**ГОУ ВПО «ПГМА Минздрава России»**

 **Кафедра факультетской терапии с курсом**

**физиотерапии, клинической фармакологией**

 **и традиционной медициной**

 **Зав. каф.: профессор Владимирский Е. В.**

 **Преподаватель: Бабушкина Г. Д.**

**Клиническая история болезни**

**больного Клепцова Леонида Васильевича**

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:**

**Основное заболевание: Ишемическая болезнь сердца, нестабильная прогрессирующая стенокардия. Постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда от 1992г.).**

**Сопутствующие заболевания: СД, тип II, средней тяжести, декомпенсированный. Диабетическая энцефалопатия IIст. Микро и макроангиопатия.**

**Осложнение основного заболевания: ХСН IIст.**

**Куратор: студент 409 группы**

**лечебного факультета, Попов Р. Л.**

**Время курации с 23.12.04 по 27.12.04.**

**Пермь 2005г.**

***Паспортная часть.***

Ф.И.О. Клепцов Леонид Васильевич

Возраст: 74 года, 1930 г. р.

Пол: мужской

Образование: среднее (сельско-прихотское)

Место работы: пенсионер

Профессия: бульдозерист

Дата поступления в клинику: 18.12.04.

Дата выписки: 27.12.04.

Предварительный диагноз: Ишемическая болезнь сердца, нестабильная прогрессирующая стенокардия. Постинфарктный кардиосклероз. Нейропатия. Дисциркуляторная энцефалопатия.

Окончательный клинический диагноз:

Основной диагноз: Ишемическая болезнь сердца,

нестабильная стенокардия. Постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда от 1992г.).

Сопутствующие заболевания: СД, тип II, средней тяжести, декомпенсированный. Диабетическая макро и микроангиопатия. Диабетическая энцефалопатия IIст.

Осложнение основного заболевания: ХСН IIст.

***I. РАССПРОС (anamnesis)***

***Жалобы на момент поступления:*** на боли за грудиной, и в области сердца сжимающего характера, купировались таблетками (больной не помнит, какими), без иррадиации, на перебои в работе сердца, эпизоды сердцебиения возникающие одновременно с болями за грудиной или предшествующие им. Приступы болей иногда сопровождаются повышенной потливостью, головокружением. За время пребывания в клинике больной отмечает некоторое урежение приступов болей, что связывает с проводимым лечением и уменьшением физической нагрузки.

***II. АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ. (anamnesis morbi)***

Считает себя больным в течение недели (с какого именно времени, больной не помнит). Появились интенсивные боли за грудиной, сжимающего характера, сопровождавшиеся проливным потом, слабостью и беспокойством. При приступах принимал нитроглицерин под язык. Перед приступом болей иногда отмечал появление пота, нарушение сознания, головокружения. Пациент старался ограничивать физическую нагрузку, и подобные приступы практически не беспокоили его. При начале этих приступов больной всегда садился, отдыхал. Одновременно с этим отмечал приступ болей за грудиной, сжимающего характера без иррадиации. После приема нитроглицерина несколько уменьшились. В 1992 году перенес инфаркт миокарда «на ногах». При обследовании в поликлинике (когда именно, больной не помнит) обнаружены рубцовые изменения на передней стенке сердца. Больной принимает сахароснижающие – манинил-5 по 1 таб. 2 раза в день. В настоящее время получает терапию нитратами, препаратами калия (аспаркам), антиаггрегантами (аспирин). Отмечает улучшение состояния, что проявляется в урежении приступов, что пациент связывает с проводимым лечение и уменьшением физической нагрузки, головокружения и нарушения сознания одновременно с приступами болей не отмечает.

***III. ОБЩИЙ АНАМНЕЗ, ИЛИ РАССПРОС О ФУНКЦИОНАЛЬНОМ СОСТОЯНИИ РАЗЛИЧНЫХ ОРГАНОВ И СИСТЕМ (ANAMNESIS COMMUNIS; STATUS FUNCTIONALIS)***

***Общее состояние.*** Самочувствие больного: выраженная слабость, пониженная работоспособность. Похудание или нарастание массы тела больной не отмечает. Повышения температуры тела нет. Наблюдаются головокружения (больного кидает в стороны при ходьбе), мелькания мушек перед глазами не наблюдается, онемения частей тела нет. Имеется небольшой кожный зуд по всему телу (больной связывает с СД).

***Дыхательная система.*** Дыхание через нос: свободное. Выделений из носа нет. Насморк бывает не часто. Ощущения сухости, царапанья в горле, охриплости голоса больной не отмечает. Болей в горле нет.

Кашля нет.

Мокроты нет.

Кровохарканья нет.

Болей в грудной клетке на данный момент не отмечает.

Одышки нет.

Приступов удушья нет.

***Сердечно-сосудистая система***. Ощущение сердцебиений больной не отмечает.

Болей во время осмотра не отмечает.

Одышки нет.

Ощущения пульсации нет.

Имеются отеки на ногах, постоянные, нарастающие к вечеру. С количеством выпитой жидкости, физической нагрузкой больной не связывает.

Спазма периферических сосудов не наблюдается.

***Система органов пищеварения***. Аппетит сохранен. Отвращения к пище нет. Насыщаемость нормальная.

Жажда: количество потребляемой жидкости за сутки около 3 литров. Небольшое ощущение сухости во рту. Саливация в норме.

Вкус во рту обычный. Вкусовые ощущения в норме.

Жевание плохое из-за отсутствия многих зубов.

Глотание, прохождение пищи по пищеводу свободное, безболезненное.

Отрыжка обычно после еды, съеденной пищей.

Изжоги нет.

Тошноты на время осмотра не отмечает.

Рвоты нет.

Болей в животе нет.

Вздутие живота больной не отмечает.

Стул регулярный, один раз в день, самостоятельный.

***Система мочеотделения***. Болей в поясничной области нет.

Мочеиспускание 3-4 раза в день, безболезненное. Поллакиурии нет, никтурии не отмечает. Дизурических явлений нет.

Цвет мочи мутноватый.

***Опорно-двигательная система***. Болей в костях конечностей, суставах, позвоночнике, в плоских костях не отмечает. Припухлостей суставов, покраснения кожи над ними нет. Повышения местной температуры нет. Утреннюю скованность не отмечает. Объем движений без ограничений. Болей в позвоночнике нет.

Болей в мышцах не отмечает. Мышечная сила одинаковая с обеих сторон. Атрофии мышц нет.

***Эндокринная система***. Нарушения роста и телосложения больной не отмечает. Ожирения нет. Истощения нет. Чрезмерной сухости кожи, ее огрубения, багровых линейных рубцов, пигментации не наблюдается. Небольшая потливость. Волосяной покров не нарушен, по мужскому типу.

***Нервная система***. Сон нормальный. Бессонницы нет. Засыпает легко. Присутствует дневной сон.

Настроение спокойное. Больной не вспыльчив, не раздражителен. Присутствует небольшая апатия. Не очень общителен. Умение сосредоточиться снижено. Память резко снижена. Интеллект снижен. Не внимателен.

Головную боль не отмечает.

Приливы крови к голове не отмечает.

Состояние органов чувств: зрение понижено уже в течении длительного времени (сколько именно, больной не помнит), очками не пользуется. Слух снижен. Обоняние сохранено. Осязание сохранено. Вкус сохранен.

***IV. АНАМНЕЗ ЖИЗНИ******(ANAMNESIS VITAE)***

Родился в 1930 году в Кировской области, д. Чуманеево вторым ребенком в семье. Кроме него есть еще две сестры. В школу пошел в 8 лет, в умственном и физическом развитии от сверстников не отставал, после окончания 4 классов школы работал в колхозе разнорабочим. Условия труда были тяжелые. Выходные дни не предоставлялись. С 21 года по 25 лет служил в рядах Советской армии на дальнем востоке в танковых войсках. Затем учился в училище механизации в г. Яранске.

