ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Фамилия: x

Имя: x

Отчество: x

Пол: мужской

Возраст: 66 лет

Социальный статус: пенсионер

Домашний адрес:

Дата поступления: 21 апреля 1998 года, 2130

Порядок поступления: экстренный (по «Скорой помощи»)

Диагноз направления: ИБС, прогрессирующая стенокардия

Клинический диагноз:

основное заболевание

ИБС, постинфарктный кардиосклероз (от января 1997 года, поражение задней стенки левого желудочка), прогрессирующая стенокардия напряжения, синусовая аритмия, недостаточность кровообращения 1 степени.

фоновая патология

Гипертоническая болезнь II стадии? Симптоматическая почечная артериальная гипертензия?

сопутствующие заболевания

Мочекаменная болезнь в стадии обострения.

ЖАЛОБЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ

Боли за грудиной давящего, сжимающего характера, возникающие приступами. Приступы боли постепенно нарастают по продолжительности и силе, затем боль быстро проходит. Провоцирует приступы незначительная физическая нагрузка, нитроглицерином они не купируются. Боли уменьшаются при принятии вертикального положения (сидя, стоя).Приступы боли сопровождаются ощущением тревоги, страхом смерти. После приступа больной чувствует слабость, разбитость, отсутствует аппетит. Продолжительность приступа – от 5 до 15 минут.

Ощущение перебоев в работе сердца, возникающее во время приступов боли за грудиной.

Головная боль распирающего характера, возникающая после приема нитроглицерина.

Одышка с затруднением вдоха, возникает после физической нагрузки и во время приступа.

АНАМНЕЗ БОЛЕЗНИ

Считает себя больным со 2 января 1997 года, когда в состоянии алкогольного опьянения впервые почувствовал острые боли за грудиной, которые сопровождались ощущением перебоев в работе сердца («замирания»), чувством тревоги. Приступы боли возникали до 10 раз за сутки, никакими лекарствами больной их не купировал и к врачам не обращался. 4 января больной обратился с этими жалобами в поликлинику к участковому терапевту, была сделана ЭКГ, на которой обнаружились (со слов больного) признаки предынфарктного состояния. В поликлинику была вызвана бригада «скорой помощи» и больной был доставлен в железнодорожную больницу. От госпитализации отказался. Были назначены препараты (сустак), эффекта от лечения не было. Через 4 дня (8 января) состояние ухудшилось: появились очень резкие, «кинжальные» боли за грудиной, которые не купировались нитроглицерином. Больной вновь обратился к участковому терапевту, по «скорой помощи» из поликлиники был доставлен в клиники СГМУ с диагнозом «инфаркт миокарда». Лечился в стационаре 1 месяц, затем 2 месяца амбулаторно, терапия проводилась гепарином, нитроглицерином, коринфаром, аспирином. После выписки было рекомендовано постоянное применение капотена и анаприлина по ½ таблетки утром и вечером. Рекомендации больной соблюдал.

Весной и летом 1997 года приступы болей за грудиной возникали редко: не чаще 1-2 раз в месяц. Провоцировала их умеренная физическая нагрузка (после перенесенного инфаркта больной резко ограничил свою физическую активность): например, поднятие груза более 10 кг, ходьба более чем на 100-150 м.

Осенью 1997 года приступы стали учащаться, количество их доходило до 3-4 раз в сутки, они стали более продолжительнее по времени и более интенсивными, стали возникать после меньшей, чем раньше, физической нагрузки. Для купирования приступов больной ничего не принимал.

18 апреля 1998 года приступы боли значительно участились (без видимой причины), их количество достигло 10-15 раз за сутки. Боль стала более интенсивной, сопровождалась ощущением перебоев в работе сердца, тревогой, страхом смерти. Приступы провоцировались минимальной физической нагрузкой (вставание с постели, разговор). Для купирования боли больной стал принимать нитроглицерин, который снимал приступ на 2-3 часа.

С каждым днем состояние ухудшалось, приступы учащались и удлинялись, нитроглицерин перестал оказывать действие.

21 апреля утром больной проснулся от боли за грудиной, принял 7 таблеток нитроглицерина, но приступ не купировался. В течение дня больной принял еще 8 таблеток, состояние не улучшалось. Появилась головная боль, тошнота. В 20.00 больной вызвал бригаду «скорой помощи» и был доставлен в терапевтическое отделение 3 городской клинической больницы.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Травмы и операции в анамнезе больной отрицает.

В возрасте 27 лет была обнаружена большая язва ДПК, которая затем осложнилась кровотечением. От операции больной отказался, лечился консервативно, язва зарубцевалась. В 1992 году была диагностирована язва желудка, назначено консервативное лечение, достигнута полная ремиссия.

