

ФИО: xxx-xxx-xxx

Возраст: 35 лет (xx.xx.72г.)

Пол: мужской

Национальность: Русский

Семейное положение: Женат, дочь.

Образование: Среднее-специальное.

Профессия, должность: Милиционер.

Место работы: МВД

Адрес: Петрозаводск

Дата и время поступления в отделение: 14.02.08г. (12:40).

Клинический диагноз:

Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения. Впервые возникшая. (28.01.08г.), функциональный класс III В, тропинотрицательная.

Сопутствующие заболевания: Нет.

Осложнения основного заболевания: Нет.

Жалобы больного при поступлении в клинику и их характеристика.

Общее состояние:

Жалоб на ухудшение самочувствия: общую слабость, повышенную утомляемость, разбитость, снижение работоспособности, изменение веса -больной не предъявлял.

Сердечно-сосудистая система:

Больного беспокоят периодически возникающие боли в области сердца, сжимающего характера, связанные с физической нагрузкой и иррадиирующие в обе руки. Боли купируются приёмом нитроглицерина. На момент госпитализации, несколько раз (около 3-4-х) боли начинались утром, кагда больной просыпался, но еще не успевал встать с кровати. В межприступный период больной чувствует себя хорошо: одышки, ощущения перебоев работы сердца, болей в области сердца- не отмечает. На момент курации указать точно на какую физическую нагрузку возникает приступ не может. Отёков ног никогда не замечал.

Жалоб со стороны пищеварительной, мочеполовой, опорно-двигательной, эндокринной, нервной систем и системы органов чувств больной не предъявлял. Лихорадки не было. В межприступный период считает себя здоровым.

ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Первый приступ загрудинной боли, сжимающего характера, иррадиирующей в обе руки, произошел 28.01.08г. , когда больной поднял пятилитровую канистру с водой. Через 2-3 минуты боль прошла сама. Спустя 3 дня такого же характера боль возобновилась, когда больной, играя с ребенком, побежал за ним. Приблизительно через 3 минуты боль так же самостоятельно прошла. Так как мама больного врач, то, по её настоянию, 08.02.08г. он был госпитализирован в Питкярантскую ЦРБ. Там было начато обследование и терапия метопрололом 50мг-утром; 25 мг-вечером; Тромбоасс 1т.(100мг.)-утром; Симгал 1т.(10мг.)-вечером. Купирование приступов –сублингвальный аэрозоль нитроминт(2 распыления под язык при приступе). После применения симгала появились кожные высыпания и боль в правом подреберье. 14.02.08г. поступил в кардиологическое отделение Р.Б. для обследования и лечения. На момент курации участились случаи возникновения болей утром ,после пробуждения ,но больной на тот момент еще не успевал встать с кровати. Эти боли давящего

характера, не такие интенсивные, как во время приступа, но достаточно продолжительные(около 1,5 часов).

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ.

Младенчество: родился в срок 20.12.72 года. В семье был вторым ребенком. Вскармливался грудью матери.

Детство и школьные годы: условия быта оценивает как хорошие, питание адекватное. В учебе и развитии не отставал от сверстников. Два года отслужил в армии. Ни в каких «горячих точках» не был.

Профессиональный анамнез: Профессиональных вредностей не отмечает.

Вредные привычки: курение (пачка в день, стаж курильщика около 20 лет).

Питание 5-6-и разовое.

Семейно-половой анамнез: женат с 28 лет. Имеет дочь.

Перенесённые заболевания: Венерические заболевания отрицает. Туберкулёзом, гепатитом, сахарным диабетом не болел. Гемотрансфузии не было. Аллергологический анамнез спокойный. Первая аллергическая реакция на симгал в феврале 2008года.

Наследственность: не отягощена. О наличии сердечно-сосудистых заболеваний у кого-либо из родственников не знает.

Питание: Любит жирную пищу, бутерброды с толстым слоем сливочного масла, ест больше мясных блюд, чем растительной пищи.

ВЫВОДЫ ИЗ АНАМНЕЗА

Острое начало заболевания, впервые в жизни боли непостоянные, интенсивные, сжимающего характера, локализованные за грудиной и в области сердца, с иррадиацией в обе руки, купируемые приёмом нитроглицерина или самостоятельно стихающие через 2-3 минуты от начала приступа. Выявлены факторы риска: мужской пол, курение. Любит жирную пищу, бутерброды с толстым слоем сливочного масла, ест больше мясных блюд, чем растительной пищи.

В межприступный период больной чувствует себя хорошо: одышки, ощущения перебоев работы сердца, болей в области сердца- не отмечает. Отёков ног никогда не замечал. Участились случаи возникновения болей утром ,после пробуждения. Эти боли давящего характера, не такие интенсивные, как во время приступа, но достаточно продолжительные(около 1,5 часов).

