**Санкт-Петербургская государственная медицинская академия имени И.И.Мечникова.**

**Кафедра внутренних болезней №1.**

**Заведующий кафедрой, проф. Шабров В.А.**

**Преподаватель асс. Уон Л.С.**

**Клиническая история болезни**

**больного Тетерина Виктора Федоровича, 46 лет.**

**Диагноз: основной: Ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения, 3-4 функциональный класс. Постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда от 12.12.94). Гипертоническая болезнь II.**

**Осложнения: -**

**Сопутствующие заболевания: -**

**Куратор: студент 533 группы лечебного факультета,**

**Красножон Д.А.**

**Время курации с 24.10.96 по 2.11.96.**

x

Паспортная часть.

Ф.И.О. x

Возраст 46 лет

Образование среднее

Место работы -

Дата поступления в клинику: 14.10.96.

***Жалобы на момент курации***: на боли за грудиной и в области сердца сжимающего характера, и иррадиирующие в правое плечо, руку, правую лопатку ( с онемением), возникающие после физической нагрузки ( подъем не более чем 2 этаж), а иногда ночью, сопровождающиеся головокружением, потливостью, затруднение дыхания преимущественно на вдохе. Головную боль ( в висках, тяжесть в затылке). Боли купируются приемом нитроглицерина под язык.

***Жалобы на момент поступления:*** на боли за грудиной, и в области сердца сжимающего характера, и иррадиирующие в правое плечо и руку, правую лопатку, возникающие после физической нагрузки ( подъем на второй этаж, длительная ходьба), а в последнее время ( 3-4 мес.) ночью; на перебои в работе сердца, эпизоды сердцебиения возникающие одновременно с болями за грудиной или предшествующие им. Приступы болей иногда сопровождаются повышенной потливостью, головокружением ( в августе 1996 года потеря сознания во время работы на огороде, которой предшествовало такое состояние). Боли в области сердца проходили после приема нитроглицерина, однако в последний раз после приема нитроглицерина боли уменьшились но не прошли полностью, сохранялось онемение правой руки ( до запястья, в большей мере по наружной поверхности).

Также предъявлял жалобы на головную боль ( тяжесть в затылке, висках), повышенное АД ( максимально 180/100, рабочее 130/100-90 ).

За время пребывания в клинике больной отмечает некоторое урежение приступов болей, что связывает с проводимым лечением и уменьшением физической нагрузки, головные боли, головокружение в настоящее время не беспокоят. Боли за грудиной быстро снимаются нитроглицерином.

**АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ**. Считает себя больным с декабря 1994 года, когда во время нахождения в районной больнице г. Тосно по поводу пневмонии, вечером после сильной психо-эмоциональной нагрузки появились интенсивные боли за грудиной, сжимающего характера, иррадиирующие в правую руку, правую лопатку, сопровождавшиеся проливным потом, головной болью, слабостью и беспокойством. Больной принял таблетку сустак-форте, однако боли не прошли. Больной не спал, из этих болей, утром обратился во время обхода к лечащему врачу с этими жалобами, была снята ЭКГ и с диагнозом инфаркт миокарда больной был переведен в кардиологическое отделение, где было проведено лечение ( какое точно не помнит). В конце января 1995 года был выписан из больницы с рекомендацией сменить работу ( работал литейщиком). Подобных приступов больше не отмечал, однако после того как пошел работать по прежнему месту работы стал отмечать приступы сжимающих болей за грудиной, в области сердца, иррадиирующие в правую лопатку, руку возникавшие после физической нагрузки, а также при подъеме на этаж, ходьбе, подъеме тяжести. При приступах принимал нитроглицерин под язык, затем стал принимать нитросорбид по 2-4 таблетки в день. Хотя пациента часто беспокоили боли к врачу обратился примерно через полгода. Был направлен на ВТЭК где была дана вторая группа инвалидности, участковым кардиологом было назначено лечение: нитросорбид по 2 таблетки 4 раза в день, аспаркам по 1 таблетке 2 раза в день. С конца 1995 года по август 1996 года отмечал регулярные приступы сжимающих болей за грудиной и в области сердца, иррадиирующие в правую руку, лопатку. Перед приступом болей иногда отмечал появление пота, нарушение сознания, головокружения. Пациент старался ограничивать физическую нагрузку, и подобные приступы практически не беспокоили его, однако в апреле 1996 года во время работы в огороде почувствовал боль за грудиной, головокружение после чего потерял сознание, когда очнулся то обнаружил что лежал без сознания примерно 10 минут. По поводу этого к врачу не обращался. При начале подобных приступов больной всегда садился, отдыхал. В августе 1995 года проходил ВТЭК, для консультации был направлен к областному кардиологу. Одновременно с этим отмечал приступ болей за грудиной, сжимающего характера, с иррадиацией в плечо ( плечо и рука “онемели”). После приема нитроглицерина несколько уменьшились, однако больной отмечал онемение руки. Эти боли продолжались около 2 дней, совпав с осмотром областного кардиолога, который направил больного в областной кардиологический диспансер для госпитализации. В настоящее время получает терапию нитратами, препаратами калия ( аспаркам), антиаггрегантами ( аспирин), противоаритмическими средствами ( анаприлин). Отмечает улучшение состояния, что проявляется в урежении приступов, что пациент связывает с проводимым лечение и уменьшением физической нагрузки, головные боли не беспокоят, головокружения и нарушения сознания одновременно с приступами болей не отмечает.

