Алтайский государственный медицинский университет

Кафедра внутренних болезней педиатрического и стоматологического факультетов

зав. кафедрой,

профессор А.В. Молчанов

**КЛИНИЧЕСКАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

БОЛЬНОЙ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

ОСНОВНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ: ИБС: стенокардия напряжения III ф.к. Гипертоническая болезнь III стадия 3 степени, очень высокая группа риска. ХСН IIБ IIф.к

КУРАТОР: ст. Шуабов М.Р., 475 гр.

СРОК КУРАЦИИ: 25.04.06. – 12.05.06.

ПРЕПОДАВАТЕЛЬ: Филипова Татьяна Васильевна

Барнаул 2006

**Официальные данные**

Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Возраст: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Профессия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Домашний адрес: Алтайский \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Дата поступления в клинику: 29.09.06

Дата начала курации: 02.10.06

Диагноз при поступлении:

Клинический диагноз:

**Жалобы**

I Основные жалобы:

На сжимающие боли за грудиной, средней интенсивности, без иррадиации, приступообразные, длящиеся 8 – 10 минут, возникающие при физической нагрузке (ходьба на 200 метров, подъем по лестнице до 2-го этажа), боли купируются приемом нитроглицерина через 5 минут.

На сердцебиение и перебои в работе сердца, приступообразные, длящиеся 10 минут, возникающие при физической нагрузке(подъем по лестнице до 2-го этажа), сопровождающиеся болью в области сердца.

На головные боли давящего характера, локализующиеся в затылочной области, периодические появляющиеся после эмоционального напряжения, сопровождаемые мельканием мушек перед глазами, звоном в ушах. Боли облегчаются в покое.

II Дополнительные жалобы:

На общую слабость, недомогание, быструю утомляемость умеренной степени выраженности, периодические, возникающие при физической нагрузке.

**Anamnesis morbi**

Считает себя больным с 1996 года, когда впервые почувствовал резкое недомогание, головокружение, возникшие после тяжелой физической нагрузки (подъем тяжестей). Боли купировались приемом нитроглицерина. В поликлинику не обращался. С 1996 по 1999 год состояние больного оставалось стабильным.

С лета 1999 года появились боли в сердце давящего характера, без иррадиации, интенсивные при повседневной нагрузке (прохождении 500 метров, подъем выше 3 этажа). Приступы сопровождались одышкой, головокружением, длились 10 – 15 минут, проходили в покое. 1 июля состояние больного резко ухудшилось, появились резкие боли за грудиной, сжимающего характера, которые не купировались 3 таблетками нитроглицерина. Боль исчезла самопроизвольно спустя несколько часов. За медицинской помощью не обращался.

10 июля 1999 года на очередном профосмотре при проведении ЭКГ был зафиксирован инфаркт миокарда. Немедленно был направлен в реанимацию госпиталя, где получил стационарное лечение (препараты принимал регулярно, названия вспомнить не может). 24 июля 1999 года проходил обследование в кардиологическом центре в г. Барнаул, с целью тщательного обследования и рациональной фармакотерапии (название препаратов вспомнить не может, принимал регулярно). Было рекомендовано регулярное наблюдение у кардиолога, стационарное лечение 1 раз в год.

В феврале 2002 года проходил плановое медикаментозное лечение в госпитале (препараты принимал регулярно, названия вспомнить не может).

В начале марта 2006 года состояние больного ухудшилось (появились давящие боли за грудиной, «чувство жжения», усиливающееся по ночам). Больной отмечал усиление боли при незначительных физических нагрузках (подъем на 2-ой этаж, ходьба на расстояние более 200 метров), сопровождающееся головокружением, одышкой, мельканием «мушек» перед глазами, шумом в ушах. В этот период максимально зафиксированное АД 160/100. Больной отмечал появление отеков на ногах, в основном в области стоп и голеней. После этого ухудшения больной был направлен на госпитализацию в Краевой Госпиталь Ветеранов Войн.

**ANAMHESIS VITAE**

Общебиографические сведения:

Родился 27 апреля 1927 года в селе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. В 1944 году вступил в ряды Красной Армии. С 1979 года проживает в г. Заринск, Алтайского края.