Примерно с 40 лет страдает периодическим повышением артериального давления до 160-180/100 мм рт ст. Проявляется это головной болью, общим недомоганием.

20 лет назад больной перенес несколько приступов почечной колики, был госпитализирован, на рентгенограмме был обнаружен камень в левой почке, предложено оперативное лечение. От операции больной отказался, лечился консервативно и примерно через 3 недели от начала заболевания камень вышел самостоятельно. Повторная рентгенограмма почек не выполнена.

Курил 48 лет, бросил в 1992 году.

Непереносимость лекарственных средств и пищевую аллергию отрицает.

СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ

Туберкулез, рак, нервные, психические, венерические заболевания в роду отрицает.

Родная сестра больного страдала врожденным пороком сердца (каким-больной уточнить не может), от которого и умерла на 9 месяце беременности в 27 лет.

## ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

Рост : 168 см

Вес : 70 кг

Общее состояние: удовлетворительное

Сознание : ясное

Положение**:** активное

Тип телосложения **:**  гиперстенический

Выражение лица: обычное

#### Кожные покровы

Кожа бледная, сухая, на многих участках отмечается шелушение. Имеется гиперкератоз локтей. Эластичность кожи снижена.

#### Видимые слизистые оболочки

Задняя стенка глотки слегка гиперемирована , болей в горле и налетов нет .

##### Подкожная жировая клетчатка

Развитие подкожного жирового слоя избыточное, особенно на животе.

#### Костная система

Кости черепа, грудной клетки, таза, верхних и нижних конечностей не имеют видимых деформаций, безболезненны при пальпации и перкуссии, очагов размягчения в костях не найдено. Суставы обычной конфигурации , кожа над ними нормальной температуры и влажности . Обнаружено искривление позвоночника вправо в грудном отделе. Поясничный лордоз сглажен .

#### Мышечная система

Пальпация отдельных мышечных групп безболезненна. Сила мышц достаточная , тонус сохранен . Активные движения в полном объеме .

Мышцы брюшного пресса ослаблены.

##### Лимфатические узлы

Пальпируются следующие группы лимфатических узлов: заушные, подчелюстные, подмышечные, паховые справа. Остальные группы лимфатических узлов не пальпируются . Пальпируемые группы лимфоузлов безболезненны , эластичны , не спаяны с окружающей клетчаткой .

#### Дыхательная система

Носовые ходы свободны, отделяемого из носа нет.

Деформаций грудной клетки нет.

Эластичность грудной клетки сохранена, голосовое дрожание на симметричных участках проводится одинаково.

При перкуссии границы легких определяются на обычном уровне, высота стояния верхушек легких спереди - 3.5 см от ключицы справа и слева. Поля Кренига справа - 6 см , слева - 5.5. см .

При сравнительной перкуссии над симметричными участками передних, боковых и задних поверхностей легких перкуторный звук одинаковый - ясный, легочной.

Дыхание над всей поверхностью легких везикулярное. Бронхофония сохранена. Хрипов , крепитации и шума трения плевры не прослушивается .

#### Сердечно-сосудистая система

При осмотре "сердечный горб" не определяется. Пульсации сосудов не видно.

Верхушечный толчок определяется на 1 см кнаружи от срединноключичной линии в 5 межреберье слева. Верхушечный толчок разлитой, достаточной силы, совпадает с пульсовой волной.

На основании сердца пульсация сосудов пальпаторно не определяется.

Границы тупости сердца:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | слева | сверху | справа |
| относительной | на 1 см кнаружи от срединноключичной линии слева | 3 межреберье слева | на 1 см кнаружи от правого края грудины |
| абсолютной |  | 4 межреберье слева | по левому краю грудины |

Тоны сердца приглушены. Ритм правильный.

I тон громче на верхушке сердца, II тон - на основании сердца.

АД – 140/100 мм рт ст.

Пульс 68 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. Эластичность стенки сосуда сохранена. Дефицита пульса нет .

#### Органы желудочно-кишечного тракта

Язык влажный, обложен белым налетом, по краям языка имеются отпечатки зубов

Зубы желтоватого цвета, дефектов зубного ряда и признаков кариеса не отмечено. Десны розовые, умеренно влажные, выводные протоки слюнных желез не гиперемированы. Зев гиперемирован, миндалины не выступают за края небных дужек.

Глотание жидкой и твердой пищи не затруднено. Время прохождения жидкости по пищеводу - 9 секунд.

