АГМУ

**Кафедра факультетской терапии.**

Зав. кафедрой: профессор Трубников Г.В.

Преподаватель: ассистент

Куратор

**Курационный лист**

**Больной:**

**Диагноз:** ИБС: Стабильная стенокардия, Ф.КII. Гипертоническая болезнь III стадии (ОНМК, ИБС, гипертрофия левого желудочка), очень высокая градация риска, ХСН II ст.

**Барнаул – 2009**

**Паспортные данные**

Ф.И.О.:

ВОЗРАСТ: 59лет.

ПОЛ: женский.

ГОД РОЖДЕНИЯ:1 октября 1944.

СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ: замужем ,дочь.

МЕСТО ЖИТЕЛЬСТВА: ------------- .

ВРЕМЯ ПОСТУПЛЕНИЯ В КЛИНИКУ: 9.04.04.

ВРЕМЯ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО: 13.04.04.

МЕСТО РАБОТЫ: пенсионер.

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ: *ИБС: стабильная стенокардия, Ф.К //. Гипертоническая болезнь ///стадия (ОНМК, ИБС, гипертрофия левого желудочка), очень высокая градация риска. ХСН // стадия.*

**Жалобы при поступлении**

*Основные:*

На одышку . Возникает во время приступов ангинозной боли и при незначительной физической нагрузке, смешанного характера. Проходит после отдыха.

Боли в области сердца. Боли сжимающего, давящего характера,иррадиирующие в левое плечо, руку и лопатку, возникающие при ходьбе через 150-200 метров или подъеме на второй этаж, а так же при стрессовых ситуациях. Проходят через 3-5мин после приема 1 таблетки нитроглицерина.

Ощущение сердцебиения. Оно или предшествует приступу или возникает вместе с ним. Провоцируется физической нагрузкой или стессовой ситуацией.

Усиление потоотделения. Возникает во время приступа.

Жар. . Возникает во время приступа.

Слабость, беспокойство. . Возникают во время приступа.

Повышение артериального давления до 180-190/80-100мм рт ст.

Быстрая утомляемость.

*Дополнительные:* Система органов дыхания: носовое дыхание не затруднено, свободное; выделяемого из носа не отмечает. Жалобы на одышку , появляющуюся во время приступа.

Система органов кровообращения: Предъявляет жалобы на периодическое повышение артериального давления до 180-190/80-100 мм рт ст.

Система органов пищеварения: аппетит не изменен, вкус не извращен, неприятного запаха изо рта нет. Стул регулярный, оформленный, 1-2 раза в сутки, не изменен.

Система органов мочевыделения: мочеиспускание не нарушено, приблизительно 5-6 раз в сутки. Болей и резей во время акта мочеиспускания не отмечает.

Половая система: болей внизу живота нет, выделений нет.

Эндокринная система: На выпадение волос, ломкость ногтей жалоб не предъявляет. Менопауза наступила в возрасте 50 лет.

Нервная система: жалобы на нарушение сна (сон с 22:00-5:00), часто просыпается по ночам. Головные боли ноющего характера, часто появляющиеся на фоне повышенного артериально давления.

Система опорно-двигательных органов: Болей в костях и суставах не отмечает. Тугоподвижности суставов нет.

Вывод: На основании жалоб больной на одышку ,боли за грудиной и в области сердца сжимающего, давящего характера , иррадиирующие в левое плечо , руку и лопатку, возникающие при ходьбе через 500 м или при подъеме на второй этаж, усиление потоотделения , жар, беспокойство, слабость, а так же подъем давления до 180-190/80-100 мм рт ст можно сделать вывод о том , что в патологический процесс вовлечена сердечно-сосудистая система .

**Anamnesis morbi**

Считает себя больной с 10 октября 1999 года, когда после ссоры с родственниками, появились интенсивные боли за грудиной сжимающего, давящего характера, иррадиирующие в левое плечо, руку и лопатку, сопровождающиеся усилением потоотделения, ощущением жара, слабостью и беспокойством. Была вызвана скорая помощь, больная была доставлена в терапевтическое отделение Железнодорожной больницы с диагнозом : ИБС: Стенокардия, впервые возникшая, Гипертоническая болезнь /// стадии. В начале ноября 1999 года была выписана из больницы в удовлетворительном состоянии. Больная каждые полгода в плановом порядке госпитализируется для проведения обследования и коррекции проводимого лечения.

Боли, возникающие в области сердца купировались принятием нитроглицерина. Во время обострения заболевания больная лечилась амбулаторно. При обострении заболевания, проявляющегося болями за грудиной сжимающего, давящего характера, иррадиирующими в левое плечо, руку и лопатку, сопровождающимися усилением потоотделения, ощущением жара, слабостью и беспокойством, по причине физической нагрузки и при эмоциональном напряжении, больная принимала: нитроглицерин 1 таб.под язык, после чего становилось лучше. Так же больная с профилактической целью принимала аспирин 0,125 мг х 1 раз в день. 9.04.04 больная была госпитализирована в плановом порядке.

Вывод: Исходя из анамнеза заболевания можно сделать вывод, что заболевание носит хронический характер. Начало связано со стрессом. Заболевание не носит прогрессирующий характер, так как состояние больной со временем не ухудшается и не усиливается симптоматика. В настоящее время больная госпитализирована в плановом порядке.

**Anamnesis vitae**

Родилась 1 октября 1944 года в городе Барнаул. Росла и развивалась нормально, в физическом и умственном развитии от сверстников не отставала. После окончания 9-го класса поступила и закончила Барнаульский Медицинский Колледж, после чего работала перевязочной медсестрой в ЖДБ в течение 35 лет. Место жительства и место работы не меняла.

Гемотрансфузий, переломов не было.

*Аллергологический анамнез*: не отягощен.

*Эпидемиологический анамнез*: контактов с инфекционными больными не было, укусам насекомых, грызунов не подвергалась.

Туберкулез, венерические заболевания, болезнь Боткина - отрицает.

*Вредные привычки*: не курит, алкогольные напитки употребляет редко (1 раз в 3-6 месяцев).

Перенесенные заболевания: В детстве болела простудными заболеваниями, ветряной оспой.

В 1972 году поставлен диагноз : Гипертоническая болезнь I ст.

В 1998 году – ОНМК(микроинсульт , с подъёмом АД до 220/110)

**Генеалогическое древо:**

Пробанд: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ родилась в \_\_\_\_\_\_году.

I 1 2

I

1 2

II

1 2

III

I 1 - Отец пробанда – умер насильственной смертью.

I 2 -Мать пробанда – страдала ИБС.

II 1 – пробанд, страдает ИБС.

III 1,2 - дети пробанда; никакими заболевания не страдают.

Вывод: Из анамнеза жизни следует , что наследственность больной отягощена. А так же есть предрасполагающий фактор: Гипертоническая болезнь.

**Status praesens communis**

Общее состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное, контактна. Внешний вид соответствует возрасту. Осанка правильная. Нормостенический тип телосложения. Умеренного питания (рост 164 см, вес 75 кг).

Кожные покровы бледные, чистые, сухие, без видимых высыпаний. Температура в подмышечной впадине +36,8. Видимые слизистые бледно - розовые. Ногтевые пластинки полностью покрывают ногтевые ложа, ломкости ногтей нет. Подкожно-жировой слой развит умеренно, толщина кожной складки 2см. Видимых отеков нет. Пальпируются единичные подчелюстные и подмышечные лимфатические узлы величиной в горошину, мягкой консистенции, подвижные, безболезненные, не спаянные с окружающими тканями. Мышцы на симметричных участках тела развиты одинаково, правильно, эластичные, упругие. Снижения мышечной силы не отмечено. Деформаций скелета нет.

**Органы дыхания**

Тип дыхания грудной. Дыхание через рот и нос свободное. Форма грудной клетки правильная, обе половины равномерно участвуют в акте дыхания. Дыхание ритмичное, ЧДД – 18 в минуту. Пальпация: грудная клетка неэластичная, безболезненная. Голосовое дрожание не изменено, одинаковое с обеих сторон. Межреберные промежутки не расширены, плотное прилегание лопаток, ключицы симметричные.

При сравнительной перкуссии: ясный легочной звук, по 9 точкам перкуссии легких.

При топографической перкуссии:

Ширина полей Кренига с обеих сторон 5 см Высота стояния верхушек легких: справа-4см, слева- 4см. Подвижность лёгочных краёв: по средне-ключичным линиям: справа - 5 см, слева - 5 см.

.

|  |
| --- |
| Нижние границы легких |
| Линии | Справа | Слева |
|  |
| Парастернальная | 5 м/р | - |
| Среднеключичная | 6 м/р | - |
| Передняя подмышечная | 7 м/р | 7 м/р |
| Средняя подмышечная | 8 м/р | 8 м/р |
| Задняя подмышечная | 9 м/р | 9 м/р |
| Лопаточная | 10 м/р | 10 м/р |
| Паравертебральная | 11 м/р | 11 м/р |
| Остистый отросток T**XII** |
| Подвижность легочного края |
|  |
| Среднеключичная | 5 см | - |
| Средняя подмышечная | 6 см | 6 см |
| Лопаточная | 5 см | 5 см |
|  |  |  |

Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипов нет.Шума трения плевры и плевроперикардиальный шум отсутствуют

**Сердечно-сосудистая система**

В области сердца сердечного горба и видимой патологической пульсации не выявлено, верхушечный толчок визуально не определяется. При пальпации верхушечный толчок локализуется в V межреберье по среднеключичной линии, разлитой, низкий, сильный, резистентный.

*1. Граница относительной тупости сердца:*

правая - IV межреберье по правому краю грудины.

верхняя - III м/реберье по левой парастернальной линии.

левая - V межреберье по левой среднеключичной линии.

2. *Граница абсолютной тупости сердца:*

правая - IV м/р вдоль левого края грудины;

верхняя - на IV ребре по левой парастернальной линии;

левая - V м/р на 1-1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии.

Ширина сосудистого пучка во II м/р. – 5-5,5 см (расширен вправо).

Аускультативно: Тоны сердца приглушенны, ритм правильный Патологических шумов в точках аускультации сердца не выявлено. ЧСС – 80 уд/минуту, АД – 140/90 мм рт ст.

Пульс на лучевой артерии нормального напряжения и наполнения, ЧП – 80 уд/минуту.

**Исследования сосудов:**

При осмотре пульсации сосудов шеи не обнаружено. При осмотре и пальпации сонных и лучевых артерий видимых изменений не наблюдается, сосуды эластичны, извитостей нет, безболезненны, варикозных расширений нет. Уплотнений по ходу вен нет.

Симптом Квинке отрицательный. Пульс на лучевых артериях обеих рук одинаковый: ритм правильный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Частота пульса 80 уд/мин. Дефицита пульса нет. АД= 140/90 мм рт ст

При аускультации аорты и сонных артерий патологических шумов не наблюдается.

**Органы пищеварения:**

При осмотре ротовой полости: красная кайма губ обычного цвета, высыпаний нет. Слизистая бледно розовая, блестящая, изъязвлений нет. Десны твердые розового цвета, без воспалительных явлений, не кровоточат. Язык влажный, розовый, без налета, видны отпечатки зубов по краю языка, миндалины не увеличины, небные дужки без изменений. Акт глотания не нарушен. Прохождение пищи по пищеводу не затруднено.

Зубная формула:

к к к о о о к о к к к к к к к к

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

8 7 6 5 4 3 2 1 1 2 3 4 5 6 7 8

о к к к к к к к к к к о о к о

о- отсутствие зуба

к- корень

Осмотр живота: Живот правильной формы, симметричен, в акте дыхания не участвует, пульсации в эпигастральном углу нет. Видимая перистальтика кишечника и желудка не отмечается. Выбуханий в правом подреберье нет.

Пальпаторно: температура и влажность кожи живота одинаковая на симметричных участках. Отмечается легкое напряжение брюшного пресса. Расхождения прямых мышц живота, грыжевых ворот нет. Болезненности не обнаружено. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

В ПЖК патологических образований не выявлено.

Глубокая методическая пальпация по Образцову-Стражеско: сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде гладкого малодвижного цилиндра, толщина приб. 2 см., не болезненна. Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области, умеренно болезнена, отмечается урчание при пальпации. Нисходящая ободочная кишка пальпируется в левом боковом отделе живота в виде тяжа приб. 3 см в диаметре, умеренно болезненна. Восходящая ободочная кишка пальпируется в правом боковом отделе живота в форме подвижного безболезненного цилиндра. Поперечноободочная кишка пальпируется в виде поперечнорасположенного цилиндра, умеренного болезненного и напряженного. Свободно перемещается вверх и вниз. Желудок пальпируется в эпигастральной области, поверхность гладкая, большая кривизна определяется на 2,5 см выше пупка. Селезенка не увеличена.

При осмотре области печени выбуханий и образований не обнаружено. При глубокой пальпации печени нижний край печени не выходит из-под края реберной дуги, ровный, закругленный, безболезненный. Симптом качелей отрицательный.

Перкуторно размеры печени по Курлову: 9 / 8 / 7 см.

Селезенка не пальпируется, безболезнена. При осмотре в ее проекции выбуханий не обнаружено. При перкуссии селезенки по Курлову:

передняя подмышечная линия 6 см

X ребро 7 см

Желчный пузырь и pancreas не пальпируются.

Стул со слов больной регулярный, 1 раз в сутки, оформленный в виде цилиндра, коричневого цвета.

Аускультативно: шум перистальтики кишечника.

**Мочеполовая система**

Почки не пальпируются, видимых отёков в поясничной области нет. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь перкуторно и пальпаторно над лоном не определяется. Дизурии нет.

**Нейроэндокринная система**:

Движения коордированы, сознание ясное, поведение адекватное, настроение хорошее, на вопросы отвечает адекватно. Ориентируется в пространстве и времени. Слух и обоняние в норме. Тремора рук нет. Глазные симптомы: экзофтальма нет, мигание редкое, блеск глаз умеренный, западения глазных яблок нет. Зрачковый рефлекс в норме.

Вторичные половые признаки по женскому типу. Щитовидная железа умеренно увеличена, эластичной консистенции, узлов нет, безболезнена.

**Вывод:**

Анализируя данные, полученный при проведении объективного обследования, можно сделать вывод, что в патологический процесс вовлечена сердечно-сосудистая система, так как отмечается некоторое расширение границ относительно тупости сердца влево на 1,5 см. При аускультации тоны сердца глухие. Все это говорит о гипертрофии левого желудочка и аортальной конфигурации сердца.

**Предварительный диагноз**

Исходя из жалоб больной на сердцебиение, боли за грудиной сжимающего ,давящего характера, купируемые приемом нитроглицерина, повышенное АД, одышку смешанного характера, возникающую после незначительной физической нагрузки (подъем на 1 этаж), проходящую после отдыха, предполагаем, что в патологический процесс вовлечена сердечно-сосудистая система.

Из анамнеза заболевания следует, что процесс носит хронический характер (так как началом считается 10 октября 1999 года). А так же то, что процесс не прогрессирует, так как симптоматика за этот период не нарастала, следовательно можно предположить что, заболевание носит стабильный характер.

Из анамнеза жизни следует то, что наследственность больной отягощена ИБС (у матери) Выявлен предрасполагающий фактор: Гипертоническая болезнь III стадии.

При объективном обследовании были выявлены признаки гипертрофии левого желудочка: смещение границ относительной и абсолютной тупости сердца влево, расположение верхушечного толчка по средне-ключичной линии слева, приглушение тонов сердца. Это подтверждает вовлечение в процесс сердечно-сосудистой системы.

Исходя из жалоб больной на загрудинные боли, купируемые приемом нитроглицерина, можно предположить, что это стенокардия.

Исходя из жалоб на загрудинные боли, возникающие при прохождении 150-200 метров или при подъеме на второй этаж можно предположить что это II функциональный класс.

Исходя из жалоб на повышение АД , данных анамнеза(ОНМК) и данных объективного обследования можно предположить наличие гипертонической болезни III стадии.

Исходя из жалоб больной на одышку, возникающую во время приступов ангинозной боли или при незначительной физической нагрузке, слабость, быструю утомляемость можно предположить наличие у больной сердечной недостаточности. Учитывая признаки нарушения кровообращения в малом круге (одышка) можно предположить наличие II стадии ХСН.

Таким образом, можно поставить предположительный диагноз: ИБС: стабильная стенокардия, Ф.К.II. Гипертоническая болезнь III стадия (ОНМК, ИБС, гипертрофия левого желудочка).Очень высокая градация риска. ХСН II стадия.

**Лечение**

Лечебное питание: ограничение общего количества жира до 80-90 г/сутки, особенно тугоплавкие (бараний, свиной, говяжий), с включением в рацион нерафинированных растительных масел до 1/3 от общего количества употребляемого жира, которые являются источником жирных полиненасыщенных кислот, токоферола, фосфолипидов. Применять их в приготовлении пищи, преимущественно в сыром виде. Также включать в рацион сливочное масло до 20 г в день. Уменьшить употребление яиц до 3-4 штук в неделю, включая приправы. Ограничение легкоусваиваемых простых углеводов: сахар, варенье, мёд, конфеты, кондитерские изделия до 50 г в день. Включить в рацион творог, кисломолочные продукты, морские продукты (рыба, морская капуста, кальмары). Мясо употреблять в отварном виде, бульон употреблять до 1-2 раз в неделю. Рекомендуется употребление ягод, соков сухофруктов (курага, чернослив, изюм) как источники солей калия. Приём пищи 5-6 раз в день малыми порциями с последним приёмом пищи за 4 часа до сна. Рекомендуется чередование диеты с разгрузочными днями. При недостаточности эффекта лечебного питания применять гиполипидемические препараты.

Медикаментозное лечение:

Для предупреждения приступов стенокардии назначается **нитросорбид**. Этот препарат показан для профилактики приступов, имеет продолжительность действия до 6-8 часов, имеет, помимо антиангинального, выраженный антиишемический эффект, длящийся до 4 часов. Препарат назначен в дозе 30 мг/сутки (по 10 мг 3 раза в день).

Rp. Nitrosorbidi - 0,01

D.t.d. N. 20 in tabulettis.

S. По 2 таблетки 3 раза в день.

В схеме комбинированной антиангинальной терапии назначается β-адреноблокатор **анаприлин** 30 мг/сутки. 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 - 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 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.

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

Можно дополнительно назначить **аспаркам** для улучшения переносимости миокардом гипоксии.

R.p.: Asparcami

D.t.d. N. 20 in tab

S.: По 1 таблетке 3 раза в день.

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 1 раза в день. При такой схеме назначения гепарина геморрагических осложнений практически не наблюдается и частый контроль состояния свертывающей системы крови не нужен.

Rp.: Solutionis Heparini 5000 ED

D.t.d. N 5

S.: вводить п/к по 5000 ED 1 раз в день

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.

Rp.: Aspirini 0,5

D.t.d. N 20 in tabulettis

S.: по 1/2 таблетки 1 раза в день после обеда.

Для стабилизации клеточных мембран, профилактики гипокалиемии и развития возможных нарушений ритма при инфаркте миокарда - поляризующая смесь:

Solutionis Glucosae 5% - 200 ml

Solutionis Kalii chloridi 4% - 100 ml

Insulini 4 ED

Смесь вводить 1 раз в день в/в капельно.