Повышение АД отмечает ( до этого измерял только во время профилактических медицинских осмотров на заводе, со слов больного АД было 120/80 мм.рт.ст.) примерно с января 1995 года, что проявлялось головной болью, которая возникала преимущественно после эмоциональной нагрузки, носила характер тяжести в затылке, висках, проходила сама через несколько часов. Часто головная боль сопровождала боль в сердце, максимальное давление которое отмечал пациент было 180/120 мм.рт.ст. По поводу этих головных болей принимал баралгин или анальгин, после приема которых боли немного стихали.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ**.

Родился в 1950 году в городе Ленинграде, единственным ребенком в семье. В школу пошел в 7 лет, в умственном и физическом развитии от сверстников не отставал, после окончания 8 классов средней школы работал на заводе грузчиком. С 1970 по 1972 служил в рядах Советской армии. С 1972 года по 1983 работал грузчиком в магазине, затем работал литейщиком на Ленинградском карбюраторном заводе в горячем цехе.

Семейный анамнез: женат с 1973 года имеет сына 22 лет. Разведен с 1992 года.

Наследственность: Отец и мать умерли от инсульта ( страдали гипертонической болезнью).

Профессиональный анамнез: трудовую деятельность начал в 15 лет. Рабочий день был всегда нормирован, работа всегда была связана с тяжелой физической нагрузкой. На последнем месте работы работал в горячем цеху ( температура 70-80 градусов). Отпуск предоставлялся ежегодно, как правило в летнее время.

Бытовой анамнез: проживает в отдельной квартире со всеми удобствами, материально обеспечен относительно удовлетворительно. Питается 3 раза в день горячей пищей в достаточном количестве, дома.

Эпидемиологический анамнез: инфекционный гепатит, брюшной и сыпной тифы, кишечные инфекции заболевания отрицает. Внутримышечных, внутривенных, подкожных инъекции не было. За пределы Ленинградской области последние 6 месяцев не выезжал. Туберкулез, сифилис, и венерические заболевания отрицает.

Привычные интоксикации: курит с 15 лет по одной пачке сигарет в день, после начала заболевания ограничивает себя в курении ( одна пачка на 2-3 дня), алкоголем не злоупотребляет.

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

Страховой анамнез : инвалидность 2 группы с января 1995 года.

**ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**. Состояние больного удовлетворительное. Положение активное. Телосложение правильное, деформаций скелета нет. Рост 175 см, вес 69.5 кг. Подкожно-жировая клетчатка выражена умеренно ( толщина кожно-подкожно-жировой складки над пупком 2 см). Кожные покровы обычной окраски, чистые. Тургор кожи сохранен, кожа суховата, эластичность не снижена. Видимые слизистые бледно-розового цвета.

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

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

Лимфатические узлы: затылочные, передние и задние шейные, подчелюстные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные, не пальпируются.

*Щитовидная железа* не увеличена, мягко эластической консистенции. Симптомы тиреотоксикоза отсутствуют.