При осмотре живот правильной формы, не выступает за края реберных дуг, хотя имеется увеличение его объема за счет подкожной жировой клетчатки, подкожные вены не расширены, кожа бледная, сухая.

Поверхностная пальпация кишечника безболезненна за исключением правой подреберной области.

Глубокая пальпация отделов кишечника безболезненна .

При аускультации над кишечником выслушивается звук перистальтики . Пальпация точек тела и хвоста поджелудочной железы безболезненна.

Симптомы желчного пузыря отрицательны .

Стул регулярный, оформленный, безболезненный, окраска его темная.

Печень выступает на 1 см из-под края реберной дуги.

Размеры печени по Курлову: 10х10х8 см.

#### Мочеполовая система

Почки не пальпируются. Пальпация средней и нижней мочеточниковых точек безболезненна . Мочевой пузырь пальпируется сразу над лобковым сочленением в виде округлого безболезненного образования тугоэластической консистенции. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон.

Мочеиспускание регулярное, безболезненное.

## ОБОСНОВАНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА

Основным синдромом, выявленным у данного больного, является **синдром загрудинных болей (стенокардитический).** Он проявляется у больного приступами давящей, сжимающей боли за грудиной, не имеющей иррадиации, возникающей после минимальной физической нагрузки, длящейся от 3 до 10 минут. Приступы сопровождаются чувством тревоги, страхом смерти, ощущениями перебоев в работе сердца, его «замирания».

Практически все вышеперечисленные признаки являются достоверными признаками стенокардии напряжения (по Василенко), за исключением отсутствия иррадиации болей.

За последние 10 дней количество приступов боли значительно возросло (до 10 в сутки), тяжесть их также увеличилась. Снизилась толерантность к обычной физической нагрузке: приступы стала вызывать меньшая, чем раньше, степень нагрузки. Появились ночные боли, эффективность нитроглицерина при купировании болевых приступов значительно снизилась.

Все эти факты заставляют предположить существование у больного прогрессирующей стенокардии напряжения.

В анамнезе у больного имеется перенесенный в январе 1997 года инфаркт миокарда.

Ощущение перебоев в работе сердца, возникающее у больного во время приступов, характерно для преходящих нарушений ритма, чаще экстрасистолий, которые могут сопровождать приступы стенокардии.

Жалобы больного на одышку, возникающую при физической нагрузке и во время приступа загрудинной боли, а также расширение левой границы сердца можно расценить как недостаточность кровообращения 1 (начальной) стадии.

Имеющие место эпизоды повышения артериального давления до 160-180/100-110 мм рт ст в сочетании с расширением левой границы сердца заставляют предположить наличие гипертонической болезни, предположительно II стадии. Кроме того, 27 апреля больной предъявил жалобы на возникшие накануне интенсивные колющие боли в поясничной области, больше слева, с иррадиацией в левую лопатку и плечо. Со слов больного, при перенесенном им 20 лет назад приступе почечной колики боли были такими же. Симптом поколачивания положителен с обеих сторон, больше слева.

Так как больному 20 лет назад был поставлен диагноз мочекаменной болезни, и с тех пор обследования мочевыделительной системы он не проходил, возможно предположение об обострении мочекаменной болезни. Необходимо лабораторное и инструментальное исследование для выяснения причин беспокоящих больного болей. Наличие у больного хронической патологии почек может объяснить и повышение артериального давления (возможно, это симптоматическая почечная гипертензия). Для дифференциальной диагностики этих состояний необходимо провести ряд дополнительных исследований.

Таким образом, предварительный диагноз:

###### Основной:

Ишемическая болезнь сердца, постинфарктный кардиосклероз (от января 1997 года), прогрессирующая стенокардия напряжения, аритмия (экстрасистолия?), недостаточность кровообращения 1 стадии.

**Фоновое заболевание:**

Гипертоническая болезнь II стадии? Симптоматическая почечная артериальная гипертензия?

**Сопутствующее заболевание:**

Мочекаменная болезнь в стадии обострения

## ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

1.ЭКГ в динамике: для диагностики нарушений ритма и контроля за степенью ишемических нарушений миокарда (оценка эффективности проводимого лечения). Необходимо также выяснить локализацию постинфарктного рубца, подтвердить наличие гипертрофии левого желудочка.

2.УЗИ сердца: для выявления участка гипокинеза после инфаркта, гипертрофии левого желудочка.

3.ОАК: для оценки показателей СОЭ и лейкоцитов (повышение этих показателей будет подтверждением обострения мочекаменной болезни).

4.ОАМ: для выявления солей, почечного эпителия в моче, микрогематурии, пиурии, что подтверждает обострение мочекаменной болезни.

