

АО «Медицинский университет Астана»
Кафедра семейной и доказательной медицины

Тема СРИ: Распространенные заболевания в терапии

**Клинический случай
пациента Карманова Дария Д. (ФИО)**

Клинический диагноз:

- Основное заболевание: ОКС с подъемом ST сегмента. СН II (по Killip)
- Осложнение: СН II
- Сопутствующие заболевания: АГ 3 степени, риск 4

Подготовил врач-интерн: Айкынбеков Н. С. (ФИО)

Группа: 645 ВОП

Преподаватель: Байтенова Л. Н.

Информация о пациенте:

- **ФИО пациента:** Карманова Дария Д.
- **Дата рождения:** 23 февраля 1955 года
- **Дом. адрес:** г. Астана, ул. Кенасары дом 25 кв 3
- **Номер участка:** №345
- **Место работы:** ТОО «Асылтас»,

- **Рост:** 163см
- **Вес:** 77кг
- **t⁰ тела** 37,2

Жалобы при обращении в учреждение ПМСП:

- Давящие боли за грудиной;
- Одышка;
- Покалывание и жжение в дистальной части верхних и нижних конечностей;

Проведите детализацию жалоб (сформулируйте вопросы) и напишите на них ответы данного пациента

№ п/п	Вопрос	Ответ
1	Передается ли боль в другие участки тела?	Боль передается в нижнюю челюсть, левую лопатку и левую руку,
2	При каких обстоятельствах возникает боль?	Боль возникает при минимальной физической нагрузке (примерно 10 шагов)
3	Сколько времени занимает ощущение боли?	боль продолжается более 15 минут
4	Пытались ли вы купировать боль каким либо препаратом?	Да. Боли приемом нитроглицерина не купировались
5	С чем связана возникновение одышки?	Одышка возникает при минимальной физической нагрузке (примерно 10 шагов), и сопровождается вышеуказанными болями;
6	Как долго у вас проявляется чувство покалывание и жжение?	В течение последних 2-х лет.

Данные объективного осмотра:

- **Общее состояние:** средней тяжести; Положение: активное; Сознание: ясное; Телосложение: гиперстеник; Выражение лица: не представляет болезненных проявлений; Рост: 163см; Вес: 77 кг; ИМТ: 29 кг/м² (избыточная масса тела) Температура тела: 37,2
- **Кожные покровы и видимые слизистые:** Кожа бледная, сухая, тургор несколько снижен. Слизистые оболочки розовые, чистые, влажные. Конъюнктивы век розовые, желтушного прокрашивания склер нет. Отмечается пигментация на передней и задней поверхностях голеней и расширение подкожных вен (варикозное расширение вен). Цианоз губ. *Волосы:* Волосяной покров кожи умеренный, по женскому типу. *Ногти:* ногтевые пластинки ровные, блестящие. Грибковых изменений нет. Цвет нормальный. *Подкожно-жировая клетчатка:* развита избыточно. Толщина жирового слоя у пупка 9 см, в области угла лопаток 5 см. Болезненности при пальпации нет.
- **Периферические лимфоузлы:** подчелюстные, шейные, надключичные, подмышечные, локтевые, паховые, бедренные, подколенные лимфатические узлы не увеличены, мягкой консистенции, единичные, подвижные, безболезненные. Кожные покровы над лимфатическими узлами не изменены.

- **Состояние мышц:** развита умеренно. Атрофий, гипертрофий не выявлено. Мышечный тонус нормальный, уплотнений нет. Мышечная сила верхних и нижних конечностей не изменена. Болезненности при движении и пальпации нет.
- **Состояние костной системы:** Конфигурация суставов верхних и нижних конечностей не изменена, подвижность нормальная. Объем активных и пассивных движений полный, болезненности нет. Хруст и флюктуация отсутствуют. Коже над поверхностью суставов без патологических изменений. Массивные отеки голени и стоп.
- **Органы дыхания:** *Нос:* дыхание через нос свободное, отделяемого нет. Болезненности в области корня носа, лобных пазух, гайморовых полостей нет. *Гортань:* нормальной конфигурации, при пальпации безболезненна . Голос тихий. *Грудная клетка:* гиперстеническая, надчревный угол – более 90 градусов. Симметричная, обе половины участвуют в акте дыхания одинаково. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с правой и левой стороны; ход ребер кривой, ширина межреберных промежутков 2см; лопатки плотно прижаты к грудной клетке, располагаются на одном уровне; вспомогательные мышцы в акте дыхания участвуют незначительно.

