#### ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра факультетской терапии

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Гипертоническая болезнь III стадии, 3 степень, риск 4

Уфа 2015

I. Паспортные сведения о больном

. 09.05.1947

. Пенсионер

. РБ, г. Уфа

. 5 ноября 2015г. В 9:40

. Гипертоническая болезнь III ст., 3 ст., риск 4, осложненная ишемическим инсультом в бассейне правой каротидной артерии с левосторонним нижним монопарезом

. Поступил в плановом порядке

I. Данные расспроса (анамнеза)

1. Жалобы

Жалобы на головную боль в затылочной и теменной области, обычно возникающую при подъемах АД, повышение артериального давления(180/100 мм.рт.ст), постоянное головокружение, затрудненность ходьбы, двоение в глазах, мелькание “мушек” перед глазами , слабость и онемение в левых конечностях, общую слабость, одышку при незначительной физической нагрузке (ходьба на расстоянии 150 м), стихающую в покое при остановке спустя 2-3 мин;

. История настоящего заболевания

Считает себя больным с 1975 года, что проявлялось головной болью, которая возникала преимущественно после эмоциональной нагрузки, проходила сама через несколько часов или после приёма гипотензивных препаратов, однако в больницу за помощью не обращался. В 2010 г. перенёс острое нарушение мозгового кровообращения, после которого развился сахарный диабет II типа. Лечение получал стационарно в ГКБ №21 в течение 24 дней, с последующей реабилитацией в санатории «Зелёная роща» (21 день). Отмечает ухудшение самочувствия последние 2-3 месяца: нестабильное артериальное давление, постоянные головные боли, головокружение, ухудшение зрения. 7 ноября 2015 года на фоне эмоциональных нагрузок, повышения АД(180/100 мм.рт.ст.) появилась слабость в левых конечностях, общая слабость, сильные головокружения, сопровождающиеся тошной, рвотой, в связи с чем был госпитализирован в БСМП с повторным острым нарушением мозгового кровообращения. Поступил в ГКБ №5 в плановом порядке на курс реабилитации.

. История жизни

Родился в Болтачевском районе. Рос и развивался соответственно возрасту в полноценной семье вторым по счету ребенком. Образование высшее (закончил БГУ, инженер). Служил в Москве в генеральном штабе морского флота. Ранений, травм, контузий во время прохождения службы не получал.

Трудовой анамнез:

Начал работать в 1969 году. 10 лет преподавал в техникуме. С 1982 года работал на заводе УЗКА инженером-конструктором санбюро. Из профессиональных вредностей отмечает высокую нагрузку на зрительный аппарат и длительные статичные позы.

Семейно-половой анамнез:

Женат, имеет 2 детей (сын и дочь), 3 внучек и 1 внука.

Бытовой анамнез:

Живет в благоустроенной квартире, жилищные и санитарно-гигиенические условия в быту хорошие. В зонах экологических бедствий не был. Питание:

В последнее время старается соблюдать диету «Стол №9» Вредных привычек: не имеет. Не пьет, курить бросил 30 лет назад.

Перенесенные заболевания:

В 6 лет перенес дизентерию. В 8 лет получил небольшую травму головы в результате падения. ОРВИ и гриппом болеет редко. Инфекционные заболевания, венерологические заболевания ,желтуху , туберкулез отрицает . Переливания крови, ее компонентов и кровезаменителей не проводилось.

Аллергический анамнез:

Аллергических реакций на пищевые продукты, различные медикаменты, вакцины и сыворотки нет.

Наследственность: гипертоническая болезнь.

ОНМК у старшего брата.

. Данные физического исследования

Общий осмотр:

Общее состояние относительно удовлетворительное. Положение в постели активное, сознание ясное, ориентируется в пространстве и во времени. Лицо спокойное, симметричное.

Кожные покровы и видимые слизистые:

Кожные покровы чистые, бледноватые без пигментации . Высыпаний нет. Рубцы, видимые опухоли и трофические изменения кожи не обнаруживаются. Кожа сухая, ее тургор несколько снижен. Тип оволосенения - мужской. Ногти: форма правильная (изменения формы ногтей в виде «часовых стекол» или койлонихий отсутствуют). Цвет ногтей розовый, исчерченности нет.

Видимые слизистые розового цвета, влажные; высыпаний на слизистых (энантемы), язв, эрозий нет.

Подкожная клетчатка:

Подкожно-жировой слой развит умеренно, преимущественное отложение жира на передней брюшной стенке. Умеренные отёки голеней.

Лимфатические узлы:

Затылочные, околоушные, подчелюстные, шейные, надключичные, подключичные, локтевые, паховые и подколенные лимфатические узлы - не пальпируются.

Мышцы:

Мышцы развиты согласно возрасту и полу, симметрично с обеих сторон. Тонус мышц не понижен, болезненность отсутствует.

Кости и суставы:

Костная система развита удовлетворительно, деформация костей и суставов не отмечается. Объем активных движений в суставах ограничен в левых конечностях.

Простейшие измерения тела:

. Рост: 170см.

. Масса тела: 90 кг.

. Окружность грудной клетки (в см на уровне 4-го межреберья)

при спокойном дыхании103 см

при глубоком вдохе107 см

экскурсия 4 см

. ИМТ - 31

. Термометрия: 36,70С.

Заключение: на основе данных общего осмотра констатировано отёки голеней, ограничение активных движений в суставах левых конечностях, ожирение II степени.

Система органов дыхания.

Осмотр: Носовое дыхание свободное. Гортань не изменена, голос немного осевший. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная, без деформаций, ширина межреберных промежутков не увеличена. Тип дыхания грудной. Правая и левая половины равномерно участвуют в акте дыхания. ЧДД: 18 в минуту. Дыхание ритмичное, везикулярное.