5.Анализ мочи по Нечипоренко: для выявления патологического мочевого осадка (эритроцитов, лейкоцитов, цилиндров, эпителия).

6.УЗИ почек: для выявления эхоконтрастных камней, оценки состояния чашечно-лоханочной системы.

7.Внутривенная контрастная урография: показана, если предыдущий метод не даст результата.

8.Исследование глазного дна: для выявления сосудистых изменений, свойственных гипертонической болезни и для уточнения ее стадии.

9.Биохимическое исследование крови: АЛТ, АСТ (для исключения некротических процессов в миокарде), холестерин, β-липопротеиды, (для подтверждения наличия атеросклероза, который может быть причиной развития ишемической болезни сердца), сахар крови, креатинин, мочевина (для подтверждения наличия хронического заболевания почек).

10.Рентгенограмма грудной клетки: для подтверждения гипертрофии левого желудочка и выявления признаков атеросклероза аорты.

ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

**ЭКГ. 21.04. 2240.**

Ритм синусовый, правильный, ЧСС-77 уд/мин.

R-R 0.78 с PQ 0.15 с

QRS 0.08 с P 0.10 с

Электрическая ось сердца отклонена влево, имеется поворот сердца против часовой стрелки (переходная зона смещена в V1-V2). Позиция сердца горизонтальная.

Помимо косвенных, имеется прямой признак гипертрофии левого желудочка: R в V5 -V6  больше 25 мм (26 и 27 мм соответственно). В 5 и 6 грудных отведениях зубец Т отрицательный, что свидетельствует о наличии систолической перегрузки левого желудочка, либо об ишемических изменениях в боковой его стенке.

Есть признаки рубцовых изменений в миокарде задней стенки левого желудочка: в 3 стандартном и в аVF отведениях имеется только патологический зубец Q, зубца R нет совсем, следовательно, перенесенный инфаркт был трансмуральным. Сегмент ST находится на изолинии, зубец T положителен.

Имеется нарушение внутрижелудочковой проводимости в виде неполной блокады передней ветви левой ножки пучка Гиса.

**ЭКГ. 22.04.**

Ритм синусовый, неправильный, ЧСС колеблется от 65 до 78 уд/мин.

R-R от 0.92 до 0.76 с PQ 0.18 с

QRS 0.08 с Р 0.10 с

Признаки гипертрофии левого желудочка и рубцовые изменения на задней стенке сохраняются. Кроме того, появились признаки ухудшения коронарного кровообращения в задней стенке левого желудочка: в 3 стандартном и в аVF отведениях появился отрицательный зубец Т и снижение сегмента ST ниже изолинии на 1-2 мм. Электрокардиограмма снята в момент приступа загрудинной боли.

**ЭКГ. 24.04.**

Ритм синусовый, правильный, ЧСС 66 уд/мин.

R-R 0.91 с

P 0.10 с

PQ 0.17 с

QRS 0.10 с

По сравнению с ЭКГ от 22 апреля признаки нарушения кровоснабжения задней стенки левого желудочка исчезли: в 3 стандартном и аVF отведениях сегмент ST вышел на изолинию, зубец Т стал положительным.

Признаки гипертрофии левого желудочка сохраняются, но явлений перегрузки нет: в 5 и 6 грудных отведениях зубец Т положителен, сегмент ST на изолинии.

**УЗИ сердца. 26.04.**

**Заключение:** атеросклероз аорты, гипертрофия левого желудочка, дилатация и рубцовые изменения задней стенки левого желудочка с умеренным гипокинезом.

**Рентгенограмма органов грудной клетки. 21.04.**

**Заключение:** инфильтративных изменений легочной ткани не выявлено. Корни легких структурны, в них – крупные кальцинаты.

Конфигурация сердца сохранена, контуры диафрагмы просматриваются обычно, синусы свободны. Имеются признаки атеросклероза аорты.

**Исследование глазного дна. 22.04.**

**Заключение:** умеренные явления артериосклероза сосудов сетчатки.

**Общий анализ мочи. 22.04.**

#### Цвет: желтый

Прозрачность: прозрачная

Удельный вес: 1023

Белок: отрицательный

Сахар: отрицательный

Эпителий плоский: 3-4-5 в поле зрения

Лейкоциты: 2-3-4 в поле зрения

**Заключение:** обнаружено повышенное содержание лейкоцитов (в норме у мужчин – до 3 в поле зрения) и плоского эпителия (в норме 0-1 в поле зрения).

