**Паспортная часть.**

ФИО больного: \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Возраст: 67 лет (1938 года рождения)

Пол: женский

Образование: среднее

Профессия: пенсионерка

Место работы, должность:пенсионерка

Домашний адрес: \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Дата поступления:28.03.05

Кем направлен: \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Предварительный диагноз: ИБС: нестабильная стенокардия, прогрессирующая.

Клинический диагноз: ИБС: нестабильная стенокардия, прогрессирующая. гипертоническая болезнь сердца II стадии, риск 3 .первичные полиостеоартроз с преимущественным поражением коленных суставов

Заключительный диагноз

-основной: ишемическая болезнь сердца прогрессирующая стенокардия

-осложнения: гипертоническая болезнь сердца II стадии, риск 3

-сопутствующие заболевания: первичные полиостеоартроз с преимущественным поражением коленных суставов

**Жалобы больного.**

При поступлении больная предъявляет жалобы на боли за грудиной давящего характера, не иррадиируют, возникающие после физической нагрузки, продолжающиеся час, купируются через 5 минут после приема нитроглицерина, головную боль в затылочной области, умеренной интенсивности ноющего характера, сопровождающаяся повышением артериального давления ( 160/90 мм. рт. ст.), одышку инспираторного характера. (Возникает при подъеме по лестнице на второй этаж, проходит самостоятельно после короткого отдыха.), сердцебиение, возникающее после физической нагрузки,отеки на стопах и голенях. (Появляются к вечеру, после физической нагрузки, к утру проходят), на боли в коленных и голеностопных суставах, усиливающиеся при ходьбе.

**Анамнез настоящего заболевания.**

Больной себя считает с 1997 года, когда впервые появились боли за грудиной, одышка при физической нагрузки.Больная связывает начало заболевагия со стрессовыми ситуациями.В 1998 году обратилась в поликлинику по месту жительства. Прошла курс амбулаторного лечения, динамики в развитии не наблюдалась. В конце 2000 года больная начала отмечать повышениа артериального давления, больная обратилась в поликлинику по месту жительства.С 2004 года отмечает ухудшение самочувствия.На данный момент госпитализирована в связи с ухудшением состояния.

**Анамнез жизни больного.**

Родилась в 1938 году в городе \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*е.Физически и интеллектуально развивалась нормально, от сверстников не отставала. В данное время проживает в благоустроенной квартире. В настоящее время на пенсии. Из вредных факторов отмечает стрессовые ситуации.Питание регулярное-4 раза в день, преобладает жидкая пища. Соблюдает личную гигиену тела.

Состояние здоровья близких родственников удовлетворительное. Месячные с 14 лет, регулярные, установились сразу, безболезненные, умеренные.Менопауза в 50 лет. Беременности две ( в 1973 и 1978 годах), настоящии, протекали нормально, закончились родами. Абортов, выкидышей не было.

 Гепатит, туберкулёз, венерические заболевания заболевания отрицает. ВИЧ-анамнез не отягощен.В 2002 году перенесла операцию-холецистэктомию.

Не курит. Алкоголь употреблял умеренно (3-4 раза в год).Наркотики, снотворные не употребляет. Токсикоманию и другие вредные привычки отрицает.

Аллергию на пыль, цитрусовые, клубнику, белок, шерсть домашних животных, пыльцу, химические вещества, лекарственные препараты отрицает.

# Объективное исследование

## ОБЩИЙ ОСМОТР

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Выражение лица обычное. Телосложение правильное,нормостенического типа. Рост- 167 см, вес- 80 кг. Осанка правильная, походка без особенностей

 Видимые слизистые обычной окраски, чистые. Эластичность кожи нормальная. Оволосенение по женскому типу. Ладонная поверхность кистей на ощупь холодная, влажная.Сыпи (эритем, розеол, крапивницы, пурпуры, петехий, опоясывающего лишая, сосудистых звездочек) нет. Ногти овальной формы, розового цвета, исчерчены.

Подкожно-жировая клетчатка выражена умеренно, толщина складки на уровне пупка 3,5 см, на уровне плеча-3 см, на уровне нижнего угла лопатки 2 см. Отёков нет. Подкожные вены малозаметные. Жировики и другие подкожные образования отсутствуют. Болезненность подкожной жировой ткани при давлении, подкожная эмфизема отсутствуют.

Лимфатические узлы (затылочные, околоушные, подчелюстные. подподбородочные, шейные передние и задние, надключичные, подключичные, субпекторальные, подмышечные, локтевые, паховые, бедренные, подколенные) не пальпируются.

