Возраст:**

**Профессия**:

**Дата поступления в клинику:**

**Направившее учреждение:**

**№ истории болезни:**

**№ отделения:**

**№ палаты:**

**I. Жалобы:**

* на боли, возникающие при физической нагрузке и эмоциональном перенапряжении, жгучего и давящего характера, локализующиеся за грудиной, отдающие в левую руку, короткие по продолжительности, купирующиеся нитроглицерином,
* на учащенное и неравномерное сердцебиение,
* на головокружение, головную боль,
* на одышку при выполнении незначительной физической нагрузки,
* на нарушение сна в течение последних 10 дней.

**История настоящего заболевания (Anamnesis morbi)**

Страдает гипертонической болезнью с 1972 года. Периодически отмечались резкие подъемы АД до 215/110 мм рт. ст. В 1996 году перенесла инфаркт миокарда, после чего наблюдались резкие перепады давления, одышка при ходьбе и незначительной физической нагрузке. Данные явления постепенно нарастали, вследствие чего появились отеки на нижних конечностях, хрипы в легких, асцит.

Последние 4 года отмечала боли давящего характера в левой половине грудной клетки, возникающие после ходьбы и физической нагрузки, с иррадиацией в левую руку. Больная часто чувствовала перебои в работе сердца. Болевые приступы купировались нитроглицерином. Начиная с 1972 года, больная многократно проходила курсы лечения по поводу данного заболевания в различных терапевтических стационарах г. Москвы.

Приблизительно с полгода больная свое состояние считала удовлетворительным. Внезапно 08.03.03 г. вечером появилась сильная боль и чувство «жжения» за грудиной, через 15 минут приняла таблетку нитроглицерина под язык. После чего, больная почувствовала усиление сердцебиения и сильное чувство нехватки воздуха. Была доставлена по скорой помощи в приемное отделение ГКБ № 23.

**Фармакологический анамнез**

Последние 4 года, эпизодически, по мере возникновения болевых приступов, больная принимала нитроглицерин по 1-2 табл. под язык. При приеме отмечались нежелательные эффекты, такие как головокружение, головная боль, иногда перебои в работе сердца. Несмотря на возникающие побочные эффекты, больная считает препарат достаточно эффективным, т.к. он быстро устранял болевой приступ.

В последнее время больная принимает следующие препараты:

Энап 10мг х 2 раза/сутки;

Атенолол 25мг х 2 раза/сутки;

Коринфар 20мг х 4 раза/сутки;

Гипотиазид 25мг х 1 раз/сутки;

Феназепам 25мг х 1 раз/сутки на ночь.

**Аллергологический анамнез**

Со слов больной, с детства непереносимость препаратов группы пенициллина.

**Перенесённые заболевания**

Детские заболевания не отмечала, ангины, аппендэктомия, вскрытие межкишечного абсцесса (1952 г.), инфаркт миокарда.

# II. Клинический осмотр

Общее состояние: удовлетворительное, сознание ясное. Положение больной активное. Выражение лица спокойное. Телосложение нормостеническое.

Окраска кожных покровов: незначительный цианоз щек и губ; остальные кожные покровы красноватой окраски; слизистые оболочки влажные, бледно-розовые, язык обложен, с белым налетом. Отмечается небольшое шелушение кожи пальцев рук, желтушность ладоней.

Степень развития подкожной клетчатки: повышенное отложение жира в области живота. Толщина жировой складки = 6 см. Имеется асцит, отеки нижних конечностей.

При пальпации лимфоузлы не увеличены.

При осмотре и пальпации суставов изменений не выявлено.

**Система дыхания.**

**Жалобы на:**

* одышку в покое и при физической нагрузке, (затруднён как выдох, так и вдох);
* мокрота в небольшом количестве, характер мокроты – слизисто-гнойная, консистенция вязкая.

Дыхание через нос свободное. Боли, при разговоре и глотании, в гортани не отмечается. Голос громкий, чистый. Дыхание в гортани не затруднено. Тип дыхания - преимущественно брюшной. Частота дыхания - 20 в минуту. Ритм дыхания правильный.

При пальпации грудной клетки голосовое дрожание одинаково проводится во все отделы грудной клетки, немного усилено в нижних отделах.

При сравнительной перкуссии легких в симметричных участках грудной клетки звук коробочный. Очаговых изменений перкуторного звука не отмечается.

При топографической перкуссии: расположение нижних границ легких выше нормы на 3-4 см

При аускультации над легкими выслушивается жесткое везикулярное дыхание. Из побочных дыхательных шумов определяются только влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах легких, крепитация и шум трения плевры отсутствуют. Бронхофония проводится одинаково во все точки выслушивания.

