Алтайский государственный медицинский университет

Кафедра госпитальной и поликлинической терапии.

# История болезни

Клинический диагноз:

Основное заболевание: ИБС: стенокардия напряжения II ФК, НК I ст.;

Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь III стадии, риск 4 (очень высокий). Хронический гастрит. Хронический калькулезный холецистит

### Барнаул-2009

**Жалобы**

На головную боль, головокружение, шум в ушах, слабость, чувство сердцебиения, боли за грудиной, одышку, особенно проявляющиеся при повышенном артериальном давлении.

Детализация основных жалоб:

* Головная боль ноющего характера в области затылка, появляется при повышении артериального давления.
* Головокружение и слабость по словам больной присутствуют постоянно, усиливаются при повышении артериального давления.
* Шум в ушах – постоянный, усиливается при повышении артериального давления.
* Сердцебиение, чувство сдавления за грудиной возникают после небольшой физической нагрузки (подъем на 1–2 этаж), проходят после отдыха.
* Боли за грудиной сжимающего характера, иррадиируют в левый сосок, ключицу, лопатку, возникают после психоэмоционального напряжения, небольшой физической нагрузки (подъем на 1–2 этаж), снимаются Верапамилом. Так же появляются в ночное время, нарушая сон, купируются Верапамилом.
* Одышка смешанного характера, появляющаяся после небольшой физической нагрузки (подъем на 1 этаж), проходящая после отдыха

**Дополнительные жалобы:**

Жалобы на отрыжку воздухом, изжогу, периодически появляющуюся по утрам, устраняемую приемом пищи.

**Вывод:**

На основании жалоб на чувство сердцебиения, боли за грудиной, сжимающего характера с иррадиацией в левый сосок, ключицу и лопатку, возникающие после небольшой физической нагрузки (подъем на 1–2 этаж) и в ночное время, снимающиеся Верапамилом можно предположить, что в патологический процесс вовлечена сердечнососудистая система.

Ввиду жалоб больной на головную боль, головокружение, нарушение сна, повышенную потливость можно предположить о вовлечении в патологический процесс нервно-эндокринной системы.

И ввиду жалоб на изжогу и отрыжку, возникающие чаще по утрам можно предположить можно предположить о вовлечении в патологический процесс пищеварительной системы.

# Anamnesis morbi

Больной считает себя с 1989 года, когда на фоне стресса, сильного психоэмоционального напряжения в связи со смертью мужа стала отмечать боли в области сердца приходящего характера, повышение АД, и на этом фоне головные боли и головокружение. С тех же пор отмечает ухудшение зрения. Обратилась к врачу и была направлена на стационарное лечение, чем лечилась – не помнит, но была выписана с улучшением. Тогда же был поставлен диагноз: ИБС, стенокардия напряжения, II функциональный класс. До этих пор подобных жалоб не было, повышения АД не отмечала. С тех пор постоянно принимает лечение: Кардофен, Нитроглицерин (во время приступов). Сейчас принимает Энап, Верапамил во время приступов. В течение последних 10–12 лет состояние оставалось относительно стабильным, с медленной прогрессией симптомов. Наблюдалась у терапевта на диспансерном учете, стационарное лечение до настоящего момента не получала. В ноябре – декабре 2008 года состояние стало ухудшаться: усилились головные боли, головокружение, участились боли в сердце, жгущие, колящие с иррадиадиацией в левый сосок, ключицу и лопатку. Чаще боли возникают по ночам, что нарушает сон, снимается Верапамилом. Обратилась в поликлинику и была направлена в стационар для обследования и назначения адекватной терапии. Одышка появилась в 1989 году и с тех пор медленно прогрессирует, в настоящее время появляется при небольшой физической нагрузке (подъем на 1–2 этаж), проходит в покое, иногда появляется во время приступа боли.

Артериальное давление повышается с 1989 года (до 140/70). В настоящее время повышается до значений 200/110 мм рт ст.

**Вывод:** Исходя из анамнеза заболевания можно сделать вывод, что заболевание носит хронический характер. Начало связано со стрессом. Заболевание так же носит прогрессирующий характер, так как состояние больной со временем ухудшается, чаще возникают боли в области сердца, усилилась головная боль, головокружение, имеет место более значительное повышение АД, усиление одышки. В настоящее время наступило ухудшение, требующее смены тактики лечения и дальнейшего обследования.