Вредные привычки: не курит, не пьет.

Перенесенных ранее заболеваний больной плохо помнит. Венерические заболевания отрицает. Туберкулез отрицает. Болеет СД примерно десять лет.

Семейный анамнез: вдовец. Имеет трех дочерей. Живет с дочерью в благоустроенной квартире.

Наследственность: Отец и мать умерли от старости. Сестры, по словам больного здоровы.

Аллергологический анамнез: непереносимость лекарственных средств, бытовых веществ и пищевых продуктов не отмечает.

Эпидемиологический анамнез: инфекционный гепатит, брюшной и сыпной тифы, кишечные инфекции заболевания отрицает. Внутримышечных, внутривенных, подкожных инъекций не было. Туберкулез, сифилис отрицает.

***ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ (STATUS PRAESENS OBJECTIVUS)***

***I. Наружное обследование***

***Общий осмотр больного***. Состояние больного средней тяжести. Сознание ясное. Положение больного вынужденное (боится вставать, т.к. «бросает» в стороны). Выражение лица спокойное. Телосложение правильное, деформаций скелета нет. Рост 165 см, вес 79.5 кг. Подкожно-жировая клетчатка выражена умеренно (толщина кожно-подкожно-жировой складки по краю реберной дуги 2 см).

***Кожные покровы*** обычной окраски, бледно-розовые. Тургор кожи сохранен, кожа влажная, эластичность не снижена. Видимые слизистые бледно-розового цвета.

***Волосяной покров***. Развит хорошо. Тип оволосения мужской. Ногти нормальной формы.

***Видимые слизистые*** бледно- розовые. Высыпаний нет.

***Отеки и пастозность***. Отеки на ногах, плотной консистенции. Цвет кожи бледный. Холодные на ощупь. Оставляют после надавливания ямку. Подкожной эмфиземы нет.

***Лимфатические узлы*.** Видимого увеличения затылочных, заушных, подчелюстных, подбородочных, задних и передних шейных, над- и подключичных, торакальных, подмышечных, локтевых, паховых и подколенных лимфатических узлов нет. При пальпации передние шейные, подмышечные, над- и подключичные, подбородочные, подмышечные, локтевые, паховые и подколенные не пальпируются.

***Костно-мышечная система.*** Общее развитие мышечной системы хорошее, болезненности при ощупывании мышц нет. Деформаций костей, болезненности при ощупывании суставов нет. ***Суставы*** обычной конфигурации. Активная и пассивная подвижность в суставах в полном объеме. Форма черепа нормоцефалическая. Форма грудной клетки правильная.

Грудные железы не увеличены, сосок без особенностей. Пальпируется большая грудная мышца.

***II. Система органов дыхания*.**

**Верхние дыхательные пути**. Дыхание через нос свободное, выделений из носа нет. Перкуссия в области фронтальных и гайморовых придаточных пазух безболезненна.

**Осмотр грудной клетки**. Форма грудной клетки правильная, обе половины равномерно участвуют в дыхании. Выпячиваний, западений, деформаций нет. Дыхание ритмичное, грудного типа. Частота дыхания 14 в минуту. Одышки нет.

**Пальпация грудной клетки**: грудная клетка безболезненная над всей поверхностью, эластичная, голосовое дрожание ослаблено над всей поверхностью легких. Резистентность в норме (не повышена). Окружность грудной клетки: при спокойном дыхании – 90 см, при глубоком дыхании – 96 см.

**Перкуссия легких**: при сравнительной перкуссии легких над всей поверхностью легочных полей определяется ясный легочный звук.

 **Топографическая перкуссия легких**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| линия | справа | слева |
| l.parasternalis | 5 ребро | - |
| l.medioclavicularis | 6 ребро | - |
| l.axillaris anterior | 7 ребро |  7 ребро |
| l.axillaris media | 8 ребро | 9 ребро |
| l.axillaris posterior | 9 ребро | 9 ребро |
| l. scapulars | 10 межреберье | 10 межреберье |
| l.paravertebralis | на уровне остистого отростка 11 грудного позвонка | на уровне остистого отростка 11 грудного позвонка |

 Высота стояния верхушек легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | слева | справа |
| спереди | 5 см | 5 см |
| сзади | на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка | на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка |

Подвижность легочных краев

 справа 7 см

 слева 7 см

**Сравнительная перкуссия**: На симметричных участках правого и левого легких ясный легочной звук.

**Аускультация легких**: дыхание везикулярное, ослабленное в нижних отделах легких.

 При бронхофонии звук одинаково проводится с обеих сторон.

***III. Сердечно-сосудистая система*.**

**Осмотр области сердца и крупных сосудов**. Выпячиваний в области сердца нет. Верхушечный толчок в V межреберье слева на 3см кнаружи от среднеключичной линии. Выпячиваний нет. Сердечный толчок отсутствует. Надчревной пульсации не наблюдается. «Пляски каротид» нет. Симптом Альфреда Мюссе отрицательный. Симптом «червячка» отрицательный.

**Пульс на лучевых артериях**. Пульс 82 удара в минуту, ритмичный, ненапряжен, удовлетворительного наполнения. Одинаковый на правой и левой руке.

Пальпация сосудов конечностей и шеи: пульс на магистральных артериях верхних и нижних конечностей (на плечевой, бедренной, подколенной, тыльной артерии стопы, а также на шее (наружная сонная артерия) и головы (височная артерия) не ослаблен. АД 140/90 мм. рт. ст.

**Пальпация области сердца**: верхушечный толчок слева на 3 см кнаружи от среднеключичной линии в пятом межреберье обычной силы. Симптома «кошачьего мурлыканья» нет.

**Перкуссия сердца**:

границы относительной сердечной тупости:

|  |  |
| --- | --- |
| граница | местонахождение |
| правая | на 2 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье |
| верхняя |  в 3-м межреберье по l.parasternalis слева |
| левая | на 3 см кнаружи от среднеключичной линии в 5 межреберье слева |

Перкуторные границы абсолютной сердечной тупости

|  |  |
| --- | --- |
| правая у левого края грудины в 4 межреберье  |  |
|   |
| верхняя по l. parasternalis на 4 ребре  |
|   |
| левая на 2 см кнутри от среднеключичной линии в 5  |
|  межреберье  |

Сосудистый пучок располагается - в 1 и 2-ом межреберье, не выходит за края грудины - 6 см.

Поперечник сердца - 18 см.

Длинник сердца – 17 см.

Конфигурация сердца аортальная.

**Аускультация сердца:** тоны сердца приглушены, соотношение тонов сохранено во всех точках аускультации. Ослаблены на верхушке, ритмичные. Систолического шума нет.

**Выслушивание сердечных тонов.** Тоны двучленные, частота 82 в минуту (тахикардия). Нормалной силы. Акцента второго тона нет. Расщепления и раздвоения нет.

**Выслушивание шумов**.

Эндокардиальных шумов нет.

Экстракардиальных шумов нет.

При аускультации крупных артерий шумов не выявлено. Пульс пальпируется на крупных артериях верхних и нижних конечностей, а также в проекциях височных и сонных артерий.

Артериальное давление на плечевых артериях 140/90 мм. рт. ст.

***IV. Система органов пищеварения***.

**Осмотр ротовой полости**: губы сухие, красная кайма губ бледная, сухая переход в слизистую часть губы выражен, язык влажный, обложен сероватым налетом. Десны розовые, не кровоточат, без воспалительных явлений. Миндалины за небные дужки не выступают. Слизистая глотки влажная, розовая, чистая.