**Система кровообращения**

**Жалобы на:**

* иногда возникающие приступы удушья, после физической нагрузки, в виде ощущения «нехватки воздуха» и чувства «сдавления» за грудиной;
* боли, локализованные за грудиной, возникающие при физической нагрузке и эмоциональном перенапряжении, жгучего и давящего характера, с иррадиацией в левую руку, короткие по продолжительности, купирующиеся нитроглицерином,
* головокружение, головные боли,
* одышка в покое и при физических нагрузках (затруднен как вдох, так и выдох).

**Пальпация:** верхушечный толчок невидимый, пальпируется в 5 межреберье, по левой среднеключичной линии, усиленный и разлитой.

**При перкуссии сердца** границы относительной тупости сердца:

* правая – 4 межреберье 1 см. справа от грудины;
* левая – 5 межреберье 3 см. кнаружи от среднеключичной линии;
* верхняя – 3 межреберье по левой окологрудинной линии.

Поперечник сосудистого пучка – 6 см.

**При аускультации сердца**: тоны сердца приглушены. В точке выслушивания аортального клапана определяется акцент II тона. Частота сердечных сокращений - 62 удара в минуту. Ритм сердечных сокращений правильный.

Частота пульса 62 уд./мин. Пульс одинаковый на обеих руках, ритмичный, ненапряженный, нормальной формы. АД 145/85 мм. рт.ст.

**Система пищеварения**

Деятельность кишечника регулярная. Стул бывает ежедневно, оформленной консистенции, отхождение газов свободное. При пальпации живота: кожные покровы сухие. Живот мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины и мышечный дефанс отсутствуют.

**Гепато-биллиарная система.**

**Жалобы на:**

* зуд кожных покровов в области печени, ощущение тяжести в правом подреберье.

Печень пальпируется на 1 см. ниже края правой реберной дуги (по правой среднеключичной линии). Край печени мягкий, ровный, слегка заострен, с гладкой поверхностью.

Размеры по Курлову: 16/7см х 12см х 10см. Гепатомегалия.

При осмотре области почек изменений не выявлено. Почки не пальпируются.

Селезенка не пальпируется.

**III. Клинический диагноз:**

**Основное заболевание:** ИБС,

стенокардия напряжения III ст. – IV ФК,

постинфарктный кардиосклероз,

кардиальный фиброз печени.

**Фоновое заболевание:** атеросклероз аорты, сосудов сердца и головного мозга.

**Сочетанное заболевание:** гипертоническая болезнь III стадии,

вторично-сморщенная почка.

**Осложнения:** недостаточность кровоснабжения II Б стадии.

**Сопутствующие заболевания:** хронический обструктивный бронхит,

пневмосклероз,

язвенная болезнь желудка и 12-типерстной кишки в стадии ремиссии.

**IV. Фармакодинамика и фармакокинетика лекарственных средств, оценка клинической эффективности.**

**Энап (эналаприл)**

Препарат относится к *гипотензивным, кардиопротективным средствам.* Ингибитор АПФ.

После введения внутрь всасывается на 60 %, подвергается биотрансформации в печени с образованием активного метаболита – эналаприлата. Экскретируется преимущественно почками, в течение 24 ч элиминируется до 90 % введенного количества. Понижение АД проявляется через 1 ч, достигает максимума к 6 ч и продолжается в течение суток, в связи с этим, препарат был назначен больной в дозе 10мг х 2 раза/сутки.

**Атенолол**

*Антиангинальное, гипотензивное средство.* Селективно блокирует бета1-адренорецепторы.

После приема внутрь всасывается около 50% (пища не влияет на биодоступность), у пожилых лиц - несколько больше, выводится почками 85%. При клиренсе креатинина ниже 35 мг/мин/1,73 м2 кумулирует. Эффект развивается через 1 ч после перорального приема, достигает максимума через 2-4 ч и длиться до 24 ч. Препарат принимается по 50 мг 1 раз в сутки. Учитывая, что в основном АД поднимается утром и вечером, данная доза разделена на 2 приема, т. е. по 25 мг 2 раз в день.

**Коринфар (нифедипин)**

*Антиангинальное, гипотензивное*. Блокирует кальциевые каналы.

При приеме внутрь быстро и полностью всасывается, около 80% выводится почками и приблизительно 15% - с фекалиями. Действие развивается через 30-60 мин и продолжается от 4-6 ч, при сублингвальном приеме - наступает через 5-10 мин и достигает максимума через 15-45 мин. Поэтому больной препарат назначен в дозе 20 мг х 4 раза в сутки.

**Гипотиазид (гидрохлортиазид)**

*Диуретическое, гипотензивное*. Ограничивает реабсорбцию натрия в канальцевом аппарате.