# Anamnesis vitae

Родилась 25 апреля 1929 года в г. Чита. Росла и развивалась нормально, в умственном и физическом развитии от сверстников не отставала. Социально-бытовые условия были удовлетворительные. После школы закончила курсы бухгалтеров, работала зам. начальника счетного отдела (работа связана с сильным психоэмоциональным перенапряжением и стрессами). В настоящее время проживает в городе Барнауле в благоустроенной квартире, социально-бытовые условия удовлетворительные. Была замужем, муж умер в 1989 году. Больная на пенсии. Перенесенные заболевания: в детстве дифтерия, корь, тонзиллит (2–3 раза в год). Хронический обструктивный бронхит с 1982 года. Хронический гастрит с 1965 г. Травм не было. Перенесенные операции:

* В 1951 г. – вскрытие молочной железы по поводу гнойного мастита
* В 1998 г. – операция на глазах по поводу глаукомы, проведена в Новосибирске

Гемотрансфузии отрицает. Туберкулез, вирусный гепатит, венерические заболевания отрицает у себя и у родственников. Аллергологический анамнез: реакция на пенициллин и новокаин. Наследственность отягощена: отец и бабушка больной умерли от инфаркта миокарда. Вредных привычек нет.

# Status praesens communis

Общее состояние больной удовлетворительное, сознание ясное. Положение больной в постели свободное, активное. Выражение лица спокойное, поведение адекватное, эмоции сдержаны. Осанка правильная, телосложение правильное. Больная повышенного питания. Конституция гиперстеническая.

Кожа, переферические лимфоузлы и слизистые оболочки:

Кожные покровы бледные, сухие. Участков гиперпигментации, расчесов, высыпаний, геморрагий, сосудистых звездочек нет. Эластичность и тургор равномерно снижены, оволосение по женскому типу. Ногти нормальной формы. Слизистая рта бледно-розовая, патологических изменений не выявлено.

Подкожно жировая клетчатка избыточно развита.

Периферические лимфоузлы не увеличены. Молочные железы не увеличены, пальпаторно никаких образований не определяется.

Опорно-двигательный аппарат:

Общее развитие мышечной системы нормальное, тонус сохранен. Болезненности при ощупывании мышц нет, атрофии и уплотней не обнаружено.

Деформаций костей и болезненности при пальпации и поколачивании нет. Утолщений и неровностей надкостницы нет. Искривлений позвоничника нет.

Органы дыхания:

Частота дыхательных движений 20 дыхательных движений в минуту, ритмичное. Тип дыхания грудной. Патологических типов дыхания (Чейн-Стокса, Куссмауля, Биота) не наблюдается. Носовое дыхание не затруднено, изменений формы носа нет. Деформации гортани, отклонения ее от хода срединной линии не наблюдается, пальпация безболезнена, голос обычный: охриплости, афонии нет. Форма грудной клетки нормостеническая, обе половины симметричны, в акте дыхания участвуют одинаково. Межреберные промежутки не расширены, плотное прилегание лопаток, ключицы симметричные.

При пальпации грудной клетки болезненность не выявлена. Резистентность не изменена, голосовое дрожание равномерное.

При сравнительной перкуссии отмечается ясный легочный звук над обеими легкими по всем 9 парным точкам выслушивания.

При топографической перкуссии:

высота стояния верхушек легких справа 4 см, слева 4 см

ширина полей Кренига справа 5 см, слева 5 см

Аускультативно:

Дыхание везикулярное, хрипов нет. Шум трения плевры и плевро-перикардиальный шум отсутствуют.

Сердечнососудистая система:

При осмотре и пальпации по ходу перефирических сосудов патологических отклонений и боли не обнаружено.

При осмотре области сердца сердечного горба и патологических пульсаций не обнаружено. Верхушечный толчок не пальпируется. Сердечного толчка нет.

Поперчник 12 см, длинник 15 см. Конфигураци сердца аортальная. Ширина сосудистого пучка во II межреберье 6 см

Аускультативно:

Ритм правильный, тоны сердца глухие в 4 основных и 3 дополнительных точках (Боткина, Наунина, Левиной), патологических шумов нет, раздвоений и расщеплений тонов нет. ЧСС 80 уд/мин

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= 150/70 мм рт ст

При аускультации аорты и сонных артерий патологических шумов не наблюдается.

