**Сведения о больном:**

Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст: 61 год.

На пенсии с 1964 года.

Территориально проживает в Красносельском районе.

Дата поступления в клинику: 5 апреля 2001г.

Доставлен сан транспортом.

Диагноз при направлении в стационар: ИБС, инфаркт миокарда.

**Жалобы:**

На момент поступления жалобы на: приступообразные, сжимающие боли за грудиной, боли продолжались более 3-х часов и не снимались приемом нитроглицерина, головные боли, головокружение, слабость, одышку, затруднение дыхания.

На момент обследования жалобы на: боли за грудиной, чувство давления за грудиной, затрудненное дыхание, также больной предъявляет жалобы на шум в ушах, снижение памяти, а также на бессоницу. Больной также отмечает слабость и одышку после небольшой физической нагрузки.

Также больной предъявляет жалобы на регулярные подъемы артериального давления до высоких цифр. Верхняя граница max – 200, нижняя – 100.

**Анамнез заболевания:**

Считает себя больным в течении нескольких лет, когда появлялись сжимающие, давящие боли в области сердца, головные боли, головокружение. К врачу не обращался, терапия не проводилась. 11 января 2001 года поступил в больницу имени Мечникова на плановое обследование по поводу облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей. По этому поводу планово наблюдается с 1983 года. Было проведено ЭКГ-исследование – был обнаружен инфаркт миокарда. После этого чувствовал себя хорошо, но были участившиеся загрудинные боли, усиливающиеся при физической нагрузке в течении 2-х недель, больной также отмечал слабость. 29 марта и 3 апреля боли более получаса, нитроглицерин без эффекта. 5 апреля больной обратился к врачу по поводу усиливающихся загрудинных болей, не купирующихся приемом нитроглицерина и продолжающихся дольше получаса, слабости, одышки, бессоницы, и был гопитализирован в Городскую больницу Октябрьской железной дороги санитарным транспортом с диагнозом: ИБС, инфаркт миокарда.

**Анамнез жизни:**

Возраст 61 год.

Материально-бытовые условия удовлетворительные.

На данный момент не работает, пенсионер.

Имеет инвалидность 3 группы.

Работал в газовой котельной (2 группа вредности).

Питается регулярно, 3-4 раза в день.

На свежем воздухе бывает часто.

Вредные привычки отрицает.

Не курит (бросил 14 лет).

Профессионально занимался спортом (футбол)

Ближайшие родственники относительно здоровы.

СПИД, туберкулез, гепатит и венерические заболевания отрицает.

Гемотрансфузии отрицает.

За пределы Лен. области за последние полгода не выезжал.

Перенесенные заболевания:

Облитерирующий атеросклероз нижних конечностей.

ГБ 3 ст.

Желчно-каменная болезнь.

Холецистэктомия в 1988 году.

Варикозная болезнь сосудов нижних конечностей.

Хронический бронхит.

Закрытоугольная глаукома.

Аллергологический анамнез:

Не отягощен. Лекарства переносит все.

Наследственный анамнез:

Не отягощен.

***Объективное обследование:***

**Общий осмотр**:

Состояние удовлетворительное, положение в постели - активное. Сознание ясное, конституция нормостеническая.

Температура тела 36,5 С.

Кожа бледно-розовой окраски, эластичность - снижена. Влажность сохранена.

На нижних конечностях отчетливо проступает венозный рисунок.

Ногти и волосы без изменений.

Тургор тканей слегка снижен.

Видимые слизистые и склеры чистые, нормальной окраски, без высыпаний, влажность сохранена.

Подкожно-жировая клетчатка выражена удовлетворительно, распределена равномерно. При пальпации безболезненна. Отеки - на ногах отсутствуют. При постоянном горизонтальном положении практически не образуются.

Периферические лимфоузлы:

Затылочные, заушные, поднижнечелюстные, подподбородочные, переднешейные, заднешейные, надключичные, подключичные, кубитальные, подколенные - не пальпируются. Подмышечные, паховые, подчелюстные пальпируются: единичные, 7-8мм., эластичные, безболез-ненные, не спаяны с кожей и с окружающими тканями. Кожа над ними не изменена.

Мышечная система развита достаточно, равномерно, симметрично. Тонус мышц сохранен, сила незначительно снижена. При пальпации мышцы безболезненны, уплотнений не обнаружено. Форма головы, грудной клетки, позвоночника и конечностей - нормальная.

