Санкт-Петербургская государственная медицинская академия

имени И.И. Мечникова

**Кафедра факультетской терапии с курсом интервенционной кардиологии**

**АКАДЕМИЧЕСКАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

Ишемическая болезнь сердца

**ВЫПОЛНИЛА:**

Студентка 4 курса

лечебного факультета

Кравченко Юлия Владимировна

Санкт-Петербург 2010 год

**I. Паспортная часть:**

46 лет, менеджер

Дата поступления: 20.10.2010 г.

**II. Жалобы:**

Жалобы при поступлениина боли сжимающего характера за грудиной, не иррадиируюющие, продолжительностью более 30 минут (не купирующиеся нитроглицерином), чувство нехватки воздуха, головную боль. На день курации жалоб не предъявляет. Жалоб по другим системам органов нет.

**III. Анамнез заболевания:**

На протяжении последних 3 лет больного беспокоили незначительные болевые ощущения после психо-эмоциональных перегрузок, которые самопроизвольно проходили в течении 10 минут. Нитроглицерин и аналогичные препараты больной с целью купирования приступов не принимал.

Утром 20.10.2010 отметил сильные, сжимающие боли за грудиной не купирующиеся нитро препаратами. Была вызвана СМП. Больного с диагнозом ИБС, острый инфаркт миокарда доставили в больницу им. Петра Великого.

**IV. Анамнез жизни:**

Родился в Санкт-Петербурге, единственный ребенок в семье. Рос и развивался нормально в соответствии с возрастными нормами. В армии не служил. Окончил школу. На работе нередко сталкивается со стрессовыми ситуациями. Степень физического труда - легкая. Семейное положение - женат. Один ребенок.

Материальное обеспечение - хорошее. Конфликтных ситуаций в семье не отмечает. Питание полноценное, 3-х разовое.

Перенесенные болезни: сопутствующих заболеваний, влияющих на тяжесть состояния больного не отмечает. Операций, травм не было.

Вредные привычки: Стаж курения - 17 лет.10 лет назад бросил. Алкоголем не злоупотребляет.

Наследственность: мать страдала гипертонической болезнью, умерла в 75 лет от сердечного приступа, сведений об отце не имеет.

Аллергологический анамнез: аллергические реакции отрицает.

Эпидемиологический анамнез: Гепатит в 1990 году. Туберкулеза, малярии, кишечных инфекций, венерических заболеваний не было. Контакта с инфекционными больными, гемотрансфузий, выездов за пределы Ленинградской области не было.

Страховой анамнез: За последние 12 месяцев больничных листов не было.

**V. Данные объективного исследования.**

Общее состояние больного - удовлетворительное. Положение активное, сознание ясное. Походка твердая, уверенная, без напряжения. Рост - 184, вес - 90 кг. ИМТ - 26,6. Телосложение правильное, тип конституции - гиперстеник.

Кожные покровы - чистые. Окраска обычная, тургор сохранен. Видимые слизистые розового цвета. Подкожная жировая клетчатка: толщина складки на уровне пупка - 4 см. Периферических отеков нет.

Щитовидная железа не увеличена, при пальпации безболезненна, эластичной консистенции. Узлов нет.

Мышечная система развита удовлетворительна, тонус мышц сохранен. Тремора рук не наблюдается. Видимых деформаций суставов не обнаружено, движения активные, сохранены в полном объеме.

Периферические лимфатические узлы не увеличены. Нервная система - обоняние, вкус, зрение, слух не изменены, сон и аппетит не нарушены.

**Описание внутренних органов по системам:**

Сердечно-сосудистая система:

Пульс 52 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, одинакового наполнения на обоих лучевых артериях.А. Д.130/90 мм. рт. ст. Эпигастральная пульсация, пульсация сонных артерий и набухание шейных вен не визуализируются.

Осмотр области сердца: деформаций в области сердца, сердечного толчка, диастолического и систолического дрожания не выявлено. Верхушечный толчок определяется в 5 межреберье.

