Гродненский государственный медицинский университет

-я кафедра внутренних болезней

История болезни

Куратор: студент ЛФ, 4 курса, 30 группы

Павловский М.Н.

Преподаватель: Корнелюк.

Время курации: 17.03-21.03

Гродно 2014г.

# ***Паспортная часть***

1. ФИО больного:

. Возраст: 81 лет.

. Место жительства: г. Гродно

. Место работы, должность: пенсионер

. Дата поступления в больницу: 14.04.2014

. Дата выписки:

. Направил: врач УЗ "ГОКБ" г. Гродно, Степанович

. Диагноз направившего ЛУ: Артериальная гипертензия 3 риск 4, гипертонический криз 2

. Клинический диагноз:

А) основной: Артериальная гипертензия 3 риск 4, гипертонический криз 2

Б) сопутствующий: Атеросклероз коронарных и мозговых артерий

В) осложнения: ИБС: стабильная стенокардия напряжения ФК2, сердечно-сосудистая недостаточность Н2Б

. Дата курации: 17.04-21.04.2014г.

# ***Жалобы***

На момент поступления в стационар больная предъявляла жалобы, головокружение, головную боль в области затылка, шум в голове, тошноту, приступообразные боли в области проекции сердца колющего характера, возникающие при эмоциональной нагрузке, длительностью до нескольких минут и купирующиеся приёмом настойки из валерьянки, боярышника и пустырника; сердцебиение, постоянный сухой кашель.

# ***Анамнез заболевания***

Считает себя больной с 1999 года, когда впервые стала ощущать периодическое повышение давления, которое сопровождалось интенсивной головной болью в области темени и затылка, головокружением, болью в области сердца, ухудшением общего состояния. К врачу не обращалась. Самостоятельно принимала эналоприл при ощущении подъема АД. 14.04.2014 состояние ухудшилось, появилось головокружение, головная боль в области затылка, колющие боли в области сердца. Пациентка потеряла сознание на улице, прохожие вызвали бригаду СМП которая доставила пациентку в ГОКБ, где ее обследовали на РКТ, затем она была направлена в ГКБ№2 с диагнозом АГ3Риск4.

# ***Анамнез жизни***

Родилась в г. Гродно первым по счету ребёнком. Материально-бытовые условия в детстве удовлетворительные. С раннего детства росла и развивалась нормально. По умственному и физическому развитию от своих сверстников не отставала. Пошла в школу в 7 лет. Работа сопряжена с профессиональными вредностями (загрязненность помещения поллютантами), в данный момент на пенсии.

Жилищные условия удовлетворительные: есть горячая вода и туалет; квартира 2-х комнатная на третьем этаже, проживают 2 человека.

Питание регулярное, не употребляет жареную, острую и солёную пищу. Случается питаться в сухомятку, пища полноценная. Ложится в 22.00 встаёт 8.30. Спортом не занимается.

Семейный и половой анамнез: первая менструация появилась в 14 лет. На данный момент больная находится в периоде менопаузы, которая длится уже 40 лет. Одна беременность. Имеет дочь.

Наследственность: мать - гипертоник, страдала сахарным диабетом, отец умер от рака.

Перенесённые заболевания: ОРЗ, Грипп.

Туберкулёзом, вирусным гепатитом, венерическими заболеваниями не болела.

Вредные привычки отрицает.

Аллергологический и лекарственный анамнез: Сезонная аллергия на цветение полыни. Аллергии на лекарственные средства нет.

# ***Настоящее состояние больного***

Общий осмотр и пальпация.

Общее состояние средней степени тяжести, положение активное, сознание ясное, выражение лица обычное, телосложение гипостеническое. Рост 160см, вес 68кг, темпер-ра тела 36,5°С. Кожные покровы чистые, цвет нормальный, умеренной влажности. Кожа эластичная. Видимые слизистые розового цвета. Волосы: рост обильный; ногти нормальной формы, поверхность гладкая, цвет бледно-розовый. Подкожно-жировая клетчатка выражена не значительно, толщина кожной складки на уровне пупка 1,5см. Лимфатические узлы не пальпируются. Мышцы средней степени развития, тонус нормальный при пальпации безболезненны. Суставы не деформированы, безболезненны. Активная и пассивная подвижность в суставах в полном объеме.

Система органов дыхания.

Форма грудной клетки нормостеническая. Обе половины участвуют в дыхании одинаково, тип дыхания грудной. Частота дыхания 17 /мин, средней глубины, ритм дыхания правильный. Грудная клетка эластичная. При пальпация безболезнена.

Сравнительная перкуссия ясный лёгочной звук, голосовое дрожание нормальное

Топографическая перкуссия. Нижняя граница:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Правое легкое | Левое легкое |
| l. parasternalis | 5 м/р | - |
| l. mediaclavicularisечно | VI ребро | - |
| l. axillaris anterior | VII ребро | VII ребро |
| l. axillaris media | VIII ребро | VIII ребро |
| l. axillaris posterior | IX ребро | IX ребро |
| l. scapularis | X ребро | X ребро |
| l. paravertebralis | Остистый отросток XI грудного позвонка | Остистый отросток XI грудного позвонка |

Активная подвижность нижнего края легких (см)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | На вдохе | На выдохе | На вдохе | На выдохе |
| l. mediaclavicularis | 2 | 2 | - | - |
| l. axillaris media | 3 | 3 | 3 | 3 |
| l. scapularis | 2 | 2 | 2 | 2 |

При перкуссии пространства Траубе тимпанический звук.

Верхняя граница лёгких.

Спереди верхушки выступают над ключицей на 3 см. Сзади верхушки находятся примерно на уровне 7 шейного позвонка. Поля Кренига 5 см.

Аускультация лёгких.

Основные дыхательные шумы

Дыхание везикулярное; сухие хрипы в обоих легких.

Сердечно-сосудистая система.

Пальпация.

Верхушечный толчок не пальпируется. Пульс одинаковый на обеих руках, полный, нормального напряжения, 96 ударов/мин. Ритм правильный, равномерный. Артериальная стенка упругая.

Перкуссия сердца и сосудистого пучка.

Правая граница относительной сердечной тупости: 3 м/р по правому краю грудины 4м/р 1 см кнаружи от правого края грудины, Левая граница: 3м/р 2см кнаружи от левого края грудины, 4 м/р 1,5 см кнутри от l. Mediaclavicularis, 5 м/р 0,5см кнутри от l. Mediaclavicularis. Верхняя граница на уровне 3-го ребра. Аортальная конфигурация относительной тупости сердца. Ширина сосудистого пучка 5 см. Правая граница абсолютной тупости сердца по левому краю грудины. Левая граница в 5 м/р 2см. кнутри от l. Mediaclavicularis. Верхняя граница IV ребро по левой окологрудинной линии.

Аускультация сердца и крупных сосудов.

Тоны сердца приглушенные ритмичные. Акцент II тона над аортой. Систолический шум над верхушкой сердца. Артериальное давление на левой руке 130/80 мм. рт. ст, на правой 130/80 мм. рт. ст.

Система органов пищеварения.

Осмотр полости рта.

Запах изо рта обычный. Губы: цвет нормальный, влажные. Слизистая оболочка рта розового цвета. Язык влажный, чистый, сосочки выражены. Зев нормальной окраски, миндалины не выступают из-за нёбных дужек. Кариозных зубов нет.

Осмотр живота.

Живот нормальной конфигурации, брюшная стенка участвует в дыхании. Пупок втянут. Окружность живота на уровне пупка 96 см. Подкожно-жировая клетчатка выражена незначительно.

Перкуссия живота.

Тимпанический звук.

Аускультация живота.

Перистальтика нормальная.

Пальпация живота

Поверхностная ориентировочная пальпация: живот мягкий равномерно участвует в акте дыхания. Симптомы раздражения брюшины отрицательны.

Нижняя граница желудка определена методом аускультативной перкуссии на 1 см. выше пупка.

Исследование печени и желчного пузыря.

Перкуссия печени.

Верхняя граница абсолютной печёночной тупости:

по правой окологрудинной линии - верхний край VI ребра

по правой срединно-ключичной линии - нижний край VI ребра

по правой передней подмышечной линии - на VII ребре

Нижняя граница абсолютной печёночной тупости:

по правой окологрудинной линии на 1 см. ниже нижнего края

правой рёберной дуги

по правой срединно-ключичной линии - по нижнему краю правой

реберной дуги

по правой передней подмышечной линии - по нижнему краю X ребра

по срединной линии - на 3 см. ниже мечевидного

отростка

Границы левой доли печени:

по левой окологрудинной линии - по нижнему краю левой рёберной дуги

по левой рёберной дуге - - 6 см. влево от срединной линии

Размеры печени:

по правой окологрудинной линии - 8 см.

по правой срединно-ключичной линии - 9 см.

по правой передней подмышечной линии - 10 см.

по левой рёберной дуге - 6 см. от срединной линии Размеры печени по Курлову:

поперечник по правой срединно-ключичной линии - 9 см.

поперечник по средней линии - 8 см.

косой размер - 7 см.

Пальпация печени по Образцову - Стражеско:

Нижний край печени у края рёберной дуги по среднеключичной линии. Край мягкий, острый, ровный, безболезненный; поверхность гладкая. Желчный пузырь не пальпипуется.

Исследования селезёнки.

Перкуссия селезёнки.

Размеры селезёнки:

Длинник - 6 см.

Поперечник - 5 см.

Селезёнка не пальпируется.

Система мочеотделения.

Почки не пальпируются. Симптом поколачивания справа и слева отрицательный.

Эндокринная система.

Щитовидная железа нормальных размеров, эластической консистенции, безболезненная.

Нервно-психическая сфера и органы чувств.

Настроение хорошее. Ориентирование в окружающей обстановке правильное. Дермографизм белый, нестойкий.

# ***Предварительный диагноз***

Артериальная гипертензия 3 риск 4, гипертонический криз 2, ИБС: стабильная стенокардия напряжения ФК 2, атеросклероз коронарных и мозговых артерий

**План обследования больного**

1. ЭКГ.

2. ОАК.

. ОАМ.

. Биохимический анализ крови.

. Узи органов брюшной полости.

. Рентгенография легких.

# ***Данные лабораторных и инструментальных исследований***

ЭКГ от 18.04.2014 Ритм синусовый, правильный. ЧСС: 96. Нормальное положение ЭОС. Признаки гипертрофии левого желудочка.

ОАМ 16.04.14

Цвет: прозрачная

Реакция: кислая

Плотность: 1015

Белок: нет

Глюкоза: нет

Эпителий: единичн.

Лейкоциты: единичн.

ОАК 16.04.14

Эритроциты: 4,36

Гемоглобин: 135

Гематокрит: 0,39

Лейкоциты: 4,0

Эозинофилы: 2

Палочкоядерные: 3

Сегментоядерные: 52

Лимфоциты: 38

Моноциты: 5

СОЭ: 3

Биохимический анализ крови 16.04.14

Мочевина: 4,9

Общий холестерин: 6,3

ЛПВП: 2,54

ЛПНП: 1,59

Билирубин: 23,1

Глюкоза: 5,6

Натрий: 143

Калий: 4,0

Хлориды: 112

АсАТ: 32

АлАТ: 38

Амилаза: 91

# ***Дифференциальный диагноз***

Ведущим патологическим синдромом является артериальная гипертензия. Артериальную гипертензию нужно дифференцировать с:

. Симптоматической АГ при феохромоцитоме.

Общие признаки:

Внезапная сильная головная боль, тахикардия, артериальная гипертензия, беспокойство, повышение температуры тела, чувство страха.

Отличия:

Для симптоматической АГ при феохромоцитоме характерны: ортостатическая гипотензия, похудание, нарушение толерантности к глюкозе, тремор, бледность кожных покровов, запоры, снижение веса, повышенный уровень катехоламинов в крови и уровень экскреции катехоламинов и их метаболитов с мочой. Указанные признаки не характерны для первичной артериальной гипертензии.

Это все говорит в пользу диагноза - гипертоническая болезнь.

. Реноваскулярной гипертонией

Общие признаки:

стабильный гипертонический синдром

Отличия:

При реноваскулярной гипертонии гипертонический синдром как правило резистентный к медикаментозной терапии, при АГ - повышенное давление без труда понижается с помощью медикаментов.

При реноваскулярной гипертонии повышено преимущественно диастолическое давление, а при АГ - систолическое.

Важный клинический признак реноваскулярной гипертонии - систолический шум, выслушиваемый в области проекции почечных артерий, при АГ такого признака не наблюдается.

# ***Клинический диагноз и его обоснование***

На основании жалоб больной (на момент поступления в стационар больная предъявляла жалобы на головокружение, головную боль в области затылка, шум в голове, тошноту приступообразные боли в области проекции сердца колющего характера, иррадиирующие под левую лопатку, возникающие при эмоциональной нагрузке, длительностью до нескольких минут и купирующиеся приёмом настойки из валерьянки, боярышника и пустырника; сердцебиение, анамнеза заболевания (считает себя больной с 1999 года, когда впервые стала ощущать повышение давления, которое сопровождалось сильной болью в затылке, головокружением, болью в области сердца, ухудшением общего состояния), анамнеза жизни (перенесенные роды, тяжелая физическая работа, профессиональные вредности, сильный психо-эмоциональный стресс, наступление периода менопаузы, наследственный анамнез отягощен - мать страдала артериальной гипертензией, сахарным диабетом), данных общего осмотра, данных лабораторных и инструментальных исследований (повышение общего холестерина, гипертрофия левого желудочка,) можно поставить диагноз:

основной: АГ 3 р.4, криз II сопутствующий: атеросклероз коронарных и мозговых артерий

артериальная гипертензия атеросклероз артерия

Осложнения: ИБС: стабильная стенокардия напряжения ФК II, сердечно-сосудистая недостаточность Н2Б

Основной диагноз АГ 3 риск 4 выставлен на основании: АД 220/120, отягощенная наследственность, повышение уровня холестерина, менопауза, гипертрофия левого желудочка, КТ-картина энцефалопатии.

криз II на основании жалоб пациентки.

ИБС, стабильная стенокардия напряжения на основании: жалобы на колющие боли после привычной физической нагрузки.

# ***Этиология и патогенез заболевания у данного больного***

Артериальная гипертензия Возможные причины развития артериальной гипертензии у данной пациентки:

. Длительное психоэмоциональное напряжение - ведущий предрасполагающий фактор гипертонической болезни.

. Фактор наследственности: частота заболеваемости АГ у наследственно предрасположенных в 5-6 раз больше. В последнее время было доказано, что ответственным за наследственность при ГБ является нарушение депонирования катехоламинов, в частности, норадреналина, что, в свою очередь, связано с нарушением соответствующей ферментативной системы. (Отягощенный наследственный анамнез: мать пациентки болела артериальной гипертензией) 3. Алиментарный фактор также играет большую роль: повышенное содержание поваренной соли, в том числе и в питьевой воде.

. Дисгармональные нарушения (пациентка находится в климактерическом периоде) Патогенез АГ представляется следующим образом: под влиянием длительного психоэмоционального напряжения у лиц с отягощенной наследственностью, с повышенной активностью гипоталамических центров увеличивается тонус симпатической системы, что в значительной степени связано с нарушением депонирования катехоламинов, происходит нарушение гемодинамики преимущественно по гиперкинетическому типу кровообращения, возникает лабильная артериальная гипертензия за счет повышенного минутного объема, затем все большее значение приобретает нарушение водно-солевого равновесия, увеличивается содержание натрия в сосудистой стенке, появляются нарушения по гипокинетическому типу кровообращения. Страдает главным образом периферическое сопротивление.

Предполагаемый путь развития заболевания:

без лечения - гипертонические кризы с поражением органов мишеней при медикаментозном лечении и поддержании АД на нормальном уровне - стабильная АГ 3 Гипертонический криз В развитии гипертонического криза важную роль играет соотношение общего периферического сопротивления сосудов к величине сердечного выброса. В результате нарушений сосудистой регуляции происходит спазм артериол, вследствие чего происходит повышение частоты сердечных сокращений, развивается порочный круг и происходит резкий подъём артериального давления, причём из-за спазма многие органы оказываются в состоянии гипоксии, что может привести к развитию ишемических осложнений.

Доказано, что при гипертоническом кризе наблюдается гиперактивность ренин-ангиотензиновой системы, что приводит к возникновению порочного круга, включающего в себя повреждение сосудов, нарастание ишемии и, как следствие, увеличение продукции ренина. Было выявлено что снижение содержания в крови вазодилататоров приводит к росту общего периферического сопротивления сосудов. В результате развивается фибриноидный некроз артериол и растёт проницаемость сосудов. Крайне важным в определении прогноза и сопутствующих осложнений является наличие и выраженность патологии свёртывающей системы крови Возможные причины развития у данной пациентки:

Психоэмоциональный стресс

Предполагаемый путь развития - рецидив

ИБС, стабильная стенокардия напряжения ФК2 Согласно современным представлениям, ИБС является патологией, основанной на поражении миокарда, которое обусловлено коронарной недостаточностью (недостаточным кровоснабжением). Нарушение баланса между потребностями миокарда в кровоснабжении и его реальным кровоснабжением Возможные причины развития данного заболевания у пациентки o Внутрисосудистые причины:Атеросклеротическое сужение просвета венечных артерий (уровень общего холестерина повышен, что может свидетельствовать о возможном наличии атеросклероза) o Причины вне сосуда:Гипертрофия миокарда (подтверждена ЭКГ) o Артериальная гипертензия.

Предполагаемый путь развития заболевания ухудшение, с возможным развитием инфаркта миокарда и ХСН.

# ***Лечение***

Режим: палатный

Диета: М

Основными принципами лечебного питания при ИБС и гипертонической болезни являются:

строгое соответствие энергетической ценности рациона энергозатратам организма;

антиатеросклеротическкая направленность диеты (снижение употребления насыщенных жиров и обогащение рациона ненасыщенными жирами);

ограничение поваренной соли до 5 граммов в день (все блюда готовят без соли) и коли-чества выпиваемой за день жидкости (1-1,5 л);

обогащение рациона продуктами, содержащими магний и калий, так как они быстрее выводятся из организма на фоне гипонатриевой диеты;

ограничение экстрактивных веществ (раздражают почки, нарушая выделение жидкости и солей из организма);

исключение раздражающих сердечно-сосудистую и нервную системы (чай, кофе);

снижение количества продуктов, вызывающих усиленное газообразование (бобы, горох, газированные напитки);

включение в диету море продуктов.

Медикаментозное лечение:

**1. Rp.: Tab.** Hypothiazidi **0,025 №20**

## *D. S. Внутрь по 1 таблетке 1 раз в день после еды.*

## *Тиазидный диуретик. Применяется при АГ.*

2. Rp.: Tab. Bisoprololi 0,01 №20

D. S. Внутрь по 1 таблетке 1 раз в день утром.

Селективный В-адреноблокатор. Применятеся при АГ и ХСН.

## *3. Rp.: Tab.* ***Verapamili*** *0,08. S. По 1 таблетке 3 раза в день.*

## *Блокаторы кальциевых каналов. Применяется при аритмиях.*

4. Rp.: Losartani 0,05. t. d. № 25 in tab.

S. Внутрь по 1 таблетке 1 раз в день.

Блокаторы рецепторов ангиотензина 2. Применяется при АГ.

5. Rp.: Zopicloni 0,0075

## *D. t. d № 20 in tab.. Внутрь по 1 таблетке 1 раз в день перед сном.*

## *Снотворное средство. Применяется при бессоннице.*

## *. Rp.: Sol. Euphyllini 2,4% -10,0. t. d. №10 in amp.. Вводить внутривенно капельно по 10 мл на 200 мл физиологического раствора.*

## *Метилксантины. Применяются для купирования приступов БА.*

## *. Rp.: Sol. Diclophenaci 2,5% -3,0. t. d. № 10 in amp.*

## *S. Вводить внутримышечно по 1 ампуле 1 раз в день при болях.*

## *НПВС. Применяется для купирования болевых приступов.*

## *. Rp.: Sol.mildrocardi 10% -5,0. t. d №10 in amp.*

## *S. Вводить по 1 ампуле внутривенно струйно 1 раз в день.*

## *Корректор метаболизма. Применяется в кардиологии в качестве добавки для нормализации клеточного обмена.*

## *Физиотерапевтическое лечение:*

## *. Электросон 1 раз в сутки, утром, 12 процедур.*

**Дневник** 17.04.2014 Общее состояние больной средней тяжести. Жалобы на головную боль в затылочной области, головокружения, общую слабость, боль в области сердца колющего характера. Над всей поверхностью легких выслушивается везикулярное дыхание, выслушиваются сухие хрипы. ЧД 18 в мин. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. Пульс 78 уд в мин. АД 130/90 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень, селезенка не пальпируются. Диурез адекватный.

.04.2014 Общее состояние больной удовлетворительное. Жалобы на общую слабость. На фоне лечения отмечает уменьшение головокружений, снижение интенсивности болей в области сердца. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледно-розового цвета. Печень, селезенка не пальпируются. Над всей поверхностью легких выслушивается везикулярное дыхание, выслушиваются сухие хрипы. ЧД 18 в мин. Пульс 80 уд в мин. АД 130/80 мм. рт. ст. Диурез адекватный.

**Профилактика заболевания** Вторичная профилактика заключается в постоянном поддержании значений АГ ниже 130/80 мм. рт. ст, а для этого необходимо ограничить потребление поваренной соли, жиров животного происхождения; питание должно быть рациональным; нужно полностью устранить отрицательные психоэмоциональные и психосоциальные стрессовые ситуации; обязательным является диспансерное наблюдение.

**Прогноз** Прогноз жизни - относительно благоприятный: артериальная гипертензия при соблюдении рекомендаций по лечению и профилактике осложнений сама по себе не является потенциально опасным для жизни заболеванием. Опасность могут представлять гипертонические кризы, прогрессирование атеросклеротических процессов в сосудах сердца и головного мозга.

Прогноз выздоровления - при соблюдении рекомендаций врача, соблюдении медикаментозной терапии возможно предотвращение прогрессирования заболевания. При несоблюдении плана лечения велика вероятность развития кризов с поражением органов-мишений.

# ***Эпикриз***

Дата поступления в стационар 16.04.2014 Клинический диагноз:

Основной: АГ 3 риск 4. Гипертонический криз II.

Осложнения: ИБС: стабильная стенокардия напряжения ФК2, сердечно-сосудистая недостаточность Н2Б Сопутствующие заболевания: Атеросклероз коронарных и мозговых артерий Жалобы при поступлении на головокружение, головную боль в области затылка, шум в голове, тошноту; приступообразные боли в области проекции сердца колющего характера, возникающие при эмоциональной нагрузке, длительностью до нескольких минут и купирующиеся приёмом настойки из валерьянки, боярышника и пустырника; сердцебиение. Анамнез заболевания (считает себя больной с 1999 года, когда впервые стала ощущать признаки повышение давления, которое сопровождалось сильной болью в затылке, головокружением, болью в области сердца, ухудшением общего состояния).

Анамнеза жизни (перенесенные роды, тяжелая физическая работа, профессиональные вредности, сильный психоэмоциональный стресс, наступление периода менопаузы, наследственный анамнез отягощен - мать страдала артериальной гипертензией).

Данных общего осмотра, данных лабораторных и инструментальных исследований (повышение общего холестерина, гипертрофия левого желудочка) Данные лабораторных и инструментальных методов исследования ОАМ 16.04.2014

Цвет: прозрачная Реакция: кислая Плотность: 1015 Белок: нет Глюкоза: нет Белок: нет Глюкоза: нет Эпителий: единичн.

Лейкоциты: единичн.

ОАК 16.04.14 Эритроциты: 4,36 Гемоглобин: 135 Гематокрит: 0,39 Лейкоциты: 4,0 Эозинофилы: 2 Палочкоядерные: 3 Сегментоядерные: 52 Лимфоциты: 38 Моноциты: 5 СОЭ: 3 Биохимический анализ крови от 16.04.14 Мочевина: 4,9 Общий холестерин: 6,3 ЛПВП: 2,54 ЛПНП: 1,59 Билирубин: 23,1 Глюкоза: 5,6 Натрий: 143 Калий: 4,0 Хлориды: 112 АсАТ: 32 АлАТ: 38 Амилаза: 91 ЭКГ от 16.04.2014 Ритм синусовый, правильный. Нормальное положение ЭОС. Гипертрофия левого желудочка.

ЭКГ от 18.04.2014 Ритм синусовый правильный. Нормальное положение ЭОС. Гипертрофия левого желудочка.

Лечение:

## *1. Гипотиазид 0,025 №20*

2. Бисопролол 0,01 №20

## *3. Верапамил 0,08*

4. Лозартан 0,05

. Зопиклон 0,0075

## *6. Эуфиллин 2,4% -10,0*

## *. Диклофенак 2,5% -3,0*

## *. Милдрокард 10% -5,0*

## *Физиотерапевтическое лечение:*

## *. Электросон 1 раз в сутки, утром, 12 процедур.*

Рекомендации по реабилитации больного в амбулаторных условиях:

Прием препаратов, поддерживающих оптимальный уровень АД, контроль за уровнем АД, диспансерное наблюдение, санаторно-курортное лечение.

# ***Литература***

1. М.Я. Жолондз Новый взгляд на гипертонию: причины и лечение. - М.: Питер, 2011. - С. 19

. - ISBN 978-5-49807-882-3 2. Шулутко Б.И., Макаренко С.В. Стандарты диагностики и лечения внутренних болезней. 3-е изд. СПб.: "Элби-СПБ", 2005