- Окружность грудной клетки в покое-92 см;
- Окружность грудной клетки на вдохе-95 см;
- Окружность грудной клетки на выдохе-89 см;
- Экскурсия грудной клетки-6 см.

Дыхание ритмичное. Тип дыхания - грудной. Число дыханий в минуту-18. На момент курации одышки нет.

Пальпация грудной клетки: грудная клетка при пальпации безболезненна.

Сравнительная перкуссия: выявляется ясный легочный звук, одинаковый на симметричных участках.

Топографическая перкуссия: высота стояния верхушек слева и справа 3см над ключицей; ширина полей Кренига слева и справа 5см.

Нижние границы легких: в пределах нормы.

Аускультация легких: над всей поверхностью легких выслушивается жесткое дыхание. Есть хрипы. Шума трения плевры нет. При бронхофонии: голосовой шум одинаков с обеих сторон.

- **Сердечно-сосудистая система:** Осмотр сосудов шеи: сосуды шеи без видимой пульсации, не набухшие.
- *Осмотр области сердца:* при осмотре видимой пульсации в области сердца не выявлено: "сердечный горб" отсутствует, сердечный толчок не определяется. Верхушечный толчок визуально не определяется. Систолическое втяжение отсутствует. Эпигастральной пульсации нет, видимой пульсации сосудов и аорты нет.
- *Пальпация сердечной области:* при пальпации верхушки сердца сердечный толчок определяется в V межреберье на расстоянии 1 см латеральнее левой среднеключичной линии, не разлитой, не усилен, диаметром 2 см. Симптом "кошачьего мурлыканья" у верхушки сердца и его основания не выявлен. При пальпации основания сердца патологической пульсации не обнаружено. Толчок правого желудочка пальпаторно не определяется.
- *Аускультация сердца:* Тоны приглушены, ритмичные. Акцент 2-го тона над аортой. Шумы не выслушиваются. ЧСС 60/мин. Дефицита пульса нет. АД 140/90 мм.рт.ст.
- *Исследование сосудов:* при осмотре и ощупывании лучевой, сонной и бедренной артерий и артерий стопы патологии не выявлено. Сосуды не извитые, мягкие, симптомы "жгута" и "щипка" отсутствуют. Пульс одинаковый на обеих руках, умеренного наполнения. ЧСС-60уд/мин. Дефицита пульса нет. Артериальное давление на правой и левой руке 140/90 мм. рт. ст. Пульсации периферических сосудов нет. Состояние вен: венозная сеть на нижних конечностях расширена, извита, выбухает над поверхностью кожи.

- **Система пищеварения:** *Живот:* правильной формы, симметричный; вздутий и втяжений нет; видимая перистальтика отсутствует. Подкожно-жировой слой развит избыточно. Пупочное кольцо плотное, не пропускает палец. Подкожные сосудистые анастомозы не выявлены.
- *При перкуссии:* наличия свободной и осумкованной жидкости не выявлено. Симптом флюктуации отсутствует. Характер перкуторного звука - тимпанический. Метеоризма нет.
- При поверхностной ориентировочной пальпации: живот мягкий; болезненности при пальпации нет. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Расхождений прямых мышц живота нет.
- **Система мочеотделения:** Поясничная область не изменена, почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого справа и слева отрицателен. Мочеиспускание регулярное, свободное, безболезненное.
- *При пальпации* области мочевого пузыря изменений и болезненности не выявлено. При перкуссии мочевого пузыря - тимпанический перкуторный звук. Болезненность в мочеточниковых точках отсутствует.
- *При осмотре* наружных половых органов изменений не выявлено.