Границы относительной сердечной тупости:

Правая - IV межреберье на 1см кнаружи от правого края грудины

Верхняя - на уровне III ребра

Левая - расширена, определяется в V межреберье по средне-ключичной линии.

Границы абсолютной сердечной тупости:

Правая - левый край грудины;

Верхняя - на уровне 4 ребра

Левая - в V межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии;

Аускультация сердца: ЧСС - 50 уд/мин. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Акцентов нет. Над всеми точками выслушивания шумов нет. Границы сосудистого пучка в 1 и 2 межреберье справа и слева не выступают за края грудины.

Дыхательная система:

Дыхание через нос не затруднено, ритмичное. Частота дыхания 18/мин. Форма грудной клетки - правильная. Грудная клетка симметрична, равномерно участвует в дыхании, над и под ключичные ямки умеренно выражены. При пальпации безболезненная, эластичная, голосовое дрожание сохранено.

Топографическая перкуссия:

Нижняя граница легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Правое | Левое |
| L. parasternalis | 6 ребро | - |
| L. medioclavicularis | 6 ребро | - |
| L. axillaris anterior | 7 ребро | 7 ребро |
| L. axillaris media | 8 ребро | 8 ребро |
| L. axillaris posterior | 9 ребро | 9 ребро |
| L. scapularis | 10 ребро | 10 ребро |
| L. paravertebralis | Остистый отросток 11 грудного позвонка | |

Верхняя граница легких:

Высота стояния верхушек спереди 3см - правое; 3см - левое

Высота стояния верхушек сзади 7 шейный позвонок

Подвижность легочного края по l. axillaris posterior:

вдох 6 см; 6 см, выдох 4 см; 4 см

При сравнительной перкуссии ясный легочный звук над всей поверхностью легких.

Аускультация: дыхание жесткое, хрипов и других побочных дыхательных шумов нет.

Пищеварительная система.

Язык сухой, сосочки хорошо выражены. Слизистая полости рта розовая, язв и высыпаний нет. Миндалины не увеличены.

Живот симметричен, равномерно участвует в дыхании, подкожные вены не расширены. Отмечается незначительно избыточно развитая подкожная жировая клетчатка. Асцит не выявляется.

Пальпация живота:

Поверхностная пальпация - брюшная стенка мягкая, безболезненная, расхождения прямых мышц живота, грыж нет. Патологической перистальтики нет.

Глубокая пальпация - пальпация безболезненная. В левой подвздошной области пальпируется сигмовидная кишка - безболезненная, подвижная, эластичная, гладкая, не урчит. В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка - безболезненная, эластичная, гладкая, слегка урчит. На уровне пупка при бимануальной пальпации пальпируется ободочная кишка - безболезненная, подвижная.

В правом подреберье пальпируется край печени - не острый, безболезненный. Размеры по Курлову: 9-8-7 см.

Селезенка не пальпируется в положении больного на спине и на правом боку. Перкуторно определяется по l. axillaris media c 9 ребра.

Мочевыделительная система.

Мочеиспускание свободное, безболезненное.

При осмотре патологии не выявлено, мышцы хорошо контурируются, асимметрии нет. Почки пропальпировать справа и слева не удалось. Симптом поколачивания по поясничной области - отрицательный.

Нервная система.

Больной адекватен, доброжелателен, вспыльчивости и резкой смены настроения не наблюдалось. Зрачки симметричны, реакция на свет нормальная. Тремора рук нет.

**VI. Предварительный Диагноз**

**Основной диагноз:** ИБС: инфаркт миокарда от 20.10.10 г.

**Обоснование:** На основании жалоб больного - боли за грудиной давящего характера, продолжительностью более 30 мин, не купирующиеся нитропрепаратами, появившиеся 20.10.10 г.

На основании данных анамнеза заболевания - больной сообщал о наличие незначительных болезненных ощущений возникающих после психо - эмоциональных перегрузок в течении последних 3 лет.

На основании данных анамнеза жизни - у больного работа сопряжена со стрессовыми ситуациями, стаж курения 17 лет, в наследственности видим смерть матери от сердечного приступа и гипертоническую болезнь.