*Сердечно-сосудистая система*. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичный, ненапряжен, удовлетворительного наполнения. Одинаковый на правой и левой руке.

Пальпация сосудов конечностей и шеи: пульс на магистральных артериях верхних и нижних конечностей ( на плечевой, бедренной, подколенной, тыльной артерии стопы, а также на шее ( наружная сонная артерия) и головы ( височная артерия) не ослаблен. АД 130/100 мм. Рт. Ст.

Пальпация области сердца: верхушечный толчок справа на 3 см отступя от среднеключичной линии в пятом межреберье, разлитой, увеличенной протяженности ( около 3.5 см).

Перкуссия сердца: границы относительной сердечной тупости

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

Перкуторные границы абсолютной сердечной тупости

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

Аускультация сердца: тоны сердца приглушены, соотношение тонов сохранено во всех точках аускультации. Ослаблены на верхушке, ритмичные. Систолический шум хорошо прослушиваемый на верхушке и точке Боткина. На сосуды шеи и в подмышечную область не проводится.

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

*Система органов дыхания*. Форма грудной клетки правильная, обе половины равномерно участвуют в дыхании. Дыхание ритмичное. Частота дыхания 18 в минуту.

Пальпация грудной клетки: грудная клетка безболезненная, неэластичная, голосовое дрожание ослаблено над всей поверхностью легких.

Перкуссия легких: при сравнительной перкуссии легких над всей поверхностью легочных полей определяется ясный легочный звук, в нижних отделах с легким коробочным оттенком.

Топографическая перкуссия легких:

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

Высота стояния верхушек легких:

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

Подвижность легочных краев

справа 7 см

слева 7 см

Аускультация легких: дыхание жесткое, ослабленное в нижних отделах легких.

При бронхофонии выявлено ослабление проведения голоса в нижних отделах легочных полей.

*Система органов пищеварения*.

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

ЖИВОТ. Осмотр живота: живот симметричный с обеих сторон, брюшная стенка в акте дыхания не участвует. При поверхностной пальпации брюшная стенка мягкая, безболезненная, ненапряженная.

При глубокой пальпации в левой подвздошной области определяется безболезненная, ровная, плотноэластической консистенции сигмовидная кишка. Слепая и поперечно-ободочная кишка не пальпируются. При ориентировочной перкуссии свободный газ и жидкость в брюшной полости не определяются. Аускультация: перистальтика кишечника обычная.

Желудок: границы не определяются, отмечается шум плеска видимой перистальтики не отмечается. Кишечник. Ощупывание по ходу ободочной кишки безболезненно, шум плеска не определяется.

Печень и желчный пузырь. Нижний край печени из под реберной дуги не выходит. Границ печени по Курлову 9,8,7.Желчный пузырь не прощупывается. Симптомы Мюсси, Мерфи, Ортнера отрицательный. Френикус симптом отрицательный. Поджелудочная железа не прощупывается.

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

*Мочеполовая система*. Почки и область проекции мочеточников не пальпируются, покалачивание по поясничной области безболезненно. Наружные половые органы развиты правильно, в мошонке пальпируются яички, плотноэластической консистенции.

*Нервно-психический статус*. Сознание ясное, речь внятная. Больной ориентирован в месте, пространстве и времени. Сон и память сохранены. Со стороны двигательной и чувствительных сфер патологии не выявлено. Походка без особенностей. Сухожильные рефлексы без патологии. Оболочечные симптомы отрицательные. Зрачки расширены, живо реагируют на свет.

***Предварительный диагноз***. Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия 3-4 функциональный класс. Постинфарктный кардиосклероз ( острый инфаркт миокарда от12 декабря 1994 года). Гипертоническая болезнь II.

