Примерный медицинский университет

Кафедра факультетской терапии
Заведующий кафедрой: профессор Смирнов

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Ф. И. О. пациента: _____
Дата рождения: _____
Дата поступления: 28.10.2026
Диагноз основной: ИБС: стенокардия напряжения, ФК III
Сопутствующий: Гипертоническая болезнь III стадии, риск 4; сахарный диабет 2 типа, целевой HbA1c < 7,5 %
Осложнения: ХСН IIA стадии, ФК II (NYHA)

Куратор: студентка 4 курса, группа 401, Иванова М. С.
Сроки курации: с 03.11.2026 по 07.11.2026

Преподаватель: доцент Петров

2026

Часть I. Клиническое обследование

1 Паспортная часть

Пациент К., 67 лет

Ф. И. О.: _____

Дата рождения: _____

Возраст: 67 лет

Пол: мужской

Место жительства: _____

Социальный статус, профессия: пенсионер, бывший водитель автобуса

Дата поступления: 28.10.2026

Дата выписки: _____

Характер госпитализации: планово, по направлению поликлиники

Место госпитализации: кардиологическое отделение

Результат лечения: _____

Исход: _____

Куратор: студентка 4 курса, группа 401, Иванова М. С.

Преподаватель: доцент Петров

2 Жалобы при поступлении

При поступлении пациент К. предъявлял жалобы на давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо. Боли возникали при ходьбе на расстояние 100–150 м и при подъёме на один этаж. Интенсивность болей _____. Приступ купировался в покое за 5–7 минут или через 2–3 минуты после приёма нитроглицерина под язык.

Беспокоила одышка (dyspnoe), возникающая при умеренной физической нагрузке. Отмечал отёки голеней, которые появлялись к вечеру.

Периодически возникали головные боли (cephalgia) в затылочной области, связанные с подъёмом артериального давления до 170/100 мм рт. ст. Характер головной боли _____.

3 Жалобы на момент осмотра куратором

На момент осмотра куратором пациент К. предъявлял жалобы на боли за грудиной, возникающие при ходьбе по коридору на расстояние около 200 м. Характер боли — _____, иррадиация — _____, продолжительность приступа — _____. За последние сутки больной один раз принимал нитроглицерин под язык для купирования приступа. Беспокоила одышка при подъёме на один лестничный пролёт. Пациент отмечал пастозность голеней.

По сравнению с поступлением состояние улучшилось. Толерантность к физической нагрузке возросла: болевой синдром развивается при ходьбе на 200 м, а не на 100–150 м, потребность в нитроглицерине снизилась до одного раза в сутки. Одышка появляется при подъёме на один пролёт, тогда как при поступлении её вызывала умеренная нагрузка. Вместо отёков голеней к вечеру сохраняется лишь пастозность. Головные боли в затылочной области на момент осмотра больной не упоминал; их наличие или отсутствие — _____. Жалоб на боли за грудиной в покое пациент не предъявлял — _____.

4 Анамнез заболевания

Считает себя больным с 50 лет, когда впервые стал отмечать повышение артериального давления. Максимальные цифры АД достигали 190/110 мм рт. ст., адаптирован к 130/80 мм рт. ст. Сахарный диабет 2 типа диагностирован в 2016 году.

Около 6 лет назад впервые появились боли за грудиной при быстрой ходьбе. В 2022 году был госпитализирован, при коронарографии выявлен стеноз передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) левой коронарной артерии 70 %. Больному было рекомендовано стентирование, от вмешательства он отказался. Последующие годы находился на амбулаторном лечении. Принимал эналаприл 10 мг 2 раза в день, метопролол 25 мг, ацетилсалициловую кислоту 100 мг, метформин 1000 мг 2 раза в день. Приём препаратов был нерегулярным.

Ухудшение состояния отмечает в течение последних 3 месяцев. Переносимость физической нагрузки снизилась: если раньше пациент К. проходил без боли 400–500 м, то перед госпитализацией — лишь 100–150 м. Ангинозные приступы участились до 4–5 в день, к вечеру стали появляться отёки голеней. В связи с прогрессированием стенокардии и появлением признаков сердечной недостаточности терапевт поликлиники направил больного на стационарное лечение для коррекции терапии и решения вопроса о реваскуляризации миокарда.

28.10.2026 пациент К. поступил в кардиологическое отделение в плановом порядке по направлению поликлиники.

5 Анамнез жизни

Краткие биографические данные. Пациент К., 67 лет, родился в _____ (место рождения), рос и развивался в соответствии с возрастом, от сверстников в физическом и умственном развитии не отставал. Сведения о раннем детстве, условиях жизни в семье и перенесённых детских инфекциях: _____. Женат, имеет двоих взрослых детей. В настоящее время пенсионер. Инвалидности не имеет.

Образование и трудовой анамнез. Образование среднее специальное. Трудовую деятельность начал в _____ году. На протяжении 35 лет работал водителем автобуса, в том числе в ночные смены. Такой режим труда сопровождался длительным пребыванием в положении сидя, нерегулярным сном и нервно-эмоциональным напряжением, что следует учитывать среди факторов, неблагоприятных для сердечно-сосудистой системы. Другие профессиональные вредности (вибрация, шум, контакт с химическими веществами): _____. Вышел на пенсию в _____ году.

Бытовые условия и питание. Жилищные условия: _____ (тип жилья, этаж, наличие лифта, число проживающих). Санитарно-гигиенические условия: _____. Режим питания: _____ раз в день, регулярность приёма пищи: _____. Характер питания (преобладание жирной, солёной пищи,

легкоусвояемых углеводов, количество потребляемой соли и жидкости): _____. Режим физической активности до ухудшения состояния: _____.

Перенесённые заболевания, операции и травмы. Перечень перенесённых заболеваний со слов пациента:

– в 1985 году — острый аппендицит, выполнена аппендэктомия (appendectomia), послеоперационный период без осложнений: _____;

– в 2015 году — пневмония, лечение: _____;

– с 2016 года — сахарный диабет 2 типа, получал метформин 1000 мг 2 раза в день, принимал нерегулярно;

– с 50 лет — повышение артериального давления (подробно описано в анамнезе заболевания).

Травмы: _____. Туберкулёз, вирусные гепатиты, венерические заболевания: _____. Гемотрансфузий не было.

Наследственность. Наследственный анамнез отягощён по сердечно-сосудистым заболеваниям. Отец умер в возрасте 62 лет от инфаркта миокарда. Мать страдала гипертонической болезнью, в 75 лет перенесла инсульт. Сведения о сахарном диабете и других заболеваниях у родственников: _____. Отягощённая наследственность по ишемической болезни сердца и артериальной гипертензии рассматривается как немодифицируемый фактор риска у данного больного.

Вредные привычки и хронические интоксикации. Курил в течение 40 лет по одной пачке сигарет в день, индекс курильщика составляет 40 пачка-лет. Курить бросил 5 лет назад. Длительный стаж курения с высокой интенсивностью относится к ведущим модифицируемым факторам риска атеросклероза, хотя на момент курации пациент не курит. Алкоголь употребляет редко, по праздникам, злоупотребление отрицает. Употребление наркотических и токсических веществ: _____.