Подведите итоги опроса и осмотра пациента (резюмируйте данные):

На основе жалоб и осмотра пациента можно выделить следующие синдромы:

- 1. Синдром ангинозной боли** - Давящие боли за грудиной, длительностью до 15 минут, иррадирующие в нижнюю челюсть, под левую лопатку, левую руку, провоцирующиеся физической нагрузкой, не купирующиеся приемом нитроглицерина.
- 2. Резорбтивно-некротический синдром** - плохое самочувствие, повышение t тела (37,2 C), нарастание уровня АСТ (0,75 мкмоль/л), лейкоцитоза (10,2 тыс/л), ускоренное СОЭ (43 мм/ч), повышение КФК-МВ (16 МЕ/л) и подъем ЛДГ1 (7 МЕ/л).
- 3. Синдром изменений на ЭКГ** - подъем сегмента ST, отрицательные зубцы T в отведениях I, aVL, V2-V6 - что свидетельствует об острой стадии переднебокового инфаркта миокарда.
- 4. Синдром лабораторных изменений** - повышение КФК-МВ (16 МЕ/л), подъем ЛДГ1 (7 МЕ/л).
- 5. Синдром сердечной недостаточности** (одышка, снижение физической активности, при объективном исследовании - дилатация левого желудочка, ритм галопа, данные ЭхоКГ и РГ грудной клетки - гипертензия в малом круге кровообращения, снижение сократительной способности, дилатация левого желудочка, цианоз губ)
- 6. Синдром артериальной гипертензии**- (головные боли, головокружение, быстрая утомляемость, повышение САД до 140 мм рт ст, дАД=>90, ЭКГ и ЭхоКГ - признаки гипертрофии миокарда левого желудочка. Акцент 2-го тона над аортой)

Можно предположить диагноз: ОКС с подъемом ST сегмента СН II (по Killip)

С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику по основному синдрому, перечислите (минимум 3 заболевания):

1. ТЭЛА

2. Гипертонический криз

3. Спонтанный пневмоторакс

Какие лабораторные исследования проведены данному пациенту, их результаты и интерпретация

№ п/п	Анализ	Результат	Интерпретация
1	ОАК	Гемоглобин 144,4 Эритроциты 4,4 Лейкоциты 10,2 Эозинофилы 1,0 Базофилы 0 Лимфоциты 38 Моноциты 3 Палочкоядерные 1 Сегментоядерные 57 Тромбоциты 180 СОЭ 43 мм/ч	N (норма) N Лейкоцитоз (признаки неспецифического воспаления) N N N N N N Ускоренное (признаки неспецифического воспаления)
2	Биохимическое исследование крови:	Общ. Холестерин 7,2мМоль/л Общий белок 78,0г/л Креатинин 83мМоль/л Общ. Билирубин 14,7Мкмоль/л АлТ 30 Нмоль/с*л АсТ 0,75 мкмоль/л КФК 16 МЕ/л МВ-КФК 20 % ЛДГ1 7МЕ/л	Гиперхолестеринемия N N N N повышен N Повышение МВ-КФК в 5 раз Подъем

3	Коагулограмма:	АЧТВ 27 Протромбиновый индекс 85-110% МНО 1,00	Заключение: без патологических изменений
4	ОАМ	Количество - 100 мл Цвет - соломенно-желтый Прозрачность полная Удельный вес - 1020 Реакция - кислая (рН 5,0) Белок – 0,07 (норма от 0,02-0,12);	Заключение: в пределах нормы.

Какие инструментальные исследования проведены данному пациенту, их результаты и интерпретация

№ п/п	Исследование	Результат	Интерпретация
1	ЭКГ		Ритм: синусовый, правильный ЭОС: нормальная ЧСС: 75 подъем сегмента ST, отрицательные зубцы T в отведениях I, aVL, V2-V6
2	Эхокардиография		Уплотнение аорты, умеренное утолщение межжелудочковой перегородки, расширение левых отделов сердца со снижением сократимости левого желудочка. Зоны гипокинезии в области переднебоковых сегментов.
3	Рентгенография грудной клетки		Увеличение левого желудочка, удлинение и уплотнение аорты, артериальная гипертензия в легких.