Социальный анамнез:

В семье был вторым ребёнком, жил с семьёй в частном доме. Материальные условия были удовлетворительные.

Профессиональный анамнез:

Трудовую деятельность начал с 14 лет, работал в колхозе. В 1944 год призван в ряды Красной Армии. После прохождения службы начал работать экскаваторщиком в 1950 – 1990-х. С 1999 года, после получения 3-ей группы инвалидности, и по настоящее время не работает. Профессиональные вредности: пыль, шум, вибрация. Выходных дней и отпусков было мало.

Бытовой анамнез:

В настоящее время живёт в частном доме, с семьёй дочери. Питание регулярное, характер пищи смешанный, воду кипятит.

Перенесенные заболевания:

Больной отмечает частые простудные заболевания, болеет 2-3 раза в год.

В 1938 - корь

В 1943 – пневмония

В 2001 – инфаркт миокарда

В 2005 – гастрит

В 2005 – аденома

В 2005 - тромбофлебит

Туберкулез, венерические заболевания, болезнь Боткина отрицает.

Трансфузионный анамнез:

Переливание крови отрицает.

Аллергологический анамнез:

В детстве и в настоящее время аллергии на пищевые продукты, лекарства и химические вещества не отмечает.

ХРОНИЧЕСКИЕ ИНТОКСИКАЦИИ:

Курил приблизительно в течение 30 лет. В настоящее время не курит. Употребление алкоголя в умеренных количествах (1 раз в 3-4 месяца). Наркотики не употребляет.

Наследственность

**I**

 **1 2 3 4**

**II**

 **1 2**

**III**

**1 2 3 4 5**

**IV 1 2**

Условные обозначения:

□ - Мужчина

🞅 - Женщина

□ - Пробанд

? – Состояние здоровья неизвестно

* 🞅 -Брак

□ - Умер естественной смертью

С - Стенокардия

Г – Гипертония

Легенда

### III3 – пробанд, страдает ИБС: стенокардией, артериальной гипертензией.

I1,2,3,4 – умерли были здоровы.

II1 – мать пробанда, умерла, страдала ревматизмом.

II2 – отец пробанда здоров.

III1, 2, 5 – братья пробанда, здоровы.

III4 – жена пробанда, здорова.

IV1,2 – дети здоровы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

В родословной наследственной отягощенности не выявлено.

**STATUS PRAESENS COMMUNIS**

ОБЩИЙ ОСМОТР:

Сознание ясное

Положение больного в постели активное

Телосложение пропорциональное

Конституция гиперстеническая

Походка тяжелая

Осанка прямая

Рост 170 Вес 79 кг

Температура тела нормальная

ИССЛЕДОВАНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ ЧАСТЕЙ ТЕЛА:

• Кожные покровы:

Цвет бледный, без пигментации

Эластичность кожи снижена

Истончение или уплотнение кожи не наблюдается, отсутствие керато дермии.

Влажность кожных покровов умеренная

Сыпи не выявлено

• Ногти:

Форма округлая

Ломкость и поперечная исчерченность не наблюдается

• Подкожная клетчатка:

Развитие подкожно-жирового слоя умеренное, толщина складки в подключичной области 2 см.

Место наибольшего отложения жира на животе

Отеки – пастозность голеней

Лимфатические узлы:

Пальпируются единичные подчелюстные лимфоузлы справа и слева, размерами с горошину, округлой формы, эластичной консистенции, безболезненные, подвижные, не спаянные с окружающими тканями, изъязвлений и свищей нет. Затылочные, шейные, надключичные, подключичные, локтевые, биципитальные, подмышечные, подкожные, паховые лимфоузлы не пальпируются.

• Подкожные вены:

Малозаметные. Тромбов и тромбофлебитов не выявлено.

• Голова:

Форма овальная

Размеры окружность головы 56 см

Положение головы прямое

Дрожание и качание – симптом Мюссе отрицательный

• Шея:

Искривление – шея не искривлена

Пальпация щитовидной железы – не пальпируется

• Лицо:

Выражение лица измученное

Глазная щель умеренно расширена

Веки бледного цвета, не отечны; дрожание, ячмень, ксантелазмы, дерматомиозиновые очки отсутствуют.

Глазное яблоко – западения и выпячивания нет. Дерматомиозиновые очки отсутствуют

Конъюнктива бледно-розового цвета без подконьюктивальных кровоизлияний, влажная.

Склеры белые с голубоватым оттенком

Симптомы Греффе, Штельвега, Мебиуса отрицательные.

Нос прямой, изъязвлений на кончике носа нет. Крылья носа участия в акте дыхания не принимают.

Губы – углы рта симметричны, расщелин губ нет. Рот закрытый постоянно, губы розового цвета, без патологических высыпаний, влажные, без трещин, симптом кисета отрицательный.

Десны розового цвета, неразрыхленные, не кровоточат. Каймы нет.

Полость рта – запаха изо рта нет, афты, пигментации, пятна Бельского-Филатова-Коплика, телеангиоэктазы на слизистой полости рта отсутствуют, кровоизлияний нет. Твердое нёбо розового цвета.

Зубы квадратные, плотно расположенные. Зубного камня, шатающихся зубов нет.

Зубная формула:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| О | К | И | И | К | И | К | К |  | К | И | И | К | К | К | О | О |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| О | К | К | К | И | К | К | К |  | К | К | К | К | К | О | О | О |

С – кариес О - отсутствие зуба К – коронка И – искусственный зуб

Язык – больной высовывает свободно, дрожания языка нет, язык розового цвета, нормальной величины, отпечатков зубов нет

Миндалины правильной формы, не выступают из-за дужек, розового цвета, налета, гнойных пробок и язвочек нет.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

• Осмотр:

Конфигурация суставов припухлости, деформаций и дефигураций суставов нет.

Изменение окраски кожи над суставами нет

Степень развития мышечной системы – мышцы развиты соответственно возрасту. Атрофии и гипертрофии мышц нет.

Деформаций суставов и изменений костей нет.

• Поверхностная пальпация:

Исследование кожной температуры - над поверхностью суставов не изменена

Объем активных и пассивных движений во всех плоскостях сохранен.

Суставные шумы отсутствуют.

• Глубокая пальпация:

Наличие выпота в полости сустава или утолщения синовиальной оболочки при бимануальной пальпации не выявлено.

«Суставные линии» не выявлены.

Выявление болезненности – двупальцевая бимануальная пальпация безболезненна. Симптом флюктуации отрицательный. Симптом переднего и заднего «выдвижного ящика», симптом Кушелевского отрицательные.

Оценка мышечной системы – мышечный тонус без патологических изменений.

• Перкуссия

Перкуссия костей безболезненна.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

• Осмотр грудной клетки:

Грудная клетка правильной формы, эмфиземотозная. Без искривлений. Симметричная. Экскурсия обеих половин грудной клетки при дыхании равномерная. Тип дыхания смешанный. Частота дыхательных движений 11раз в минуту, ритм дыхания правильный. Экскурсия грудной клетки 5 см.

• Пальпация грудной клетки:

Грудная клетка резистентна, безболезненна при пальпации. Голосовое дрожание проводится одинаково по всем полям легких. Ощущения трения плевры при пальпации нет.

• Сравнительная перкуссия легких:

При сравнительной перкуссии легких в девяти парных точках на симметричных участках определяется ясный легочной звук.

Топографическая перкуссия легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Верхние границы | Правое легкое (см) | Левое легкое (см) |
| Высота стояния верхушек | 4 | 4 |
| Ширина полей Кренинга | 5 | 5 |

Нижние границы легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Опознавательные линии | Правое легкое | Левое легкое |
| ПарастернальнаяСреднеключичнаяПереднеаксиллярнаяСреднеаксиллярнаяЗаднеаксиллярнаяЛопаточнаяПаравертебральная | 5 м/р6 м/р7 м/р8 м/р9 м/р10 м/рОстистый отросток XI грудного позвонка | 7 м/р8 м/р9 м/р10 м/рОстистый отросток XI грудного позвонка |

Подвижность нижнего легочного края:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Опознавательные линии | Правое легкое (см) | Левое легкое (см) |
| СреднеключичнаяСреднеаксиллярнаяЛопаточная | 575 | -75 |

Аускультация: дыхание везикулярное, в нижних отделах легких выслушиваются влажные хрипы. Бронхофония на симметричных участках одинакова.