НАСТОЯЩЕЕ ОБЪЕКТИВНОЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО

Общий осмотр:

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное, выражение лица спокойное. Телосложение правильное, соответствует возрасту и полу. Нормостенической конституции. Рост – 178 см. Масса тела – 82 кг. Индекс массы тела- 25,8.Окружность талии 96см Кожа обычной окраски, чистая, тёплая, нормальной влажности; эластичность и целостность её не нарушены. Подкожная жировая клетчатка однородной консистенции, отёков и пастозности нет. Волосистой покров развит в соответствии с возрастом и полом. Кожа волосистой части головы чистая. Волосы и ногти не изменены. Миндалины не выступают из-за нёбных дужек, однородные, с чистой поверхностью. Форма шеи обычная, контуры её ровные. Щитовидная железа визуально не определяется. Пальпируется её перешеек однородной мягкоэластической консистенции, безболезненный, легко смещаемый при глотании, не спаянный с кожей и окружающими тканями. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

Мышечная система развита удовлетворительно, мышцы безболезненные, тонус и сила их достаточные. Кости не деформированы, болезненность при пальпации отсутствует. Суставы внешне не изменены, безболезненны при надавливании. Конфигурация позвоночника правильная. Движения в суставах и позвоночнике в полном объёме.

Сердечно-сосудистая система:

АД 130/80 мм рт. ст. Пульсация артерий сохранена, выбухания шейных вен нет. Видимой пульсации в области сердца не наблюдается. Пульс 72 в минуту, симметричный, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения на обеих руках.

Верхушечный толчок смещен влево, локализуется в V межреберье по левой срединно-ключичной линии.

Перкуссия:

Границы	Относительная тупость
Правая	В IV межреберье на 1 см кнаружи от левой стеральной линии
Верхняя	Верхний край III ребра по дополнительной линии, проведенной на 1 см кнутри от левой парастеральной линии
Левая	По левой срединно-ключичной линии в V межреберье
Границы	Абсолютная тупость
Правая	В IV межреберье по левой стеральной линии
Верхняя	Верхний край IV ребра на 1 см кнутри от парастеральной линии
Левая	Совпадает с относительной тупостью

Определение границ сосудистого пучка.

Правая граница: II межреберье справа по грудной линии.

Левая граница: на 2,5 см кнаружи от левой грудной линии.

Ширина сосудистого пучка 8 см.

Аускультация:

Тоны сердца приглушены на верхушке, ритмичные. Ослабление I тона на верхушке сердца. Патологического раздвоения, расщепления тонов сердца не обнаружено. Шумов нет.

Дыхательная система:

Грудная клетка правильной формы. Голосовое дрожание проводится во все отделы легких. Перкуторный звук над легкими ясный легочный. **Граница нижних краев легких:**

		правое	левое
Linea parasternalis	V ребро	-	
Linea medioclavicularis	VI ребро	-	
Linea axillaris anterior	VII ребро	VII ребро	
Linea axillaris media	VIII ребро	VIII ребро	
Linea axillaris posterior	IX ребро	IX ребро	
Linea scapularis	X ребро	X ребро	
Linea paravertebralis	остистый отросток XI грудного позвонка		

Ширина полей Кернига 4 см. Над всей поверхностью легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов, крепитации нет. ЧД 20 в минуту.

Пищеварительная система

Язык влажный, спинка языка умеренно обложена белым налетом. Десны розовые, не кровоточат. Зубы здоровые. Живот мягкий, симметричный, участвует в акте дыхания, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют.

Печень при пальпации безболезненна, край печени закругленный, эластичный, безболезненный.

При перкуссии:

- верхняя граница печени – 5 межреберье по срединно-ключичной линии справа,
- выступает из-под реберной дуги +1;+1;+1,5;+1,5 см

Желчный пузырь не пальпируется. Селезенка не пальпируется. Стул оформленный, обычного цвета, регулярный.

Мочевыделительная система

Симптом поколачивания по поясничной области (-). Моча светлая.

Патологических явлений со стороны нервной и эндокринной систем не выявлено.

ОБОСНОВАНИЕ И ФОРМУЛИРОВКА ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА

Принимая во внимание возраст больного (35 лет) можно исключить:

1. Врожденную патологию, т.к. они проявляются в период развития организма.
2. Отсутствие у пациента объективных и анамнестических данных за тиреотоксикоз и анемию, позволяет исключить вероятность дистрофического процесса.

Принимая во внимание наличие у больного факторов риска развития атеросклероза:

- мужской пол и возраст 35 лет
- курение
- ест жирную пищу, бутерброды с толстым слоем сливочного масла, ест больше мясных блюд, чем растительной пищи.