На основании жалоб больного : на боли за грудиной и в области сердца сжимающего характера и иррадиирующие в правое плечо, руку, правую лопатку, возникающие после физической нагрузки ( подъем на второй этаж, длительная ходьба),а в последнее время ( 3-9 мес.) ночью, на перебои в работе сердца, эпизоды сердцебиения возникающие одновременно с болями за грудиной или предшествующие им. Приступы болей иногда сопровождаются повышенной потливостью, головокружением ( в августе 1996 года потеря сознания во время работы на огороде, которому предшествовало такое состояние). Боли в области сердца проходили после приема нитроглицерина , однако в последний раз после приема нитроглицерина боли уменьшились но не прошли полностью, сохранялось онемение правой руки ( до запястья в большей мере по наружной поверхности); на основании анамнеза заболевания: приступы болей за грудиной и в области сердца, сжимающего характера, иррадиирующие в правую руку, правую лопатку, возникающие после физической нагрузки ( подъем на второй этаж), а в последнее время возникающие ночью, перебои в работе сердца , эпизоды сердцебиения возникающие одновременно с болями в сердце; предобморочные состояния ( а в августе 1996 года потеря сознания во время работы в огороде). Боли в сердце проходили после приема нитроглицерина подъязычно; на основании данных объективного исследования: расширение перкуторных границ сердца влево, приглушенность тонов сердца, систолический шум который не проводится на сосуды шеи и в подмышечную область, можно поставить диагноз ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения 3-4 функциональный класс.

На основании данных анамнеза заболевания: острый инфаркт миокарда от 12.12.94; на основании данных объективного исследования: приглушенность тоном, расширение границ сердца влево. Можно поставить диагноз постинфарктный кардиосклероз.

На основании жалоб больного на головные боли ( тяжесть в затылке, висках), которая появляется чаще утром и проходит от приема анальгетиков и спазмолитиков ( анальгин, баралгин); на основании данных объективного исследования: расширение левой границы сердца , акцент первого тона над аортой. АД 130/100 мм.рт.ст. Пульс удовлетворительного наполнения, ненапряженный, симметричный, на основании данных из анамнеза заболевания: повышение АД с января 1995 года, до 130/100, максимально до 180/120 мм.рт.ст. можно поставить диагноз гипертоническая болезнь 2.

***План обследования больного***.

1. клинический анализ крови
2. клинический анализ мочи
3. анализ кала на яйца глист
4. анализ крови Ф-50 и на RW
5. биохимический анализ мочи: АЛТ, АСТ, КФК,ЛДГ5, холестерин, липопротеиды, креатинин, билирубин, натрий, хлор, калий.
6. электрокардиография
7. эхокардиография
8. рентгенография грудной клетки в двух проекциях ( прямой и боковой)
9. УЗИ органов брюшной полости ( тщательно почки, печень)
10. Консультация окулиста.

***Данные лабораторных исследований***:

Клинический анализ крови от 19.10.96.

гемоглобин 146 г\л

эритроциты 4.7 х 10 в 12 степени на литр

цветной показатель 0.96

количество лейкоцитов 3 х 10 в 9 степени на литр

эозинофилы 1

сегментоядерные 56

лимфоциты 35

моноциты 4

СОЭ 7 мм\ч

Клинический анализ крови от 22.10.96

гемоглобин 146 г\л

эритроциты 4.7 х 10 в 12 степени на литр

цветной показатель 0.96

количество лейкоцитов 3 х 10 в 9 степени на литр

эозинофилы 1

сегментоядерные 56

лимфоциты 35

моноциты 4

СОЭ 7 мм\ч

Анализ мочи 19.10.96.

цвет светло-желтый

реакция кислая

удельный вес 1012

белок 0.033 г\л

сахар 0

лейкоциты 1-2 в поле зрения

эритроциты свежие 0-2 в поле зрения

эпителий плоский 1-3 в поле зрения

Анализ мочи 16.10.96.

цвет светло-желтый

реакция кислая

удельный вес 1015

белок 0.033 г\л

сахар 0

лейкоциты 1-2 в поле зрения

эритроциты свежие 0-2 в поле зрения

эпителий плоский 0-1 в поле зрения

Анализ мочи 23.10.96.

цвет светло-желтый

реакция кислая

удельный вес 1010

белок 0.033 г\л

сахар 0

лейкоциты 0-1 в поле зрения

эритроциты свежие 0-2 в поле зрения

эпителий плоский 1-3 в поле зрения

Биохимический анализ крови:

мочевина 6.4 - норма

креатинин 0,07 - норма

холестерин 8.3 норма

билирубин 10.88 - норма

АЛТ - 0.4 - норма

Электрокардиография от 16.10.96. RR=0.80,PQ=0.16, ЧСС 0.34 QT 0.33, QRS 0.064

Заключение: синусовый ритм с частотой 75 в минуту. Косвенные признаки начальной гипертрофии левого желудочка. Ухудшение коронарного кровоснабжения в области задней стенки.

Электрокардиография от 22.10.96. Синусовый ритм 72 удара в минуту, по сравнению с ЭКГ с ЭКГ улучшение коронарного кровоснабжения в области задней стенки.

Эхокардиография от 16.10.96. Заключение: размеры полостей сердца, толщина миокарда и его сократительная способность в пределах нормы. Уплотнение стенок корня аорты. Раскрытие всех клапанов достаточное. Нарушений локальной сократимости миокарда нет. Доплерография : приклапанная митральная регургитация.

УЗИ от 15.10.96. Почки обычной формы, чашечно-лоханочная система не расширены. Надпочечники - норма.

Рентгенография грудной клетки: на рентгенограмме органов грудной клетки в двух проекциях ( обзорный и левый боковой снимок) свежих очаговых и инфильтративных изменений в легких не определяется. Утолщены стенки бронхов среднего калибра. Корни легких структурированы, не расширены, с петрификатами. Плевральные наслоения в переднем синусе. Сердце не расширено. Аорта не изменена.

Консультация окулиста 23.10.96. Жалоб на глаза нет. Передние отрезки глаз не изменены, оптические среды прозрачны. Глазное дно: диск зрительного нерва розовый, контуры четкие, артерии умеренно сужены.

Учитывая анализ мочи ( белок, лейкоциты, эритроциты на границе нормы) необходимо провести детальное исследование функции почек ( анализ мочи по Зимницкому, Нечипоренко), при необходимости радиоизотопное исследование почек.

***Окончательный диагноз и его обоснование***.

Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия 3-4 функциональный класс. Постинфарктный кардиосклероз ( острый инфаркт миокарда от12 декабря 1994 года). Гипертоническая болезнь II.

На основании жалоб больного : на боли за грудиной и в области сердца сжимающего характера и иррадиирующие в правое плечо, руку, правую лопатку, возникающие после физической нагрузки ( подъем на второй этаж, длительная ходьба),а в последнее время ( 3-9 мес.) ночью, на перебои в работе сердца, эпизоды сердцебиения возникающие одновременно с болями за грудиной или предшествующие им. Приступы болей иногда сопровождаются повышенной потливостью, головокружением ( в августе 1996 года потеря сознания во время работы на огороде, которому предшествовало такое состояние). Боли в области сердца проходили после приема нитроглицерина , однако в последний раз после приема нитроглицерина боли уменьшились но не прошли полностью, сохранялось онемение правой руки ( до запястья в большей мере по наружной поверхности); на основании анамнеза заболевания: приступы болей за грудиной и в области сердца, сжимающего характера, иррадиирующие в правую руку, правую лопатку, возникающие после физической нагрузки ( подъем на второй этаж), а в последнее время возникающие ночью, перебои в работе сердца , эпизоды сердцебиения возникающие одновременно с болями в сердце; предобморочные состояния ( а в августе 1996 года потеря сознания во время работы в огороде). Боли в сердце проходили после приема нитроглицерина подъязычно; на основании данных объективного исследования: расширение перкуторных границ сердца влево, приглушенность тонов сердца ( только усиление тонов на верхушке), систолический шум который не проводится на сосуды шеи и в подмышечную область;

на основании лабораторного исследования: в биохимическом анализе крови: повышение уровня холестерина, нормальные цифры индикаторных ферментов сердца; ЭКГ: заключение (от 16.10.96): синусовый ритм с частотой 75 в минуту. Косвенные признаки начальной гипертрофии левого желудочка. Ухудшение коронарного кровоснабжения в области задней стенки; данных эхокардиографии (16.10.96): заключение: размеры полостей сердца, толщина миокарда и его сократительная способность в пределах нормы. Уплотнение стенок корня аорты. Раскрытие всех клапанов достаточное. Нарушений локальной сократимости миокарда нет. Доплерография : приклапанная митральная регургитация; можно поставить диагноз ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения 3-4 функциональный класс.