На основании данных объективного осмотра 2.11.2010 г. - при перкуссии: левая граница относительной сердечной тупости расширена и определяется на уровне пятого межреберья по срединно-ключичной линии. При аускультации тоны сердца приглушены.

Сопутствующих заболеваний и осложнений не выявлено.

**VII. План обследования больного**

1) ЭКГ - признаки ишемии, некроза

2) ЭхоК - позволяет установить размеры полостей сердца, особенности его работы - сократимость и частоту ударов, оценить состояние клапанного аппарата, обнаружить рубцы после инфаркта миокарда и степень их распространения. Позволяет заметить появление осложнений после инфаркта миокарда, способные привести к тяжелым последствиям: аневризма сердца, образование внутрисердечных тромбов.

3) Клинический анализ крови

4) Биохимический анализ крови - позволяет оценить в крови концентрацию ферментов, которые являются показательными для ИМ: КФК, миоглобин, тропонин, реагирующие на некротические изменения миокарда через несколько часов. Наиболее специфичными являются тропонины. Тропонин I - сократительный белок, в норме отсутствующий в сыворотке крови. Он появляется только при некрозе кардиомиоцитов и считается одним из наиболее чувствительных и ранних признаков инфаркта миокарда. Тропонин Т также появляется в крови при миокардиальном некрозе, но его повышение в течение первых 6ч - менее чувствительный признак, чем увеличение тропонина I. Длительное сохранение тропонинов I и Т в сыворотке крови позволяет использовать их в диагностике инфаркта миокарда позднее 48 ч от начала его развития.

5) Коронарография - позволяет визуализировать тромботическую окклюзию инфаркт-связанной артерии и определить дальнейшую тактику ведения.

6) Консультация эндокринолога - оценка тиреоидного статуса с целью выделения групп высокого риска развития жизнеугрожающих желудочковых нарушений ритма, систолической дисфункции левого желудочка и, в целом, неблагоприятного исхода заболевания.

**VIII. Данные лабораторных и инструментальных исследований**

|  |  |
| --- | --- |
| ЭКГ (20.10.10 г.)  Ритм: синусовый.  ЧСС: 63 уд/мин  Длительность интервалов:  P80 мсек  PQ140 мсек  QRS80 мсек  RR950 мсек  ***Заключение:*** неполная блокада правой ножки пучка Гиса; признаки гипертрофии левого желудочка; картина острой стадии нижнего Q ИМ ЛЖ | ЭКГ (01.11.10 г.)  Ритм: синусовая брадикардия.  ЧСС: 45 уд/мин  Длительность интервалов:  P100 мсек  PQ140 мсек  QRS100 мсек  RR1330 мсек  ***Заключение:*** закономерная динамика Q ИМ нижней стенки ЛЖ |

Клинический анализ крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование: | 21.10.2010 | 25.10.2010 |
| Эритроциты | 4,46\*1012/л | 4,21\*1012/л |
| Гемоглобин | 136 | 132 |
| Лейкоциты | 6,4 | 5,3 |
| Эозинофилы | 2,9 | 1,9 |
| Палочкоядерные | - | - |
| Сегментоядерные | - | - |
| Лимфоциты | 19,8 | 23,5 |
| Моноциты | 12,9 | 11,9 |
| СОЭ | 33 | 47 |

**инфаркт миокард ишемический сердце**

Биохимический анализ крови (20.10.2010):

|  |  |
| --- | --- |
| Общий белок | 73 |
| Мочевина | 5,5 |
| Креатин крови | 44,0 |
| Трансаминазы: АЛТ  АСТ | 29,0  37,0 |
| Тропонин | менее 0,1 |
| Сахар | 6,7 |
| Калий | 4,13 |
| Натрий | 141 |

**Эхокардиография** 29.10.10

Умеренно расширены полости предсердий, стенки ЛЖ не утолщены. Небольшая гипокинезия базального сегмента ЗСЛЖ. Аорта не расширена. Митральная регургитация 1 степени, трикуспидальная регургитация 1 степени.

