1. **Ф.И.О**. \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*
2. **Возраст**: 75 лет.
3. **Профессия и место работы:** пенсионерка.
4. **Место жительства:** г. Томск
5. **Дата поступления:** 05.04.05.
6. **Дата выписки:** 20.04.04.
7. **Диагноз направления:** Ишемическая болезнь сердца, прогрессирующая стенокардия, левожелудочковая экстрасистола.
8. **Диагноз клинический:**

* Основное заболевание: ишемическая болезнь сердца прогрессирующая стенокардия
* Сопутствующее заболевание: гипертоническая болезнь сердца II стадии, риск 3, осложненная гипертрофия левого желудочка, гипертензионная ангиопатия сетчатки
* Осложнения: недостаточность кровообращения II А, сердечная астма, остеохондроз шейного и пояснично-крестцового отдела позвоночника.

**Жалобы больного** (предъявленные и выявленные).

Основные:

1. Боли за грудиной давящего характера, не иррадиируют, возникающие после физической нагрузки, продолжающиеся час, купируются через 5 минут после приема нитроглицерина.
2. Головная боль в затылочной области, которая иррадиирует в теменную область, умеренной интенсивности ноющего характера, сопровождающаяся повышением артериального давления ( 160/90 мм. рт. ст.), возникающая при изменении атмосферного давления или после стрессовых ситуаций. ( Повышение давления примерно 1 раз в неделю.) Головная боль чаще возникает утром, продолжительность боли примерно 1 час. После приема адельфана проходит через 2-3 минуты.
3. Одышка инспираторного характера. Возникает при подъеме по лестнице на второй этаж, проходит самостоятельно после короткого отдыха.
4. Сердцебиение, возникающее после физической нагрузки.
5. Отеки гипостатические на стопах и голенях. Появляются к вечеру, после физической нагрузки, к утру проходят.

6. Учащенное мочеиспускание в ночное время 2-3 раза. Рези при

мочеиспускании.

7. Приступы удушья в ночное время.

Дополнительные:

1. Боль в поясничной области, ноющего характера, умеренной интенсивности, продолжительность до 1 часа, никуда не иррадиируют, возникают внезапно, проходят при принятии горизонтального положения.
2. Ухудшение памяти.

**Anamnesis morbi.**

Считает себя больной в течении 5-8 лет, когда после сильного психоэмоционального напряжения появились боли в области сердца давящего характера, интенсивные, иррадиирующие в правую половину грудной клетки. По этому поводу никуда не обращалась и никакого лечения не проводила. Затем боли в области сердца усилились после стрессовых ситуаций и физической нагрузки, кроме того стало беспокоить повышение артериального давления, которое сопровождалось головной болью в затылочной области, ноющего характера, умеренной интенсивности, иррадиирующей в теменную область. С этими жалобами обратилась к участковому терапевту, который поставил диагноз Ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь . Артериальное давление максимально поднимается до 160 /100 мм. рт. ст, а при артериальном давлении 130/90 мм. рт. ст. пациентка чувствует себя хорошо. Для купирования повышенного давления принимала адельфан, который снимает боль через 15 минут. Была поставлена на диспансерный учет. После 2-3 лет боли участились и усилились. Стали возникать после физической нагрузки и в покое. Кроме того появилась одышка, отеки, удушье. По этому поводу никогда не проводила никакого лечения. Утром 5-го апреля 2004 года появились интенсивные боли, возникали до 8 раз в сутки, которые слабо купировались нитроглицерином, и потом возобновлялись. Пациентка вызвала участкового врача, который предложил госпитализацию в клиники СибГМУ.

**Anamnesis vite.**

Родилась 5-м ребенком в семье в Алтайском крае. В первый класс пошла в 1937-м году, окончила 4 класса, т.к. началась Великая Отечественная война и ей пришлось сидеть с младшим братом и сестрой. В 1947-м году приехала в Томск . Устроилась работать на электромоторный завод в литейный цех. В 1952-м году вышла замуж, на пенсию ушла в 50 лет. В детстве ничем не болела, но в 20 лет был поставлен диагноз: хронический пиелонефрит и остеохондроз.