Кости при пальпации и перкуссии безболезненны. Форма их не изменена.

Суставы нормальной конфигурации, кожа над ними не изменена.

Активные и пассивные движения в суставах - в полном объеме, безболезненные, без хруста. Кожа над суставами не изменена.

**Органы дыхания:**

Голос сохранен. Носовое дыхание в норме.

Форма грудной клетки нормальная, нормостеническая, симметричная. Движения грудной клетки при дыхании - равномерные. Дыхание средней глубины. Число дыханий в 1 минуту - 24, ритм правильный. Тип дыхания - смешанный. Одышка в покое отсутствует, но появляется при ходьбе даже на 50-100 метров.

Грудная клетка при пальпации безболезненна.

Голосовое дрожание проводится одинаково над симметричными отделами легких.

Данные сравнительной перкуссии:

перкуторный звук притуплен, одинаковый над симметричными отделами грудной клетки.

Данные топографической перкуссии легких:

Справа: окологрудинная – 5 м/р, среднеключичная – 6 ребро, передняя подмышечная – 7 ребро, средняя подмышечная – 8 ребро, задняя подмышечная – 9 ребро, лопаточная – 10 ребро, околопозвоночная – Th11.

Слева: передняя подмышечная – 7 ребро, средняя подмышечная – 8 ребро, задняя подмышечная – 9 ребро, лопаточная – 10 ребро, околопозвоночная – Th11.

Экскурсия нижних краев легких:

Справа: средняя подмышечная – 4 см, задняя подмышечная – 4 см.

Слева: средняя подмышечная – 3 см, задняя подмышечная – 4 см

Аускультация легких: дыхание жесткое практически над всей поверхностью легких, выслушиваются сухие свистящие хрипы в основном в облати проекции бронхов.

Бронхофония - сохранена над всеми отделами бронхов.

**Органы кровообращения:**

Грудная клетка над областью сердца не деформирована. Верхушечный толчок не определяется. Патологической пульсации сосудов в области шеи и в эпигастрии не наблюдается. Венозной сети на груди и животе не обнаружено.

Пульс - 72 удара в минуту, аритмичный, удовлетворительного наполнения, напряженный, синхронный на обеих руках. Дефицит пульса отсутствует.

Верхушечный толчок не пальпируется.

Верхняя граница относительной тупости сердца проходит по верхнему краю третьего ребра.

Границы сердца: справа - по правому краю грудины, сверху - по 3 ребру, слева - на 2 см кнаружи от средне-ключичной линии.

Сосудистый пучок не расширен.

Тоны ритмичные. Первый тон приглушен. На легочной артерии выслушивается акцент второго тона. На верхушке выслушивается систолический шум, который никуда не проводится.

Пульсация периферических артерий сохранена.

Артериальное давление: 130/80 мм.рт.ст.

**Органы пищеварения:**

Слизистая полости рта влажная, бледно-розовой окраски, блестящая.

Язык бледно-розового цвета, влажный, без налета, язв и трещин нет.

Десны бледно-розового цвета, без патологических изменений.

Зев спокоен, диспепсических расстройств на момент курации нет.

Живот симметричен, округлой формы, участвует в акте дыхания, видимая перистальтика отсутствует.

По срединной линии – послеоперационный рубец (холецистэктомия).

Поверхностная ориентировочная пальпация: живот мягкий, безболезненный.

Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

Нижний край печени пальпируется по краю реберной дуги, гладкий, эластичный, безболезненный. Желчный пузырь не пальпируется. Симптом Ортнера-Грекова отрицательный , симптом Мюсси-Георгиевского отрицательный.

Размеры печени по Курлову: правый - 11 см, срединный - 10 см,

косой -8 см.

Селезенка не пальпируется. Размеры селезенки. выявленные при перкуссии: продольный - 10 см, поперечный - 8 см. Физиологические отправления в норме.

**Мочевыделительная система:**

Мочеиспускание регулярное, безболезненное.

Почки не пальпируются с обеих сторон.

Симптом поколачивания (Пастернацкого) отрицательный с обеих сторон.

Дно мочевого пузыря не пальпируется. Болезненность по ходу мочеточников не выявлена.

**Неврологический статус:**

Интеллект и эмоции соответствуют возрасту. Патологии черепно-мозговых нервов по данным осмотра не выявлено.

**Эндокринная система:**

Пропорции туловища и конечностей соответствуют возрасту.

Половые органы соответствуют возрасту. Экзофтальм и другие глазные симптомы отсутствуют.

**Предварительный диагноз:**

С учетом *жалоб*:

- на сжимающие боли за грудиной, иррадиирующие в левую лопатку, не купирующиеся приемом нитроглицерина, продолжающиеся более 3-х часов;

- головные боли, головокружение, слабость, затруднение дыхания,

- на одышку, возникающую при незначительной нагрузке;

- шум в ушах, снижение памяти, а также на бессоницу.

*анамнеза болезни:*

* сжимающие, давящие боли в области сердца,
* головные боли, головокружение,
* 11 января 2001 года в больнице имени Мечникова ЭКГ-исследование – инфаркт миокарда.
* участившиеся загрудинные боли, усиливающиеся при физической нагрузке в течении 2-х недель, слабость,
* 29 марта и 3 апреля боли более получаса, нитроглицерин без эффекта,
* 5 апреля усиливающиеся загрудинные боли, не купирующихся приемом нитроглицерина и продолжающиея дольше получаса, слабость, одышка, бессоница.

*анамнеза жизни:*

* 2 группа вредности,
* облитерирующий атеросклероз нижних конечностей,
* хронический бронхит.

*данных объективного исследования:*

- расширение границ сердца влево,

- систолический шум на верхушке сердца,

- ослабленные тоны,

- акцент второго тона на легочной артерии;

основным заболеванием следует считать следующее:

*-* ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения 2-3 ст. гипертоническая болезнь 3 ст*,*

сопутствующие:

- облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей.

**План дополнительного обследования:**

1. Общий анализ крови.

2. Общий анализ мочи.

3. Рентгенография грудной клетки.

4. Электрокардиография.

5. Эхокардиография.

**Результаты лабораторного и инструментального**

**исследования:**

*Эхокардиография (12.04.01)*

Очаговые изменения верхушки. Дилатация верхних камер сердца с незначительным снижением сократительной функции миокарда левого желудочка. Фиброз межжелудочковой перегородки. Сегментарный фиброз стенок корня аорты, структур аортального и митрального клапанов. Митральная недостаточность 1 ст.

*Анализ крови (10.04.01)*

протромбиновый индекс – 79%

*Анализ крови (12.04.01)*

КФК – 130

ЛДГ – 388

*Клинический анализ крови (10.04.01)*

Er – 4,2

Hb – 130

Базофилы – 0,93

Тромбоциты – 186

Лейк – 5,3

Эозин – 3

Палочк – 1

Сегм – 56

Лимф – 33

Моноциты – 7

*Анализ крови (10.04.01)*

Глк – 4,4 ммоль/л

*Анализ крови (6.04.01)*

Билирубин общ – 16,5 ммоль/л

Холестерин – 4,2 ммоль/л

Креатинин – 0,099 ммоль/л

АЛТ – 20 E/л

АСТ – 18 Е/л

К – 5,4 ммоль/л

Na – 150 ммоль/л

*Анализ крови (10.04.01)*

Микрореакция – отр.

*Анализ крови (17.04.01)*

Общий белок – 65

Альб – 58%

L1 – 3.6

L2 – 8.0

B – 13.8

Y – 16.6

*Свертываемость крови по Сухареву (13.04.01)*

5,25 – нач

5,50 – кон

*Свертываемость крови по Сухареву (14.04.01)*

3,41 – нач

4,20 – кон

*Свертываемость крови по Сухареву (15.04.01)*

4,00 – нач

4,35 – кон

*Свертываемость крови по Сухареву (18.04.01)*

5,20 – нач

5,46 - кон

*Анализ крови (6.04.01)*

Er – 4,5

Hb – 141

Базофилы – 0,94

Тромбоциты – 180

Лейк – 5,7

Эозин – 6

Палочк – 1

Сегм – 60

Лимф – 23

Моноциты – 10

СОЭ – 11

*Анализ крови (5.04.01)*

Er – 4,8

Hb – 157

Базофилы – 0,98

Тромбоциты – 157

Лейк – 4,2

Эозин – 7

Палочк – 2

Сегм – 58

Лимф – 35

Моноциты – 5

СОЭ – 5

*12.04*

Мокрота на Вк – не обнар.

*11.04*

Яйца глист не обнар.

#### Анализ мочи (06.04.01)

Количество – 200 мл

Цвет – соломен-желтый

Реакция – кислая

Уд.вес – 1.020

Сахар – не обнар.

Лейк, Er – ед. в поле зр.

*ЭКГ (5.04.01)*

Ритм синусовый.

RR – 0.98

PQ – 0.16

QRS – 0.08

QRST – 0.38

ЧСС – 61/мин

Возможен очаговый кардиосклероз в заднеперегородочной области. Местная внутрижелудочковая блокада. Умеренные изменения в миокарде верхней и боковой стенки.

(+)Т V4-V6,I,aVL

*ЭКГ (11.04.01)*

Синусовая брадикардия.

RR – 1,06

PQ – 0.18

QRS – 0.10

QRST – 0.40

ЧСС – 57/мин

По сравнению с 5.04 – ритм реже.

Появляется ишемия миокарда переднеперегород. стенки и верхней.

(+)Т V2-V4 стали (+-)

*ЭКГ (12.04.01)*

Ритм синусовый.

RR – 1.00

PQ – 0.18

QRS – 0.10

QRST – 0.40

ЧСС – 60/мин

По сравненю с 11.04 – улучшение процессов реполяризации в области переднеперегород. стенки и верхней.

(+-)Т V2-V4 стали (+)

*ЭКГ (17.04.01)*

Ритм синусовый.

RR – 0.80

PQ – 0.18

QRS – 0.10

QRST – 0.36

ЧСС – 72/мин

По сравненю с 12.04 – (+)Т V4-V6 стали выше, в остальном без изменений.

*ЭКГ (25.04.01)*

Ритм синусовый.

RR – 0.86

PQ – 0.16

QRS – 0.08

QRST – 0.38

ЧСС – 70/мин

По сравненю с 17.04 – небольшое улучшение процессов реполяризации в области переднеперегород. стенки и верхней.

**Обоснование клинического диагноза:**

Диагноз ИБС, инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь 3 ст. был поставлен на основании характерных болей в области сердца, регулярно возникающих, продолжающихся значительное время, не купирующихся приемом нитроглицерина. А также на основании объективного осмотра и результатов инструментальных исследований: очаговые изменения верхушки. Дилатация верхних камер сердца с незначительным снижением сократительной функции миокарда левого желудочка. Фиброз межжелудочковой перегородки. Сегментарный фиброз стенок корня аорты, структур аортального и митрального клапанов. Митральная недостаточность 1 ст. Очаговый кардиосклероз в заднеперегородочной области. Местная внутрижелудочковая блокада. Умеренные изменения в миокарде верхней и боковой стенки.

В данном случае из всех видов ИБС имеет место инфаркт миокарда, т.к. боли возникли резко, интенсивные, продолжающиеся более 3-х часов и не купирующиеся нитроглицерином.

Диагноз стенокардия напряжения был поставлен на основании следующих отличий данного вида стенокардии от других: возникновение болей при физической нагрузке , боли загрудинные, носящие ноющий, давящий характер, приступы купировались приемом нитроглицерина

**Окончательный диагноз:**

*Основной:* ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения 2-3 ст., атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз, гипертоническая болезнь 3 ст.

*Сопутствующий*: облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей, варикозная болезнь нижних конечностей, хронический бронхит.