**Исследование живота**. Осмотр живота: живот симметричный с обеих сторон, брюшная стенка в акте дыхания не участвует. При поверхностной пальпации брюшная стенка мягкая, безболезненная, ненапряженная. Перистальтика при осмотре не видна. «Головы медузы» нет. Рубцов нет. Грыж нет.

Перкуссия живота:

Свободной жидкости (асцита) в брюшной полости не определяется. Симптомы флюктуации, «лягушачьего живота», выпяченного пупка отрицательны. Симптом локальной перкуторной болезненности в эпигастрии, симптом Менделя отрицательны.

Пальпация живота:

При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, спокойный, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Напряжения мышц передней брюшной стенки не выявлено. Диастаза прямых мышц живота нет. Пупочное кольцо не расширено. Поверхностные опухоли и грыжи не пальпируются.

Результаты глубокой скользящей пальпации:

- сигмовидная кишка - пальпируется в виде цилиндра диаметром 2 см, безболезненная, смещаемая; поверхность ровная, гладкая;

консистенция эластичная; неурчащая.

- слепая кишка - пальпируется в виде тяжа диаметром 2,5 см, безболезненная, смещаемая; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; неурчащая.

- поперечная ободочная кишка - пальпируется в виде цилиндра диаметром 3 см, безболезненная, смещаемая; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; урчащая.

- восходящая и нисходящая ободочные кишки - пальпируются в виде цилиндра диаметром 2,5 см, безболезненные, смещаемые; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; неурчащие.

- большая кривизна желудка - пальпируется в виде валика на 3 см выше пупка, безболезненная; поверхность ровная, гладкая; консистенция эластичная; ощущение соскальзывания с порожка.

Болезненности в точках Мак-Бурнея, Ланца, Абражанова нет. Симптомы Блюмберга, Ситковского, Ровзинга, Воскресенского отрицательны.

Печень и желчный пузырь:

Нижний край печени из под реберной дуги не выходит. Границы печени по Курлову: 9,8,7 см. Желчный пузырь не прощупывается. Симптомы Мюсси, Мерфи, Ортнера отрицательные. Френикус симптом отрицательный.

 Селезенка не пальпируется, перкуторные границы селезенки: верхняя в 9 и нижняя в 11 межреберье по средней подмышечной линии слева.

Поджелудочная железа не прощупывается.

Аускультация: перистальтика кишечника обычная.

***V. Система мочеотделения***.

Мочеиспускание: 5 раз в сутки, безболезненно. Диурез-1,5 литра в сутки. Поясничная область безболезненна, почки и мочевой пузырь не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь перкуторно и пальпаторно над лоном не определяется.

***VI. Эндокринная система.***

Щитовидная железа не пальпируется, безболезненна. Экзофтальма и тремора нет. Нарушения роста нет. Вторичные половые признаки развиты по мужскому типу, соответствуют паспортному возрасту. Ожирения нет.

***VII. Половая система.***

Гинекомастии не выявлено. При пальпации мошонки, яички плотной консистенции. Аномалий развития нет.

***VIII. Нервная система.***

Больной неадекватен. Сознание ясное, речь не внятная, затруднена. Больной плохо ориентирован в месте, пространстве и времени. Сон хороший. Память ослаблена. Интеллект снижен. Настроение подавленное. Внимание нарушено, больной рассеян. Поведение спокойное. Сухожильные рефлексы без патологии. Оболочечные симптомы отрицательные. Зрачки расширены, живо реагируют на свет.

***ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ***

Ишемическая болезнь сердца, нестабильная прогрессирующая стенокардия. Постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда от 1992г.).

СД, тип II, средней тяжести, декомпенсированный. Диабетическая энцефалопатия IIст.

Хроническая сердечная недостаточность IIст.

На основании жалоб больного: на боли за грудиной, и в области сердца сжимающего характера, купировались таблетками (больной не помнит, какими), без иррадиации, на перебои в работе сердца, эпизоды сердцебиения возникающие одновременно с болями за грудиной или предшествующие им. Приступы болей иногда сопровождаются повышенной потливостью, головокружением.

На основании данных анамнеза заболевания: острый инфаркт миокарда от 1992г.; на основании данных объективного исследования: приглушенность тонов, расширение границ сердца влево. Можно поставить диагноз постинфарктный кардиосклероз.

На основании жалоб больного: жалобы на повышенное чувство жажды, сухость во рту, частое мочеиспускание (до 5 раз в сутки). Больной принимает манинил-5 в течении многих лет (сколько, не помнит). На основании данных объективного исследования: специфический запах от тела больного, можно поставить диагноз СД, тип II.

На основании данных анамнеза: больной страдает СД в течении многих лет. На основании объективных данных: Больной неадекватен. Сознание ясное, речь не внятная, затруднена. Больной плохо ориентирован в месте, пространстве и времени. Память ослаблена. Интеллект снижен. Настроение подавленное. Внимание нарушено, больной рассеян, можно поставить диагноз диабетическая энцефалопатия IIст. Микро и макроангиопатия.

На основании объективных данных: Отеки на ногах, плотной консистенции. Цвет кожи бледный. Холодные на ощупь. Оставляют после надавливания ямку. Можно поставить диагноз Хроническая сердечная недостаточность IIст.

Дифференциальный диагноз проводится между стенокардией и острым инфарктом миокарда. Для обоих состояний характерны сжимающие боли за грудиной, не иррадиирующие или распространяющиеся под левую лопатку, в левую руку, в нижнюю челюсть и т.д. Обычно сопровождаются страхом смерти. У пациента начало приступов связано с физической нагрузкой, боли продолжаются менее получаса. Ранние боли более слабые, небольшой продолжительности. Ангинозного статуса не было. Таким образом, на основании жалоб, анамнеза и объективного обследования нельзя четко разграничить острый инфаркт миокарда и приступы стенокардии.

Боль в области сердца возникает при многих состояниях, поэтому список заболеваний, с которыми нужно дифференцировать ИБС, очень обширен: желудочно-пищеводный рефлюкс (проба Бернштейна — введение в пищевод раствора соляной кислоты, рентгенография желудка, пробное лечение антацидами), нарушение моторики пищевода (манометрия), язвенная болезнь (гастродуоденоскопия, пробное лечение H2-блокаторами), панкреатит (активность амилазы и липазы), заболевания желчного пузыря (УЗИ), болезни опорно-двигательного аппарата (пробное лечение НПВС), ТЭЛА (вентиляционно-перфузионная сцинтиграфия легких), легочная гипертензия (ЭхоКГ, катетеризация сердца), пневмония (рентгенография грудной клетки), плеврит (рентгенография грудной клетки, пробное лечение НПВС); перикардит (ЭхоКГ, пробное лечение НПВС), пролапс митрального клапана (ЭхоКГ, пробное лечение бета-адреноблокаторами), психогенные боли (пробное лечение транквилизаторами, консультация психиатра), шейно-грудной радикулит (консультация невропатолога).

Методы диагностики. Нагрузочные пробы имеют наибольшую диагностическую ценность при средней априорной вероятности ИБС (например, у 50-летних мужчин с болью в груди, напоминающей стенокардию, или 45-летних женщин с типичной стенокардией). При низкой априорной вероятности ИБС (например, у 30-летних женщин с нетипичной для стенокардии болью в груди) нагрузочные пробы дают слишком много ложноположительных результатов, что ограничивает их диагностическую ценность. При высокой априорной вероятности ИБС (например, у 50-летних мужчин с типичной стенокардией) пробы с физической нагрузкой используют в большей степени для оценки тяжести поражения коронарных артерий, чем для диагностики ИБС.