Менструации началась в 14 лет,. регулярные , безболезненные. Климакс наступил в 50 лет,протекал без особенностей. Беременности не было из-за загиба матки.

Вредных привычек нет.

Аллергологический анамнез не отягощен.

**Семейный анамнез.**

Сведений о здоровье ближайших родственников не имеет. В настоящее время вдова.

**Status praesens.**

**Вес** 94кг.

**Рост**154см.

**Тип телосложения** гиперстенического.

**Положение больного** активное.

**Сознание** ясное.

**Выражение лица** осмысленное.

**Кожа, слизистые**. Кожа бледно-розового цвета, тургор сохранен, умеренной влажности и температуры, эластичная, видимые слизистые розового цвета, чистые ,влажные.

**Подкожная клетчатка** сильно развита, равномерно распределена. Кожная складка выражена, болезненность при пальпации не отмечается.

**Лимфатическая система**. Пальпируются подчелюстные лимфатические узлы размером до 1,5 см, округлые, мягкой консистенции, подвижны, не спаяны с кожей, безболезненны. Остальные группы лимфатических узлов не пальпируются.

**Мышечная система** развита умеренно, одинаково на симметричных участках тела. Рельеф не выражен. Тонус сохранен. Болезненность не отмечается.

**Костная система**. Видимых изменений и деформаций со стороны костей нет. При пальпации- безболезненны. Фаланги пальцев, кистей и стоп не изменены.

# Суставы правильной формы, безболезненны, без припухлостей. Активные и пассивные движения в суставах осуществляется в полном объеме. Кожа над суставами не изменена, температурных реакций нет.

**Голова, лицо.**  Аномалий развития лицевого и мозгового отделов черепа не выявлено.

**Ротовая полость.** Язык не увеличен, не гиперемирован, влажный, не обложен, сосочки не изменены. Десны розового цвета, влажные, не кровоточат, без изъязвлений.

**Зубная формула.**

|  |  |
| --- | --- |
| 3212 | 2120 |
| 0021 | 2200 |

Полость рта санирована, кариозных зубов нет.

Миндалины розового цвета, не увеличены.

**Ш**е**я** симметрична, не искривлена, пульсации сонных артерий, набухания и пульсации яремных вен не обнаружено.

**Дыхательная система.**

**Тип дыхания** - смешанный.

**Глубина и ритм дыхания** - обычная глубина, ритмичное. Дыхательных движений в минуту 16 раз

**Соотношение вдоха и выдоха**-1:2, выдох преобладает. Участия вспомогательных мышц в акте дыхания не выявлено

**Грудная клетка.**

**Осмотр.**

**Форма грудной клетки** – нормостеническая. Обе половины грудной клетки симметричны.

Эпигастральный угол 90 градусов.

**Ход ребер** умеренно косой.

Над- и подключичные ямки умеренно выражены.

Движения грудной клетки при дыхании равномерные.

Позвоночник без патологических искривлений.

**Пальпация.**

Болевые точки не выявлены.

Эластичность грудной клетки сохранена.

Голосовое дрожание над передними, боковыми и задними отделами грудной клетки симметричных участков одинаковое.

**Перкуссия легких**.

При сравнительной перкуссии над передними, боковыми и задними отделами грудной клетки перкуторный звук легочной, ясный, над симметричными участками одинаковый.

Гамма звучности сохранена:

-спереди самый ясный звук во II межреберье, самый тупой в моренгеймовской ямке.

