Министерство Здравоохранения Российской Федерации

Алтайский государственный медицинский университет

Кафедра клинической фармакологии

Зав. Кафедрой: д.м.н. профессор Н.Б. Сидоренкова

Преподаватель: ассистент к.м.н., З.А. Титова

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

Больного:\_\_\_\_\_\_

Клинический диагноз: И.Б.С. Нестабильная прогрессирующая стенокардия напряжения. ПИКС (2005 г.)

Куратор

студент 5 курса

группы 509 лечебного факультета:

Капылов А.М.

**2006 год.**

**ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ**

1. Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_
2. ВОЗРАСТ: 79 лет
3. ПОЛ: женский
4. ГОД РОЖДЕНИЯ: 1926, 10 октября.
5. МЕСТО ЖИТЕЛЬСТВА: г. Барнаул
6. ВРЕМЯ ПОСТУПЛЕНИЯ В КЛИНИКУ: 12.10.06
7. МЕСТО РАБОТЫ: инвалид 1 гр.

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ: ИБС, нестабильная прогрессирующая стенокардия, ПИКС(2005 г.).

**ЖАЛОБЫ**

На момент поступления основные жалобы на: давящие боли сжимающего характера, локализующиеся за грудиной и в области сердца. Тошнота, холодный пот, общая слабость и чувство страха, головокружение. Одышка смешанного характера при незначительной физической нагрузке (ходьба менее 100метров).

**ANAMNESIS MORBI**

Считает себя больной с осени 2000 г, когда перенесла инфаркт миокарда, находилась на лечении в стационаре ГБ№1. С сентября 2003 года впервые появились острые сжимающие загрудинные боли, как следствие физизической нагрузки (подъем на 3 этаж, ходьба более 500 м), сопровождались одышкой, тахикардией. При этом больная принимала нитроглицерин(1таблетка под язык), боли, как правило, купировались. 12 сентября 2000 года появились интенсивные беспричинные боли сжимающего характера, иррадиирущие в нижнюю челюсть, шею, левую руку и лопатку, а также имеющие опоясывающий характер по уровню желудка, локализующиеся за грудиной и в области сердца, принимал нитроглицерин без эффекта. Врач вызванной скорой помощи на ЭКГ не обнаружил характерных для инфаркта миокарда изменений. На следующий день состояние улучшилось.

12 октября 2006 года в 9.00 утра появились те же интенсивные боли сжимающего характера, иррадиирущие в нижнюю челюсть, шею, левую руку и лопатку, а также имеющие опоясывающий характер по уровню желудка, локализующиеся за грудиной и в области сердца, продолжающиеся более 4,5 часов, и самостоятельно не проходили. Больной перенес приступ “на ногах”. Врач вызванной в 9.30 скорой помощи, по ЭКГ диагностировал острый инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка. В связи с поставленным диагнозом больная была госпитализирован в кардиологическое отделение ГБ №1.

В течение последнего месяца отмечает ухудшение состояния, появились боли в области сердца, за грудинной при незначительной физизической нагрузке (ходьба менее 100 метров) и в покое, боли купируются приемом нитроглицерина. В течении 3 лет отмечает повышение АД до 180/100мм.рт.ст. Постоянно в течении 3 лет принимает индапамид, предуктал,коринфар,нитросорбид.

13.09.2006 г обратилась в поликлинику№2 с выше указанными жалобами, после чего была направлена в кардиологическое отделение ГБ№1 для прохождения планового лечения и постановки диагноза.

**ANAMNESIS VITAE**

Родилась в Алтайском крае, в селе Залесово в1927 году в семье рабочего. Росла и развивалась нормально. В физическом и психическом развитии не отставала от сверстников. В школу пошла в 7 лет. Училась удовлетворительно. По окончании школы обучалась в техникуме по специальности строитель.

В настоящее время находится на пенсии по возрасту и выработанному трудовому стажу.

Лекарственной непереносимости не отмечается. Туберкулез, психические и венерические заболевания у себя и родственников отрицает.

Любит острую, соленую, жирную пищу.

Алкоголь не употребляет.

В детстве ангиной, корью не болела, из детских инфекций отмечает свинку.

Наследственность по роду заболевания не отягощена. Имеет двух детей.

**НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ**

Положение в постели активное. Сознание ясное. Телосложение нормостеническое. Кожа и видимые слизистые без изменений, бледно-розового цвета. Лимфатические узлы визуально не определяются, при пальпации безболезненные.