**Коронарография** 20.10.10

Левая коронарная артерия - без гемодинамически значимого стенозирования. Правая коронарная артерия - главный ствол: субокклюзия в проксимальной трети.

**Гормоны щитовидной железы** 27.10.10

ТТГ - 1,94 мкМЕ/мл

**Маркеры инфекционных заболеваний** 20.10.10

HBsAg: отр

антиHCV: отр

RW: отр

**IX. окончательный диагноз**

**Основной диагноз:** ИБС: острый нижний трансмуральный инфаркт миокарда левого желудочка I типа от 20.10.2010.

**Обоснование:** На основании жалоб 20.10.2010: острая давящая боль в грудной клетке, продолжительностью более 30 минут, которая не купируется нитроглицерином и не иррадиирует. Также ощущение беспокойства, чувство страха, страх смерти, субъективное чувство нехватки воздуха. Потливость и общая слабость.

На основании анамнеза заболевания: до приступа жалоб со стороны сердечно-сосудистой системы не предъявлял. Повышения АД не отмечал. Появления приступа загрудинных болей с эмоциональными или физическими нагрузками не связывает.

На основании анамнеза жизни: работает менеджером, На работе нередко случаются стрессовые ситуации. У матери с 40 лет - гипертоническая болезнь, умерла от инфаркта. Курил 17 лет, в 2000 году бросил.

На основании объективного обследования 02.11.2010: при перкуссии - левая граница относительной сердечной тупости расширена и определяется на уровне пятого межреберья по срединно-ключичной линии. При аускультации тоны сердца приглушены.

На основании лабораторных данных 20.10.2010 - 01.11.2010:

1. ЭКГ признаки инфаркта миокарда:

* отсутствие зубца R в отведениях: II и III стандартные, AvF, V4;
* появление патологического зубца Q в отведениях: II и III стандартные, AvF;
* подъем сегмента S-T выше изолинии в отведениях: II и III стандартные, AvF;
* дискордантное смещение сегмента S-T ниже изолинии в отведениях: передних грудных, максимально V3;
* отрицательный зубец T в отведениях: II и III стандартные, AvF.

2. ЭхоКГ

Митральная регургитация 1 степени. Трикуспидальная регургитация 1 степени. Диастолическая дисфункция ЛЖ по ригидному типу.

3. Коронарография

*Правая коронарная артерия.* Главный ствол: субокклюзия в проксимальной трети. Пристеночный дефект контрастирования c/3. Кровоток TIMI-1.

Сопутствующих заболеваний и осложнений не выявлено.

**Дифференциальный диагноз.**

1) Острый перикардит - боли связаны с фазами дыхания, движениями, усиливаются в положении лежа, при объективном исследовании сердца выявляется шум трения перикарда, на ЭКГ высокий Т и поднятие ST выше изолинии во всех отведениях.

2) Тромбоэмболия легочной артерии - начало заболевания после операции у больных с глубоким тромбозом вен нижних конечностей, наличие клинических и ЭКГ синдромов инфарктов легкого и инфарктной плевропневмонии с кровохарканием, шумом трения плевры, цианозом, отсутствие симптомов на ЭКГ, характерных для инфаркта миокарда.

3) Расслаивающая аневризма аорты - внезапные длительные загрудинные боли, отсутствие ЭКГ-признаков инфаркта миокарда, асимметрией пульса и АД на руках и ногах.

У данной больного нет симптомов характерных для данных заболеваний, но есть симптомы, подтверждающие диагноз острый инфаркт миокарда.

**Этиология и патогенез.**

Этиологические факторы ИМ: в 95% случаев - атеросклеротическое поражение коронарных артерий и развитие в них тромбов. В остальных случаях - неатеросклеротическое поражение (артерииты, травмы коронарных сосудов, лучевое повреждение и т.д.)