-сзади самый тупой на лопатке, самый ясный звук на углу лопатки.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линии | Справа | Слева |
| Окологрудинная | 5 межреберье | ---- |
| Ср-ключичная | 6 ребро | ---- |
| Перед. подмышечная | 7 ребро | 7 ребро |
| Сред. подмышечная | 8 ребро | 8 ребро |
| Зад.подмышечная | 9 ребро | 9 ребро |
| Лопаточная | 10 ребро | 10 ребро |
| Околопозвоночная | Ост.отр.Th XI | Ост.отр.Th XI |
| Поля Кренига | 6 см | 6 см |

**Подвижность нижнего легочного края**( в ортостатическом положении **).**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Вдох | 3 см | 3 см |
| **Выдох** | 3 см | 3 см |
| **Общая** | 6 см | 6 см |

**Аускультация легких.**

## Бронхофония на периферические участки легких не проводится.

При аускультации над симметричными участками легких выслушивается везикулярное дыхание, без хрипов.

Характеристика везикулярного дыхания: тембр напоминает звук буквы “ Ф “, выдох слышен на 1/3 фазы, выдох тише вдоха и ниже по тональности.

Побочные дыхательные шумы:

* сухие хрипы не выявлены
* влажные хрипы не выявлены
* крепитация не выявлена
* шум трения плевры не выявлен.

**Сердечно-сосудистая система**.

**Осмотр, пальпация области сердца.**

Выпячивания в области сердца отсутствуют. Видимая пульсация в области сердца и сосудов, надчревная пульсация не выявлены. Верхушечный толчок локализуется на 0,5 см кнутри от срединно-ключичной линии в 5-м межреберье, ограниченный, не усилен. Патологического дрожания в области сердца не обнаружено.

При пальпации болевые точки не обнаружены.

## При перкуссии сердца

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы | Относительная тупость | Абсолютная тупость |
| Правая | 1 см. кнаружи от правого края грудины | По левому краю грудины. |
| Левая | В 5 м/р по ср.-ключичной линии | На 2 см. медиальнее левой. |
| Верхняя | По 3 ребру | По 4 ребру. |
| Поперечник | 12,4 см. | --------------------------- |
| Длинник | 11,4 см. |  |
| Ширина сосудистого пучка | 6 см. | --------------------------- |

**Аускультация сердца**.

Общая характеристика тонов: тоны сердца приглушены, ритмичные.

**Характеристика тонов:**

I тон на верхушке громче, чем II тон. В других точках продолжительнее и ниже по тональности, совпадает с верхушечным толчком и пульсовой волной.

II тон на основании сердца громче, чем I . В других точках короче и выше по тональности. Не совпадает по тональности с верхушечным толчком и пульсовой волной.

**Характеристика пульса на лучевых артериях**.

- одинаков на обеих руках

- частота 78 ударов в минуту

- удовлетворительного наполнения

- хорошего напряжения

- сосудистая стенка эластична

- форма пульсовой волны правильная

**АД** 140/90 мм рт. ст.

**Вены шеи** не выбухают, видимой пульсации нет.

**Осмотр живота**.

Живот округлой формы, симметричный, видимой перистальтики нет, грыжевидных выпячиваний нет. Кожа живота не пигментирована, шрамов и рубцов нет.

**Пальпация.**  При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, не напряжен.

**Желудок.**

1. При перкуссии нижняя граница на 4 см. выше пупка.
2. Шум плеска – не определяется.
3. При пальпации большая кривизна желудка определяется на 3 см выше пупка, стенка ровная. гладкая, эластичная, подвижная, безболезненна.
4. Аускультативно-аффрикционно – нижняя граница желудка на 4 см выше пупка.

**Кишечник.**

**Слепая кишка.** Расположена в правой подвздошной области, диаметром 3 см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность сохранена, безболезненна, не урчит.

**Сигмовидная кишка** расположена в левой подвздошной области, диаметром 2,5см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность сохранена, безболезненна, не урчит.

**Восходящая ободочная кишка.** Расположена правильно, диаметром 2 см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность сохранена, безболезненна, не урчит.

**Поперечная ободочная кишка.** Расположена правильно, диаметром 2 см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижность сохранена, безболезненность, не урчит.

