Паспортная часть.

Ф.И.О.

Возраст: 69 лет

Пол: мужской

Место работы: пенсионер

Адрес: г. Москва

Дата поступления в клинику: 21.10.2000 г

Дата курации: 14.11.2000 г.

## Жалобы

***Жалобы на момент курации***: на боли за грудиной и в области сердца сжимающего характера, и иррадиирующие в левое плечо, руку, под лопатку, иногда в область ключицы, возникающие без четкой связи с физической нагрузкой, иногда ночью. Боли сопровождаются головокружением, потливостью, затруднение дыхания преимущественно на вдохе. Боли купируются приемом нитроглицерина под язык. Головную боль (в висках, тяжесть в затылке).

***Жалобы на момент поступления:*** на боли за грудиной, и в области сердца сжимающего характера, и иррадиирующие в левое плечо и руку, левую лопатку, нижнюю челюсть, возникающие в покое, а в последнее время ( 3-4 мес.) ночью; на перебои в работе сердца, эпизоды сердцебиения возникающие одновременно с болями за грудиной или предшествующие им. Приступы болей сопровождаются повышенной потливостью, головокружением Боли в области сердца проходили после приема нитроглицерина, однако в последний раз после приема нитроглицерина боли уменьшились, но не прошли полностью, сохранялось онемение левой руки (до запястья, в большей мере по наружной поверхности).

Также предъявлял жалобы на головную боль (тяжесть в затылке, висках), повышенное АД (максимально 180/100, рабочее 130/100-90).

### История настоящего заболевания

Считает себя больным с декабря 1994 года, когда впервые во время рабочего дня появились интенсивные боли за грудиной, колющего характера, иррадиирующие в левую руку, левую лопатку, нижнюю челюсть, сопровождавшиеся проливным потом, головной болью, страхом смерти, слабостью. Больной принял таблетку нитроглицерина, однако боли не прошли. Коллегами по работе была вызвана бригада скорой помощи, была снята ЭКГ и с диагнозом инфаркт миокарда больной

был доставлен в больницу. В конце января 1995 года был выписан из больницы с рекомендацией сменить работу (работал литейщиком). Подобных приступов больше не отмечал, однако после того как пошел работать по прежнему месту работы стал отмечать приступы сжимающих болей за грудиной, в области сердца, иррадиирующие в правую лопатку, руку возникавшие после физической нагрузки. А так же отмечалось повышение давления (180\100). При приступах принимал нитроглицерин под язык, затем стал принимать нитросорбид по 2-4 таблетки в день. Хотя пациента часто беспокоили боли, к врачу обратился примерно через полгода. Был направлен на ВТЭК, где была дана вторая группа инвалидности. С конца 1995 года по август 1996 года отмечал регулярные приступы сжимающих болей за грудиной и в области сердца, иррадиирующие в правую руку, лопатку. Перед приступом болей иногда отмечал появление пота, головокружения. Пациент старался ограничивать физическую нагрузку, и подобные приступы практически не беспокоили его, однако 21 октября 2000 года после приезда с дачи утром внезапно почувствовал боль в области сердца. Сжимающего характера, иррадиирующая в левую руку, нижнюю челюсть. Больной принял таблетку нитроглицерина под язык, боль не уменьшилась, через 1,5 часа боль приняла жгучий характер. Родственниками была вызвана скорая помощь и с диагнозом повторный инфаркт миокарда больной был доставлен в 1 ГКБ блок интенсивной терапии.

### **История жизни**

Родился в 1950 году в городе Москве, единственным ребенком в семье. В школу пошел в 7 лет, в умственном и физическом развитии от сверстников не отставал, после окончания 8 классов средней школы работал на заводе грузчиком. С 1972 года по 1993 работал грузчиком в магазине, затем работал литейщиком заводе в горячем цехе.

Семейный анамнез: женат с 1973 года, имеет сына 22 лет.