Костно–мышечная система без изменений.

Органы дыхания.

Число дыханий 17 в минуту.

Дыхание нормальное, ритмичное, тип дыхания смешанный, одышки нет.

Носовое дыхание свободное, форма наружного носа не изменена.

Пальпация и перкуссия придаточных пазух носа безболезненна. Гортань не деформирована, отклонения её хода от срединной линии не выявлено. Голос не изменен.

Грудная клетка правильной нормостенической формы.

Грудной отдел позвоночника не изменен. Межреберные промежутки не изменены, при пальпации безболезненны, лопатки плотно прилежат к грудной клетке, ключицы расположены симметрично, над - и подключичные ямки умеренно выражены.

Обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания.

При пальпации грудная клетка резистентна, эластична, безболезненна. Ребра в боковых отделах имеют косое направление, грудина без изменений.

Голосовое дрожание в симметричных участках ощущается одинаково.

Перкуссия легких

Сравнительная:

Перкуторный звук в симметричных точках на передней, боковых и задней поверхностях грудной клетки ясный легочный.

Высота стояния верхушек легких над ключицами спереди – 4 см,

Сзади – на уровне остистого отростка 3 шейного позвонка.

Ширина полей Кренига – 5 см.

Подвижность нижнего края легких

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | вдох | выдох | Сумма | вдох | выдох | Сумма |
| Lin. Axillaris media | 3 | 3 | 6 | 3 | 4 | 7 |
| Lin. Scapularis | 3 | 3 | 6 | 3 | 4 | 7 |
|  | справа | | | слева | | |

Границы легких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | правое | левое |
| Lin. Parasternalis | V межреберье |  |
| Lin. Medioclavicularis | VI межреберье |  |
| Lin. Axillaris media | VIII межреберье | VIII межреберье |
| Lin. Axillaris posterior | IX межреберье | IX межреберье |
| Lin. Axillaris anterior | VII межреберье | VII межреберье |
| Lin. Scapularis | X межреберье | X межреберье |
| Lin. Paravertebralis | На уровне остистого отростка XII  грудного позвонка | |

Аускультация легких:

Во всех девяти парных точках выслушивается везикулярное дыхание; хрипов, крепитации, шума трения плевры нет.

Система органов кровообращения.

При осмотре: грудная клетка не изменена, патологической и атипической пульсации в области сердца нет. Сердечный толчок не пальпируется. Пульсации в эпигастральной области и в яремной ямке нет. Верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье по срединноключичной линии, обычной силы, резистентный, размером 2х2 см. систолического и диастолического дрожания в области верхушки и на основании сердца не выявлено.

Перкуссия.

Границы относительной тупости сердца:

Правая – в 4 межреберье на 1.5 см см кнаружи от правого края грудины

Верхняя – в 3 межреберье слева

Левая – 5 межреберье на 1,5 см от левой срединно-ключичной линии.

Поперечник относительной тупости сердца 12 см.

Ширина сосудистого пучка на уровне 2 межреберья 5 см.

Границы абсолютной тупости сердца:

Правая – по левому краю грудины в 4 межреберье

Левая – 5 межреберье слева на 2.5 см кнутри от срединноключичной линии

Верхняя – 4 межреберье на 1 см кнаружи от левого края грудины.

Аускультация.

По точкам выслушивания: верхушка, 2-е межреберье справа у края грудины, 2 межреберье слева у грудины, нижняя часть грудины, точка Боткина-Эрба (3 межреберье слева у края грудины) слышны основные 1 и 2 приглушенные тоны сердца, нормальной высоты, ясные, расщеплений и раздвоений тонов нет. Число сердечных сокращений 76 в мин, ритм правильный.

Исследование сосудов.

Вены и артерии в области сердца в удовлетворительном состоянии, патологической пульсации нет. Видимой на глаз пульсации сонных артерий нет. Периферические артерии (лучевые, бедренные, подколенные, тыла стоп) в местах доступных пальпации не изменены, сосудистая стенка эластична и гладкая. Аорта в яремной ямке не пальпируется.

Артериальный пульс на лучевых артериях правильный, синхронный, умеренного наполнения, мягкий, 80 в мин. Дефицита пульса нет.

Пульсации артериол на ногтевых фалангах не видно.

Артериальное давление на обеих руках 140/90 мм рт ст.

При аускультации аорты, сонных, подключичных, бедренных артерий признаков патологии не обнаружено.

При осмотре и пальпации вен обнаружена извитость и варикозное расширение в бассейне v. Safena magna по магистральному типу. Покраснений кожи над венами нет, уплотнений по ходу вен нет. Пальпация вен безболезненна.

Пищеварительная система.

При осмотре полости рта – язык розового цвета, влажный , чистый, сосочки умеренно выражены, трещины и язвы отсутствуют. Десны, мягкое и твердое небо розового цвета, влажные, без патологических изменений. Зев, миндалины, глотка не гиперемированы, без налета и кровоизлияний.

Живот округлой формы, симметричный, активно участвует в акте дыхания. Видимой перистальтики желудка и кишечника нет. Выбухания в правом подреберье нет. Венозные коллатерали не выражены.

Пальпация.

При поверхностной пальпации болезненности не выявлено. Напряжения брюшных мышц нет. Опухолевых образований и грыж нет.

Методическая глубокая пальпация по Образцову-Стражеско:

В левой подвздошной области пальпируется сигмовидная кишка безболезненная, плотная, гладкая, около 18-20 см в длину, не урчит.

В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка плотная, 3-4 см в диаметре, не урчит.

Восходящая ободочная кишка пальпируется в виде безболезненного неурчащего цилиндра, гладкая, подвижная, в диаметре 3 см.

Поперечная ободочная кишка имеет форму цилиндра умеренной плотности, толщиной ок. 3-4 см, расположена поперечно, подвижная, безболезненная, не урчит.

Нисходящий отдел толстой кишки пальпируется по левому фланку живота в виде гладкого, эластичного, свободнолежащего цилиндра, диаметром 4 см, безболезненная, не урчит.

Большая кривизна желудка пальпируется в виде валика на уровне 4-5 см выше пупка, пальпация безболезненная.

Печень и желчные пути:

При осмотре выпячиваний и выбуханий нет.

Печень по краю правой реберной дуги, край острый, безболезненный.

Размеры печени по Курлову 9:7:6 см.

Желчный пузырь не пальпируется.

В точке проекции его на переднюю брюшную стенку болезненности нет. Френикус-симптом (болезненность при надавливании между ножками кивательной мышцы) отрицательный.

Симптом Ортнера (болезненность при поколачивании по краю правой реберной дуги ребром ладони) отрицательный.

Симптом Курвуазье (пальпируемый увеличенный желчный пузырь) отрицательный.

Область поджелудочной железы безболезненна, железа не пальпируется.

Селезенка не пальпируется. Размеры при перкуссии – поперечник 6 см, длинник 7 см.

Аускультация живота:

Выслушиваются перистальтические шумы кишечника.

Перкуссия живота:

Ясно выявляется тимпанический перкуторный звук. Свободной жидкости в брюшной полости не обнаружено.

Симптом Менделя (ограниченная болезненность при легкой пальцевой перкуссии в эпигастральной области и в области привратника) отрицательный.

Органы мочевыделения.

Почки:

наличие припухлости, отека в поясничной области не выявлено. Правая и левая почки не пальпируются во всех положениях (стоя, лежа, на правом и левом боку). Симптом Пастернацкого (поколачивания) отрицательный с обеих сторон. Пальпация по ходу мочеточников безболезненная.

Мочевой пузырь:

Выпячивания над лобком нет, пальпация надлобковой области безболезненная.

Нервная и эндокринная системы.

Координация движений в конечностях не нарушена. Пальценосовая проба в норме. Зрачковые рефлексы без патологии (OD=OS, реакция зрачков на свет живая, содружественная; горизонтальный и вертикальный нистагм не выявлены).

Глазные симптомы: экзофтальм, Грефе (отставание верхнего века при взгляде вниз), Штельвага (редкое мигание, придающее глазу особое выражение – “неподвижный взгляд”), Мёбиуса (при приближении пальца к носу (больной смотри на кончик пальца) начинающееся отклонение глазных яблок кнутри, исчезает и наступает дивергенция) отрицательны. Тремор рук, век, языка не выявлены.

При пальпации щитовидная железа мягкой консистенции, не увеличена; увеличения размеров языка, носа, челюстей, ушных раковин, кистей рук, стоп нет.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ**

- Основное заболевание:

И.Б.С. нестабильная прогрессирующая стенокардия напряжения. ПИКС (2005 г.).

**ФАРМОКОТЕРАПИЯ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата назначения | Название препарата | Дозы, пути введения, кратность назначения | Дата отмены |
| 15.10.2006 г | гепарин | 7,5ед-3раза в день. П/к. | 18.10.2006г |
| 15.10.2006 г | кардикет-ретард | 40мг(1табл)-2раза в день. Внутрь. | 2мес. |
| 16.102.2006 г | анаприлин | 20мг по 0,02г-3раза в день. Внутрь. | Длительно под контролем лечащего врача. |
| 16.10.2006 г | аспирин | 0,25г-1раз в день. Внутрь. | Длительно под контролем лечащего врача. |
| 16.10.2006 г. | Изосорбида 5-мононитрат. | 0,005г-3раза в день. Внутрь. | Длительно под контролем лечащего врача. |
| 16.10.2006 г. | нитрозепам | 0,005 за 30мин. до сна. | 30 дней. |

**Анализ фармакотерапии**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Название ЛС, его групповая принадлежность | **Анаприлин.**  Анаприлин является b -адреноблокатором, действующим как на b 1 - , так и на b 2 -адренорецепторы (неизбирательного действия). | **Изосорбида5-мононитрат.**  Периферический вазодилататор. |
|  | Ослабляя влияние симпатической импульсации на b -адренорецепторы сердца, анаприлин уменьшает силу и частоту сердечных сокращений, блокирует положительный хроно- и инотропный эффект катехоламинов. Он уменьшает сократительную способность миокарда и величину сердечного выброса. Потребность миокарда в кислороде снижается.  Артериальное давление под влиянием анаприлина понижается. Тонус бронхов в связи с блокадой b 2 -адренорецепторов повышается.  Анаприлин быстро всасывается при приеме внутрь и относительно быстро выводится из организма. Пик концентрации в плазме наблюдается через 1 - 1, 5 ч после приема. Препарат проникает через плацентарный барьер.  Применяют анаприлин для лечения ишемической болезни сердца, нарушений сердечного ритма, а также некоторых форм гипертонической болезни.  При ишемической болезни сердца анаприлин уменьшает частоту приступов стенокардии, увеличивает выносливость к физической нагрузке, ограничивает потребность в нитроглицерине. Препарат эффективен при стенокардии покоя, но особенно при стенокардии напряжения. Его применяют при резистентности к другим лекарственным средствам, при наличии сопутствующих аритмий, а также артериальной гипертензии. Как антиаритмическое средство анаприлин применяют при синусовой и пароксизмальной тахикардии, экстрасистолии, мерцании и трепетании предсердий. Препарат показан больным с желудочковой экстрасистолией после перенесенного инфаркта миокарда.  При синусовой тахикардии обычно наблюдается нормализация ритма, в том числе в случае резистентности к сердечным гликозидам. Препарат способствует переходу тахиаритмической формы мерцательной аритмии в брадиаритмическую и исчезновению перебоев и сердцебиений.  При гипертонической болезни анаприлин назначают преимущественно в начальных стадиях заболевания. Препарат наиболее эффективен у больных молодого возраста (до 40 лет) с гипердинамическим типом кровообращения и при повышенном содержании ренина. Понижение артериального давления сопровождается уменьшением сердечного выброса за счет урежения пульса и уменьшения ударного объема сердца. Периферическое сопротивление умеренно повышается. Препарат не вызывает ортостатической гипотензии. Имеются данные об эффективности препарата также при почечной гипертензии. Назначают анаприлин внутрь (независимо от времени приема пищи). Обычно начинают у взрослых с дозы 20 мг (0, 02 г) 3 - 4 раза в день. [По имеющимся данным, прием препарата 3 - 4 раза в сутки обеспечивает более стабильный эффект, чем деление суточной дозы на 2 приема.] При недостаточном эффекте и хорошей переносимости постепенно повышают дозу на 40 - 80 мг в сутки (с промежутками 3-4 дня) до общей дозы 320 480 мг в сутки (в отдельных случаях до 640 мг) с назначением равными дозами в 3-4 приема.  Обычно анаприлин применяют длительно (под тщательным врачебным контролем).  Прекращать применение анаприлина (и других b -адреноблокаторов) при ишемической болезни сердца следует постепенно. При внезапной отмене препарата возможны усугубление ангинозного синдрома и явлений ишемии миокарда, ухудшение толерантности к физической нагрузке, бронхиолоспазм, а также изменение реологических свойств крови (увеличение агрегационной способности эритроцитов) и другие побочные явления.  Длительное применение b -адреноблокаторов у больных ишемической болезнью сердца необходимо сочетать с назначением сердечных гликозидов. При длительном применении препарата необходимо особенно тщательно следить за функцией сердечно-сосудистой системы, общим состоянием больного. Умеренная брадикардия, возникающая в процессе лечения, не является показанием к отмене препарата, при сильной брадикардии уменьшают дозу. | По характеру действия изосорбид мононитрат близок к нитросорбиду. Однако, по сравнению с нитросорбидом он обладает более высокой биодоступностью и имеет более продолжительный период полувыведения (до 6 ч) после перорального и внутривенного введения. Снижая тонус периферических венозных сосудов (венул), препарат уменьшает венозный приток крови к сердцу, давление в сосудах малого круга, одышку, удушье.  Антиангинальный эффект наступает через 30 - 45 мин после перорального приема и продолжается до 8-10 ч, а при внутривенном введении - сразу же после начала вливания.  Показания к применению внутрь такие же, как для нитросорбида. При тяжелой стенокардии, ангинозном статусе, гипертензии в легочном круге кровообращения, вводят внутривенно. При острой левожелудочковой недостаточности более быстрое и непосредственное действие оказывает нитроглицерин.  Внутрь при ИБС в комплексной терапии сердечной недостаточности назначают по 0, 02 г (20 мг) 2 - 3 раза в день; при тяжелых состояниях - по 0, 04 г (40 мг) 2- 3 раза в день.  В вену вводят от 1 до 5 ампул в день; вводят медленно или капельно из расчета 5 - 15 мкг/кг в минуту. Возможные побочные явления: головная боль, головокружение, тошнота проходят при уменьшении дозы. |
| Лечебные эффекты, наблюдаемые у больного, их конкретное клиническое и лабораторно-функциональное выражение. | уменьшилась частота приступов стенокардии, увеличилась выносливость к физической нагрузке, ограничилась потребность в нитроглицерине. | уменьшилась частота приступов стенокардии. |

**Фармакокинетическая характеристика применяемых ЛС**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Основные параметры фармакокинетики. | | Название ЛС.  Анаприлин 5-изосорбида | |
| Данные литературы. | Биодоступность.  Связь с белками плазмы.  Период полувыведения.  Объём распределения.  Терапевтическая концентрация. | 30%  93%  2-5 часов  100%  120-400мг в сутки | 100%  80%  5 часов  100%  10-40мг в сутки |
| Предполагаемые отклонения у курируемого больного. | Биодоступность.  Связь с белками плазмы.  Период полувыведения.  Объём распределения.  Терапевтическая концентрация. | Б  Б  Б  Г  Б | Б  Б  Б  Г  Б |

**Режим применения ЛС**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Название ЛС | анаприлин | Изосорбида 5-мононитрат |
| Режим применения, рекомендуемый на основе клинико-фармакологической характеристики ЛС (данные литературы) | Обычно анаприлин применяют длительно (под тщательным врачебным контролем). Обычно начинают у взрослых с дозы 20 мг (0, 02 г) 3-4 раза в день. | Внутрь при ИБС в комплексной терапии сердечной недостаточности назначают по 0, 02 г (20 мг) 2-3 раза в день; при тяжелых состояниях - по 0, 04 г (40 мг) 2- 3 раза в день. |
| Режим применения, использованный у курируемого больного. | 20 мг по 0,02г - 3раза в день. Внутрь. | 0,005г-3раза в день. Внутрь. |

**Заключение об эффективности и безопасности проводимой терапии**

Проводимая терапия соответствует современным рекомендациям. Основные цели лечения достигнуты: уменьшилась частота приступов стенокардии, увеличилась выносливость к физической нагрузке, ограничилась потребность в нитроглицерине. Лечение является эффективным и безопасным, так как больной чувствует значительное улучшение своего состояния, следовательно, препараты полностью подходят для лечения данного заболевания и безопасны в применении в этих дозировках.

**Рекомендации по фармакотерапии после выписки из стационара**

После выписки из стационара основные 2 препарата следует употреблять постоянно под контролем врача.