Нагрузочные пробы

а. ЭКГ-проба (тредмил, велоэргометрия). Эффективный и сравнительно недорогой метод для массовых обследований. Показания:

1) диагностика стенокардии напряжения;

2) оценка риска осложнений;

3) оценка эффективности лечения.

Если нагрузка на тредмиле или велоэргометре невозможна (например, при парезах ног и артритах), то проводят фармакологические пробы или ручную эргометрию. Критерии резко положительной пробы (высокий риск осложнений) следующие.

1) Неспособность достичь уровня потребления кислорода і 6,5 метаболического эквивалента (метаболический эквивалент — это потребление кислорода в условиях основного обмена, составляет около 3,5 мл/мин/кг).

2) Неспособность достичь ЧСС 120 мин–1.

3) Депрессия сегмента ST > 2 мм.

4) Депрессия сегмента ST в течение 6 мин после прекращения нагрузки.

5) Депрессия сегмента ST в нескольких отведениях.

6) Систолическое АД при нагрузке почти не меняется или снижается.

7) Подъем сегмента ST в отведениях, в которых нет патологического зубца Q.

8) Возникновение желудочковой тахикардии.

***ПЛАН ДАЛЬНЕЙШЕГО ОБСЛЕДОВАНИЯ***

***План обследования больного***.

1. клинический анализ крови
2. клинический анализ мочи
3. биохимический анализ крови
4. электрокардиография
5. эхокардиография
6. рентгенография грудной клетки

7. гликемический профиль

***1. лабораторные исследования***:

Клинический анализ крови от 20.12.04

эритроциты 4.7 х 10 в 12 степени на литр

количество лейкоцитов 8,9 х 10 в 9 степени на литр

нейтрофилы

палочкоядерные 6

сегментоядерные 77

лимфоциты 14

моноциты 3

СОЭ 4 мм\ч

Анализ мочи 23.12.04.

Цвет с\ж мутный

реакция кислая

удельный вес 1014

белок 0.066 г\л

лейкоциты 1-3 в поле зрения

эритроциты свежие 1-5 в поле зрения

эпителий плоский 1-2 в поле зрения

Биохимический анализ крови от 22.12.04.

КФК 14,3

АСАТ 31,9

АЛАТ 25,6

мочевина 6.5

общий белок 58,0

глюкоза 11,8

креатинин 0,07

холестерин общий 9,25

ЛПВП 2,510

Триглицериды 1,35

билирубин 14.8

кальций 2,09

креатинин 96,2

Гликемический профиль от 22,12,04

8.00 – 10,9 ммоль/л

13.00 – 9,5 ммоль/л

***2. Инструментальные исследования.***

Температура тела больного:

18.12.04 – 36,4ºС

19.12.04 – 36,4ºС

20.12.04 – 36,7ºС

21.12.04 – 36,2ºС

22.12.04 – 36,5ºС

23.12.04 – 36,3ºС

24.12.04 – 36,4ºС

25.12.04 – 36,4ºС

26.12.04 – 36,6ºС

27.12.04 – 36,6ºС

Рост – 165 см, вес 79,5 кг. АД – 140/90 мм. рт. ст.

Эхокардиография от 27.12.04.

Левый желудочек:

КСР 3,4 см

КДР 4,5 см

КСО 47мл

КДО 94 мл

УО 47 мл

ФВ 50%

ФУ 25%

МЖПд 11 мм

Задняя стенкард. 11 мм

Левое предсердие: 4,5 см

Правый желудочек 3,5 см. Давление в ПЖ 30 мм. рт. ст.

Правое предсердие в норме.

Митральный клапан: движение створок разнонаправленное, открытие створок 3,0 см, V пик 0,33 м/с, степень регургитации I, Е/А 0,41, ВИР 0,10

Аортальный клапан: трехстворчатый, открытие створок 2,1 см, степень регургитации – нет

Трикуспидальный клапан: степень регургитации I.

Клапан легочной артерии: степень регургитации – I.

Легочная артерия:

диаметр 2,2 см

аорта 3,6 см

Заключение: Дилатация левого предсердия и правого желудочка. Митральная регургитация I ст. Систолическая функция снижена. Акинезия межжелудочковой перегородки, передней стенки в среднем отделе и верхушечном сегменте. Нарушение процессов реполяризации в левом желудочке.

Электрокардиография от 24.12.04.

Заключение: синусовый ритм с частотой 75 в минуту. Нарушение внутрипредсердной проводимости. Рубцовые изменения в области перегородки переднебоковой области. Увеличение левого желудочка. Признаки хронической аневризмы в зоне рубцов.

По сравнению с 20.12.04 без динамики.

Рентгенография грудной клетки от 18.12.04.

На обзорной рентгенограмме легких легочная ткань прозрачна. Корни расширены. Диафрагма и синусы в норме. Сердце расширено в поперечнике. Аорта кальцинирована.

***ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА***

Основное заболевание: Ишемическая болезнь сердца, нестабильная прогрессирующая стенокардия. Постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда от 1992г.).

Сопутствующие заболевания: СД, тип II, средней тяжести, декомпенсированный. Диабетическая энцефалопатия IIст. Микро и макроангиопатия.

Осложнение основного заболевания: ХСН IIст.

На основании жалоб больного: на боли за грудиной, и в области сердца сжимающего характера, купировались таблетками (больной не помнит, какими), без иррадиации, на перебои в работе сердца, эпизоды сердцебиения возникающие одновременно с болями за грудиной или предшествующие им. Приступы болей иногда сопровождаются повышенной потливостью, головокружением.

На основании лабораторного исследования: в биохимическом анализе крови: повышение уровня холестерина. Можно поставить диагноз ишемическая болезнь сердца, нестабильная стенокардия.

На основании данных инструментальных исследований:

ЭКГ от 24.12.04. заключение: синусовый ритм с частотой 75 в минуту. Нарушение внутрипредсердной проводимости. Рубцовые изменения в области перегородки переднебоковой области. Увеличение левого желудочка. Признаки хронической аневризмы в зоне рубцов.

Эхокардиография от 27.12.04. Заключение: Дилатация левого предсердия и правого желудочка. Митральная регургитация I ст. Систолическая функция снижена. Акинезия межжелудочковой перегородки, передней стенки в среднем отделе и верхушечном сегменте. Нарушение процессов реполяризации в левом желудочке.

Рентгенография грудной клетки от 18.12.04. Сердце расширено в поперечнике. Аорта кальцинирована.

На основании данных анамнеза заболевания: острый инфаркт миокарда в 1992г.; на основании данных объективного исследования: приглушенность тонов, расширение границ сердца влево; на основании данных ЭКГ: синусовый ритм с частотой 75 в минуту. Признаки гипертрофии левого желудочка. Признаки хронической аневризмы в зоне рубцов. Акинезия межжелудочковой перегородки, передней стенки в среднем отделе и верхушечном сегменте, можно поставить диагноз постинфарктный кардиосклероз.

На основании объективных данных: Отеки на ногах, плотной консистенции. Цвет кожи бледный. Холодные на ощупь. Оставляют после надавливания ямку. Можно поставить диагноз Хроническая сердечная недостаточность IIст.

На основании данных инструментальных исследований:

Эхокардиография: увеличение ФВ 50%. Заключение: Дилатация левого предсердия и правого желудочка. Митральная регургитация I ст. Систолическая функция снижена. Акинезия межжелудочковой перегородки, передней стенки в среднем отделе и верхушечном сегменте. Нарушение процессов реполяризации в левом желудочке.

ЭКГ от 24.12.04. заключение: синусовый ритм с частотой 75 в минуту. Нарушение внутрипредсердной проводимости. Рубцовые изменения в области перегородки переднебоковой области. Увеличение левого желудочка. Признаки хронической аневризмы в зоне рубцов.