можно предположить наличие атеросклеротического поражения коронарных артерий, которое является субстратом ишемической болезни сердца, дебютом которой стала впервые возникшая стенокардия напряжения, за наличие которой свидетельствуют **данные анамнеза**:

- С 28.02.08г. боли в области сердца возникают периодически, сжимающего характера, при физической нагрузке и иррадируют в обе руки. Боли купируются приёмом нитроглицерина.
- В межприступный период больной чувствует себя хорошо: одышки, ощущения перебоев работы сердца, болей в области сердца- не отмечает. Участились случаи возникновения болей утром, после пробуждения. Эти боли давящего характера, не такие интенсивные, как во время приступа, но достаточно продолжительные(около 1,5 часов).

- Объективно: приглушение тонов сердца на верхушке. Расширение границ сердца.

Предварительный диагноз:

Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения. Впервые возникшая. (28.01.08г.), функциональный класс IIIВ, тропонинотрицательная.

План обследования:

- Анализ крови:
- клинический. (эритроциты, лейкоциты, гемоглобин, СОЭ – для определения признаков воспаления, анемию).
 - Биохимический анализ крови - АлАт, АсАт (оценить состояние почек и печени, исключить побочное действие лекарственных средств), сахар крови, электролиты-калий, кальций, натрий, магний, хлор (поддержание баланса), липидный спектр(общий холестерин, триглицериды, ХС ЛПНП, ХС ЛПВП, индекс атерогенности- для коррекции антиатерогенного лечения, оценки фактора риска и динамики липидного спектра).
 - общий белок; фибриноген и CRB- прогноз.
- Коагулограмма (для оценки риска развития ДВС-синдрома).
- Анализ мочи общий.
- УЗИ органов брюшной полости. Информативно - данные о состоянии печени, портальной вены, селезенки и других органов брюшной полости.
- Контроль артериального давления. Контроль частоты сердечных сокращений.
- ЭКГ, Суточное мониторирование (выявление признаков ишемии миокарда).
- Нагрузочные пробы (определение толерантности к ФН, экспертиза трудоспособности, оценка прогноза).
- Рентгенография органов грудной клетки (для оценки размеров сердца, обнаружения признаков левожелудочковой недостаточности).
- Эхо КС (для оценки сократительной способности миокарда, размеров полостей сердца, оценки клапанного аппарата).
- УЗДГ сосудов нижних конечностей (для определения магистрального кровотока).
- Анализ крови на АТ к HbV и HCV(В связи с перкуторным увеличением печени и болезненностью в правом подреберье).
- Консультация диетолога.

Данные лабораторно-инструментальных исследований.

Клинический анализ крови от 15.02.2008 г.

		Норма:
WBC	$7,3 \cdot 10^9/\text{л}$	$4,0-9,0 \cdot 10^9/\text{л}$
RBC	$4,9 \cdot 10^{12}/\text{л}$	$4,0-5,6 \cdot 10^{12}/\text{л}$
HGB	151 г/л	130-170 г/л
HCT	40,8	39-48
MCV	83,3 fl	80-100 fl
MCH	30,8 pg	26-34 pg
MCHC	370 g/L	320-360 g/L
PLT	$200 \cdot 10^9$	$150-400 \cdot 10^9$
LYM	41,1%	19-45%
MXD	9,6%	4-11%
NEUT	49,3%	
LYM#	$3,0 \cdot 10^9/\text{л}$	$1,2-3,5 \cdot 10^9/\text{л}$
MXD#	$0,7 \cdot 10^9/\text{л}$	
NEUT#	$3,6 \cdot 10^9/\text{л}$	
RDW-SD	35,8 fl	
RDW-CV	0,119	
PDW	13,2 fl	
MPV	9,6 fl	7,0-10,0 fl
P-LCR	0,227	

ПЯ 5(1-6)

СЯ 50 (47-72)

Эоз 1 (0.5-5)

Мон 4(3-11)

Лимф 40(19-37)

Базоф 0(0-1)

СОЭ 15 мм/ч (2-10)

Вывод: Тромбоцитоз.