Препарат хорошо всасывается из ЖКТ. Диуретическое действие развивается через 30–60 мин, достигает максимума через 8-12 ч. При артериальной гипертензии препарат назначается 25мг/сутки, после еды.

**Феназепам**

*Центральное миорелаксирующее, снотворное, противосудорожное, анксиолитичекое.* Вызывает ГАМКмиметические эффект за счет взаимодействия с бензодиазепиновыми рецепторами в ЦНС.

Быстро и полностью всасывается из ЖКТ. Метаболизируется в печени, экскретируется с мочой. Снотворное действие развивается через 30-40 мин. У пожилых лиц с нарушением функций печени и почек возможна кумуляция. Поэтому данный препарат назначен больной в дозе 0, 25 мг/сутки, на ночь.

**V. Прогнозируемые побочные эффекты лекарственных препаратов, вероятность их развития.**

Учитывая, возраст больной (73 г.) и наличие сопутствующей патологии, все вышеперечисленные следует назначать с большой осторожностью, т. к. высок риск развития побочных эффектов.

При применении **энапа,** возможно развитие следующих побочных эффектов: угнетение ЦНС, головокружения, головная боль, гипотензия (в т. ч. ортостатическая), инфаркт миокарда, ОНМК (как следствие гипотонии), нарушение ритма сердца (предсердная тахи - /брадикардия, мерцательная аритмия), приступ стенокардии, ТЭЛА, бронхоспазм, непродуктивный кашель, нарушение функции печени, дисфункция почек, олигурия, нейтропения, лейкопения, тромбоцитопения, аллергические реакции (анафилактический шок, отек Квинке, крапивница и др.).

У больной велика вероятность развития вышеперечисленных побочных эффектов, особенно гипотензии и ее последствий (ОИМ, ОНМК, ТЭЛА), а также приступа стенокардии на фоне резкого снижения АД. Потому, что. препарат, в основном, экскретируется почками, функция которых у нее нарушена (вторично - сморщенная почка). Для предупреждения развития нежелательных побочных эффектов (НПЭ) необходимо мониторировать АД, снизить дозу препарата или его отменить, периодически контролировать концентрацию трансаминаз и щелочной фосфатазы в плазме крови, при повышении их содержания лечение отменяют.

При приеме **атенолола** могут развиться такие побочные действия, как брадикардия, АВ блокада, синдром «отмены», бронхоспазм, нарушение микроциркуляции в конечностях, диспепсия, головная боль, головокружение, депрессия, ночные кошмары, аллергические реакции.

В данном случае развитие НПЭ маловероятно, т.к. препарат назначен по показаниям, в адекватной дозе, в 2 приема для исключения развития нежелательных эффектов. Но все же необходимо следить за уровнем трансаминаз, при повышении их активности больше чем 3 раза рекомендуется редукция дозы или полная отмена препарата.

При лечении **коринфаром** могут развиться следующие побочные эффекты*. Со стороны мочевыделительной системы:* увеличение суточного количества выделяемой мочи, при почечной недостаточности – временное ухудшение функции почек. *Со стороны сердечно-сосудистой системы:* повышение частоты, продолжительности и степени тяжести приступов стенокардии (в начале лечения); оглушенность, тахикардия, снижение АД, отеки ног, инфаркт миокарда (единичные случаи). *Со стороны ЖКТ:* тошнота, ощущение тяжести в эпигастрии, диарея. *Аллергические реакции:* кожный зуд, крапивница, экзантема. *Прочие:* преходящие головные боли, головокружение, покраснение лица и кожи верхней части туловища с ощущением жара, миалгии, парестезии.

Как известно, больная страдает стенокардией напряжения и у нее нарушены функции почек (вторично - сморщенная почка), и печени (кардиальный фиброз). В связи с этим, очень велика вероятность развития побочных эффектов, т. к. ей назначена максимальная суточная доза препарата 80 мг. Нужно иметь в виду, что у некоторых больных появляются или учащаются приступы стенокардии – в этих случаях требуется отмена препарата. В данном случае, во избежание появления нежелательных эффектов (вероятно) целесообразно снизить дозу препарата.

При использовании **гипотиазида** может наблюдаться ряд побочных действий, таких как гипокалиемия, гипохлоремическая алкалоз, тошнота, рвота, потеря аппетита, понос, запор, ортостатическая гипотензия, тахикардия, головная боль, слабость, гемолиз, агранулоцитоз, аллергические реакции.

У больной мала вероятность развития НПЭ, т. к. препарат назначен по показаниям и в адекватной дозе. Но все же в процессе длительной терапии необходим мониторинг концентрации электролитов в плазме крови.