Исследование органов кровообращения

•‏ Осмотр области сердца и сосудов:

Дефигурации в области сердца нет. Верхушечный толчок визуально не определяется. Систолического втяжения в области верхушечного толчка не определяется. Пульсации во II и IV межреберьях слева нет. Пульсации во внесердечной области: пляска каротид, пульсация шейных вен в яремной ямке, эпигастральная пульсация- не обнаружено. Пульс Квинке отрицательный.

**•** Пальпация в области сердца:

Верхушечный толчок не пальпируется. Систолическое и диастолическое дрожание отсутствует.

Пульс 85 в минуту, синхронный на обеих руках. Пульс неравномерный, регулярный.

• Перкуссия

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| границы | относительная | абсолютная |
| Правая | На 1,5 см кнаружи от правого края грудинына уровне IV межреберья | IV межреберье по левому краю |
| Левая | На 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии в V межреберье | На уровне среднеключичной линии в V межреберье |
| верхняя | III межреберье по левой парастернальной линии | IV межреберье слева по парастернальной линии |

Длинник сердца (по Курлову) 19 см.

Поперечник сердца 12 см.

Перкуссия сосудистого пучка воII межреберье составила 5см.

**•** Аускультация сердца и сосудов:

Тоны сердца: тоны сердца приглушены. Ослабление I тона на верхушке сердца. Акцент II тона над аортой. Аритмические. Раздвоение, расщепление, появление дополнительных шумов (ритм галопа, ритм «перепела»), не выслушивается. Внутрисердечные и внесердечные шумы(шум трения плевры, плевроперикардиальный шум трения) не прослушиваются. Сосудистые шумы не выявлены.

АД на правой руке 140/90 мм. рт. ст.

АД на левой руке 140/90 мм. рт. ст.

АД на правой ноге 150/90 мм. рт. ст

АД на левой ноге 155/90 мм. рт. ст

Исследование органов брюшной полости

• Осмотр живота:

Живот округлой формы, симметричный. Живот участвует в акте дыхания. Перистальтические и антиперистальтические движения визуально не определяются. Подкожные венозные анастомозы на передней брюшной стенке не развиты. Окружность живота 95см.

• Пальпация живота:

При поверхностной пальпации живот безболезнен. Напряжения брюшной стенки нет. Грыжевых отверстий в области пупочного кольца не обнаружено. Симптом Щеткина- Блюмберга отрицательный. Опухолевых образований не обнаружено.

При глубокой пальпации пальпируется сигмовидная кишка в левой подвздошной области в виде, гладкого, плотного цилиндра, диаметром ~ 2см, диаметром 4-5см, безболезненная, не урчащая, подвижная. Слепая, восходящие, нисходящие отделы толстой кишки, червеобразный отросток не пальпируются. Нижняя граница желудка методом «шума плеска» не определяется. Аускультофрикцией, пальпаторно и аускульто перкуссией граница желудка определяется на 3см выше пупка справа и слева от срединной линии.

Поперечно-ободочная кишка, желудок и поджелудочная железа не пальпируются. Печень пальпируется на 2см ниже правой реберной дуги, край острый, поверхность ровная мягко-эластичная, безболезненна.

Желчный пузырь не пальпируется, симптом Курвуазье, Френикус- феномен, симптом Образцова- Мерфи- отрицательные.

Селезенка не пальпируется.

• Перкуссия живота

При перкуссии выявляется тимпанический перкуторный звук. Симптом Менделя отрицательный. Свободной жидкости в брюшной полости не выявлено. Границы печени по Курлову 9: 8: 7(см).

Симптомы Ортнера, Захрьина, Василенко отрицательные.

Размер селезенки по Курлову 5: 7(см).

• Аускультация живота

Слышны перистальтические шумы. Шума трения брюшины нет. Систолический шум над аортой и почечными артериями не прослушивается.

Исследование органов мочевыделения

• Осмотр

Покраснения, припухлости, отечности в поясничной области не наблюдается.

Выпячиваний над лобком нет.

• Перкуссия

Симптом Пастернадского отрицательный.

При перкуссии в надлобковой области притупления перкуторного звука нет.

• Пальпация

В горизонтальном и вертикальном положении почки не пальпируются.