Биохимический анализ крови:

	От 15.02.2008г.	От 27.02.2008г.	Норма:
Калий ммоль/л	4,5		3,5-5,1
Натрий ммоль/л	140		135-150
Креатинин мкмоль/л	91,3		44-97
Мочевина ммоль/л	4,4		(2,5-8,3)
АлАТ МЕ/л	258,1	227,8	До41
АсАТ МЕ/л	102,5	78,1	До40
Билирубин мкмоль/л	12,5	13,0	До17
Холестерин ммоль/л	7,49		4,39-5,93
Глюкоза ммоль/л	5,6		4,2-6,1
КреатинфосфокиназаЕ/л	84	187	10-195

Липидный спектр:

Триглицериды 8,46 ммоль/л (1,02-2,04)

холестерин 7,49 ммоль/л (5,0)

α -холестерин 1,0 ммоль/л (0,9-1,9)

коэф. атерогенности 6,5 (до 3)

ЛПНП 4,75 ммоль/л (до 2,2)

Заключение :наблюдается значительное повышение уровня АлАТ,АсАТ, холестерина, триглицеридов, ЛПНП, коэф атерогенности.

Липидный спектр:от 18.02.2008г.:

Триглицериды 6,86 ммоль/л (1,02-2,04)

холестерин 6,83 ммоль/л (5,0)

α -холестерин 1,1 ммоль/л (0,9-1,9)

коэф. атерогенности 5,2 (до 3)

ЛПНП 4,51 ммоль/л (до 2,2)

Заключение :наблюдается некоторое снижение уровня триглицеридов,холестерина,коэф.атерогенности,ЛПНП.

Коагулограмма от 18.02.2008 г.

АЧТВ 43,4 сек

ПТИ 95%

Фибриноген 3,3 г/л (2-4)

Тромбиновое время 17,5 сек (<21 сек)

Антитромбин III 135% (80-120)

О-фенантролиновый тест на РКМФ 4,0*10 г/л (3-4*10)

Хагеманзависимый фибринолиз 7 мин (7-17)

Заключение: повышенный уровень антитромбина III, умеренная гипокоагуляция по первой фазе свертывания.

Тропонин от 15.02.2008г.:

<0,2мг/мл(0-1,0)

Тропонин от 26.02.2008г.:

<0,2мг/мл(0-1,0)

Анализ крови на HAV-Ig M (26.02.2008) (-)

Анализ крови на HB_s-Ag (26.02.2008) (-)

Анализ крови на а/т к HCV (26.02.2008) (-)

Анализ крови на а/т HBcor(26.02.2008) (-)-Ig M

Анализ крови на а/т HBcor(сумм) (26.02.2008) (-)

Анализ крови на микрореакцию (15.02.2008) (-)

Общий анализ мочи от 15.02.2008г.

Цвет	<i>Желтый</i>
Прозрачность	<i>Прозрачная</i>
Плотность	<i>1015</i>
Реакция	<i>Кислая</i>
Белок	<i>0</i>
Глюкоза	<i>0</i>
Лейкоциты	<i>0-1 в п/зр</i>
Оксалаты	<i>В небольшом количестве.</i>

Микроальбумины от 18.02.2008 г

Микроальбумины 20 нг/мл

УЗИ органов брюшной полости от 20.02.2008 г.

Печень: правая доля 140 мм, левая доля 80 мм, несколько неоднородна за счет диффузных изменений.

Эхогенность паренхимы повышена. Желчный пузырь, поджелудочная железа, почки, надпочечники, селезенка без видимых структурных изменений. Архитектоника сосудов брюшной полости- без особенностей. Увеличения абдоминальных лимфоузлов не выявлено.

Заключение: Умеренные диффузные изменения в печени.

Суточный мониторинг от 18.02.2008 г.

Во время 3-х лестничных проб ишемические изменения ЭКГ. Толерантность к ФН снижена.

ЭКГ от 15.02.2008 г

Ритм синусовый.

ЧСС 75/мин

P-Q 0.01

QRS 0.08 с

RR-0,8

QT 0.36

Заключение: синусовый ритм, 75 в минуту. Начальные признаки гипертрофии левого желудочка. Зарегистрирована умеренная депрессия ST II;III avR,L4-L6. Хроническая коронарная недостаточность.

ЭКГ от 18.02.2008 г.

Ритм синусовый.

ЧСС 70/мин.

P-Q 0.01

QRS 0.08

RR 0,88

QT 0.4

Заключение: синусовый ритм. По сравнению с ЭКГ от 15.02. без динамики. Начальные признаки гипертрофии ЛЖ. Динамика хронической коронарной недостаточности.

ЭКГ от 27.02.2008 г.

Ритм синусовый.

ЧСС 63/мин.

P-Q 0.04

QRS 0.08

QT 0.38

RR-0,36

Заключение: синусовый ритм, 63 в минуту. По сравнению с ЭКГ от 18.02. без динамики. Начальные признаки гипертрофии ЛЖ. Динамика хронической коронарной недостаточности.

УЗДГ от 26.02.2008 г.

По данным УЗДГ артерий нижних конечностей выявлено на бедренных, подколенных артериях и артериях голени (ПБА, ЗБА) с обеих сторон определяется магистральный кровоток, амплитуда кривых симметрична, нарушения кровотока не выявлено. Лодыжечно-плечевой индекс:

	прав	лев
ПпА	120	125
ПБА	150-1,20	145-1,16
ЗБА	160-1,28	160-1,28

По данным УЗДГ глубоких вен нижних конечностей глубокие бедренные, подколенные вены и большие подкожные вены с обеих сторон проходимы, кровоток в пределах нормы, дыхательные экскурсии сохранены. На уровне бедренных и больших подкожных вен с обеих сторон, на подколенной вене -слева проба Вальсальвы «+». Клапаны состоятельны. На уровне подколенной вены справа кровоток монофазный, дыхательные экскурсии слабо выражены, при пробе Вальсальвы, кровоток медленно снижается, полностью не исчезает.

Заключение: По УЗДГ-данным несостоятельность клапанов на уровне подколенной вены справа.

ЭхоКГ от 28.02.2008 г

	Размер (см)	Норма (см)
Устье аорты	2,4	1,8-3,5
Восходящий отдел аорты	2,7	До 4,0
Устье ЛА	2,3	1,8-3

ЛП	3,8	1,8-3,5
ПП	3,3	До 5,0
Конечный диастолический размер ЛЖ	5,1	3,5-5,5
Конечный систолический размер ЛЖ	3,2	2,2-4,0
Толщина МЖП в диастолу	1,1	0,6-1,1
Толщина задней стенки ЛЖ в диастолу	1,1	0,6-1,1
Конечно-диастолический размер ПЖ	2,7	1,0-3,0

Изменения при доплероЭхоКГ:

	Пиковый градиент мртст	регургитация
Аортальный клапан	3,8	нет
Митральный клапан	-//-	Приклапанная
Клапан ЛА	-//-	приклапанная
Трехстворчатый клапан	-//-	Приклапанная

Гемодинамика

показатель	Размер (мл)	Норма (мл)
Конечный диастолический объем	123,8	50-147
Конечный систолический объем	41,0	26-69
Ударный объем	82,8	60-100
Минутный объем	6,3	4,5-5,5
Ударный индекс	41,4мл/м	
Сердечный индекс	3,15 л/мин м	

Показатели сократимости левого желудочка:

Фракция выброса 66,9% 55-75%

Укорочение ЛЖ в систолу 37,3% 20-35%

Заключение: Увеличение отделов сердца. Участков сегментарной гипокинезии миокарда не выявлено. Клапаны интактны. Показатели гемодинамики в пределах нормы.

Обоснование клинического диагноза.

Основное заболевание:

Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения. Впервые возникшая. (28.01.08г.), функциональный класс III B, тропонинотрицательная.

Сопутствующие заболевания: Нет.

Осложнения основного заболевания: Нет.

Поставлен на основании:

- жалоб и данных анамнеза заболевания:

- С 28.02.08г. боли в области сердца возникают периодически, сжимающего характера, при физической нагрузке и иррадируют в обе руки. Боли купируются приёмом нитроглицерина.

- В межприступный период больной чувствует себя хорошо: одышки, ощущения перебоев работы сердца, болей в области сердца - не отмечает. Участились случаи возникновения болей утром, после пробуждения. Эти боли давящего характера, не такие интенсивные, как во время приступа, но достаточно продолжительные (около 1,5 часов).

- данных объективного обследования:

- приглушение тонов сердца на верхушке. Расширение границ сердца.

- лабораторно-инструментальных данных: по данным суточного мониторинга: Во время 3-х лестничных проб ишемические изменения ЭКГ.

Толерантность к ФН снижена.

По данным липидного спектра крови наблюдается повышение уровня холестерина, триглицеридов, ЛПНП, коэф атерогенности и уровня глюкозы.

- В биохимическом анализе крови наблюдается значительное повышение уровня АлАТ, АсАТ, Тропонин < 0,2 мг/мл (0-1,0), креатинфосфокиназа 15.02-84; 27.02-187 (10-195)

- Фибриноген - в пределах нормы.

- В клиническом анализе крови - умеренный тромбоцитоз.

- ЭКГ: Начальные признаки гипертрофии ЛЖ. Динамика хронической коронарной недостаточности.

Дифференциальный диагноз

Заболевание	Характеристика боли	Условия появления	Продолжительность	Локализация боли	Биохимические маркеры	Лекарственное обезболивание
Инфаркт миокарда	Как правило, интенсивная, сжимающая, давящая, жгучая, реже тупая, ноющая.	В покое (часто ночью), иногда есть четкая связь с физической или психо-эмоциональной нагрузкой.	От 30 мин до суток и более	За грудиной, иррадирующая в левую руку, левую лопатку, захватывающая всю грудь, реже в верхней половине живота.	Повышение тропонина, аминотрансфераз, фибриногена.	Нитроглицерин, как правило, не помогает. Боль снимают наркотические анальгетики.

Перикардит	Острая и тупая разной интенсивности.	Постепенно нарастает, может уменьшаться при появлении выпота. Часто имеется связь с дыхательными движениями и положением тела (сидя и при наклоне вперед).	Несколько дней.	За грудиной, иногда иррадиация в шею, спину, плечо, эпигастральную область.		Сосудорасширяющие препараты не помогают, уменьшают боль анальгетики и наркотические анальгетики.
Расслаивающаяся аневризма аорты	Очень интенсивная, нередко имеющая волнообразный характер.	Внезапно, чаще на фоне артериальной гипертонии, при физической либо эмоциональной нагрузке.	От нескольких минут до нескольких дней.	За грудиной с иррадиацией вдоль позвоночника, может распространяться по ходу аорты.		Только наркотические анальгетики снимают боль.
Тромбоэмболия легочной артерии	Острая, интенсивная, нередко с развитием шока на фоне выраженной одышки.	Внезапно в послеоперационный период, особенно часто после гинекологических, урологических, абдоминальных операций; у больных с тромбофлебитом; после физического напряжения.	От 15 мин до нескольких часов.	В центре грудины или преимущественно в левой или правой половине в зависимости от стороны поражения.		Снимают боль наркотические анальгетики, тромболитические средства.
Плеврит	В начале заболевания острая, по мере накопления жидкости в плевральной полости - тупая.	Постоянная, усиливается при дыхании и кашле, зависит от положения тела.	Несколько дней.	В левом или правом боку.		Анальгетики.
Заболевания пищевода	Острая или тупая, нередко распирающего характера.	Чаще связана с приемом пищи.	От кратковременных до длительных.	По ходу пищевода иррадирует в эпигастральную область.		Снимают боль спазмолитические, местноанестезирующие средства, наркотические анальгетики.
Грыжа пищеводного отверстия и остеохондроз	Тупая, иногда жгучая (изжога).	В положении лежа, особенно после еды; стоя и при ходьбе исчезает.	Продолжительная.	В нижнем отделе грудной клетки и за грудиной.		Спазмолитики, местноанестезирующие средства, наркотические

						кие анальгетики .
Межреберная невралгия и остеохондроз	Различной интенсивности, тупая и острая.	Зависит от уровня поражения тела; усиливается при поворотах, физической нагрузке, в положении лежа.	Продолжительная.	По ходу межреберных нервов, пальпация которых болезненна; болезненность при пальпации позвоночника.		Снимают боль анальгетики .
Приступ стенокардии	Давящая, сжимающая, иногда жгучая.	При физической или эмоциональной нагрузке; в покое или во время сна при далеко зашедшей стадии хронич ИБС.	2-15 мин.	За грудиной, в левой руке, в шее, нижней челюсти, эпигастрии.	Не меняются.	Быстрое от нитроглицерина.

Исходя из характера боли, условий появления, продолжительности, локализации и лекарственном обезболивании можно сделать вывод о том, что у данного больного имеют место приступы стенокардии.

Этиология и патогенез основного диагноза

Ишемическая болезнь сердца— поражение миокарда, связанное с нарушением равновесия между коронарным кровотоком и потребностями сердечной мышцы и обусловленное расстройствами коронарного кровообращения.

Этиология:

Среди причин развития ишемической болезни сердца у данного больного можно выделить:

I. Коронарогенные причины.

1. Атеросклероз – ведущая причина развития ИБС.

Факторы риска ИБС для больного:

I.Константные: - мужской пол и возраст 35 лет

II. Модифицируемые:

1. курение (курит на протяжении 20 лет по 1 пачке в день).

2. Питание: (Любит жирную пищу, бутерброды с толстым слоем сливочного масла, ест больше мясных блюд, чем растительной пищи.)

3. высокая концентрация холестерина(7,49 ммоль/л), ЛПНП (4,75 ммоль/л), высокое содержание триглицеридов (8,46 ммоль/л). Коэф.атерогенности(6,5).

Патогенез:

В результате увеличения потребности миокарда в кислороде при физической нагрузке и невозможности его полноценного обеспечения кровью из-за сужения коронарных артерий возникает ишемия миокарда. При этом в первую очередь страдают субэндокардиальные слои. В результате ишемии развиваются нарушения сократительной функции соответствующего участка сердечной мышцы. Возникают изменения биохимических и электрических процессов в миокарде. При отсутствии достаточного количества кислорода клетки переходят на анаэробный тип окисления: глюкоза распадается до лактата, уменьшается внутриклеточный рН и истощается энергетический запас в кардиомиоцитах. Нарушается функция мембран кардиомиоцитов, что приводит к уменьшению внутриклеточной концентрации ионов калия и увеличению внутриклеточной концентрации ионов натрия. В зависимости от продолжительности ишемии миокарда изменения могут быть обратимыми или необратимыми.

Существует определенная последовательность патологических изменений миокарда при ишемии: нарушение расслабления миокарда в диастолу — нарушение сокращения миокарда в систолу — изменения ЭКГ— болевой синдром.

ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ ДАННОГО БОЛЬНОГО

Режим II. Диета- стол 10с

Рекомендованная диета:

Доля жира в общей энергетической ценности не более 30%, замена значительного количества животного жира растительным, включение продуктов богатых клеточными оболочками, аскорбиновой кислотой, витамином Р и группы В (особенно В6), соли калия и магния, насыщенных жиров не более 1/3 от всего жира, количество холестерина не более 300 мг/сутки, ограничение поваренной соли 5 г и свободной жидкости 1 литр в сутки.

Кулинарная обработка: мясо и рыба в вареном или с последующим запечением.

Общая энергетическая ценность не выше 2500 ккал (10000кДж).

Состав: белки-100г, жиры- 70г, углеводы- 300г.

Режим питания: 6 раз в сутки.

Рекомендуется употреблять больше овощей (особенно бобовые) и фруктов; продукты из рыбы (желательно морской), нежирных сортов мяса (курица без кожи, телятина, кролик), обезжиренного молока и цельных злаков; орехи, супы вегетарианские, хлеб из муки грубого помола, каши, яичные белки.

Не рекомендуется: жареные и копченые продукты, супы на жирном мясном бульоне, сливочное масло, внутреннее сало, майонез, соленые и сметанные соусы, яичные желтки, мясо утки, гуся, жирные колбасы, субпродукты, креветки, соленые и кокосовые орехи, продукты из цельного молока, сдобные булочки, пирожки, хлеб из высшего сорта.

Бетаксолол (локрен) – кардиоселективный β адреноблокатор длительного действия.

Внутрь 10 мг 1 раз/день.

Эринит(Пентрал)-по химическим и фармакологическим свойствам близок к нитроглицерину(антиангинальный препарат).По 1т.(0,02)-2 раза в сутки.

Гиполипидемическая терапия:

В связи с реакцией печени на приём статинов,рекомендован прием **микронизированного фенофибрата**(регулирует процесс обмена липопротеидов,повышая активность гена фермента липопротеидлипазы,что ведет к увеличению катаболизма ТГ-богатых ЛП).

Применение антиагрегантов:

Аспирин– НПВС, ингибитор циклооксигеназы. Способен ингибировать спонтанную и индуцированную агрегацию тромбоцитов.

Внутрь по 0,125 г/сут.

Применение антикоагулянтов:

Эноксапарин(Клексан)-препарат низкомолекулярного гепарина 0,6 в/м 2раза в сутки.

Прогноз и трудоспособность

Необходимо дообследование.Имеется риск развития хронической сердечной недостаточности. Прогноз для выздоровления неблагоприятный, для трудоспособности благоприятный при подборе работы, исключающей физические и психо-эмоциональные нагрузки.

Профилактика

В целях профилактики прогрессирования болезни необходим отказ от курения, соблюдение диеты с минимизацией жиров животного происхождения. По возможности исключить физические и психо-эмоциональные нагрузки.

