СПБ ГБОУ «Фельдшерский техникум»

Академическая история болезни по терапии

Диагноз: Гипертоническая болезнь III стадии

Атеросклероз коронарных артерий

Санкт-Петербург, 2013

1. Паспортная часть

Ф.И.О.

Дата Рождения: 11 марта 1946г. (67 лет)

Место жительства: Лен. Область, г. Приозерск

Профессия: Пенсионер, библиотекарь

Место работы: Средняя школа г. Приозерск

Дата госпитализации: 24 октября 2013г.

Диагноз при поступлении: Гипертоническая болезнь III стадии.

Атеросклероз коронарных артерий.

ИБС. Прогрессирующая стенокардия.

Постинфарктный кардиосклероз (Инфаркт миокарда от 2009 года)

Сахарный диабет II типа. Инсулиннезависимый. Легкая форма. Компенсированный.

НК I-II.

. Жалобы

Жалобы на головную боль в затылочной и височных областях, головокружение, мелькание мушек перед глазами, тошноту.

Жалуется на ноющие, интенсивные сильные резкие острые сжимающие боли в области сердца и за грудиной, возникающие после физической нагрузки, эмоциональной нагрузки или в покое, иррадиирующие под левую лопатку, в левую половину шеи и левую мочку уха, продолжающиеся от нескольких секунд до нескольких минут, которые не купируются нитропрепаратами и сопровождающиеся инспираторной одышкой.

Так же жалобы на повышенную слабость, утомляемость, снижение работоспособности и снижение массы тела при обычном питании, появление отеков на ногах к вечеру.

3. Анамнез заболевания

Считает себя больной с 2008 года, когда после сильного стресса начались головные боли, головокружение и шум в ушах, на фоне подъема артериального давления до 150/90 мм.рт.ст., приступообразные боли за грудиной интенсивного сжимающего характера после физической и эмоциональной нагрузки, проходящие самостоятельно после прекращения нагрузки; в связи с чем была направлена участковым терапевтом в ЛОКБ для уточнения диагноза и назначения лечения, где после 10 дней лечения был поставлен диагноз: Гипертоническая болезнь II-А и было назначено лечение гипотензивными препаратами. В течении 5 месяцев чувствовала себя удовлетворительно, к врачам не обращалась.

В мае 2009 года была госпитализирована в реанимацию с обширным инфарктом миокарда и через 1 месяц была переведена в ЛОКД для реабилитации; где после ряда исследования был обнаружен сахарный диабет II типа (уровень сахара в крови натощак поднимался до 10 ммоль/л), в связи с чем была рекомендована диета и медикаментозное лечение (таблетки Метформин); так же произведена коррекция гипотензивных препаратов.

С 2012 года стали появляться гипертонические кризы (3-4 в год).

До сентября 2013 года чувствовала себя удовлетворительно, пока не появились ноющие, интенсивные сильные резкие острые сжимающие боли в области сердца и за грудиной, возникающие после физической нагрузки, эмоциональной нагрузки или в покое, иррадиирующие под левую лопатку, в левую половину шеи и левую мочку уха, продолжающиеся от нескольких секунд до нескольких минут, которые не купируются нитропрепаратами и сопровождающиеся инспираторной одышкой; обратилась к участковому терапевту, где был поставлен диагноз прогрессирующая стенокардия.

октябр 2013 года в плановом порядке поступила в ЛОКБ для корректировки лечения, так как препараты, которые она принимает перестали давать лечебный эффект.

4. Анамнез жизни

Социальный анамнез: Родилась 11 марта 1946года, в г. Ленинград в срок от второй беременности. Беременность протекала без патологий. Имеет старшего брата (72 года) и младшую сестру (63 года). В школу пошла в возрасте 7 лет, училась со средней успеваемостью. От сверстников в умственном и физическом развитии не отставала. После окончания школы поступила в училище на специальность «Библиотечное дело», после чего работала библиотекарем в школьной библиотеке.

Проживает в двухкомнатной квартире с мужем (70 лет). Материально-бытовые условия удовлетворительные. Питание регулярное, соблюдает диету. Есть кот и собака.

Перенесенные заболевания: ОРВИ (1 раз в год), детские инфекции (корь, ветряная оспа, краснуха). 1990 год - перелом левой плечевой кости.

Аллергологический анамнез: аллергических реакций на пищевые продукты и лекарственные препараты не отмечалось.

Наследственность: отец умер во время ВОВ. Мать умерла от инсульта, страдала гипертонической болезнью.

Семейный анамнез: замужем, имеет двух детей: сына 43 года и дочь 40 лет.

Гинекологический анамнез: Первые месячные в 14 лет, регулярные.

Менопауза в возрасте 50 лет.

Эпидемиологический анамнез: Гепатит, венерические заболевания, малярию, тифы и туберкулез отрицает. За последние шесть месяцев кровь не переливалась, у стоматолога не лечилась, инъекции не производились, за пределы города не выезжала. Контакта с инфекционными больными не отмечает. Стул обычного цвета, регулярный -1 раз в день, оформленный, без примесей.

Вредные привычки: Не курит. Алкоголь и наркотические средства не употребляет.

Предварительный диагноз: выявлена патология сердечно-сосудистой и эндокринной систем.

. Общий осмотр

состояние: удовлетворительное

сознание: ясное

положение: активное

тип конституции: нормостенический

внешний вид соответствует паспортным данным.

Состояние питания: рост - 158см

вес - 65кг

температура - 36,6С

подкожно-жировая складка в области пупка - 2см (питание достаточно).

Кожные покровы физиологической окраски, умеренно влажные, чистые, эластичность снижена. Слизистая конъюнктивы глаз розовая, влажная, чистая; склеры бледные. Слизистая щек, мягкого и твердого неба, задней стенки глотки и небных дужек розовая, влажная, чистая. Миндалины не выходят за приделы небных дужек. Десна не изменены. Зубы без изменений. Язык обычных размеров, влажный, сосочки выражены.

Ногти овальной формы, розового цвета.

Отмечаются отеки на ногах.

Пальпируются подчелюстные лимфоузлы, размером 0,5 см не спаяны с окружающей средой, единичне, безболезненные, кожа над ними не изменена.

Подмышечные лимфоузлы, размером 1 см не спаяны с окружающей средой, единичные, безболезненные, кожа над ними не изменена.

Осанка правильная, подвижность позвоночника снижена в шейном отделе, походка без особенностей. Суставы обычной конфигурации, симметричные, движения в них в полном объеме, безболезненные. Мышечный корсет развит удовлетворительно, симметрично, тонус мышц сохранен.

Область щитовидной железы без изменений.

. Система органов дыхания

Осмотр:

Форма грудной клетки усеченный конус, симметрична, равномерно участвует в акте дыхания. Ключицы и лопатки расположены симметрично, над- и подключичные ямки выражены.

Смешанный тип дыхания.

ЧДД - 18 в минуту, средней глубины. Дыхание симметрично. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не учавствует.

Пальпация:

Грудная клетка регидна, безболезненна. Голосовое дрожание одинаково над симметричными участками легких.

Перкуссия:

При сравнительной перкуссии перкуторный звук ясный легочной, одинаковый над симметричными участками грудной клетки.

Таблица 1 Топографическая перкуссия

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линия | Правое легкое | Левое легкое |
| Парастернальная | 5 межреберье | - |
| Среднеключичная | 6 межреберье | - |
| Переднеподмышечная | 7 межреберье | 7 межреберье |
| Среднеподмышечная | 8 межреберье | 8 межреберье |
| Заднеподмышечная | 9 межреберье | 9 межреберье |
| Лопаточная | 10 межреберье | 10 межреберье |
| Паравертебральная | Остистый отросток 11 грудного позвонка |

Высота стояния верхушек: спереди правое легкое - 4см

левое легкое - 4см

сзади правое легкое - 7см

левое легкое - 7см

Таблица 2 Подвижность нижнего легочного края (по лопаточной линии):

|  |  |
| --- | --- |
| Справа | Слева |
| На вдохе | На выдохе | Сумма | На вдохе | На выдохе | Сумма |
| 3 | 3 | 6 | 3 | 3 | 6 |

Аускультация:

Дыхание везикулярное, хрипов нет.

. Сердечно-сосудистая система

Осмотр:

При осмотре верхушечный толчок не виден, сердечный толчок не обнаруживается.

Видимой патологической пульсации шейных вен и периферических сосудов нет.

Пальпация:

Пульс - 60 уд. в минуту, симметричный, напряженный, удовлетворительного наполнения, ритмичный.

Верхушечный толчок пальпируется на уровне 5 межреберья на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. Площадью - 2,5 см; разлитой, приподнимающий, усиленный.

Эпигастральная пульсация сверху вниз.

Таблица 3 Перкуссия:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Абсолютная граница | Относительная граница |
| Правая | 4 межреберье по левому краю грудины | 4 межреберье на 1 см кнаружи от правой окологрудинной линии |
| Верхняя | 4 ребро по левой окологрудинной линии | 3 ребро по левой окологрудинной линии |
| Левая | по левой среднеключичной линии | 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии |

## Сосудистый пучок не выходит за пределы грудины в 1-м и 2-м межреберьях

Аускультация:

Тоны сердца приглушены, ритмичные. Систолический шум на верхушке сердца, акцент II тона на аорте.

Артериальное давление 130/70 мм.рт.ст.

. Система органов пищеварения

Осмотр: Слизистая щек, мягкого и твердого неба, задней стенки глотки и небных дужек розовая, влажная, чистая. Миндалины не выходят за приделы небных дужек. Десна не изменены. Зубы без изменений, кариозных зубов нет. Язык обычных размеров, влажный, сосочки выражены.

Живот правильной формы, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания, пупок втянут.

Пальпация:

Поверхностная - живот мягкий, безболезненный. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Глубокая - Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде эластического цилиндра, с ровной поверхностью шириной 2 см, подвижная, урчащая, безболезненная. Слепая кишка пальпируется в правой подвздошной области в виде эластичного цилиндра, с ровной поверхностью шириной 1,5см. Поперечно-ободочная кишка не пальпируется. Желудок и поджелудочная железа не пальпируется.

Нижний край печени острый, ровный, эластичный, безболезненный, на уровне края правой реберной дуги; поверхность печени гладкая. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Мерфи, Ортнера-Грекова, Мюсси-Георгиевского - отрицательные. Селезенка не пальпируется.

Перкуссия:

над всей поверхностью кишечника и желудка - тимпанит. Свободной жидкости в брюшной полости нет.

Размеры печени по Курлову: по правой среднеключичной линии 10 см, по передней срединной линии 8 см, по левой реберной дуге 7 см.

Аускультация: над всей поверхностью выслушиваются шумы кишечной перистальтики.

Мочевыделительная система.

В области поясницы видимых изменений не обнаружено. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Эндокринная система.

Нарушение роста, телосложения не обнаруживается. Физическое и умственное развитие соответствует возрасту и полу. Оволосение по женскому типу. Щитовидная железа не увеличена, безболезненна, без уплотнений и узелков.

Предварительный диагноз: у данной больной выявлены синдром артериальной гипертензии, болевой синдром.

Дополнительные методы исследования. Лабораторные методы.

. Клинический анализ крови.

. Общий анализ мочи.

. Кал на я/г

. Реакция Вассермана

. Определение группы крови

. Биохимический анализ крови ( общий белок, белковые фракции, АЛТ, АСТ, глюкоза крови, холестерин)

. Исследование сахарной кривой

. Суточный мониторинг сахара. Инструментальные методы

. ЭКГ

. Рентген органов грудной клетки

. Мониторинг АД

9. Результаты лабораторно-инструментальных методов

1. Клинический анализ крови.

Эритроциты- 3,9х10^12/л Hb- 140 г/л Цвет. Показатель- 1,0 Лейкоциты- 5х10^9/л Нейтрофилы - 60%

Лимфоциты- 30% Моноциты- 9%

Эозинофилы -1%

Базофилы - 0% CОЭ- 8мм/ч

2. Общий анализ мочи

Цвет соломенно-желтая Белок нет Прозрачность Прозрачная Сахар + Реакция нейтральная Уробилин (-) Уд. вес 1,025 Желч. пигменты (-) Лейкоциты 1 в поле зрения Эритроциты свеж. 0-1 в поле зрения Эпителий плоский 0-1 в поле зрения

. Кал на я/г - отрицательный

. RW (-)

. I (А) Rh (+)

. Биохимический анализ крови

Общий белок 7,0г% (6-8)

Альбумин 4,3г% (3,5-5,0)

Неорганический фосфор 3,9мг% (2,5-4,5)

Глюкоза 130мг% (80-120)

Общий билирубин 0,7мг% (0,1-1,0)

Прямой билирубин 0,2мг% (0-0,3)

ХС-ТГ 224мг/дл (200-400)

Белковая фракция альбуминов 50% (54-62)

,4% (2,7-5,1)

,0% (7,4-11,2)

,0% (11,7-15,3)

,0% (15,6-21,4)

тимоловая проба 2,4ед (0-4)

фибриноген 9,0мг/мл (6,5-11,0)

холестерин 7,0 ммоль/литр

СРБ отриц.

АЛТ 19мг

АСТ17мг

7. ЭКГ - на экг признаки гипертрофии левого желудочка, рубцовые изменения в передне-боковой и задней поверхностях миокарда.

8. На рентгене - гипертрофия левого желудочка.

9. Сахарная кривая:

Количество сахара в крови натощак 7,5 ммоль/л

Нагрузка 100 гр. Сахара 10,0 ммоль/л

Количество сахара через 30 мин. 8,5 ммоль/л

Количество сахара через 60 мин. 9,0 ммоль/л

10. Клинический диагноз и его обоснование

Диагноз: Гипертоническая болезнь III стадии.

Атеросклероз коронарных артерий.

ИБС. Прогрессирующая стенокардия.

Постинфарктный кардиосклероз (Инфаркт миокарда от 2009 года)

Сахарный диабет II типа. Инсулиннезависимый. Легкая форма. Компенсированный.

НК I-II.

На основании жалоб больной на головную боль в затылочной и височных областях, головокружение, мелькание мушек перед глазами, тошноту,

ноющие, интенсивные сильные резкие острые сжимающие боли в области сердца и за грудиной, возникающие после физической нагрузки, эмоциональной нагрузки или в покое, иррадиирующие под левую лопатку, в левую половину шеи и левую мочку уха, продолжающиеся от нескольких секунд до нескольких минут, которые не купируются нитропрепаратами и сопровождающиеся инспираторной одышкой; можно предположить диагноз Гипертоническая болезнь, ИБС. Прогрессирующая стенокардия.

Из данных анамнеза заболевания что считает себя больной с 2008 года, когда после сильного стресса начались головные боли, головокружение и шум в ушах, так же подъем артериального давления до 150/90 мм.рт.ст., приступообразные боли за грудиной интенсивного сжимающего характера после физической и эмоциональной нагрузки, проходящие самостоятельно после прекращения нагрузки; была направлена участковым терапевтом в ЛОКБ для уточнения диагноза и назначения лечения, где после 10 дней лечения был поставлен диагноз: Гипертоническая болезнь II-А и было назначено лечение гипотензивными препаратами.

В мае 2009 года была госпитализирована в реанимацию с обширным инфарктом миокарда после чего была переведена в ЛОКД для реабилитации; с 2012 года стали появляться гипертонические кризы (3-4 в год).

Подтверждаем диагноз: Гипертоническая болезнь III стадии, ИБС. Прогрессирующая стенокардия.

При пальпации определяется эпигастральная пульсация (сверху вниз), что свидетельствует о повышении АД.

Верхушечный толчок пальпируется на уровне 5 межреберья на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. Площадью - 2,5 см; разлитой, приподнимающий, усиленный, что говорит о гипертонической болезни.

При аускультации: Тоны сердца звучные, ритмичны. Систолический шум на верхушке сердца, акцент II тона на аорте, что подтверждает гипертоническую болезнь.

На ЭКГ и рентгене, а так же из данных топографической перкуссии выявлены признаки гипертрофии левого желудочка, что подтверждает гипертоническую болезнь, а наличие осложнений в виде инфаркта миокарда ставим III стадию.

Так же на ЭКГ выявлены рубцовые изменения, в связи с чем ставим постинфарктный кардиосклероз.

Сахарный диабет II типа. Инсулиннезависимый. Легкая форма. Компенсированный, ставим на основании лабораторных данных и из данных анамнеза заболевания ((уровень сахара в крови натощак поднимался до 10 ммоль/л), в связи с чем была рекомендована диета, а после и медикаментозное лечение (таблетки Метформин))

В следствии застоя крови в большом круге кровообращения (наличие отеков) и в малом круге (одышка при физической нагрузке) можно поставить НК I-II.

. Дифференциальный диагноз

Ведущим синдромом при гипертонической болезни является синдром артериальной гипертензии. Этот синдром встречается также при вторичных артериальных гипертензиях. Вторичные артериальные гипертензии можно предположить если АГ развивается у лиц молодого возраста, отмечается острое развитие и быстрая стабилизация АГ на высоких цифрах, резистентность к гипотензивной терапии, злокачественный характер течения АГ. Основными признаками ренопаренхиматозной артериальной гипертензии являются: наличие заболевания почек в анамнезе; изменения в анализах мочи (протеинурия более 2 г/сут, цилиндрурия, гематурия, лейкоцитурия, высокая концентрация креатинина крови); признаки поражения почек при УЗИ.

Вазоренальная АГ - симптоматическая АГ, вызванная ишемией почек вследствие нарушения проходимости почечных артерий. Заболевание возникает в возрасте до 30 лет или после 50 лет, семейный анамнез АГ отсутствует. Характерны быстрое прогрессирование заболевания, высокое АД, резистентность к лечению, сосудистые осложнения, определяются следующие симптомы: шум в проекции почечных артерий, гипокалиемия, ассиметрия почек при УЗИ. Подтверждает диагноз определение активности ренина плазмы с каптоприловым тестом.

Феохромоцитома- катехоламинпродуцирующая опухоль. В 50% постоянная, в 50% сочетается с кризами (пароксизмальная форма). При пароксизмальной форме возникновению гипертонических кризов способствуют эмоциональное напряжение, неудобное положение туловища, пальпация опухоли. Приступ возникает внезапно, сопровождается ознобом, чувством страха.

АГ при первичном альдостеронизме имеет следущие особенности: изменения на ЭКГ в виде уплощения зубца Т, мышечная слабость, полиурия, головная боль, полидипсия, парастезии, судороги, миалгии. Ведущий клинико-патогенетический признак - гипокалиемия.

АГ при гипотиреозе - высокое диастолическое АД, уменьшение ЧСС и сердечного выброса.

Характерные признаки гипертиреоза - увеличение ЧСС и сердечного выброса, преимушественно изолированная систолическая АГ с нормальным диастолическим давлением.

Одной из самых важных задач является проведение дифференциальной диагностики между стенокардией и инфарктом миокарда. Это является актуальным и в связи с тем, что любой приступ стенокардии может являться началом инфаркта миокарда. В связи с этим, если болевой синдром при стенокардии длится более 15-20 минут, имеет необычную интенсивность и не купируется нитроглицерином, а так же болевой приступ имеет свои особенности:

• продолжительность боли колеблется от нескольких часов до нескольких суток;

• характерна более обширная локализация боли, часто она охватывает обширный участок в области грудины, в области сердца, справа от грудины или по всей поверхности грудной клетки, в эпигастральной области;

• иррадиация более распространенная, чем при стенокардии: в обе руки, в живот, под обе лопатки;

• боль, как правило (за редким исключением), - чрезвычайно сильная, подчас невыносимая, обычно давящая, сжимающая. Больные весьма образно описывают болевые ощущения, характеризуя их как "взяли в тиски", "на грудь положили плиту", реже разрывающая, жгучая, неопределенная по характеру;

• при приступе стенокардии больные неподвижно застывают, для инфаркта характерно выраженное двигательное беспокойство, возбуждение. Чем сильнее боль, тем больше больной мечется, безуспешно стараясь найти позу, облегчающую страдания;

• для купирования приступа недостаточно принять нитраты, необходимо прибегать к назначению наркотических анальгетиков.

Основным диффдиагностическим критерием являются прямые признаки некроза миокарда, в первую очередь электрокардиографические и биохимические. Достоверным ЭКГ признаком некроза сердечной мышцы является: появление на фоне болевого приступа патологического зубца Q(более 0,04с и глубже 1/3 зубца R) для крупноочагового инфаркта и появление монофазной кривой (зубца QS) при трансмуральном поражении. Для мелкоочагового инфаркта миокарда характерными являются признаки ишемического повреждения ( смещение сегмента ST выше или ниже изолинии) и тяжелой ишемии (появление высоких остроконечных, равнобедренных или отрицательных зубцов T) Наряду с электрокардиографическими критериями большое значение имеют биохимические: повышение уровня в плазме крови аминотрансфераз (АСТ, АЛТ).

гипертонический болезнь атеросклероз

12. Лечение и его обоснование

Режим: общий

Диета: стол №9, с ограничением жидкости и соли.

. Валз: 1таблетка(80мг) 1 раз в день (утром)

. Кардиомагнил: 1 таблетка(75мг) 1 раз в день (в обед)

. Аторвастатин: 1 таблетка (10мг) 1 раз в день (в обед)

. Каптоприл (при кризовых подъемах АД) 1таб. под язык

. Метформин 1 таблетка(850мг) 1 раз в день (вечером)

. Сустак 1 таблетка(2,9мг) 2 раза в день (утром и вечером перед едой)

Валз (Valz)

Доза: 80мг

Способ применения: внутрь, не зависимо от приема пищи.

Механизм действия: Комбинированный антигипертензивный препарат, состоящий из блокатора рецепторов ангиотензина II и тиазидного диуретика.

Валсартан- периферический вазодилататор, оказывает гипотензивное и диуретическое действие. Специфический блокатор AT1-рецепторов ангиотензина II, не ингибирует АПФ; не влияет на содержание общего холестерина, ТГ, глюкозы и мочевой кислоты, не вступает во взаимодействие и не блокирует рецепторы других гормонов или ионные каналы, имеющие значение для регуляции функций сердечно-сосудистой системы. Отмечается снижение АД, не сопровождающееся изменением частоты пульса.

Гидрохлоротиазид- тиазидный диуретик средней силы. Снижает реабсорбцию натрия на уровне кортикального сегмента петли Генле, не влияя на ее участок, проходящий в мозговом слое почки, что определяет более слабый диуретический эффект по сравнению с фуросемидом. Блокирует карбоангидразу в проксимальном отделе извитых канальцев, усиливает выведение с мочой калия (в дистальных канальцах натрий обменивается на калий), гидрокарбонатов и фосфатов. Практически не влияет на кислотно-основное состояние (ионы натрия выводится либо вместе с ионами хлора, либо с гидрокарбонатом, поэтому при алкалозе усиливается выведение гидрокарбоната, при ацидозе - хлора). Повышает выведение магния; задерживает в организме ионы кальция и ураты. Диуретический эффект развивается через 1-2 ч, достигает максимума через 4 ч, продолжается 10-12 ч. Действие снижается при уменьшении скорости клубочковой фильтрации и прекращается при ее величине менее 30 мл/мин. Снижает АД за счет уменьшения ОЦК, изменения реактивности сосудистой стенки, снижения прессорного влияния эндогенных катехоламинов (адреналина, норадреналина) и усиления депрессорного влияния на ганглии.

Показания к применению: артериальная гипертензия (пациентам, которым показана комбинированная терапия).

Противопоказания: - нарушения функции печени, связанные с непроходимостью желчных путей (в т.ч. билиарный цирроз, холестаз);

анурия;

хроническая почечная недостаточность (КК менее 30 мл/мин), в т.ч. пациенты, находящиеся на гемодиализе;

гипонатриемия, гипокалиемия, гиперкальциемия, гиперурикемия с клиническими проявлениями, рефрактерные к адекватной терапии;

системная красная волчанка;

возраст до 18 лет (безопасность и эффективность не установлены):

беременность;

период лактации (грудное вскармливание);

повышенная чувствительность к компонентам препарата.

С осторожностью следует применять препарат при стенозе почечной артерии (одностороннем или двустороннем), трансплантации почки (нет данных по безопасности при применении валсартана у пациентов, недавно перенесших трансплантацию почки); состояниях, сопровождающихся снижением ОЦК (в т.ч. диарея, рвота); одновременно с препаратами солей калия, калийсберегающими диуретиками, а также с лекарственными средствами, которые могут вызвать повышение концентрации калия в крови (например, гепарином); одновременно с тиазидными диуретиками; слабых или умеренно выраженных нарушениях функции печени при отсутствии явлений холестаза.

Побочное действие: Со стороны нервной системы:головокружение, чувство усталости.

Со стороны пищеварительной системы:диарея, боль в животе, тошнота.

Со стороны дыхательной системы:кашель, ринит, фарингит.

Со стороны мочевыделительной системы:нарушение функции почек, гиперкреатининемия.

Со стороны обмена веществ:гиперкалиемия.

Аллергические реакции:кожная сыпь, ангионевротический отек, зуд, сывороточная болезнь, васкулит.

Прочие:вирусные инфекции, снижение показателя гематокрита, артралгия, боль в груди.

Потенциально возможны при применении валсартана:отеки, бессонница, астения, снижение либидо (менее 1%).

Потенциально возможны при применении гидрохлоротиазида:нарушения водно-электролитного баланса; часто - крапивница, снижение аппетита, тошнота, рвота, ортостатическая гипотензия, снижение потенции; редко - фотосенсибилизация, запор или диарея, неприятные ощущения в животе, внутрипеченочный холестаз, желтуха, аритмии, головная боль, депрессия, парестезии, нарушения зрения, тромбоцитопения, иногда с пурпурой; очень редко - некротизирующий васкулит, токсический эпидермальный некролиз (синдром Лайелла), кожные реакции, напоминающие СКВ, обострение кожных проявлений СКВ, панкреатит, лейкопения, агранулоцитоз, угнетение костного мозга, гемолитическая анемия, пневмонит, отек легких.

2. Кардиомагнил (Сardiomagnyl)

Доза: 75мг

Способ применения: внутрь, независимо от приема пищи

Механизм действия: Кардиомагнил обладает антиагрегантным действием, является нестероидным противовоспалительным средством. Противоспалительный эффект связан с необратимой ингибицией циклооксигеназы-1 за счет реакции ацетилирования. Тромбоксан А2 под влиянием ацетилсалициловой кислоты (АСК) снижается в результате селективной ингибиции его синтеза. Вероятно, есть и другие механизмы снижения агрегации тромбоцитов при действии АСК. Гидроксид магния обладает защитным действием на слизистую желудка, что важно при приеме АСК.

Показания: Превентивная терапия повышенной агрегации тромбоцитов при: тромбозах и эмболиях, ишемической болезни сердца, инфаркте миокарда, ишемических инсультах и нарушениях мозгового кровообращения, мигрени. Используется для профилактики тромбозов в сердечно-сосудистой хирургии (в послеоперационном периоде после коронарной ангиопластики, аортокоронарном шунтировании).

Противопоказания:

• Склонность к кровотечением или недавний эпизод кровотечения (геморрагический диатез, геморрагический инсульт, гипотромбинемия, желудочно-кишечное кровотечение, гемофилия);

• бронхиальная астма в ответ на введение АСК;

• аллергия к компонентам препарата (особенно АСК);

• дефицит глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы;

• почечная недостаточность;

• прием метотрексата в дозе более 15 мг/неделю;

• возраст до 18 лет.

Побочный эффект: Аллергические реакции, бронхоспазм, геморрагический инсульт, кровотечение из ЖКТ. Могут встретиться изжога, диспепсические расстройства, синдром раздраженного кишечника, язвы слизистой ЖКТ, прободение имеющейся язвы ЖКТ. В клиническом анализе крови определяется эозинофилия, снижение количества тромбоцитов, апластическая анемия, нейтропения, агранулоцитоз. В коагулограмме отмечается гипопротромбинемия. Редко отмечается головная боль, шум в ушах, сонливость, головокружение.

3. Аторвастатин (Atorvastatinum)

Доза: 10мг

Способ применения: внутрь, независимо от приема пищи

Механизм действия: Конкурентно селективно ингибирует ГМГ-КоА-редуктазу, превращающую 3- гидрокси −3-метилглутарил-КоА в мевалоновую кислоту (предшественник стеролов, включая холестерин). Триглицериды и холестерин в печени включаются в состав ЛПОНП, поступают в плазму и транспортируются в периферические ткани. Из ЛПОНП образуются ЛПНП, которые катаболизируются при взаимодействии с высокоаффинными рецепторами ЛПНП. Повышение плазменных уровней общего холестерина, холестерина ЛПНП, аполипопротеина В способствует развитию атеросклероза и является фактором риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, тогда как повышение уровня ЛПВП ассоциировано со снижением риска сердечно-сосудистых осложнений.

Аторвастатин снижает уровни холестерина и липопротеинов в плазме крови, ингибируя ГМГ-КоА-редуктазу, а также тормозит синтез холестерина в печени, увеличивая число ЛПНП- рецепторов на поверхности клеток, способствует усилению захвата и катаболизма ЛПНП. Подавляет образование ЛПНП и число частиц ЛПНП. Уменьшает уровень холестерина-ЛПНП у больных гомозиготной семейной гиперхолестеринемией, которая обычно устойчива к терапии гиполипидемическими средствами.

Показания: Первичная гиперхолестеринемия (гетерозиготная семейная и несемейная гиперхолестеринемия, по Фредриксону тип IIa), комбинированная (смешанная) гиперлипидемия (по Фредриксону типы IIb и III), дисбеталипопротеинемия (по Фредриксону тип III) (в качестве дополнения к диете), семейная эндогенная гипертриглицеридемия (по Фредриксону тип IV), резистентная к диетическим методам лечения. Гомозиготная наследственная гиперхолестеринемия (в качестве дополнения к гиполипидемической терапии, в т.ч. аутогемотрансфузии очищенной от ЛПНП крови). Заболевания сердечно-сосудистой системы (в т.ч. у пациентов без клинических проявлений ИБС, но имеющих повышенные факторы риска ее возникновения- возраст старше 55 лет, никотиновая зависимость, артериальная гипертензия, генетическая предрасположенность), в т.ч. на фоне дислипидемии- вторичная профилактика с целью снижения суммарного риска смерти, инфаркта миокарда, инсульта, повторной госпитализации по поводу стенокардии и необходимости в реваскуляризации.

Противопоказания: Гиперчувствительность, заболевания печени в активной стадии (в т.ч. активный хронический гепатит, хронический алкогольный гепатит), повышение активности печеночных трансаминаз (более чем в 3 раза по сравнению с верхней границей нормы) неясного генеза, печеночная недостаточность, цирроз печени любой этиологии, беременность и период лактации.

Побочное действие: Со стороны нервной системы и органов чувств:≥2%- головная боль, астенический синдром, инсомния, головокружение; <2%-недомогание, сонливость, кошмарные сновидения, амнезия, парестезии, периферическая нейропатия, эмоциональная лабильность, нарушение координации движений, паралич лицевого нерва, гиперкинез, депрессия, гиперестезия, амблиопия, сухость конъюнктивы, нарушение аккомодации глаза, кровоизлияние в глаз, глаукома, шум в yшах, глухота, паросмия, потеря вкусовых ощущений, извращение вкуса.

Со стороны сердечно-сосудистой системы:≥2% - боль в груди; <2% - сердцебиение, вазодилатация, обморок, мигрень, постуральная гипотензия, повышение АД, флебит, аритмия, стенокардия, анемия, лимфаденопатия, тромбоцитопения.

Со стороны респираторной системы:≥2% - синусит, фарингит, бронхит, ринит; <2% - пневмония, диспноэ, бронхиальная астма, носовое кровотечение.

Со стороны органов ЖКТ:≥2% - боль в животе, запор или диарея, диспепсия, метеоризм, тошнота; <2%- анорексия или повышение аппетита, сухость во рту, отрыжка, дисфагия, рвота, стоматит, эзофагит, эрозивно-язвенные поражения слизистой оболочки полости рта, гастроэнтерит, гастрит, энтерит, колит, хейлит, язва двенадцатиперстной кишки, язва желудка, панкреатит, желчная колика, холестатическая желтуха, нарушение функции печени, гепатит, ректальное кровотечение, мелена, кровоточивость десен, тенезмы.

Со стороны опорно-двигательного аппарата:≥2% - артралгия, миалгия, артрит; <2%- ригидность мышц шеи, судороги мышц ног, бурсит, тендосиновит, миастения, миозит, кривошея, мышечный гипертонус, контрактуры суставов.

Со стороны мочеполовой системы:≥2%- урогенитальные инфекции, периферические отеки; <2% - гематурия, альбуминурия, учащение мочеиспускания, цистит, дизурия, никтурия, нефролитиаз, недержание мочи или задержка мочеиспускания, императивные позывы на мочеиспускание, нефрит, вагинальное кровотечение, маточное кровотечение, метроррагия, эпидидимит, снижение либидо, импотенция, нарушение эякуляции.

Со стороны кожных покровов:<2%- алопеция, ксеродермия, повышенное потоотделение, акне, экзема, себорея, язвы кожи, экхимозы, петехии.

Аллергические реакции:≥2%- кожная сыпь; <2%- отек лица, генерализованный отек, кожный зуд, контактный дерматит, крапивница.

Прочие:≥2%- инфекции, случайная травма, гриппоподобный синдром, боль в спине; <2% - повышенная температура тела, фотосенсибилизация, повышение массы тела, увеличение молочных желез, гипергликемия, гипогликемия, повышение сывороточной креатинфосфокиназы, ЩФ, повышение АЛТ или АСТ, обострение подагры.

4. Каптоприл (Captoрril )

Доза: 25 мг

Способ применения: под язык

Механизм действия: Является ингибитором ангиотензинконвертируюшего фермента, препятствующего превращению физиологически неактивного ангиотензина I в ангиотензин II - основной компонент ренинангибтензиновой системы, обладающей выраженным вазоконстрикторным (сужающим просвет сосудов) действием. Гипотензивный (снижающий артериальное давление) эффект препарата обусловлен снижением уровня в крови ангиотензина II, уменьшением образования альдостерона и (предположительно) аккумуляцией (накоплением) вазодепрессорного (расширяющего просвет сосудов) брадикинина, в частности при низком и нормальном уровне ренина в плазме крови. Препарат снижает периферическое сосудистое сопротивление (сопротивление сосудов току крови), уменьшает постнагрузку (давление крови в аорте за счет снижения периферического сосудистого сопротивления), снижает давление в правом предсердии и малом (легочном) круге кровообращения. Понижает образование альдостерона в надпочечниках.

Показания: Эссенциальная гипертония (стойкий подъем артериального давления неясной причины); почечные гипертонии (стойкий подъем артериального давления, обусловленный заболеванием почек), особенно реноваскулярные (обусловленные нарушением кровоснабжения почек), как средство выбора при лечении резистентной (устойчивой) к другим препаратам артериальной гипертонии.

Противопоказания: Повышенная чувствительность к препарату, склонность к отекам, стеноз (сужение) почечных артерий, состояние после пересадки почек, сужение аорты, сужение митрального клапана, миокардиопатия (болезни сердца неясного или спорного происхождения не воспалительной природы), первичный гиперальдостеронизм (повышенное выделение гормона альдостерона вследствие гиперплазии или опухоли коры надпочечников, сопровождающееся отеками, скоплением жидкости в брюшной полости, повышением артериального давления), беременность, кормление грудью. Детям до 14 лет препарат не назначают. Пациентам, деятельность которых связана с необходимостью быстрой концентрации внимания и быстрой реакцией (водители автотранспорта, операторы и т.д.), соблюдать осторожность при лечении препаратом. Следует воздерживаться от алкоголя во время лечения препаратом.

Побочное действие: Макулопапулезные высыпания на коже (кожная сыпь), изменения вкуса, протеинурия (повышенное выведение белка с мочой), повышение уровня креатинина в плазме, лейкопения (снижение уровня лейкоцитов в крови) и агранулоцитоз (резкое снижение уровня гранулоцитов в крови).

5. Метформин (Metformin)

Доза: 850мг

Способ применения: внутрь, до еды

Механизм действия: Бигуанид, гипогликемическое средство для перорального приема. У больных сахарным диабетом снижает концентрацию глюкозы в крови путем угнетения глюконеогенеза в печени, уменьшения всасывания глюкозы из ЖКТ и повышения ее утилизации в тканях; Снижает концентрацию в сыворотке крови ТГ, холестерина и ЛПНП (определяемых натощак) и не изменяет концентрацию липопротеинов др. плотностей. Стабилизирует или снижает массу тела. При отсутствии в крови инсулина терапевтический эффект не проявляется. Гипогликемических реакций не вызывает. Улучшает фибринолитические свойства крови за счет подавления ингибитора активатора профибринолизина (плазминогена) тканевого типа.

Показания: сахарный диабет II типа.

Противопоказания: Гиперчувствительность, гипергликемическая кома, кетоацидоз, ХПН, заболевания печени, ХСН, острый инфаркт миокарда, нарушение дыхания, дегидратация, инфекционные заболевания, обширные операции и травмы, алкоголизм, гипокалорийная диета (менее 1000 ккал/сут), лактоацидоз (в т.ч. в анамнезе), беременность, период лактации. Препарат не назначается за 2 сут перед хирургическими операциями, радиоизотопными, рентгенологическими исследованиями с введением контрастного ЛС и в течение 2 дней после их проведения.

Побочное действие: Со стороны пищеварительной системы: тошнота, рвота, "металлический" привкус во рту, снижение аппетита, диспепсия, метеоризм, боль в животе. Со стороны обмена веществ: в отдельных случаях - лактоацидоз (слабость, миалгия, респираторные нарушения, сонливость, боль в животе, гипотермия, снижение АД, рефлекторная брадиаритмия), при длительном лечении - гиповитаминоз B12 (нарушение всасывания). Со стороны органов кроветворения: в отдельных случаях - мегалобластная анемия. Аллергические реакции: кожная сыпь.

6. Сустак (Sustac)

Доза: 2,9мг

Способ применения: внутрь, перед едой.

Механизм действия: Венодилатирующее средство из группы нитратов. Нитраты способны высвобождать из своей молекулы оксид азота, являющийся естественным эндотелиальным релаксирующим фактором - медиатором прямой активации гуанилатциклазы. Повышение концентрации цГМФ приводит к расслаблению гладкомышечных волокон (преимущественно венул и вен). Оказывает антиангинальное и спазмолитическое действие, расслабляет гладкую мускулатуру сосудистых стенок, бронхов, ЖКТ, желчевыводящих путей, мочеточников. При в/в введении вызывает быстрое уменьшение преднагрузки на сердце за счет расширения периферических вен. Уменьшает приток крови к правому предсердию, способствует снижению давления в "малом" круге кровообращения и регрессии симптомов при отеке легких, снижает постнагрузку, потребность миокарда в кислороде (за счет снижения преднагрузки, постнагрузки и напряжения стенок желудочков в связи с уменьшением объема сердца). Способствует перераспределению коронарного кровотока в области со сниженным кровообращением. Оказывает центральное тормозящее влияние на симпатический тонус сосудов, угнетая сосудистый компонент формирования болевого синдрома. Вызывает расширение мозговых сосудов, чем объясняется головная боль при его применении.

Показания: ИБС: стенокардия (лечение, профилактика), инфаркт миокарда (реабилитация). Для в/в введения - острый инфаркт миокарда (в т.ч. осложненный острой ЛЖ недостаточностью); нестабильная и постинфарктная стенокардия; отек легких, стенокардия (рефрактерность к др. видам терапии), управляемая гипотензия во время оперативных вмешательств с целью уменьшения кровотечения в операционном поле, окклюзия центральной артерии сетчатки глаза.

Противопоказания: Гиперчувствительность, одновременное использование силденафила.C осторожностью. Для всех форм (сопоставляя риск и пользу) - геморрагический инсульт, внутричерепная гипертензия, острый инфаркт миокарда с низким давлением заполнения ЛЖ (риск снижения АД и тахикардии, которые могут усилить ишемию), ХСН с низким давлением заполнения ЛЖ, глаукома (риск повышения внутриглазного давления), тяжелая анемия, тиреотоксикоз, артериальная гипотензия с низким систолическим АД (может усугубить состояние, вызвав парадоксальную брадикардию и приступы стенокардии), ГКМП (возможно учащение приступов стенокардии), тяжелая почечная недостаточность, печеночная недостаточность (риск развития метгемоглобинемии), беременность, период лактации, возраст до 18 лет (безопасность применения не установлена). Для пролонгированных лекарственных форм для приема внутрь (дополнительно) - повышенная перистальтика ЖКТ, синдром мальабсорбции. Для в/в введения (дополнительно): ЧМТ (повышает внутричерепное давление), тампонада сердца, констриктивный перикардит, гиповолемия (должна быть скорректирована перед использованием нитроглицерина - риск выраженного снижения АД)

Побочное действие: Со стороны ССС: головокружение, головная боль, тахикардия, гиперемия кожи, жар, снижение АД; редко (особенно при передозировке) - ортостатический коллапс, цианоз. Со стороны пищеварительной системы: сухость во рту тошнота, рвота, боль в животе. Со стороны ЦНС: редко (особенно при передозировке) - тревожность, психотические реакции, заторможенность, дезориентация. Аллергические реакции: редко - кожная сыпь, зуд. Местные реакции: гиперемия кожи, зуд кожи, жжение, аллергический контактный дерматит. Прочие: нечеткость зрения, слабость, гипотермия, метгемоглобинемия.Передозировка. Симптомы: снижение АД (ниже 90 мм рт.ст.) с ортостатической дисрегуляцией, рефлекторная тахикардия, головная боль; могут развиться астения, головокружение, повышенная сонливость, чувство жара, тошнота, рвота; при применении в высоких дозах (более 20 мг/кг) - коллапс, цианоз, метгемоглобинемия, диспноэ и тахипноэ.

13. Эпикриз

Больная Архипова Н.И. 1946 года рождения, находиться на стационарном лечении в кардиологическом отделении ЛОКБ с 24.10.13 с диагнозом: Гипертоническая болезнь III стадии.

Атеросклероз коронарных артерий.

ИБС. Прогрессирующая стенокардия.

Постинфарктный кардиосклероз (Инфаркт миокарда от 2009 года)

Сахарный диабет II типа. Инсулиннезависимый. Легкая форма. Компенсированный.

НК I-II.

Результаты лабораторных и инструментальных методов:

Клинический анализ крови.

Эритроциты- 3,9х10^12/л Hb- 140 г/л Цвет. Показатель- 1,0 Лейкоциты- 5х10^9/л Нейтрофилы - 60%

Лимфоциты- 30% Моноциты- 9%

Эозинофилы -1%

Базофилы - 0% CОЭ- 8мм/ч

. Общий анализ мочи

Цвет соломенно-желтая Белок нет Прозрачность Прозрачная Сахар + Реакция нейтральная Уробилин (-) Уд. вес 1,025 Желч. пигменты (-) Лейкоциты 1 в поле зрения Эритроциты свеж. 0-1 в поле зрения Эпителий плоский 0-1 в поле зрения

. Кал на я/г - отрицательный

. RW (-)

. I (А) Rh (+)

. Биохимический анализ крови

Общий белок 7,0г% (6-8)

Альбумин 4,3г% (3,5-5,0)

Неорганический фосфор 3,9мг% (2,5-4,5)

Глюкоза 130мг% (80-120)

Общий билирубин 0,7мг% (0,1-1,0)

Прямой билирубин 0,2мг% (0-0,3)

ХС-ТГ 224мг/дл (200-400)

Белковая фракция альбуминов 50% (54-62)

,4% (2,7-5,1)

,0% (7,4-11,2)

,0% (11,7-15,3)

,0% (15,6-21,4)

тимоловая проба 2,4ед (0-4)

фибриноген 9,0мг/мл (6,5-11,0)

холестерин 7,0 ммоль/литр

СРБ отриц.

АЛТ 19мг

АСТ17мг

7. ЭКГ - на экг признаки гипертрофии левого желудочка, рубцовые изменения в передне-боковой и задней поверхностях миокарда.

. На рентгене - гипертрофия левого желудочка.

9. Сахарная кривая:

Количество сахара в крови натощак 7,5 ммоль/л

Нагрузка 100 гр. Сахара 10,0 ммоль/л

Количество сахара через 30 мин. 8,5 ммоль/л

Количество сахара через 60 мин. 9,0 ммоль/л

Проведенное лечение:

Режим: общий

Диета: стол №9, с ограничением жидкости и соли.

Валз: 1таблетка(80мг) 1 раз в день (утром)

Кардиомагнил: 1 таблетка(75мг) 1 раз в день (утром)

Аторвастатин: 1 таблетка (10мг) 1 раз в день (утром)

Каптоприл (при кризовых подъемах АД) 1таб. под язык

Метформин 1 таблетка(850мг) 1 раз в день (вечером)

Сустак 1 таблетка(2,9мг) 2 раза в день (утром и вечером перед едой)

На данный момент состояние удовлетворительное, продолжает получать назначенную терапию.

Рекомендации:

- Явка к участковому терапевту 8.10.13

соблюдение диеты, стол № 9, с ограничением жидкости и соли

– медикаментозная терапия:

– Валз: 1таблетка(80мг) 1 раз в день (утром)

Кардиомагнил: 1 таблетка(75мг) 1 раз в день (утром)

Аторвастатин: 1 таблетка (10мг) 1 раз в день (утром)

Каптоприл (при кризовых подъемах АД) 1таб. под язык

Метформин 1 таблетка(850мг) 1 раз в день (вечером)

Сустак 1 таблетка(2,9мг) 2 раза в день (утром и вечером перед едой)

– ЭКГ 1 раз в месяц

– Санаторно-курортное лечение в Сестрорецке.

– ЛФК

– Массаж