Возраст: 66 лет
День/Месяц/Год рождения: 1936 года
Пол: мужской
Профессия: Пенсионер.
Место работы:Пенсионер.
Семейное положение: женат, имеет дочь
Домашний адрес:
Время поступления в больницу: 2003 г.
Направлен на госпитализацию в экстренном порядке машиной скорой помощи.
Диагноз направившего учреждения:**ишемическая болезнь сердца(прогрессирующая стенокардия).**.
Клинический диагноз:
Основное заболевание:**ишемическая болезнь сердца,прогрессирующая стенокардия,недостаточность кровообращения I I а степени .**
Сопутствующие заболевания: **острая левосторонняя нижнедолевая пневмония.**
Фоновые заболевания**:сахарный диабет 2 типа.**:
**Предьявленные жалобы больного.**
 Постоянная слабость,головокружение при резком вставании,сухость во рту, продолжающаяся в течение дня.

**Выявленные жалобы**
Жалобы на сильные продолжительные боли за грудиной,не иррадиирующие,колющего характера , возникающие спонтанно в разное время дня и с разной периодичностью,в течении приступа боль не усиливается, купируется нитроглицерином. Одышка инспираторного характера,возникающая при подьеме на один этаж,и проходящая после 2 минут отдыха. Жалобы на периодические обмороки потемнение в глазах и потерю сознания. Периодически возникающие к вечеру отеки ступней ног,и тяжесть в эпигастральной области.Ощущение сердцебиения,головной боли при повышении давления.

**Анамнез болезни.**
 Больной связывает начало заболевания с перенесенным в 1998 году инфарктом миокарда,по поводу которого находился 20 дней на лечении в ОКБ.Какой инфаркт и лечение его больной вспомнить затруднился.После этого у пациента стали возникать боли за грудиной иногда по несколько раз в сутки,при нагрузке.
Постепенно боли стали появляться в покое. Ежегодно больной госпитализировался в кардиологическое отделение ОКБ. 2003 года на улице больной почуствовал резкую боль за грудиной,потерял сознание и был доставлен машиной скорой помощи в дежурный терапевтический стационар- -- пропедтерапевтическое отделение клиник СГМУ.

**Анамнез жизни.**

Родился в Башкирии. Возраст родителей больного при его рождении: матери - 36 лет, отцу - 42. Родился в срок. Был пятым ребенком в семье.Ходить и говорить начал вовремя.Болел рахитом. Семья жила в частном , деревенском доме.Больной отметил отсутствие полноценного питания в детстве. В школу пошел с семи лет, в умственном, физическом и половом развитии от сверстников не отставал. Простудными заболеваниями в детстве болел редко.
Образование среднее. Работал с 1950 года.Регулярно занимался спортом (футбол,волейбол).
Болел описторхозом,который лечили Хлоксилом.Неоднократно болел пневмонией. В 1994 был обнаружен сахарный диабет 2-го типа после этого больной регулярно обследовался в стационарах,принимал манинил 5 таблеток в сутки. В 1998 году перенес инфаркт миокарда
Материально-бытовые условия.
 Проживает с женой в отдельной благоустроеной квартире. Санитарное состояние квартиры удовлетворительное. Материально обеспечен удовлетворительно.Питание удоволетворительное

Профессиональный анамнез. Работал на приборном заводе начальником участка.Работа происходила в горячем цехе и в контакте с вредными веществами.

Семейный анамнез:
Отец умер в 85 лет от кишечной непроходимости,причины которой больной не знает.
Мать умерла в 41 год – причина смерти больному не известна.
 Женат. Имеет дочь и двух внучек.Члены семьи здоровы. Наличие туберкулеза, вирусного гепатита, венерических или психических заболеваний отрицает.
Аллергологический анамнез.
Есть аллергия на пенициллин.

Вредные привычки.
Не курит. Алкоголем не злоупотребляет. Употребление наркотиков и психотропных веществ отрицает.

 **Объективное исследование больного.**

**Общий осмотр больного.**
Рост 168 см, вес 76 кг
Общее состояние больного средней тяжести.
Температура 36,4о С.
Сознание ясное.
Положение больного активное.
Конституциональный тип - нормостенический.
 Деформаций и уродств туловища, конечностей и черепа нет.
Выражение лица осмысленное.Мимические мышцы без признаков болевого напряжения.
 Форма головы правильная, непроизвольных движений головы нет.
Отека век нет, косоглазия нет.
Окраска кожных покровов: розовая. Выраженного цианоза, иктеричности и участков патологической пигментации не наблюдается. Влажность кожных покровов нормальная, тургор кожи и эластичность соответствуют норме. Сыпи, расчесов, рубцов, видимых опухолей нет.На внутренней поверхности левой голени визуализируются 5 трофических язв диаметром около 3 см каждая. Видимые слизистые бледно-розового цвета, чистые, желтушного прокрашивания уздечки языка и склер нет. Конъюнктива глаз бледная. Волосяной покров - развит соответственно полу. Оволосение по мужскому типу. Грибкового поражения не отмечено.Повышенной ломкости ногтей не отмечено. Осмотр проводился при естественном освещении.
Подкожно-жировой слой в области передней брюшной стенки развит больше физиологической нормы,на другой поверхности развит умеренно и распределен равномерно. Отёков не выявлено.

Мышцы развиты умеренно, при пальпации безболезненны, без уплотнений. Тонус мышц сохранен.
Суставы не деформированы, при пальпации безболезненны. Ограничения подвижности не наблюдается. При движении хруст и боль отсутствуют.
При наружном осмотре лимфатические узлы не визуализируются. При пальпации справа определяются два одиночных подчелюстных лимфатических узла овальной формы, размером с маленькую горошину. Они имеют мягко-эластическую консистенцию, подвижны, безболезненны, не спаяны друг с другом и с окружающими тканями. Кожные покровы и подкожная клетчатка над ними не изменены. Затылочные, околоушные, подбородочные, шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные лимфатические узлы не пальпируются.
Язык розового цвета,нормальной величины и формы не обложен,без изъязвлений.

 **Система органов дыхания.**
 Тип дыхания-брюшной.Дыхание глубокое , ритмичное . Выдох несколько продолжительней вдоха. Частота дыханий 19 в минуту.В акте дыхания принимают участие мышцы передней брюшной стенки.Кисти рук нормальной формы без барабанных палочек и часовых стеклышек.
 Грудная клетка килевидной формы обе половины ее симметричны. Эластичность сохранена.Эпигастральный угол менее 90 о .Ребра идут в косом направлении,межреберья шириной около 0.7 см.Над и подключичные ямки выражены незначительно.Движения грудной клетки при дыхании соответстветствуют вдоху и выдоху.Позвоночник без искривлений.При пальпации болевых точек не обнаружено.Голосовое дрожание с правой стороны под лопаткой ослаблено.
При сравнительной перкуссии звук легочный одинаковый на симметричных участках тела.Гамма звучности сохранена.

Топографическая перкуссия легких.

Нижние границы легких:

линия справа слева

l.parasternalis 5 межреберье -

l.medioclavicularis 5 межреберье -

l.axillaris anterior 6 межреберье 6 межреберье

l.axillaris media 7 межреберье 7 межреберье

l.axillaris posterior 8 межреберьеи 8 межреберье

l. scapularis 10 ребро 10 ребро

l.paravertebralis 10 межреберье 10 межреберье

Высота стояния верхушек легких:

 слева справа

спереди 4 см над ключицами 4 см над ключицами

сзади на 2 см ниже остистого на 2 см ниже остистого

 отростка 7 шейного позвонка отростка 7 шейного позвонка

Подвижность нижних краев легких:

Топографич. линия Подвижность нижнего края легкого (см)

среднеподмыш правого левого

вдох 2,5 2,5 выдох 2,5 2,5 экскурсия 5 5

Ширина полей Кренига 7.5 7,5
Аускультация легких.

