## Днепропетровская Государственная Медицинская академия

Ректор- академик, проф. Дзяк Г.В.

Зав. кафедрой- проф. Перцева Т.А.

## Руководитель курации:

***к. м.н.*** ***Салий М.Е.***

# *История болезни*

Больная: Чернета Елена Петровна

***Клинический диагноз***

Основной: ИБС, нарушение ритма сердца - мерцательная аритмия, тахисистолическая форма, сердечная недостаточность II А стадия.

Сопутствующий: отсутствует.

Осложнения: отсутствуют.

Куратор ст. IV-курса, медицинского

ф-та, 16-дес.

Михальцов Е.Г.

Начало курации:16.03.98г.

Окончание курации:19.03.98г.

*г. Днепропетровск.*

Дата создания 23.03.98 18:21

# *ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ.*

1. **ФИО----**Чернета Елена Петровна.
2. **Возраст**---71 год
3. **Место работы**---Амур-торг, экспедитор
4. **Дата поступления**---11.03.98г.

# *ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО.*

Больная предъявляет следующие жалобы: на сжимающие боли в области сердца, одышку при физической нагрузке и в покое, ощущение тяжести и прекардиальной области, сердцебиение.

# *ИСТОРИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ.*

Считает себя больной с 1997 года, когда впервые после перенесенного гриппа, появились сжимающие боли в области сердца, одышка при физической нагрузке, сердцебиение.

Обратилась в больницу по месту жительства, назначенного лечения не принимала. 10.03.98г. -после физической нагрузки почувствовала резкую сжимающую боль в области сердца.11.03.98г. -обратилась к участковому терапевту и была направлена на стационарное лечение в 9-ю гор. больницу.

# *ИСТОРИЯ ЖИЗНИ.*

Родилась в г. Днепропетровске, развивалась согласно возрасту. Замужем с 21 года, имеет двоих детей; выкидышей, абортов не было. Перенесла брюшной тиф, частые простудные заболевания, операцию по удалению аппендикса. Туберкулезом, болезнью Боткина, сифилисом не болела.

Работает экспедитором в Амур - торге. За последний период времени условия работы - удовлетворительные. Больная большей частью ведет малоподвижный образ жизни, волнений и стрессовых ситуаций не было. Жилищные условия соответствуют гигиеническим нормам. Качество и характер питания удовлетворительные. Вредных привычек не имеет.

Дочь страдает пороком сердца.

# *СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО.*

Общее состояние здоровья больной не удовлетворительное, сознание ясное. Положение в постели активное. Телосложение нормостеническое, рост- 160 см, вес- 70 кг. Конституционный тип по Черноруцкому - нормостеник. Температура тела-36,7\*С, ознобов нет.

Кожные покровы чистые, бледные, потоотделение умеренное, видимых пигментаций и рубцов нет. Видимые слизистые бледные и влажные. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, отеков нет. Лимфатические узлы не пальпируются, симптом "глотка" отрицательный. Мышцы развиты слабо, суставы без особенностей, при пальпации безболезненны. Активные и пассивные движения в суставах сохранены в полном объеме.

# *СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА.*

Больная жалуется на сильную приступообразную боль за грудиной, сжимающего характера, иррадиирующую в левое плечо, левую руку, межлопаточное пространство, возникающую после эмоциональной и физической нагрузки. Боли сжимающего характера, уменьшаются при снятии нагрузки. Купируются приёмом 1-2 таблеток. Продолжительность болей 5-10 мин. Больная также жалуется на одышку, с преимущественным затруднением вдоха, усиливающуюся при физической нагрузке; больная предъявляет жалобы на ощущение сердцебиения.

При осмотре грудная клетка в области сердца не деформирована. Верхушечный толчок визуально не определяется.

При пальпации верхушечный толчок определяется в V межреберье, на 1см. кнаружи от l.medioclavicularis sinistra. Толчок разлитой, высокий, сильный, резистентный. Втяжение грудной клетки на месте верхушечного толчка, систолическое и диастолическое дрожание, симптом "кошачьего мурлыканья" у верхушки сердца, над аортой отсутствуют. Сердечный толчок не определяется.