При пальпации в надлобковой области очагов уплотнения не выявлено.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

1. На основании жалоб больного на:

- сжимающие боли за грудиной;

- сердцебиение, перебои в работе сердца;

- головные боли в затылочной области;

- общую слабость, недомогание.

Можно предположить, что в патологический процесс вовлечена сердечно-сосудистая система.

1. Учитывая основные жалобы и объективные данные можно выявить синдромы:
* Синдром хронической коронарной недостаточности кровообращения, т.к больного беспокоят ангинозные боли за грудиной, средней интенсивности, без иррадиации, приступообразные, длящиеся ~ 10мин, возникающие при обычной физической нагрузке, облегчаемые приемом одной таблетки нитроглицерина. Аускультативно ослабление I тона на верхушке, акцент II тона на аорте, следовательно, ИБС. Стенокардия.

Так как ангинозные боли появляются при ходьбе в обычном темпе на 500м и подъеме по лестнице на 3 этажа, можно утверждать что это II функциональный класс.

* Синдром артериальной гипертензии, т.к больного беспокоят головные боли давящего характера, локализующиеся в затылочной области, периодически появляющиеся после эмоционального перенапряжения, сопровождаемые мельканием «мушек» перед глазами. верхушечный толчок разлитой, смещен влево. Аускультативно ослабление I тона на верхушке, акцент II тона над аортой. Повышение АД до 160/100 мм.рт.ст. , следовательно, можно говорить что это артериальная гипертензия II степень.
* Синдром гипертрофического поражения миокарда, т.к больного беспокоят сжимающие боли за грудиной, сердцебиение. Смещение верхушечного толчка влево. Смещение левых границ относительной тупости сердца влево. Акцент II тона на аорте при аускультации.
* Синдром недостаточности кровообращения, т.к больного беспокоят сердцебиение и приступообразные боли, возникающие при физической нагрузке (ходьба на 500м, подъем по лестнице до 3 этажа). Верхушечный толчок разлитой, смещен влево. Увеличение границ относительной тупости сердца влево. Аускультативно ослабление I тона на верхушке, акцент II тона на аорте. При объективном исследовании выявлены признаки застоя в двух кругах кровообращения (отеки на ногах, одышка, влажные хрипы) – это IIБ -стадия.
1. Поскольку данные проявления возникают на фоне изменений сердечной деятельности(объективных данных – тахикардия, бледность кожных покровов, в анамнезе ИБС) то это сердечная недостаточность; т.к проявления беспокоят больного длительно (10 лет)- это ХСН.
2. Из анамнеза жизни факторами, способствующими развитию стенокардии и артериальной гипертензии, явились следующие:
* Возраст, (с возрастом во многих сосудах появляются атеросклеротические и дистрофические изменения)
* Пол (мужчины старше 55 лет по статистике наиболее подвержены развитию стенокардии и гипертонии)
* Проф. вредности (шум, пыль, вибрация)
1. Т**.**к у больного повышалось АД до 160/100 можно выявить артериальную гипертензию 2 степени . А т.к у больного ИБС, стенокардия, следовательно, очень высокая группа риска, II стадия т.к имеется ассоциированное заболевание ИБС: инфаркт миокарда и стенокардия.

Наличие у больного вредных привычек (курил в течение 30 лет), проф. вредности , которые играют основную роль в развитии атеросклероза. А он в свою очередь ведет к развитию функциональных и органических поражений коронарных сосудов, что приводит к несоответствию между потребностью миокарда в кислороде и его поступлением, в результате чего возникает ИБС ( стенокардия, инфаркт миокарда, склероз коронарных сосудов), артериальная гипертензия.

На основании всего выше перечисленного можно предположить предварительный диагноз: ИБС. Стенокардия II ф.к. ХСН IIБ II ф.к

Артериальная гипертензия II стадии, 2 степени, очень высокая группа риска.

**ПЛАН ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

лабораторные методы

* + общий анализ крови (цель - выявление факторов риска, оценка состояния органов мишеней, диагностика ассоциированных клинических состояний)
	+ общий анализ мочи (исследование органа мишени – почек. Может быть протеинурия)
	+ биохимический анализ крови ( определение уровня холестерина, триглицеридов, β-липопротеидов- для диагностики атеросклероза)
	+ кал на я/г (выявление патологий связанных с гельминтами)
	+ анализ крови на сахар (исключение сахарного диабета)

инструментальные методы

* ЭКГ (выявить признаки гипертрофии и дилатации отделов сердца, исключение инфаркта миокарда, диагностика аритмий)
* Эхо-доплерография (определение гипертрофии левых отделов сердца, окклюзионных поражений сердца сосудов, оценка клапанного аппарата сердца)
* Рентгенография органов грудной клетки (выявление гипертрофии левых отделов сердца, застойных явлений в легких, определение конфигурации сердца)
* Селективная коронарография (оценить состояние сенечных артерий сердца)
* Исследование сосудов глазного дна (оценить изменения микроциркуляторного русла - гипертензивную ангиоретинопатию)

**РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Общий анализ крови

Эритроциты 4,52х1012/л

Лейкоциты 4,5х109/л

Нb 150 г/л

СОЭ 18 мм/ч

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| базофилы | эозинофилы | юные | п/я | с/я | лимфоциты | моноциты |
|  - |  2 |  - |  1 |  29  |  30 |  9 |

Показатели в норме

Общий анализ мочи

Цвет соломенно-желтый

Прозрачная

Относительная плотность 1,015 – 1,020

Реакция кислая

Белок отсутствует

Анализ крови на сахар 4,95 ммоль/л

Биохимический анализ крови

Холестерин 7,02 ммоль/л

Β- липопротеиды

Креатинин 78

К 4,1

Na 141

Показатели в пределах нормы

Анализ мочи по Ничепоренко

Лейкоциты 4620

Незначительное увеличение лейкоцитов

Кал на я/г

Не выявлено

Эхо-допплерография

Небольшое увеличение левого желудочка

Физиологическая аортальная регургитация

Атеросклероз аорты

Гипертрофия стенок левого желудочка

Ритм синусовый

RI > RII >RIII- ЭОС отклонена влево.

Заключение:

Небольшое увеличение левого желудочка, небольшое снижение сократимости левого желудочка, небольшая аортальная регургитация. Гипертрофия стенок левого желудочка, атеросклероз аорты. Признаки снижения систолической и диастолической функции левого желудочка.

Рентгенография органов грудной клетки:

Заключение: лёгкие без инфильтрации и очагов поражения. Корни структурны, синусы свободны. Незначительное смещение тени средостения влево.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

На основании инструментальных данных по ЭХО.К.Г выявлены признаки гипертрофии левого желудочка, что подтверждает наличие артериальной гипертензии с поражением органов мишеней.

По данным ЭХО.К.Г выявлены признаки гипертрофии левого желудочка (утолщение задней стенки левого желудочка, межжелудочковой перегородки), что отражает поражение органов мишеней при гипертонической болезни.

Выявлены признаки систолической дисфункции левого желудочка (снижение фракции выброса) и диастолической дисфункции левого желудочка, что подтверждает наличие ХСН.

На основании данных 6 минутного теста (менее 500м) подтверждается синдром коронарной недостаточности.

На основании дополнительных методов исследования подтверждается диагноз ИБС, ХСН IIф.к Наличие у больного гипертонической болезни поражения органа мишени подтверждает II стадию гипертонической болезни.

У больного выявлено поражение органов мишеней и выделен фактор риска (возраст, пол) и признаки ХСН (отеки, одышка, хрипы), что подтверждает высокую группу риска.

Данные дополнительных методов исследования подтверждают предварительный диагноз.

Клинический диагноз: ИБС стенокардия напряжения II ф.к гипертоническая болезнь II стадии 2 степени, высокая группа риска. ХСН IIБ II ф.к.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. «Руководство к практическим занятиям по пропедевтике внутренних болезней» (Минск, 1986г)
2. А. А. Гребенев « Пропедевтика внутренних болезней » (Москва 2002г)
3. Г.Г. Ефремушкин «ЭКГ в норме и патологии » (Барнаул 2003)
4. «Практические навыки по патофизиологии» (Барнаул 1999г)
5. Лекционный материал по пропедевтике внутренних болезней.
6. «Синдромы в кардиологии» Г. Г. Ефремушкин, Г.Б. Кондакова, А.В. Кузнецова (Барнаул 2004г)