Аллергологический анамнез. Отмечает аллергическую реакцию на пенициллин в виде крапивницы (urticaria). Реакции на другие лекарственные препараты, пищевые продукты и бытовые аллергены: _____. Сведения об

аллергии на пенициллин внесены в медицинскую документацию и учитываются при назначении антибактериальных средств, при необходимости следует избегать препаратов пенициллинового ряда.

Страховой анамнез. Пенсионер, листок нетрудоспособности не требуется. Группы инвалидности не имеет.

Гинекологический анамнез у пациента мужского пола не собирается.

Обобщая данные anamnesis vitae, у пациента К. выявляется сочетание нескольких факторов риска ишемической болезни сердца: мужской пол и возраст 67 лет, отягощённая наследственность по инфаркту миокарда и инсульту, длительное курение в прошлом (40 пачка-лет), сахарный диабет 2 типа с 2016 года, многолетняя работа в ночные смены с малоподвижным режимом. Перенесённые аппендэктомия и пневмония на течение основного заболевания существенного влияния не оказывают. Аллергия на пенициллин требует внимания при выборе лекарственной терапии.

6 Опрос по системам и органам

Сердечно-сосудистая система. Ведущие жалобы приведены в разделах о жалобах при поступлении и на момент курации: давящие боли за грудиной при физической нагрузке с иррадиацией в левое плечо, купирующиеся в покое или приёмом нитроглицерина, одышка при нагрузке, отёки голеней. Сердцебиения и перебоев в работе сердца больной не отмечает.

Дыхательная система. Пациент К. отмечает одышку при физической нагрузке. Кашель отрицает.

Пищеварительная система. Аппетит сохранён. Периодически после еды беспокоит изжога. Стул регулярный.

Мочевыделительная система. Отмечает никтурию: мочится 2 раза за ночь. Дизурических явлений нет.

Нервная система. Сон нарушен, что больной связывает с ночными мочеиспусканиями. При повышении артериального давления возникают головные боли. Головокружения отрицает.

Таким образом, при опросе по системам на первый план выходят жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы. Из прочих систем пациент указывает на никтурию с нарушением сна, эпизодическую изжогу и головные боли на фоне подъёмов давления.

7 Объективное исследование

Общий осмотр. Общее состояние средней тяжести. Сознание ясное, положение активное. Рост 176 см, масса тела 98 кг, индекс массы тела 31,6 кг/м², что соответствует ожирению I степени. Температура тела _____ °C. Телосложение _____.

Кожа, подкожная клетчатка, лимфатические узлы. Кожные покровы обычной окраски, отмечается акроцианоз губ. Подкожная клетчатка развита избыточно, распределена _____. Определяется пастозность голеней и стоп. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

Мышечная и костная системы. Мышечная система развита удовлетворительно, тонус и сила мышц _____. Суставы обычной конфигурации, без деформаций, объём движений _____. Деформаций костей скелета _____.

Нервная система. Сознание ясное, больной ориентирован _____. Менингеальные знаки _____, очаговая неврологическая симптоматика _____. Сухожильные рефлексы _____. В позе Ромберга _____.

Сердечно-сосудистая система. Пульс 78 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения, совпадает с ЧСС (78 в минуту), дефицита пульса нет. АД 150/90 мм рт. ст. на обеих руках. Верхушечный толчок определяется в V межреберье на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии, разлитой. Границы относительной и абсолютной тупости сердца приведены ниже (таблица 1).

Таблица 1 – Границы сердечной тупости

Граница	Относительная тупость	Абсолютная тупость
Правая	По правому краю грудины в IV межреберье	Левый край грудины
Верхняя	III ребро	IV ребро
Левая	На 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии в V межреберье	На 1 см кнутри от левой границы относительной тупости

Левая граница относительной тупости смещена кнаружи, что согласуется со смещением и разлитым характером верхушечного толчка. При аускультации тоны сердца приглушены, ритм правильный. Выслушивается акцент II тона над аортой. На верхушке определяется систолический шум, который не проводится за её пределы.

Дыхательная система. Грудная клетка нормостеническая, ЧДД 19 в минуту. При сравнительной перкуссии над симметричными участками лёгких определяется ясный лёгочный звук. Высота стояния верхушек _____, ширина полей Кренига _____. Нижние границы лёгких по данным топографической перкуссии представлены ниже (таблица 2).

Таблица 2 – Нижние границы лёгких

Топографическая линия	Справа	Слева
Среднеключичная	6 ребро	_____
Средняя подмышечная	8 ребро	8 ребро
Лопаточная	10 ребро	10 ребро

Подвижность нижнего края лёгких составляет 5 см. Аускультативно дыхание везикулярное. В нижних отделах с обеих сторон выслушиваются единичные незвонкие влажные хрипы, не исчезающие после кашля. Двусторонняя локализация хрипов в базальных отделах при отсутствии изменения перкуторного звука характерна для застоя в малом круге кровообращения.

Пищеварительная система. Язык влажный, обложен белым налётом у корня. Живот увеличен в объёме за счёт подкожной жировой клетчатки, при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. Нижний край печени

расположен по краю рёберной дуги. Размеры печени по Курлову 10 × 9 × 8 см. Селезёнка не пальпируется.

Мочевыделительная система. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Отёков на лице нет. Почки _____, мочеиспускание _____.

8 Первичное представление о больном

По жалобам, анамнезу и данным осмотра у пациента К. выделяются несколько синдромов. Давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо при ходьбе на 100–150 м, купирующиеся покоем или нитроглицерином, формируют ангинозный синдром. Стеноз ПМЖВ 70 % по коронарографии 2022 года и нарастание приступов за 3 месяца указывают на прогрессирующую стенокардию напряжения. Одышка при нагрузке, отёки голеней, акроцианоз губ и двусторонние незвонкие влажные хрипы в нижних отделах соответствуют синдрому хронической сердечной недостаточности с застоем в малом круге. Синдром артериальной гипертензии подтверждают повышение АД с 50 лет, АД 150/90 мм рт. ст., акцент II тона над аортой, смещение левой границы сердца и разлитой верхушечный толчок, что говорит о гипертрофии левого желудочка. В анамнезе сахарный диабет 2 типа, ИМТ 31,6 кг/м².

Предварительный диагноз: ИБС: стенокардия напряжения, ФК III. Осложнения: ХСН IIA стадии, ФК II (NYHA). Сопутствующие: гипертоническая болезнь III стадии, риск 4; сахарный диабет 2 типа.

План обследования:

– общий анализ крови и мочи;

– биохимический анализ крови: глюкоза, HbA1c, липидный спектр, креатинин с расчётом СКФ, мочевина, электролиты, трансаминазы, NT-proBNP;

– тропонин I для исключения острого коронарного синдрома;

– коагулограмма;

– ЭКГ и суточное мониторирование ЭКГ;

– эхокардиография;

– УЗИ почек;

– консультация кардиохирурга и коронарография для решения вопроса о реваскуляризации.

Часть II. Обследование, диагноз, лечение

9 Лабораторные исследования

Лабораторное обследование пациента К. выполнено при поступлении, 29–30.10.2026; уровень глюкозы крови повторно определён в период курации, 06.11.2026. Результаты сопоставлены с референсными значениями лаборатории. Для показателей, где норма на бланке не указана, приведены общепринятые значения.

Общий анализ крови от 29.10.2026 представлен ниже (таблица 3).

Таблица 3 – Общий анализ крови от 29.10.2026

Показатель	Результат	Норма	Оценка
Гемоглобин, г/л	128	130–160	снижен ↓
Эритроциты, × 10^{12}/л	4,3	4,0–5,0	норма
Лейкоциты, × 10^{9}/л	7,2	4,0–9,0	норма
Тромбоциты, × 10^{9}/л	245	180–320	норма
СОЭ, мм/ч	14	2–15	норма
Нейтрофилы, %	64	47–72	норма
Лимфоциты, %	27	19–37	норма
Моноциты, %	6	3–11	норма
Эозинофилы, %	3	0,5–5	норма

Единственное отклонение в общем анализе крови — снижение гемоглобина до 128 г/л при нормальном количестве эритроцитов, что соответствует анемии лёгкой степени. У больного со снижением функции почек и длительным приёмом ацетилсалициловой кислоты причину анемии нужно уточнить в динамике. Лейкоцитарная формула не изменена, СОЭ в пределах нормы, признаков воспаления нет. Количество тромбоцитов нормальное, антиагрегантную терапию это не ограничивает.

Результаты биохимического анализа крови от 29.10.2026 сведены в таблицу (таблица 4).

Таблица 4 – Биохимический анализ крови от 29.10.2026

Показатель	Результат	Норма	Оценка
Глюкоза, ммоль/л	8,4	3,9–6,1	повышен ↑

Показатель	Результат	Норма	Оценка
HbA1c, %	7,9	до 6,0	повышен ↑
Общий холестерин, ммоль/л	6,4	до 5,2	повышен ↑
ЛПНП, ммоль/л	4,1	до 1,4 (очень высокий риск)	повышен ↑
ЛПВП, ммоль/л	0,9	более 1,0	снижен ↓
Триглицериды, ммоль/л	2,6	до 1,7	повышен ↑
Креатинин, мкмоль/л	118	62–115	повышен ↑
СКФ по CKD-EPI, мл/мин/1,73 м^2	56	≥ 90	снижен ↓
Мочевина, ммоль/л	7,9	2,5–8,3	норма
Калий, ммоль/л	4,8	3,5–5,1	норма
Натрий, ммоль/л	140	136–145	норма
АЛТ, Ед/л	28	до 41	норма
АСТ, Ед/л	31	до 40	норма
Общий белок, г/л	70	64–83	норма
NT-proBNP, пг/мл	780	до 125	повышен ↑

Гипергликемия 8,4 ммоль/л и HbA1c 7,9 % говорят о недостаточной компенсации сахарного диабета 2 типа: индивидуальный целевой уровень HbA1c (< 7,5 %) не достигнут. Липидный спектр соответствует атерогенной дислипидемии: повышены общий холестерин, ЛПНП и триглицериды, ЛПВП снижены. ЛПНП 4,1 ммоль/л значительно выше целевого уровня для пациента очень высокого сердечно-сосудистого риска, поэтому назначена высокоинтенсивная терапия статином.

Креатинин незначительно повышен, СКФ 56 мл/мин/1,73 м^2 соответствует категории С3а. Вместе с протеинурией это указывает на поражение почек на фоне артериальной гипертензии и сахарного диабета. Для диагноза хронической болезни почек нужно повторно оценить СКФ и потерю белка с мочой в динамике. Мочевина и калий в норме, что важно при назначении периндоприла, торасемида и эмпаглифлозина. Нормальные трансаминазы позволяют назначить аторвастатин в высокой дозе. Уровень NT-proBNP 780 пг/мл многократно превышает норму и лабораторно подтверждает хроническую сердечную недостаточность.

Тропонин I, определённый 30.10.2026, составил 0,01 нг/мл (таблица 5).

Таблица 5 – Тропонин I от 30.10.2026

Показатель	Результат	Норма	Оценка
Тропонин I, нг/мл	0,01	до 0,04	норма

Нормальный уровень тропонина I при частых приступах стенокардии исключает некроз миокарда. Острый коронарный синдром и инфаркт миокарда на момент госпитализации не подтверждаются, и учащение приступов расценено как прогрессирование стабильной стенокардии напряжения.

Показатели коагулограммы от 29.10.2026 приведены ниже (таблица 6).

Таблица 6 – Коагулограмма от 29.10.2026

Показатель	Результат	Норма	Оценка
МНО	1,05	0,8–1,2	норма
АЧТВ, с	32	25–36	норма
Фибриноген, г/л	4,1	2–4	повышен ↑

МНО и АЧТВ в пределах нормы, внешний и внутренний пути свёртывания не нарушены, противопоказаний к антиагрегантной терапии и плановой коронарографии со стороны гемостаза нет. Фибриноген повышен незначительно. При атеросклерозе, сахарном диабете и ожирении это отражает склонность к гиперкоагуляции.

Общий анализ мочи от 29.10.2026 отражён в таблице (таблица 7).

Таблица 7 – Общий анализ мочи от 29.10.2026

Показатель	Результат	Норма	Оценка
Удельный вес	1018	1010–1025	норма
Белок, г/л	0,15	отсутствует	повышен ↑
Глюкоза	отрицательно	отрицательно	норма
Лейкоциты, в п/зр	2–3	0–3	норма
Эритроциты, в п/зр	0–1	0–1	норма

В моче выявлена протеинурия 0,15 г/л. Мочевой осадок без изменений, признаков воспаления мочевых путей нет. При сниженной СКФ протеинурия согласуется с поражением почек как органа-мишени гипертонической болезни

и сахарного диабета. Удельный вес нормальный, концентрационная функция почек сохранена.

Во время курации, 06.11.2026, повторно определена глюкоза крови натощак (таблица 8).

Таблица 8 – Биохимический анализ крови от 06.11.2026

Показатель	Результат	Норма	Оценка
Глюкоза натощак, ммоль/л	6,9	3,9–6,1	повышен ↑

По сравнению с поступлением гликемия снизилась с 8,4 до 6,9 ммоль/л. Улучшение связано с добавлением эмпаглифлозина к метформину и соблюдением диеты, однако уровень глюкозы ещё превышает норму. Показатели углеводного обмена нужно продолжать контролировать и после выписки.

10 Инструментальные исследования

За время госпитализации пациенту К. выполнены электрокардиография, эхокардиография, ультразвуковое исследование почек и суточное мониторирование ЭКГ. Основные находки и их значение для диагноза сведены в таблицу (таблица 9). Рентгенография органов грудной клетки и коронарография в текущую госпитализацию к концу курации не проводились. Коронарографию запланировали перед стентированием.

Таблица 9 – Результаты инструментальных исследований

Исследование	Дата	Основные находки	Значение для диагноза
ЭКГ	28.10.2026	Синусовый ритм, ЧСС 76, ЭОС отклонена влево, индекс Соколова–Лайона 39 мм, депрессия ST 1 мм в V5–V6, рубцовых изменений нет	Гипертрофия ЛЖ, ишемия боковой стенки, данных за перенесённый инфаркт нет
ЭхоКГ	30.10.2026	ЛП 44 мм, КДР ЛЖ 56 мм, МЖП 13 мм, ЗСЛЖ 12 мм, ФВ 46 %, гипокинезия переднеперегородочного сегмента, диастолическая дисфункция II типа, МР I степени, СДЛА 34 мм рт. ст.	Ремоделирование и систолодиастолическая дисфункция ЛЖ, локальная ишемия в бассейне ПМЖВ
УЗИ почек	—	Диффузные изменения паренхимы, конкрементов нет	Поражение почек на фоне АГ и СД 2 типа
Суточное мониторирование ЭКГ	—	3 эпизода депрессии ST до 1,5 мм при нагрузке, суправентрикулярная экстрасистолия 120 за сутки	Преходящая нагрузочная ишемия миокарда

На ЭКГ от 28.10.2026 индекс Соколова–Лайона 39 мм превышает диагностический порог 35 мм и вместе с отклонением электрической оси влево указывает на гипертрофию левого желудочка. Горизонтальная депрессия ST на 1 мм в V5–V6 отражает субэндокардиальную ишемию. Патологических зубцов Q и других рубцовых изменений нет. Это позволяет отнести заболевание к стабильной стенокардии без перенесённого инфаркта миокарда.

Эхокардиография от 30.10.2026 выявила сразу несколько изменений. Толщина МЖП 13 мм и ЗСЛЖ 12 мм подтверждает гипертрофию левого желудочка, что согласуется с данными ЭКГ и длительным анамнезом гипертонической болезни. Левое предсердие расширено до 44 мм, КДР ЛЖ 56 мм свидетельствует о дилатации полости. Фракция выброса по Симпсону 46 % соответствует умеренно сниженной систолической функции. Диастолическая дисфункция II типа (псевдонормальный тип) говорит о повышенном давлении наполнения левого желудочка. Гипокинезия переднеперегородочного сегмента совпадает с бассейном передней межжелудочковой ветви, где при коронарографии в 2022 году выявили стеноз

70 %. СДЛА 34 мм рт. ст. указывает на начальную лёгочную гипертензию, вероятно посткапиллярную, из-за застоя в малом круге кровообращения. Митральная регургитация I степени, скорее всего, относительная и объясняет систолический шум на верхушке.

По данным суточного мониторирования ЭКГ зарегистрировано 3 эпизода депрессии ST до 1,5 мм, все они связаны с нагрузкой. Значит, ишемия носит преходящий нагрузочный характер, что характерно для стенокардии напряжения. Суправентрикулярная экстрасистолия 120 за сутки — единичная и гемодинамического значения не имеет, но её нужно учитывать при дальнейшем наблюдении за пациентом с дилатацией левого предсердия.

УЗИ почек показало диффузные изменения паренхимы без конкрементов. Вместе со снижением СКФ до 56 мл/мин/1,73 м² и протеинурией 0,15 г/л это указывает на хроническое поражение почек при гипертонической болезни и сахарном диабете 2 типа. Мочекаменную болезнь как причину изменений можно исключить.

Вывод: инструментальные данные подтверждают ишемическую болезнь сердца с нагрузочной ишемией в бассейне ПМЖВ без рубцовых изменений, гипертрофию и ремоделирование левого желудочка с ФВ 46 % и диастолической дисфункцией II типа. Эти изменения служат морфологической основой хронической сердечной недостаточности. Изменения паренхимы почек отражают поражение органов-мишеней при гипертонической болезни и сахарном диабете.

11 Дневник наблюдения

Курация проводилась с 03.11.2026 по 07.11.2026. Все пять дней пациент К. получал терапию по листу назначений: стол № 10 с ограничением соли до 5 г и углеводов, бисопролол 5 мг утром, периндоприл 5 мг 1 раз в сутки, аторвастатин 80 мг вечером, ацетилсалициловую кислоту 100 мг после ужина, торасемид 5 мг утром, изосорбида мононитрат 40 мг утром, метформин 1000 мг 2 раза в день, эмпаглифлозин 10 мг утром, омепразол 20 мг утром,

нитроглицерин 0,5 мг под язык при приступе. Отмен и изменений доз за время курации не было. Динамика гемодинамических показателей и ангинозного синдрома сведена в таблицу (таблица 10).

Таблица 10 – Динамика основных показателей за период курации

Дата	АД, мм рт. ст.	ЧСС, в мин	ЧДД, в мин	Ангинозные боли
03.11	145/90	72	18	При ходьбе 150 м, 2 приступа за сутки
04.11	140/85	68	18	1 приступ при подъёме по лестнице, купирован нитроглицерином
05.11	135/85	64	17	При ходьбе 200 м, нитроглицерин не требовался
06.11	130/80	62	16	В покое не беспокоят
07.11	128/80	60	_____	Нет при ходьбе до 250 м

03.11.2026. Жалобы на давящие боли за грудиной при ходьбе на 150 м, за сутки было 2 приступа. Общее состояние _____. Температура тела _____ °С. АД 145/90 мм рт. ст., ЧСС 72 в минуту, ЧДД 18 в минуту. При аускультации лёгких в нижних отделах выслушивались единичные влажные хрипы. Сохранялись отёки голеней. Суточный диурез составил 1600 мл. Лечение продолжено по листу назначений.

04.11.2026. За сутки отмечен 1 ангинозный приступ при подъёме по лестнице, купированный приёмом нитроглицерина под язык. Общее состояние _____. Температура тела _____ °С. АД 140/85 мм рт. ст., ЧСС 68 в минуту, ЧДД 18 в минуту. Влажных хрипов в лёгких стало меньше. Вместо отёков определялась пастозность голеней. Масса тела 97,2 кг. Терапия без изменений.

05.11.2026. Боли за грудиной возникали при ходьбе на 200 м, в приёме нитроглицерина больной не нуждался. Общее состояние _____. Температура тела _____ °С. АД 135/85 мм рт. ст., ЧСС 64 в минуту, ЧДД 17 в минуту. Хрипы в лёгких не выслушивались, отёки уменьшились. Масса тела снизилась до 96,5 кг. Назначена консультация кардиохирурга для решения вопроса о реваскуляризации миокарда.

06.11.2026. Состояние стабильное, болей в покое пациент К. не отмечал. Температура тела _____ °С. АД 130/80 мм рт. ст., ЧСС 62 в минуту, ЧДД 16 в минуту. Сохранялась пастозность стоп. Глюкоза крови натощак 6,9 ммоль/л — выше нормы, но ниже значения при поступлении. Лечение продолжено.

07.11.2026. Состояние удовлетворительное. Больной проходил по коридору до 250 м без болевого приступа. Температура тела _____ °С. АД 128/80 мм рт. ст., ЧСС 60 в минуту, ЧДД _____ в минуту. Отёков нет. Кардиохирург пришёл к заключению, что показано плановое стентирование передней межжелудочковой ветви; пациент дал согласие, запланирован перевод для коронарографии.

За пять дней курации на фоне терапии АД снизилось со 145/90 до 128/80 мм рт. ст., ЧСС урежилась с 72 до 60 в минуту, что соответствует целевому эффекту бета-адреноблокатора. Дистанция ходьбы до появления боли увеличилась со 150 до 250 м, потребность в нитроглицерине исчезла. Застойные явления регрессировали: исчезли влажные хрипы и отёки, масса тела уменьшилась с 97,2 до 96,5 кг между 04.11 и 05.11.

12 Диагноз и его обоснование

Клинический диагноз по данным медицинской карты:

– основное заболевание: ИБС: стенокардия напряжения, ФК III;

– осложнения: ХСН IIA стадии, ФК II (NYHA);

– сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь III стадии, риск 4; сахарный диабет 2 типа, целевой HbA1c < 7,5 %.

Диагноз стенокардии напряжения поставлен по типичным ангинозным болям. Это давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, которые возникают при нагрузке и проходят в покое за 5–7 минут или через 2–3 минуты после приёма нитроглицерина. Боли появляются при ходьбе на 100–150 м и подъёме на 1 этаж, то есть обычная физическая активность заметно ограничена, что соответствует ФК III. Боли беспокоят 6 лет. Коронарография

2022 года выявила стеноз ПМЖВ 70 %. Ишемию подтверждают депрессия ST 1 мм в V5–V6 на ЭКГ, 3 эпизода депрессии ST до 1,5 мм при нагрузке по данным суточного мониторирования и гипокинезия переднеперегородочного сегмента на ЭхоКГ. Инфаркт миокарда исключён: тропонин I 0,01 нг/мл в пределах нормы, рубцовых изменений на ЭКГ нет. У больного есть факторы риска ИБС: мужской пол, возраст, стаж курения 40 пачка-лет, отягощённая наследственность, дислипидемия (ЛПНП 4,1 ммоль/л, ЛПВП 0,9 ммоль/л) и сахарный диабет.

На ХСН указывают одышка при умеренной нагрузке, отёки голеней к вечеру, акроцианоз губ и незвонкие влажные хрипы в нижних отделах лёгких. NT-proBNP повышен до 780 пг/мл. На ЭхоКГ ФВ 46 %, диастолическая дисфункция ЛЖ II типа, ЛП расширено до 44 мм, СДЛА 34 мм рт. ст. Застой в малом круге и периферические отёки при нормальных размерах печени (10 × 9 × 8 см по Курлову) соответствуют стадии IIA. Одышка появляется только при умеренной нагрузке, поэтому выставлен ФК II.

Гипертоническая болезнь подтверждается повышением АД с 50 лет, максимально до 190/110 мм рт. ст. Поражение сердца как органа-мишени проявляется смещением верхушечного толчка и левой границы сердца кнаружи, акцентом II тона над аортой и гипертрофией ЛЖ (индекс Соколова–Лайона 39 мм, МЖП 13 мм). О вовлечении почек говорят СКФ 56 мл/мин/1,73 м² и белок в моче 0,15 г/л. Стадия III и риск 4 обусловлены сопутствующей ИБС и сахарным диабетом.

Сахарный диабет 2 типа диагностирован в 2016 году, больной получает метформин. При поступлении глюкоза составила 8,4 ммоль/л, HbA1c 7,9 %, то есть выше индивидуального целевого уровня < 7,5 %.

13 Дифференциальный диагноз

Загрудинная боль у больного 67 лет с сахарным диабетом и длительным стажем курения требует исключения других причин боли в грудной клетке и одышки. Сравнение проводилось с острым коронарным синдромом,

гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, остеохондрозом грудного отдела позвоночника и хронической обструктивной болезнью лёгких (таблица 11).

Таблица 11 – Дифференциальный диагноз у пациента К.

Заболевание	**Общие признаки**	**Отличия у пациента К.**
Острый коронарный синдром (нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда без подъёма ST)	Загрудинная давящая боль, учащение приступов за последние 3 месяца	Боль только при нагрузке, в покое проходит за 5–7 минут; тропонин I 0,01 нг/мл; рубцовых изменений на ЭКГ нет
Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	Загрудинная боль, изжога после еды	Боль связана с ходьбой и подъёмом по лестнице, купируется нитроглицерином за 2–3 минуты, иррадиирует в левое плечо
Остеохондроз грудного отдела позвоночника	Боль в грудной клетке с иррадиацией в плечо	Боль провоцируется физической нагрузкой и снимается нитроглицерином; депрессия ST при нагрузке на суточном мониторировании
Хроническая обструктивная болезнь лёгких	Одышка при нагрузке, индекс курильщика 40 пачка-лет	Кашля нет, дыхание везикулярное, ясный лёгочный звук; NT-proBNP 780 пг/мл, ФВ 46 %, отёки голеней

Острый коронарный синдром исключён: несмотря на снижение переносимости нагрузки со 400–500 до 100–150 м, приступы возникали только при ходьбе, тропонин I оставался в пределах нормы, на ЭКГ не было рубцовых изменений. На фоне терапии за время курации дистанция ходьбы без боли выросла до 250 м.

Изжога у пациента К. периодически отмечается после еды, однако ангинозная боль не зависит от приёма пищи, возникает при физической нагрузке и быстро снимается нитроглицерином. Рефлюкс можно рассматривать как сопутствующее состояние, но не как причину загрудинной боли.

Для вертеброгенной боли характерна связь с движениями и положением тела, длительное течение без эффекта от нитратов. У больного боль имеет чёткий нагрузочный характер и объективно подтверждена ишемическими эпизодами депрессии ST до 1,5 мм и стенозом ПМЖВ 70 % по данным коронарографии 2022 года, поэтому остеохондроз как ведущая причина отвергнут.

Одышка у бывшего курильщика с 40 пачка-лет могла бы указывать на ХОБЛ. Против этого говорят отсутствие кашля, ясный лёгочный звук и везикулярное дыхание, а влажные хрипы в нижних отделах исчезли на фоне диуретика вместе с уменьшением отёков. Повышение NT-proBNP, снижение ФВ до 46 % и диастолическая дисфункция ЛЖ объясняют одышку сердечной недостаточностью.

Вывод: совокупность нагрузочной ангинозной боли, эффекта нитроглицерина, ишемии на суточном мониторировании ЭКГ, гипокинезии переднеперегородочного сегмента и стеноза ПМЖВ при нормальном тропонине подтверждает диагноз ИБС: стенокардия напряжения, ФК III.

14 Объяснение симптомов с точки зрения патофизиологии

Ангинозные боли у пациента К. связаны с несоответствием доставки кислорода к миокарду его потребности. Стеноз передней межжелудочковой ветви на 70 % в покое компенсирован, но при ходьбе и подъёме по лестнице растут ЧСС, АД и сократимость, а кровоток через суженную артерию увеличиться не может. Ишемия переднеперегородочной зоны вызывает гипокинезию и депрессию ST. В ишемизированном миокарде накапливаются лактат, аденозин, брадикинин и ионы калия, которые раздражают чувствительные окончания. Импульс идёт в те же сегменты спинного мозга, что и от левого плеча, отсюда иррадиация. В покое и после нитроглицерина потребность миокарда в кислороде падает, и боль проходит.

Одышка и влажные хрипы в нижних отделах лёгких отражают застой в малом круге: систолическая (ФВ 46 %) и диастолическая дисфункция левого желудочка повышают давление в левом предсердии и лёгочных венах, жидкость пропотевает в интерстиций. Снижение сердечного выброса активирует ренин-ангиотензин-альдостероновую систему, задерживаются натрий и вода, что вместе с ростом венозного давления даёт отёки голеней к вечеру. Ночью в горизонтальном положении жидкость возвращается в сосудистое русло, почечный кровоток растёт, и появляется никтурия.

Акроцианоз объясняется повышенной экстракцией кислорода тканями при замедленном периферическом кровотоке. Головные боли в затылке возникают при подъёме АД из-за растяжения сосудов и нарушения венозного оттока.

15 Этиология и патогенез в данном случае

Основная причина заболевания у пациента К. — атеросклероз коронарных артерий. По данным коронарографии 2022 года у него выявлен стеноз передней межжелудочковой ветви на 70 %. Развитию атеросклероза способствовало сочетание нескольких факторов риска:

– мужской пол и возраст 67 лет;

– курение в течение 40 лет, индекс курильщика 40 пачка-лет;

– гипертоническая болезнь с 50 лет с подъёмами АД до 190/110 мм рт. ст.;

– сахарный диабет 2 типа с 2016 года;

– ожирение I степени (ИМТ 31,6 кг/м²) и атерогенная дислипидемия;

– отягощённая наследственность: отец умер от инфаркта миокарда в 62 года;

– многолетняя работа водителем с ночными сменами и малой физической активностью.

Атеросклеротическая бляшка сужает просвет ПМЖВ, и при нагрузке кровоток уже не покрывает возросшую потребность миокарда в кислороде. Гипертрофия левого желудочка на фоне артериальной гипертензии эту потребность дополнительно увеличивает. Возникающая ишемия проявляется давящей болью за грудиной с иррадиацией в левое плечо. Боль проходит в покое или после нитроглицерина, так как в этих условиях потребность миокарда в кислороде снижается.

Повторная ишемия и гипертрофия ведут к снижению сократимости (ФВ 46 %) и нарушению расслабления левого желудочка. Давление наполнения ЛЖ растёт, развивается застой в малом круге: одышка при нагрузке, влажные хрипы в нижних отделах лёгких. Активация ренин-ангиотензин-

альдостероновой системы задерживает натрий и воду, отсюда отёки голеней. Прогрессирование в последние 3 месяца связано с нерегулярным приёмом препаратов и отказом от стентирования.

16 Патологическая анатомия в данном случае

Основу заболевания у пациента К. составляет стенозирующий атеросклероз коронарных артерий. Для стенокардии напряжения ФК III характерна стабильная фиброзная бляшка с липидным ядром и плотной покрышкой. Она суживает просвет сосуда и ограничивает приток крови при нагрузке, но без разрыва и тромбоза. У больного коронарография 2022 года выявила стеноз передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) на 70 %. Тропонин I в пределах нормы, рубцовых изменений на ЭКГ нет. Это соответствует хронической ишемии без крупноочагового некроза. В миокарде при длительной ишемии развивается мелкоочаговый диффузный кардиосклероз: кардиомиоциты замещаются соединительной тканью, участки хронически ишемизированного миокарда сокращаются слабее. Их функциональным отражением служит гипокинезия переднеперегородочного сегмента, то есть зоны кровоснабжения ПМЖВ.

Гипертоническая болезнь III стадии добавляет концентрическую гипертрофию левого желудочка с утолщением стенок и утяжеляет ишемию, так как масса миокарда растёт быстрее капиллярной сети. При ХСН IIA стадии формируются умеренная дилатация камер сердца, венозный застой в малом круге и начальный застой в большом. Сахарный диабет 2 типа и артериальная гипертензия вызывают артериолосклероз почек, гиалиноз клубочков и утолщение их базальных мембран. Сопоставление ожидаемых изменений с данными пациента приведено ниже (таблица 12).

Таблица 12 – Морфологические изменения и их отражение в данных пациента К.

Орган, процесс	Ожидаемые изменения	Данные пациента
Коронарные артерии	Атеросклеротическая стенозирующая бляшка	Стеноз ПМЖВ 70 % (2022), ЛПНП 4,1 ммоль/л
Миокард, ишемия	Мелкоочаговый кардиосклероз без рубца	Гипокинезия переднеперегородочного сегмента, рубца на ЭКГ нет, тропонин I 0,01 нг/мл
Миокард, гипертрофия	Концентрическая гипертрофия левого желудочка	МЖП 13 мм, ЗСЛЖ 12 мм, индекс Соколова –Лайона 39 мм
Камеры сердца	Дилатация левого предсердия и желудочка	ЛП 44 мм, КДР ЛЖ 56 мм, ФВ 46 %
Лёгкие	Венозный застой в малом круге	Влажные хрипы в нижних отделах, СДЛА 34 мм рт. ст.
Почки	Артериолосклероз, гиалиноз клубочков	Диффузные изменения паренхимы, белок 0,15 г/л, СКФ 56 мл/мин/1,73 м²

Изменения органов у больного соответствуют стабильной стадии коронарного атеросклероза с хронической ишемией миокарда, гипертрофией и начальным ремоделированием левого желудочка, застоем в лёгких и поражением почек.

17 Обоснование применявшейся терапии

Лечение пациента К. было направлено на уменьшение ишемии миокарда и профилактику коронарных осложнений. Одновременно корригировали застойные явления при ХСН, артериальное давление и гликемию. Немедикаментозную часть составил стол № 10 с ограничением поваренной соли до 5 г в сутки и углеводов. Ограничение соли уменьшает задержку натрия и воды, что важно при отёках голеней и влажных хрипах в лёгких. Ограничение углеводов при сахарном диабете 2 типа и ожирении I степени (ИМТ 31,6 кг/м²) снижает постпрандиальную гликемию и помогает уменьшить массу тела. Назначенные препараты, их группы, дозы и показания у больного приведены ниже (таблица 13).

Таблица 13 – Медикаментозная терапия пациента К. по листу назначений

Препарат	**Группа**	**Доза и кратность**	**Показание у пациента**
Бисопролол	Селективный $\beta_{1\text{-адреноблокатор}}$	5 мг 1 раз утром	Стенокардия ФК III, ХСН со сниженной ФВ, контроль ЧСС
Периндоприл	Ингибитор АПФ	5 мг 1 раз в сутки	АГ III стадии, ХСН, протеинурия, сахарный диабет
Аторвастатин	Статин	80 мг вечером	ЛПНП 4,1 ммоль/л при очень высоком риске
Ацетилсалициловая кислота	Антиагрегант	100 мг после ужина	Профилактика тромбоза при стенозе ПМЖВ
Торасемид	Петлевой диуретик	5 мг утром	Отёки голеней, застой в малом круге
Изосорбида мононитрат	Нитрат пролонгированного действия	40 мг утром	Частые приступы стенокардии
Нитроглицерин	Нитрат короткого действия	0,5 мг под язык при приступе	Купирование ангинозного приступа
Метформин	Бигуанид	1000 мг 2 раза в день	HbA1c 7,9 % выше целевого
Эмпаглифлозин	Ингибитор НГЛТ-2	10 мг утром	Сахарный диабет, ХСН, снижение СКФ
Омепразол	Ингибитор протонной помпы	20 мг утром	Защита слизистой желудка на фоне аспирина, изжога

Бисопролол снижает ЧСС и сократимость миокарда, уменьшая его потребность в кислороде и удлиняя диастолу, во время которой идёт коронарный кровоток. Нитраты являются донаторами оксида азота: расширяют вены, снижают преднагрузку и напряжение стенки левого желудочка, а также расширяют коронарные артерии. Периндоприл блокирует образование ангиотензина II, снижает АД и замедляет ремоделирование миокарда, а у больного с диабетом и белком в моче 0,15 г/л оказывает нефропротективное действие.

Аторвастатин подавляет ГМГ-КоА-редуктазу, снижает ЛПНП и стабилизирует атеросклеротическую бляшку; высокая доза выбрана из-за значительного отклонения липидов от целевых значений. Ацетилсалициловая кислота необратимо ингибирует циклооксигеназу тромбоцитов и синтез

тромбоксана A_2. Торасемид угнетает реабсорбцию натрия в восходящей части петли Генле и устраняет задержку жидкости. Эмпаглифлозин усиливает выведение глюкозы и натрия с мочой, что даёт сахароснижающий, диуретический и органопротективный эффект при ХСН. Метформин уменьшает продукцию глюкозы печенью; при СКФ 56 мл/мин/1,73 м² он требует контроля функции почек.

На фоне лечения за дни курации приступы стенокардии стали реже, АД снизилось со 145/90 до 128/80 мм рт. ст., ЧСС — с 72 до 60 в минуту. Отёки к 07.11 исчезли, глюкоза натощак 06.11 составила 6,9 ммоль/л. Терапия признана эффективной, однако при стенозе ПМЖВ 70 % окончательным методом лечения остаётся реваскуляризация, на которую пациент дал согласие.

18 Заключительный выписной эпикриз

Пациент К., 67 лет, пенсионер, поступил в кардиологическое отделение 28.10.2026 в плановом порядке по направлению поликлиники для коррекции терапии и решения вопроса о реваскуляризации миокарда. Курация проводилась с 03.11.2026 по 07.11.2026. При поступлении больной предъявлял жалобы на давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо при ходьбе на 100–150 м и подъёме на один этаж, купировавшиеся в покое за 5–7 минут или через 2–3 минуты после приёма нитроглицерина. Беспокоили одышка при умеренной нагрузке, отёки голеней к вечеру и головные боли в затылке при подъёме АД до 170/100 мм рт. ст. Повышение АД отмечал с 50 лет, ангинозные боли — около 6 лет, сахарный диабет 2 типа диагностирован в 2016 году. В 2022 году при коронарографии выявили стеноз ПМЖВ 70 %, от стентирования больной тогда отказался. За последние 3 месяца переносимость нагрузки снизилась с 400–500 до 100–150 м, приступы участились до 4–5 в день, препараты пациент принимал нерегулярно.

При объективном исследовании состояние было средней тяжести, ИМТ 31,6 кг/м² (ожирение I степени), отмечались акроцианоз губ и пастозность

голеней и стоп. Верхушечный толчок разлитой, смещён на 1,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии, тоны сердца приглушены, акцент II тона над аортой, систолический шум на верхушке. АД 150/90 мм рт. ст., ЧСС 78 в минуту, ЧДД 19 в минуту. В нижних отделах лёгких выслушивались единичные незвонкие влажные хрипы, размеры печени по Курлову 10 × 9 × 8 см.

В анализах выявлены гемоглобин 128 г/л, глюкоза 8,4 ммоль/л, HbA1c 7,9 %, атерогенная дислипидемия (ЛПНП 4,1 ммоль/л, ЛПВП 0,9 ммоль/л, триглицериды 2,6 ммоль/л), креатинин 118 мкмоль/л, СКФ 56 мл/мин/1,73 м², NT-proBNP 780 пг/мл, фибриноген 4,1 г/л, белок в моче 0,15 г/л. Тропонин I 0,01 нг/мл — в норме. На ЭКГ определялись гипертрофия левого желудочка и депрессия ST 1 мм в V5–V6 без рубцовых изменений. ЭхоКГ показала ФВ 46 %, гипокинезию переднеперегородочного сегмента, диастолическую дисфункцию ЛЖ II типа, ЛП 44 мм, СДЛА 34 мм рт. ст. При суточном мониторировании ЭКГ зарегистрированы 3 эпизода нагрузочной депрессии ST до 1,5 мм, на УЗИ почек — диффузные изменения паренхимы.

Клинический диагноз: ИБС: стенокардия напряжения, ФК III. Осложнения: ХСН IIA стадии, ФК II (NYHA). Сопутствующие: гипертоническая болезнь III стадии, риск 4; сахарный диабет 2 типа, целевой HbA1c < 7,5 %.

Больной получал стол № 10 с ограничением соли до 5 г и углеводов, бисопролол 5 мг утром, периндоприл 5 мг 1 раз в сутки, аторвастатин 80 мг вечером, ацетилсалициловую кислоту 100 мг после ужина, торасемид 5 мг утром, изосорбида мононитрат 40 мг утром, метформин 1000 мг 2 раза в день, эмпаглифлозин 10 мг утром, омепразол 20 мг утром и нитроглицерин 0,5 мг под язык при приступе.

На фоне лечения АД снизилось со 145/90 до 128/80 мм рт. ст., ЧСС — с 72 до 60 в минуту, глюкоза натощак 06.11.2026 составила 6,9 ммоль/л. Влажные хрипы и отёки исчезли, масса тела уменьшилась. К концу курации, 07.11.2026, состояние было удовлетворительным: пациент К. проходил по

коридору до 250 м без боли, в нитроглицерине не нуждался. Кардиохирург установил показания к плановому стентированию ПМЖВ, больной дал согласие, и был запланирован перевод для коронарографии.

19 Развёрнутый клинический диагноз

Окончательный клинический диагноз пациента К. сформулирован по данным жалоб, анамнеза, объективного осмотра, лабораторных и инструментальных исследований:

– основное заболевание: ишемическая болезнь сердца: стенокардия напряжения, функциональный класс III; атеросклероз коронарных артерий со стенозом передней межжелудочковой ветви 70 % (коронарография 2022 года); гипокинезия переднеперегородочного сегмента левого желудочка;

– осложнения основного заболевания: хроническая сердечная недостаточность IIA стадии, функциональный класс II (NYHA), с умеренно сниженной фракцией выброса левого желудочка (ФВ 46 %), диастолической дисфункцией ЛЖ II типа; митральная регургитация I степени; суправентрикулярная экстрасистолия;

– сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь III стадии, риск 4, с гипертрофией левого желудочка; сахарный диабет 2 типа, целевой HbA1c < 7,5 %;

– фоновые состояния: дислипидемия; ожирение I степени (ИМТ 31,6 кг/м²).

Снижение СКФ до 56 мл/мин/1,73 м² и протеинурия 0,15 г/л отражают поражение почек как органа-мишени. Для формулировки хронической болезни почек нужно повторно определить СКФ и альбуминурию через 3 месяца, поэтому отдельной нозологией на момент окончания курации этот диагноз не выносится.

20 Рекомендации пациенту

Ближайшим этапом лечения была запланированная коронарография со стентированием ПМЖВ, на которое пациент К. дал согласие. После

вмешательства схему антитромбоцитарной терапии и сроки её приёма определяет кардиолог, поэтому самостоятельно отменять или заменять препараты нельзя. Режим должен быть щадящим, но не постельным. Следует избегать физического перенапряжения, подъёма тяжестей, работы в ночные смены, переохлаждения и эмоциональных перегрузок. Сон — не менее 7–8 часов. Принимать лекарства в вечерние часы поближе к ужину удобнее, а торасемид утром, чтобы ночью было меньше позывов к мочеиспусканию.

Питание должно соответствовать столу № 10: поваренная соль — до 5 г в сутки, ограничение простых углеводов, животных жиров, жареного и копчёного. Основу рациона должны составлять овощи, цельнозерновые продукты, рыба и нежирное мясо. При ожирении I степени нужно постепенное снижение массы тела за счёт уменьшения калорийности. Физическую активность расширять постепенно: дозированная ходьба в спокойном темпе, ниже порога появления загрудинной боли, а после стентирования — по программе кардиореабилитации.

Лекарственная терапия продолжается по назначениям стационара:

– бисопролол 5 мг 1 раз утром;

– периндоприл 5 мг 1 раз в сутки;

– аторвастатин 80 мг вечером;

– ацетилсалициловая кислота 100 мг после ужина;

– торасемид 5 мг утром;

– изосорбида мононитрат 40 мг утром;

– метформин 1000 мг 2 раза в день;

– эмпаглифлозин 10 мг утром;

– омепразол 20 мг утром;

– нитроглицерин 0,5 мг под язык при приступе; если боль не проходит в течение нескольких минут после приёма, нужно вызвать скорую помощь.

Пациенту следует самостоятельно контролировать показатели:

– АД и пульс ежедневно с записью в дневник, ориентир — АД ниже 130/80 мм рт. ст.;

– массу тела ежедневно утром: прибавка за несколько дней и появление отёков — повод обратиться к врачу;

– глюкозу крови по глюкометру, HbA1c — с целью < 7,5 %;

– липидный спектр с целью ЛПНП < 1,4 ммоль/л, креатинин с расчётом СКФ, калий — по назначению врача.

Наблюдение у участкового терапевта и кардиолога должно быть регулярным, у эндокринолога — по поводу сахарного диабета 2 типа; при снижении СКФ нужен контроль функции почек. Для профилактики обострений важны продолжение отказа от курения, регулярный приём препаратов без пропусков, ежегодная вакцинация против гриппа. О непереносимости пенициллина (крапивница) пациент должен сообщать любому врачу перед назначением лечения.

21 Прогноз

Прогноз для жизни у пациента К. сомнительный, при выполнении реваскуляризации и соблюдении назначенной терапии — относительно благоприятный. Против благоприятного исхода говорит сочетание нескольких неблагоприятных факторов. Ишемическая болезнь сердца за последние три месяца прогрессировала: дистанция ходьбы сократилась с 400–500 м до 100–150 м, приступы участились до 4–5 в день. По коронарографии 2022 года выявлен стеноз ПМЖВ 70 %, от стентирования больной тогда отказался. Сердечная недостаточность уже сопровождается снижением ФВ до 46 %, гипокинезией переднеперегородочного сегмента и повышением NT-proBNP до 780 пг/мл.

Риск сердечно-сосудистых осложнений дополнительно повышают:

– сахарный диабет 2 типа без достижения целевого уровня (HbA1c 7,9 %);

– атерогенная дислипидемия (ЛПНП 4,1 ммоль/л, ЛПВП 0,9 ммоль/л, триглицериды 2,6 ммоль/л);

– гипертоническая болезнь III стадии с гипертрофией левого желудочка;

– снижение СКФ до 56 мл/мин/1,73 м² и протеинурия 0,15 г/л;

– ожирение I степени, курение в анамнезе (40 пачка-лет) и отягощённая наследственность по инфаркту миокарда.

Благоприятными для прогноза оказались рубцовых изменений на ЭКГ нет, тропонин I в норме, ритм синусовый. На фоне терапии за 5 дней курации состояние заметно улучшилось. Приступы стенокардии стали реже, к 07.11.2026 больной проходил по коридору до 250 м без боли. АД снизилось со 145/90 до 128/80 мм рт. ст., отёки и влажные хрипы исчезли, вес уменьшился. Кардиохирург подтвердил показания к плановому стентированию ПМЖВ, пациент дал согласие, перевод для коронарографии был запланирован. Успешная реваскуляризация должна уменьшить ишемию миокарда передней стенки и замедлить прогрессирование сердечной недостаточности.

Прогноз для здоровья неблагоприятный в отношении полного выздоровления: ИБС, ХСН, гипертоническая болезнь и сахарный диабет — хронические прогрессирующие заболевания. Реальная цель лечения — стабилизация состояния, снижение функционального класса стенокардии и удержание ХСН на текущей стадии. Многое зависит от приверженности пациента лечению. До госпитализации он принимал препараты нерегулярно, поэтому регулярный приём, контроль АД, гликемии и липидов определят дальнейшее течение болезни.

Прогноз для трудоспособности: пациент К. — пенсионер и не работает, инвалидности не имеет. Возвращение к прежней профессии водителя автобуса невозможно: стенокардия напряжения ФК III, ХСН и нестабильный контроль гликемии несовместимы с работой, требующей ответственности за жизнь пассажиров. Способность к самообслуживанию и посильной бытовой нагрузке сохранена. После реваскуляризации и стабилизации она может расшириться, а при прогрессировании заболевания возможно направление на медико-социальную экспертизу.