Министерство здравоохранения и социального развития

Российской Федерации

Государственное образовательное учреждение

высшего профессионального образования

ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им. И.М. СЕЧЕНОВА

ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ

КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ТЕРАПИИ №1

**История болезни**

Студентка: Сучкова О.А. группа №6 курс 4

Преподаватель: Панфёров А. С.

Дата начала курации: 21.03.13

Дата окончания курации: 29.03.13

2012 год

Ф.И.О. больной- И.Р.Р.

Возраст - 70 лет

Семейное положение - не замужем.

Профессия - врач фармацевт.

Постоянное место жительства - город Москва

Поступил в стационар 21 марта 2013 11:29

ЭТАП ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОИСКА

ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО.

Больная при поступлении предъявляла жалобы на слабость, утомляемость, повышение АД, после эмоциональной нагрузки, сопровождающееся головной болью, ощущением сердцебиения, покраснением кожи лица и шеи, потемнением в глазах.

СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ.

Мать умерла в 84 года от ЖКБ; со слов больной, страдала болезнью Альцгеймера

Заболеваний отца не помнит.

Сестра умерла от рака.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ.

Больная родилась в срок, от сверстников в развитии не отставала, образование получила законченное высшее, работала в аптеке полный рабочий день, сейчас на пенсии, не работает; профессиональные вредности присутствовали, развилась аллергия на хлор; ведет малоподвижный образ жизни; питается регулярно, соблюдает диету; жилищно-коммунальные условия удовлетворительные; инвалидности нет. Не замужем, имеет двух сыновей.

ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ.

Отрицает.

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

В детстве не болела краснухой, ветрянкой. Болела ангиной, ОРВИ.

В 1961 году была произведена операция по поводу удаления кисты яичника.

В 1971 году заболела тиреотоксикозом, лечилась в клинике эндокринологии ММА, в дальнейшем не лечилась, лечение не получала.

С 1980 года остеохондроз позвоночника, артроз суставов и кистей, стоп.

В 1999 году перенесен гипертонический криз. Проводилось лечение.

АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ.

Новокаин, Аспирин, Хлор, продукты питания.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ:

Менструации с 13 лет, регулярные.

Беременности 2, абортов не было.

Менопауза с 55 лет.

Операция левого яичника по поводу кисты в 19 лет.

Последний осмотр у гинеколога в 2009 году.

ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ.

Считает себя больной с 1999 года, когда впервые отметила резкие головокружения, шум в ушах, предобморочные состояние на фоне повышения АД до 160 мм рт.ст. Была госпитализирована в ЦКБ, где был поставлен диагноз гипертонический криз. Проводилось лечение сосудистыми препаратами, транквилизаторами с эффектом. В дальнейшем принимала ангиотензивную терапию: атенолол 25 мг/д и капотен мг/д с эффектом.

В последний год появилась неустойчивость АД, в течение 6 месяцев нарушено мочеиспускание (недержание мочи).

В мае 2004 года госпитализировалась по поводу остеоартроза с преимущественным поражением суставов позвоночника, суставов кистей, стоп. Были поставлены диагнозы дискуляторная смешанная энцефалопатия (ветреброгенная, гипертоническая) I-II ст. с явлениями вертебробазилярной недостаточности; гипертоническая болезнь II ст., II степени повышения АД, среднего риска; атеросклероз аорты; гиперлипидэмия II А типа; хронический тиреоидит; эутиреоз; постменопаузный остепороз.

Принимала атенолол, престариум, феназепам, бетасерк, сегетис, убрегит, свечи с овестином, церукал, ранисан, трихопол, амоксициллин. На фоне проводимой терапии состояние улучшилось.

В ноябре 2004 года на фоне психоэмоционального перенапряжения появились признаки вегетативной лабильности, дестабилизация АД с подьемами до 150 мм рт. ст., сопровождающиеся общей слабостью, наросли боли в суставах, в мышцах, появились нарушения сна, тревога. Была госпитализирована, проведено лечение, на фоне которого состояние улучшилось. Далее принимала атенолол в дозе 20-50 мг в сутки с контролем АД:120-110 мм рт.ст.. Самочувствие оставалось удовлетворительным.

В декабря 2009 года отметила появление сладкого привкуса во рту, тяжесть в правом подреберье после еды, дистабилизации АД до 150 мм рт.ст., возобновились вегетативные реакции, ранее беспокоившие больную, слабость. Была госпитализирована для проведения обследования, в ходе которого были выявлены конкременты в просвете желчного пузыря. В последствии была проведена плановая лапароскопическая холецистоэктомия.

В дальнейшем пациентка была переведена в клинику для обследования и подбора антигипертензивной терапии, в связи с длительными жалобами на нестабильность АД.

В настоящее время отмечается улучшение состояния, проявляющееся в отсутствии повторных приступов, что пациентка связывает с проводимым лечением и уменьшением физической нагрузки.

КОММЕНТАРИЙ.

Анализ жалоб больного и анамнеза болезни позволяет выделить в качестве ведущего синдрома повышение АД эмоционального напряжения, тяжесть в правом подреберье после приема пищи.

Выделенные жалобы и течение болезни соответствуют таковым при:

. Гипертонической болезни

. Атеросклероз

Для данных заболеваний существуют следующие факторы риска:

женский пол,

возраст старше 65 лет,

малоподвижный образ жизни,

сильные стрессы,

желчно-каменная болезнь в анамнезе.

На основании данных анамнеза и жалоб можно определить 2 степень повышения АД (до 150 мм рт ст), стадию и степень риска сердечно-сосудистых осложнений, а также окончательный диагноз можно уточнить только после 2 и 3 этапов диагностического поиска.

ЭТАП ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОИСКА

PRAESENS.

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, нормостенического телосложения.

Выражение лица не представляет болезненных проявлений.

Рост 155 см

Вес 44 кг

Температура тела 36,5 °С

АД 120/80 мм рт ст

Кожные покровы бледные, сухие, окраска слизистых розовая, эластичность кожи нормальная, тип оволосения женский, ногти нормальной формы.

Подкожная клетчатка выражена слабо, распространена равномерно.

Отеков нет. Лимфоузлы не увеличены.

Развитие мышечной системы удовлетворительное.

Грудная клетка конической формы. При сравнительной перкусси в симметричных участках грудной клетки звук ясный, легочный. Очаговых изменений перкуторного звука не отмечается.

Границы легких в пределах нормы.

Высота стояния верхушек:

Справа спереди - 3 см выше уровня ключицы

Справа сзади - на уровне остистого отростка VII шейного позвонка

Слева спереди - 3,5 см выше уровня ключицы

Слева сзади - 0,5 см выше уровня остистого отростка VII шейного позвонка

Ширина полей Кренинга справа - 5 см, слева - 5,5 см.

Нижние границы легких:

Справа:

Среднеключичная линия - VI ребро

Передняя подмышечная линия - VII ребро

Средняя подмышечнвя линия - VIII ребро

Задняя подмышечная линия - X ребро

Лопаточная линия - X ребро.

Околопозвоночная линия - остистый отросток XI грудного позвонка.

Слева:

Среднеключичная линия - VI ребро

Передняя подмышечная - VII ребро

Средняя подмышечная линия - VIII ребро

Задняя подмышечная линия - IX ребро

Лопаточная линия - X ребро

Околопозвоночная линия - остистый отросток XI грудного позвонка.

Подвижность нижнего края легких сохранена. Дыхание везикулярное. Частота дыхания - 18 в минуту (в покое).

Верхушки легких выступают над ключицами справа на 3,0 см, слева на 3,0 см, сзади на уровне остистого отростка III шейного позвонка.

При осмотре области сердца нет видимой пульсации верхушечного толчка. Верхушечный толчок слабо пальпируется в V межреберье по левой передней подмышечной линии.

Границы относительной и абсолютной сердечной тупости не расширены.

Относительная тупость:

правая граница: в IV межреберье на 1 см кнаружи от правой окологрудинной линии;

верхняя граница: по III ребру на 1 см кнаружи от левого края грудины;

левая граница: в V межреберье на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии;

поперечник относительной тупости - 11 см,

ширина сосудистого пучка - 5 см

Конфигурация сердца нормальная.

Абсолютная сердечная тупость:

правая граница - линия: по правой окологрудинной линии;

верхняя граница - линия: 4 ребро;

левая граница - линия: на 2 см кнутри от левой среднеключичной линии.

Ширина абсолютной тупости : 5 см

Аускультация сердца:

Тоны сердца нормальной звучности.

Ритм сердечных сокращений правильный. Шумов нет.

При осмотре и пальпации височные, сонные, подключичные, плечевые, бедренные, подколенные, задние большеберцовые артерии и артерии стопы неизвитые, мягкие, с эластичными тонкими стенками.

Пульс одинаковый на правой и левой лучевых артериях, ритмичный, с частотой - 60 в минуту, хорошего наполнения, напряженный, нормальной величины и формы.

При аускультации артерий патологических изменений нет.

АД

Живот симметричный, в акте дыхания участвует. При поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. При глубокой - пальпируются все отделы толстого кишечника, нормального тонуса, безболезненный.

Печень и селезенка не увеличены.

Верхняя граница соответствует нижней границе правого легкого; нижняя граница проходит по передней подмышечной линии.

Край печени закруглен, поверхность печени гладкая, консистенция эластиная, безболезненная.

Симптомы Ортнера и Мэрфи отрицательные.

Френикус-симптом слева и справа отрицательные.

Область проекции поджелудочной железы при пальпации безболезненна.

Границы абсолютной печеночной тупости:

Верхняя граница:

По правой передней подмышечной линии - VII ребро

По правой среднеключичной линии - VI ребро

По правой окологрудинной линии - V межреберье

Нижняя граница:

По правой передней подмышечной линии - XI ребро;

По правой среднеключичной линии - на 2см ниже края ребеной дуги;

По правой окологрудинной линии - на 4см ниже края реберной дуги;

По передней срединной линии - на 6см ниже основания мечевидного отростка

Левая граница на 2 см выступает за левую окологрудинную линию.

Высота печеночной тупости

По правой передней подмышечной линии - 17см

По правой среднеключичной линии - 14см

По правой окологрудинной - 13см

Нервно-психический статус.

Больная правильно ориентирована в пространстве, времени и собственной личности. Легко идет на контакт с окружающими. Сон нарушен. Настроение нормальное, спокойное.

КОММЕНТАРИЙ.

На втором этапе диагностического поиска не обнаружено других симптомов, подтверждающих диагноз гипертонической болезни и атеросклероза. Нет данных и для определения стадии и риска сердечно-сосудистых осложнений гипертонической болезни. Т.о. поставновка окончательного диагноза возможна только после третьего этапа диагностического поиска.

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО

. Общий анализ крови

. Биохимический анализ крови

. Коагулограмма

. ЭКГ

. Рентгенография грудной клетки

. Эхокардиграфия

Предварительный диагноз.

Гипертоническая болезнь, 2 степень (повышение АД до 150 мм.рт.ст), стадию и риск уточнить можно только после проведения третьего этапа диагностического поиска.

III ЭТАП ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ПОИСКА

ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | 22.03.13 | Норма | Единицы измерения |
| Эритроциты | 4.296 | 3.9 - 5.0 | 1012/л |
| Hb | 126.6 | 120 - 160 | г/л |
| Ht | 37.05 | 36 - 48 | % |
| MCV | 86.2 | 75 - 95 | мкм3 |
| MCH | 29.48 | 24.5 - 34.5 | пг |
| MCHC | 341.8 | 300 - 380 | г/л |
| Тромбоциты | 327.1 | 150 - 400 | 109/л |
| СОЭ | 12.0 | 3 - 14 | мм/ч |
| Лейкоциты | 10.11 | 4.0 - 9.0 | 109/ч |
| Гранулоциты | 75.0 | 43 - 76 | % |
| Лимфоциты | 43.58 | 19 - 37 | % |
| Моноциты | 7.16 | 3 - 11 | % |

БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ 22.03.13

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Результат | Единица | Отклонение | Нормальные величины |
| Щел. фосфатаза | 51 | Ед/л | (\*--) | 32 - 92 |
| Триглицериды | 0.86 | ммоль/л | (\*--) | 0.57 - 2.28 |
| Общ. холестерин | 5.55 | ммоль/л | (--\*) | 3.88 - 6.47 |
| ЛПВП-хс | 2.01 | ммоль/л | (--\*) | 0.7 - 2.3 |
| ЛПНП-хс | 3.4 | ммоль/л | (-\*-) | 2.6 - 4.2 |
| ЛПОНП-хс | 0.17 | ммоль/л | (\*--) | 0.114 - 0.455 |
| Г-ГТ | 26 | ед/л | (\*--) | 6 - 61 |
| АСТ | 27 | ед/л | (--\*) | 0 - 40 |
| АЛТ | 20 | ед/л | (-\*-) | 0 - 41 |
| Общий белок | 73.5 | г/л | (--\*) | 57 - 82 |
| Альбумин | 43 | г/л | (--\*) | 32 - 48 |
| Креатинин | 0.61 | мг/дл | (--\*) | 0.5 - 1.2 |
| Глюкоза | 5.2 | ммоль/л | (\*--) | 4.1 - 5.9 |
| Азот мочевины | 3.6 | ммоль/л | (-\*-) | 3.2 - 8.2 |
| Мочевая кислота | 230.8 | мкмоль/л | (\*--) | 145 - 415 |
| Общий билирубин | 11.9 | мкмоль/л | (\*--) | 5.0 - 21.0 |
| Na+ | 140 | мэкв/л | (-\*-) | 132 - 149 |
| K+ | 3.6 | мэкв/л | (--\*) | 3.5 - 5.5 |
| КФК | 43 | ед/л | (\*--) | 38 - 174 |

КОАГУЛОГРАММА 2.10.12

АЧТВ (нормализованное отношение) 1.93 (0.75 - 1.25)

Протромбиновый индекс 102 (85 - 110%)

Протромбиновое соотношение ( 0.85 - 1.15)

Фибриноген 3.87 (1.85 - 4.5 г/л)

ЭКГ

Ритм правильный, синусовый. ЧСС = 61 уд/мин.- 154 мсек; P-Q(R) - 170 мсек; QRS - 90 мсек.

Рентгенография грудной клетки.22.03.2013

Легкие без свежих очаговых и инфильтративных изменений, соответсвуют возрасту. Корни легких структурны. Диафрагма обычно расположена. Плевральные синусы свободны. Сердце и аорта рентгенологичнски не изменены.

На боковой рентгенограмме в грудном отделе позвоночника определяется умеренно выреженный остеохондроз.

Эхокардиографическое исследование. 2.10.12

Полость левого желудочка Dd 4.8 (N до 5,5см) KDO 89мл; KSO 35мл (по Simpson)

Толщина стенок ЛЖ: МЖП 0.9 см (N до 1,0см); ЗС 1,0см (N до 1,1см)

Глобальная сократительная функция ЛЖ: не нарушена ФИ = 61% (N от 55%)

Нарушений локальной сократимости не выявлено:

Базальные: передне-перегородочный - нормокинез, передний - нормокинез, передне-боковой - нормокинез, задне-боковой - нормокинез, задний - нормокинез, задне-перегородочный - нормокинез.

Средние: передне-перегородочный - нормокинез, передний - нормокинез, передне-боковой - нормокинез, задне-боковой - нормокинез, задний - нормокинез, задне-перегородочный - нормокинез.

Верхушечные: передний - нормокинез, перегородочный - нормокинез, задний - нормокинез, боковой - нормокинез.

Диастолическая функция: снижена Е/А = 0,67

Полость правого желудочка: 1,8 (N до 2,6см),

Толщина свободной стенки ПЖ: 0,37 (N до 0,5см), характер движения стенок:не изменен.

Левое предсердие: 42мл. Правое предсердие: 34мл (по Simpson).

Межпредсердная перегородка: без особенностей.

Нижняя полая вена коллабирует после вдоха более, чем на 50%.

Митральный клапан: уплотнение фиброзного кольца, Рмакс=2,6мм.рт.ст., митральная регургитация: нет.

Аортальный клапан: уплотнение створок фиброзного кольца, Рмакс=5,1мм.рт.ст., аортальная регургитация: нет.

Трикуспидальный клапан: не изменен, трикуспидальная регургитация: нет.

Клапан легочной артерии: признаков легочной гипертензии нет, легочная регурция: нет.

Диаметр корня аорты: 3,3см. Стенки уплотнены.

Наличие жидкости в полости перикарда: нет.

Заключение: атеросклеротические изменения аорты, аортального клапана, фиброзных колец, снижение диастолической функции левого желудочка.

КОММЕНТАРИЙ.

Результаты третьего этапа диагностического поиска подтверждают диагноз гипертоническая болезнь (атеросклеротические изменения аорты, аортального клапана, фиброзных колец, снижение диастолической функции левого желудочка).

Умеренно выраженный остеохондроз позвоночника может отчасти объяснить частые головные боли, однако для окончательной постановки диагноза необходимо КТ шейного и грудного отдела позвоночника.

Клинический диагноз.

Гипертоническая болезнь, 2 степень, 2 стадия, риск 2.

Атеросклероз аорты.

Лечение

гипертонический болезнь атеросклероз аорта

Немедикаментозные методы, целью которых стоит устранение факторов, способствующих развитию гипертонической болезни:

. Диетические рекомендации:

Ограничение потребления поваренной соли (менее 5г/сут) (потребление поваренной соли приводит к повышению содержания натрия в крови, осмотическое давление в кровеносном русле уменьгается и жидкость из межклеточного пространства переходит в кровь, т.о. ОЦК увеличивается и артериальное давление возрастает);

увеличение потребления продуктов, богатых калием, кальцием и магнием.

. Санитарно курортное лечение.

Медикаментозное лечение.. Гипертоническая болезнь.

.тиозидные диуретики - снижение ОЦК

(Гидрохлортиозид 12,5 мг)

. b-адреноблокаторы - снижение сердечного выброса, при систематическом применении снижение общего перефирического сопротивления.

(Небиволол 5 мг в сутки). Атеросклеротические средства - предупреждение тромбообразования

Аспирин 100 мг/сут