**Общий анализ крови. 22.04.**

|  |  |
| --- | --- |
| Показатель | Значение |
| Эритроциты | 4.7 х 1012/л |
| Гемоглобин | 132 г/л |
| Лейкоциты | 7.3 х 109/л |
| Эозинофилы | 4% |
| Сегментоядерные | 56% |
| Лимфоциты | 36% |
| Моноциты | 4% |
| СОЭ | 20 мм/ч |

**Заключение:**

Патологии не найдено.

**Биохимический анализ крови.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | **21.04.** | **22.04.** | **24.04.** |
| Глюкоза |  | 5.9 ммоль/л |  |
| Общий белок |  | 79.4 г/л |  |
| Креатинин крови |  | 0.142 ммоль/л |  |
| β-липопротеиды |  | 48 ед |  |
| Мочевина |  | 9.8 ммоль/л |  |
| Холестерин |  | 5.27 ммоль/л |  |
| АЛТ | 0.2 |  | 0.4 |
| АСТ | 0.48 |  | 0.97 |
| Протромбиновый индекс |  | 104% |  |
| Фибриноген |  | 4.0 г/л |  |
| Этаноловый тест |  | - |  |

**Заключение:**

21.04.: патологии не обнаружено.

22.04.: повышение уровня глюкозы (норма 3.3-5.5 ммоль/л)

повышение креатинина крови (норма 0.044-0.100 ммоль/л)

повышение уровня мочевины (норма 2.5-8.32 ммоль/л)

повышение уровня холестерина крови (норма до 5.2 ммоль/л).

24.04.: повышение концентрации АСТ в 2 раза по сравнению с нормой.

## ОБОСНОВАНИЕ ОКОНЧАТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА

На ЭКГ, выполненных в динамике, имеются признаки ишемии миокарда, гипертрофии и систолической перегрузки левого желудочка. Найдены также явления ухудшения коронарного кровообращения в задней стенке левого желудочка. Все это является доказательством наличия ишемических изменений в миокарде, характерных для стенокардии при ИБС.

Кроме того, диагноз ИБС подтверждается наличием признаков атеросклероза в других органах (на рентгенограмме грудной клетки обнаружены признаки атеросклероза аорты, в биохимическом анализе крови имеется повышение кровня холестерина).

Признаки постинфарктного кардиосклероза на ЭКГ имеются в 3 и аVF отведениях, следовательно, рубцовые изменения находятся в задней стенке левого желудочка.

Нарушения ритма проявляются у больного в виде эпизодов синусовой аритмии.

Отсутствие других признаков сердечной недостаточности, кроме одышки, подтверждает 1 стадию недостаточности кровообращения.

Окончательно дифференцировать гипертоническую болезнь от симптоматической почечной артериальной гипертензии у данного больного не удалось. Четкой хронологической связи возникновения эпизодов повышения артериального давления с началом проявлений почечной патологии со слов больного не установлено. Повышение артериального давления стало беспокоить больного примерно с 40 лет (не в молодом возрасте). Но имеются данные о наличии хронического поражения почек (по УЗИ), в анамнезе есть указание на почечную патологию (мочекаменная болезнь). В общем анализе мочи патологического мочевого осадка не найдено.

Для окончательного решения вопроса необходимы следующие дополнительные исследования: анализ мочи по Нечипоренко, исследование удельного веса мочи в течение суток, внутривенная урография.

Диагноз мочекаменной болезни подтвержден ультразвуковым исследованием почек (обнаружены камни в обоих почках), обострение болезни проявляется клинически болевым синдромом.

Таким образом, окончательный диагноз:

**Основной:**

ИБС, постинфарктный кардиосклероз (январь 1997 года, поражение задней стенки левого желудочка), прогрессирующая стенокардия напряжения, синусовая аритмия, недостаточность кровообращения 1 степени.

**Фоновый:**

**Гипертоническая болезнь II стадии? Симптоматическая почечная артериальная гипертензия?**

**Сопутствующий:**

Мочекаменная болезнь в стадии обострения.

## ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Нестабильную стенокардию при ИБС у данного больного необходимо дифференцировать с повторным инфарктом миокарда. Подозревать инфаркт миокарда заставляет длительный приступ интенсивной загрудинной боли (более 30 минут), не купировавшийся нитроглицерином, предшествующий госпитализации.

Отличия инфаркта миокарда от стенокардии имеются на ЭКГ: в первые часы развития инфаркта появляются признаки ишемического повреждения миокарда (подъем сегмента ST, отрицательный Т). ЭКГ у данного больного была снята в первые часы заболевания, и на ней нет этих признаков, зато имеются признаки ишемии миокарда, характерные для приступа стенокардии.