Можно поставить диагноз Хроническая сердечная недостаточность IIст.

***ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ***

Стенокардия обусловлена преходящей ишемией миокарда, возникающей вследствие поражения коронарных артерий, как атеросклеротического (> 90%), так и неатеросклеротического (спазма, анатомических аномалий и т. д.). Стенокардия — составная часть нескольких синдромов, различающихся как по методам лечения, так и по прогнозу. К ним относятся стенокардия напряжения (с постоянным или меняющимся порогом ишемии), впервые возникшая стенокардия и нестабильная стенокардия (прогрессирующая стенокардия, стенокардия покоя, постинфарктная стенокардия). Кроме того, при ИБС наблюдается безболевая ишемия, которая служит плохим прогностическим признаком. По мере накопления знаний о причинах возникновения перечисленных состояний и их механизмах улучшились и возможности диагностики и лечения ИБС. Это позволяет во многих случаях увеличить продолжительность жизни и сделать ее более полноценной.

В основе ишемической болезни сердца всегда лежит коронарная недостаточность, обусловленная атеросклерозом коронарных артерий сердца, поэтому ее нельзя отождествлять с коронарной недостаточностью, которая может быть обусловлена и иными, чем атеросклероз, заболеваниями, например коронаритом. В то же время нельзя отождествлять ишемическую болезнь сердца и с атеросклерозом коронарных артерий, так как он не всегда сопровождается развитием коронарной недостаточности с ишемией миокарда.

Развитию ишемической болезни сердца способствуют многие внутренние и внешние факторы, получившие название факторов риска. К основным, или "большим", факторам риска относятся некоторые нарушения липидного обмена, обычно характеризующиеся высоким содержанием холестерина в крови (гиперхолестеринемия), артериальная гипертензия, сахарный диабет, курение, низкая физическая активность; длительное психоэмоциональное напряжение.

Основой патогенеза ишемии миокарда

Основой патогенеза ишемии миокарда при всех формах ишемической болезни сердца является несоответствие между потребностью сердечной мышцы в кислороде и питательных веществах и поступлением их по суженным коронарным артериям. Это несоответствие тем больше, чем уже просвет коронарных артерий и чем больше работа сердца; оно возрастает во время физической нагрузки, при психоэмоциональном напряжении, на фоне которых обычно появляются симптомы обострения ишемической болезни сердца. Важным патогенетическим фактором развития ишемии миокарда при ишемической болезни сердца может быть спазм коронарных артерий сердца. Этот фактор является ведущим в возникновении коронарной недостаточности у больных с минимально выраженным атеросклерозом коронарных артерий. В тех случаях, когда склероз и обызвествление стенок артерий препятствуют изменению их просвета, обострению коронарной недостаточности может способствовать спазм окольных (коллатеральных) сосудов, принимающих участие в кровоснабжении участка миокарда, подверженного ишемии. Большое значение в патогенезе коронарной недостаточности при ишемической болезни сердца имеют нарушения функции тромбоцитов и повышение свертываемости крови, что может ухудшать микроциркуляцию в капиллярах миокарда и приводить к тромбозу артерий, которому способствуют атеросклеротические изменения их стенок и замедление кровотока в местах сужения просвета артерий. Повторяющиеся и затяжные приступы стенокардии при обострении ишемической болезни сердца нередко обусловлены развитием тромбоза. При этом постепенно прогрессирующее сужение просвета пораженной артерии тромбом ведет к увеличению продолжительности болевых приступов, усилению ишемии миокарда и развитию в нем дистрофии вплоть до некроза.

Ишемия миокарда отрицательно отражается на функциях сердца - его сократимости, автоматизме, возбудимости, проводимости. Кратковременная ишемия обычно проявляется приступом стенокардии или ее эквивалентами: преходящим нарушением ритма, одышкой, головокружением или др. При этом в миокарде не успевают возникнуть сколько-нибудь выраженные морфологические изменения. Если ишемия длится 20-30 минут развивается очаговая дистрофия миокарда. Более длительная ишемия, особенно при закрытии коронарной артерии тромбом, завершается некрозом участка сердечной мышцы, подвергшегося ишемии, - инфарктом миокарда.

***ЛЕЧЕБНЫЕ НАЗНАЧЕНИЯ И ИХ ОБОСНОВАНИЕ***

Эффективность медикаментозного лечения стенокардии зависит от того насколько удается изменить в благоприятную сторону баланс между потребностью миокарда в кислороде и его доставкой. Это может быть достигнуто путем повышения способности коронарной системы доставлять кровь в ишемизированные зоны; либо путем уменьшения потребности миокарда в кислороде. К антиангинальным средствам относят три основные группы препаратов: нитросодержащие препараты, блокаторы бета-адренорецепторов и антагонисты кальция.

 Антиангинальные средства - это группы препаратов различного механизма действия, влияющих на синдром стенокардии посредством изменения гемодинамических условий работы сердца или улучшения коронарного кровотока.

Нитросодержащие препараты:

 Положительное действие нитратов:

1. уменьшение объема левого желудочка
2. снижение АД
3. уменьшение выброса

Это приводит к уменьшению потребности миокарда в кислороде.

1. снижение диастолического давления в левом желудочке
2. Увеличение кровотока в коллатералях приводит к улучшению перфузии в ишемизированной зоне.
3. вазодилатация эндокардиальных коронарных артерий нейтрализует спазм не периферии.

 Отрицательное действие нитратов:

1. несущественное повышение ЧСС
2. повышение сократимости
3. снижение диастолической перфузии из-за тахикардии

Все это приводит к увеличению потребности миокарда в кислороде, уменьшении перфузии миокарда. При длительном приеме возможно привыкание что может приводить к уменьшению эффекта.

 Препараты: нитроглицерин, нитросорбид, тринитролонг, сустак форте и сустак мите, нитронг.

 Нитросорбид по своим фармакологическим свойствам отличен от нитроглицерина. Действие препарата при приеме внутрь начинается через 50-60 минут. Продолжительность действия 4-6 часов. Нитросорбид быстро метаболизируется в печени. Период полувыведения составляет около 30 минут при приеме внутрь, в то время как для его активных метаболитов - 4-5 часов. При разжевывании таблетки эффект нитросорбида наступает раньше - через 5 минут и выражен сильнее, это касается и колаптоидной реакции, что позволяет использовать сублингвальный прием препарата для купирования приступов стенокардии. Нитросорбид и его метаболиты экскретируются почками.

Побочные эффекты применения нитропрепаратов: головная боль, продолжение лечения как правило приводит к развитию толерантности к этому побочному действию. Уменьшение дозы, изменение пути введения препарата или применения анальгетиков уменьшают выраженность головной боли. Постуральная гипотензия проявляется головокружением, слабостью и даже кратковременной потерей сознания. Этот эффект усиливается после приема алкоголя. Метгемоглобинемия, а также тяжелое отравление нитратами встречается в основном у детей младшего возраста.

 Противопоказания: индивидуальная непереносимость (тахикардия, гипотония, головная боль), при остром инфаркте миокарда, протекающем с гипотонией, кровоизлиянии в мозг, повышении внутричерепного давления, обструктивной кардиомиопатии.

 Rp.: Nitrosorbidi 0.01

 D.t.d.№ 50 in tab.

1. Принимать по 1 таблетке 4 раза в день.

Rp.: Sustac-forte 6.4

 D.t.d. № 20

 S.Принимать по 1 таблетке 2 раза в день.

Rp.:Nitroglycerini 0.0005

 D.t.d. № 50

1. Принимать при болях в сердце. Подъязычно.

