1. Паспортная часть

Ф.И.О больного \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Дата рождения

Возраст 54 года

Пол женский

Профессия экономист

Место работы \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Должность директор

Домашний адрес \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

Доставлена в стационар «каретой» скорой помощи

Направительный диагноз (со слов больного) инфаркт миокарда

Дата поступления в стационар

Отделение кардиологическое

Номер палаты

2. Основные жалобы

При поступлении: сильные боли за грудиной сжимающе-давящего характера с иррадиацией в левую лопатку, потеря сознания;

На момент курации: боль часто возникает без физической нагрузки, возникает без видимой причины и в состоянии покоя, а также боль появляется при физической нагрузке ( при подъеме на 4 этаж и ходьбе )

3. История развития наступившего заболевания

Больной считает, себя с 2007 года после сильного психоэмоционального стресса почувствовала интенсивные загрудинные боли, сжимающе-давящего характера с иррадиацией в левую лопатку, сопровождающиеся сильной одышкой, учащенным сердцебиением, не купирующиеся нитроглицерином.. Была госпитализирована в стационар с диагнозом: острый инфаркт миокарда. Были выполнены: ЭКГ, УЗИ, ОАК, ОАМ. На УЗИ выявлена бляшка размером около 0,5-1,5 см. После проведенного лечения больная стала чувствовать себя лучше.

Ухудшение состояния произошло ночью на 12 2009 октября: впервые в жизни в покое у больной появились интенсивные загрудинные боли сжимающе-давящего характера с иррадиацией в левую лопатку в течение 1 часа, не купирующаяся нитроглицерином. Вызвала карету скорой помощи, была оказана помощь, снято ЭКГ с патологическим зубцом Q и больная была госпитализирована в РЖД в кардиологическое отделение с предварительным диагнозом острый инфаркт миокарда с зубцом Q, обширный инфаркт, для дальнейшего обследования и лечения.

4. История жизни больного

Росла и развивалась нормально. В детстве перенесла корь, ветряную оспу, ОРЗ и ангину. Образование высшее. Последнее работает директором салона.

Больная замужем, в семье 2 детей. Живет в благоустроенной квартире. Питание избыточное, любит покушать на ночь.

Не курит. Алкоголем не злоупотребляет. Аллергических реакций на лекарственные препараты не отмечает.

Туберкулез, венерические заболевания у себя и родственников отрицает. Сахарный диабет, болезнь Боткина, малярию, брюшной и сыпной тифы отрицает. В контакте с лихорадящими больными с ОКИ (острыми кишечными инфекциями) не состояла. Расстройства стула за последние 3 недели не было.

Наследственных заболеваний - нет.

лечение болезнь обследование диагноз

5. Состояние больного в момент обследования

На момент курации общее состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Тип телосложения - нормостенический.

Лицо обычной окраски, носогубные складки симметричные. Губы бледно-розовой окраски. Язык чистый, влажный. Щитовидная железа не увеличена, набухание шейных вен не отмечается. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски, кожные покровы эластичные, влажные. Тургор в норме. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Костно-суставная система не изменена.

Система органов кровообращения.

При осмотре: грудная клетка не изменена

Пульс на лучевых артериях правильный, синхронный, умеренного наполнения, мягкий, 70 в мин.

Артериальное давление на обеих руках 180/100 мм рт ст.

Покраснений кожи над венами нет, уплотнений по ходу вен нет. Пальпация вен безболезненна.

Органы дыхания.

Форма грудной клетки нормостеническая. Движения грудной клетки симметричны. Голосовое дрожание – не изменено.

Органы пищеварения

Слизистая рта розового цвета, зев чистый, миндалины не увеличены, язык чистый, влажный. При поверхностной и глубокой пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень по краю реберной дуги безболезненная.

Мочеполовая система.

Жалоб нет. Боли в области поясницы, по ходу мочеточников и в мочевом пузыре отсутствуют. Менопауза наступила в 50 лет.

6. Мое представление о диагнозе и механизм развития заболевания у

курируемого больного

Мое представление о заболевании

Инфаркт миокарда с патологическими зубцами Q - тромботическая окклюзия коронарной артерии возникает у 80% больных с инфарктом миокарда и ведет к трансмуральному некрозу миокарда и появлению зубца Q на ЭКГ.

Диагноз поставлен на основании жалобы при поступлении на интенсивную загрудинную боль сжимающе-давящего характера с иррадиацией в левую лопатку в течение 1 часа, не купирующаяся нитроглицерином, на основании анамнеза пульс 70 в мин., артериальное давление 180/100 мм рт ст., на основание УЗИ больной выявлена бляшка размером около 0,5-1,5 см.

Механизм инфаркта миокарда — разрыв атеросклеротической бляшки, часто при умеренном стенозе до 70% в коронарной артерии. При этом коллагеновые волокна обнажаются, происходит активация тромбоцитов, запускается каскад реакций свертывания, что приводит к острой окклюзии коронарной артерии. Если восстановления перфузии не происходит, то развиваются некроз миокарда (начиная с субэндокардиальных отделов), дисфункция пораженного желудочка (в подавляющем большинстве случаев - левого), аритмии.

Выделение инфарктов миокарда с Q (Q-myocardial infarction - QMI) имеет важное практическое значение, так как для этих разновидностей инфаркта миокарда установлены существенные различия в патогенезе, прогнозе и лечении.

Инфаркты миокарда с Q (на ранней стадии они проявляются подъемом сегмента ST) практически всегда обусловлены стабильным окклюзирующим тромбом коронарной артерии, поэтому в этих случаях основное значение имеет своевременное введение тромболитических средств. При локализации таких инфарктов на передней стенке особенно эффективно применение блокаторов (3-адренорецепторов.)

Изменения ЭКГ. Различают острый коронарный синдром с подъемом сегмента ST или остро возникшей полной блокадой левой ножки пучка Гиса (состояние, требующее проведения тромболизиса, а при наличии технических возможностей — ангиопластики) и без подъема сегмента ST — с его депрессией сегмента ST, инверсией, сглаженностью псевдонормализацией зубца Т, или вообще без изменений на ЭКГ (тромболитическая терапия не показана). Таким образом, диагноз «острый коронарный синдром» позволяет оперативно оценить объем необходимой неотложной помощи и выбрать адекватную тактику ведения пациентов.

С точки зрения определения объема необходимой лекарственной терапии и оценки прогноза представляют интерес три классификации. По глубине поражения (на основе данных электрокардиографического исследования) различают трансмуральный и крупноочаговый («Q-инфаркт» с подъемом сегмента ST в первые часы заболевания и формированием зубца Q в последующем) и мелкоочаговый («не Q-инфаркт», не сопровождающийся формированием зубца Q, а проявляющийся отрицательными зубцами Т); по клиническому течению — неосложненный и осложненный инфаркт миокарда; по локализации — инфаркт левого желудочка (передний, задний или нижний, перегородочный) и инфаркт правого желудочка.

Клинический диагноз

Острый инфаркт миокарда с зубцом Q, обширный инфаркт.

Список литературы

1. Терапия. /гл. ред. Чучалин

2. Диагностический справочник терапевта. /А.А. Чиркин, А.Н. Окороков, И.И. Гончарик

3. Пропедевтика внутренних болезней. /В.Х. Василенко, А.Л. Гребенева