На основании данных анамнеза заболевания: острый инфаркт миокарда от 12.12.94; на основании данных объективного исследования: приглушенность тоном, расширение границ сердца влево; на основании данных ЭКГ: синусовый ритм с частотой 75 в минуту. Косвенные признаки начальной гипертрофии левого желудочка. Ухудшение коронарного кровоснабжения в области задней стенки; можно поставить диагноз постинфарктный кардиосклероз.

На основании жалоб больного на головные боли ( тяжесть в затылке, висках), которая появляется чаще утром и проходит от приема анальгетиков и спазмолитиков ( анальгин, баралгин); на основании данных объективного исследования: расширение левой границы сердца , акцент первого тона над аортой. АД 130/100 мм.рт.ст. пульс удовлетворительного наполнения, ненапряженный, симметричный, на основании данных из анамнеза заболевания: повышение АД с января 1995 года, до 130/100, максимально до 180/120 мм.рт.ст.; на основании инструментальных исследований исключающих симптоматическую гипертензию: УЗИ почек: без патологии; можно поставить диагноз гипертоническая болезнь 2.

***Лечение основного заболевания***.

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

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

Нитросодержащие препараты:

Положительное действие нитратов:

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

Это приводит к уменьшению потребности миокарда в кислороде.

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

Отрицательное действие нитратов:

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

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

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

Нитросорбид по своим фармакологическим свойствам отличен от нитроглицерина. Действие препарата при приеме внутрь начинается через 50-60 минут. Продолжительность действия 4-6 часов. Нитросорбид быстро метаболизируется в печени. Период полу выведения составляет около 30 минут при приеме внутрь, в то время как для его активных метаболитов - 4-5 часов. При разжевывании таблетки эффект нитросорбида наступает раньше - через 5 минут и выражен сильнее и выражен сильнее 9 это касается и колаптоидной реакции), что позволяет использовать сублингвальный прием препарата для купирования приступов стенокардии. Нитросорбид и его метаболиты экскретируются почками.

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

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

Rp.: Nitrosorbidi 0.01

D.t.d.№50 in tab.

1. Принимать по 1 таблетке 4 раза в день.

Rp.: Sustac-forte 6.4

D.t.d. №20

S.Принимать по 1 таблетке 2 раза в день.

Rp.:Nitroglycerini 0.0005

D.t.d. № 50

1. Принимать при болях в сердце. Подъязычно.

Rp.: Trinitrolong 0.001

D.t.d.№50

S. Принимать по 1 таблетке 3 раза в день.

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

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

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

Rp.: Propranololi 0.08

D.t.d.#10 in tab.

S. Принимать по 1 таблетке 3 раза в день.

Rp.: Trasicor 0.08

D.t.d.#20 in tab.

S. Принимать по 1 таблетке 3 раза в день.

Rp.: Talinololi 0.1

D.t.d.#20 in tab.

1. Принимать по 1 таблетке 3 раза в день.

Rp.: Pindololi 0.005

D.t.d.#50 in tab.

S. Принимать по 1 таблетке 4 раза в день.

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

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

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

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

Rp.: Cardizemi 0.09

D.t.d.#50 in caps.

S.Принимать по 1 капсуле 2 раза в день

Rp.: Verapamili 0.04

D.t.d.#50 in tab.

S.Принимать по 1 таблетке 4 раза в день.

Rp.: Adalati 0.01

D.t.d.#50 in tab.

S.Принимать по 1 таблетке 3 раза в день.

Препараты улучшающие метаболизм миокарда.

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

Rp.: Riboxini 0.2

D.t.d.#50 in tab.

S.Принимать по 1 таблетке 3 раза в день.

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

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

Rp.: Retabolili 5% 1 ml

D.t.d.#50 in amp.

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

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

Rp.: Sol.Cocarboxylasi 5 ml

D.t.d.#5 in amp.

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

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

Rp.: Cytochromi C pro inectionibus 4 ml

D.t.d.#10 in amp.

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

Препараты, снижающие холестерин и липопротеиды крови:

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

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

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

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

Показаниями являются атеросклероз, все другие заболевания сопровождающиеся гиперхолестеринемией.