Кроме этого, при биохимическом исследовании крови повышения АЛТ и АСТ не обнаружено, что свидетельствует о наличии ишемии, а не инфаркта.

На ЭКГ в динамике явления ишемии уменьшаются, и их динамика не напоминает картину инфаркта миокарда, проходящую определенные стадии и длящуюся определенное время.

Эпизоды повышения артериального давления до 160-180/100-110 мм рт ст, гипертрофию левого желудочка и артериолосклероз сосудов глазного дна

у данного больного можно объяснить наличием симптоматической артериальной гипертензии почечного генеза, либо гипертонической болезнью II стадии.

В анамнезе у данного больного имеется указание на наличие почечной патологии: 20 лет назад ему был поставлен диагноз мочекаменной болезни, примерно в это же время появились эпизоды повышения артериального давления.

При лабораторном исследовании получены доказательства поражения почек: повышение цифр креатинина и мочевины в крови, признаки хронического поражения почек на УЗИ, в клинике имеется обострение мочекаменной болезни, проявляющееся болями в пояснице. Но анализы мочи (общий, по Нечипоренко) в момент обострения взяты не были. Нет также результатов внутривенной урографии.

Для окончательной дифференциальной диагностики этих состояний необходимо получение и оценка вышеперечисленных дополнительных методов исследования.

## ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ

1.**Режим** для данного больного рекомендован палатный.

2**.Диета** при данном заболевании должна быть направлена на ограничение поступления жиров и холестерина в организм: ограничиваются животные жиры и другие продукты с повышенным содержанием холестерина.

3.**Медикаментозная терапия.**

При лечении прогрессирующей стенокардии напряжения используется та же схема лечения, что и для стабильной стенокардии 4 функционального класса: применяется наиболее рациональная комбинация 3 и более антиангинальных препаратов с учетов возраста больного и сопутствующей патологии.

Для предупреждения приступов стенокардии больному назначен **нитросорбид**. Этот препарат показан больному для профилактики приступов, имеет продолжительность действия до 6-8 часов, имеет, помимо антиангинального, выраженный антиишемический эффект, длящийся до 4 часов. Препарат назначен в дозе 40 мг/сут (по 10 мг 4 раза в день). Доза соответствует средней терапевтической, кратность назначения обоснована.

В схеме комбинированной антиангинальной терапии у данного больного присутствует β-адреноблокатор **анаприлин**, назначенный в средней терапевтической дозе: 40мг/сут. Этот препарат показан при сочетании ИБС с гипертонической болезнью, он имеет гипотензивный эффект и снижает потребность миокарда в кислороде, что является желательным эффектом при стенокардии.

Из антагонистов кальция для комбинированной терапии были выбраны 2 препарата: **коринфар** и **верапамил**. У них разные точки приложения действия: коринфар нарушает активацию медленных каналов, а верапамил задерживает их восстановление. Кроме того, коринфар имеет гипотензивное действие за счет артериолярной вазодилатации, а при умеренной сердечной недостаточности (имеющейся у данного больного) его применение сопровождается заметным уменьшением полостей сердца и улучшением его насосной функции. Он также нормализует функциональное состояние тромбоцитарного звена гемостаза.

Верапамил обладает антиангинальным действием за счет увеличения коронарного кровотока, в том числе и коллатерального (в зоне ишемии миокарда), снижения потребности миокарда в кислороде, способствует лучшему усвоению доставляемого в миокард кислорода. То есть, этот препарат имеет собственные механизмы действия, дополняющие эффекты других препаратов в комбинации.

Оба препарата назначены в средних терапевтических дозах: верапамил – по 40 мг 3 раза в день, коринфар - по 20мг 3 раза в день.

Комбинация верапамила с адреноблокаторами является опасной из-за потенцирования этими препаратами отрицательного инотропного эффекта друг друга. Но у данного больного сердечная недостаточность выражена незначительно и при условии постоянного наблюдения за больным эту комбинацию можно осторожно назначить.

Больному дополнительно назначен **аспаркам** для улучшения переносимости миокардом гипоксии.

С целью профилактики внутрисосудистых нарушений микроциркуляции, для улучшения реологических свойств крови, предотвращения внутрисосудистой коагуляции, ингибирования активности тромбоцитов, а также для устранения и предотвращения спазма коронарных артерий у больных ИБС целесообразно использовать антикоагулянты и дезагреганты. Из антикоагулянтов для терапии у данного больного выбран **гепарин.** Он назначен в минимальных дозах: по 5.000 ЕД подкожно 2 раза в день в течение 3 недель. При такой схеме назначения гепарина геморрагических осложнений практически не наблюдается и частый контроль состояния свертывающей системы крови не нужен.