Наследственность: Отец и мать умерли от инсульта (страдали гипертонической болезнью).

Профессиональный анамнез: трудовую деятельность начал в 15 лет. Рабочий день был всегда нормирован, работа всегда была связана с тяжелой физической нагрузкой. На последнем месте работы работал в горячем цеху. Отпуск предоставлялся ежегодно, как правило, в летнее время.

Бытовой анамнез: проживает в отдельной квартире со всеми удобствами, материально обеспечен относительно удовлетворительно. Питается 3 раза в день горячей пищей в достаточном количестве, дома.

Эпидемиологический анамнез: инфекционный гепатит, брюшной и сыпной тифы, кишечные инфекции заболевания отрицает. Внутримышечных, внутривенных, подкожных инъекции не было. Туберкулез, сифилис, и венерические заболевания отрицает.

Привычные интоксикации: курит с 15 лет по одной пачке сигарет в день, после начала заболевания ограничивает себя в курении (одна пачка на 2-3 дня), алкоголем не злоупотребляет.

Аллергологический анамнез: непереносимость лекарственных средств (анальгин).

Страховой анамнез: инвалидность 2 группы с января 1995 года.

### Настоящее состояние

. Состояние больного средней тяжести. Положение активное. Телосложение правильное, деформаций скелета нет. Рост 175 см, вес 69.5 кг. Подкожно-жировая клетчатка выражена умеренно (толщина подкожно-жировой складки над пупком 2 см). Кожные покровы бледные. Тургор кожи сохранен, кожа суховата, эластичность не снижена. Видимые слизистые бледно-розового цвета.

***Костно-мышечная система***. Общее развитие мышечной системы хорошее, болезненности при ощупывании мышц нет. Деформаций костей, болезненности при ощупывании суставов нет. Суставы обычной конфигурации. Форма грудной клетки правильная.

Лимфатические узлы: затылочные, передние и задние шейные, подчелюстные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные, не пальпируются.

***Щитовидная железа*** не увеличена, мягко эластической консистенции. Симптомы тиреотоксикоза отсутствуют.

***Сердечно-сосудистая система***. Пульс 100 ударов в минуту, ритмичный, ненапряжен, удовлетворительного наполнения, одинаковый на правой и левой руке.

Пальпация сосудов конечностей и шеи: пульс на магистральных артериях верхних и нижних конечностей (на плечевой, бедренной, подколенной, тыльной артерии стопы), а также на шее (наружная сонная артерия) и головы (височная артерия) не ослаблен. АД 130/100 мм. Рт. Ст.

Пальпация области сердца: верхушечный толчок справа на 3 см отступя от среднеключичной линии в пятом межреберье, разлитой, не усиленный, не приподнимающий.

Сердечный толчек не определяется. Эпигастральная пульсация ослабевает на высоте вдоха.

Пульсация в области восходящей части дуги аорты, легочной артерии нет.

Перкуссия сердца: границы относительной сердечной тупости

|  |  |
| --- | --- |
| граница | местонахождение |
| правая | на 2 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье |
| верхняя | в 3-м межреберье по l.parasternalis |
|  |  |
| левая | на 3 см кнаружи от среднеключичной линии в 5 межреберье |

Перкуторные границы абсолютной сердечной тупости

|  |  |
| --- | --- |
| правая левого края грудины в 4 межреберье |  |
|  |
| верхняя у левого края грудины на 4 ребре |
|  |
| левая на 2см кнутри от среднеключичной линии в 5 |
| межреберье |

Аускультация сердца: тоны сердца приглушены, соотношение тонов сохранено во всех точках аускультации, ослаблены на верхушке, ритмичные. Систолический шум, хорошо прослушиваемый на верхушке и точке Боткина. На сосуды шеи и в подмышечную область не проводится.

При аускультации крупных артерий шумов не выявлено. Пульс пальпируется на крупных артериях верхних и нижних конечностей, а также в проекциях височных и сонных артерий.