Rp.: Trinitrolong 0.001

 D.t.d.№50

 S. Принимать по 1 таблетке 3 раза в день.

Больному следует назначить:

Rp.: Sustac-forte 6.4

 D.t.d. № 20

 S.Принимать по 1 таблетке 2 раза в день.

Блокаторы бета-адренорецепторов и препараты влияющие на адренергические системы: бета блокаторы уменьшают потребность миокарда в кислороде путем подавления симпатической активности. Сочетание нитратов и бета-адреноблокаторов может нейтрализовать действие на ЧСС. Негативное действие бета-блокаторов: усиление обструкции бронхов (нельзя применять у больных с легочной патологией), влияют на сократимость миокарда (осторожно при сердечной недостаточности). Основными показаниями к назначению этих препаратов является стенокардия, артериальная гипертония и аритмии. Различают бета-блокаторы кардионеселективные, блокирующие бета - 1 и бета - 2 рецепторы, к которым относятся тимолол, пропранолол, соталол, надолол, окспренолол, алпренолол, пиндолол, и др. и кардиоселективные имеющие преимущественно бета -1 - ингибирующую активность (метопролол, атенолол, ацебутолол, практолол). Часть их этих препаратов обладает симпатомиметической активностью (окспренолол, алпренолол, пиндолол, ацебутолол), что позволяет, хотя и незначительно расширить сферу применения бета-блокаторов, например, при сердечной недостаточности, брадикардии, бронхиальной астме. Кардиоселективные препараты следует предпочесть при лечении стенокардии у больных с хроническими обструктивными заболеваниями дыхательных путей, поражениями периферических артерий, сахарным диабетом. Некоторые бета-блокаторы обладают внутренней симпатомиметической активностью, которая означает способность препарата влиять на те же бета-рецепторы, на которые влияют и агонисты. Препараты, обладающие таким свойством, в меньшей степени урежают частоту сердечных сокращений в покое, вызывая отрицательный хронотропный эффект главным образом на высоте физической нагрузки, что имеет значение для больных стенокардией с наклонностью к брадикардии.

 Побочные действия бета-блокаторов: при лечении бета-блокаторами могут наблюдаться брадикардия, артериальная гипотензия, усиление левожелудочковой недостаточности, обострение бронхиальной астмы, атриовентрикулярная блокада различной степени, обострение хронических желудочно-кишечных расстройств, усиление синдрома Рейно и перемежающейся хромоты (изменение периферического кровотока), в редких случаях - нарушение половой функции.

 Противопоказания к применению бета-блокаторов. Данные препараты нельзя применять при выраженной брадикардии гипотонии, бронхиальной астме, астмоидных бронхитах, синдроме слабости синусного узла, нарушениях атриовентрикулярной проводимости, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, нарушении периферического кровообращения, выраженной недостаточности кровообращения (при начальных проявлениях допускается назначение бета-блокаторов в сочетании с диуретиками и сердечными гликозидами), беременности (относительное противопоказание).

Rp.: Propranololi 0.08

 D.t.d. №10 in tab.

 S. Принимать по 1 таблетке 3 раза в день.

Rp.: Trasicor 0.08

 D.t.d. № 20 in tab.

 S. Принимать по 1 таблетке 3 раза в день.

Rp.: Talinololi 0.1

 D.t.d. № 20 in tab.

1. Принимать по 1 таблетке 3 раза в день.

Rp.: Pindololi 0.005

 D.t.d. № 50 in tab.

 S. Принимать по 1 таблетке 4 раза в день.

Больному следует назначить:

Rp.: Propranololi 0.08

 D.t.d. №10 in tab.

 S. Принимать по 1 таблетке 3 раза в день.

Антагонисты кальция. Антиангинальный эффект связан с прямым действие их на миокард и коронарные сосуды, так и с влиянием на периферическую гемодинамику. Антагонисты кальция блокируют поступление ионов кальция в клетку, уменьшая таким образом ее способность развивать механическое напряжение, а следовательно, и снижая сократимость миокарда. Действие этих средств на стенку коронарных сосудов ведет к их расширению (антиспастический эффект) и увеличению коронарного кровотока, а влияние на периферические артерии - к системной артериальной дилятации, снижению периферического сопротивления и систолического АД. Благодаря этому достигается увеличение снабжения миокарда кислородом при снижении потребности в нем. Антагонисты кальция обладают также антиаритмическими свойствами. Препараты: верапамил, нифедипин, дилтиазем.

 Верапамил (изоптин, финоптин) кроме вазодилатирующего оказывают выраженное отрицательное инотропное действие. ЧСС и АД под влиянием препарата незначительно снижаются. Существенно подавляются проводимость по атриовентрикулярному соединению и автоматизм синусного узла, что позволяет применять препарат и для лечения суправентрикулярных нарушений ритма. Верапамил является препаратом выбора для лечения стенокардии вазоспастического генеза. Обладает высокой эффективностью и при лечении стенокардии напряжения, а также при сочетании стенокардии с суправентрикулярными нарушениями ритма и сердечных сокращений.

 Побочные эффекты отмечаются только у 2-4% больных. Самыми обычными являются головные боли, головокружение, усталость, покраснение кожи, незначительные отеки нижних конечностей. Описаны также желудочно-кишечные симптомы, брадикардия.

 Противопоказания: коринфар не следует назначить при исходной гипотонии, синдроме слабости синусного узла, беременности. Верапамил противопоказан при нарушениях атриовентрикулярной проводимости, синдроме слабости синусного узла, выраженной сердечной недостаточности и при различных гипотензивных состояниях.

Rp.: Cardizemi 0.09

 D.t.d. № 50 in caps.

 S.Принимать по 1 капсуле 2 раза в день

Rp.: Verapamili 0.04

 D.t.d. № 50 in tab.

 S.Принимать по 1 таблетке 4 раза в день.

Rp.: Adalati 0.01

 D.t.d. № 50 in tab.

 S.Принимать по 1 таблетке 3 раза в день.

Больному следует назначить:

Rp.: Cardizemi 0.09

 D.t.d. № 50 in caps.

 S.Принимать по 1 капсуле 2 раза в день

Препараты улучшающие метаболизм миокарда.

Рибоксин. Рибоксин является производным (нуклеозидом) пурина. Его можно рассматривать как предшественник АТФ. Имеются данные о способности препарата повышать активность ряда ферментов цикла Кребса, стимулировать синтез нуклеотидов, оказывать положительное влияние на обменные процессы в миокарде и улучшать коронарное кровообращение. По типу действия относится к анаболическим веществам. Будучи нуклеозидом, инозин может проникать в клетки и повышать энергетический баланс миокарда. Применяют рибоксин при ишемической болезни сердца (при хронической коронарной недостаточности и при инфаркте миокарда), при миокардиодистрофии, при нарушениях ритма, связанных с применением сердечных гликозидов. Назначают внутрь до еды в суточной дозе от 0.6 до 2.4 г. Курс лечения от 4 недель до 3 мес.

Rp.: Riboxini 0.2

 D.t.d. № 50 in tab.

 S.Принимать по 1 таблетке 3 раза в день.

Ретаболил. Обладает сильным и длительным анаболическим действием. После инъекции эффект наступает в первые 3 дня, достигает максимума к 7-му дню и продолжается не менее 3 недель. Обладает не выраженным андрогенным (и вирилизующим) действием, чем феноболин. Основные показания к применению в терапевтической практике: хроническая коронарная недостаточность, инфаркт миокарда, миокардиты, ревматические поражения сердца).

 Применяют по 1 мл масляного раствора внутримышечно 1 раз в месяц.

Rp.: Retabolili 5% 1 ml

 D.t.d. № 50 in amp.

 S.Вводить внутримышечно 1 раз в месяц по 1 мл.