Дезагрегационная терапия проводится **аспирином**, назначенным в дозе 0.25 мг 1 раз в день. Курс лечения длительный (несколько месяцев). Аспирин подавляет агрегационную способность тромбоцитов, уменьшает вязкость крови, предупреждая микротромбообразование.

## ЭТАПНЫЙ ЭПИКРИЗ

Больной x 66 лет поступил в 1 терапевтическое отделение 3 городской клинической больницы 21 апреля 1998 года со следующими жалобами: боли за грудиной сжимающего характера, приступообразные, возникающие после минимальной физической нагрузки, сопровождающиеся страхом смерти, тревогой, не купирующиеся нитроглицерином. Кроме того, больного беспокоили перебои в работе сердца, головная боль после приема нитроглицерина и одышка с затруднением вдоха при физической нагрузке. Из анамнеза известно, что в январе 1997 года больной перенес инфаркт миокарда, после которого периодически возникали приступы стенокардии. Больной постоянно принимал капотен, анаприлин, для купирования приступов нитроглицерином не пользовался. Количество приступов начало нарастать по силе и продолжительности с осени 1997 года. 18 апреля приступы стали очень частыми (до 10-15 в сутки) и интенсивными, появилось ощущение перебоев в работе сердца. Состояние ухудшалось, нитроглицерин перестал оказывать действие и 21 апреля больной вызвал бригаду СМП, которая доставила его в 3 городскую больницу.

В анамнезе имеется указание на перенесенный 20 лет назад приступ почечной колики, после которого был поставлен диагноз мочекаменной болезни. Кроме того, в стационаре больной предъявил жалобы на интенсивные боли в поясничной области. У больного в анамнезе также имеются эпизоды повышения артериального давления до 160-180/110-100 мм рт ст.

На основании предъявленных жалоб, анамнестических данных, результатов объективного обследования, лабораторных и инструментальных исследований был поставлен диагноз:

Основной:

ИБС, постинфарктный кардиосклероз (от января 1997 года, поражение задней стенки левого желудочка), прогрессирующая стенокардия напряжения, синусовая аритмия, недостаточность кровообращения 1 степени.

Фоновый:

Гипертоническая болезнь II стадии? Симптоматическая почечная артериальная гипертензия?

Сопутствующее заболевание:

Мочекаменная болезнь в стадии обострения.

Назначено лечение гепарином, аспирином (антикоагулянтная и антиагрегантная терапия), β-блокатор анаприлин, антагонисты кальция верапамил и коринфар.

После 2 недель терапии состояние больного улучшилось: приступы загрудинной боли возникают значительно реже (3-4 раза в неделю) они стали менее интенсивными, перебоев в работе сердца нет.

Больному рекомендовано продолжение лечения в стационаре, а также проведение дополнительных исследований для выяснения природы артериальной гипертензии.

Необходимо провести курс лечения мочекаменной болезни, либо решить вопрос об оперативном вмешательстве.

После выписки рекомендуется продолжать лечение комбинацией антиангинальных препаратов (их количество будет определено в зависимости от достигнутого функционального класса стабильной стенокардии.

Кроме того, больному необходимо продолжать наблюдение у участкового терапевта, скорректировать диету для предупреждения прогрессирования атеросклероза (исключить продукты, богатые холестерином).

## ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ

27 апреля, понедельник.

Больной предъявляет жалобы на приступы загрудинной боли, которые беспокоили его накануне: было 3 приступа за 2 дня, продолжительностью 3-4 минуты, средней интенсивности, нитроглицерин больной не принимал. Один из этих приступов возник ночью.

В ночь с субботы на воскресенье у больного появились боли в пояснице, резкие, колющие, приступообразные, с иррадиацией под левую лопатку и в левое плечо. Со слов больного, при перенесенной им 20 лет назад приступе почечной колики боли в пояснице были такими же, но меньшей интенсивности.

Объективно:

Пульс 68 уд/мин

ЧДД 18 в мин

АД 130/80 мм рт ст

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Живот без особенностей.

Симптом поколачивания положителен с обеих сторон.

**28 апреля, вторник.**

Жалобы на боли в пояснице сохраняются, поздно вечером эти боли резко усилились, больной не спал до 2 часов ночи. Никаких препаратов для купирования боли назначено не было. Болезненности мочеиспускания, изменения количества и цвета мочи больной не отмечает.

Приступов загрудинной боли в прошедшие сутки не было.

Объективно:

Пульс 72 уд/мин

ЧДД 20 в мин

АД 140/90 мм рт ст

Объективный статус прежний.