Rp.: Cetamipheni 0.25

D.t.d.#20 in tab.

1. принимать по 2 таблетки 4 раза в день.

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

Назначен потому что у больного после пробной терапии сустаком и эринитом возникали побочные явления - головная боль, головокружение.

Антагонисты кальция: верапамил 0.04 по 1 таблетке 3 раза в день. Назначен как антиангинальное средство, антигипертензивное средство.

Антиаггреганты: аспирин 0.5 по четверти таблетки 1 раз в день ( с утра после еды). Назначено для улучшения реологических свойств крови, как профилактика атеросклероза.

Средства улучшающие трофику и метаболизм миокарда: рибоксин 0.2 по 1 таблетке 3 раза в день.

**ПРОГНОЗ**.

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

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

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

**ЭПИКРИЗ**.

Пациент x 46 лет находится в отделении областного кардиодиспансера сx 14.10.96. Поступил в плановом порядке с жалобами: на боли за грудиной, и в области сердца сжимающего характера, и иррадиирующие в правое плечо и руку, правую лопатку, возникающие после физической нагрузки ( подъем на второй этаж, длительная ходьба) , а в последнее время ( 3-4 мес.) ночью; на перебои в работе сердца, эпизоды сердцебиения возникающие одновременно с болями за грудиной или предшествующие им. Приступы болей иногда сопровождаются повышенной потливостью, головокружением ( в августе 1996 года потеря сознания во время работы на огороде, которой предшествовало такое состояние). Боли в области сердца проходили после приема нитроглицерина, однако в последний раз после приема нитроглицерина боли уменьшились но не прошли полностью, сохранялось онемение правой руки ( до запястья, в большей мере по наружной поверхности). Также жалобы на головную боль ( тяжесть в затылке, висках), повышенное АД ( максимально 180/100, рабочее 130/100-90 ).

Из анамнеза известно что в декабре 1994 года перенес острый инфаркт миокарда, с января 1995 года отмечает регулярные приступы болей за грудиной и в области сердца сжимающего характера, иррадиирующие в правую руку и плечо, лопатку, возникающие после небольшой физической нагрузки ( подъем на 2 этаж), сопровождающиеся иногда появлением одышки и сердцебиением, предобморочные состояния ( в августе 1996 года потерял сознания при работе в огороде). При обследовании у пациента выявлена ишемическая болезнь сердца, постинфарктный кардиосклероз ( инфаркт миокарда от 12.12.94), стенокардия напряжения 3-4 функциональный класс. Гипертоническая болезнь 2, что было подтверждено лабораторными и инструментальными методами исследования. Было проведено лечение нитропрепаратами, антагонистами кальция и антиагрегантная терапия. За время курации состояние больного незначительно улучшилось - приступы болей в сердце беспокоят реже, головные боли возникают только по утрам, и быстро проходят. Пациенту рекомендовано продолжить лечение в условиях стационара.

***Клинический диагноз***: ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения 3-4 функциональный класс, постинфарктный кардиосклероз ( инфаркт миокарда от 12.12.94). Гипертоническая болезнь II.

xxx

***Список использованной литературы***:

1. Лекция по внутренним болезням “Непроникающий инфаркт миокарда” ( Махнов).
2. Лекция внутренним болезням “ Симптоматические гипертензии” ( Шулутко).
3. Лекция по внутренним болезням “ Тахиаритмии” и “ Брадиаритмии”.
4. Машковский М.Д. Лекарственные средства часть 1 и 2. Москва , “Медицина”, 1987.
5. Справочник практического врача, 1 и 2 том, под редакцией Воробьева А.И. , Москва, Медицина, 1992.
6. Клиническая фармакология с международной номенклатурой лекарств. В.К.Лепехин, Ю.Б. Белоусов, В.С. Моисеев. Москва, Медицина, 1988.
7. Алмазов В.А. Чирейкин Л.В. Трудности и ошибки диагностики заболеваний сердечно-сосудистой системы. Л. Медицина, 1985 г.
8. Минкин Р.Б., Павлов Ю.Д. Электрокардиография и фонокардиография. М. Медицина, 1984.
9. Виноградов А.В. Дифференциальный диагноз внутренних болезней, М. Медицина , 1980 г.