Какие лабораторные и инструментальные исследования Вы бы назначили дополнительно для дифференциальной диагностики и постановки заключительного клинического диагноза и почему?

№ п/п	Исследование	Обоснование
1	Назначить тропониновый тест	Тропонин I –наиболее ранний и специфичный маркер поражения сердечной мышцы. Используется для мониторинга течения инфаркта миокарда
2	Функциональные пробы, ВЭМ	Для определения индивидуальной толерантности к физической нагрузке
3	КАГ (Коронароангиография)	Ангиографическое доказательство нарушении проходимости основных коронарных сосудов или ветвей.

Проведите дифференциальный диагноз, последовательно исключая все заболевания, кроме одного:

- 1) Учитывая, что у пациентки отсутствуют кровохарканье, ЭКГ-признаки перегрузки правых отделов сердца, изменения в легких, и есть явный подъем кардиоспецифических ферментов то диагноз **ТЭЛА** исключается
- 2) Учитывая, что у данной больной характер болей-давящие (но не "раздирающая"), боль купировалась наркотическими анальгетиками, вниз не спускалась (Особенность болей при расслаивающей аневризме аорты ("раздирающая", не купирующаяся наркотическими анальгетиками, спускающаяся вниз), а также поведение больного (чрезмерно возбужденное), расширение тени аорты при рентгенодиагностике, отсутствие резкого повышения кардиоспецифичных ферментов. ЭКГ: изменения часто отсутствуют или диффузные или очаговые изменения миокарда) то диагноз **Расслаивающая аневризма аорты** исключается
- 3) Учитывая, что у пациентки при осмотре признаки пневмоторакса осмотра (одна половина грудной клетки отстает при дыхании, набухание шейных вен, цианоз лица. При перкуссии-тимпанит, при аускультации-ослабление или отсутствие дыхательных шумов) отсутствуют, одышка умеренного характера (но не жесточайшая), в анамнезе хронические легочные заболевания отсутствуют, что дает право отказаться от диагноза **спонтанный пневмоторакс**.
- 4) Наиболее вероятным остается диагноз **ОКС с подъемом ST сегмента**

Сформулируйте заключительный диагноз согласно классификации и обоснуйте основное заболевание с осложнениями (см. пример в таблице)

- Клинический диагноз: ОКС с подъемом ST сегмента СН II (по Killip)
- Основное заболевание: ИМ с подъемом ST сегмента
- Осложнение: СН II
- Сопутствующие заболевания: АГ 3 степени, риск 4

Пункт диагноза	Анамнез	Клиника	Лабор. данные	Инструм. данные
ОКС	В течение последней недели стала отмечать боли за грудиной продолжительностью около 1 мин. Боли возникали после физической нагрузки и исчезали в покое самостоятельно, нитроглицерин и аналогичные препараты больная с целью купирования приступов не принимал	Синдром ангинозной боли Давящие боли за грудиной, длительностью до 15 минут, иррадирующие в нижнюю челюсть, под левую лопатку, левую руку, провоцирующиеся физической нагрузкой ,	Синдром лабораторных изменений повышение КФК-МВ (16 МЕ/л), подъем ЛДГ1 (7 МЕ/л).	

с подъемом ST сегмента				Синдром изменений на ЭКГ подъем сегмента ST, отрицательные зубцы Т в отведениях I, aVL, V2-V6
СН II (по Killip)		Синдром сердечной недостаточности (одышка, снижение физической активности, цианоз губ)		дилатация левого желудочка, ритм галопа Влажные хрипы <50% легочных полей, III тон, легочная гипертензия. 30%

Опишите принципы лечения данного пациента:

№ п/п	Принцип лечения	Описание
1	Воздействие на факторы риска	Лечебная физкультура, избегать тяжелых физических нагрузок, эмоционального напряжения, стрессов, диета с пониженным содержанием животных жиров, легкоусвояемых углеводов, богатая полиненасыщенными жирными кислотами, антиатерогенными веществами, растительной клетчаткой, продуктами моря, проживание в экологически чистой местности, частые прогулки на свежем воздухе, санаторно-курортное лечение. Периодически наблюдаться у кардиолога. При ощущении симптомов стенокардии принимать нитроглицерин.
2	Этиотропное лечение	Первичное коронарное вмешательство - экстренная чрескожная катетеризация при инфаркте миокарда с подъемом сегмента ST на ЭКГ без предшествующей фибринолитической терапии, является предпочтительной тактикой реперфузии при условии выполнения в пределах установленных временных рамок независимо от того поступает ли пациент в больницу выполняющую ЧКВ

3	Патогенетическое лечение	<p><i>Антиагрегантная терапия.</i> Аспирин Ударная доза 150мг перорально. Начальная доза 500мг без покрытия. Если пероральный прием невозможен, с последующей поддерживающей дозой 75 мг/день</p> <p><i>Антикоагулянтная терапия</i></p> <p>Нефракционированный гепарин 70 Ед/кг в/в струйно</p> <p><i>Тромболитические препараты</i></p> <p>Альтеплаза - в/в (предварительно препарат растворить в 200 мл дистиллированной воды или 0,9% раствора хлорида натрия) по схеме «болюс + инфузия». Доза препарата 1 мг/кг массы тела (но не более 100 мг): болюсно вводится 15 мг; последующая инфузия 0,75 мг/кг массы тела за 30 мин (но не более 50 мг), затем 0,5 мг/кг (но не более 35 мг) за 60 мин (общая продолжительность инфузии - 1,5 ч).</p> <p><i>Бета – блокаторы :</i> метапролол тартрат таб. 25мг</p> <p><i>Кардиопротекция ИАПФ :-</i> Каптоприл 6,25мг</p> <p><i>Гиполипидемические средства:</i> Аторвастатин таб 40мг</p>
4	Симптоматическое лечение	<p>Кислород при возникновении одышки и симптомов острой сердечной недостаточности и гипоксии со снижением SaO₂<95%</p> <p><i>Для купирования боли</i> показано титруемое введение опиоидов (1С)</p> <p>Морфин - при продолжающейся боли 4 мг в/в с дополнительным введением 2 мг через каждые 5-15 мин в зависимости от интенсивности болевых ощущений до купирования боли или появления побочных эффектов.</p>

План диспансеризации данного больного (приказ №885):

№ п/п	Мероприятие	Выполнение
1	Наименование и частота лабораторных и диагностических исследований	ОАК,ОАМ-2 раза в год (в течение 2-3 дней); ПТИ, МНО, сахар Общий холестерин с фракциями–2раза в год (в течение 1 нед.). ЭКГ-4раза в год (в течение 3 дней) Функциональные пробы, ВЭМ – 1раз в год (в течение 1 нед.). Холтермониторирование ЭКГ(ХМ)-по медицинским показаниям
2	Медицинские осмотры СМР (среднего медицинского работника)	Направление и контроль за соблюдением, прохождением частоты лабораторных и других диагностических исследований. Действие по маршруту пациента, при появлении признаков прогрессирования и изменении лабораторных показателей направление к ВОП.
3	Частота осмотра СМР	2 раз в год (плановая)
4	Медицинские осмотры ВОП	Контроль за состоянием пациента. При появлении признаков прогрессирования решение вопроса о госпитализации. При отсутствии эффективности лечения в течение 1 мес. направление к врачу кардиологу

5	Частота осмотра ВОП	4 раза в год (плановая) По показаниям частота может увеличиться
6	Консультация профильных специалистов	Врач-кардиолог. Для определения прогрессирования заболевания. Решение вопроса госпитализации.
7	Частота наблюдения профильными специалистами	1 раз в год (плановая). При отсутствии эффективности лечения на уровне ВОП
8	Планирование семьи (для женщин фертильного возраста)	Беременность не противопоказана при стойкой ремиссии.