Пищеварительная система:

При осмотре ротовой полости: высыпаний нет. Слизистая бледно розовая, блестящая, изъязвлений нет. Язык влажный, розовый, без налета. Акт глотания не нарушен. Прохождение пищи по пищеводу не затруднено.

Осмотр живота: Живот правильной формы, симметричен, в акте дыхания 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., безболезненна. Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области, умеренно болезненна, 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. Перкуторно размеры печени по Курлову: 9 / 8 / 7 см.

Селезенка не пальпируется, безболезнена.

Стул со слов больной регулярный, 1 раз в сутки.

Мочевыделительная система:

Осмотром поясничной области отеков и припухлостей не выявлено. При глубокой пальпации стоя и лежа почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Болезненностей по ходу мочеточников нет. Пальпаторно мочевой пузырь безболезненный. Мочеиспускание безболезненное, регулярное, 3–5 раз в день.

Нейроэндокринная система:

Движения скоордированы, сознание ясное, поведение адекватное, настроение хорошее, на вопросы отвечает адекватно. Ориентируется в пространстве и времени. Слух и обоняние в норме. Зрение снижено (глаукома с 1998). 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.

**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 характера, купируеммые приемом нитроглицерина, шум в ушах, головные боли, повышенное АД, одышку смешанного характера, возникающую после незначительной физической нагрузки (подъем на 1 этаж), проходящую после отдыха, предполагаем, что в патологический процесс вовлечена сердечнососудистая система.

Учитывая жалобы больной на головную боль, головокружение, шум в ушах, снижение зрения, чаще связанные с повышением артериального давления, можно сказать, что в патологический процесс вовлечена центральная нервная система.

В связи с жалобами на одышку смешанного характера и сухой кашель по ночам можно говорить о вовлечении в патологический процесс дыхательной системы.

На первое место выходят основные жалобы больной: боли за грудиной сжимающего характера, одышка, головные боли. Они говорят о том, что главной пораженной системой является сердечнососудистая. Это подтверждается анамнезом заболевания и анамнезом жизни больной. Из анамнеза заболевания ясно, что заболевание имеет начало в 1989 году, когда на фоне перенесенного психоэмоционального перенапряжения больная впервые стала отмечать выше описанные симптомы. Заболевание носит прогрессирующий характер, т. к. состояние больной стабильно ухудшается, несмотря на терапию: Энап, Верапамил. В настоящий момент можно отметить очередное ухудшение состояния, что стало причиной госпитализации больной. Из анамнеза жизни выявлено множество предрасполагающих факторов к развитию сердечнососудистой патологии: наследственный фактор (отец и бабушка по отцовской линии страдали ИБС, умерли от инфаркта миокарда), постоянные стрессы и психоэмоциональные перегрузки, возраст больной – 74 года, наличие в анамнезе болезней сердца и повышение АД с 1989.

Проводя объективное обследование по системам, обнаружены отклонения от нормы со стороны сердечнососудистой системы: смещение границ относительной и абсолютной тупости сердца влево, приглушенные тоны сердца, одышка. Это говорит о слабости сердечной мышцы левого желудочка. Т.о. можно предположить о левожелудочковой недостаточности, что проявляется застоем крови в малом круге кровообращения, что, следовательно, приводит к нарушению процесса оксигенации крови в легких, и соответственно к гипоксии организма, в т.ч. головного мозга. Что определяет головную боль и головокружение. О снижении сократимости миокарда свидетельствуют приглушенные тоны сердца, это сопровождается снижением сердечного выброса и увеличением остаточного объема, что вызывает перегрузку миокарда и развитие дилатации и гипертрофии левых отделов сердца, что объективно доказывается смещением границ сердца влево.

На основании этих видимых изменений системе кровообращения, учитывая анамнез жизни и болезни больной, можно предположить, что это ишемическая болезнь сердца.

На основании жалоб больной (боли в области сердца снимаются приемом нитроглицерина!) можно предположить, что у нее стенокардия. Т.к. это заболевание носит прогрессирующий характер, что ясно из анамнеза заболевания – это стенокардия напряжения. Приступы стенокардии возникают при быстрой ходьбе, при подъеме на 2 ой этаж, поэтому можно предположить, что это II функциональный класс стенокардии напряжения. Наличие одышки после небольшой физической нагрузки (подъем на 1–2 этаж), ходьбе на 200–300 м, наличие признаков гипоксии органов большого круга кровообращения, умеренное ограничение трудоспособности (быстрая утомляемость) говорят о недостаточности кровообращения I степени.

На основании жалоб на изжогу и периодически возникающую одышку, а так же хронический гастрит в анамнезе жизни, предполагаем о том, что данная патология имеет место у больной и в настоящее время.

Исходя из вышеперечисленного можно поставить следующий предварительный диагноз: ИБС: стенокардия напряжения, II функциональный класс, нарушение кровообращения I степени, гипертоническая болезнь III стадии, степень риска 4. Хронический гастрит.

План дополнительных методов обследования больной:

1. Лабораторные исследования:
* ОАК
* Биохимический анализ крови
* ОАМ
1. Рентгенография органов грудной клетки.
2. Функциональные исследования органов:
* ЭКГ – оценка состояния коронарного кровообращения, выявление ишемии сердца;
* ЭХОдопплерокардиография – с определением объема полостей сердца, ударного и минутного объемов;
* Велоэргометрия – показания: неясный болевой синдрома, определение толерантности больной к физической нагрузке (определение функционального класса);
* УЗИ внутренних органов;

4. Консультация узких специалистов: окулиста и невропатолога.

# Результаты лабораторных исследований:

* **Общий анализ крови:**

Гемоглобин 140 г./л

Эритроциты 4,5x10¹²/л

Цветной показатель 0,94

СОЭ 7 мм/ч

Тромбоциты 270х10 /л

Лейкоциты 4,4х10 /л

Ретикулоциты 0,9%

Заключение: в общем анализе крови патологических отклонений не наблюдается

* **Анализ крови на сахар:** 4,5 ммоль/л

Заключение: патологических отклонений не выявлено

* **Общий клинический анализ мочи:**

Количество: 90 мл

Плотность: 1007 мг/л

Цвет: соломенно-желтый

Прозрачность: полная

Реакция: кислая

Белок: отрицательно

Лейкоциты: 2–3 кл. в поле зрения

Эритроциты: 0 кл. в поле зрения

Эпителиальные клетки: 2–4 кл. в поле зрения

Слизь: –

Соли: оксалаты

Заключение: В общем анализе мочи снижена плотность, что может быть связано с приемом диуретиков, других патологических отклонений не выявлено

* **Биохимический анализ крови:**

Билирубин общий: 13,4 мкмоль/л (N до 20,5 мкмоль/л)

Β-липоротеиды: 7,2

Натрий сыворотки: 137 ммоль/л

Калий сыворотки: 4,0 ммоль/л

Мочевина: 5,3 ммоль/л

К – 3,7

Na – 136

Тимоловая проба: 2,5 Ед

Формоловая проба: отр

АлАТ: 0,19 мкмоль/л

АсАТ: 0,19 мкмоль/л

Заключение: В биохимическом анализе крови патологических отклонений не выявлено.

* **ЭКГ:**

Описание: Синусовый ритм, ЧСС 60 в’, R1>R2>R3 – левограмма, депрессия сегмента ST на 1–2 мм в I, II, AVL, V–V, высокий и широкий Т.

Заключение: Ритм нормальный, нормокардия, признаки гипертрофии левого желудочка, ишемия переднебоковых отделов миокарда, трофические нарушения в миокарде.

* **Ультразвуковое исследование органов брюшной полости:**

Заключения: Отмечаются изменения в стенке желчного пузыря, конкременты в его просвете, диффузные изменения поджелудочной железы. Множественные конкременты в обеих почках.

* **Рентгенограмма органов грудной клетки:**

Заключение: со строны органов дыхания патологических изменений не выявлено, определяется гипертрофия левых отделов сердца – сердце аортальной конфигурации.

**Дифференциальный диагноз**

Ведущим симптомом при стенокардии являются боли различного характера с иррадиацией, чувство тяжести, дискомфорта, поэтому следует дифференцировать с:

1. С вегетативным кардионеврозом: У таких больных часто имеются другие вегетативные нарушения, иногда достаточно выраженные. Около половины больных жалуются на боли в перикардиальной зоне. У них часто возникает неадекватная лабильность, драматическое преувеличение своих ощущений. Боль усиливается после психоэмоционального и физического перенапряжения, но не проходит в покое, после приема нитроглицерина.
2. Заболевания переферической нервной системы (поражение шейного и грудного отделов позвоночника с вторичным радикулитом): Иногда вызывает резкую боль в грудной клетке, которая провоцируется движениями шеи или спины, переменой положения тела. Боли распространяются по задней поверхности руки с вовлечением большого и указательного пальца.
3. Ревматизм: Жалобы на перебои в работе сердца, одышку, постоянную потливость. Возраст поражаемых молодой – 7–15 лет. Частые ОРЗ в анамнезе, возникает после перенесенной ОРЗ через 2–3 недели. После которого резко повышается температура тела. Так же диагностическими признаками ревматизма считаются симметрическое поражение крупных суставов, что не характерно для стенокардии. Лабораторные данные: нейтрофилия, фибриногенемия. Изменения в иммунограмме.
4. Дистрофия, воспаление, поражение левого плечевого сустава или дополнительное шейное ребро, а так же синдром передней лестничной мышцы (остеохондроз шейного отдела): Боль усиливается при движении в левом плечевом суставе, возникают парастезии с по левой руке. Эти симптомы сочетаются с поражением (сдавлением артерий и вен).
5. Воспаление реберных хрящей: Болезненная припухлость в области хрящей ребер, в месте прикрепления 3–4 ребра слева. Припухлость не распространяется на сочленение ребер с хрящом. Боль иррадиирует по ходу ребра, иногда в шею, плечо, усиливается при нагрузке. Определяется при непосредственной пальпации. На R-грамме обнаруживается пятнистость неправильной формы, кальцификации хряща.

**Лечение**

Нормализация образа жизни, устранение физических и эмоциональных перегрузок, соблюдение диеты. Исключить перегрузки, вызывающие одышку, тахикардию.

Диета. Стол №10. Питание 5 раз в сутки. В состав блюд включать продукты богатые калием (картофель, капуста, шиповник, овсяная крупа), магнием (крупы), кальцием (молоко, сыр, творог), мясо должно быть хорошо проваренным. Суточное количество жидкости ограничивается до 1000–1200 мл. Уменьшить прием в пищу продуктов, содержащих большое количество холестерина. Периодически, 1–2 раза в неделю назначается одна из разгрузочных диет (бессолевая, калиевая). Исключить изделия из сдобного теста, копчености, консервы, жирную и соленую пищу.

Медикаментозная терапия:

* Нитраты пролонгированного действия (Тринитролонг, Моночинкве): Данная группа препаратов применяется у больных при тяжелой стенокардии, ангинозном статусе, гипертензии в легочном круге кровообращения. Данные препараты для достижения длительного вазодилятаторного действия метаболизируются в организме до образования групп NO.

Rp.: Tab. Monocinque 0,02 №20

DS. По одной таблетке 1 раз в день

* β1-адреноблакаторы (Атенолол, Метопролол): ослабляя влияние симпатической импульсации на β-адренорецепторы сердца, уменьшают силу и частоту сердечных сокращений, сердечный выброс и потребление кислорода миокардом, артериальное давление постепенно снижается. Эти вещества обладают мембраностабилизирующим действием.

Rp.: Tab. Atenololi 0,05

Dtd №20

S. по 1 таблетке 2 раза в день

Сочетание нитратов и β-адреноблокаторов может нейтрализовать их действие на ЧСС. Негативное действие β-блокаторов: усиление обструкции (нельзя применять у больных с легочной патологией), влияют на сократимость миокарда. Предпочтительно применять β1-селективные блокаторы (кардиоселективные).

* Антагонисты кальция: Верапамил, адалат, кардезим. Снижают поступления кальция в гладкомышечные клетки стенки сосуда, т.о. снижают тонус коронарных артерий и периферических сосудов.

Rp: Verapamili 0, 04

Dtd №50 in tabulettis

S. по 1 таблетке 4 раза в день

* Антиаритмические препараты: Сердечные гликозиды (Дигоксин, Строфантин): под влиянием терапевтических доз гликозидов наблюдается: а) увеличение силы и скорости сокращения миокарда (кардиотоническое или положительное инотропное действие) и, как следствие, увеличение ударного и минутного объемов сердца; эти эффекты связаны в основном с прямым влиянием на миокард; б) урежение ритма сердца и удлинение диастолы, что создает наиболее экономный режим работы сердца; замедление ритма в значительной степени обусловлено повышением тонуса центра блуждающих нервов, которое является реакцией на возбуждение рефлексогенных сосудистых зон в результате систолического действия сердечных гликозидов; в) уменьшение скорости проведения возбуждения в миокарде, атриовентрикулярном узле и волокнах Пуркинье

Rp: Tab. Digoxini 0, 00025

Dtd №50

S. по 0, 5 таблетки 2 раза в день

Препараты калия (Панангин): препарат содержит калия аспаргинат и магния аспаргинат. Аспаргинат является переносчиком ионов калия и магния, и способствует их проникновению во внутриклеточное пространство. Поступая в клетки, аспарагинат включается в процессы метаболизма. Калий является основным внутриклеточным ионом, имеет важное значение в поддержании изотоничности клеток, участвует в процессах передачи возбуждения по миокарду.

Rp: Sol. Panangini 10 ml

Dtd №5

S. для внутривенного введения, предварительно растворив в 250 мл изотонического раствора хлорида натрия, 1 раз в сутки

* Рибоксин: Оказывает положительное влияние на обменные процессы в миокарде, улучшает коронарный кровоток.

Rp: Riboxini 0, 2

Dtd №50 in tabulettis

S. по 1 таблетке 3 раза в день

**Клинический диагноз**

На основании проведенных дополнительных лабораторных и инструментальных методов исследования предварительный диагноз подтверждается:

На ЭКГ: Ритм нормальный, нормокардия, признаки гипертрофии левого желудочка, ишемия переднебоковых отделов миокарда, трофические нарушения в миокарде. Эти результаты подтверждают предварительный диагноз: ИБС, стенокардия.

На рентгенограмме: со стороны органов дыхания патологических изменений не выявлено, определяется гипертрофия левых отделов сердца: сердце аортальной конфигурации, что говорит о развитии вышеуказанного осложнения заболевания у больной.

Ежедневное маниторирование артериального давления выявило его повышение, максимально до 170/90 мм рт ст. Это подтверждает предварительный диагноз: гипертоническая болезнь. Поскольку у больной имеются осложнения и факторы риска: отягощенная наследственность, ГЛЖ, ожирение, ангиопатия, то больной можно поставить III стадию болезни, риск 4.

При УЗИ обследовании органов брюшной полости отмечаются изменения в стенке желчного пузыря, конкременты в его просвете, диффузные изменения поджелудочной железы. На основании этого заключения, а так же жалоб больной на периодически возникающие изжогу и отрыжку, можно поставить диагноз хронический калькулезный холецистит.

Т.о. основываясь на вышеперечисленном, можно поставить следующий клинический диагноз:

ИБС: стенокардия напряжения II ФК, гипертоническая болезнь III стадии, риск 4 (очень высокий), НК I ст. Хронический гастрит. Хронический калькулезный холецистит.

**Заключительный диагноз**

Заключительный диагноз полностью соответствует клиническому диагнозу и звучит так: ИБС: стенокардия напряжения II ФК, НК I ст.;

Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь III стадии, риск 4 (очень высокий). Хронический гастрит. Хронический калькулезный холецистит.

Прогноз

Прогноз жизни относительно благоприятный, так как больная была выписана из терапевтического отделения в удовлетворительном состоянии, с положительной динамикой. Прогноз заболевания неблагоприятный, так как процесс носит прогрессирующий характер. Но при регулярном лечении, соблюдении режима питании, труда и отдыха возможно заболевание не будет так прогрессировать.

Прогноз для трудоспособности – неблагоприятный так как больная не может выполнять в полном объеме тяжелые физические нагрузки, а также противопоказаны психоэмоциональные перегрузки.

Использованная литература

1. Трубников Г.В. «Методические основы познания терапии», Барнаул, 1997
2. Никитин Ю.П. «Все по уходу за больным», Москва, 1999
3. Окороков А.Н. «Лечение болезней внутренних органов», Витебск, 1997
4. Минкин Р.Б., Павлов Ю.Д. «Электрокардиография и фонокардиография». М. «Медицина», 1984 г.
5. Алмазов В.А., Чирейкин Л.В. «Трудности и ошибки диагностики заболеваний сердечнососудистой системы» Ленинград, «Медицина», 1985 г.
6. Машковский М.Д. Лекарственные средства, часть 1 и 2. Москва, «Медицина», 1999 г.
7. Чазов Е И, «Болезни органов кровообращения», Медицина, 1998
8. Мартынов А.И., Мухин Н.А., Моисеев В.С. «Внутренние болезни» в двух томах. Москва, ГЭОТАР-МЕД, 2001 г.