**Дневник курации:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Состояние больного | Назначения |
| 9.04.2001 | Больной предъявляет жалобы на умеренную слабость, одышку, шум в ушах, самочувствие удовлетворительное.  Больной в ясном сознании. Общее состояние удовлетворительное.  Кожные покровы и видимые слизистые чистые. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Частота дыхания 24 в 1, дыхание ритмичное, при аускультации проводится во все отделы, жесткое, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаковый, частота 72 в 1, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Слизистая оболочка полости рта обычного цвета и влажности, язык не обложен. Живот правильной формы, не вздут. Мочеиспускание свободное, безболезненное, не учащено. Симптом Пастернацкого отрицательный. | Режим палатный.  Назначения см. температурный лист. |
| 10.4.2000. | В 0.40 – артериальное давление – 150/80.  Больной предъявляет жалобы на умеренную слабость, Чувство тяжести в грудной клеткесамочувствие удовлетворительное.  Больной в ясном сознании. Общее состояние удовлетворительное.  Кожные покровы нормальной окраски, сухие. Частота дыхания 25 в 1, дыхание ритмичное, при аускультации проводится во все отделы, жесткие, выслушиваются слабые сухие хрипы. Пульс на лучевых артериях одинаковый, частота - 70, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление 120/80 мм Hg. Слизистая оболочка полости рта обычного цвета и влажности, не обложен. Живот правильной формы, не вздут. Мочеиспускание свободное, безболезненное, не учащено. | Стол №5.  Режим постельный. |
| 11.4.2000. | Больной жалоб не предъявляет.  Больной в сознании, адекватен. Общее состояние без ухудшения.  Кожные покровы бледные, сухие. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Дыхание 22 в 1, ритмичное, при аускультации проводится во все отделы, жесткое, выслушиваются слабые сухие хрипы. Пульс на лучевых артериях одинаковый, частота 76 в 1, ритмичный, удовлетворительных качеств. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, шумов нет. Артериальное давление 130/75 мм Hg. Слизистая оболочка полости рта обычного цвета и влажности, чистая. Живот правильной формы, не вздут, в дыхании участвует. Перистальтика активная. Симптом Пастернацкого отрицательный. | Стол №5.  Режим постельный. |
| 12.4.2000. | Больной жалоб не предъявляет, самочувствие удовлетворительное.  Больной в ясном сознании. Общее состояние ближе к удовлетворительному.  Кожные покровы нормальной окраски, суховаты. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Частота дыхания 21 в 1, дыхание ритмичное, при аускультации проводится во все отделы, везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаковый, частота 75 в 1, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление 130/75 мм Hg. Слизистая оболочка полости рта обычного цвета и влажности. Живот правильной формы, не вздут. Мочеиспускание свободное, безболезненное, не учащено. | Стол №5.  Режим постельный. |
| 13.4.2000. | Жалоб нет, самочувствие удовлетворительное.  Больной в сознании, адекватен. Общее состояние без ухудшения.  Кожные покровы бледные, сухие. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Дыхание 26 в 1, ритмичное, при аускультации проводится во все отделы, жесткое. Пульс на лучевых артериях одинаковый, частота 80 в 1, ритмичный, удовлетворительных качеств. Тоны сердца приглушенные, ритмичные, шумов нет. Артериальное давление 120/75 мм Hg. Слизистая оболочка полости рта обычного цвета и влажности, чистая. Живот правильной формы, не вздут, в дыхании участвует. Перистальтика активная. Симптом Пастернацкого отрицательный. Стула не было. | Стол №5.  Режим постельный. |

**Лечение:**

Лечение стенокардии складывается из купирования приступов и профилактики их возникновения. Прогрессирующая стенокардия является абсолютным показанием к оперативному лечению, направленному на реваскуляризацию миокарда.

1. Купирование приступа стенокардии:

а). Чаще всего для этого применяют *нитроглицерин*, который снимает спазм коронарных артерий, понижает их сопротивление и оказывает тем самым коронарорасширяющее действие. Под его влиянием увеличивается кровоток по коллатералям и количество функционирующих ветвей, снижается внутрижелудочковое давление и объем желудочков сердца, что уменьшает напряжение стенок миокарда и их давление на артерии и коллатерали в ишемизированной зоне. Кроме того, нитроглицерин уменьшает периферическое артериальное сопротивление и вызывает дилатацию вен, что приводит к разгрузке левого желудочка и снижению потребления кислорода миокардом. Принимают нитроглицерин в таблетках по 0,0005 г под язык или 1% спиртовой раствор - 1-3 капли на сахар. Действие нитроглицерина проявляется через 1-2 минуты и длится около 30 минут. Побочные эффекты: пульсирующая головная боль, снижение АД, тахикардия.

Rp: Nitroglycerini 0,0005

Da tales doses № 40 in tab.

Signa: по 1 таблетке под язык при болях в сердце.

б). При затянувшихся приступах применяют наркотические и ненаркотические анальгетики, которые вводят парентерально - промедол, морфин (часто в сочетании с аминазином, пипольфеном и другими веществами, потенцирующими его эффект).

Rp: Sol. Promedoli 1% - 1 ml

Steril.!

Da tales doses №10 in ampullis.

Signa: подкожно при приступах сильных болей. Без врача не

вводить!

в). Способствует купированию приступа стенокардии также применение горчичников на область сердца и погружение рук в горячую воду.

2. Профилактика приступов стенокардии:

Первичная профилактика сводится к мероприятиям, направленным на предупреждение развития атеросклероза и ишемической болезни сердца. Если причиной стенокардии являются другие болезни, то профилактикой стенокардии является лечение соответствующих заболеваний.

Вторичная профилактика включает постоянное медикаментозное лечение и систему лечебно-физкультурных мероприятий, применяемых для улучшения коронарного коллатерального кровообращения, а также меры борьбы с прогрессированием заболеваний, лежащих в основе стенокардии.

а). Для предотвращения приступов стенокардии применяют препараты нитроглицерина пролонгированного действия - сустак, нитронг, тринитролонг, нитросорбид и другие.

Rp: Tab. «Nitrosorbid» 0,01

Da tales doses №10.

Signa: принимать по 3 таблетки 3 раза в день до еды.

б). Важное место в профилактике приступов стенокардии занимают бетта-адреноблокаторы (пропранолол, тразикор и другие), которые снижают частоту и силу сердечных сокращений, сердечный выброс, АД и в результате уменьшают потребность миокарда в кислороде. Их возможные побочные эффекты - бронхоспазм, усиление сердечной недостаточности, гипогликемия у больных сахарным диабетом, которые получают сахароснижающие препараты. При сердечной недостаточности эти препараты применяют в сочетании с сердечными гликозидами или используют кардиоселективные бетта-адреноблокаторы (например, корданум).

Rp: Tab. «Anaprilinum» 0,04

Da tales doses №10.

Signa: принимать внутрь по 1 таблетке 3 раза в день.

в). Если в основе приступа стенокардии лежит спазм, показаны антагонисты кальция (например, нифедипин или верапамил). Нифедипин не влияет на атриовентрикулярную проводимость, число сердечных сокращений под его влиянием увеличивается и поэтому его можно назначать в сочетании с бетта-адреноблокаторами. Верапамил обладает сходными по механизму, но менее выраженным коронарорасширяющим действием; он снижает число сердечных сокращений, может замедлить атриовентрикулярную проводимость, поэтому его не сочетают с бетта-адреноблокаторами. Верапамилу также свойственно противоаритмическое действие. Он может использоваться для профилактики приступов стенокардии в случае ее нетяжелого течения при ее сочетании с экстрасистолией.

Rp: Verapamili hydrochloridi 0,04

Da tales doses №10 in tabulettis.

Signa: принимать внутрь по 1 таблетке 3 раза в день после еды.

г). Производные изохинолина - папаверин и но-шпа - обладают прямым расслабляющим стенку сосуда действием. Их применяют внутрь для профилактики приступов или парентерально для купирования затянувшихся приступов в сочетании с анальгетиками.

Rp: Papaverini hydrochloridi 0,04

Da tales doses №10 in tabulettis.

Signa: внутрь по 1 таблетке 3 раза в сутки.

д). Карбокромен увеличивает коронарный кровоток и при длительном применении способствует развитию коллатералей. Его применяют в основном при локализированном коронарном атеросклерозе, т.к. имеются данные, что у больных с распространенным стенозирующим атеросклерозом препараты карбокромена могут вызвать (особенно при парентеральном введении) усиление болей.

Rp: Carbocromeni 0,075

Da tales doses №10 in tabulettis.

Signa: внутрь по 1 таблетке после еды 3 раза в день.

е). Дипиридамол (курантил) также увеличивает коллатеральный кровоток благодаря повышению концентрации аденозина в миокарде и снижает агрегацию тромбоцитов. Однако в больших дозах дипиридамол может ухудшить кровоснабжение ишемизированного участка в зоне стеноза артерии из-за распределения крови в расширенные сосуды (феномен «обкрадывания»).

Rp: Tab. «Curantyl N 25»

Da tales doses № 20.

Signa: внутрь за 1 час до приема пищи, по 2 таблетки 3 раза в

день.

ж). Находят применение также бетта-адреномиметики - оксифедрин, нонахлазин, которые обладают положительным инотропным действием и увеличивают коронарный кровоток. Однако они могут повысить потребность миокарда в кислороде, поэтому применяются лишь у больных с нетяжелыми формами стенокардии без выраженного коронарного атеросклероза и при сопутствующей артериальной гипотензии и брадикардии.

Rp: Oxyphedrini 0,008

Da tales doses №10 in tab.

Signa: внутрь по 1 таблетке 3 раза в день.

з). Способствует урежению приступов стенокардии и периферические вазодилататоры, в частности молсидомин (корватон), который увеличивает ёмкость венозной системы, уменьшает венозный приток крови к сердцу, снижая нагрузку на сердце и потребление кислорода; препарат тормозит также агрегацию тромбоцитов.

и). Для снижения потребности миокарда в кислороде используют пиридоксинил-глиоксилат, который активирует анаэробные и тормозит аэробные процессы, оказывая защитное действие на ультраструктуры миокарда при гипоксии.

к). Нередко возникает необходимость в назначении больным стенокардией психофармакологических средств - снотворных, седативных, транквилизаторов.

л). Для снижения уровня холестерина в крови в последнее время стали использовать зарубежный препарат - липостат, который нормализует содержание ЛПНП и ЛПВП в крови, снижает уровень холестерина и ,тем самым, играет первостепенную роль в профилактике развития атеросклероза.

Оперативное лечение:

выполняется в условиях искусственного кровообращения и холодовой кардиоплегии и заключается в шунтировании пораженного участка коронарной артерии с помощью аортокоронарных аутовенозных шунтов или специальных синтетических протезов. К сожалению, во многих городах России, из-за недостаточной технической оснащенности больниц, этот метод пока недоступен.

**Этапный эпикриз:**

Больной Павлов Александр Михайлович, 61 год, поступил 20 февраля в кардиологическое отделение Городской больницы Октябрьской железной дороги санитарным транспортом с диагнозом: ИБС, инфаркт миокарда.

С жалобами на приступообразные сжимающие боли за грудиной, не купирующихся приемом нитроглицерина и продолжающихся дольше 3-х часов, слабости, одышки, бессоницы. Боли и одышка появляются даже при подъеме на 1-2 этаж и при ходьбе на расстояние 50-100 метров. Иногда боли появляются ночью, в покое. Боли купируются после приёма нитроглицерина, но стали появляться участившиеся загрудинные боли, усиливающиеся при физической нагрузке в течении 2-х недель, больной также отмечал слабость, шум в ушах, снижение памяти, а также бессоницу. 29 марта и 3 апреля боли более получаса, нитроглицерин без эффекта. Также больной предъявляет жалобы на регулярные подъемы артериального давления до высоких цифр. Верхняя граница max – 200, нижняя – 100.

*Объективно*: Состояние удовлетворительное. Положение в постели – активное, но предпочтение - лежа. АД - 130/80 мм рт. ст., ЧСС = 72, ЧДД = 24, температура тела = 36,6. Одышка в покое отсутствует, но появляется при ходьбе даже на 50-100 метров. Аускультация легких: дыхание жесткое практически над всей поверхностью легких, выслушиваются сухие свистящие хрипы в основном в облати проекции бронхов.

Живот симметричен, округлой формы, участвует в акте дыхания, видимая перистальтика отсутствует. Нижний край печени пальпируется по краю реберной дуги, гладкий, эластичный, безболезненный. Желчный пузырь не пальпируется. Размеры печени по Курлову: правый - 11 см, срединный - 10 см, косой -8 см. Селезенка не пальпируется. Размеры селезенки. выявленные при перкуссии: продольный - 10 см, поперечный - 8 см. Физиологические отправления в норме. Мочеиспускание регулярное, безболезненное. Симптом поколачивания (Пастернацкого) отрицательный с обеих сторон.

***Клинический диагноз:***

*Основной:* ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения 2-3 ст., атеросклеротический и постинфарктный кардиосклероз, гипертоническая болезнь 3 ст.

*Сопутствующий*: облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей, варикозная болезнь нижних конечностей, хронический бронхит.

***Прогноз:***

Для течения заболевания: неблагоприятный. Так как в течение последних двух недель произошло резкое ухудшение состояния больного. Проявления заболевания усилились, и приступы стенокардии возникают чаще раза в неделю. Приступы по сравнению с предыдущими имеют тенденцию к учащению и нарастанию.

Для жизни больного: сомнительный. Участившиеся и усилившиеся приступы стенокардии могут стимулировать возникновение инфаркта миокарда. Тем более, что больной не наблюдался в момент возникновения у него приступов, таким образом, судя по ЭКГ-иссследованию, а также частоте и силе приступов, нельзя полностью исключить вероятность того, что он не перенес уже несколько инфарктов миокарда.

22.04.2001г.

Подпись куратора: