**Государственное бюджетное образовательное учреждение**

**высшего профессионального образования**

 **«Красноярский государственный медицинский университет имени профессора**

**В.Ф. Войно-Ясенецкого»**

**Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ**: ИБС. Стабильная стенокардия напряжения I ф.к., Гипертоническая болезнь II степени, II стадии, риск 4. СН II ст.

**Сопутствующие заболевания**: ППС, пролапс митрального клапана

 Куратор: студент педиатрического факультета

 402 группы

Макарьевская Диана Сергеевна

Красноярск, 2017

**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

1. Дата и время поступления: 22.08.2018 11:00
2. Ф.И.О. пациент
3. Кем доставлен: госпитализирован в плановом порядке в связи с выходом на пенсию
4. Пол: Мужской; семейное положение: женат, двое детей
5. Полных лет 46, дата рождения: 05.06.1972.;
6. Профессия и место работы: прапорщик полиции в отставке с августа 2017
7. Домашний адрес: Красноярский край, г. Красноярск
8. Диагноз при поступлении: ИБС. Стабильная стенокардия напряжения IФК., Гипертоническая болезнь II степени, II стадии, риск 3. СН II ст.
9. Аллергоанамне:з не отягощен

**ЖАЛОБЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ**: Регулярно повторяющиеся головные боли 2-3 раза в месяц, сопровождающиеся мельканием мушек в глазах, повышение утомляемости, снижение стрессоусточивойсти.

**Anamnesis morbi**

 Считает себя больным с 1999г., когда при плановом обследовании был поставлен диагноз пролапс митрального клапана, выявлен гипертензивный синдром с повышением АД до 140/90. Эпизоды артериальной гипертензии в последующие 3 года не беспокоили, за давлением не следил, регулярно принимал энап с этого времени. В 2003 и 2007 году обращался к врачу с жалобами на головные боли, мелькание мушек в глазах, не связанные с физической активностью или стрессом. Больной отмечал поднятии в обеденное время, длительностью 1-2, головную боль медикаментозно не купировал, проходила самостоятельно в положение лежа через 1-2 покоя. Ухудшение зрения отрицает. С 2003 года принимает валзап. До августа 2017 года оценивал свое состояние как стабильное, последние 2 года боли возникали не чаще 2 раз в месяц. Стационарное лечение до настоящего времени не получал. 15.08.17 г. случился гипертонический криз. АД 160/100 мм.рт.ст. состояние больного со слов было незначительно хуже: усилились головные боли, головокружение, при ходьбе шатался, «мелькание мушек» перед глазами, звон в ушах. Со стрессами и другими факторами свои жалобы не связывает. Обратился к терапевту планово в связи с выходом на пенсию.

 АД повышается с 1999 г. (140/90 мм.рт.ст.). в настоящее время повышается до значений 160/100 мм.рт.ст.

**STATUS PREASENS:** состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, питание достаточное, кожные покровы обычной окраски, слизистые оболчки без изменений, речь внятная, связанная, реакция на свет прямая, живая, содружественная.

Обоняние и слух сохранены. Координация движений не нарушена

Масса тела – 103 кг, рост 180 см. ИМТ=31,5.

Температура тела – 36,8

Костно-суставная система. Без деформаций. Мышечный тонус умеренный, болезненности мышц при пальпации не наблюдается. Суставы обычной конфигурации, гиперемии кожи над ними, местного повышения температуры в области суставов не отмечается. Движения активные и пассивные в полном объеме
Органы дыхания. Грудная клетка - правильной формы, перкуторный звук ясный легочный, голосовое дрожание проводится одинаково на симметричных участках, дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧДД 18/минуту.

Органы кровообращения. Граница сердца увеличена слева +1см, тоны сердца приглушены, слабый систолический шум на верхушке сердца, ССС 84уд/мин., АД 130/90

Органы пищеварения. Язык влажный, не обложен,рот обычной конфигурации, живот учавствует в акте дыхания, мыщцы брюшной стенки расслаблены, печень/селезнка не пальпируется, стул регулярный

Мочеполовая система. Дизурические расстройства – нет, симптом 12 ребра отрицательный с обеих сторон.

Лимфатические узлы (подчелюстные, шейные, затылочные, над и подключичные, подмышечные, локтевые, паховые) не увеличены, пальпация их без болезненна

**ANAMNESIS VITAE**

Родился в г. Красноярск. Рос и развивался соответственно возрасту и полу. В 18 лет служил в армии. Прапорщик полиции в отставке.

Перенесенные детские инфекции отрицает. Онкологические, венерические, туберкулез, сифилис у себя, ближайших и дальних родственников отрицает, оперативные вмешательства – отрицает.