***Система органов дыхания***. Форма грудной клетки правильная, обе половины равномерно участвуют в дыхании. Дыхание ритмичное. Частота дыхания 18 в минуту.

Пальпация грудной клетки: грудная клетка безболезненная, неэластичная, голосовое дрожание ослаблено над всей поверхностью легких.

Перкуссия легких: при сравнительной перкуссии легких над всей поверхностью легочных полей определяется ясный легочный звук.

Топографическая перкуссия легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| линия | справа | слева |
| l.parasternalis | 5 ребро | - |
| l.medioclavicularis | 6 ребро | - |
| l.axillaris anterior | 7 ребро | 7 ребро |
| l.axillaris media | 8 ребро | 9 ребро |
| l.axillaris posterior | 9 ребро | 9 ребро |
| l. scapulars | 10 межреберье | 10 межреберье |
| l.paravertebralis | на уровне остистого отростка  11 грудного позвонка | на уровне остистого отростка  11 грудного позвонка |

Высота стояния верхушек легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | слева | справа |
| спереди | 5 см | 5 см |
| сзади | на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка | на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка |

Подвижность легочных краев

справа 7 см

слева 7 см

Аускультация легких: дыхание жесткое, ослабленное в нижних отделах легких.

При бронхофонии выявлено ослабление проведения голоса в нижних отделах легочных полей.

***Система органов пищеварения***.

Осмотр ротовой полости: губы сухие, красная кайма губ бледная, сухая переход в слизистую часть губы выражен, язык влажный, обложен сероватым налетом. Десны розовые, не кровоточат, без воспалительных явлений. Миндалины за небные дужки не выступают. Слизистая глотки влажная, розовая, чистая.

ЖИВОТ. Осмотр живота: живот симметричный с обеих сторон, брюшная стенка в акте дыхания не участвует. При поверхностной пальпации брюшная стенка мягкая, безболезненная, ненапряженная.

При глубокой пальпации в левой подвздошной области определяется безболезненная, ровная, плотноэластической консистенции сигмовидная кишка. Слепая и поперечно-ободочная кишка не пальпируются. При ориентировочной перкуссии свободный газ и жидкость в брюшной полости не определяются. Аускультация: перистальтика кишечника обычная.

Желудок: границы не определяются, отмечается шум плеска, видимой перистальтики не отмечается. Кишечник. Ощупывание по ходу ободочной кишки безболезненно, шум плеска не определяется.

Печень и желчный пузырь. Нижний край печени из подреберной дуги не выходит. Границ печени по Курлову 9,8,7.Желчный пузырь не прощупывается. Симптомы Мюсси, Мерфи, Ортнера отрицательный. Френикус симптом отрицательный. Поджелудочная железа не прощупывается.

Селезенка не пальпируется, перкуторные границы селезенки: верхняя в 9 и нижняя в 11 межреберье по средней подмышечной линии.

***Мочеполовая система***. Почки и область проекции мочеточников не пальпируются, покалачивание по поясничной области безболезненно. Наружные половые органы развиты правильно, в мошонке пальпируются яички, плотноэластической консистенции.

***Нервно-психический статус***. Сознание ясное, речь внятная. Больной ориентирован в месте, пространстве и времени. Сон и память сохранены. Со стороны двигательной и чувствительных сфер патологии не выявлено. Походка без особенностей. Сухожильные рефлексы без патологии.

***Предварительный диагноз***. Ишемическая болезнь сердца. Нестабильная стенокардия. Постинфарктный кардиосклероз (острый инфаркт миокарда от12 декабря 1994 года). Гипертоническая болезнь II.

