***ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ***

**Фамилия Имя Отчество**

**Возраст \_\_\_\_\_\_\_**

**Пол мужской**

**Семейное положение \_\_\_\_\_\_\_**

**Професия \_\_\_\_\_\_\_**

**Место работы пенсионер**

**Образование \_\_\_\_\_\_\_**

**Домашний адрес**

**Время поступления \_\_\_\_\_\_\_\_**

**Время выписки**

**ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО**

Больной жалуется на боли в области груди, которые иррадировали в обе руки, под левую лопатку. Боль имела постоянный характер, сопровождалась чувством страха смерти не купировалась нитроглицерином. Одновременно больной отмечал резкую слабость, появились сильные головные боли отдающие в виски и затылок, тошнота и его “бросало в пот”.

Кроме того больной предъявляет жалобы на периодически появляющиеся тупые боли в пояснице иррадирующие в надлобковую область, характерно для этих болей появление в сырую погоду или после переохлаждения и прогрессирующее снижение зрения и слуха.

**ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Считает себя больным в течение нескольких лет – 5лет, но к врачу не обращался, так как боли за грудиной носили периодический характер. Последний раз ложился в стационар в 1995 году по причине – ИБС, после чего никуда не обращался. Лечился самостоятельно – фитотерапией. За 7 дней до госпитализации, боли протекали в виде приступов по 2-3 минуты, проходили самостоятельно. По совету домашних принимал валидол под язык и валериану по 2 др. 3 раза в день, однако существенного улучшения не было.

Настоящее заболевание началось остро, внезапно 3.09.1998 в обед. Накануне болезни больной перенервничал.

1.09.98 утром, вновь появились боли за грудиной с иррадиацией в левую руку и резкая головная боль в затылочной области тогда и была сделана ЭКГ в Радиационном центре НАНУ куда был вызван для прохождения осмотра как участника ликвидации аварии на ЧАЭС. Ему была предложена срочная госпитализация. Однако больной от госпитализации отказался (уехал самовольно).

3.09.98 днем, загрудинная боль усилилась и стала невыносимой. Больной принимал валидол, анальгин и нитроглицерин, однако боли только усилились, появилась тошнота, головокружение, его “бросало в пот”, в связи, с чем родственниками была вызвана скорая помощь и больного госпитализировали.

(Объективно – выписка из реанимационного отделения: при поступлении в реанимационное отделение состояние тяжелое. Бледность кожных покровов. Которые покрыты холодным потом, цианоз губ. Частота дыхания 24 в минуту.

Пульс 110 ударов в минуту, аритмичный, слабого наполнения.

АД 150-80 мм рт. ст.

Тоны сердца ослабленной звучности, частые экстрасистолы (110 в минуту).

В легких дыхание везикулярное, прослушивались сухие хрипы.

Печень на 2-3 см выступает из под реберной дуги.

ЭКГ: 1, а VL, V5-6 отведениях было выявлено дугообразное смещение интервала ST выше изолинии и отрицательный зубец Т, частые желудочковые экстрасистолы.)

**ОБЩИЙ АНАМНЕЗ ANAMNESIS COMUNIS**

**Органы дыхания**

Дыхание через нос свободно.

Отмечаются боли в загрудинном пространстве.

Кашель не беспокоит.

Иногда отмечались приступы удушья с затрудненным вдохом. Обычно возникали вечером. Отдышка экспираторная появляется при физической нагрузке и в покое.

Кравохарканья нет.

**Cердечно-сосудистая система**

Жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы:

Сердцебиения носят приступообразный характер, умеренной интенсивности продолжительностью 2-3 минуты, появляются обычно после физической нагрузки и эмоционального напряжения.

Изредка больной отмечал перебои сердечной деятельности.

На время поступления больного боли за грудиной носили сжимающий ноющий характер, постоянные, появление связано с эмоциональным напряжением, иррадирующие в левую руку и под лопатку.

Прием нитроглицерина не смог купировать приступы.

Отдышка в покое и при физической нагрузке, экспираторная.

Отечности ног появлялись периодически, чаще отмечались к вечеру, умеренной интенсивности. Проходили без применения лекарств.

Диурез 1.5л в сутки, что соответствует норме.

**Органы пищеварения**

Аппетит нормальный.

Жажда физиологическая. В сутки выпивает до 2-х литров жидкости.

Жалоб на сухость во рту наличия неприятного привкуса, болей, и жжения в языке нет.

Глотание свободное.

Болей в области брюшной полости, в правом и левом подреберьях не наблюдались

Желтухи не было, малярией не болел.

Наблюдались редкие диспепсические явления -- изжоги, отрыжки, тошноты, икоты (связаны с принятием очень жирной или некачественной пищи)

Рвоты не было. Стул нормальный. Метеоризм не наблюдается

**Органы мочеотделение**

Жалобы на тупые боли в пояснице, иррадирующие в надлобковую область.

Боли имеют не резко выраженный характер и появляются после переохлаждения, тряской езды или без видимой причины. Изредка боли носят резкий, приступообразный характер, продолжающийся от получаса до 2-3 часов и купируются после приема горячей ванны и инъекции но-шпы с атропином.

Мочеиспускание нормальное, безболезненное, незатрудненное, обычной частоты (4-5 раз в течение суток), преимущественно в дневное время суток.

Количество мочи за сутки 1.5 литра.

Моча соломенного цвета, без осадка.

**Нервная система**

Есть жалобы на кратковременные головные боли в области висков

Головокружений нет. Память нормальная

Сон ровный глубокий

Настроение обычное бодрое

Работоспособность сохранена

**Органы чувств**

Острота зрения нарушена – 0.02 правый глаз и 0.01 левый, больной очки носит.

В 1996 году была сделана операция по поводу глаукомы.

На обоняние, ощущение разных вкусов жалоб нет.

**Опорно-двигательный аппарат**

Жалоб на боли суставах и мышцах нет

Cуставы не опухшие, не деформированы, подвижность не нарушена.

Активние и пассивные движения выполняются без затруднений в полном обьеме.

Изменения в весе тела за период болезни не наблюдалось

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ ANAMNESIS VITAE**

Больной родился в городе Киеве.

Родился в положеные сроки, в семье был первым ребенком.

Рос и развивался в детстве в физическом и умственном отношении нормально.

Пошел в 1-й класс в 7 лет. Учеба давалась легко.

Школы не окончил – началась война.

На войне получил ожог – 65% поверхности тела.

В 1956 перенес операцию на 2-х стороннюю паховую грыжу.

1996 – перенес операцию на глазах по поводу глаукомы.

Является ликвидатором аварии на ЧАЭС – во время аварии работал на автопердприятии – водителем.

В настоящее время не работает – пенсионер.

Питание регулярное, количество и качество пищи соответствует потребностям.

Диет не придерживается.

Вредные привычки:

До заболевания курил 48 лет, на данный момент не курит.

Алкоголем, чаем, кофе не злоупотребляет. Занимается фитотерапией.

Наркотические вещества не употребляет.

В детстве болел мало (в основном ОРЗ и грипп).

Венерическими заболеваниями не болел. В 1991 лежал в туберкулезном центре по поводу заболевания «туберкулез лимфатических узлов»

Аллергии на лекарственные вещества, пищевые продукты, и т.д. нет

Больной женат, имеет детей – дочь и сын, а также двух внуков.

Здоровье членов семьи нормальное.

Мать и отец умерли, мат в 1974 году от инфаркта миокарда, отец в 1978 году от ревматического порока сердца.

Такие заболевания как - туберкулез, вен. заболевания, новообразования, психические заболевания и прочие, в семье больной отрицает.

**ОЦЕНКА АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ**

На основании основных жалоб:

*  острое начало заболевания.
*  Боли постоянные очень сильные, сжимающие не купирующиеся нитроглицерином
*  боли в области грудной клетки начинающиеся в загрудинном пространстве и иррадирующие в левую руку
*  Общая слабость, головокружение, головные боли, у больного появилось «чувство смерти»

А также на основании данных собраных по анамнезу жизни, боли такого характера локализации и силы появились впервые,можна предположить, что данное заболевание носит острый характер.

В данном случае с наибольшей долей вероятности поражена система органов дыхания и возможно сердечно-сосудистая система.

Данное заболевание имеет тенденцию к прогрессированию, об этом говорит постепенное нарастание интенсивности боли, боль более не купируется нитроглицерином, слабость нарастает.

**ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО**

***Общий осмотр (INSPECTIO) и осмотр отдельных частей туловища***

Общее состояние больного средней тяжести. Состояние сознания: полное

Соответствует своему возрасту.

Голос звучный с небольшой хрипотой.

Положение больного в постели активное (больной самостоятельно передвигается по территории больницы). Походка медленная. Осанка прямая. Кожа и особенно слизистая губ, циатонична. На ощупь кожа имеет несколько пониженные температуру и влажность, эластичность кожи нормальная. Патологического шелушения кожи, сыпи, эритем, узелков, сосудистых звездочек, подкожных кровоизлияний не обнаружено. На животе, нижних конечностях и спине послеожоговый шрам. На нижних конечностях варикозного расширения вен нет. Подкожно-жировой слой: толщина жировой складки в подреберной области –3 см. Степень питания удовлетворительная.

Отеков нет.

Надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, паховые лимфатические узлы не увеличены, не спаянные с кожей.

При пальпации мягкие и безболезненные.

“Пакетов” лимфатических узлов не обнаружено.

Мышцы развиты хорошо, тонус нормальный.

При движениях и ощупывании болезненности нет.

Судорог не было.

Позвоночник не искривлен, не ограниченной подвижности.

Конечности пропорциональных размеров, без искривлений.

Определяется отечность обеих голеней. Свободная жидкость в брюшной полости не обнаруживается.

Суставы нормальной конфигурации без деформаций и отечностей.

Наличия признаков воспаления суставов не обнаружено. Подвижность суставов активная.

Голова обычной формы

Ногти с повышенной ломкостью.

Голова обычной формы, пропорциональная по отношению к другим частям туловища, с правильным соотношением между мозговой и лицевой частями.

Лицо симметричное, носогубные складки нормально выражены.

Выражение обычное. Лицо имеет несколько бледный цвет с цианотическим оттенком в области носогубного треугольника, кончика носа, ушных раковин: кожа дрябловата, морщинистая.

Глазная щель нормально сужена, зрачки одинаковой величины, округлой формы, умеренно сужены; выражение утомленное, склеры молочного цвета, изменений со стороны роговой оболочки не выявлено, конъюнктива розового цвета с выраженной гиперемией в области внутренней части правого нижнего века.

Реакция на свет и аккомодацию живая.

Глазные симптомы -- Штельвага, Мебиуса, Грефе -- ОТРИЦАТЕЛЬНЫЕ.

Нос имеет обычную величину, форму, окраску.

Дыхание носом свободное.

На крыльях носа видны герпетические высыпания.

Уши имеют цианотический цвет, без узелков.

Волосы каштанового цвета с нормальным блеском.

Признаков поседения, облысения, повышенной ломкости волос нет.

Растительность по мужскому типу.

Слизистая губ имеет синюшную окраску. Губы сухие обветрившиеся.

Слизистая десны немного отечна гиперемирована с признаками кровоточивости.

Язык имеет обычную величину, светло розового цвета, влажный, обложен белым налетом.

Сосочки нормальные.

Слизистая покрывающая небо и слизистая щек нормального светлорозового цвета без выраженной патологии.

Шея средней длинны (не короткая и не длинная). Сосуды шеи без видимых патологических нарушений, пульсация аорты в норме.

Щитовидная железа без признаков зоба.

Рост 175см. Вес 79кг

Конституционный тип по Черноруцкому – нормостенический.

**ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ**

**Осмотр грудной клетки**

1. ***1. Статический осмотр***

Форма грудной клетки нормостеническая

Ширина межреберных промежутков -- 3,5 см

Величина эпигастрального угла -- 90\*

Расположение лопаток -- плотно прилегают к грудной клетке и располагаются на одном уровне

Обе половины грудной клетки симметричны

Западение над- и подключичных пространств, их выпячиваний нет

Расширения вен на грудной клетке нет

1. ***2. Динамический осмотр***

Внешне форма грудной клетки без изменений, нет деформаций, нормальные межреберные промежутки, не наблюдается ассиметрия. Положение ключиц и лопаток нормальное. Надключичные ямки втянуты с обеих сторон. Во время дыхания грудной, частота близка к норме 24 вдоха в минуту. Отдышка практически не отмечается.

**Пальпация грудной клетки**

Пальпация грудной клетки безболезненная

При пальпации межреберных промежутков создается ощущение их эластичности

Голосовое дрожание усиленное над левым легким.

**Перкуссия легких**

Над легкими не определяется изменение перкуторного звука. Сравнительная перкуссия не дала, какой-либо разницы между легкими и его долями: Определение:

*  высоты стояния верхушек спереди (верхушки выступают над ключицами на 3,5 – 4 см)
*  cзади – по отношению к остистому отростку 7 шейного позвонка (на уровне)
*  ширины полей Кренига:

--справа - 5 см

-- слева - 5 см

*  нижней границы

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | С Л Е В А | С П Р А В А |
| По пригрудинной линии | --- | 5 межреберье |
| - среднеключичной линии | --- | 6 - ребро |
| - передней подмышечной линии | --- | 7 - ребро |
| - средней подмышечной линии | 8 - ребро | 8 - ребро |
| - задней подмышечной линии | 9 - ребро | 9 - ребро |
| - лопаточной линии | 10 - ребро | 10 - ребро |
| - околопозвоночной линии | Остистый отросток 11 грудного позвонка | Остистый отросток 11 грудного позвонка |

АКТИВНОЙ И ПАССИВНОЙ ЭКСКУРСИИ ЛЕГКИХ ПО ЗАДНИМ ПОДМЫШЕЧНЫМ И ЛОПАТОЧНЫМ ЛИНИЯМ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Топографические  Линии | Активная подвижность | | | | | | | Пассивная подвижность | | | | | |
| Правое легкое | | | | Левое легкое | | | Правое легкое | | | Левое легкое | | |
|  | |  |  | 3 - 4 | 2 - 3 |  | 3 - 4 | 3 – 4 | 2 – 3 | | 2 – 3 |  |
| По подмышечной линии | 3 – 4 |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
| По лопаточной линии | 2 – 3 |  | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Аускультация легких**

При проведении аускультации, было несколько усиленное везикулярное дыхание.

Также прослушивались бронхиальное дыхание в области крупных бронхов.

Прослушивались также незначительные сухие хрипы.

Посторонние шумы не прослушивались.

**ИССЛЕДОВАНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ**

**Осмотр области сердца и крупных сосудов**

При осмотре области сердца патологических выпячиваний, деформаций, втяжений на грудной клетке не обнаружено.

Сердечного горба нет.

Определяется пульсация в третьем и четвертом межреберьях слева от грудины.

Верхушечный толчек в норме.

Расширения кожных вен, венул, каилляров в области грудины и сердца, а также Пульсации артериальных и венозных сосудов на шее, локтевой и бедренной артерий, в зависимости от положения тела -- в норме (патологии необнаружено)

**Пальпация области сердца**

Верхушечный толчок расположен в норме в пятом межреберьи, на 0,5 см кнаружи от левой серединно ключичной линии

- положительный

* - не ограниченный
* - по высоте низкий

- по силе и резистентности средний

Пульсация аорты не определяется

**Перкусия сердца (определение границ относительной и абсолютной тупости сердца)**

Высота стояния диафрагмы

Сердечно-печеночный угол (угол Эбштейна)

Отмечается расширение границ сердечной тупости.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Абсолютная тупость | Относительная тупость |
| Правая граница | проходит по левому краю грудины | 5 межреберъе (на **2**см кнаружи от правого края грудины) |
| Верхняя граница | 5- ребро | 4- ребро |
| Левая граница  (соответств. верх. толчку) | На 1см кнутри от границы относительной тупости | На 1см кнутри от левой серединно ключичной линии |

**Определение границ сосудистого пучка**

Правая и левая границы тупости сосудистого пучка располагаются в норме по краям грудины: его поперечник составляет 5,5 см.

**Исследование сосудов**

Артериальная стенка упругая

Артериальный пульс на обеих руках одинаковый.

Пульс:

* - частый – Р. Freguens – 110 /уд. в мин.
* - малый – P.Parvus
* - неравномерный – P.Inaequalis
* - соответствует числу сокращений сердца

Ритм неправильный - P. Irregularis.

При проведении опыта на «дефицит пульса» была обнаружена мерцательная аритмия.

**ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ**

Живот нормальной конфигурации с насколько выступающей надлобковой областью. Обе половины живота симметричны, активно участвуют в акте дыхания, локальных выпячеваний, втяжений в области передней брюшной стенки не обнаружено. Пупок умеренно втянут. Расширения подкожных вен и каппиляров не отмечено. Визуально перистальтические волны не определяются. Кожа живота бледно-розового цвета, в эпигастральной области не определяются гиперпигментированые пятна. В правой и левой подвздошной областях определяются два рубца размерами 0,5-14 см (след от операции удаления грыж). Грыжевые выпячивания не определяются.

При перкуссии передней брюшной стенки в местах проэкции кишечника определяется тимпанический звук различных оттенков над правой реберной дугой сохранен тупой звук. При изменении положения тела характер перкуторного тона существенно не изменяется. Свободная жидкость в брюшной полости методом флуктуации не определяется.

При аускультации живота над областью кишечника отчетливо слышны кишечные шумы. Шум трения брюшины не обнаружен.

Перкуссия печени.:

--Верхняя граница абсолютной тупости располагается по linea parasternalis dextra у верхнего края 6 ребра, по linea medioclavicularus dextra на 6 ребре и по linea axillaris anterior dextra на 7 ребре, т е соответствует положению нижнего края правого легкого

--Нижняя граница абсолютной тупости проходит по linea axillaris anterior dextra на 10 ребре. по linea medioclavicularis по нижнему краю правой реберной дуги, по linea parasternalis dextra на 2см ниже нижнего края правой реберной дуги, поlinea mediana anterior на 4 см от нижнего края мечевидного отростка, слева не заходит за linea parasternalis sinistra.

Тонус мышц живота в норме

Расхождение прямых мышц живота, грыж, опухолей – не обнаружено

Глубокая скользящая методическая пальпация по методу Образцова и Стражеско

Сигмовидная кишка прощупывается на протяжении 20-25 см в виде гладкого плотноватого цилиндра толщиной в большой палец, безболезненна.

Слепая кишка прощупывается на протяжении 10-15 см (с учетом части восходящей кишки) в виде несколько расширяющегося к низу цилиндра с закругленным дном диаметром 3 см, безболезненна.

Конечный отрезок подвздошной кишки,прощупывается на протяжении 10 см в виде мягкого, толщиной с мязинец цилиндра.

Червеобразный отросток не пальпировался.

Восходящая и низходящая части ободочной кишки очень хорошо пальпируются.

Желудок: большая кривизна расположена по обестороны от средней линии живота, на 2 см выше пупка определяется в виде валика

малая кривизна определяется методом перкуссии

привратник находится в треугольнике, образованом нижнем краем печени справа от серединной линии, средней линии тела и поперечной линией, проведенной на 3-4 см выше пупка.

Печень пальпируется (выступает на 2 см из-под реберной дуги).

Желчный пузырь не пальпируется

Поджелудочная железа имеет вид поперечно расположеного мягкого цилиндра диаметром 2см неподвижна и безболезненна

Селезенка не прощупывается.

Почки расположены на задней брюшной стенке не опущены, имеют бобовыдную конфигурацию, гладкую поверхность;

Характерны: тенденция ускользать вверх и возвращатся в нормальное положение, способность баллотировать, тимпанический звук получаемый при перкуссии над почкой.

Симптом Пастернацкого отрицательный.

Обоснование предварительного диагноза

После проведенного обследования больного на лицо:

нестерпимые, длительные, режущие, сжимающие, иррадирующие в левую руку, боли в загруднном пространстве (не купирующиеся нитроглицерином), сопровождающиеся нарушением общего состояния больного – слабость, головокружение, тошнота – и нарушениями гемодинамики: АД – 150-80 мм рт ст (при норме 110-90мм рт ст) и резкое снижение до 80\40 мм рт ст, частый пульс 110уд/мин, малый аритмичный.

Объективно: Верхуечный толчек расположен в пятом межреберьи, на 0,5 см кнаружи от левой серединно-ключичной линии; отмечалось расширение границ сердечной тупости – правая граница относительной тупости находится на -м межреберьи на 2 см кнаружи от првого края грудины, верхняя граница соответствовала 4 ребру, левая находится на 1 см кнутри от левой серединно-ключичной линии; ритм маятникообразный; отмечается глухость тонов из них ведущим является 2-й тон;

На основании этих данных, мы поставили предварительный диагноз:

**«Острый инфаркт миокарда, желудочковая экстрасистолия, кардиогенный шок, нестабильная стенокардия, артериальная гипертензия 3-й степени, атеросклероз аорты и коронарных артерий, кардиосклероз».**

Для постановки окончательного диагноза необходимо проведение соответсвующего лабораторного и инструментального подтверждения.

**Лабораторные и другие дополнительные исследования**

* + 1. 4.09.1998 Общий анализ крови

1. I. группа Rh “ + “

Hb 138

РОЭ 10 мм

L 7.4x10(9)

4.09.1998 Биохимический анализ крови

Биллирубин прямой 0

непрямой 12.5

Общий белок 62

Мочевина 8.16 ммоль/л

N-мочевина 3.8 ммоль/л

b-липопротеиды 6058 мг/л

4.09.1998 Биохимический анализ крови

Время рекальсификации 108”

Протромбиновый индекс 98%

Фибриноген А 3.8 млг/л

Фибриноген В +

Тромботест 4 ст

Тромбиновое время 18”

Эт. Тест отрицательный

Сахар крови 3.3 млмоль/л

Аспартатаминотрансфераза 1.53 мкмоль/л

* + 1. 4.09.1998 Анализ мочи

Плотность 1024

Белок 0.066 г/л

Реакция кислая

Эпителий в незначительном количестве

Лейкоциты 2-3 в поле зрения

Эритроциты 3-4 в поле зрения

* + 1. 4.09.1998 ЭКГ – диагностика ИМ

Тахикардия. Ритм синусовый.

Отведениях I, aVL, V5-V6: Сформирован глубокий, широкий зубец Q его амплитуда превышает ¼ амплитуды зубца R, на продолжительность превышает 0.04 сек основной ЭКГ признак некроза; зубец T стал отрицательным одновременно с этим привел к деформации комплекса QRS.

B I, а VL, V(5-6) отведениях было выявлено дугообразное смещение интервала ST выше изолинии, а также частые желудочковые экстрасистолии

.

* + 1. 9.09.1998 Рентгенодиагностика грудной клетки

Эмфизема легких, пневмосклероз, петлистая деформация легочного рисунка, видны утолщения стенки бронхов мелкого калибра. Корни уплотнены. Синусы свободны, диафрагма четкая. Сердце – границы заметно не увеличены. Аорта выпрямлена, удлиннена и расширена. В грудном отделе позвоночника обнаружено явление деформирующего спондилеза