Везикулярное дыхание ослаблено справа это более выражено в клиностатическом положении.

Вдох прослушивается полностью выдох на 2\5 своей продолжительности,выдох тише вдоха,ниже по тональности.Бронхиальное дыхание соответствует норме.

Побочные дыхательные шумы не выслушиваются ни в ортостатическом,ни в клиностатическом положении.
**Сердечно-сосудистая система.**
 Видимые выпячивания и пульсация в области сердца не визуализируются

Верхушечный толчок пальпируется по передней аксилярной линии,положительный,не усилен,не разлитой,диаметр 1,5 см. Диастолическое, систолическое дрожание, симптом ,,кошачьего мурлыканья" не определяются. Эпигастральная пульсация при спокойном дыхании и глубоком выдохе не определяется.При пальпации области сердца болевые точки не обнаружены.

Перкуссия сердца.
*Границы относительной тупости сердца.*
Правая - на 1 см кнаружи от правого края грудины в IV-ом межреберье;
Левая - в V-ом межреберье по среднеаксилярной линии;
Верхняя - на III ребре (по линии, проходящей на 1 см кнаружи от левого края грудины).
 *Границы абсолютной тупости сердца.*
Правая граница по левому краю грудины.
Левая граница на 1см кнаружи от среднеключичной линии в V межреберье.
Верхняя граница на 4 ребре.
Ширина сосудистого пучка 7 см. Правый атриовазальный угол на уровне хряща 3 ребра справа. Конфигурация сердца-аортальная. Поперечник 20см. Длинник 25 см.

Аускультация.
Тоны сердца приглушены, ритмичны. 1 тон на верхушке сердца ослаблен,приглушен,несколько раньше пульсового толчка,громче 2-го тона. 1 тон в точке Боткина слабый,глухой,не продолжительный,громче 2-го тона. 2 тон на основании грудины ослаблен,не продолжительный.Акцент 2-го тона на легочном стволе.Расщепление 1-го на верхушке и основании сердца и 2-го тона на основании сердца,щелчок открытия митрального клапана,ритм галопа не прослушивается .В точках аускультации прослушивается громкий,низкий систолический шум наиболее сильно выраженный над аортой,проводящийся на наружную сонную артерию,усиливающийся в клиностатическом положении и слышимый при задержке дыхания,пальпаторно не воспринимаемый. Патологической пульсации на теле не наблюдается.Шейные вены не увеличены Венный пульс отрицательный.Пульс на обеих руках симметричный. Ритмичный, удовлетворительного напряжения и наполнения. Форма пульсовой волны правильная. Частота 78 удара в минуту.Стенка артерии эластична. Дефицита пульса нет.Пульс на тыльной поверхности стопы и на бедренных артериях пальпируется он симметричный,ритмичный форма пульсовой волны правильная.Бедренная артерия не выслушивается,на сонной артерии слышны глухой шум. Артериальное давление на плечевой артерии 140/80 мм Hg.

**Система органов желудочно-кишечного тракта.**
 Язык розового цвета, нормальной формы и величины, не обложен, сосочки хорошо выражены. Слизистая языка влажная, трещины, изъязвления,глоссит отсутствуют.. Десны розовые,безболезненные, кровотечений,гнойных выделений и дефектов нет. Зев не гиперемирован, миндалины неувеличены.
Ротовая полость санирована, Слюнные железы не увеличены, безболезненны.
Запаха изо рта не наблюдается.

Исследование живота:

*Осмотр*.
Живот нормальной формы, симметричен. Вздутие живота не наблюдается. Перистальтические движения не видны. Пупок втянутый. Расширение подкожных вен на передней поверхности живота и его боковых поверхностях не выявлено.Рубцов и других изменений кожных покровов не отмечается. Окружность живота 98см.Наличие свободной жидкости в брюшной полости не выявлено.

*Поверхностная ориентировочная пальпация.*
Живот не напряжен. Симптом Щёткина - Блюмберга отрицательный. Болезненности не отмечается. Расхождение мышц живота, грыж белой линии не выявлено.

*Глубокая методическая скользящая пальпация по Образцову - Стражеско.*
 Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области на границе средней и наружной третей линии, соединяющей пупок с передней верхней остью подвздошной кости толщиной 2 см, смещаемого в ту или другую сторону на 2 см,безболезнена,эластической консистенции,поверхность гладкая. Слепая кишка диаметром 2 см,в типичном месте. Подвижность в пределах двух - трех сантиметров, безболезненна,эластической консистенции,поверхность гладкая. Восходящая ободочная и нисходящая ободочная кишки в типичном месте, диаметром 3 см, безболезненны,эластической консистенции,поверхность их гладкая. Поперечная часть ободочной кишки умеренной плотности толщиной 2,5 см на один сантиметр выше пупка,мало подвижна, безболезненна, эластической консистенции,поверхность гладкая.

При аускультации живота определяется (на слух) активная перистальтика кишечника.При аускультации шума трения брюшины не отмечается.

Поджелудочная железа не пальпируется. Болезненность при пальпации и напряжение мышц брюшного пресса в области проекции поджелудочной железы отсутствуют.
*Исследование желудка.*
При сравнительной перкуссии отмечается кишечный тимпанит разной степени выраженности. При перкуссии болезненности и свободной жидкости не обнаружено. Шум плеска отсутствует. Локальная перкуторная болезненность в эпигастрии не выявлена.Нижняя граница желудка пальпируется и определяется приаускультопальпации на 3 см выше пупка

Исследование печени и желчного пузыря:
 Пульсации печени не наблюдается.
Перкуторное определение границ печени Относительная тупость по срединоключичной линии справа-5 ребро. Верхняя граница абсолютной тупости по СКЛ-6 ребро. Нижняя граница абсолютной тупости по СКЛ-край реберной дуги. По срединной линии тела-на 8 см выше пупка. Левая граница-на 1 см кнутри от левой парастернальной линии.

Перкуторное определение размеров печени по Курлову. По правой среднеключичной линии - 10 см;
По передней срединной линии - 9 см;
По краю реберной дуги - 8 см.
Пальпация нижнего края печени и желчного пузыря:пальпируется по краю реберной дуги,заострен, эластической консистенции Желчный пузырь не пальпируется. Болезненность при пальпации в точке желчного пузыря отсутствует.

Исследование селезенки
 верхняя граница - на уровне ІX ребра,
нижняя граница - на уровне XІ ребра.
Передний полюс кнаружи от края левой реберной дуги. Задний полюс кнаружи от левой лопаточной линии.

Размеры селезеночной тупости:
поперечник - 6 см,
длинник - 7 см.
Селезенка не пальпируется.
 **Система органов мочевыделения.**

 Почки не пальпируются, болезненности при пальпации нет. Мочевой пузырь визуально не определяется,не пальпируется.Перкуторное притупление на уровне лобковой кости.
**Система половых органов.**

Половые органы развиты правильно, оволосение по мужскому типу. Развитие первичных и вторичных половых признаков соответствует возрасту.

**Эндокринная система.**

Мелкий тремор пальцев вытянутых рук и экзофтальм отсутствуют. Повышенного блеска или тусклости глазных яблок не наблюдается. На передней поверхности шеи изменений не отмечается. Щитовидная железа не пальпируется.

**Нервная система и органы чувств.**

Обоняние и вкус не изменены. Реакция зрачков на свет, аккомодация и конвергенция обычные. Функция слухового аппарата не нарушена. Расстройств речи нет. Вестибулярный аппарат без отклонений.
Движения мимической мускулатуры свободные. Тремор не наблюдается.
При пальпации по ходу нервных стволов болезненности нет.
Умственное развитие соответствует возрасту.

**План обследования.**

Лабораторные исследования: общий анализ крови, реакция Вассермана, общий анализ мочи, анализ мокроты на палочку Коха,атипичные клетки и общий анализ мокроты. Бактериологическое исследование мокроты,биохимический анализ крови,анализ свертывающей системы,анализ атерогенности, гликемический профиль.
Инструментальные исследования: ЭКГ,рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях,УЗИ,компьютерная томография головного мозга
Консультация офтальмолога, невролога.

**Данные лабораторных и инструментальных исследований:**

Общий анализ крови 08.04.2003:
эритроциты - 4,45\*1012 /л
Hb - 129 г/л
Цветной показатель - 0,8
лейкоциты- 3,0\*109 /л
СОЭ - 24 мм/ч
Палочкоядерные нейтрофилы - 1%
сегментоядерные - 63%
эозинофилы - 0%
лимфоциты - 35%
моноциты - 1%
Общий анализ крови 16.04.2003:
эритроциты - 4,65\*1012 /л
Hb - 140 г/л
Цветной показатель - 0,9
лейкоциты- 6,3\*109 /л
СОЭ - 29 мм/ч
Палочкоядерные нейтрофилы - 0%
сегментоядерные - 50%
эозинофилы - 1%
лимфоциты - 43%
моноциты - 6%

Анализ свертывающей системы(8.04.2003) Протромбиновый показатель 86.7% (80-105%) АЧТВ 28 (25-35). Фибриноген общий 3.5 (2.5-3.5) Фибриноген В ---- (----)

Биохимический анализ от 8.04.2003: Билирубин 10.9 мкмоль\л Общий белок 76.7 г\л Глюкоза 9.6 мкмоль\л Асат 0.39 мкат\литр Алат 0.41 мкат\литр Альфа амилаза сыворотки 31.4 г\час\*л Мочевина 8.1 мкмоль\л Креатинин 0.12 мкмоль\л

Гликемический статус (9.04.2003): 8:00-8.7мкмоль\л;13:00-6.2;18:00-6.0; 22:00-8.4; 6:00-7.3.

Атерогенный статус14.04.2003. Общий холестерин 6.6 ЛПВП-холестерин-1.1 ЛПНП-холестерин-4.9 ЛПОНП-холестерин-0.6 Триацилглицериды-1.3 Коэффициент атерогенности 5.0

Реакция Вассермана от 08.04.2003 - отрицательная

Анализ мочи от 08.04.2003:
Цвет желтый
Прозрачная
 белок ---
лейкоциты ---
эпителий плоский ---

Анализ мокроты на ВК:(9.04.2003).
Палочка Коха не найдена.

Исследование мокроты от 09.04.2003:
 Цвет серый
Характер слизистый
Консистенция вязкая
Выделена культура Staphylococus Aureus
Кристаллов Шарко-Лейдена не обнаружено. АК ----
ЭКГ от 07.04.2003:
Ритм синусовый.ЧСС=70
 P 0,12’’, P-Q 0,2’’, QRS 0,114’’, Q-T 0,4’’, R-R 0,88’’, Угол альфа 12о
Ритм синусовый.
Сердечная ось отклонена влево.
Позиция горизонтальная. Поворота сердца вокруг продольной оси не наблюдается. Sv1+Rv5=27+20=47; время внутреннего отклонения в V6=0,06’’ В V5 и в V6 зубец T отрицательный.

Заключение:Есть прямые и косвенные признаки гипертрофии левого желудочка.Есть признаки гипертрофии левого предсердия. Субэндокардиальная ишемия боковой стенки левого желудочка.Задне-нижние рубцы миокарда, выраженная перегрузка левого желудочка.
ЭКГ от 11.04.2003:Без существенных отличий от ЭКГ от 07.04.2003
Ультразвук 11.04: Щитовидная железа расположена обычно,контуры ровные,четкие. Левая доля 16\*15\*46 мм V=5.1мл. Правая доля 20\*18\*44 мм V=5.8 мл. Ткань обычной эхогенности,неоднородной структуры,узлы не определяются. Регионарные лимфоузлы не изменены. Печень не выступает из под края реберной дуги.Ткань однородная,обычной эхогенности.Желчные протоки,кровеносные сосуды не расширены. Желчный пузырь-не увеличен,стенки утолщены до 6 мм,уплотнены содержимое однородное. Поджелудочная железа- в размерах не увеличена.ткань не однородная, повышенной эхогенности. Почки,при положении лежа,расположены обычно,дыхательная подвижность сохранена,паренхиматозный слой достаточной толщины,хорошо дифференцируется от почечного синуса.Полостные структуры не расширены. Конкременты не определяются. Заключение:Диффузные изменения щитовидной железы(возрастного характера) Хронический холецистит.Диффузные изменения щитовидной железы. Рентгенография органов грудной клетки (16.04.2003). Инфильтрации легочной ткани нет.Легочный рисунок по всем полям деформирован по ячеистому типу за счет пневмофиброза смешанного типа, более выраженного в базальных отделах.на этом фоне справа в прекорневой зоне s3 определяется фокус затемнения слабой интенсивности с неровными контурами,прилегающие к боку s3, определяются утолщения его стенки. Промежуточный бронх неравномерно сужен,утолщены его стенки,а также стенки нижнедолевого и некоторых сегментных. Правый корень удлинен,расширен. Сердечнососудистая тень сохраняет размеры и конфигурацию. Заключение:Следует дифференцировать локальный пневмофиброз справа и центральный очаг pneumonium dextra экстрабронхиальный вариант. Томография головного мозга 17.04.2003:участков патологической плотности невыявлено,срединные структуры не смещены,боковые желудочки б\о.

Температурный лист.

 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17

Утро 36.6 36.6 36.7 36.5 36.1 36.5 36.2 36.2 36.4 36.2 36.1

Вечер 36.5 36.4 36.2 36.3 36.1 35.6 36 35.6 36 36 36.3

 18 19 20 21 22

 36.2 36 36 36.2 35.8

 36 35.9 35.8 35.8

Консультации узких специалистов.

Окулист. Заключение:Диабетическая,гипертензионная ретинопатия с явлениями артериолосклеороза сетчатки

Невропатолог.14.04.2003. Заключение:хроническая,дисциркуляторная энцефалопатия 3 ст,смешанный (церебральный атеросклероз+сахарный диабет). Вестибуло-атаксический синдром.

 **Течение болезни.**

Месяц\число t\пульс Дневник Назначение

11.04.2003 36.1\78 Состояние удовлетворительное Sol.Heparini5000ЕД

 Сознание ясное,положение актив- Манинил 3.5 4таб\с

 ное,жалобы на слабость и сухость Супрастин 1таб\с

 во рту.АД=110\70 Нитросорбин,энала- . прил ,аспирин 0.5 . . Ампициллин

15.04.2003 36.4/80 Состояние удовлетворительное --- / \ --- . . Сознание ясное,положение актив- Алпрозолам 0.07 . ное,жалобы на головную боль . АД=140\80

18.04.2003 36.2/77 Состояние удовлетворительное Манинил 3.5 4таб\с

 Сознание ясное,положение актив- Нитросорбин,энала- . прил ,аспирин 0.5л . ное АД=130\70

**Клинический диагноз и его обоснование.**

**Симптомы:** **Субьективные:**слабость,головокружение,сильные спонтанные загрудинные боли,инспираторная одышка,обмороки,потемнение в глазах,отеки нижних конечностей,сердцебиение,головная боль,тяжесть в эпигастральной области.

**Обьективные:**трофические язвы нижних конечностей,повышение нижних границ легких,смещение кнаружи левой границы относительной тупости сердца ,аортальная конфигурация сердца,приглушение и ослабление тонов сердца, систолический шум над аортой,артериолосклероз сетчатки, повышение артериального давления.

**Параклинические:**гипергликемия,гипертрофия левого желудочка,гипертрофия левого предсердия,рубцы миокарда,ишемия боковой стенки левого желудочка, утолщение стенок желчного пузыря **Синдромы:**стенокардитический:*субьективные симптомы:*cильные спонтанные боли за грудиной. *Параклинические симптомы:*ишемия боковой стенки левого желудочка.