К побочным действиям, при приеме **феназепама** относят сонливость, головокружение, нарушение памяти, расстройства походки, диспептические явления, синдром «отмены», привыкание, лекарственная зависимость, аллергические реакции.

Учитывая, что у пожилых лиц с нарушением функций печени и почек возможна кумуляция препарата, его нужно назначать с большой осторожностью. В данном случае, вероятность появления НПЭ (лекарственная зависимость и привыкание) есть, но она не очень велика, т. к. больная принимает препарат 1 раз в день в минимальной дозе 0,25 мг. В будущем при нормализации сна у больной, отмену препарата следует производить постепенно, чтобы избежать развития синдрома «отмены».

**VI. Возможные лекарственные взаимодействия у данного больного.**

Учитывая, что у больной нарушены функции почек и печени, и большая часть принимаемых ею препаратов обладает гипотензивным действием, возможно взаимоусиление их эффектов - потенцирование их действия. Поэтому комбинацию препаратов можно оценить как потенциально опасную.

Так, например, велика вероятность потенцирования действия **коринфара, гипотиазида, атенолола**, а также **энапа**. Данное взаимодействие препаратов может привести к появлению у больной гипотензии, в т. ч. ортостатической, тахикардии, почечной недостаточности и других НПЭ. С последующим развитием более тяжелых и опасных для жизни осложнений, таких как нарушение сознания, инфаркт миокарда, ОНМК, ТЭЛА.

Также возможно, усиление антиангинального эффекта **атенолола** и **коринфара,** т. к. оба препарата обладают антиангинальным эффектом. Необходимо учитывать, что взаимодействие таких препаратов как **энап** и **коринфар** может вызвать у больной усиление приступов стенокардии.

Так взаимодействие **феназепама** и **атенолола** усиливает угнетающее действие последнего на ЦНС.

Зная, что у больной отягощен аллергологический анамнез, нужно учесть то, что комбинация всех вышеперечисленных препаратов может привести к развитию тяжелых аллергических реакций.

**VII. ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Исходя, из того, что комбинация назначенных больной препаратов является потенциально опасной, необходимо, пересмотреть режим их дозирования или назначить более безопасные препараты.

В частности, нужно уменьшить дозу **коринфара** до 10 мг 3 раза в день или заменить его на пролонгированную форму, **коринфар ретард**, который следует принимать по 20 мг 2 раза/сутки.

Так, например, вместо **энапа** и **гипотиазида** можно назначить комбинированный препарат **энап-HL** по 1-2 табл. 1 раз в день. Это облегчит больной прием препаратов вне стационара.

Если учесть, что при приеме гипотиазида может развиться гипокалиемия, то следует назначить больной препараты К+, например **аспаркам** (**панангин)** внутрь – по 1-2 табл. 3 раза/день в течение 3 нед. и дольше.

Также можно, поменять **гипотиазид** на К+ и Mg+ - сберегающие диуретики, **спиронолактон** по 50-100 мг/сутки или **триамтерен (триампур композитум (триамтерен+гипотиазид))** по 2 табл. 2 раза/сутки (утром и вечером).

Исходя из того, что **феназепам** усиливает угнетающее действие **атенолола** на ЦНС и при его постоянном приеме может развиться лекарственная зависимость, привыкание и синдром «отмены», данный препарат следует поменять на более безопасные средства, такие как **ново-пассит** или **персен**, которые являются успокоительными средствами, растительного происхождения, обладающие спазмолитической активностью, нормализующие сердечную деятельность (при ее легких расстройствах), сон и работу ЖКТ и не вызывающие привыкания и синдрома «отмены». Принимать их следует: **ново-пассит** по 1 табл. или 5 мл 3 раз/день, **персен** по 2-3 табл. 3 раза/день.

Также, учитывая возраст больной, наличие атеросклероза церебральных и коронарных сосудов следует назначить средства улучшающие микроциркуляцию в тканях, уменьшающие вязкость крови и улучшающие ее реологические свойства, такие как **трентал (пентоксифиллин)** по 0,2 г 3 раз/день курсом 2-4 нед.

Необходимо назначить ноотропные препараты, **пирацетам (ноотропил)** внутрь **-** по 800-1200 мг/сутки в 3 приема, корректоры мозгового кровообращения **винпоцетин** внутрь – по 1-2 табл. 3 раза/день.

В целом, схему назначенных препаратов можно считать рациональной, достаточно хорошо подобранной, однако, учитывая взаимоусиливающий эффект препаратов и их потенциально опасную комбинацию, вероятно целесообразно пересмотреть режим дозирования, а также тщательно мониторировать АД, количество электролитов, следить за активность трансаминаз в плазме крови, контролировать функции печени и почек.