**1. Краткие паспортные данные**

Фамилия:

Имя:

Отчество:

Год рождения: 1922, 8/IX

Возраст: 80 лет

Род занятий: в прошлом

Дата поступления в клинику: 15/VШ-2002

**2. Материалы для предварительного диагноза**

Жалобы в момент госпитализации:

• на эпизоды давящих болей за грудиной с ощущением удушья, нехватки воздуха, купирующиеся приемом нитроглицерина за ≈ 1 минуту.

• на постоянные тянущие и ноющие боли в грудной клетке, преимущественно в прекардиальной области с иррадиацией в левое плечо, усиливающиеся при пальпации, движении в плечевом суставе

• на постоянно высокий уровень артериального давления не менее 170/110 мм рт.ст. с подъемами до 220/130 мм рт.ст.

• на практически постоянные головные боли и головокружения

К моменту курации практически все жалобы присутствуют.

2.1. Анамнез заболевания:

На протяжении последних 11 лет больной отмечал стойкие подъемы артериального давления до 140-150/90 мм рт.ст. К врачам не обращался, самостоятельно принимал папазол, папаверин, но-шпу. Последние 3-4 года состояние ухудшилось. Артериальное давление стабильно не ниже 160-170/100 мм рт.ст., максимальные подъемы до 240/170-160 мм рт.ст. Подъемы артериального давления сопровождаются головными болями, сердцебиением и гиперемией лица, иногда онемением левой руки. В 2000 году обследовался в ГВВ – данных за симптоматическую гипертонию не получено. Поставлен диагноз: гипертоническая болезнь II ст., Ишемическая болезнь сердца – безболевая ишемия – по данным ЭКГ мониторирования. Подобрана терапия: кардикет, энап, арифон, атенолол.

Однако последние 6 месяцев состояние ухудшилось: появились четко очерченные боли за грудиной с удушьем и эффектом на прием нитроглицерина через 1-2 минуты на фоне нестабильного артериального давления (колебания АД от 170/110 мм рт.ст. до 220/130 мм рт.ст). Последние 2-3 месяца – практически постоянные боли в прекардиальной области, иногда иррадиирующие в плечо с ограничением движений в левом плечевом суставе, эффект на индометацин местно.

Госпитализирован в клинику для коррекции терапии и обследования.

2.2. Анамнез жизни:

Родился доношенным, вскармливался молоком матери, рос и развивался нормально, в учебе не отставал, физическое развитие соответствовало возрасту. Образование среднее специальное. Работал поваром, профессиональных вредностей не отмечает. Респираторные заболевания нечасто, ангин не отмечает. Повышенного питания. Условия жизни хорошие. Вредные привычки отрицает. На пенсии с сентября 1988 года.

Перенесенные заболевания:

1972/73 – пневмонии 5-6 раз; сотрясение мозга в 1975 г., 1997 г. – средней тяжести (реабилитация в стационаре)

2.3. Наследственность: мать умерла в возрасте 51 года, страдала гипертонической болезнью; отец умер в возрасте 91 года, страдал гипертонической болезнью. Сестра страдает гипертонической болезнью, брат практически здоров. Дети здоровые.

2.4. Аллергологический анамнез: крапивница на липанор.

2.5. Данные физикального обследования больного (на момент курации):

**Общий вид**

 Состояние больного средней тяжести. Сознание ясное, положение активное. Телосложение гиперстеническое, ожирение 2 степени.

 Температура тела 36,6°С.

 Рост 165см, вес 75,5кг.

**Кожные покровы**

 Окраска кожных покровов бледно-розовая. Влажность кожи не повышена. Окраска конъюнктивы розовая, склеры белые. Тургор, эластичность кожи хорошая. Рост волос не нарушен. Ногти с продольной исчерченностью, не слоятся. Участков патологической пигментации или депигментации не выявляется.

**Подкожная клетчатка**

 Подкожный жировой слой развит избыточно. Толщина кожной складки на уровне реберной дуги 5 см, на уровне плеча 3 см. Распределен по универсальному типу. Отеки не выявлены.

**Лимфатическая система**

 При осмотре лимфатические узлы не видны, не пальпируются.