У отца – ГБ, у матери эндемический зоб щитовидной железы

Материально-бытовые условия удовлетворительные. Курение отрицает. Алкоголем не злоупотребляет.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Работа сидячая, с апреля по сентябрь регулярно находится на загородном участке где имеет физические нагрузки.

 **Дыхательная система**

Грудная клетка цилиндрической формы. Левая и правая половины грудной клети симметричны, выбуханий и западений нет. Обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Вспомогательные мышцы не принимают участие в акте дыхания. Над- и подключичные ямки выражены одинаково хорошо с обеих сторон. Эпигастральный угол составляет 1000. Тип дыхания смешанный. Частота дыхания - 17 в минуту. Ритм дыхания правильный.

Пальпация грудной клетки безболезненная. Эластичность грудной клетки удовлетворительная. Голосовое дрожание проводится одинаково равномерно с обеих сторон, не изменено.

Сравнительная перкуссия: при сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки отмечается ясный легочный звук.

Топографическая перкуссия:

|  |
| --- |
| **Высота стояния верхушек** |
|  | **Справа** | **Слева** |
| **Спереди** | 3 см выше уровня ключицы | 3 см выше уровня ключицы |
| **Сзади**  | На уровне остистого отростка VII шейного позвонка. | На уровне остистого отростка VII шейного позвонка. |

Нижние границы легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Топографические линии** | **Справа**  | **Слева**  |
| linea parasternalislinea medioclavicularislinea axillaris anteriorlinea axillaris medialinea axillaris posteriorlinea scapularislinea paravertebralis | 5 межреберьеVI реброVII реброVIII реброIX реброX реброОстистый отросток XI грудного позвонка | --VII реброVIII реброIX реброX реброОстистый отросток XI грудного позвонка |

Подвижность нижних краев легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Топографическая линия** | **Справа**  | **Слева** |
| на вдох | на выд | сумм | на вдох | на выд | сумм |
| linea medioclavicularislinea axillaris medialinea scapularis | 2 см3 см2 см | 2 см3 см2 см | 4 см6 см4 см | -3 см2 см | -3 см2 см | -6 см4 см |

При аускультации над лёгкими определяется везикулярное дыхание; побочные дыхательные шумы (хрипы, крепитация, шум трения плевры) не выслушиваются. Бронхофония проводится одинаково равномерно с обеих сторон, не изменено.

**Сердечно-сосудистая система.**

При осмотре области сердца деформации не выявлено. Верхушечный толчок визуально не определяется. Сердечный толчок не определяется, сердечного горба нет. Пульсация в эпигастральной области, в области сонных артерий и яремной ямки не визуализируется.

Верхушечный толчок пальпируется в пятом межреберье,

Границы относительной тупости сердца.

1. Правая –по правому краюгрудины в четвёртом межреберье.
2. Левая -левее среднее ключичной линии на 1 см в пятом межреберье;
3. Верхняя – на уровне третьего ребра;

###

Границы абсолютной тупости сердца.

1. Правая – в четвертом межреберье по левому краю грудины
2. Левая – в пятом межреберье на 1 см кнутри от левой границы относительной сердечной тупости.
3. Верхняя – на 0,5 см левее грудинной линии на уровне IV ребра слева.

Поперечник относительной сердечной тупости равен 4+7 (11см.)

 Конфигурация сердца нормальная.

Правая и левая границы сосудистого пучка располагаются во втором межреберье по соответствующим краям грудины. Поперечник сосудистого пучка – 5 см.

Тоны сердца приглушены.

* - митральный клапан – в V межреберье в области верхушечного толчка; лучше выслушивается І тон – продолжительный, низкий, после продолжительной паузы, совпадает с пульсацией на сонной артерии и верхушечным толчком, выслушивается незначительный систолический шум
* - аортальный клапан - II межреберье справа от грудины; лучше выслушивается ІІ тон - короткий, высокий, после небольшой паузы, не совпадает с пульсацией на сонной артерии и верхушечным толчком.
* - лёгочный клапан - II межреберье слева от грудины; лучше выслушивается ІІ тон - короткий, высокий, после непродолжительный паузы, не совпадает с пульсацией на сонной артерии и верхушечным толчком.
* - трёхстворчатый клапан – место прикрепления V - VI ребра справа от грудины; лучше выслушивается І тон – продолжительный, низкий, после продолжительной паузы, совпадает с пульсацией на сонной артерии и верхушечным толчком.
* - т. Боткина-Эрба – место прикрепления III-IV ребра слева от грудины; лучше выслушивается ІІ тон - короткий, высокий, после небольшой паузы, не совпадает с пульсацией на сонной артерии и верхушечным толчком.