**Нисходящая ободочная кишка.** Расположена правильно, диаметром 2,5см,эластичная,стенка гладкая, ровная, подвижность сохранена, безболезненна, не урчит.

**Печень.**

**Перкуссия:**

Верхняя граница по правой срединно-ключичной линии:

* относительной тупости V ребро
* абсолютной тупости VI ребро.

Нижняя граница по правой срединно-ключичной линии совпадает с краем реберной дуги.

# Размеры по Курлову

I размер 10 см

II размер 8 см

III размер 7 см

**Пальпация:** Печень расположена в правом подреберье. Нижний край не выходит из под реберной дуги,. Край ровный, гладкий , эластичный, безболезненный.

**Селезенка.**

**Перкуссия:**

Верхняя граница на уровне IX ребра, по средней подмышечной линии.

Нижняя граница на уровне XI ребра между лопаточной и задней лопаточной линиями.

Передний нижний полюс не выходит за линию costoaurikularis.

Задний верхний полюс на уровне лопаточной линии.

Поперечник 6 см

Длинник 9 см

**Пальпация:**

Селезенка не пальпируется.

**Желчный пузырь** не пальпируется.

Симптомы Мерфи, Мюсси, Ортнера отрицательны.

**Поджелудочная железа**.

При пальпации в зоне Шоффара , зоне Губерерица, точке Мейо-Робсона и в области реберно-позвоночного узла слева не пальпируется.

**Мочеполовая система.**

Мочеполовая система и почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого слабо положителен с обеих сторон.

**Лабораторные исследования.**

## Общий анализ крови от 06.04.04

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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.

## Гемограмма от 06.04.04

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатели** | **Выявленные** | **Норма** |
| Лейкоциты | 4,9 | 4,8-7,7 |
| Сегментоядерные | 71 | 43-72 |
| Палочкоядерные | 1 | 2-5 |
| Базофилы | 0 | 0-1 |
| Эозинофилы | 1 | 1-5 |
| Моноциты | 4 | 4-9 |
| Лимфоциты | 29 | 27-45 |

## Заключение: все показатели соответствуют возрастной норме.

## Общий анализ мочи от 06.04.04

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатели** | **Выявленные** | **Норма** |
| Количество | 200 | ------ |
| Отн. плотность | 1024 | 1008-1028 |
| Цвет | Соломенно-желтый | Соломенно-желтый |
| Прозрачность | Слабо-мутная | Прозрачна |
| Реакция | Слабощелочная |  |
| Белок | Отр. | Отр |
| Сахар | Отр. | Отр. |
| Пл.эпителий | 0-1 в поле зрения | 0-2 в поле зрения |
| Лейкоциты | 0-2 в поле зрения | 3-5 в поле зрения |
| Эритроциты | Отр | 0-1 в поле зрения |

## Заключение: все показатели соответствуют возрастной норме.

## Биохимия крови от 06.04.04

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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.

## Коагулограмма

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Показатели** | **06.04.02** | **Норма** |
| Протромбин | 92,8 | 80-105 |
| АЧТВ | 30 | 28-35 секунд |
| Об. фибриноген | 2,5 | 2,5-3,5 |
| Фибриноген В | - | - |

## Заключение: все показатели соответствуют возрастной норме.

**Реакция Вассермана** от 06.04.04---отрицательная.

**ИФА** от 06.04.04---антител к ВИЧ не обнаружено.

**HBS**  от 06.04.04--- отрицательно.

**УЗИ.**

**Печень** не выступает из под края реберной дуги, нижний край закруглен, поверхность ровная. Ткань однородная, повышенной эхогенности. Желчные протоки не расширены. Сосудистый рисунок обеднен. Желчный пузырь не увеличен. Стенка утолщена до 6 мм, контуры неровные, содержимое неоднородно - в полости эхоплотная взвесь.