Больному назначено УЗИ органов брюшной полости.

**30 апреля, четверг.**

За прошедшие 2 суток у больного было отмечено 3 приступа загрудинной боли слабой интенсивности продолжительностью до 5 минут. Один из приступов больной купировал нитроглицерином, эффект достигнут через 3 минуты от одной таблетки.

Жалобы на приступообразные боли в пояснице сохраняются, расстройств мочеиспускания со слов больного нет.

Объективно:

Пульс 64уд/мин

ЧДД 18 в мин

АД 140/95 мм рт ст

Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. При глубокой пальпации латеральных отделов кишечника больной отмечает усиление боле й в пояснице. Почки пропальпировать не удалось, но пальпация их болезненна. Симптом поколачивания сохраняется положительным с обеих сторон.

Результаты УЗИ органов брюшной полости (заключение):

Диффузные изменения печени, поджелудочной железы. Нефроптоз 1 степени слева. Признаки хронического поражения почек. В нижней чашечке правой почки конкремент до 10 мм, в нижней чашечке правой почки – подозрительное на конкремент образование до 7 мм.

**4 мая, понедельник.**

За прошедшие 3 дня у больного было несколько приступов стенокардии, интенсивность их была средней, продолжительность не более 3-4 минут. Для купирования приступа нитроглицерин больной не применял. 3 мая во второй половине дня был более интенсивный и продолжительный приступ (до 10 минут), больной купировал его 1 таблеткой нитроглицерина, эффект наступил сразу. Кроме того, больной отмечает уменьшение одышки и повышение толерантности к физической нагрузке (он может выполнять те действия, которые раньше вызвали бы приступ боли).

Больного по-прежнему беспокоят частые приступы боли в пояснице. Никаких лекарственных препаратов или процедур ему не назначается.

Объективно:

Пульс 66 уд/мин

ЧДД 16 в мин

АД 140/90 мм рт ст

Объективный статус без изменений.

**6 мая, среда.**

Больной предъявляет жалобы на заложенность носа, затруднение носового дыхания, отделяемое из носа, сухой кашель, боли в горле при глотании, ухудшение общего состояния.

Со слов больного, накануне в палате целый день было открыто окно.

Приступов стенокардии за прошедшие 2 суток не было.

Боли в пояснице сохраняются, приступы возникают с прежней частотой и интенсивностью.

Объективно:

Пульс 72 уд/мин

ЧДД 18 в мин

АД 120/80 мм рт ст

Температура тела 37.4°С.

Носовое дыхание затруднено, голос имеет гнусавый оттенок. Из носа – обильное слизисто-гнойное отделяемое. Зев гиперемирован, миндалины выступают за края небных дужек, глотание болезненно. Периодически возникает сухой непродуктивный кашель. Дыхание в легких везикулярное, в верхних отделах спереди прослушиваются единичные сухие хрипы. Сердце и органы брюшной полости без изменений. Симптом поколачивания положителен с обеих сторон.

Дополнительно к лечению назначен бисептол-480 по 1 таблетке 4 раза в день.

Кроме того, больной самостоятельно принимает настои трав: ромашки, подорожника, мать-и-мачехи.

**8 мая, пятница.**

За прошедшее время у больного было 2 приступа стенокардии, один из них – ночью. Приступы длились не более 5 минут, интенсивность их была средней, нитроглицерин больной не применял. Жалоб на одышку при физической нагрузке больной не предъявляет.

7 мая во второй половине дня боли в пояснице усилились и больной самостоятельно принял таблетку но-шпы, после которой боли уменьшились.

По-прежнему больного беспокоят боли в горле, насморк, но кашель стал влажным, заложенность носа исчезла.

Объективно:

Пульс 64 уд/мин

ЧДД 18 в мин

АД 130/90 мм рт ст

Отделяемое из носа и гиперемия задней стенки глотки сохраняются. Дыхание в легких везикулярное, хрипов не выслушивается. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Живот без особенностей. Пальпация верхних и средних мочеточниковых точек слегка болезненна. Симптом поколачивания положителен с обеих сторон. Изменений в моче со слов больного нет, анализы мочи не проводились.

СИБИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ

МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

Кафедра внутренних

**болезней №2.**

**Зав. кафедрой: профессор**

**Волкова Л.И.**

**ИСТОРИЯ**

**БОЛЕЗНИ**

**Куратор: студентка 1324 гр.**

**лечебного факультета СГМУ**

**Голованова А.А.**

**Проверил: доцент кафедры**

**Животягина Н.А.**

ТОМСК-1998