***План обследования больного***.

1. клинический анализ крови
2. клинический анализ мочи
3. анализ крови ВИЧ и на RW
4. биохимический анализ крови: АЛТ, АСТ, КФК,ЛДГ5, холестерин, липопротеиды, креатинин, билирубин, натрий, хлор, калий.
5. электрокардиография
6. эхокардиография
7. коронарография
8. рентгенография грудной клетки в двух проекциях (прямой и боковой)
9. УЗИ органов брюшной полости (тщательно почки, печень)
10. Консультация окулиста, эндокринолога.

***Данные лабораторных исследований***:

**Клинический анализ крови**.

гемоглобин 146 г\л

эритроциты 4.7 х 10 в 12 степени на литр

цветной показатель 0.96

количество лейкоцитов 3 х 10 в 9 степени на литр

эозинофилы 1

сегментоядерные 56

лимфоциты 35

моноциты 4

СОЭ 7 мм\ч

#### Анализ мочи

цвет светло-желтый

реакция кислая

удельный вес 1012

белок 0.033 г\л

сахар 0

лейкоциты 1-2 в поле зрения

эритроциты свежие 0-2 в поле зрения

эпителий плоский 1-3 в поле зрения

**Биохимический анализ крови**:

мочевина 6.4 - норма

креатинин 0,07 - норма

холестерин 8.3 норма

билирубин 10.88 - норма

АЛТ - 0.4 – норма

#### Электрокардиография

Заключение: Синусовая тахикардия 100 уд. в мин.

Обширные очаговые трансмуральные изменения передне перегородочной области, верхушки, боковой стенки левого желудочка.

#### Эхокардиографическое исследование:

Постинфарктный гипокенез переднеперегородочного и верхушечного отделов. Пристеночные тромботические массы в основании верхушки. Утолщение стенки миокарда левого желудочка. Резко снижена общая сократимость миокарда.

##### План лечения на день курации:

###### Режим постельный

Диета 6

1. Аспирин 1\4 таб. – 3 р. в день
2. Капотен 12,5 мг – 3 р. в день
3. Нитросорбит 1т. – 4 р.
4. Фуросемид 1т.( 40 мг) в день утром.
5. Гентамецин 80 мг.- 3 р. в день
6. Вит. В1-2,0 в\м, В6-2,0 в\м
7. Кордарон 20 мг – 2р.
8. Нозепам 10 мг н. н.
9. Рибоксин 1т. – 3 р.
10. Кокарбоксилаза 5мл – 1 р.в день внутримышечно.

***Клинический диагноз***: ишемическая болезнь сердца, крупноочаговый инфаркт миокарда боковой стенки левого желудочка, рецидивирующего типа, постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда от 12.12.94). Гипертоническая болезнь II стадии.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Следует отдифференцировать следующие заболевания:

1. Миокардиодистрофии - боли локализуются в области верхушки сердца, носят длительный, колющий характер, появлением недостаточности кровообращения, а также сопровождается деформацией и сужением сегмента ST.

2. Острый перикардит - боли связаны с фазами дыхания, движениями, усиливаются в положении лежа; при объективном исследовании ССС выявляется наличие шума трения перикарда, по ЭКГ высокий Т и поднятие ST выше изоэлектрической линии во всех отведениях.

3. Тромбоэмболия легочной артерии - начало заболевания после операции у больных с глубоким тромбозом вен нижних конечностей; наличие клинических и ЭКГ синдромов инфарктов легкого и инфарктной плевропневмонии с кровохарканием, шумом трения плевры, цианозом; отсутствие симптомов на ЭКГ, характерных для инфаркта миокарда.

4. Стенокардия - боль возникает на высоте физической нагрузки, длится не более 10 минут, купируется нитроглицерином, а при инфаркте миокарда боль более интенсивная, длительная, не купируется нитроглицерином; также ишемический синдром не на высоте приступа, а на ЭКГ он отмечается, регрессирует в течение нескольких дней.

5. Расслаивающая аневризма аорты - характеризуется внезапными длительными загрудинными болями, отсутствием ЭКГ-признаков инфаркта миокарда, асимметрией пульса и AD на руках и ногах, анемическим синдромом.