Кокарбоксилаза. По биологическому действию приближается к витаминам и ферментам. Является простетической группой (коферментом) ферментов, участвующих в процессах углеводного обмена. В соединении с белком и ионами магния входит в состав фермента карбоксилазы, катализирующего карбоксилирование и декарбоксилирование альфа-кетокислот. Тиамин введенный в организм для участия в указанных выше биохимических процессах, предварительно должен фосфорилироваться и превратиться в кокарбоксилазу. Последняя, таким образом, является готовой формой кофермента, образующегося из тиамина в процессе его превращения в организме. Применяют как компонент комплексной терапии при ацидозах любого происхождения, коронарной недостаточности, периферических невритах, различных патологических процессах требующих улучшения углеводного обмена, вводят внутримышечно 0.05-0.1 г 1 раз в день, курс лечения 15-30 дней.

Rp.: Sol.Cocarboxylasi 5 ml

 D.t.d. № 5 in amp.

 S.вводить внутримышечно 1 раз в день по 5 мл.

Цитохром С. Является ферментом, принимающим участие в процессах тканевого дыхания. Железо, содержащееся в простетической группе цитохрома С, обратимо переходит из окисленной формы в восстановленную, в связи с чем применение препарата ускорят ход окислительных процессов. Применяют цитохром для улучшения тканевого дыхания при астматических состояниях, хронической пневмонии, сердечной недостаточности, инфекционном гепатите, старческой дегенерации сетчатки глаза. Обычно вводят в мышцы по 4-8 мл 1-2 раза в день. Курс лечения 10-14 дней.

Rp.: Cytochromi C pro inectionibus 4 ml

 D.t.d. № 10 in amp.

 S.Вводить внутримышечно по 4 мл 2 раза в день.

Препараты, снижающие холестерин и липопротеиды крови:

Клофибрат. Понижает содержание уровень ЛПОНП и бета-липопротеидов. Механизм действия состоит в уменьшении биосинтеза в печени триглицеридов и торможении синтеза холестерина (на стадии образования мевалоновой кислоты). Повышает активность липопротеидлипазы. Препарат оказывает одновременно гипокоагулирующее действие, усиливает фибринолитическую активность крови, понижает агрегацию тромбоцитов. Применяют при атеросклерозе с повышенным содержанием в крови холестерина и триглицеридов, при склерозе коронарных, мозговых и периферических сосудов, при диабетической ангиопатии и ретинопатии, различных заболеваниях сопровождающихся повышением липопротеидов крови.

 Побочные действия: тошнота, рвота, головная боль, мышечные боли, кожная сыпь. Противопоказан при нарушениях функции печени и почек, при беременности, его не следует назначать детям.

 Цетамифен. Механизм гипохолестеринемического действия цетамифена : он связывает часть коэнзима А образуя фенилэтилкоэнзим А, и выступая таким образом в роли “ложного метаболита” , препятствует образованию оксиметил-глюктарил-коэнзима А и дальнейшему ходу образования эндогенного холестерина.

Побочное действие: усиление тиреотропной функции гипофиза, желчевыделительную функцию печени.

 Показаниями являются атеросклероз, все другие заболевания сопровождающиеся гиперхолестеринемией.

Rp.: Cetamipheni 0.25

 D.t.d. № 20 in tab.

1. принимать по 2 таблетки 4 раза в день.

Больному следует назначить:

Rp.: Cetamipheni 0.25

 D.t.d. № 20 in tab.

принимать по 2 таблетки 4 раза в день.

Rp.: Cytochromi C pro inectionibus 4 ml

 D.t.d. № 10 in amp.

 S.Вводить внутримышечно по 4 мл 2 раза в день.

Rp.: Sol.Cocarboxylasi 5 ml

 D.t.d. № 5 in amp.

 S.вводить внутримышечно 1 раз в день по 5 мл.

Rp.: Riboxini 0.2

 D.t.d. № 50 in tab.

 S.Принимать по 1 таблетке 3 раза в день.

Нитропрепараты: нитросорбид 0.01 по 2 таблетки 4 раза в день.

Противодиабетические средства: маннинил-5, диабетон

Антисклеротические средства:

Масло расторопшевое - мощное противоязвенное, репаративное антисклеротическое средство, эффективный иммунорегулятор, антиоксидант.

**Лечение, назначенное в стационаре:**

стол № 9, режим полупостельный

инсулин 8.00 – 8 ед п/к, 13.00 – 6 ед п/к, 18.00 – 4 ед п/к

Гепарин 5000 ед. п/к 4 раза в день

Sol. KCl 4% - 20.0

Sol. MgSO4 25% - 5.0

Sol. Ac. nocotinici – 1% - 2.0 в/м

Sol. NaCl 0,9% - 200.0

Sol. Pyracetamy 10.0 в/м

Sol. Heparini 5000 ед 2 раза в день внутрь

Captoprili 25 Ed по 1 таблетке 3 раза в день

Aspirini 0.25 утром

Nitrosorbidi 0.02 3 раза в день

Сinnarizini по 1 таблетке 3 раза в день.

***ДНЕВНИК.***

**23.12.04.** Общее состояние больного удовлетворительное. Жалоб нет. Самостоятельно ест. Неряшлив. Нуждается в посторонней помощи. Выраженная энцефалопатия, но на вопросы отвечает правду. Со стороны ССС, АД 120/80 мм. рт. ст., тоны сердца глухие, ритмичные, пульс 76 уд в 1 мин. В легких дыхание везикулярное, без хрипов. Со стороны ЖКТ, живот безболезненный, стул в норме, один раз в день. Диету не соблюдает, ест сладкое. Сахар в крови не ниже 10 ммоль/л, переведен на диабетон. Диурез в норме.

**24.12.04.**  Общее состояние больного удовлетворительное. Жалоб нет. Ухудшения нет. Самостоятельно ест. Нуждается в посторонней помощи. Выраженная энцефалопатия. Со стороны ССС, АД 115/75 мм. рт. ст., тоны сердца глухие, ритмичные, пульс 64 уд в 1 мин. В легких рассеянные сухие хрипы. Со стороны ЖКТ, живот безболезненный, стул в норме, один раз в день. Диету не соблюдает, ест сладкое. Диурез в норме.

**27.12.04.** Болей в сердце нет. После отменения инсулина сахар контр. 8,8 ммоль/л без соблюдения диеты. Чувствует себя удовлетворительно, но нуждается в постоянном уходе. Со стороны ССС, АД 130/90 мм. рт. ст., тоны сердца глухие, ритмичные, пульс 72 уд в 1 мин. В легких дыхание везикулярное, без хрипов. Со стороны ЖКТ, живот безболезненный, стул в норме, один раз в день. Диету не соблюдает, ест сладкое. Диурез в норме. Выписывается на амбулаторное лечение.

***ВЕДЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРНОГО ЛИСТА***

18.12.04 – 36,4ºС Ps: 75 уд. в мин. ЧДД: 13 д.д. в мин. АД: 140/90 мм.рт.ст.

19.12.04 – 36,4ºС Ps: 78 уд. в мин. ЧДД: 13 д.д. в мин. АД: 120/80 мм.рт.ст.

20.12.04 – 36,7ºС Ps: 70 уд. в мин. ЧДД: 14 д.д. в мин. АД: 130/90 мм.рт.ст.

21.12.04 – 36,2ºС Ps: 72 уд. в мин. ЧДД: 12 д.д. в мин. АД: 120/80 мм.рт.ст.

22.12.04 – 36,5ºС Ps: 74 уд. в мин. ЧДД: 16 д.д. в мин. АД: 120/80 мм.рт.ст.

23.12.04 – 36,3ºС Ps: 76 уд. в мин. ЧДД: 16 д.д. в мин. АД: 120/80 мм.рт.ст.

