#### Паспортные данные

##### Ф.И.О.:

Возраст: 78 лет (14 ноября 1924 г.)

Место жительства:

Место работы: Пенсионер

Семейное положение: Вдовец

Дата поступления в больницу: 27 января 2002 г.

Время курации: с 4 марта 2002 по 15 марта 2002

Основной клинический диагноз: Morbus ishemicus cordis, cardiosclerosis postinfarcticus, angina pectoris Ш, arrhitmia paroxismalis.

###### Жалобы

При поступлении: жалобы на чувство сердцебиения, перебоев в работе сердца, сжимающую боль за грудиной, сопровождающуюся чувством страха. Боль усиливается по утрам, а так же после умеренной физической нагрузки (быстрая ходьба), снимается приемом нитроглицерина под язык. Одышка при ходьбе по ровной местности через 500 м или при подъёме на 2-3 этаж. Периодически отмечает головную боль.

На момент курации: чувства сердцебиения и перебоя в работе сердца не отмечает, боль за грудиной при нагрузке и по утрам сохраняется.

# Anamnesis morbi

Больным считает себя с января 1996 года, когда впервые появились вышеуказанные симптомы заболевания. После консультации с участковым терапевтом было назначено лечение по поводу ИБС и мерцательной аритмии, включающее донаторы азота пролонгированного действия. До 2000 года состояние оставалось стабильным. В июне 2000 года почувствовал перебои в работе сердца и сильную боль за грудиной, не проходящую после приема нитроглицерина. Больной вызвал скорую медицинскую помощь, которой был доставлен в Кардиологический центр города Барнаула, где был поставлен диагноз инфаркт переднебоковой стенки миакарда. После того, как был проведен курс лечения, больной был выписан в удовлетворительном состоянии. 20 декабря того же года больной был повторно доставлен скорой медицинской помощью в Кардиологический центр г. Барнаула, где на основании ЭКГ был поставлен диагноз повторный инфаркт переднебоковой стенки миакарда. Был проведен курс терапии, после чего больной был отправлен домой в удовлетворительном состоянии. При выписке было рекомендовано принимать нитросорбит по 1 т. 3 раза в день, атенолол по 1 т. 2 раза в день, аспирин по 1/3 т. 1 раз в день. Лекарства принимал регулярно. 3 и 26 января 2002 года больной дважды перенес приступ стенокардии, которые снимал приемом нитроглицерина под язык. В поликлинику не обращался. 27 января 2002 г. почувствовал боли, локализующиеся за грудиной, чувство нарушения ритма пульса. Обратился за помощью к участковому терапевту по месту жительства, которым в тот же день был направлен на машине скорой медицинской помощи в терапевтическое отделение МСЧ Шинного завода.

# Anamnesis vitae

Родился в 1924 году в Кировской области в семье крестьян. В умственном и физическом развитии от сверстников не отставал. После окончания 9 класса средней школы вступил в ряды Советской армии, в 1941 году ушел на фронт. Во время войны был ранен в левое предплечье, по поводу чего перенес операцию. После войны остался на службе в армии в должности офицера ракетных войск. С 1962 года ушел в запас после обследования в военном госпитале г. Кирова, где был поставлен диагноз гипертоническая болезнь. В 1968 году с семьей переехал в город Барнаул, где и проживает по сей день. До 1990 года работал заместителем директора завода по снабжению, с 1990 на пенсии.

Социальные условия жизни удовлетворительные, судимость отрицает.

В детстве переболел корью, перенес пневмонию. Гемотрансфузии отрицает.

Туберкулез, инфекционный гепатит, венерические заболевания отрицает. Вредных привычек нет.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Генеалогическое древо:

 I

 II

 III

 IV

* болезни сердца

Анализ:

I **1,2** – бабка и дед по материнский линии пробанда

I **3,4**  - бабка и дед по отцовской линии пробанда

II **1,2** – тетка (страдала ИБС) и дядя по материнской линии пробанда

II **3,4** – мать и отец пробанда

II **5,6** – дяди пробанда по отцовской линии

III **1,2** – пробанд и его жена

III **3,4,5** – брат, сестра и сноха пробанда

IV **1,2** – племянники пробанда

Заключение: На основании анализа генеалогического древа наследственного характра заболевания у больного не выявлено.

# Status praesens communis

Общее состояние больного удовлетворительное, сознание ясное. Положение больного в постели активное. Выражение лица спокойное, поведение обычное. Осанка правильная, телосложение правильное, среднего питания. Конституция нормостеническая. Раст больного 173 см, вес 72 кг. Подкожно жировая клетчаика выражена умеренно (толщина кожно-подкожно-жировой складки под лопаткой 2 см). Кожные покровы светлорозового цвета, сухие. На правом плече выявлен участок гиперпигментации 15 см на 20 см с обильным оволосенением. Тургор кожи снижен, эластичность в норме. Оволосенение по мужскому типу. Отеков и сыпи нет. Цвет лица обычный. Отмечается умеренный цианоз губ. Слизистая рта бледно-розовая, признаков патологии не выявлено. Периферические лимфоузлы не увеличены. Грудные железы не увеличены, сосок без особенностей.

Косто-мышечная система:

Общее развитие мышечной системы удовлетворительное, болезненности при ощупывании мышц нет, атрофии и дефектов не обнаружено. Кости черепа, позвоночника и конечностей без деформаций. Конфигурация сустава не изменена. Движения в суставах свободные, без ограничений.

Органы дыхания:

Носовое дыхание не затруднено. Форма грудной клетки правильная, обе половины симметричны, в акте дыхания участвуют одинаково. Дыхание без ограничений, равномерное. Одышки в покое не отмечается. При умеренной физической нагрузке (ходьба на 500 м., подъем на 2-3 этаж) появляется одышка. Частота дыхания 23 дыхательных движений в минуту.

При пальпации грудной клетки болезненность не выявлена. Резистентность нормальная, голосовое дрожание равномерное.

При сравнительной перкуссии притупления перкуторного звука не отмечено. При топографической перкуссии:

высота стояния верхушек легких справа 3 см, слева 4см

ширина полей Кренига справа 6 см, слева 6 см

|  |
| --- |
| Нижние границы легких |
|  Линии |  Справа |  Слева |
|  |
| Парастернальная |  4 м/р |  - |
| Среднеключичная |  5 м/р |  - |
| Передняя подмышечная |  6 м/р |  6 м/р |
| Средняя подмышечная |  7 м/р |  7 м/р |
| Задняя подмышечная |  8 м/р |  8 м/р |
| Лопаточная |  9 м/р |  9 м/р |
| Паравертебральная |  10 м/р |  10 м/р |
| Подвижность легочного края |
|  |  |  |
| Среднеключичная |  4 см |  - |
| Средняя подмышечная |  5 см |  5 см |
| Лопаточная |  4 см |  4 см |
|  |  |  |

Аускультативно: везикулярное дыхание во всех парных точках.

Сердечно-сосудистая система:

При осмотре и пальпации по ходу перефирических сосудов патологических отклонений не обнаружено. Пульс 110 ударов в минуту, не ритмичный, напряженный, полный, большой. Слева пульс на лучевой артерии слабее по сравнению с правой стороной.

При осмотре области сердца патологий и атипической пульсации не обнаружено, верхушечный толчок не виден. Пальпаторно гипералгии над областью сердца не выявлено, верхушечный толчок не прощупывается.

|  |
| --- |
| Границы относительной тупости сердца |
| Правая | В IV межреберье на 1,5 см латеральнее правого края грудины  |
| Левая | В V межреберье слева на 1,5 см влево от среднеключичной линии |
| Верхняя | В III межреберье слева по окологрудинной линии |
| Границы абсолютной тупости сердца |
| Правая | Левый край грудины в IV межреберье |
| Левая | По среднеключичной линии в V межреберье |
| Верхняя | У левого края грудины в IV межреберье |

Конфигураци сердца аортальная. Ширина сосудистого пучка не выходит за края грудины.

Аускультативно: ритм неправильный, тоны сердца приглушены, шумы отсутствуют.

ЧСС 110 уд/мин, артериальное давление 100/130 мм рт. ст.

Пищеварительная система:

При осмотре ротовой полости: язык влажный, розовый, с умеренным белым налетом, миндалины не увеличины. Слизистая рта влажная розовая чистая. Десны без воспалительных явлений, не кровоточат. Акт глотания не нарушен.

Зубная формула:

о о к о о о к о о о о о о о о о

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

о о о к о о о о о о о к о о к о

о- отсутствие зуба

 к- корень

 Живот слегка увеличен в размере, симметричен, в акте дыхания участвует, пульсаций нет. Видимая перистальтика кишечника и желудка не отмечается. Пальпаторно живот мягкий. Расхождения прямых мышц живота, грыжевых ворот нет. При поверхностной пальпации областей болезненности не обнаружено. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При глубокой пальпации по Образцову-Стражеско пальпируется сигмовидная кишка в левой подвздошной области, не болезненна. Ободочная кишка безболезненна. Желудок не пальпируется. Селезенка не увеличена. Нижний край печени из-под реберной дуги не выходит, мягко эластичный, безболезненный.

Размеры печени по Курлову: 9 / 8 / 7 см.

Свободной жидкости и газа в брюшной полости не выявлено.

Аускультативно: шум перистальтики кишечника.

Мочевыделительная система:

Осмотром поясничной области отеков и припухлостей не выявлено. При глубокой пальпации почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Пальпаторно мочевой пузырь безболезненный. Мочеиспускание безболезненное, регулярное, 3-5 раз в день.

Нейроэндокринная система:

Сознание больного ясное. Навязчивых идей, аффектов и особенностей поведения нет. Интеллект средний. Чувствительность не изменена. Вторичные половые признаки по мужскому типу. Щитовидная железа не увеличена, узлов нет, безболезнена.

# Предварительный диагноз

На основании жалоб больного на боли за грудиной, снимаемые приемом нитроглицерина, периодические, усиливающиеся после умеренной физической нагрузки, чувство сердцебиения и нарушения ритма можно предположить, что в патологический процесс вовлечена сердечно-сосудистая система. Заболеванию могли способствовать стрессовые ситуации, связанные со службой на фронте, гипертоническая болезнь.

В анамнезе периодические сжимающие боли за грудиной, возникающие по утрам и после умеренной физической нагрузки, купируемые приемом нитроглицерина под язык. Границы относительной тупости сердца расширены влево, тоны приглушены. На основании вышеперечисленного можно поставить диагноз «ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения, ФК II-III», В связи с перенесенным инфарктом миокарда (июнь и декабрь 2000 года) можно предположить о возникновении ПИКС. Перкуторно - расширение относительной границы сердца влево, что свидетельствует о гипертрофии левого желудочка. Учитывая так же то, что больной испытывает одышку при ходьбе на 500 м и подъеме на 2-3 этаж, можно поставить диагноз «недостаточность кровообращения I». Объективно при пальпации определяются нарушения ритма и др. свойств пульса, учащение пульса до 110 уд./мин. Аускультативно тоны сердца приглушены, ритм неправильный, тахикардия, что характерно для нарушений проводимости по сердцу (параксизмальная аритмия), артериальной гипертензии.

Таким образом, на основании анамнеза, жалоб больного и обьективного обследования можно поставить предварительный диагноз: ИБС, стенокардия напряжения, ФК III, ПИКС (2000 г.), недостаточность кровообращения I, параксизмальная аритмия.

# Результаты лабораторных исследований

* Общий анализ крови от 28.02.02:

Гемоглобин 140 г/л

Эритроциты 4,5x10¹²/л

Цветной показатель 0,9

СОЭ 10 мм/ч

Тромбоциты 300х10 /л

Лейкоциты 6х10 /л

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Эозино-филы | Базо-филы | миело-циты | Метами-елоциты | Палочкоядерные | Сегментоядерные | лимфо-циты | моно-циты |
| 4 | 1 | 0 | 0 | 5 | 54 | 28 | 8 |

* Общий анализ крови от 3.03.02:

Гемоглобин 143 г/л

Эритроциты 4,5x10¹²/л

Цветной показатель 0,9

СОЭ 7 мм/ч

Тромбоциты 300х10 /л

Лейкоциты 5,5х10 /л

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Эозино-филы | Базо-филы | миело-циты | Метами-елоциты | Палочкоядерные | Сегментоядерные | лимфо-циты | Моно-циты |
| 4 | 1 | 0 | 0 | 5 | 61 | 25 | 4 |

* Биохимический анализ крови от 3.03.02:

Натрий сыворотки 37 ммоль/л

Калий сыворотки 4,6 ммоль/л

Мочевина 6,2 мкмоль/л

Креатинин 0,057 ммоль/л

Тимоловая проба 1,5 Ед

Общий билирубин 10,88 мкмоль/л

АлАТ 0,30 мкмоль/л

АсАТ 0,20 мкмоль/л

* Кровь на липиды от 29.02.20:
* ЭКГ от 27.02.02:

Заключение: параксизмальная желудочковая тахикардия.

* ЭКГ от 30.02.02:

Заключение: ритм неправильный, тахикардия (ЧСС 110 уд/мин), отклонение ЭОС влево, желудочковая экстрасистолия, глубокий и широкий зубец Q в V4-V6 (ПИКС), признаки ишемии переднебоковых отделов левого желудочка.

**Дополнительные методы исследования:**

1. Общий анализ крови
2. Биохимический анализ крови на гомоцистеин
3. Электрокардиография
4. Эхокардиография
5. Велоэргометрия
6. УЗИ органов брюшной полости (тщательно почки, печень)
7. Суточное маниторирование АД
8. Консультации узких специалистов (кардиолога, окулиста)

**Окончательный диагноз**

При опросе больного выявлены жалобы на периодические боли за грудиной, купируемые приемом нитроглицерина. Одышку появляющуюся при умеренной физической нагрузке (ходьба на 500 м, подъем на 2-3 этаж), переферических отеков при осмотре не выявлено. Получены следующие результаты дополнительных методов исследования.

На ЭКГ от 27.02.02: Параксизмальная желудочковая тахикардия. На ЭКГ от 30.02.02: левограмма, ритм неправильный, желудочковая экстрасистолия, признаки ишемии правого желудочка и ПИКС.

При исследовании крови на липиды выявлено повышенное содержание β-липопротеидов крови, что является фактором риска развития атеросклероза коронарных артерий.

Изменения в показаниях ЭКГ, результаты биохимического исследования крови свидетельствуют о приступе мерцательной аритмии, ИБС, ПИКС переднебоковой стенки миокарда.

Ежедневное маниторирование артериального давления выявило стойкое повышение АД (100/140 мм рт. ст.), что говорит об артериальной гипертензии.

На основании вышеперечисленного можно поставить окончательный диагноз: ИБС, ПИКС (от 2000), стенокардия напряжения, ФК III, параксизмальная аритмия, НК I, артериальная гипертензия.

# План ведения больного

1. Режим свободный
2. Диета № 10
3. Медикаментозное лечение
4. Лечебная физкультура

**Диета** подразумевает снижение потребления жиров, особенно животного происхождения (бараний, говяжий), умеренное потребление поваренной соли. Рекомендуется увеличить употребление в пищу продуктов, содержащих полиненасыщенные жирные кислоты (растительные масла, морские продукты), метионин (творог), калий (сухофрукты). Мясо употреблять в отваренном виде. Рекомендуется чередовать диеты с разгрузочными днями.

**Лекарственные средства:**

* Нитратросодержащие препараты: Нитроглицерин, нитросорбид, тринитролонг и др. Являются донаторами оксида азота, который способствует расширению коронарных артерий и периферических сосудов.

Rp.: Trinintrolongi 0,01

Dtd N 50 in tabulettis

S. по 1 таблетке 3 раза в день

Rp.: Nitroglycerini 0,0005

Dtd N 20 in tabulettis

S. по 1-2 таблетке под язык при болях в сердце

* Блокаторы β-адренорецепторов: Атенолол, метапролол, оксипренолол, пиндолол и др. Уменьшают потребность миокарда в кислороде путем подавления симпатической активности.

Rp.: Talinololi 0,1

Dtd N 30 in tabulettis

S. по 1 таблетке 3 раза в день

Rp.: Pindololi 0,005

Dtd N 40 in tabulettis

S. по 1 таблетке 4 раза в день

* Антагонисты кальция: Верапамил, адалат, кардезим. Снижают поступления кальция в гладкомышечные клетки стенки сосуда, т.о. снижают тонус коронарных артерий и периферических сосудов.

Rp.: Verapamili 0,04

Dtd N 50 in tabulettis

S. по 1 таблетке 4 раза в день

* Рибоксин: Оказывает положительное влияние на обменные процессы в миокарде, улучшает коронарный кровоток.

Rp.: Riboxini 0,2

Dtd N 50 in tabulettis

S. по 1 таблетке 3 раза в день

* Кокарбоксилаза: Кофермент, оказывает положительное влияние на трофику миокарда.

Rp.: Sol. Cocarboxylasi 5 ml

Dtd N 5 in ampulis

S. внутримышечно, по 5 мл 1 раз в день

* Клофибрат: Снижает уровень холестерина и β-липопротеидов в крови.

Использованная литература

1. Машковский М.Д. Лекарственные средства, часть 1 и 2. Москва, «Медицина», 1999 г.
2. Минкин Р.Б., Павлов Ю.Д. «Электрокардиография и фонокардиография». М. «Медицина», 1984 г.
3. Алмазов В.А., Чирейкин Л.В. «Трудности и ошибки диагностики заболеваний сердечно-сосудистой системы» Ленинград, «Медицина», 1985 г.
4. Кукес В.Г. «Пропедевтика внутренних болезней», М. «Медицина», 1982 г.
5. Мартынов А.И., Мухин Н.А., Моисеев В.С. “Внутренние болезни” в двух томах. Москва, ГЭОТАР-МЕД, 2001 г.