**Мышечная система**

Жалоб нет. Общее развитие мышечной системы хорошее. Атрофии и гипертрофии отдельных мышц не отмечается. Болезненность при ощупывании мышц отсутствует. Тонус мышц хороший, гиперкинетических расстройств не выявлено.

**Костная система**

Жалоб нет. Болезненность при поколачивании отсутствует, деформаций костей черепа, грудной клетки, позвоночника, таза, конечностей не выявлено.

**Исследование суставов**

Жалоб нет. При осмотре суставы нормальной конфигурации. Кожные покровы над ними обычной окраски. При пальпации суставов нарушений не выявлено. Движения в полном объеме.

**Система дыхания**

Жалобы: Эпизоды давящих болей за грудиной сопровождаются ощущением удушья, нехватки воздуха. Эти ощущения проходят при купировании болей нитроглицерином.

.

 *Исследование верхних дыхательных путей.*

Дыхание через нос свободное. Дыхание в гортани не затруднено.

 *Осмотр и пальпация грудной клетки.*

Грудная клетка бочкообразной формы. Правая и левая половины грудной клетки симметричны. Над- и подключичные ямки обозначены слабо. Ключицы и лопатки располагаются на одном уровне, лопатки плотно прилежат к грудной клетке. Правая и левая половины грудной клетки при дыхании движутся синхронно. Вспомогательные дыхательные мышцы в акте дыхания не участвуют. Тип дыхания – грудной. Частота дыхания – 17 в минуту. Ритм дыхания правильный. Окружность грудной клетки на уровне лопаток сзади и 4 ребер спереди при спокойном дыхании – 100 см, при максимальном вдохе – 105 см, при максимальном выдохе – 95 см. Максимальная дыхательная экскурсия грудной клетки – 10 см.

При пальпации грудной клетки болезненности не отмечается. Эластичность грудной клетки удовлетворительная. Голосовое дрожание не изменено, проводится в симметричные участки грудной клетки с одинаковой силой.

 *Перкуссия легких*

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

 *Аускультация легких*

 При аускультации над легкими определяется везикулярное дыхание. Дополнительные дыхательные шумы ( хрипы, крепитация, шум трения плевры) не выслушиваются.

**Система кровообращения**

Жалобы на:

• на эпизоды давящих болей за грудиной с ощущением удушья, нехватки воздуха, купирующиеся приемом нитроглицерина за ≈ 1 минуту.

• на постоянные тянущие и ноющие боли в грудной клетке, преимущественно в прекардиальной области, иногда с иррадиацией в левое плечо, усиливающиеся при пальпации, движении в плечевом суставе

• на постоянно высокий уровень артериального давления не менее 170/110 мм рт.ст. с подъемами до 220/130 мм рт.ст.

 *Осмотр и пальпация области сердца и крупных сосудов*

 При осмотре видимых на глаз пульсаций периферических сосудов не отмечается.

Область сердца не изменена. Верхушечный толчок не виден, пальпируется в 5 межреберье на 1,5 см правее левой среднеключичной линии, ограниченный, не усиленный, не резистентный. Сердечный толчок отсутствует. Пульсации в эпигастрии нет. При пальпации боль в прекардиальной области усиливается.

 *Перкуссия сердца*

 Правая граница – 4 межреберье по правому краю грудины.

 Левая граница – 5 межреберье не 1,5 см правее среднеключичной линии.

 Верхняя граница – по левой окологрудинной линии на уровне нижнего края 3 ребра.

 Поперечник относительной тупости сердца 11 см. Конфигурация относительной тупости сердца не изменена. Поперечник сосудистого пучка – 6 см.

 Границы абсолютной тупости сердца:

 Правая граница – левый край грудины в 4 межреберье.

 Левая – на 2 см кнутри от левой среднеключичной линии.

 Верхняя – 4 ребро

 *Аускультация сердца*

 Тоны сердечных сокращений ясные. Ритм правильный. Частота сердечных сокращений 80 уд/мин.

 При осмотре и пальпации височные, сонные, подключичные, плечевые, бедренные, подколенные, задние большеберцовые артерии и артерии стопы не извитые, мягкие, эластичные.

 Пульс одинаковый на правой и левой лучевых артериях, ритмичный, частотой 80 уд/мин, умеренного наполнения, ненапряженный, нормальной величины и формы. Капиллярный пульс не определяется. При аускультации артерий патологических изменений не обнаружено.

 Артериальное давление (АД) – 160/100 мм.рт.ст. При осмотре, пальпации, аускультации вен патологических изменений не выявлено.

**Система пищеварения**

 Жалоб нет.

 Аппетит повышен. Жажды не отмечает. Количество выпиваемой жидкости – 1,5-2,0 л/день. Вес – 75,5 кг. Стул ежедневно утром, плотный, оформленный, темно-коричневого цвета. Поправляется с 25 лет.

 *Осмотр полости рта*

 Слизистые внутренней поверхности губ, щек, десен, твердого и мягкого неба розовые, без патологических изменений. Полость рта санирована.

 *Исследование живота*

Живот правильной формы. Мягкий, безболезненный при пальпации.

 *Печень*

Размеры печени по Курлову: 9 – 8 – 7 . При пальпации печень не выступает из-под края реберной дуги. Желчный пузырь не пальпируется, болезненности в точке проекции желчного пузыря нет. Симптомы Ортнера, Мерфи, Георгиевского-Мюсси отрицательные.

*Поджелудочная железа*

 Пальпация по ходу поджелудочной железы безболезненна. Патологические симптомы отрицательные.

 *Селезенка*

Размер селезенки по лопаточно-пупочной линии – 8 см.

**Система мочевыделения**

Жалоб нет. Мочеиспускание частотой 3 раза/день, свободное, безболезненное.

Симптом Пастернацкого с обеих сторон отрицательный.

**Нервно****-психическая сфера**

 Жалобы на:

• на практически постоянные головные боли и головокружения

Больной ориентирован в пространстве, времени и собственной личности. Контактен, поведение адекватное. Сон глубокий, ровный (8-9ч), засыпает быстро. Самочувствие после пробуждения хорошее. Нарушений со стороны болевой, температурной, тактильной, глубокой чувствительности, двигательной сферы, изменения зрения, слуха, обоняния, зрачковых рефлексов нет, появления патологических рефлексов не выявлено. Тремора, гиперкинезов нет. Дермографизм белый, нестойкий. Глубокие рефлексы с сухожилий сгибателя плеча, четырехглавой мышцы и ахиллова сухожилия в норме.

# Эндокринная система

 Жалоб нет. При осмотре передней поверхности шеи изменений не отмечается. Признаков возможной эндокринной патологии не отмечается.

**3. Предварительный диагноз**

Анализ жалоб:

• на эпизоды давящих болей за грудиной с ощущением удушья, нехватки воздуха, купирующиеся приемом нитроглицерина за ≈ 1 минуту.

Эти жалобы говорят о приступах стенокардии, связанных с несоответствием потребности миокарда в кислороде и, как следствием, ишемией.

• на постоянные тянущие и ноющие боли в грудной клетке, преимущественно в прекардиальной

области с иррадиацией в левое плечо, усиливающиеся при пальпации, движении в плечевом суставе

Можно заключить, что функциональный класс стенокардии III или IV, так как боли есть в покое, , при приеме пищи, ночью (больной просыпается), иррадиируют в плечо.

• на постоянно высокий уровень артериального давления не менее 170/110 мм рт.ст. с подъемами до 220/130 мм рт.ст., АД стабилизируется на более высоких цифрах

Такое состояние классифицируется как гипертоническая болезнь II степени.

• на практически постоянные головные боли и головокружения

На основании этих жалоб можно предположить атеросклеротическое поражение сосудов головного мозга и дисциркуляторную энцефалопатию.

Из данных анамнеза заболевания:

На протяжении последних 11 лет больной отмечал стойкие подъемы артериального давления до 140-150/90 мм рт.ст. – свидетельствует о хроническом характере гипертензии.

Последние 3-4 года состояние ухудшилось. Артериальное давление стабильно не ниже 160-170/**100** мм рт.ст., максимальные подъемы до 240/**170-160** мм рт.ст.

По данным обследования в ГВВ в 2000 г. – симптоматическая гипертензия исключена.

Из наследственного анамнеза:

Мать, отец и сестра больного страдали гипертонической болезнью, что говорит о семейной предрасположенности к этой болезни.

3.2. Предварительный диагноз:

Ишемическая болезнь сердца, Стенокардия III-IV функционального класса, Гипертоническая болезнь II ст. Церебральный атеросклероз. Дисциркуляторная энцефалопатия.

**4. Материалы** для **заключительного диагноза**

4.1. Данные лабораторно-инструментального обследования больного:

Общий анализ мочи 16.08.02

|  |  |
| --- | --- |
| Количество | 250 мл |
| Реакция | 7,5 |
| Цвет | Сол.-жёлтый |
| Прозрачность | Неполная |
| Удельный вес | 1017 |
| Ацетон | Положит. |
| Белок | Следы |
| Желч. Кислоты | Отр |
| Уробилин | Норма |
| Эпит. кл (плоские) | Немного |
| Эпит. кл. (полиморф.) | Нет |
| Лейкоциты | 0-0-1 в поле зрения |
| Эритроциты | Единичные в препарате |
| Цилиндры гиалиновые | Нет |
| Зернистые |
| Бактерии | Нет |
| Соли | Кристаллы оксалата Ca2+ |
| Слизь | Немного |

Реакция Вассермана на холоде, р-ция Вассермана с АГ – отрицательные.

HBS- отрицательный

Общий анализ крови 16.08.02

|  |  |
| --- | --- |
| WBC | 6,44\*109/L |
| RBC | 4,140\*1012/L |
| HGB | 138,2 g/L |
| HCT | 37,90 L/L |
| MCV | 91,50 fL |
| MCH | 33,39 pg |
| MCHC | 36,47 g/L |
| PLT | 326,8\*109/L |
| ЦВ.ПОКАЗ. | 1,0 |
| Нейтрофилы |  |
| П/я | 1 |
| С/я | **39 ?** |
| Базофилы |  |
| Эозинофилы | 0 |
| Лимфоциты | **55 ?** |
| Моноциты | 5 |
| СОЭ | 7 |

3.09.02 Исследование на гормоны щитовидной железы:

ТТГ 3,12 (0,25-4,00) МЕ/л

АТ 5,7 (0,00-100,0) МЕ/мл

**Триглицериды 990 мг/дл (50-150)**

Общ.Хс 247 мг/дл (150-250)

ЛПВС-Хс не осад. (35-75)

Са 9,2 мг/дл (8,5-10,5)

Г-ГТ 38,2 ед/л (7-49)

АСТ 18,1 ед/л (0-40)

АЛТ 24,4 ед/л (0-40)

Na 139,4 мэкв/л (135-145)

К 4,62 мэкв/л (3,5-5,0)

Общ.белок 7,3 г% 6,0-8,0

Альбумин 4,8 г% 3,5-5,0

Креатинин 1,0 мг% 0,7-1,4

Неорганич. Р 5,6 мг% 2,5-4,5

## **Глюкоза 187 мг% 80-120**

Азот мочевины 21 мг% 10-20

Мочевая к-та 5,8 мг% 2,5-7,0

Общ. билирубин 0,6 мг% 0,1-1,0

Прям. Билирубин 0,2 мг% 0,0-0,3

Белк.фр. альбум. 59,0 % 54,7-68,7

Альфа-1 4,4 % 3,7-7,8

## **Альфа-2 13,5 % 5,2-10,7**

Бета 11,8 % 8,6-13,7

Гамма 11,3 % 10,7-19,3

СРБ – отрицательный

Коагулограмма:

КВС = 69 (60-100)

АЧТВ = 37 (28-48)

Пр I = 103 (85-110)

Фибриноген 2,67 (1,8-4,0)

Глюкозуретический профиль:

Плотность 1012

Глюкоза **0,22**

Кетоновые тела – следы

Результат анализа указывает на сахарный диабет II типа.

Копрологическое исследование:

Яйца глист – нет. Реакция на кровь с бензидином отрицательная.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости:

Печень в передне-заднем размере увеличена на 2 см, больше за счет правой доли, контуры ровные, паренхима диффузная, изменена по типу жирового гепатоза. Внутрипеченочные желчные протоки и сосуды не расширены. Желчный пузырь диаметром 34 мм, ближе к шейке перетяжка, стенка плотная, камней нет. Поджелудочная железа не увеличена, значительно диффузно уплотнена. Селезенка 90х38 мм. Почки: правая 114х53 мм, паренхима справа 16 мм, слева 13 мм; левая из 2-х частей с неровными контурами 105х45 мм.

Рентгеновское исследование грудной клетки: легочный рисунок усилен за счет пневмосклероза. Корни уплотнены, структурны, не расширены. Синусы свободны. Сердечная тень расширена влево.

Ультразвуковое исследование щитовидной железы:

Щитовидная железа не увеличена, правая доля 43х13х12 мм, левая доля 37х12х10 мм, перешеек 2 мм; контурированная, структура несколько неоднородна, обычной эхогенности. Васкуляризация в норме, узлов нет.

12.09.02 Заключение кардиолога: ранняя предсердная экастрасистолия. На снятой ЭКГ без отрицательной динамики; учитывая сохранение приступов стенокардии, несмотря на коронароактивную терапию, решено провести курс введения фраксипарина.

12.09.02 Заключение эндокринолога: Ожирение II ст. Жировая дистрофия печени. Рекомендована диета №9 (6 разовое питание).

19.09.02 ЭКГ: синусовая брадикардия, ЧСС 57 в минуту. Отклонение ЭОС влево. По сравнению с ЭКГ 12.09.02 ухудшений нет. Предсердная экстрасистолия. Гипертрофия левый отделов.

17.09.02 Динамическая сцинтиграфия почек:

Тазовая дистопия левой почки с нарушением функции, нарушение функции правой почки.

В целом, наблюдается ожидаемое повышение глюкозы крови и триглицеридов.

Дополнительные рекомендованные исследования:

1. КТ головного мозга
2. ЭГДС
3. Кардиомониторирование
4. Консультация невролога
5. Консультация эндокринолога – для уточнения диагноза сахарного диабета II типа.
6. Сахарный профиль (3-5 точек – 8.00-10.00-11.00-14.00-17.00)
7. Консультация уролога по поводу патологии, выявленной при динамической сцинтиграфии почек
8. Исследование уродинамики почек.
9. Проверить больного на наличие ХПН (следить за уровнем креатинина крови, УЗИ)

**5. Заключительный диагноз**

Представлен двумя сочетанными:

Основное заболевание:

1. Ишемическая болезнь сердца: Стенокардия III-IV ф.к.. Атеросклероз аорты. Церебральный атеросклероз. Атеросклеротический кардиосклероз – предсердная экстрасистолия.
2. Гипертоническая болезнь II ст.

Осложнения основного заболевания: Дисциркуляторная энцефалопатия.

Фоновые заболевания: Сахарный диабет II типа. Ожирение экзогенное констицуональное II ст.

Сопутствующие заболевания: Хронический холецистит вне обострения. Жировой гепатоз печени. Тазовая дистопия левой почки.

**6. Ведение больного**

6.1. Необходимо стремиться к сдерживанию прогрессирования ИБС и возможной коррекции ее течения.

6.2. Больному требуется постельный режим, стол №9, исключение всяких физических нагрузок, стрессов. Желателен присмотр родственниками. Рекомендованы свежий воздух, санаторно-курортное лечение.

Фармакотерапия:

1. Коринфар – антагонист кальция - 1 т – 3 раза в день 10 мг
2. Арифон – тиазидный диуретик - 1,5 мг утром
3. Атенолол – бета – адреноблокатор - 50 мг ½ т – 2 раза в день
4. Ung.Nitro 1,5 см на ночь
5. Фраксипарин – N10 0,30 мл

**Прогноз** заболевания может быть положительным в случае соблюдения всех перечисленных рекомендаций и периодического наблюдения по местужительства. Также необходима регулярная госпитализация (2 раза в год) для обследования и коррекции терапии.

***Список литературы:***

1. В.И.Маколкин – Внутренние болезни.
2. Мурашко В.В. «Электрокардиография», Медицина 2001
3. Харрисон Т.Р. «Внутренние болезни» в 10 томах, 1994
4. Бокарев И.Н. «Внутренние болезни»
5. Лекционный материал