Нарушение ритма:*субьективные симптомы:*ощущение сердцебиения.

Хроническая недостаточность левых отделов сердца:*субьективные симптомы:* инспираторная одышка

*Обьективные симптомы:* смещение кнаружи левой границы относительной тупости сердца

*Параклинические симптомы:* гипертрофия левого желудочка,гипертрофия левого предсердия,рубцы миокарда .

Недостаточность правых отделов сеордца: *субьективные симптомы:* тяжесть в эпигастральной области,отеки нижних конечностей.

Гипертензивный : *субьективные симптомы:*головная боль без патологии нервной системы.

*Обьективные симптомы:*повышение артериального давления. Острая сосудистая недостаточность: *субьективные симптомы:* обмороки, потемнение в глазах, головокружение.

Уплотение в легких: *субьективные симптомы:* инспираторная одышка. *Параклинические симптомы:*пневмофиброз.

Стеноз устья аорты: : *субьективные симптомы:* обмороки, инспираторная одышка, cильные спонтанные боли за грудиной. *Обьективные симптомы:* приглушение и ослабление тонов сердца, систолический шум над аортой усиливающийся в клиностатическом положении и проводящийся на сонные артерии.

*Параклинические симптомы:* гипертрофия левого желудочка

Микроангиопатия: *Обьективные симптомы:* трофические язвы нижних конечностей,артериолосклероз сетчатки. Основной синдром-стенокардитический,обуславливающий основную тяжесть состояния.

На основании стенокардитического синдрома можно поставить диагноз основного заболевания-**ишемическая болезнь серда**

 **Гипотеза:ОСНОВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ФОНОВОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ**

 **ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА САХАРНЫЙ ДИАБЕТ**

## ГИПЕРТЕНЗИЯ

НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА

**СТЕНОКАРДИТИЧЕСКИЙ**

**СТЕНОЗ УСТЬЯ АОРТЫ**

**НАРУШЕНИЕ РИТМА**

НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ЛЕВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА

СОСУДИСТАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

## ГИПЕРТЕНЗИЯ

## МИКРОАНГИОПАТИЯ

УПЛОТНЕНИЕ ЛЕГКИХ ПНЕВМОФИБРОЗ

**ГИПЕРГЛИКЕМИЯ**

 **ГИПЕРГЛИКЕМИЯ**

 **СТЕНОКАРДИТИЧЕСКИЙ**

#

## А ИШ А А

### Ишемическая болезнь сердца обуславливает развитие основного синдрома –Стенокардитического.Усиливает развитие и проявления этого синдрома гипертензионный синдром и сосудистая недостаточность (усиление ишемии миокарда),на фоне микроангиопатии происходит большее нарушение структуры стенок сосудов миокарда,что также усугубляет стенокардитический синдром.

Микроангиопатия,в свою очередь приводит к увеличению общей сосудистой резистентности,что усугубляет гипертензионный синдром и сосудистую недостаточность.

 На фоне недостаточности левых и правых отделов сердца развивается сосудистая недостаточность,вследствие меньшего притока крови. Недостаточность левых отделов сердца,в свою очередь,развилась по причине наличия гипертензионного синдрома.

Недостаточность правых отделов сердца явилось одной из причин развития пневмофиброза,который усугубил течение недостаточности левых отделов сердца и можно отметить,что недостаточности обеих половин сердца взаимо усугубляют течение друг друга.Кроме того их усугубляет ,имеющие место нарушение сердечного ритма,и стенокардитический синдром.

 Выявленный стеноз устья аорты стал причиной развития недостаточности левых отделов сердца.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Ф.Ф.Тетенев”Физические методы обследования в клинике внутренних болезней”.

Ф.И.Комаров “Внутренние болезни”

Роберт Хэглин “Дифференциальная диагностика внутренних болезней”

Р.Г.Оганов “Первичная профилактика ишемической болзни сердца”

В.К.Милькамонович “Методическое обследование,симптомы и симптомокомплексы в клинике внутренних болезней ”