. Шум трения плевры и перикарда отсутствует.

 Пульс симметричный на правой и левой лучевых артериях – 84 ударов в минуту, ритмичный, правильный, твёрдый, удовлетворительного наполнения и напряжения.

При осмотре вен нижних конечностей их патологических изменений не выявлено. При пальпации по ходу подкожных вен уплотнений нет. Пальпация их безболезненная. Венозный рисунок не изменен.

**Пищеварительная система.**

Глотание свободное, безболезненное. Стул не менее 3-4 раз в неделю (оформленный). Газы отходят.

Запах изо рта отсутствует. При осмотре губы розовые, сухие, изъязвлений, трещин, высыпаний нет. При осмотре полости рта слизистая оболочка внутренних поверхностей губ, щёк, мягкого и твёрдого нёба розовой окраски; высыпания, изъязвления отсутствуют. Дёсны бледно-розовой окраски, не кровоточат. Язык обычной величины и формы, расположен по средней линии, розовой окраски, влажный. Нитевидные и грибовидные сосочки языка выражены достаточно хорошо. Зев спокойный. Миндалины не увеличены, слизистая из розового цвета, налетов и гнойных пробок нет. Слизистая оболочка глотки розового цвета.

При осмотре живот округлой формы, симметричный, не вздут, участвует в акте дыхания. Расширения вен передней брюшной стенки нет. Пульсация в околопупочной области не визуализируется. Видимых грыжевых выпячиваний в пупочной и паховой области при глубоком дыхании и натуживании не обнаруживается.

При перкуссии живота отмечается тимпанит. При пальпации живот мягкий. При исследовании "слабых мест" грыжевых выпячиваний не отмечается. Защитного напряжения передней брюшной стенки не выявляется. Защитного напряжения мышц передней брюшной стенки нет.

Выслушиваются характерные перистальтические кишечные шумы.

Скользящая глубокая пальпация живота по В.П. Образцову – Н.Д. Стражеско:

В левой подвздошной области пальпируется сигмовидная кишка диаметром 2 см., мягкая, подвижная, эластичная, безболезненная, не урчит. В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка диаметром 3 см. также мягкая, подвижная, эластичная, безболезненная, не урчит. Восходящая и нисходящая части ободочной кишки пальпируются в виде плотных цилиндров шириной по 2-3 см по наружным краям прямой мышцы живота справа и слева; на уровне пупка пальпируется поперечно-ободочная кишка, плотная, подвижная, безболезненная, не урчит.

Большая кривизна желудка пальпируется в виде ровного, гладкого, безболезненного валика на 3 см выше пупка. Привратник не пальпируется.

Печень пальпируется по краю реберной дуги, безболезненная. Передненижний край печени закруглен, мягко-эластической консистенции.

Размеры печени по Курлову:

 по linea medioclavicularis dexter- 7 см;

 по linea mediana anterior– 6 см;

 по левой реберной дуге - 6 см.

Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Грекова-Ортнера, Кера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского отрицательные.

При пальпации селезенка не определяется. При топографической перкуссии селезенка занимает область 9, 10 ребер. Длинник селезенки составляет 6 см, поперечник – 4 см.

**Мочевыделительная система**.

Мочеиспускание свободное, безболезненное. Припухлостей в поясничных областях нет. Симптом XII ребра отрицательный с обеих сторон. Почки не пальпируются. Пальпация их безболезненная. Болезненности по ходу мочеточников нет. При перкуссии мочевой пузырь не выступает над лонным сочленением. Дизурических расстройств нет.

**Эндокринная система.**

Щитовидная железа визуально не определяется, пальпаторно прощупывается перещеек.

 **Половая система.**

Первичные и вторичные половые признаки развиты в соответствии с возрастом и полом. Физическое и умственное развитие соответствует возрасту.

***Лабораторные, инструментальные, специальные исследования.***

***1****. Общий анализ мочи*

|  |  |
| --- | --- |
| Цвет – светло-желтыйрН – 6,0Удельный вес – 1011Прозрачность – прозрачнаяБелок – не обнаружен | Микроскопия осадка:Эпителий плоский – в небольшом количествеЛейкоциты – 2-4 в п/зКристаллы мочевой кислоты – 1+Слизь – 1+ |

*2. Общий анализ крови*

|  |  |
| --- | --- |
| Скорость оседания эритроцитов – 5,0 мм/ч.Лейкоциты – 6,08\*109/лЭритроциты – 5,72\*1012/лHb – 156г/лГематокрит – 52,9Средний объем эритроцитов – 92,5флСреднее содержание Hb в эритроцитах – 27,3 пгСредняя концентрация Hb в эритр – 295г/лТромбоциты 145\*109/л | Нейтрофилы(отн)59,7%; (абс)3,63\*109/лЛимфоциты - 28,1%; 1,7\*109/лМоноциты - 9,5%; 0,6\*10/9/л Эозинофилы - 2,5%; 0,2\*109/лБазофилы - 0,2%; 0\*109/лНезрелый гранулоциты - 0,2%; 0\*109/л |

*3 .Исследование кала на яйца гельминтов и простейшие – не обнаружен*

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ:**

ЛАБОРАТОРНЫЙ МЕТОДЫ:

1. Общий анализ крови;
2. Общий анализ мочи;
3. Б/х анализ крови;
4. RW, HBsAg.
5. Агрегатограмма;
6. Кал на яйца простейшие и гельминтов
7. Сахар крови;
8. Т3,Т4

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ:

1. Суточное мониторирование АД и ЭКГ ;
2. Коронарография;
3. ЭКГ,холтер, СМАД
4. Рентгенография органов грудной клетки;
5. УЗИ щитовидной железы

**ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ:**

1. Диета №9.
2. Режим общий.
3. B-блокаторы – Конкор с начальной дозой 1,25 мг (1 неделя) под контролем АД, затем при хорошей переносимости дозу увеличить до 2,5 мг/сут (1 нед), 3,75 мг/сут (1 нед), 5 мг/сут (4 нед), 7,5 мг/сут (4 нед), далее по 10 мг/сут (целевая доза);
4. Блокаторы Са-каналов – Амлодипин по 5мг. 1 раз в день;
5. Статины – Аторвастатин по 10мг. 1 раз в день;
6. Блокаторы АТ1 рецепторов – Лозартан по 50мг. 1 раз в день;
7. Антикоагулянт – Варфарин по 2,5мг. 1 раз в день.

**Выписной эпикриз**

 **Разумов Михаил Анатольевич**, 1972г. рождения находился в Медсанчасть ГУ МВД с 30.09.17 г по 12.09.17 г. по поводу: ИБС. Стабильная стенокардия напряжения I ф.к., Гипертоническая болезнь II степени, II стадии, риск 4. СН II ст.

**Сопутствующие заболевания**: ППС, пролапс митрального клапана

Больной страдает ГБ с 1999 года с максимальными цифрами 160/100 мм.рт.ст. В течении 3 лет страдает ИБС. Стенокардия напряжения.

Поступил с жалобами на периодические головные боли, чаще распирающего характера, головокружение, шаткость при ходьбе, «мелькание мушек» перед глазами

Получал стационарное лечение:

1. Диета №9.
2. Режим общий.
3. B-блокаторы – Конкор с начальной дозой 1,25 мг (1 неделя) под контролем АД, затем при хорошей переносимости дозу увеличить до 2,5 мг/сут (1 нед), 3,75 мг/сут (1 нед), 5 мг/сут (4 нед), 7,5 мг/сут (4 нед), далее по 10 мг/сут (целевая доза);
4. Блокаторы Са-каналов – Амлодипин по 5мг. 1 раз в день;
5. Статины – Аторвастатин по 10мг. 1 раз в день;
6. Блокаторы АТ1 рецепторов – Лозартан по 50мг. 1 раз в день;
7. Антикоагулянт – Варфарин по 2,5мг. 1 раз в день.

**РЕКОМНДОВАНО:**

1. Наблюдение кардиолога, эндокринолога.
2. Диета с ограничением соли, жиров и углеводов.
3. Контроль липидного спектра – через 2 месяца; для оценки эффективности медикаментозной терапии до достижения целевого уровня ЛПНП-1,8ммоль/л.
4. АсАТ, АлАТ один раз в 2-3 мес.
5. Умеренная физическая активность.
6. Снижение массы тела.
7. Продолжить прием:
* В-блокаторы –– Бисопролол (Конкор) 10 мг 1т. утром под контролем АД – постоянно.
* Лозартан (Козаар, Лориста, Лозап) по 50 мг. 1т. вечером – постоянно.
* Амлодипин (Норваск, Амлотоп, Тенокс) по 5 мг. 1т. вечером – постоянно.
* Аторвастатин (Аторис) 20 мг. по 1т. на ночь (при неэффективности повысить дозу (max 80мг в сут.) до достижения целевого уровня ЛПНП до 1,8ммоль/л) – постоянно.
* Изосорбида динитрат, спрей (Изокет) или нитроглицерин, спрей (Нитромин) ситуационно для купирования приступа стенокардии или перед физической нагрузкой, которая может вызвать приступ. 1-3 впрыскивания под язык.