Дневник

Дата	Течение болезни
20.02.08	<p>Состояние больного удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Жалобы нет. Кожа и видимые слизистые не изменены. Лимфатические узлы не увеличены. Температура тела 36,7 °С.</p> <p>Тоны сердца ритмичные. Ослабление тонов на верхушке сердца. АД130/80 мм рт ст, пульс 72 в минуту, ритмичный.</p> <p>Дыхание жесткое, проводится во все отделы легких, побочных дыхательных шумов нет.</p> <p>Язык влажный, налета нет. Живот мягкий, не вздут, безболезненный.</p>
21.02.08	<p>Состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное, положение активное.</p> <p>Кожа и видимые слизистые не изменены. Лимфатические узлы не увеличены.</p> <p>Тоны на верхушке ослаблены. АД135/85 мм рт ст, пульс 80 в мин, ритмичный.</p> <p>Дыхание жесткое. Утром боли в области сердца, давящего характера, иррадиирующие в левую руку.</p> <p>Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания, не вздут.</p>
22.02.08	<p>Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное.</p> <p>Кожа и видимые слизистые не изменены. Лимфатические узлы не увеличены.</p> <p>Ослабление тонов на верхушке. АД130/70 мм рт ст, пульс 75 в мин, ритмичный.</p> <p>Дыхание жесткое. Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания, не вздут.</p>
27.02.08	<p>Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное.</p> <p>Кожа и видимые слизистые не изменены. Лимфатические узлы не увеличены. Отмечает утренний приступ боли, купированный нитромином.</p> <p>Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД135/75 мм рт ст, пульс 74 в мин, ритмичный.</p> <p>Дыхание жесткое.</p> <p>Язык нормальной влажности, живот мягкий, не вздут.</p>
28.02.08	<p>Состояние больного удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Жалобы нет. Кожа и видимые слизистые не изменены. Лимфатические узлы не увеличены.</p> <p>Тоны сердца ритмичные. Приглушение тонов на верхушке сердца. АД130/80 мм рт ст, пульс 72 в минуту, ритмичный.</p> <p>Дыхание жесткое, проводится во все отделы легких, побочных дыхательных шумов нет.</p> <p>Язык влажный, налета нет. Живот мягкий, не вздут, безболезненный</p>
29.02.08	<p>Состояние больного удовлетворительное. Сознание ясное, положение активное.</p> <p>Кожа и видимые слизистые не изменены. Лимфатические узлы не увеличены.</p> <p>Тоны ритмичные. АД130/80 мм рт ст, пульс 70 в мин, ритмичный.</p> <p>Дыхание жесткое.</p> <p>живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания, не вздут. Больной выписывается до восстановления работы коронарографической аппаратуры (приблизительно на месяц), с последующим дообследованием.</p>

Выписной эпикриз

ФИО: xxx-xxx-xxx

Возраст: 35 лет (xx.xx.72г.)

Пол: мужской

с 14.02. по 29.02.2008 года находился на лечении в кардиологическом отделении Республиканской больницы им. А. Баранова с

Клиническим диагнозом:

Ишемическая болезнь сердца. Стенокардия напряжения. Впервые возникшая. (28.01.08г.), функциональный класс III В, тропонинотрицательная.

Сопутствующие заболевания: Нет.

Осложнения основного заболевания: Нет.

Жалобы при поступлении и анамнез заболевания::

- С 28.02.08г. боли в области сердца возникают периодически, сжимающего характера, при физической нагрузке и иррадируют в обе руки. Боли купируются приёмом нитроглицерина.

- В межприступный период больной чувствует себя хорошо: одышки, ощущения перебоев работы сердца, болей в области сердца - не отмечает. Участились случаи возникновения болей утром, после пробуждения. Эти боли давящего характера, не такие интенсивные, как во время приступа, но достаточно продолжительные (около 1,5 часов).

- данные объективного обследования при поступлении:

- приглушение тонов сердца на верхушке. Расширение границ сердца. АД 130/70, пульс 70 уд. в мин.

По данным лабораторно-инструментальных исследований

Во время 3-х лестничных проб ишемические изменения ЭКГ.

Толерантность к ФН снижена.

По данным липидного спектра крови наблюдается высокая концентрация холестерина (7,49 ммоль/л), ЛПНП (4,75 ммоль/л), высокое содержание триглицеридов (8,46 ммоль/л). Коэф. атерогенности (6,5).

- В биохимическом анализе крови наблюдается значительное повышение уровня АлАТ, АсАТ, Тропонин < 0,2 мг/мл (0-1,0), креатинфосфокиназа 15.02-84; 27.02-187 (10-195)

- Фибриноген - в пределах нормы.

- В клиническом анализе крови - умеренный тромбоцитоз.

- ЭКГ: Начальные признаки гипертрофии ЛЖ. Динамика хронической коронарной недостаточности.

УЗИ органов брюшной полости: Умеренные диффузные изменения в печени.

УЗДГ от 26.02.2008 г. Заключение: По УЗДГ-данным несостоятельность клапанов на уровне подколенной вены справа

ЭхоКГ от 28.02.2008 г

Заключение: Увеличение отделов сердца. Участков сегментарной гипокинезии миокарда не выявлено. Клапаны интактны. Показатели гемодинамики в пределах нормы

Больной выписан в удовлетворительном состоянии, обследован неполностью, по техническим причинам рекомендовано:

- дообследование в РБ.
- Наблюдение у кардиолога по месту жительства;
- соблюдение диеты (снизить количество жиров животного происхождения)
- регулировать физические нагрузки
- Тромбо АСС 100 мг 1 раз/день;
- Клексан 0,6-2р/д в/м
- Липантилом 200м (фенофибрат)
- локрен 10 мг утром;
- Пентрал 1т(0,02)-2 раза
- пролонгированные нитраты по требованию (нитроминт).

Через месяц явиться на дообследование.