**Поджелудочная железа** – толщина головки 24см, тела 12 мм, хвоста 26 мм. Ткань однородная , повышенной эхогенности.

# Почки, лежа, расположены обычно, нормальных размеров, контуры ровные, четкие. Дыхательная подвижность сохранена, паренхиматозный слой достаточной толщены, хорошо дифференцируется от почечного синуса. Полостные структуры не расширены. Конкременты не определяются.

**Заключение:** Жировая инфильтрация печени и поджелудочной железы. Хронический холецистит с признаками застоя желчи.

**УЗИ сердца.**

Аорта уплотнена, не расширена . Аортальные, митральные створки уплотнены, без нарушения функций. Другие клапаны без особенностей.

Гипертрофия левого желудочка без расширения его полости . Атеросклеротический кардиосклероз, левое предсердие несколько увеличено. Правые отделы без особенностей. Общая систолическая функция левого желудочка сохранена, диастолическая – нарушена.

Перикард без особенностей.

**Электрокардиограмма.**

Ритм правильный.

**Заключение:** Левожелудочковая экстрасистолия, изменение миокарда левого желудочка, гипертрофия левого желудочка.

**Рентгенологическое исследование органов грудной клетки.**

В легких инфильтративных и очаговых изменений не определяется, инверсия кровотока. В хвостовых частях корней – перибронхиальные изменения. Корни не расширены, структурны, содержат сосуды в ортопроекции (расширены). Купала диафрагмы дифференцируются с обеих сторон. Передний кардиодиафрагмальный синус облитерирован, реберно-диафрагмальные синусы без особенностей. Сердечно-сосудистая тень расширена в поперечнике за счет левого желудочка, аорта уплотнена, расширена.

**Заключение:** Нарушение гемодинамики в малом круге кровообращения по типу легочно-венозной гипертензии.

**Консультация окулиста:** Незрелая катаракта ОД. Зрелая катаракта ОS. Артериолосклероз сетчатки по гипертензивному типу.

**Рекомендовано :** Оперативное лечение катаракты ОS в глазном стационаре.

**Консультация невролога:** хроническая церебро-васкулярная болезнь сложного генеза ( церебральный атеросклероз и гипертоническая болезнь). Гипертензионный синдром. Астено-вегетативный синдром. Остеохондроз шейного, пояснично-крестцового отделов позвоночника в стадии неполной ремиссии.

**Рекомендовано:** Пирацетам по одной таблетке три раза в день, после стихания обострения возможно назначение массажа, наблюдение невролога амбулаторно, контроль артериального давления

# 

**Течение болезни.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Месяц/Число** | **Дневник** | **Назначение** |
| 5.04.2004 г.  АД 150/90 мм.рт.ст.  Температура  36,6 С | Знакомство с больной, сбор анамнеза. Пациентка жалуется на боли в области сердца (за грудиной), возникающие при эмоциональной нагрузке, иррадиируют в правую половину грудной клетки, колющего характера, интенсивные, различной продолжительности. Головные боли в затылочной области, ноющего характера, умеренной интенсивности, иррадиируют в теменную область. Нестабильность АД, одышка, отеки.  Объективные данные: звук легочный над всеми отделами легки, тоны сердца ритмичные (выслушивается 1 и 2 тоны), кожные покровы чистые, при поверхностной пальпации болезненности нет. | 1. Постельный режим. 2. Стол №10 3. Корватон, принимать в течение 2 недель по 1 таб. 2 раза в день. 4. Дигоксин по 1 таб. 5. Фуросемид – 40 мг, утром. 6. Верошпирон по 2таб. 3 раза в день. 7. Нитроглицерин по 1 таб. Под язык при боля в области сердца. |
| * + 1. г.   АД 140/90 мм.рт.ст.  Температура  36,7 С | По-прежнему беспокоят боли за грудиной давящего характера, купируются нитроглицерином. Одышка, отеки. Удушье в ночное время.  Объективные данные: звук легочный над всеми отделами легких, 2 тон усилен на аорте. Поверхностная пальпация живота безболезненна. | 1. Гепарин 4 раза в день в переднюю брюшную стенку. 2. Ампициллин 4 раза в день внутримышечно |
| 12.04.2004 г.  АД 140/90 мм.рт.ст.  Температура  36,7 С | Состояние пациентки улучшилось, боли за грудиной уменьшились, но появились боли в позвоночной области ноющего характера. Объективные данные: отеки на голенях уменьшились, тоны сердца ритмичные. Поверхностная пальпация живота безболезненна. | 1.Гепарин 4 раза в день в переднюю брюшную стенку.  2.Ампициллин 4 раза в день внутримышечно  3.Верошпирон по 2таб. 3 раза в день.  4.Нитроглицерин по 1 таб. Под язык при боля в области сердца. |