Патогенез. Основа развития ИМ является патофизиологическая триада - разрыв атеросклеротической бляшки, тромбоз, вазоконстрикция. При ишемии миокарда происходит стимуляция симпатических нервных окончаний с последующим высвобождением норадреналина и стимуляцией мозгового слоя надпочечников с выбросом в кровь катехоламинов. Накопление недоокисленных продуктов обмена при ишемии миокарда ведет к раздражению интерорецепторов миокарда или коронарных сосудов, что реализуется в виде появления резкого болевого приступа, сопровождающегося активизацией мозгового слоя надпочечников с максимальным повышением уровня катехоламинов в течение первых часовзаболевания. Гиперкатехоламинемия приводит к нарушению процессов энергообразования в миокарде. Повышение активности симпатоадреналовой системы, приобретающей у больных острым инфарктом миокарда сначала компенсаторный характер, становится вскоре патогенным в условиях стенозирующего атеросклероза венечных артерий сердца.

**Патологическая анатомия.**

Очаг некроза миокарда (инфаркт) локализуется, как правило, в бассейне тромбированной венечной артерии, а при отсутствии тромба - в бассейне наиболее стенозированной ветви.

Очаг некроза формируется и отчетливо проявляется к концу первых суток. В случаях смерти больных в первые часы заболевания миокард в области тромбированой венечной артерии может быть дряблым, бледным с участками неравномерного кровенаполнения. К концу первых суток очаг некроза приобретает четкие, часто неровные контуры, бледно-желтоватый цвет. который с течением времени сменяется на желтовато - или зеленовато-серый. По периферии очаг некроза может быть окружен красной каймой, начиная со второй недели заболевания кайма, приобретающая яркий красный цвет, образуется западающими участками грануляционной ткани, постепенно замещающей очаг некроза. На месте очага некроза, если он небольшой, уже к концу первого месяца, а при обширном И. м. - к концу второго месяца возникает "молодой" рубец - красновато-серая ткань с белесоватыми прослойками; в последующем она преобразуется в плотную белесоватую рубцовую ткань (постинфарктный рубец).

Благоприятным исходом И. м. является его организация с образованием рубца. При этом функция погибших кардиомиоцитов компенсируется за счет гипертрофии мышечных клеток вне зоны рубца. Постинфарктный рубец формируется из грануляционной ткани, постепенно распространяющейся с периферии и замещающей очаг некроза. В ней со временем увеличивается количество коллагена в виде плотно сформированных пучков, уменьшается активность фибробластов. Новообразованные капилляры редуцируются, формируются разнокалиберные сосуды. Срок образования рубца варьирует от 2 до 4 мес. и зависит прежде всего от величины очага некроза.

Из осложнений И. м, патологоанатомически наиболее часто выявляют разрыв некротизированной стенки сердца, проявления кардиогенного шока, аневризму сердца, реже пристеночные тромбы в сочетании с признаками тромбоэмболии в различные органы, фибринозный перикардит.

**Патоморфология.**

Инфаркт миокарда:

1. Трансмуральный (очаг некроза захватывает всю толщу миокарда от эндокарда к эпикарду)
2. Нетрансмуральный

а) субэндокардиальный (очаг некроза захватывает только субэндокардиальные отделы миокарда)

б) интрамуральный (очаг некроза располагается в толще миокарда, не достигая субэпикарда или субэндокарда)

в) субэпикардиальный (некроз локализован в субэпикардиальных отделах миокарда)

**Лечение.**

Основные принципы:

ликвидация болевого приступа;

- снижение нагрузки на сердце - лечение, направленное на увеличение просвета венечных артерий;

- лечение, направленное на растворение образовавшегося тромба и предотвращение нового тромбообразования, в просвете венечной артерии;

- лечение возникающих осложнений и профилактика их возникновения.

Терапия назначенная пациенту Андрееву:

1) Постельный режим

2) Стол №10 - ограничением калорийности за счет главным образом легкоусвояемых углеводов и жиров животного происхождения. Исключить продукты, богатые холестерином и витамином D. В пищевой рацион ввести: продукты, обладающие липотропным действием, растительное масло с высоким содержанием полиненасыщенных жирных кислот, овощи, фрукты и ягоды (витамин C и растительная клетчатка), продукты моря, богатые йодом. Режим питания: 5-6 раз в день в умеренном количестве, ужин за 3 ч до сна.