Пальпация: безболезненная, эластичность грудной клетки в норме. Голосовое дрожание одинаково на симметричных участках.

Перкуссия легких:

Сравнительная перкуссия: над проекцией лёгких - лёгочный звук. Топографическая перкуссия:

Верхняя граница легких: подвижность нижних краёв легких в норме.

Таблица 1

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

Таблица 2 Нижние границы лёгких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Опознавательные линии | Правое лёгкое | Левое лёгкое |
| Парастернальная | VI ребро | - |
| Срединно-ключичная | VI межреберье | - |
| Передняя подмышечная | VII ребро | VII ребро |
| Средняя подмышечная | VIIIребро | VIIIребро |
| Задняя подмышечная | IX ребро | IXребро |
| Лопаточная | Xребро | X ребро |
| Околопозвоночная | Остистый отросток XIгрудного позвонка | Остистый отросток XI грудного позвонка |

Таблица 3 Дыхательная экскурсия нижнего края легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Опознавательные линии | справа | слева |
| Задняя подмышечная | 3 см | 3,5 см |

Аускультация: над всей поверхностью легких везикулярное дыхание.

Заключение: на момент осмотра со стороны органов дыхания патологий не обнаружено.

Сердечно-сосудистая система

Жалобы: На боли в области сердца нет. На небольшую одышку при незначительной физической нагрузке (ходьба на расстоянии более 150 м), стихающую в покое, при остановке спустя 2-3 мин. Удушья нет. На сердцебиения, изредка возникающие при подъемах АД, при эмоциональном напряжении или физической нагрузке. Перебоев в работе сердца не отмечает. Умеренные отеки нижних конечностей.

Осмотр: наружные яремные вены и сонные артерии без видимых патологических изменений. Набухания вен шеи или усиленной пульсации сонных артерий нет.

Пальпация:

Верхушечный толчок: пальпируется на 2 см. кнаружи от срединно-ключичной линии в V межреберье, несколько усиленный, занимает площадь 2-х концевых фаланг среднего пальца правой руки. Сердечный толчок: не определяется. Эпигастральная пульсация: отсутствует. Дрожание в области сердца (систолическое или диастолическое) не определяется. Пальпаторная болезненность и зоны гиперестезии в области сердца отсутствуют.

Перкуссия:

Границы относительной и абсолютной сердечной тупости расширены.

Таблица 4

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Граница | Относительная тупость | Абсолютная тупость |
| Правая | Правый край грудины | Левый край грудины |
| Верхняя | Верхний край III ребра | Хрящ IV ребра |
| Левая | На 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии на уровне V межреберья | По левой срединно-ключичной линии |

Ширина сосудистого пучка -5 см;

Поперечник относительной тупости сердца - 17 см;

Конфигурация сердца: нормальная.

Аускультация: Тоны сердца ритмичные, приглушены. Число сердечных сокращений (ЧСС) - 85 уд/мин. Первый тон приглушенный, расщепления или раздвоения нет. Отмечается акцент второго тона на аорте. Расщеплений или раздвоений второго тона нет. Дополнительных тонов (пресистолического или протодиастолического галапа, тона открытия митрального клапана, систолического галопа и др.) нет.

Исследование сосудов:

Исследование артерий: височные, сонные, лучевые, бедренные, подколенные, заднеберцовые артерии эластичные, безболезненные. Извитости артерий нет. Пульсация аорты в яремной ямке отсутствует. Шумы или патологические тоны над бедренными и сонными артериями (двойной тон Траубе, двойной шум Виноградова-Дюрозье и др.) не выслушиваются. Артериальный пульс на обеих лучевых артериях одинаков, ритмичен, нормального наполнения и напряжения. Число пульсаций - 90 в мин. Артериальное давление, измеренное методом Короткова на правой и левой плечевых артериях 150/90 мм.рт.ст. Исследование вен: наружные яремные вены не набухшие. Определяется слабо выраженная пульсация вен шеи (отрицательный венный пульс). При выслушивании яремных вен шумы, в том числе «шум волчка», не определяются. Вены правой голени расширены, уплотнены, безболезненны. Вены грудной клетки, передней брюшной стенки, конечностей не расширены, не уплотнены, при пальпации безболезненны

Заключение: по данным жалоб и анамнеза выявлен синдром артериальной гипертензии

Система органов пищеварения

Жалобы: Боли в животе отсутствуют. Диспепсические явления, в том числе затруднения глотания, тошноты, рвоты, отрыжки, изжоги и вздутия живота нет. Аппетит сохранен, отвращения к пище (жирной, мясной и т.п.) нет. Стул: обычно 1 раз в сутки, количество умеренное. Кал оформленный, коричневого цвета. Примеси крови и слизи в кале нет. Кровотечения: Признаков пищеводного, желудочного, кишечного и геморроидального кровотечений (рвота кровью, «кофейной гущей», алая кровь в кале, мелена) нет.

Осмотр: Полость рта: язык розового цвета , влажный, без налётов. Дёсны, мягкое и твёрдое небо обычной окраски, геморрагий и изъязвлений нет. Запах изо рта отсутствует. Живот: округлой формы, подкожно-жирового слой развит чрезмерно, равномерно. Живот симметричный, выбухания или втяжения отсутствуют. Живот участвует в акте дыхания. Видимая перистальтика кишечника отсутствует. Венозных коллатералей передней брюшной стенки нет. Окружность живота на уровне пупка 136 см.

Перкуссия: Перкуторный звук - тимпанический над всей поверхностью живота. Свободной или осумкованной жидкости в брюшной полости нет.

Пальпация: Поверхностная ориентировочная: передняя брюшная стенка не напряжена, безболезненна во всех отделах. Симптомы Щеткина-Блюмберга, Образцова, Мерфи, Менделя, отрицательны. Расхождения прямых мышц живота нет, пупочной грыжи, грыжи белой линии живота нет. Поверхностно расположенных опухолевидных образований нет. Методическая глубокая скользящая пальпация по Образцову-Стражеско:

Сигмовидная кишка не пальпируется. Слепая кишка не пальпируется.

Поперечная ободочная кишка не пальпируется. Восходящая ободочная кишка не пальпируется. Нисходящая ободочная кишка не пальпируется. Илеоцекальный угол не пальпируется. Желудок:

большая кривизна методом аускульто-перкуссии и методом определения шума плеска не определяется. Большая и малая кривизна желудка и привратник не пальпируются.

Аускультация: Перистальтика кишечника не выслушивается. Шума трения брюшины нет. Сосудистые шумы в области проекции брюшной аорты, почечных артерий не выслушиваются.

Печень и желчный пузырь:

Жалобы: Жалоб на боли в правом подреберье, диспепсические расстройства, тошноту, рвоту, отрыжку, кожный зуд, желтушное окрашивание кожи и видимых слизистых не предъявляет.

Осмотр: Выпячивания в области правого подреберья нет. Ограничение этой области в дыхании отсутствует.

Перкуссия:

Границы печени по Курлову Линии Верхняя граница Нижняя граница Правая срединно-ключичная линия VI ребро На 1 см ниже края рёберной дуги Передняя срединная линия - Средняя треть расстояния от пупка до мечевидного отростка Левая рёберная дуга - Левая парастернальная линия

Симптом Ортнера отрицательный.

Пальпация: Печень не пальпируется.

Желчный пузырь не пальпируется. Симптом Керра и френикус-симптом отрицательны. Симптомы Ортнера, Василенко не выявляются.

Аускультация: Шума трения брюшины в области правого подреберья нет.

Селезёнка:

Жалобы на боль в левом подреберье отсутствуют.

Осмотр: Выпячивания в области левого подреберья нет, ограничения этой области в дыхании нет.

Перкуссия: Продольный размер селезенки по X ребру - 7 см, поперечный - 5 см.

Пальпация: Селезенка не пальпируется. Аускультация: Шума трения брюшины в области левого подреберья нет.

Поджелудочная железа:

Жалоб на боли и диспепсические явления, тошноту и рвоту, понос и запоры нет. Жажды и ощущения сухости во рту нет.

Пальпация: Поджелудочная железа не пальпируется.

Заключение: на момент осмотра со стороны органов пищеварения патологий не обнаружено.

Мочевыводящая система

Мочеиспускание регулярное, без затруднений. Суточный диурез около 1500 мл.

Осмотр: при осмотре поясничной области гиперемии кожи, болезненности, припухлости не обнаружено. Поясничные мышцы не напряжены. В надлобковой области ограниченного выбухания не выявлено.

Пальпация: почки и мочевой пузырь не пальпируются. Пальпация мочеточниковых точек безболезненна.

Перкуссия: Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Над лобком после опорожнения мочевого пузыря тимпанический перкуторный звук.

Заключение: на момент осмотра со стороны мочевыводящей системы патологий не обнаружено.

Эндокринная система

Телосложение правильное, пропорциональное. Имеется избыточный вес. Физическое и умственное развитие соответствуют возрасту. Состояние кожных покровов без особенностей. Щитовидная железа не пальпируется.

Заключение: на момент осмотра со стороны эндокринной системы патологий не выявлено.

Нервная система

Осмотр: Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение в постели активное, ориентируется в пространстве и во времени. Лицо спокойное, симметричное, походка ровная, подергиваний кожи и частей тела нет. Гомонимная гемианопсия левых полей зрения. 7 пара - центральный парез, ассиметрия носогубной складки за счет опущения левого угла рта.

При определении поверхностных рефлексов: верхний, средний, нижний брюшной, подошвенный - симметричные, живые.

Картина левостороннего гемипареза. Глубокие рефлексы: коленный, карпорадиальный - ассиметричные D <= S, живые. Пальценосовая проба - с интенцией слева. Пяточно-коленная проба - с интенцией справа. В позе Ромберга - неустойчив(покачивание).

Менингеальные симптомы отрицательные.

Заключение: ранний восстановительный период ишемического инсульта повторного в бассейне правой каротидной артерии с левосторонним нижним монопарезом.

IV. Предварительный диагноз

Основное заболевание: Гипертоническая болезнь, III стадия, 3степень, риск 4

Осложнения: ранний восстановительный период ишемического инсульта повторного (07.10.2015) в бассейне правой каротидной артерии с левосторонним нижним монопарезом.

Сопутствующие заболевания: Сахарный диабет 2 типа, инсулинозависимый.

. План обследования

. ОАК 2. ОАМ

. Анализ крови на дневные колебания глюкозы 4. Биохимический анализ крови: общий белок, глюкоза крови, мочевина, креатинин, АсТ, АлТ, ЛДГ, Холестерин, триглицериды , ЛПНП, ЛПВП , ЛПОНП,

.Рентгенография органов грудной клетки в прямой проекции

. Коагулограмма 7. РЭГ

. УЗДС МАГ

. КТ ГМ 10. ЭКГ

. ЭхоКГ

.ЭЭГ

.УЗИ органов брюшной полости

.Консультации: невролога, кардиолога, эндокринолога, окулиста.

. Результаты дополнительных исследований

. ОАК от 19.10.2015:

Таблица 5

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатели | Результат | Норма | Ед. изм. |
| Гемоглобин (HGB) | 134 | 110-170 | г/л |
| Эритроциты (RBC) | 4,4\*1012 | 4,0-5,0\*1012 | /л |
| Гематокрит (HCT) | 32,6 | 39-45 | % |
| Лейкоциты (WBC) | 7.6\*109 | 4-9\*109 | /л |
| Лимфоциты (Lymph) | 2,5\*109 | 1,0-5,0\*109 | /л |
| Базофилы | 0 | 0,1 | % |
| Эозинофилы | 1 | 0,5-5 | % |
| П/я | 3 | 1-6 | % |
| С/я | 75 | 47-72 | % |
| Лимфоциты (%) | 32 | 19-3 | % |
| Моноциты | 3 | 3-11 | % |
| СОЭ | 2 | 2-10 | мм/ч |

. ОАМ от 19.10.2015: светло-желтого цвета, прозрачность - неполная, удельный вес - 1013, реакция - кислая, белок - нет, сахар - нет, лейкоциты - единичные в поле зрения.

Заключение: показатели в пределах нормы.

. Анализ крови на дневные колебания глюкозы:

Кол-во глюкозы: I - 7,7 ммоль/л

II - 13,6 ммоль/л

Заключение: толерантность к глюкозе нарушена

. БХ-й анализ крови от 19.10.2015:

Таблица 6

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатели | Результат | Норма | Ед. изм. |
| Общий белок | 76 | 65-82 | г/л |
| Билирубин общий | 12,1 | 8,55 - 20,5 | мкмоль/л |
| Альбумин | 45,0 | 35-50 | г/л |
| Креатинин | 91 | 50,4 - 110,5 | мкмоль/л |
| Холестерин | 4,5 | 3,64 - 6,76 | ммоль/л |
| Глюкоза | 7,0 | 3,4 - 6,1 | мкмоль/л |
| В-липопротеиды | 40 | 35 - 55 | ед. |
| АЛТ | 12,0 | До 40 | Ед/л |
| АСТ | 23,0 | До 40 | Ед/л |
| Натрий | 140,1 | 136-146 | ммоль/л |
| Калий | 4.2 | 3.5-5.1 | ммоль/л |

Закл.: уровень глюкозы повышен

. Коагулограмма

ПТИ - 93%

АПТВ - 27 с

Закл.: показатели в пределах нормы

6. R ОКГ: лёгкие без инфильтрации и очагов поражения. Корни структурны, синусы свободны. Смещение тени средостения влево.

Закл.: гипертрофия левого желудочка

. РЭГ FM - OM от 6.11.2015: Объемное пульсовое кровенаполнение в бассейнах обеих сонных артерий и правой позвоночной незначительно повышено.

Тонус крупных сосудов в бассейнах обеих сонных артерий и правой позвоночной незначительно повышен.

Тонус сосудов среднего и мелкого калибра в бассейнах обеих позвоночных артерий умеренно снижен. Тонус сосудов среднего и мелкого калибра в бассейне левой внутренней сонной артерии незначительно повышен.

Периферическое сопротивление сосудов в вртебробазилярной системе и бассейне правой сонной артерии незначительно повышено.

Симметрия кровенаполнения сосудов нарушена.

. УЗДС МАГ: нестенозирующий атеросклероз МАГ.

. КТ ГМ: очагово-ишемические зоны в лобно-теменных областях. Церебральная атрофия. Церебросклероз.

. ЭКГ от 9.11.2015: синусовая тахикардия, ЧСС 82 уд/мин. Нормальное положение электрической оси сердца. Метаболические нарушения миокарда.

. ЭхоКГ: Уплотнение аорты, фиброзных колец и створок аортального и митрального клапанов. Незначительная дилатация полости левого предсердия. Умеренная гипертрофия миокарда левого желудочка. Зон нарушения локальной сократимости миокарда левого желудочка не выявлено. Глобальная систолическая функция левого желудочка незначительно снижена.

. ЭЭГ: выявляются умеренные общемозговые нарушения регуляторного характера.

. УЗИ ОБП: УЗ-признаки умеренных диффузных изменений печени, диффузных изменений поджелудочной железы, дисхолии.

. Консультация окулиста: Ангиопатия сосудов сетчатки;

Консультация кардиолога: Гипертоническая болезнь III стадии, степень 3, риск 4;

Консультация эндокринолога: сахарный диабет 2 типа, тяжелая форма декомпенсация.

. Клинический диагноз и его обоснование

Основное заболевание: Гипертоническая болезнь III стадии, 3степень, риск 4

Осложнения: ранний восстановительный период ишемического инсульта повторного (07.10.2015) в бассейне правой каротидной артерии с левосторонним нижним монопарезом.

Сопутствующие заболевания: Сахарный диабет II типа, инсулинозависимый.

Диагноз поставлен на основании:

.Жалоб: Жалобы на головную боль в затылочной и теменной области, обычно возникающую при подъемах АД, повышение артериального давления(180/100 мм.рт.ст), постоянное головокружение , затрудненность ходьбы, двоение в глазах, мелькание “мошек” перед глазами , слабость и онемение в левых конечностях, общую слабость , одышку при незначительной физической нагрузке (ходьба на расстоянии 150 м), стихающую в покое при остановке спустя 2-3 мин;

.Анамнеза заболевания: Считает себя больным с 1975года, что проявлялось головной болью, которая возникала преимущественно после эмоциональной нагрузки, проходила сама через несколько часов или после приёма гипотензивных препаратов, однако в больницу за помощью не обращался. В 2010 г. перенёс острое нарушение мозгового кровообращения, после которого развился сахарный диабет II типа. Лечение получал стационарно в ГКБ №21 в течение 24 дней, с последующей реабилитацией в санатории (21 день). Отмечает ухудшение самочувствия последние 2-3 месяца: нестабильное артериальное давление, постоянные головные боли, головокружение, ухудшение зрения. 7 ноября 2015 года на фоне эмоциональных нагрузок, повышения АД появилась слабость в левых конечностях, общая слабость, сильные головокружения, сопровождающиеся тошной, рвотой, в связи с чем был госпитализирован в БСМП с повторным острым нарушением мозгового кровообращения. Поступил в ГКБ №5 в плановом порядке на курс реабилитации.

. Данных лабораторных и функциональных исследований

ОАК:

Таблица 8

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатели | Результат | Норма | Ед. изм. |
| Гемоглобин (HGB) | 134 | 110-170 | г/л |
| Эритроциты (RBC) | 4,4\*1012 | 4,0-5,0\*1012 | /л |
| Гематокрит (HCT) | 32,6 | 39-45 | % |
| Лейкоциты (WBC) | 7.6\*109 | 4-9\*109 | /л |
| Лимфоциты (Lymph) | 2,5\*109 | 1,0-5,0\*109 | /л |
| Базофилы | 0 | 0,1 | % |
| Эозинофилы | 1 | 0,5-5 | % |
| П/я | 3 | 1-6 | % |
| С/я | 75 | 47-72 | % |
| Лимфоциты (%) | 32 | 19-3 | % |
| Моноциты | 3 | 3-11 | % |
| СОЭ | 2 | 2-10 | мм/ч |

ОАМ: светло-желтого цвета, прозрачность - неполная, удельный вес - 1013, реакция - кислая, белок - нет, сахар - нет, лейкоциты - единичные в поле зрения.

Анализ крови на дневные колебания глюкозы:

Кол-во глюкозы: I - 7,7 ммоль/л

II - 13,6 ммоль/л

БХ-й анализ крови:

Таблица 9

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатели | Результат | Норма | Ед. изм. |
| Общий белок | 76 | 65-82 | г/л |
| Билирубин общий | 12,1 | 8,55 - 20,5 | мкмоль/л |
| Альбумин | 45,0 | 35-50 | г/л |
| Креатинин | 91 | 50,4 - 110,5 | мкмоль/л |
| Холестерин | 4,5 | 3,64 - 6,76 | ммоль/л |
| Глюкоза | 7,0 | 3,4 - 6,1 | мкмоль/л |
| В-липопротеиды | 40 | 35 - 55 | ед. |
| АЛТ | 12,0 | До 40 | Ед/л |
| АСТ | 23,0 | До 40 | Ед/л |
| Натрий | 140,1 | 136-146 | ммоль/л |
| Калий | 4.2 | 3.5-5.1 | ммоль/л |

Коагулограмма

ПТИ - 93%

АПТВ - 27 с

УЗДС МАГ: нестенозирующий атеросклероз МАГ.

КТ ГМ: очагово-ишемические зоны в лобно-теменных областях. Церебральная атрофия. Церебросклероз.

РЭГ: Объемное пульсовое кровенаполнение в бассейнах обеих сонных артерий и правой позвоночной незначительно повышено.Тонус крупных сосудов в бассейнах обеих сонных артерий и правой позвоночной незначительно повышен.Тонус сосудов среднего и мелкого калибра в бассейнах обеих позвоночных артерий умеренно снижен. Тонус сосудов среднего и мелкого калибра в бассейне левой внутренней сонной артерии незначительно повышен.Периферическое сопротивление сосудов в вртебробазилярной системе и бассейне правой сонной артерии незначительно повышено.Симметрия кровенаполнения сосудов нарушена.

R ОКГ: лёгкие без инфильтрации и очагов поражения. Корни структурны, синусы свободны. Смещение тени средостения влево.

ЭКГ от 9.11.2015: синусовая тахикардия, ЧСС 82 уд/мин. Нормальное положение электрической оси сердца. Метаболические нарушения миокарда.

ЭхоКГ: Уплотнение аорты, фиброзных колец и створок аортального и митрального клапанов. Незначительная дилатация полости левого предсердия. Умеренная гипертрофия миокарда левого желудочка. Зон нарушения локальной сократимости миокарда левого желудочка не выявлено.Глобальная систолическая функция левого желудочка незначительно снижена.

VIII. Этиология и патогенез заболевания у курируемого больного

Я считаю, что развитию гипертонической болезни способствовали следующие факторы:

неправильное питание (излишнее потребление соли и острой пищи);

травма черепа в детском возрасте.

В результате данных этиологических факторов тонус симпатической нервной системы повысился.

Повышение симпатической импульсации и генерализованный спазм сосуда на начальных этапах является единственным механизмом формирования гипертензии. Затем, на фоне спазма почечной артерии и ишемии почки, усиливается выработка ренина гломерулярным аппаратом почки. Последний, в свою очередь, ведет к переходу ангиотензиногена в ангиотензин 1. После этого ангиотензин 1 превращается под действием ангиотензин превращающего фермента в ангиотензин II - мощный сосудосуживающий фактор.

Теперь уже повышение артериального давления патогенетически будет связано не только с повышенным тонусом симпатического отдела вегетативной нервной системы, но и с действием ангиотензиногена II.

Кроме того, под действием ангиотензиногена II происходит усиление выработки альдостерона в коре надпочечников. Указанный гормон увеличивает обратное всасывание натрия, а вместе с ним и воды в почках. Таким образом, в организме задерживается вода и ионы натрия, что ведет к увеличению объема циркулирующей крови и является еще одним механизмом повышения артериального давления в патогенезе заболевания.

Повышение АД у данного пациента привело к атеросклерозу сосудов головного мозга, чем и объясняется развитие такого осложнения как острое нарушение мозгового кровообращения.

IX. Дифференциальный диагноз

Таблица 10

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Гипертоническая болезнь | Почечно-паренхиматозная артериальная гипертензия | Феохромоцитома |
| Симптоматика | Головокружения, головные боли, повышенная раздражительность | Отёки, никтурия, преимущественно повышается диастолическое давление | Сердцебиение, головная боль, пароксизмальные повышения АД |
| Течение | Более стабильное | Доброкачественное, медленно прогрессирующее | Очень частые кризы |
| Ретинопатия | Имеется у 80 % больных | В терминальной фазе | Вплоть до слепоты |
| Характер мочевого осадка | Иногда протеинурия и микрогематурия | Умеренная протеинурия, лейкоцитурия, бактериурия | Иногда умеренная протеинурия |
| Лабораторные исследования | При бх крови: изменения липидного обмена, креатининемия | Повышенная СОЭ | гипергликемия, лейкоцитоз и повышение СОЭ Экскреция катехоламинов с мочой и содержание катехоламинов в крови |
| Похудание | Не характерно | Не характерно | Характерно |
| Пиелография | - | Деформация чашечно-лоханочной системы | - |
| Аортография | Стеноз почечных артерий | Обеднение сосудистого рисунка почек, картина «обгорелого дерева» | Опухоль надпочечников |
| Увеличение надпочечника при УЗИ и КТ | Не характерно | Не характерно | Увеличены |
| Лечение | Препараты центрального действия (клофелин), ингибиторы АПФ (капотен под язык) и другие препараты | Ингибиторы АПФ или БРА + петлевые диуретики, бета-АБ, блокаторы кальциевых каналов | Альфа-АБ, хирургическое лечение |

. План лечения курируемого больного

гипертонический болезнь терапия

1. Режим стационарный

. Стол №9

. Немедикаментозная терапия (реабилитационные мероприятия, массаж, ЛФК, физиотерапия)

. Медикаментозная терапия:

. Rp.: Tab. Lizinoprili 0,01 D. t. d. N 20 S. По 1 таблетке 1 раза в день.

Ингибитор ангиотензин превращающего фермента (АПФ)

Противопоказания: Ангионевротический отек в анамнезе, в т.ч. на фоне применения ингибиторов АПФ; наследственный отек Квинке или идиопатический отек; беременность; период лактации; возраст до 18 лет (эффективность и безопасность не установлены);повышенная чувствительность к лизиноприлу, другим компонентам препарата и другим ингибиторам АПФ.

. Rp: Tab. Indapamidi 0,0025 D. t. d. N 30 S. Внутрь 1 раз в сутки - утром до еды .

Диуретик.

Противопоказания: непереносимость лактозы; галактоземия;синдром нарушения всасывания глюкозы/галактозы; тяжелая почечная недостаточность (стадия анурии); гипокалиемия; выраженная печеночная (в т.ч. с энцефалопатией) недостаточность; беременность; период лактации; возраст до 18 лет (эффективность и безопасность не установлены); одновременный прием препаратов, удлиняющих интервал QT; повышенная чувствительность к препарату и другим производным сульфонамида.

. Rp.: Tab. Fenotropili 0,002 D. t. d. N 10 S. По 1 таблетке 1 раза в день в утренние часы.

Ноотропное средство.

Противопоказания: больные с тяжелыми органическими поражениями печени и почек, тяжелым течением артериальной гипертензии, с выраженным атеросклерозом, перенесших ранее панические атаки, острые психотические состояния.

4. Rp.:Sol. Mexidoli 5% - 2 ml.t.d. №5 inamp.. по 2 мл в/в капельно .

Антигипоксант и антиоксинант.

Противопоказан при острой печёночной и/или почечнойнедостаточности; беременности, в детском возрасте; с осторожностью при тяжёлых острых аллергических реакциях в анамнезе.

. Rp.: Tab. Diabetoni 0,03 D. t. d. N 30 S. По 1 таблетке 1 раза в день утром натощак под контролем гликемии.

Сахароснижающее.

Противопоказания: диабетический кетоацидоз, тяжелая почечная и печеночная недостаточность.

6. Rp. Insulini 5,0 (1,0 - 40 единиц) . t. d. N. 4 (флакона) . Вводить под кожу 20 единиц (0,5 мл) за 15 минут перед обедом

7. Rp.: Tab. Glicini 0,01 D. t. d. N 50 S. по одной таблетке 4 раза в день.

Ноотропное средство.

Противопоказания невыявлены; с осторожностью упациентов с наклонностью к артериальной гипотензии (назначают в меньших дозах и подконтроле АД, при его снижении ниже привычного уровня приём прекращают).

8. Rp.: Tab. Acidi acetylsalicylici 0,5 D. t. d. N 10 S. по 1/4 таб. 1 раз в день.

Антиагрегант.

Противопоказания:

Крапивница, отек Квинке, тошнота, изжога, рвота , болевые ощущения в области живота, язвы слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки , головная боль ,

. Дневник и температурный лист

12.11.2015.

Жалобы на головную боль в затылочной и теменной области, постоянное головокружение, затрудненность ходьбы, двоение в глазах, мелькание “мошек” перед глазами, слабость и онемение левых конечностей, общую слабость, одышку при ходьбе.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Температура тела 36.6 °C Кожные покровы чистые, сухие. В легких выслушивается везикулярное дыхание. ЧД- 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, акцент второго тона на аорте, ритм правильный, АД 155/100мм.рт.ст, пульс 80уд.мин . Язык влажный , чистый . Живот мягкий , безболезненный. Печень не увеличена, симптом покалачивания отрицательный. Умеренные отёки голеней. Стул оформленный, мочеиспускание свободное. Диурез - 1200 мл за сутки.

Получает назначенную терапию, переносит хорошо.

13.11.2015

Жалобы на затрудненность ходьбы, двоение в глазах, мелькание “мошек” перед глазами, слабость и онемение левых конечностей, общую слабость, одышку при ходьбе.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Температура тела 36.6 °C Кожные покровы чистые, сухие . В легких выслушивается везикулярное дыхание. ЧД- 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, акцент второго тона на аорте , ритм правильный, АД 140/90мм.рт.ст, пульс 76уд.мин . Язык влажный , чистый . Живот мягкий, безболезненный. Стул оформленный, мочеиспускание свободное. Диурез адекватный. Отёков нет.

Получает назначенную терапию, переносит хорошо, продолжить. Назначена лечебная физкультура.

Глюкоза крови натощак: от 13.11.2015 - 6,5 ммоль /л.

14.11.2015.

Жалобы на момент осмотра: общая слабость, отмечает улучшение самочувствия, уменьшение слабости и онемения в левых конечностях.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Температура тела 36.6 °C Кожные покровы чистые, сухие. В легких выслушивается везикулярное дыхание. ЧД- 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, акцент второго тона на аорте, ритм правильный, АД 135/84 мм.рт.ст, пульс 76уд.мин . Язык влажный , чистый . Живот мягкий , безболезненный . Стул оформленный. Мочеиспускание свободное, диурез адекватный.

Лечение продолжает.

.11.2015

Жалобы активно не предъявляет. Самочувствие лучше. Отмечает уменьшение одышки при ходьбе, отсутствие головокружения, улучшился сон.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Температура тела 36.6 °C Кожные покровы чистые, сухие. В легких выслушивается везикулярное дыхание. ЧД- 17 в минуту. Тоны сердца приглушены, акцент второго тона на аорте, ритм правильный, АД 130/80 мм.рт.ст, пульс 73уд.мин . Язык влажный , чистый . Живот мягкий , безболезненный . Стул обычный. Диурез - 1400 мл. за сутки . Отеков нет.

Лечение заканчивает, планируется на выписку.

XII. Прогноз

Прогноз в отношении заболевания благоприятный при соблюдение рациональной терапии можно ожидать полное излечение больного через 4 недели. Прогноз в отношении жизни сомнительный в следствие возможного ухудшения состояния в связи с сопутствующими заболеваниями (Сахарный диабет II типа, тяжелая форма, декомпенсация.)

Прогноз в отношении работы благоприятный, с учетом снижения физических и психоэмоциональных нагрузок.

. Выписный эпикриз

Пациент на стационарном лечении в терапевтическом отделении № 1 ГКБ №5 с 5.11.2015 с диагнозом:

Основное заболевание: Гипертоническая болезнь III ст., 3 ст., риск 4

Осложнения: ранний восстановительный период ишемического инсульта повторного (07.10.2015) в бассейне правой каротидной артерии с левосторонним нижним монопарезом.

Сопутствующие заболевания: Сахарный диабет II типа, тяжелая форма, декомпенсация

При поступлении предъявлял жалобы на головную боль в затылочной и теменной области, обычно возникающую при подъемах АД, повышение артериального давления(180/100 мм.рт.ст), постоянное головокружение , затрудненность ходьбы, двоение в глазах, мелькание “мошек” перед глазами , слабость и онемение в левых конечностях, общую слабость , одышку при незначительной физической нагрузке (ходьба на расстоянии 150 м), стихающую в покое при остановке спустя 2-3 мин;

Из анамнеза: считает себя больным с 1975 года, что проявлялось головной болью, которая возникала преимущественно после эмоциональной нагрузки, проходила сама через несколько часов или после приёма гипотензивных препаратов, однако в больницу за помощью не обращался. В 2010 г. перенёс острое нарушение мозгового кровообращения, после которого развился сахарный диабет II типа. Лечение получал стационарно в ГКБ №21 в течение 24 дней, с последующей реабилитацией в санатории «Зелёная роща» (21 день). Отмечает ухудшение самочувствия последние 2-3 месяца: нестабильное артериальное давление, постоянные головные боли, головокружение, ухудшение зрения. 7 ноября 2015 года на фоне эмоциональных нагрузок, повышения АД (180/100 мм.рт.ст.) появилась слабость в левых конечностях, общая слабость, сильные головокружения, сопровождающиеся тошной, рвотой, в связи с чем был госпитализирован в БСМП с повторным острым нарушением мозгового кровообращения. Поступил в ГКБ №5 в плановом порядке на курс реабилитации.

За время стационарного лечения проведены обследования:

. ОАК 2. ОАМ

. Анализ крови на дневные колебания глюкозы 4. Биохимический анализ крови: общий белок, глюкоза крови, мочевина, креатинин, АсТ, АлТ, ЛДГ, Холестерин , триглицериды , ЛПНП, ЛПВП , ЛПОНП,

.Рентгенография органов грудной клетки в прямой проекции

. Коагулограмма 7. РЭГ FM и ОМ

. УЗДС МАГ

. КТ ГМ 10. ЭКГ

. ЭхоКГ

.ЭЭГ

.УЗИ органов брюшной полости

.Консультации: невролога, кардиолога, эндокринолога, окулиста.

Результаты лабораторных и инструментальных методов исследования:

1. ОАК от 19.10.2015:

2. ОАМ от 19.10.2015: светло-желтого цвета, прозрачность - неполная, удельный вес - 1013, реакция - кислая, белок - нет, сахар - нет, лейкоциты - единичные в поле зрения.

Таблица 11

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатели | Результат | Норма | Ед. изм. |
| Гемоглобин (HGB) | 134 | 110-170 | г/л |
| Эритроциты (RBC) | 4,4\*1012 | 4,0-5,0\*1012 | /л |
| Гематокрит (HCT) | 32,6 | 39-45 | % |
| Лейкоциты (WBC) | 7.6\*109 | 4-9\*109 | /л |
| Лимфоциты (Lymph) | 2,5\*109 | 1,0-5,0\*109 | /л |
| Базофилы | 0 | 0,1 | % |
| Эозинофилы | 1 | 0,5-5 | % |
| П/я | 3 | 1-6 | % |
| С/я | 75 | 47-72 | % |
| Лимфоциты (%) | 32 | 19-3 | % |
| Моноциты | 3 | 3-11 | % |
| СОЭ | 2 | 2-10 | мм/ч |

Закл.: показатели в пределах нормы.

. Анализ крови на дневные колебания глюкозы:

Кол-во глюкозы: I - 7,7 ммоль/л

II - 13,6 ммоль/л

. БХ-й анализ крови от 19.10.2015:

Таблица 12

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатели | Результат | Норма | Ед. изм. |
| Общий белок | 76 | 65-82 | г/л |
| Билирубин общий | 12,1 | 8,55 - 20,5 | мкмоль/л |
| Альбумин | 45,0 | 35-50 | г/л |
| Креатинин | 91 | 50,4 - 110,5 | мкмоль/л |
| Холестерин | 4,5 | 3,64 - 6,76 | ммоль/л |
| Глюкоза | 7,0 | 3,4 - 6,1 | мкмоль/л |
| В-липопротеиды | 40 | 35 - 55 | ед. |
| АЛТ | 12,0 | До 40 | Ед/л |
| АСТ | 23,0 | До 40 | Ед/л |
| Натрий | 140,1 | 136-146 | ммоль/л |
| Калий | 4.2 | 3.5-5.1 | ммоль/л |

Закл.: уровень глюкозы повышен

5. Коагулограмма

ПТИ - 93%

АПТВ - 27 с

Закл.: показатели в пределах нормы

6. R ОКГ: лёгкие без инфильтрации и очагов поражения. Корни структурны, синусы свободны. Смещение тени средостения влево.

Закл.: гипертрофия левого желудочка

. РЭГ FM - OM от 6.11.2015: Объемное пульсовое кровенаполнение в бассейнах обеих сонных артерий и правой позвоночной незначительно повышено.

Тонус крупных сосудов в бассейнах обеих сонных артерий и правой позвоночной незначительно повышен.

Тонус сосудов среднего и мелкого калибра в бассейнах обеих позвоночных артерий умеренно снижен. Тонус сосудов среднего и мелкого калибра в бассейне левой внутренней сонной артерии незначительно повышен.

Периферическое сопротивление сосудов в вртебробазилярной системе и бассейне правой сонной артерии незначительно повышено.

Симметрия кровенаполнения сосудов нарушена.

. УЗДС МАГ: нестенозирующий атеросклероз МАГ.

9. КТ ГМ: очагово-ишемические зоны в лобно-теменных областях. Церебральная атрофия. Церебросклероз.

. ЭКГ от 9.11.2015: синусовая тахикардия, ЧСС 82 уд/мин. Нормальное положение электрической оси сердца. Метаболические нарушения миокарда.

11. ЭхоКГ: Уплотнение аорты, фиброзных колец и створок аортального и митрального клапанов. Незначительная дилатация полости левого предсердия. Умеренная гипертрофия миокарда левого желудочка. Зон нарушения локальной сократимости миокарда левого желудочка не выявлено. Глобальная систолическая функция левого желудочка незначительно снижена.

. ЭЭГ: выявляются умеренные общемозговые нарушения регуляторного характера.

13. УЗИ ОБП: УЗ-признаки умеренных диффузных изменений печени, диффузных изменений поджелудочной железы, дисхолии.

. Консультация окулиста: Ангиопатия сосудов сетчатки;

Консультация кардиолога: Гипертоническая болезнь III ст., ст. 3, риск 4;

Консультация эндокринолога: сахарный диабет II типа, тяжелая форма декомпенсация.

По поводу данного диагноза проводилось лечение:

Медикаментозная терапия (Фенотропил (100мг. 2 раза в день), индопамид (25мг. таб.1 раз в день утром), мексидол (этилметилгидроксипиридинасукцинат) (в/в капельно в 100 мл 0,9% р-ра натрия хлорида №10), лизиноприл (1 табл. 10 мг 1 раз в сутки), инсулин (под кожу 0,5 мл за 15 минут перед обедом), глицин (по 1таб. 100мг. 4 раза в день ), ацетилсалициловая кислота(75 мг.на ночь)).

Немедикаментозная терапия (реабилитационные мероприятия, массаж, ЛФК, Физиотерапия).

Выписывается под наблюдение участкового терапевта и невролога

На данный момент лечение продолжается.

После выписки больному будет рекомендовано:

соблюдение режима сна, физической нагрузки.

уменьшение эмоциональной нагрузки.

контроль давления.

постоянный приём дезагрегантов (Tab. Kardiomagnili по 1 таблетке 1 раз в день), ингибиторов АПФ (Tab. Lizinoprili 0,01 по 1 таблетке 1 раз в день), гиполипидемических (Tab. «Simvastatin» 20 mg по 1 таблетке вечером) и ноотропных препаратов.

Список использованной литературы

1. Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Сулимов В.А. Внутренние болезни: учебник (6-е издание). - М., изд. группа «Гэотар-Медиа», 2013.

. Фазлыева Р.М., Макеева Г.К., Филиппова Г.В., Нелюбин Е.В., Максютова Л.Ф., Мирсаева Г.Х., Мавзютова Г.А., Мухетдинова Г.А., Ибрагимова Л.А. Справочник лекарственных средств, применяемых в клинике внутренних болезней: учебное пособие,. 2014 -303с.

. Фазлыева Р.М., Макеева Г.К., Филиппова Г.В., Нелюбин Е.В., Максютова Л.Ф., Мирсаева Г.Х., Мавзютова Г.А., Мухетдинова Г.А., Ибрагимова Л.А. Клинические классификации заболеваний внутренних органов примерами формулировки диагнозов . 2009. - 239 с

. Струтынский А.В, Баранов А.П., Ройтберг Г.Е., Гапоненков Ю.П. Основы семиотики заболеваний внутренних органов. - М., Медицина, 2007.

. Фазлыева P.M. Схема оформления истории болезни: учебно-методическое пособие для студентов. - Уфа, 2011.

. Гребенев А.Л. Пропедевтика внутренних болезней: Учебник (5-е изд.). - М., Медицина, 2001. - 592 с.

. Мухин Н.А., Моисеев В.С. Пропедевтика внутренних болезней: учебник. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2006.