**Обоснование основного заболевания**.

На основании предъявленных жалоб, истории развития, данных объективного осмотра и лабораторных исследований можно выделить следующие синдромы:

1. Стенокардический ( простой, субъективный)
2. Хроническая недостаточность левых отделов сердца (сложный субъективно-объективно-параклинический)
3. Нарушение ритма ( сложный субъективно-объективно-параклинический).
4. Гипертензионный ( сложный субъективно-объективно-параклинический).
5. Диуретический ( сложный субъективно-объективно-параклинический).

**Стенокардический синдром:**

Жалобы: Боль локализуется за грудиной, давящего характера, возникающая и после физической нагрузки, и в покое, продолжается более 10 минут. Иррадиирует в правую половину грудной клетки, купируется нитроглицерином.

Патогенез: стенокардический синдром-это болевой синдром, обусловленный кратковременной ишемией миокарда, который может возникать у больных с атеросклерозом коронарных артерий как при физической нагрузке, так и в покое. Боль при ИБС связана с раздражением афферентных окончаний симпатической нервной системы “ специфическими веществами “ имеющимися в ишеминизированном миокарде. Выраженность болевого синдрома при ИБС определяется как особенностями изменений метаболизма миокарда ишеминизированного, так и способность нервной системы воспринимать эти изменения как болевые. Миокард имеет обильную афферентную иннервацию. Большое количество окончаний ишеминизированных нервов располагается в миокарде между миофибриллами и вокруг легких коронарных сосудов. Афферентные нервы поднимаются к симпатическим ганглиям на уровне CVIII –ThIV, от них импульсы поступают в соответствующие спинальные ганглии, а затем в гипоталамус и ЦНС. Сопоставление клинических проявлений ИБС с результатами биохимических исследований позволяет считать , что наличие и выраженность болевого синдрома определяется порогом восприятия болевых ощущений и выраженностью остро возникающих при ишемии миокарда биохимических изменений. Наиболее существенными из них являются ацидоз, снижение парциального направления кислорода, увеличение концентрации внеклеточного калия. Кроме того в зоне ишемии увеличиваются содержание многих БАВ: аденозин, серотонин, гистамин, брадикинин и др. изменение концентрации этих соединений могут восприниматься хеморецепторами миокарда и трансформируются в болевые ощущения. Характерными клиническими проявлениями стенокардии являются боли за грудиной внезапно появляющиеся. Локализация и иррадиация ( обычно вверх (шея, челюсть), в левую руку) обусловлены передачей импульса, поступающего от афферентных рецепторов на эфферентные нервы, отходящие от тех же самых сегментов спинного мозга и иннервирующие соответствующие дерматомы. Как правило, интенсивность болевых ощущений быстро (в течении 1-2 мин.)уменьшаются после приема нитроглицерина, а при стенокардии напряжения-при уменьшении или прекращении физической нагрузки. У большинства больных со стенокардией напряжения болевые ощущения возникают при достаточно постоянном уровне физической нагрузки. Потому, можно считать, что в основе стенокардии напряжения лежит постоянное сужение коронарной артерии, несмотря на сужение , коронарные артерии обеспечивают адекватную перфузию миокарда в покое и проявлении ишемии возникают лишь при физической нагрузке. Это связанно с возрастанием работы сердца и неспособность атеросклеротически измененного участка коронарной артерии к адекватной вазодилятации. Подобную постоянную обструкцию принято называть фиксированной.