Границы относительной тупости сердца:

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

Левая--- V межреберье на 1см. кнаружи от l.medioclavicularis sinistra.

Верхняя--- нижний край III ребра по l. parasternalis sinistra.

Поперечник относительной тупости сердца--- 14,5см., длинник---- 16см.

Поперечник сосудистого пучка во II межреберье составляет 6см.

Границы абсолютной тупости сердца:

Правая--- IV межреберье по левому краю грудины.

Левая--- V межреберье на 0,5см. кнутри от l. medioclavicularis sinistra.

Верхняя--- IV межреберье по l. sternalis sinistra.

При аускультации тоны сердца глухие, мерцательная аритмия, тахисистолическая форма.

ЧСС --- 120 ударов минуту.

АД --- 130\70.

Видимых пульсаций сонных, подключичных и других артерий нет. Пульсация яремных вен не обнаруживается. Надчревная пульсация отсутствует. При пальпации артерии и вены эластичные, упругие, безболезненные. Величина пульса на обеих руках одинакова, пульс слабого напряжения, аритмичный, частый.

*Заключение:* исходя из жалоб больной и объективного исследования, можно предположить, что у больной --- ИБС, нарушение ритма сердца типа мерцательной аритмии, тахисистолическая форма.

# *Система дыхания.*

Дыхание осуществляется через нос, в спокойном состоянии без напряжения, при физической нагрузке --- затрудненное, появляется одышка исчезающая в состоянии покоя. Отделяемого из носа нет. Обоняние не нарушено.

Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная, без видимых деформаций.

Окружность грудной клетки:

* при спокойном состоянии --- 94см.
* при глубоком вдохе --- 98см.
* при глубоком выдохе --- 90см.

Над- и подключичные ямки выражены умеренно. Ребра направлены косо, сверху вниз. Эпигастральный угол приблизительно 90 град. Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Дыхание ритмичное, преимущественно грудного типа, средней глубины. Число дыхательных движений в 1мин. --- 20, вдох в 2 раза короче выдоха. Во время одышки --- 28\мин. При пальпации грудная клетка безболезненна, поперечная и продольная нагрузка болевыми ощущениями не сопровождается.

*Данные топографической перкуссии.*

Верхняя граница легких.

1. спереди:

а) справа --- выше ключицы на 4,5см.

б) слева --- 4см. над ключицей.

1. сзади --- уровень остистого отростка VII шейного позвонка.

Ширина полей Кренига:

* слева --- 6см.
* справа --- 5см.

*Нижние границы легких.*

Правое легкое Левое легкое

L.sternalis V м\р

L.parasternalis V ребро

L.medioclavicularis VI ребро

L.axillaris anter. VII р. VII р.

L.axillaris med. VIII р. VIII р.

L.axillaris poster. IX р. IX р.

L.scapularis X р. X р.

L.paravertebralis остистый отросток XI

При сравнительной перкуссии над обоими легкими ясный легочной звук.

*Подвижность легочного края по l. Axillaris mediana*

Левого легкого:

* на вдохе --- 3см.
* на выдохе --- 3см.
* суммарная --- 6см.

Правого легкого:

* на вдохе --- 3см.
* на выдохе --- 3см.
* суммарная --- 6см.

При аускультации над легочной тканью определяется ослабленное везикулярное дыхание. Бронхофония и голосовое дрожание в симметричных участках грудной клетки проводятся с одинаковой силой.

# *Система пищеварения.*

Аппетит хороший, жажда, сухость во рту не беспокоят. Жевание, глотание, и прохождение пищи по пищеводу свободное. Изжога, отрыжка, тошнота и рвота не отмечаются. Иногда беспокоят запоры. Стул регулярный, акт дефекации безболезненный, отхождение газов свободное.

Губы бледно-розового цвета. Слизистая ротовой полости бледно-розового цвета, чистая, без изъязвлений и геморрагий, сосочки языка выражены умеренно.

*Зубная формула:*

1. 2123
2. 2 23

Живот правильной округлой формы, симметричен, передняя брюшная стенка равномерно участвует в акте дыхания. Расхождения прямых мышц живота не наблюдается, видимая перистальтика желудка и кишечника отсутствуют. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный; напряжения нет. Симптомы Щёткина-Блюмберга, Менделя, Ровзинга отрицательны.

При глубокой методической пальпации по методу Образцова-Стражеско в левой подвздошной области обнаруживается сигмовидная кишка в виде гладкого плотноватого тяжа длиной около 20см. и диаметром - 1,5см., очень вяло и редко перистальтирующего; в правой подвздошной области слепая кишка пальпируется в виде умеренно напряженного несколько расширяющегося книзу цилиндра с закругленным дном диаметром - 3см.

Большая кривизна желудка пальпируется в эпигастральной области в виде валика, лежащего на позвоночнике и по бокам от него.

Другие органы брюшной полости (печень, селезенка, тонкий кишечник) пальпаторно не определяются.

*Граница абсолютной тупости печени.*

*Верхняя:*

* по l.parasternalis dexra - верхний край VI ребра.
* по l.medioclavicularis dextra - VI ребро.
* по l.axillaris ant. dextra - VII ребро.
* по l.scapularis dextra - IX ребро.
* по l.paravertebralis dextra - X

*Нижняя:*

* по l.parasternalis sinistra - край ребрной дуги.
* по l.medialis anterior - на границе 1\3 расстояния от мечевидного отростка до пупка.
* по l.parasternalis dextra - на 2см. ниже реберной дуги.
* по l.medioclavicularis dextra - реберная дуга.
* по l.axillaris anterior dextra - X ребро.

*Высота печеночной тупости:*

l.axillaris anterior dextra --- 10см.

l.medioclavicularis dextra --- 9см.

l.parasternalis dextra --- 8см.

В точке желчного пузыря болезненность не определяется.

Симптомы Ортнера, Кэра, Георгиевского отрицательны.

*Границы селезенки:*

Верхняя --- по l.axillaris anterior sinistra - верхний край IX ребра.

Нижняя --- по l.axillaris anterior sinistra - нижний край XI ребра.

Передняя --- на 1,5см. влево от l.axillaris anterior sinistra X м\р.

Ширина селезёночной тупости 6см.

# *Мочеполовая система.*

Суточный диурез - 1,5л. мочеиспускание свободное, безболезненное, преимущественно в дневное время суток. Поясничная область без особенностей. Пальпаторно почки не определяются, болезненность при пальпации отсутствует. Симптом Пастернацкого отрицательный. Почечные (реберно-мышечные и реберно-позвоночные) и мочеточниковые (верхние и нижние) точки безболезненны.

# *Нейропсихическое состояние и органы чувств.*

Сознание ясное, настроение хорошее, сон спокойный. Сухожильные и кожные рефлексы вызываются легко, живые, без особенностей. Патологических рефлексов не выявлено. Симптомы Кернига, Бабинского отрицательные. Кожная чувствительность сохранена в полном объеме.

Шепотную речь слышит на расстоянии 6м. Зрение снижено. Зрачковая реакция на свет содружественная, прямая, живая.

*Для уточнения диагноза и возможности проведения дифференциальной диагностики необходимо проведение дополнительных методов исследования.*

# *Дополнительные методы исследования.*

### ***Общий анализ крови:***

Гемоглобин---120 г\л

Эритроциты---3,6 Т\л

ЦП --- 0,8

Лейкоциты--- 6,2 Г\л

Эозинифилы---2 %

Базофилы--- 0 %

Палочки.--- 2 %

Сегменты.--- 76 %

Лимфоциты--- 15 %

Моноциты--- 5 %

СОЭ--- 3мм\ч

*Заключение:* анализ крови без особенностей.

### ***Анализ мочи.***

Цвет- светло-желтый

Прозрачность - прозрачная

Удельный вес - 1022

Реакция Рн = 5,0

Белок - не обнаружен

Микроскопия.

Эритроциты - 12 в п\з.

Лейкоциты - 3-4 в п\з.

Эпителий - не обнаружен

Оксолаты - нет

*Заключение:* анализ мочи в пределах нормы.

### ***ЭКГ.***

*Заключение:* пароксизмальная мерцательная аритмия, тахисистолическая форма, гипертрофия левого желудочка, дистрофические изменения миокарда.

### ***Анализ кала на яйца глистов.***

*Заключение:* яйца глистов не обнаружены.

# *Симптомокомплекс патологических данных.*

Курируемая больная Чернета Елена Петровна, 71 год,

предъявляет жалобы на сильную приступообразную боль

за грудиной, сжимающего характера, возникающую при физической нагрузке (обычно ходьба), одышку, ощущение тяжести в прекардиальной области, сердцебиение. Болеет в течение 1года; заболевание связывает с перенесенным в 1997г. гриппом.

Объективно: при перкуссии определяется смещение границ сердца влево, что также видно на рентгенограмме грудной клетки. При аускультации определяется нарушение ритма сердца (мерцательная аритмия, тахисистолическая форма).

На ЭКГ: признаки характерные для гипертрофии левого желудочка, дистрофических изменений миокарда, мерцательной аритмии.

Все вышеизложенное представляет собой симптомокомплекс патологических признаков. На основании этого можно выделить следующие синдромы:

1. Болевой синдром.
2. Синдром дыхательной недостаточности.
3. Синдром морфологических изменений в миокарде.

Т.к. эти синдромы могут встречаться при ряде заболеваний, следует провести дифференциальный диагоз с кардиалгиями возникающими при следующих заболеваниях:

* Инфаркт миокарда.
* Экссудативный перикардит.
* Спонтанная стенокардия Принцметала.

# *Дифференциальный диагноз.*

1. *Дифференциальный диагноз симптомокомплекса патологических признаков курируемой больной с экссудативным перикардитом.*

Экссудативный перикардит - воспалительное заболевание околосердечной сумки и наружной оболочки сердца, сопровождающееся накоплением выпота в полости перикарда.

Общими симптомами являются:

* Боль за грудиной
* Одышка, возникающая при физической нагрузке
* Смещение границ сердечной тупости
* Приглушенность сердечных тонов

Но для экссудативного перикардита характерны:

* Тупые, давящие боли, чаще локализующиеся слева от грудины.
* Чувство тяжести в области сердца, усиливающиеся во время глубокого вдоха и при изменении положения тела.
* Нитроглицерин не оказывает болеутоляющего действия.

Снижение аппетита, сухой кашель, рвота, субфибрильная температура тела, лейкоцитоз, ускорение СОЭ, говорят в пользу наличия воспалительного процесса, что у данной больной не обнаруживается.

Обьективные изменения: расширение границ сердечной тупости во все стороны (у курируемой больной граница сердца расширена влево); верхушечный толчок не определяется; тоны сердца приглушены и сочетаются с шумом трения перикарда, который выслушивается в течение длительного времени; характерно наличие парадоксального пульса, набухание шейных вен, что отсутствует у курируемой больной.

Данные дополнительных методов:

* На рентгенограмме: расширение тени сердца, приближающаяся по форме к трапецевидной в сочетании с чистыми легочными полями.
* На ЭКГ: подьем сегмента ST, инверсия зубца Т, низкий вольтаж з.R.

Учитывая то, что у курируемой больной данные симптомы не выражены, экссудативный перикардит можно исключить.

1. *Дифференциальный диагноз симптомокомплекса патологических признаков курируемой больной с инфарктом миокарда.*

Инфаркт миокарда - острое заболевание, обусловленное возникновением очагов ишемического некроза в сердечной мышце в связи с недостаточностью притока крови к ней.

Общими симптомами являются:

* Сжимающая загрудинная боль, иррадиирующая в левую лопатку, одышка, возникающая при физической нагрузке и психоэмоциональном перенапряжении.
* Наличие факторов риска: возникновение болезни у лиц старше 40 лет, частые стрессы.
* Расширение границ сердца влево.
* Глухость тонов.
* На ЭКГ: смещение сегмента ST ниже изолинии, отрицательный з.Т в V5-V6, aVL.

Но для инфаркта миокарда характерно наличие трех синдромов:

1. Болевого: при типичной (ангиозной) форме в начале инфаркта миокарда отмечается интенсивная острая длительная боль за грудиной (у курируемой больной боль за грудиной давящего характера), продолжающаяся больше часа (до нескольких дней), с иррадиацией в левое плечо, руку, лопатку.

Боли не купируются нитроглицерином (в отличие от данной больной), сопровождаются холодным потом, страхом смерти.

1. Кардиоваскулярного синдрома: очаговое повреждение и некроз миокарда ведет к снижению ударного выброса, повышению АД, что сопровождается характерными симптомами кардиогенного шока: бледность кожных покровов, тошнота, рвота, возможны обморок и потеря сознания. Могут развиваться признаки недостаточности центрального кровообращения: систолический шум (вследствие относительно неполноценного закрытия митрального клапана в результате расширения сердца), тахикардия, акроцианоз, затрудненное дыхание, застой в легких, быстрое увеличение венозного давления, приступ кардиальной астмы. Инфаркт миокарда может привести к расстройству возбудимости и сократимости: экстрасистолия, брадикардия, тахикардия, мерцательная аритмия, частичная или полная блокада. Иногда выслушивается шум трения перикарда, ритм галопа (на 2-3 дня).
2. Резорбционно-некротический синдром появляется в результате всасывания продуктов распада ишимизированного участка мышцы, что проявляется:

* Лихорадкой (ч\з 12-36 ч. после возникновения болевого синдрома);
* Лейкоцитоз выше 10-15 тыс.;
* Ускорение СОЭ;

Изменения на ЭКГ:

1. Снижение з.R ниже 5мм. Или исчезновение его совсем; появление патологического з.Q (расширение более 0,33 с, глубина более 1\3 з.R в этом отведении).
2. Депрессия сегмента ST (снижение при интрамуральном инфаркте, подъем выше при субэндокардиальном).

При инфаркте обнаруживается повышение активности ЛДГ1, АСТ (аспартат-аминотрансфераза), КФК (креатинфосфаткиназа).

Путем сопоставления жалоб больного, анамнеза, объективного осмотра и данных дополнительного исследования с классической формой инфаркта миокарда мы можем исключить инфаркт миокарда.

3.*Дифференциальный диагноз симптомокомплекса патологических признаков курируемой больной с вариантной стенокардией.*

Общими симптомами являются:

* Загрудинные боли сжимающе-давящего характера с иррадиацией в левое плечо, руку, межлопаточную область.
* Одышка.
* Приглушенность тонов сердца.

Но для вариантной стенокардии характерно возникновение приступа в состоянии покоя, не связанного, как правило, с повышением метаболических запросов сердечной мышцы.

* Цикличность боли: возникновение приступа ночью или днем.
* Обычно высокая толерантность к физической нагрузке.
* Изменение ЭКГ: эволюция сегмента (при депрессии у курируемой больной).
* Купирование боли препаратами нитратов превышает 10 мин. И эффект незначителен.

Поскольку у нашей больной данные симптомы не выражены, следует исключить вариантную стенокардию.

# *Клинический диагноз.*

На основании симптомокомплекса патологических признаков курируемой больной и проведенного дифференциального диагноза мы можем поставить следующий клинический диагноз:

1. Основное заболевание: ИБС, нарушение сердечного ритма - мерцательная аритмия, тахисистолическая форма.
2. Сопутствующее заболевание: отсутствует.
3. Осложнения: отсутствует.

# *Этиология и патогенез основного заболевания.*

Основной причиной развития ИБС является атеросклероз венечных артерий сердца.

*Факторы риска ИБС:*

* гиперхолестеринемия
* гиподинамия
* артериальная гипертензия
* ожирение
* курение
* сахарный диабет
* нервно-психическое перенапряжение
* генетическое предрасположение типа обмена веществ

В патогенезе ИБС выделяют следующие звенья:

1. Морфологическое (атеросклеротическое) поражение коронарных артерий.
2. Функциональный тропизм к коронароспазму.
3. Изменения со стороны крови - увеличение активности свертывающей системы крови.
4. Способность сердца к сокращению с выраженным систолическим и диастолическим эффектом.
5. Состояние венозного возврата к сердцу.

В настоящее время основными причинами всех аритмий считаются нарушения образования импульса в сердце, нарушение проведения импульса, а также сочетание этих нарушений. Усиление автоматизма специализированных клеток миокарда, расположенных вне синусового узла (эктопические очаги автоматизма), приводит к образованию различных видов экстрасистолий, пароксизмальных тахикардий (первый основной механизм их образования). Вторым механизмом их образования является re-entry и круговое движение импульса. Кроме того к развитию пароксизмальной тахикардии могут привести осцилляции (небольшие колебания трансмембрального потенциала покоя, следовые потенциалы, местные разности потенциалов).

Различные причины (ишемия, дистрофия, воспаление) приводят к нарушению проницаемости клеточной мембраны и следовательно к нарушению ионного состава миокардиальных клеток, что ведет к электрофизиологическим механизмам нарушений сердечного ритма.

Наиболее частые заболевания сопровождающиеся данными нарушениями:

* Органические (ИБС, пороки сердца, АГ, миокардиты);
* Токсические (интоксикации сердечными гликозидами, симпатомиметиками, кофеином и др.);
* Гормональные (при тиреотоксикозе, микседеме, феохромоцитоме);
* Функциональные (нейрогенные, спортивные);
* При хирургических вмешательствах;
* При аномалиях развития сердца (синдром WPW и др.);

# *Лечение и профилактика.*

Терапия должна быть направлена на:

1. Устранение факторов риска - артериальной гипертензии, нарушение липидного обмена, тучность, гиподинамия, вредные привычки.
2. Нормализация труда и отдыха больной.

Из медикаментозной терапии применяются следующие группы препаратов:

1. *Увеличивающие поставку кислорода к сердцу:*

1. Средства улучшающие кровоснабжение и метаболизм миокарда:

Нитраты:

* Нитроглицерин
* Пролонгированные формы нитроглицерина (нитронг, сустак)

2. Миотропные коронаролитики:

А) классические спазмолитики

* Папаверин.
* Дибазол.

Б) Диметилксантины:

* Эуфилин.
* Тенисал.

1. *Средства, уменьшающие потребность миокарда в кислороде:*

а).Бетта-адреноблкаторы:

* анаприлин

б).Антагонисты Са2+:

* верапамил
* нифедипин

1. *Средства, улучшающие микроциркуляцию*:

* Никотиновая кислота
* Трентал

Также важен режим питания больной.

*Рецепты:*

1. Rp: Tab.Nitroglycerini 0.0005 N 40

Da. Signa. По 1 таб. на прием под язык.

#

1. Rp: Tab. Nitrosorbidi 0.0005 N 50

D.S. По 1 таб. 2 раза в день.

#

1. Rp: Tab. Anaprilini 0.02 N 20

D.S. По 1 таб. 3 р\день.

#

1. Rp: Sol. Papaverini hydrochloridi 2% - 2ml

D.t.d. N 10 in ampullis

S. По 2ml в\м 2 р\сутки.

#

1. Rp: Таb. Celanidi 0,00025 N 30

D.S. По 1 таб. 1-2 р. в день.

#

1. Rp: Sol. Glucosae 5% 400,0

D.t.d. N 2 in flaconis

S. для внутривенных вливаний.

#

# *Дневники.*

|  |  |
| --- | --- |
| 16.03.98  Т0 =36.8  PS = 96  ЧДД = 26  17.03.98  Т0 = 36.9  Рs = 93  ЧДД = 23 | Состояние больной не удовлетворительное.  Предъявляет жалобы на сжимающую боль в области сердца, одышку в покое и при физической нагрузке, чувство дискомфорта за грудиной.  Сон спокойный, стул регулярный, мочеиспускание регулярное.  Объективно: кожа и слизистые бледные. В легких дыхание везикулярное, беспокоит одышка в покое. Границы относительной тупости сердца смещены влево.  Сердечные тоны приглушены. Выслушивается систолический шум во всех точках, мерцательная аритмия, тахикардия.  ЖКТ: живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.  Назначенную терапию продолжить.  Rp: Tab. Anaprilini 0.04 N 20  D.S. по 2 таб. 3р.\день  #  Rp: Tab. Cordaroni 0.02 N 40  D.S. по 1 таб. 3р.\день  #  Rp: Tab. Nitrosorbidi 0.01 N 10  D.S. 1 таб. под язык при появлении сжимающих болей за грудиной.      Состояние больной не удовлетворительное.  Больная предъявляет жалобы на сжимающую боль за грудиной; одышку, возникающую при физической нагрузке.  Сердечные тоны приглушены. Незначительное уменьшение систолического шума, тахикардия, мерцательная аритмия.  Над всей поверхностью легких дыхание везикулярное.  Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируется.  Назначенное лечение продолжить. |

|  |  |
| --- | --- |
| 18.03.98  Т0 = 36.7  Ps = 91  ЧДД =22 | Состояние больной на фоне проводимой терапии улучшилось.  Чувство дискомфорта за грудиной исчезло, уменьшилась частота сердечных сокращений. Нарушение ритма сердца выражено умеренно.  Объективно: дыхание везикулярное над всей поверхностью легких. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез без особенностей.  Назначенную терапию продолжить. |

### *Температурный лист.*



# *Прогноз.*

*Для жизни:* благоприятный.

*Для выздоровления:* благоприятный при соблюдении режима и назначенной терапии.

*Для трудоспособности*: неблагоприятный-избегать черезмерной физической нагрузки.

# *ЭПИКРИЗ.*

Больная Чернета Елена Петровна, 71 год, поступила в кардиологическое отделение городской больницы N9 11.03.98 с жалобами на сильную приступообразную боль за грудиной сжимающего характера, возникающую при физической нагрузке, постоянную одышку, чувство тяжести за грудиной, сердцебиение.

Боль купируется нитроглицерином в течение 5-10 минут.

Из анамнеза известно, что больная страдает ИБС с 1997 года, болезнь связывает с перенесенным гриппом. До настоящего времени не лечилась, обратилась в приемное отделение по направлению участкового врача, была срочно госпитализирована в кардиологическое отделение.

Объективно: состояние при поступлении неудовлетворительное, кожные покровы бледные, верхушечный толчок определяется в V межреберье слева по L. Medioclavicularis sinistra. Границы сердца смещены влево. Аускультативно: тоны сердца приглушенные, выслушивается систолический шум, тахиаритмия. ЧСС-120 ударов в минуту.

НА ЭКГ: пароксизмальная мерцательная аритмия, тахисистолической формы, гипертрофия левого желудочка, дистрофические изменения в миокарде.

На основании данных анамнеза,а также обьективных и дополнительных методов исследования, больной был поставлен диагноз-ИБС.Мерцательная аритмия, тахисистолическая форма.

В клинике больной было назначено следующее лечение:

* Анаприлин - 0.01 г. по 2 таб. 3р. в день.
* Кордарон - 0.2 г. по 1 таб. 2-3 р. в день.
* Нитросорбид -0.01 г. по 1 таб. под язык при приступе стенокардии.
* Целанид - 0.25 мг. По 1 таб. 1-2 р. в день.
* Нитроглицерин -0.0005г. по 1 таб. под язык.
* Глюкоза -по 400 мл внутривенно
* Стол N 15.
* Полупостельный режим

За время пребывания в стационаре состояние больной улучшилось. Приступы стенокардии не беспокоят, уменьшилась одышка и слабость, отмечается снижение частоты сердечных сокращений.

Рекомендованно:

* Нитроглицерин по 1 таб. под язык для купирования приступов стенокардии.
* Целанид по 1 таб. 2 р. в день.
* Соблюдение режима труда и отдыха.
* Наблюдение участкового терапевта.

# *ЛИТЕРАТУРА.*

* Ф.И. Комаров, В.Г. Кукес, А.С. Сметнев "ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ" Москва "Медицина" 1990.
* В.В. Мурашко "ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЯ" Москва "Медицина" 1987.
* М.Д. Машковский "ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА" Москва "Медицина" 1994.