3) Фибринолитики

Rp.: Streptokinazi 1500000 ЕД

D. t. d. N.2

S. Вводить в/в капельно, предварительно содержимое флакона развести в 100 мл 0,9% NaCl

4) Оксигенотерапия.

5) Антикоагулянты (гепарин 25000 ЕД п/к по 5000 ЕД 4 раза в день).

6) Антиагреганты

Rp.: Tab. Acidi acetylsalicylici 0.1

D. t. d. N.10

S. Внутрь по 1 таблетке 1 раз в сутки

7) Ингибиторы АПФ (энап по 1 таблетке 1 раз в день).

Rp.: Tab. Enalaprili 0.005

D. t. d. N.30

S. Внутрь по 1 таблетке 2 раза в сутки

8) Поляризующая смесь (5% глюкоза 250 мл, 4% хлорид калия 100 мл, инсулин 6 ЕД) в/в капельно 1 раз в день.

10) Нитросорбид.

Rp.: Tab. Nitrosorbidi 0.005

D. t. d. N.50

S. Внутрь по 1 таблетке 3 раза в сутки

11) β-адреноблокаторы (метопролол).

Rp.: Tab. Metoprololi 0.025

D. t. d. N.30

S. Внутрь по 1 таблетке 3 раза в сутки

**X. Дневники наблюдения**

*02.11.10г.* Общее состояние больного удовлетворительное, жалоб не предъявляет, t тела 36,7 С. Провели расспрос больного, перкуссию сердца и легких. Объективно - пульс 52 уд/мин, АД 135/85 мм рт ст, ЧДД - 17 в минуту.

*03.11.10 г.* Общее состояние больного удовлетворительное, жалоб не предъявляет, t тела 36,8 С. Провели аускультацию сердца и легких, поверхностную и глубокую пальпацию. Объективно - тоны приглушены, пульс 47 уд/мин, АД 135/90 мм рт ст, ЧДД - 18 в минуту.

*04.11.10 г.* Общее состояние больного удовлетворительное, жалоб не предъявляет, t тела 36,7 С. Объективно - тоны приглушены, пульс 49 уд/мин, АД 130/90 мм рт ст, ЧДД - 17 в минуту.

**XI. Эпикриз.**

Андреев Андрей Борисович, 46 лет

Больной поступил в кардиологическое отделение 20.10.2010 г. С острым инфарктом миокарда.

Больной предъявлял жалобы на боли сжимающего характера за грудиной, продолжительностью более 30 минут, не купирующиеся нитропрепаратами, чувство нехватки воздуха. Из анамнеза жизни: на работе частые стрессовые ситуации, стаж курени, предрасполагающие наследственные факторы.

Объективно - при перкуссии - расширение границ сердца влево, при аускультации - приглушенные тона.

Были произведены исследования - общий анализ крови; биохимический анализ крови - обнаружили в крови специфические ферменты, которые являются показательными для ИМ: КФК, миоглобин, тропонин; общий анализ мочи; ЭКГ - выявили признаки некроза и ишемии миокарда, установили локализацию, распостраненность и глубину инфаркта миокарда; ЭхоКГ - установили размеры полостей сердца, особенности его работы - сократимость и частоту ударов, оценили состояние клапанного аппарата; рентгенография грудной клетки.

Назначено лечение - тромболитики, антикоагулянты, дезагреганты, β-адреноблокаторы, нитраты, ингибиторы АПФ, препараты калия.

На настоящий момент состояние больного удовлетворительное, исход заболевания в результате лечения - улучшение.

Рекомендации - лечебная физкультура, избегать тяжелых физических нагрузок, эмоционального напряжения, стрессов, диета с пониженным содержанием животных жиров, легкоусвояемых углеводов, богатая полиненасыщенными жирными кислотами, антиатерогенными веществами, растительной клетчаткой, продуктами моря, проживание в экологически чистой местности, частые прогулки на свежем воздухе, санаторно-курортное лечение. Периодически наблюдаться у кардиолога. При ощущении симптомов стенокардии принимать нитроглицерин.

Прогноз благоприятный. Больной выписан 04.11.10 г.