**Синдром нарушения ритма.**

Жалобы: сердцебиение.

Патогенез: наиболее частой причиной аритмии являются возникающие при многих заболеваниях изменения метаболизма элементов проводящей системы или сократительного аппарата. Согласно современным представлениям, в основе возникновения всех нарушений ритма могут лежать 3 механизма: нарушение образования импульсов, нарушения проведения импульсов и комбинированные нарушения.

Нарушения образования импульсов – аритмии, возникающие при изменении активности клеток , способных к генерации импульсов в физиологических условиях. Одним из клинических проявлений является синусовая тахикардия.

Нарушение проведения импульса – к этой группе относят блокады. В основе могут лежать функциональные и органические изменения проводящей системы сердца.

**Гипертензионный синдром.**

Жалобы: головная боль в затылочной области, ноющего характера, умеренной интенсивности, иррадиирущая в теменную область, сопровождается повышением артериального давления.

Патогенез: гипертензионный синдром подразумевает гипертоническую болезнь.

**Стадии гипертонической болезни.**

1. Транзиторная. Формирование очага застойного возбуждения, растормаживание сосудодвигательного центра.
2. Стабильная. Порочные круги. Стойкое повышение давления.
3. Поражение органов – мишеней. Гипертрофия левого желудочка, кардиосклероз и др.

**Синдром хронической левожелудочковой недостаточности.**

Жалобы: одышка смешанного характера, возникающая при подъеме по лестнице на 3-й этаж.

Патогенез : сердечная недостаточность – это патофизиологический синдром, проявляющийся неспособностью сердца из-за ухудшения его полной функции обеспечивать адекватное кровоснабжение органов и тканей. Наиболее часто сердечная недостаточность возникает при нарушении сократительной активности кардиомиоцитов (миокардиальная сердечная недостаточность). Кроме того проявления сердечной недостаточности могут развиться при внезапном прекращении кровоснабжения большого участка миокарда (инфаркт миокарда). По степени вовлечения в процесс отделов сердца выделяют:

- левожелудочковую

- правожелудочковую

- тональную недостаточности.

На основании предъявленных жалоб, параклинических исследований имеет место левожелудочковая недостаточность. Основное клиническое проявление – одышка. Принято различать одышку при напряжении, появляющуюся в горизонтальном положении, обусловленную перемещением части крови из нижней половины туловища в сосуды грудной клетки. В основе лежит рефлекс Китаева (увеличение давления в легочных капиллярах). Повышенное давление затрудняет поступление жидкости из интерстициальной жидкости с увеличением жесткости легких и уменьшением дыхательного объема. Усилению одышки способствуют метаболический ацидоз и раздражение рецепторов натяжения.

**Диуретический синдром.**

Жалобы: учащенное мочеиспускание в ночное время суток, боли в поясничной области.

Патогенез: диуретический синдром связан с хроническим пилонефритом. Наряду с воспалением лоханки происходит массивная воспалительная инфильтрация ткани почки в области мозговой зоны, сопровождающаяся обструкцией дистальных канальцев и дилатацией , и атрофией проксимальных. Имеют место прогрессирующий фиброз и гиалиноз интерстициальной ткани, что может привести к сморщиванию почки. Заболевание может протекать в латентной форме.

**Принципы лечения:**

Включает:

1. Антиангинальные средства.
2. Антиагреганты .
3. Коррекция липидного состава крови.
4. Психофармакологические воздействия.
5. Экстракорпоральная терапия и лечение иммуномодуляторами.
6. Физиотерапевтическое лечение.
7. Хирургическое лечение.
8. Санитарно – курортное.
9. Физические тренировки.
10. Устранение факторов риска, перестройка образа жизни.
11. Метаболическая терапия.
12. Антиангинальные средства – лекарственные препараты, приводящие к относительному соответствию миокарда его потребностям и купирующие или предупреждающие приступы стенокардии. Различают следующие группы:

- нитраты и сиднонимины

- β – адреноблокаторы

- антагонисты кальция

нитроглицерин остается средством выбора при купировании признаков стенокардии . нитроглицерин уменьшает потребность миокарда в кислороде вследствие снижения давления и объема левого желудочка благодаря расслаблению гладкой мускулатуры артерий и вен. Корпоративный кровоток увеличивается и перераспределяется, при этом улучшается кровоснабжение ишеминизированного миокарда. Для предупреждения приступов стенокардии больному можно рекомендовать прием препаратов нитроглицерина пролонгированного действия: суетк, нитронг, изосорбида динитрат. Для предупреждения приступов стенокардии так же можно применять β- адреноблокаторы: окспринолон, пиндолон. Они блокируют эффекты капихоламинов, освобождаемых при стимуляции симпатических нервов сердца. Это приводит к уменьшению потребности миокарда в кислороде, урежению ритма, снижению давления и сократимости миокарда. Для лечения применяют антагонисты кальция: верапамил, нифедипин. Эти препараты снижают энергозатраты миокарда, уменьшают тонус гладкой мускулатуры сосудов, что приводит к коронарной вазодилятации и улучшению кровоснабжения миокарда.

1. Лечение антиагрегантами. Наиболее частым механизмом обострения ИБС является изъязвление атеросклеротической бляшки, при этом обнажаются коллагеновые волокна и на них осаждаются тромбоцитарные агреганты, что приводит к нарушению микроциркуляции и ухудшению кровоснабжения миокарда. Все это является основанием для включения антиагрегантов (ацетилсалициловая кислота, ибупрофен) в программу комплексного лечения ИБС.
2. Коррекция липидного состава плазмы крови. Нормализация липидного состава проводится с помощью антиатерогенной диеты и и гиполипидемических средств. Антиатерогенной диете соответствует стол № 10. Гиполипидемические средства показаны больным с тяжелыми нарушениями липидного обмена и прогрессирующем атеросклерозе коронарных артерий, если строгое соблюдение диеты оказывается не эффективным.
3. Психофармакологические воздействия. Нормализация функционального состояния ЦНС оказывает благоприятное влияние на течение ИБС, уменьшает частоту приступов и их выраженность.
4. Экстракорпоральная терапия и лечение иммуномодуляторами. С этой целью применяют методы экстракорпорального очищения крови. (плазмофарез, криоплазма, гемосорбция)
5. Физиотерапевтическое лечение улучшает метаболизм миокарда и коронарное кровообращение, нормализует биоэлектрическую активность миокарда и потребление кислорода.
6. Хирургическое лечение. Основной целью хирургического лечения является восстановление кровоснабжения ишеминизированного миокарда в случае резистентности к медикаментозному лечению.

Проводят следующие операции:

- аорто-коронарное аутовенозное шунтирование

-транслюминальная балонная ангеопластика коронарных артерий

-лазерная ангиопластика

- внутрипросветная коронарная атерэктомия

непрямая реваскуляризация миокарда.

VIII. Лечебное питание проводится в пределах стола № 10.

IX. Устранение основных факторов риска ИБС :

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

1. Метаболическая терапия положительно влияет на метаболические процессы в миокарде. Используют следующие препараты: гемо-из, цитхром С, олифен, предуктал, рибоксин.

**Список используемой литературы:**

* 1. Тетенев Ф. Ф. “ Физические методы исследования в клинике внутренних болезней ” , Томск-1995г.
  2. Окороков Н.А.” Лечение внутренних болезней “.
  3. Учебник “ Внутренние болезни ” под редакцией Комарова Ф.И. М-“Медицина”, 1990г.
  4. «Патофизиология», под редакцией В.В. Новицкого, Е.Д. Гольдберга. Издательство Томского Университета. 2001 г.