 Скелет пропорциональный, симметричный. Искривлений позвоночника нет. Деформации костей,болезненности при покалачивании нет.

Мышцы развиты удовлетворительно, симметрично, тонус мышц сохранен, при ощупывании мышцы безболезненные.

## ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Грудная клетка правильной формы, симметричная, обе половины равномерно активно участвуют в акте дыхания. Надчревный угол 90 Надключичные и подключичные ямки симметричные, хорошо выраженные. Ход ребер под 45.Межрёберные промежутки не расширены. Ширина межрёберных промежутков 1.5 см. Лопатки плотно прилежат к задней стенки грудной клетки. Дыхание через нос свободное, ровное, нормальной глубины, ритмичное. Частота дыхательных движений -- 18 раз в минуту. Тип дыхания-грудной.

 Пальпация грудной клетки безболезненная. Грудная клетка эластичная. Голосовое дрожание одинаковое с обеих сторон в симметричных участках.

 При топографической перкуссии:

 Границы правого лёгкого:

 - l. parasternalis: верхний край 6-го ребра.

 - l. medioclavicularis: нижний край 6-го ребра

 - l. axillaris anterior: 7-е ребро

 - l. axillaris media: 8-е ребро

 - l. axillaris posterior: 9-е ребро

 - l. scapularis: 10-е ребро

 - l. paravertebralis: остистый отросток XI грудного позвонка

Границы левого лёгкого :

 - l. axillaris anterior: 7-е ребро

 - l. axillaris media: 8-е ребро

 - l. axillaris posterior: 9-е ребро

 - l. scapularis: 10-е ребро

 -l. paravertebralis: остистый отросток XI грудного позвонка

Стояние верхушки левого легкого:

Спереди на 4 см выше ключицы.

Сзади на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка.

Стояние верхушки правого легкого:

Спереди на 3 см выше ключицы.

Сзади на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка.

Ширина полей Кренинга с обоих сторон 4.5 см.

Активная подвижность нижнего легочного края правого легкого по средней аксилярной линии:

на вдохе 2 см, на выдохе 2 см Активная подвижность нижнего легочного края левого легкого по средней аксилярной линии: на вдохе 2.5 см, на выдохе 2 см

При сравнительной перкуссии над всей поверхностью лёгких определяется ясный лёгочный звук, одинаковый в симметричных участках грудной клетки.

Над всеми аускультативными точками выслушивается везикулярное дыхание. Хрипов нет. Бронхофония над симметричными участками с обоих сторон проводится одинаково слабо.

### СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

Выпячивания, видимой пульсации в области сердца нет. Верхушечный толчок визуально не определяется.

Пульс симметричный, частотой 80 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Определяется пульсация височной, сонной, плечевой, локтевой, лучевой, бедренной, подколенной артерий; стенка их эластическая.

Верхушечный толчок пальпируется в 5-м межреберье на 2 см латеральнее левой среднеключичной линии, площадью 1,5 на 2 см, умеренной силы, резистентный.

Границы относительной сердечной тупости:
Правая - в 4-м межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины.
Верхняя - на уровне 3-го ребра между l. sternalis et l. Parasternalis sinistrae
Левая - в 5-м межреберье на 3 см левее среднеключичной линии.

Границы абсолютной сердечной тупости:
Правая - по левому краю грудины.

Верхняя - на уровне 4-го ребра.

Левая - на 1 см кнутри от границы относительной сердечной тупости.

Сосудистый пучок не выходит за пределы грудины в 1-м и 2-м межреберьях.

Аускультативно во всех точках выслушиваются приглушенные,ритмичные тоны. Частота сердечных сокращений 60 удара в минуту.Шумов нет. Шум трения перикарда не выслушивается.

Артериальное давление 140/80 мм рт.ст. на левой руке, а на правой 140/80 мм.рт.ст.

 **СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ**

Осмотр ротовой полости: язык обычной формы и величины, влажный, чистый. Трещин и язв на языке нет.Десны розовые, не кровоточат, без воспалительных явлений. Миндалины за небные дужки не выступают. Слизистая глотки влажная, розовая, чистая.

Живот обычной формы, симметричный с обеих сторон, в акте дыхания участвует. Расширения подкожных вен нет. Рубцов нет.

Пальпаторно:

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный.Грыжевых выпячиваний, диастаза прямых мышц живота нет. Болезненность в точках Боаса, Опенховского, Гебста и в зоне Шоффара отсутствует. Симптомы Менделя, Щеткина-Блюмберга, Ровзинга, Ситковского отрицательные.

При глубокой пальпации в левой подвздошной области определяется безболезненная, ровная, плотноэластической консистенции сигмовидная кишка, не урчащая, диаметром 2 см. Слепая кишка, аппендикс, поперечно-ободочная кишка, конечный отдел тонкой кишки не пальпируются. Привратник, малая и большая кривизны желкдка не пальпируются. Нижняя граница желудка на 4 см выше пупка. Поджелудочная железа не пальпируется.

Перкуторно:

При ориентировочной перкуссии свободный газ и жидкость в брюшной полости не определяются.

Аускультативно:

Перистальтика кишечника умеренная, шум плеска не определяется, шума трения брюшины нет.

**ГЕПАТО-ЛИЕНАЛЬНАЯ СИСТЕМА**

Видимого увеличения области печени и пульсации не наблюдается.

При перкуссии верхняя граница относительной печеночной тупости по правой серединоключичной линии находится на уровне 5-ого ребра. Нижняя - по правой серединоключичной линии на уровне реберной дуги, по средней линии - на границе верхней и средней трети расстояния между мечевидным отростком и пупком , по левой реберной дуге на уровне 8-го ребра

Нижний край печени из под реберной дуги не выходит. Край плотный округлой формы, ровный болезненности нет. Размеры печени по Курлову:

1-й вертикальный - 9см;

2-й вертикальный - 8см;

косой - 7см.

Симптомы Ортнера, Курвуазье, Мерфи, Мюсси, Кера отрицательные.

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

## МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Визуально поясничная область не изменена. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

**ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА**.

На передней поверхности шеи определяется гладкое опухолевидное образование, больше слева, безболезненное, подвижное при глотании. Симптомы Мебиуса, Штельвага, Кохера, Греффе отрицательные. Экзофтальма, тремора рук и отека лица нет.

Поджелудочная железа не пальпируется.

Со стороны других желез изменений нет.

**НЕРВНАЯ СИСТЕМА И ОРГАНЫ ЧУВСТВ.**

Настроение хорошее. Ориентация в пространстве правильная. Больная контактна. Развита в соответствии с возрастом. Речь- монотонная. Бессонницу не отмечает.

Поза Ромберга устойчивая. Координация движений правильная.

Зрачки одинаковые, реагируют на свет. Рефлексы Бабинского, Россолимо, Оппенгейма, Брудзинского не определяются.

Зрения, слух и обоняние- в норме.Болевая и температурная чувствительность сохранена. Болезненности по ходу тройничного нерва нет.Регидности мышц затылка нет.

**ЛАБОРАТОРНЫЕ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**.

1.Общий анализ крови от 29.03.05

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | **Выявленные** | **Норма** |
| Эритроциты | 3,98 Т/л | М 4,3-5,3 Ж 3.7-4,5 Т/л |
| Гемоглобин | 122 г/л | М 130-165 Ж 112-138 |
| Цветовой показатель | 0,9 | 0,9-1,1 |
| Гематокрит | 45% | М 44-46% Ж 41-43% |
| СОЭ | 15 мм | 4.0-15,0 мм |
| Тромбоциты | 194 | 230-350 |

## Заключение: все показатели соответствуют возрастной норме.

2.Общий анализ мочи от 29.03.05

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатели** | **Выявленные** | **Норма** |
| Отн. плотность | 1013 | 1008-1028 |
| Цвет | Соломенно-желтый | Соломенно-желтый |
| Прозрачность | Прозрачна | Прозрачна |
| Реакция | Слабощелочная |  |
| Белок | Отр. | Отр |
| Сахар | Отр. | Отр. |
| Пл.эпителий | 0-1 в поле зрения | 0-2 в поле зрения |
| Лейкоциты | 2-з в поле зрения | 3-5 в поле зрения |
| Эритроциты | Отр | 0-1 в поле зрения |

## Заключение: все показатели соответствуют возрастной норме.

1. Биохимический анализ крови от 4.03.05

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | **Выявленные** | Норма |
| Общий белок | 68,8 |  65-85 |
| Общий билирубин | 7,5 | 8,5-20,5 |
| Глюкоза | 3,8 | 3,3-5,5 |
| АСТ | 0,32 | 0,1-0,42 |
| АЛТ | 0,38 | 0,1-0,42 |
| Мочевина | 3,7 | 2,8-8,3 |
| Креатинин | 0,09 | 0,044-0,2 |
| Na | 138,6 |  |
| К | 4,3 |  |

## Заключение: все показатели соответствуют возрастной норме.

1. RW от 4.03 отрицательна.
2. ФЛГ от 2.02.№3090Органы грудной клетки без патологии.
3. Анализ кала 4.03 на я/глист - не обнаружено.
4. Электрокардиография от 2.03

Заключение: Ритм синусовый, правильный, ритмичный,левограмма. ЧСС - 60уд/мин.Умеренная нагрузка на левый желудочек.

8.Осмотр гинеколога 4.03.05-опущение матки.

9.Стоматолог (3.03.05) ротовая полость санирована

**ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ.**

На основании жалоб на боли за грудиной давящего характера, не иррадиируют, возникающие после физической нагрузки, продолжающиеся час, купируются через 5 минут после приема нитроглицерина, головную боль в затылочной области, умеренной интенсивности ноющего характера, сопровождающаяся повышением артериального давления ( 160/90 мм. рт. ст.), одышку инспираторного характера. (Возникает при подъеме по лестнице на второй этаж, проходит самостоятельно после короткого отдыха.), сердцебиение, возникающее после физической нагрузки,отеки на стопах и голенях. (Появляются к вечеру, после физической нагрузки, к утру проходят), на боли в коленных и голеностопных суставах, усиливающиеся при ходьбе,а также на основании анамнеза и инструментальных методов диагностики (ЭКГ) можно поставить диагноз ишемическая болезнь сердца прогрессирующая стенокардия. гипертоническая болезнь сердца II стадии, риск 3

**Дневники:**

|  |  |
| --- | --- |
| **1.04.05 г.****t 36,6оС****АД 140/80 мм.рт.ст.****Р 80 уд в /****ЧДД 20 в /** | Состояние : удовлетворительное Жалобы на : на боли в области сердца, головные боли, боли в ногах,одышку при ходьбе.Тоны сердца ритмичные, приглушенные, в легких дыхание везикулярное.Язык влажный, чистый.Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме . |
| **4.04. 05г.****t 36,5оС****АД 135/75 мм.рт.ст.****Р 72 уд в /****ЧДД 21 в /** | Состояние : удовлетворительное .Жалобы на :отеки на ногах, умеренные боли в коленных и голеностопных суставах,одышку при физической нагрузке.Cor et pulmonum без изменений.Со стороны ЖКТ жалоб не предьявляет Стул и диурез без изменений . |
| **6.04.05 г.****t 36,6оС****АД 135/80 мм.рт.ст.****Р 76 в /****ЧДД 20 в /** | Состояние удовлетворительное.Отмечает уменьшение интенсивности болей за грудиной.Жалуется на боли в коленных и голеностопных суставах, одышку при ходьбе,отеки на ногах.Тоны сердца приглушенные, ритмичные, в легких дыхание везикулярное.Живот мягуий, безболезненный.Стул,диурез в норме.Получает лечение. |

|  |  |
| --- | --- |
| **8.04.05 г.****t 36,6оС****АД 140/80 мм.рт.ст.****Р 82 уд в /****ЧДД 20 в /** | Состояние : удовлетворительное .Жалобы на умеренные боли в суставах, отмечает уменьшение одышки и исчезновение болей за грудиной.Тоны сердца чистые,приглушенные, ритмичные.Везикулярное дыхание над всеми аускультативными точками. Живот мягкий, безболезненный.Стул и диурез в норме . |

**ЛЕЧЕНИЕ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ***.*

Эффективность медикаментозного лечения стенокардии зависит от того насколько удается изменить в благоприятную сторону баланс между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой. Это может быть достигнуто путем повышения способности коронарной системы доставлять кровь и ишемизированные зоны; либо путем уменьшения потребности миокарда в кислороде. К антиангинальным средствам относят три основные группы препаратов: нитросодержащие препараты, блокаторы бета-адренорецепторов и антагонисты кальция.

 Антиангинальные средства - это группы препаратов различного механизма действия, влияющих на синдром стенокардии посредством изменения гемодинамических условий работы сердца или улучшения коронарного кровотока.

Нитросодержащие препараты:

 Положительное действие нитратов:

1. уменьшение объема левого желудочка
2. снижение АД
3. уменьшение выброса

Это приводит к уменьшению потребности миокарда в кислороде.

1. снижение диастолического давления в левом желудочке
2. Увеличение кровотока в коллатералях приводит к улучшению перфузии в ишемизированной зоне.
3. вазодилатация эндокардиальных коронарных артерий нейтрализует спазм не периферии.

 Отрицательное действие нитратов:

1. несущественное повышение ЧСС
2. повышение сократимости
3. снижение диастолической перфузии из-за тахикардии

Все это приводит к увеличению потребности миокарда в кислороде, уменьшении перфузии миокарда. При длительном приеме возможно привыкание что может приводить к уменьшению эффекта.

 Препараты: нитроглицерин, нитросорбид, тринитролонг, сустак форте и сустак мите, нитронг,.

 Нитросорбид по своим фармакологическим свойствам отличен от нитроглицерина. Действие препарата при приеме внутрь начинается через 50-60 минут. Продолжительность действия 4-6 часов. Нитросорбид быстро метаболизируется в печени. Период полу выведения составляет около 30 минут при приеме внутрь, в то время как для его активных метаболитов - 4-5 часов. При разжевывании таблетки эффект нитросорбида наступает раньше - через 5 минут и выражен сильнее и выражен сильнее 9 это касается и колаптоидной реакции), что позволяет использовать сублингвальный прием препарата для купирования приступов стенокардии. Нитросорбид и его метаболиты экскретируются почками.

Побочные эффекты применения нитропрепаратов: головная боль, продолжение лечения как правило приводит к развитию толерантности к этому побочному действию. Уменьшение дозы, изменение пути введения препарата или применения анальгетиков уменьшают выраженность головной боли. Постуральная гипотензия проявляется головокружением, слабостью и даже кратковременной потерей сознания. Этот эффект усиливается после приема алкоголя. Метгемоглобинемия, а также тяжелое отравление нитратами встречается в основном у детей младшего возраста.

 Противопоказания: индивидуальная непереносимость ( тахикардия, гипотония, головная боль), остром инфаркте миокарда, протекающем с гипотонией, кровоизлиянии в мозг, повышении внутричерепного давления, обструктивной кардиомиопатии.

 Rp.: Nitrosorbidi 0.01

 D.t.d.№50 in tab.

1. Принимать по 1 таблетке 4 раза в день.

Rp.: Sustac-forte 6.4

 D.t.d. №20

 S.Принимать по 1 таблетке 2 раза в день.

Rp.:Nitroglycerini 0.0005

 D.t.d. № 50

1. Принимать при болях в сердце. Подъязычно.

Rp.: Trinitrolong 0.001

 D.t.d.№50

 S. Принимать по 1 таблетке 3 раза в день.

Блокаторы бета-адренорецепторов и препараты влияющие на адренергические системы: бета блокаторы уменьшают потребность миокарда в кислороде путем подавления симпатической активности. Сочетание нитратов и бета-адреноблокатором может нейтрализовать действие на ЧСС. Негативное действие бета-блокаторов: усиление обструкции бронхов ( нельзя применять у больных с легочной патологией), влияют на сократимость миокарда ( осторожно при сердечной недостаточности). Основными показаниями к назначению этих препаратов является стенокардия, артериальная гипертония и аритмии. Различают бета-блокаторы кардионеселективные, блокирующие бета - 1 и бета - 2 рецепторы, к которым относятся тимолол, пропранолол, соталол, надолол, окспренолол, алпренолол, пиндолол, и др. и кардиоселективные имеющие преимущественно бета -1 - ингибирующую активность ( метопролол, атенолол, ацебутолол, практолол). Часть их этих препаратов обладает симпатомиметической активностью ( окспренолол, алпренолол, пиндолол, ацебутолол), что позволяет хотя и незначительно расширить сферу применения бета-блокаторов, например при сердечной недостаточности, брадикардии, бронхиальной астме. Кардиоселективные препараты следует предпочесть при лечении стенокардии у больных с хроническими обструктивными заболеваниями дыхательных путей, поражениями периферических артерий, сахарным диабетом. Некоторые бета-блокаторы обладают внутренней симпатомиметической активностью, которая означает способность препарата влиять на те же бета-рецепторы, на которые влияют и агонисты. Препараты , обладающие таким свойством, в меньшей степени урежают частоту сердечных сокращений в покое, вызывая отрицательный хронотропный эффект главным образом на высоте физической нагрузки, что имеет значение для больных стенокардией с наклонностью к брадикардии.

 Побочные действия бета-блокаторов: при лечении бета-блокаторами могут наблюдаться брадикардия, артериальная гипотензия, усиление левожелудочковой недостаточности, обострение бронхиальной астмы, атриовентрикулярная блокада различной степени, обострение хронических желудочно-кишечных расстройств, усиление синдрома Рейно и перемежающейся хромоты ( изменение периферического кровотока), в редких случаях - нарушение половой функции.

 Противопоказания к применению бета-блокаторов. Данные препараты нельзя применять при выраженной брадикардии гипотонии, бронхиальной астме, астмоидных бронхитах, синдроме слабости синусного узла, нарушениях атриовентрикулярной проводимости, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, сахарном диабете в стадии декомпенсации, нарушении периферического кровообращения, выраженной недостаточности кровообращения ( при начальных проявлениях допускается назначение бета-блокаторов в сочетании с диуретиками и сердечными гликозидами), беременности ( относительное противопоказание).

Rp.: Propranololi 0.08

 D.t.d.#10 in tab.

 S. Принимать по 1 таблетке 3 раза в день.

Rp.: Trasicor 0.08

 D.t.d.#20 in tab.

 S. Принимать по 1 таблетке 3 раза в день.

Rp.: Talinololi 0.1

 D.t.d.#20 in tab.

1. Принимать по 1 таблетке 3 раза в день.

Rp.: Pindololi 0.005

 D.t.d.#50 in tab.

 S. Принимать по 1 таблетке 4 раза в день.

Антагонисты кальция. Антиангинальный эффект связан с прямым действие их на миокард и коронарные сосуды, так и с влиянием на периферическую гемодинамику. Антагонисты кальция блокируют поступление ионов кальция в клетку, уменьшая таким образом ее способность развивать механическое напряжение, а следовательно , и снижая сократимость миокарда. Действие этих средств на стенку коронарных сосудов ведет к их расширению ( антиспастический эффект) и увеличению коронарного кровотока, а влияние на периферические артерии - к системной артериальной дилятации, снижению периферического сопротивления и систолического АД. Благодаря этому достигается увеличение снабжения миокарда кислородом при снижении потребности в нем. Антагонисты кальция обладают также антиаритмическими свойствами. Препараты: верапамил, нифедипин, дилтиазем.

 Верапамил ( изоптин, финоптин) кроме вазодилатирующего оказывают выраженное отрицательное инотропное действие. ЧСС и АД под влиянием препарата незначительно снижаются. Существенно подавляются проводимость по атриовентрикулярному соединению и автоматизм синусного узла, что позволяет применять препарат и для лечения суправентрикулярных нарушений ритма. Верапамил является препаратом выбора для лечения стенокардии вазоспастического генеза. Обладает высокой эффективностью и при лечении стенокардии напряжения, а также при сочетании стенокардии с суправентрикулярными нарушениями ритма и сердечных сокращений.

 Побочные эффекты отмечаются только у 2-4% больных. Самыми обычными являются головные боли, головокружение, усталость, покраснение кожи, незначительные отеки нижних конечностей. Описаны также желудочно-кишечные симптомы, брадикардия.

 Противопоказания: коринфар не следует назначить при исходной гипотонии, синдроме слабости синусного узла, беременности. Верапамил противопоказан при нарушениях атриовентрикулярной проводимости, синдроме слабости синусного узла, выраженной сердечной недостаточности и при различных гипотензивных состояниях.

Rp.: Cardizemi 0.09

 D.t.d.#50 in caps.

 S.Принимать по 1 капсуле 2 раза в день

Rp.: Verapamili 0.04

 D.t.d.#50 in tab.

 S.Принимать по 1 таблетке 4 раза в день.

Rp.: Adalati 0.01

 D.t.d.#50 in tab.

 S.Принимать по 1 таблетке 3 раза в день.

Препараты улучшающие метаболизм миокарда.

Рибоксин. Рибоксин является производным (нуклеозидом) пурина. Его можно рассматривать как предшественник АТФ. Имеются данные о способности препарата повышать активность ряда ферментов цикла Кребса, стимулировать синтез нуклеотидов, оказывать положительное влияние на обменные процессы в миокарде и улучшать коронарное кровообращение. По типу действия относится к анаболическим веществам. Будучи нуклеозидом, инозин может проникать в клетки и повышать энергетический баланс миокарда. Применяют рибоксин при ишемической болезни сердца ( при хронической коронарной недостаточности и при инфаркте миокарда), при миокардиодистрофии , при нарушениях ритма, связанных с применением сердечных гликозидов. Назначают внутрь до еды в суточной дозе от 0.6 до 2.4 г. Курс лечения от 4 недель до 3 мес.

Rp.: Riboxini 0.2

 D.t.d.#50 in tab.

 S.Принимать по 1 таблетке 3 раза в день.

Ретаболил. Обладает сильным и длительным анаболическим действием. После инъекции эффект наступает в первые 3 дня, достигает максимума к 7-му дню и продолжается не менее 3 недель. Обладает не выраженным андрогенным (и вирилизующим) действием, чем феноболин. Основные показания к применению в терапевтической практике: хроническая коронарная недостаточность, инфаркт миокарда, миокардиты, ревматические поражения сердца).

 Применяют по 1 мл масляного раствора внутримышечно 1 раз в месяц.

Rp.: Retabolili 5% 1 ml

 D.t.d.#50 in amp.

 S.Вводить внутримышечно 1 раз в месяц по 1 мл.

Кокарбоксилаза. По биологическому действию приближается к витаминам и ферментам. Является простетической группой (коферментом) ферментов , участвующих в процессах углеводного обмена. В соединении с белком и ионами магния входит в состав фермента карбоксилазы, катализирующего карбоксилирование и декарбоксилирование альфа-кетокислот. Тиамин введенный в организм для участия в указанных выше биохимических процессах, предварительно должен фосфорилироваться и превратиться в кокарбоксилазу. Последняя ,таким образом, является готовой формой кофермента, образующегося из тиамина в процессе его превращения в организме. Применяют как компонент комплексной терапии при ацидозах любого происхождения, коронарной недостаточности, периферических невритах, различных патологических процессах требующих улучшения углеводного обмена, вводят внутримышечно 0.05-0.1 г 1 раз в день, курс лечения 15-30 дней.

Rp.: Sol.Cocarboxylasi 5 ml

 D.t.d.#5 in amp.

 S.вводить внутримышечно 1 раз в день по 5 мл.

Цитохром С. Является ферментом, принимающим участие в процессах тканевого дыхания. Железо, содержащееся в простетической группе цитохрома С, обратимо переходит из окисленной формы в восстановленную, в связи с чем применение препарата ускорят ход окислительных процессов. Применяют цитохром для улучшения тканевого дыхания при астматических состояниях, хронической пневмонии, сердечной недостаточности, инфекционном гепатите, старческой дегенерации сетчатки глаза. Обычно вводят в мышцы по 4-8 мл 1-2 раза в день. Курс лечения 10-14 дней.

Rp.: Cytochromi C pro inectionibus 4 ml

 D.t.d.#10 in amp.

 S.Вводить внутримышечно по 4 мл 2 раза в день.

Препараты, снижающие холестерин и липопротеиды крови:

Клофибрат. Понижает содержание уровень ЛПОНП и бета-липопротеидов. Механизм действия состоит в уменьшении биосинтеза в печени триглицеридов и торможении синтеза холестерина (на стадии образования мевалоновой кислоты). Повышает активность липопротеидлипазы. Препарат оказывает одновременно гипокоагулирующее действие , усиливает фибринолитическую активность крови, понижает агрегацию тромбоцитов. Применяют при атеросклерозе с повышенным содержанием в крови холестерина и триглицеридов, при склерозе коронарных , мозговых и периферических сосудов, при диабетической ангиопатии и ретинопатии, различных заболеваниях сопровождающихся повышением липопротеидов крови.

 Побочные действия: тошнота, рвота, головная боль, мышечные боли, кожная сыпь. Противопоказан при нарушениях функции печени и почек, при беременности, его не следует назначать детям.

 Цетамифен. Механизм гипохолестеринемического действия цетамифена : он связывает часть коэнзима А образуя фенилэтилкоэнзим А, и выступая таким образом в роли “ложного метаболита” , препятствует образованию оксиметил-глюктарил-коэнзима А и дальнейшему ходу образования эндогенного холестерина.

Побочное действие: усиление тиреотропной функции гипофиза, желчевыделительную функцию печени.

 Показаниями являются атеросклероз, все другие заболевания сопровождающиеся гиперхолестеринемией.

Rp.: Cetamipheni 0.25

 D.t.d.#20 in tab.

1. принимать по 2 таблетки 4 раза в день.

Антагонисты кальция: верапамил 0.04 по 1 таблетке 3 раза в день. Назначен как антиангинальное средство, антигипертензивное средство.

Антиаггреганты: аспирин 0.5 по четверти таблетки 1 раз в день ( с утра после еды). Назначено для улучшения реологических свойств крови, как профилактика атеросклероза.

Средства улучшающие трофику и метаболизм миокарда: рибоксин 0.2 по 1 таблетке 3 раза в день.

 Физиотерапевтическое лечение улучшает метаболизм миокарда и коронарное кровообращение, нормализует биоэлектрическую активность миокарда и потребление кислорода.

Лечебное питание проводится в пределах стола № 10

Устранение основных факторов риска ИБС :

 -артериальной гипертензии, курения, дислипопротеинемии, избыточной массы тела, устранение отрицательных психоэмоциональных стрессовых ситуациях.

***ЭПИКРИЗ.***

Больная \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* находилась на лечении в гомельской железнодорожной клинической больнице с 28.03.05 с диагнозом- ишемическая болезнь сердца, прогрессирующая стенокардия. гипертоническая болезнь сердца II стадии, риск 3

При поступлении больная жаловалась на боли за грудиной, головные боли, одышку при физической нагрузке, боли в коленных и голеностопных суставах.

Исследования:

1.Общий анализ крови от 29.03.05

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | **Выявленные** | **Норма** |
| Эритроциты | 3,98 Т/л | М 4,3-5,3 Ж 3.7-4,5 Т/л |
| Гемоглобин | 122 г/л | М 130-165 Ж 112-138 |
| Цветовой показатель | 0,9 | 0,9-1,1 |
| Гематокрит | 45% | М 44-46% Ж 41-43% |
| СОЭ | 15 мм | 4.0-15,0 мм |
| Тромбоциты | 194 | 230-350 |

## Заключение: все показатели соответствуют возрастной норме.

2.Общий анализ мочи от 29.03.05

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатели** | **Выявленные** | **Норма** |
| Отн. плотность | 1013 | 1008-1028 |
| Цвет | Соломенно-желтый | Соломенно-желтый |
| Прозрачность | Прозрачна | Прозрачна |
| Реакция | Слабощелочная |  |
| Белок | Отр. | Отр |
| Сахар | Отр. | Отр. |
| Пл.эпителий | 0-1 в поле зрения | 0-2 в поле зрения |
| Лейкоциты | 2-з в поле зрения | 3-5 в поле зрения |
| Эритроциты | Отр | 0-1 в поле зрения |

## Заключение: все показатели соответствуют возрастной норме.

1. Биохимический анализ крови от 4.03.05

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | **Выявленные** | Норма |
| Общий белок | 68,8 |  65-85 |
| Общий билирубин | 7,5 | 8,5-20,5 |
| Глюкоза | 3,8 | 3,3-5,5 |
| АСТ | 0,32 | 0,1-0,42 |
| АЛТ | 0,38 | 0,1-0,42 |
| Мочевина | 3,7 | 2,8-8,3 |
| Креатинин | 0,09 | 0,044-0,2 |
| Na | 138,6 |  |
| К | 4,3 |  |

## Заключение: все показатели соответствуют возрастной норме.

1. RW от 4.03 отрицательна.
2. ФЛГ от 2.02.№3090Органы грудной клетки без патологии.
3. Анализ кала 4.03 на я/глист - не обнаружено.
4. Электрокардиография от 2.03

Заключение: Ритм синусовый, правильный, ритмичный,левограмма. ЧСС - 60уд/мин.Умеренная нагрузка на левый желудочек.

Проводится следующее лечение :

Rp.: Nitrosorbidi 0.01

 D.t.d.№50 in tab.

1. Принимать по 1 таблетке 4 раза в день.

Rp.:Nitroglycerini 0.0005

 D.t.d. № 50

1. Принимать при болях в сердце. Подъязычно.

Rp.: Talinololi 0.1

 D.t.d.#20 in tab.

1. Принимать по 1 таблетке 3 раза в день.

Rp.: Riboxini 0.2

 D.t.d.#50 in tab.

 S.Принимать по 1 таблетке 3 раза в день.

Rp.: Sol.Cocarboxylasi 5 ml

 D.t.d.#5 in amp.

 S.вводить внутримышечно 1 раз в день по 5 мл.

аспирин 0.5 по четверти таблетки 1 раз в день ( с утра после еды).

Проводилось физиолечение.

Диета-стол №10

В результате проводимого лечения состояние больной значительно улучшилось

 Рекомендовано :

-Полноценное питание с достаточным содержанием животных белков , растительного масла , овощей , фруктов .

-Санаторно - курортное лечение .

-Систематическое диспансерное наблюдение .

-соблюдение режима труда и отдыха.

-Ограничений в трудоустройстве нет.