24.12.04 – 36,4ºС Ps: 64 уд. в мин. ЧДД: 14 д.д. в мин. АД: 115/75 мм.рт.ст.

25.12.04 – 36,4ºС Ps: 66 уд. в мин. ЧДД: 15 д.д. в мин. АД: 120/80 мм.рт.ст.

26.12.04 – 36,6ºС Ps: 76 уд. в мин. ЧДД: 15 д.д. в мин. АД: 130/85 мм.рт.ст.

27.12.04 – 36,6ºС Ps: 72 уд. в мин. ЧДД: 16 д.д. в мин. АД: 130/90 мм.рт.ст.

Рост – 165 см, вес 79,5 кг.

***ПРОФИЛАКТИКА.***

Профилактика у пациента заключается в постоянном приеме нитропрепаратов, антагонистов кальция и антиагрегантов, ограничение физической нагрузки, а также прием средств снижающих уровень холестерина и липопротеидов крови (липостабил по 1 таблетке 1 раза в день, 2-3 курса на один год, по 2-3 недели).

***ПРОГНОЗ****.*

Прогноз для жизни относительно благоприятный, при соблюдении рекомендаций и постоянной поддерживающей терапии нитропрепаратами, антагонистами кальция и антиагрегантами.

Прогноз относительно выздоровления неблагоприятный. Так в основе заболевания у пациента лежит атеросклероз сосудов сердца, который является необратимым патологическим процессом, и который можно только предупредить или приостановить.

***ЭПИКРИЗ****.*

 Пациент Клепцов Леонид Васильевич 74 лет находился в отделении кардиологии ГКБ №2 г. Перми с 18.12.04. по 27.12.04. Поступил в плановом порядке с жалобами: на боли за грудиной, и в области сердца сжимающего характера, без иррадиации, на перебои в работе сердца, эпизоды сердцебиения возникающие одновременно с болями за грудиной или предшествующие им. Приступы болей иногда сопровождаются повышенной потливостью, головокружением.

Больному были назначены следующие манипуляции:

1. клинический анализ крови
2. клинический анализ мочи
3. биохимический анализ крови
4. электрокардиография
5. эхокардиография
6. рентгенография грудной клетки
7. гликемический профиль

Результаты исследований:

***1.Лабораторные данные***

Клинический анализ крови от 20.12.04

эритроциты 4.7 х 10 в 12 степени на литр

количество лейкоцитов 8,9 х 10 в 9 степени на литр

нейтрофилы

палочкоядерные 6

сегментоядерные 77

лимфоциты 14

моноциты 3

СОЭ 4 мм\ч

Анализ мочи 23.12.04.

Цвет с\ж мутный

реакция кислая

удельный вес 1014

белок 0.066 г\л

лейкоциты 1-3 в поле зрения

эритроциты свежие 1-5 в поле зрения

эпителий плоский 1-2 в поле зрения

Биохимический анализ крови от 22.12.04.

КФК 14,3

АСАТ 31,9

АЛАТ 25,6

мочевина 6.5

общий белок 58,0

глюкоза 11,8

креатинин 0,07

холестерин общий 9,25

ЛПВП 2,510

Триглицериды 1,35

билирубин 14.8

кальций 2,09

креатинин 96,2

Гликемический профиль от 22,12,04

8.00 – 10,9 ммоль/л

13.00 – 9,5 ммоль/л

***2. Инструментальные исследования.***

Температура тела больного:

18.12.04 – 36,4ºС

19.12.04 – 36,4ºС

20.12.04 – 36,7ºС

21.12.04 – 36,2ºС

22.12.04 – 36,5ºС

23.12.04 – 36,3ºС

24.12.04 – 36,4ºС

25.12.04 – 36,4ºС

26.12.04 – 36,6ºС

27.12.04 – 36,6ºС

Рост – 165 см, вес 79,5 кг. АД – 140/90 мм. рт. ст.

Эхокардиография от 27.12.04.

Левый желудочек:

КСР 3,4 см

КДР 4,5 см

КСО 47мл

КДО 94 мл

УО 47 мл

ФВ 50%

ФУ 25%

МЖПд 11 мм

Задняя стенкард. 11 мм

Левое предсердие: 4,5 см

Правый желудочек 3,5 см. Давление в ПЖ 30 мм. рт. ст.

Правое предсердие в норме.

Митральный клапан: движение створок разнонаправленное, открытие створок 3,0 см, V пик 0,33 м/с, степень регургитации I, Е/А 0,41, ВИР 0,10

Аортальный клапан: трехстворчатый, открытие створок 2,1 см, степень регургитации – нет

Трикуспидальный клапан: степень регургитации I.

Клапан легочной артерии: степень регургитации – I.

Легочная артерия:

диаметр 2,2 см

аорта 3,6 см

Заключение: Дилатация левого предсердия и правого желудочка. Митральная регургитация I ст. Систолическая функция снижена. Акинезия межжелудочковой перегородки, передней стенки в среднем отделе и верхушечном сегменте. Нарушение процессов реполяризации в левом желудочке.

Электрокардиография от 24.12.04.

Заключение: синусовый ритм с частотой 75 в минуту. Нарушение внутрипредсердной проводимости. Рубцовые изменения в области перегородки переднебоковой области. Увеличение левого желудочка. Признаки хронической аневризмы в зоне рубцов.

По сравнению с 20.12.04 без динамики.

Рентгенография грудной клетки от 18.12.04.

На обзорной рентгенограмме легких легочная ткань прозрачна. Корни расширены. Диафрагма и синусы в норме. Сердце расширено в поперечнике. Аорта кальцинирована.

Больному было назначено следующее лечение:

стол № 9, режим полупостельный

инсулин 8.00 – 8 ед п/к, 13.00 – 6 ед п/к, 18.00 – 4 ед п/к

Гепарин 5000 ед. п/к 4 раза в день

Sol. KCl 4% - 20.0

Sol. MgSO4 25% - 5.0

Sol. Ac. nocotinici – 1% - 2.0 в/м

Sol. NaCl 0,9% - 200.0

Sol. Pyracetamy 10.0 в/м

Sol. Heparini 5000 ед 2 раза в день внутрь

Captoprili 25 Ed по 1 таблетке 3 раза в день

Aspirini 0.25 утром

Nitrosorbidi 0.02 3 раза в день

Сinnarizini по 1 таблетке 3 раза в день.

За время пребывания в клинике больной отмечает некоторое урежение приступов болей, что связывает с проводимым лечением и уменьшением физической нагрузки. За время курации состояние больного незначительно улучшилось - приступы болей в сердце беспокоят реже. Пациенту рекомендовано продолжить лечение амбулаторно.

***Клинический диагноз***:

Основное заболевание: Ишемическая болезнь сердца, нестабильная стенокардия. Постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда от 1992г.).

Сопутствующие заболевания: СД, тип II, средней тяжести, декомпенсированный. Диабетическая энцефалопатия IIст. Микро и макроангиопатия.

Осложнение основного заболевания. Хроническая сердечная недостаточность IIст.

***СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ***

 1) "Внутренние болезни" Под редакцией В. И. Маколкина.

 2) "Лекарственные средства" М.Д.Машковский.

1. Большая медицинская энциклопедия.

 4) Руководство по медицине. Диагностика и терапия. В 2-х т. Т.1:

 Пер. с англ./Под ред. Р.Беркоу, Э.Флетчера.- М.: Мир, 1997.- 1045 с.

 5) Харкевич Д.А. Фармакология. Учебник. Изд. 5-е, стереотипное.- М.:

 Медицина, 1996.- 544 с.

Дата: 09.01.05г. Подпись куратора: