МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

САМАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

САМАРСКИЙ ВОЕННО-МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ТЕРАПИИ

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Диагностирование и лечение гипертонической болезни III степени, III стадии, IV группы риска

Самара

Общие сведения

гипертоническая болезнь сахарный диабет

Ф.И.О. Л.А.И.

Возраст: 73 года

Профессия: пенсионерка, до 1996 - термист широкого профиля

Место постоянного жительства

Дата поступления в стационар

Дата выписки

Жалобы, предъявляемые больной

Пациентка жалуется на повышение АД (200/110 мм рт. ст.), головная боль, головокружение, тошнота, дискомфорт в области сердца

Также больная жалуется на слабость, сухость во рту, обильное мочеиспускание.

История настоящего заболевания

Считает себя больной с 1996 года, когда впервые отметила значительное повышение артериального давления до 170 мм рт. ст., сопровождавшееся головной болью и тошнотой. По этому поводу обратилась в поликлинику по месту жительства, где впервые был поставлен диагноз гипертоническая болезнь II степень, II стадия, III группа риска (высокий риск). С тех пор регулярно принимает следующие препараты: гипотиазид, эналаприл. Наблюдается в поликлинике. 02.08.2010 была госпитализирована с диагнозом: гипертонический криз и повышением давления до 230/100 мм.рт.ст. После криза и выписки повышенное давление не снижалось. За этот период 5 раз вызывала скорую помощь по поводу повышенного давления. Участковый терапевт сменил схему лечения на кордарон, верошпирон, престариум, но без ожидаемого эффекта. После чего 22.08.2010 вновь вызвала скорую помощь и была госпитализирована в ГКБ №3.

Перенесенные ранее заболевания, травматические повреждения, ранения, контузии, операции

Корь, краснуха, ветрянка в детском возрасте.

Оперирована по поводу глаукомы правого глаза в марте 1999. Удалена катаракта левого глаза в сентябре 2001.

Серьёзных травматических повреждений, контузий не было

Венерические заболевания, болезнь Боткина, туберкулез, СПИД отрицает.

Семейный анамнез

Мать умерла от сахарного диабета II типа в возрасте 68 лет. Отец умер от аденомы предстательной железы в возрасте 56 лет. Младший брат умер от саркомы в возрасте 52 лет.

Аллергологический анамнез

Аллергические реакции на пищевые продукты, алкогольные напитки, косметические средства, пыль, контакты с животными отрицает. Аллергические заболевания в семье в прошлом и в настоящем отрицает.

Гемотрансфузии не проводились.

Гинекологический анамнез

Количество беременностей - 6, родов - 2, абортов - 3, выкидышей - 1, менструации с 13 лет, 5-6 дней, безболезненные. В менопаузе с 60 лет.

История жизни

Родилась в г.Куйбышеве, вторым по счету доношенным ребенком в семье. Росла и развивалась соответственно полу и возрасту. Материально-бытовые условия в детстве были удовлетворительными. С 7 лет пошла в школу, окончила 7 классов. С 15 лет работала в «горячем цехе» (1 категория). Профессиональные вредности: высокая температура. С 45 лет на пенсии.

Проживает с сыном. Жилищно-бытовые условия удовлетворительные. Питание полноценное, регулярное. Режим труда и отдыха соблюдает, питание регулярное, вредные привычек (курение, употребление алкогольных напитков) не имеет.

Данные объективного обследования больной

Наружное исследование

Общее состояние средней тяжести, положение активное. Сознание ясное, выражение лица обычное. Конституция гиперстеническая. Рост 164 см. Вес 90 кг. ИМТ = 33,46 (90/2,6896) кг/м2.

Кожные покровы бледной окраски, депигментации нет. Кожа эластичная, обычной влажности, сыпи, варикозного расширения вен нет Видимые слизистые бледно-розовой окраски, без высыпаний и налёта.

Голова пропорциональна размерам туловища. Телосложение правильное. Подкожно-жировая клетчатка развита избыточно.

Пальпируемые лимфатические узлы (затылочные, околоушные, подчелюстных, шейные, над- и подключичные, подмышечные, паховые) не увеличены, подвижны, безболезненны, поверхность их гладкая, консистенция мягкая, они не спаяны с кожей, окружающей клечаткой и между собой. Кожа над ними не изменена.

Костно-мышечная система. Искривления и утолщений костей нет. При пальпации болезненность в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. Части скелета пропорциональны, деформаций нет.

Нервная система

Больная в пространстве, времени и собственной личности ориентирована. Контактна, эмоционально лабильна. Память ослаблена. Настроение ровное.

Поведение адекватно окружающей обстановке. Мышление не нарушено.

Сон глубокий, ровный, продолжительный.

Обоняние и вкус сохранены, глазные щели округлые. Аккомодация и конвергенция содружественны. Слух сохранён. Речь понятная. Походка обычная. Координация движений не нарушена. В позе Ромберга устойчива. Менингеальные симптомы, дермографизм отсутствуют.

Органы дыхания

Голос нормальный. Форма грудной клетки цилиндрическая. Симметричность ее движений сохранена. Над- и подключичные ямки сглажены, одинаково выражены справа и слева. Межреберные промежутки не выбухают. Ключицы, лопатки располагаются на одном уровне. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Правая и левая половины грудной клетки синхронно участвуют в дыхании.

Вспомогательные мышцы в акте дыхания не участвуют. Тип дыхания-смешанный. Частота дыхания - 16 в минуту. Ритм дыхания

правильный. Эластичность грудной клетки в норме. При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки звук легочный с коробочным оттенком. Границы легких в норме. При аускультации: над поверхностью легких определяется везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы не выслушиваются.

Сравнительная перкуссия легких

При сравнительной перкуссии в симметричных участках грудной клетки звук легочный с коробочным оттенком. Границы легких в норме. При аускультации: над поверхностью легких определяется везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы не выслушиваются.

Топографическая перкуссия легких

Высота стояния верхушек легких спереди определяется на расстоянии 3 см от середины ключиц. Высота стояния верхушек легких сзади определяется на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка. Поля Кренига над областью верхушек легких имеют ширину 4 см.

Подвижность нижних краев легких

Линии Правое лёгкое Левое лёгкое

Срединно- ключичная 4 см 4 см

Средняя подмышечная 6 см 6 см

Лопаточная 4 см 4 см

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Место перкуссии | Правое легкое | Левое легкое |
| linea parasternalis | Верхний край 6 ребра | 4-е ребро |
| linea medioclavicularis | 6-е ребро | 6-е ребро |
| linea axillaris anterior | 7-е ребро | 7-е ребро |
| linea axillaris media | 8-е ребро | 8-е ребро |
| linea axillaris posterior | 9-е ребро | 9-е ребро |
| linea scapularis | 10-е ребро | 10-е ребро |
| linea paravertebralis | остистый отросток 11-го грудного позвонка | остистый отросток 11-го грудного позвонка |

Бронхофония одинакова с обеих сторон.

Голосовое дрожание одинаково в симметричных участках. Трение плевры отсутствует.

Органы кровообращения

Изменений грудной клетки в области сердца нет. Верхушечный толчок не пальпируется. Правожелудочковый толчок не пальпируется. Перкуссия: границы относительной тупости сердца: правая - по правому краю грудины, левая - по левой среднеключичной линии в пятом межреберье, верхняя - в третьем межреберье на 1 см кнаружи от левой грудинной линии. Сосудистый пучок 5 см, не выходит за пределы грудины. Аускультация: тоны сердца глухие, акцент второго тона над аортой. Ритм сердечных сокращений правильный. Частота сердечных сокращений 88 в минуту. Добавочные тоны, экстратоны отсутствуют. Шумы сердца не выявлены. Пульс одинаковый на правой и левой лучевых артериях, ритмичный, с частотой 88 в минуту, равномерный, полный. Дефицита пульса нет. Артериальное давление на момент осмотра: на правой руке - 210/90; на левой руке - 140/70 мм рт. ст.

Органы пищеварения

Полость рта санирована. Слизистые губ, рта розовые, влажные, чистые, блестящие, без высыпаний, без трещин. Имеются кариозные зубы. Десны розовые, без патологических изменений. Язык розовый, сосочки без изменений, влажный, имеется белый налет на спинке языка. Зев розовый, миндалины без изменений, слизистая влажная.

Осмотр живота: форма живота овальная, живот участвует в акте дыхания, не выбухает. Участков гиперпигментации нет, пупок без изменений.

Пальпация живота:

Поверхностная: живот мягкий, безболезненный, увеличения внутренних органов, расхождений мышц брюшной стенки не обнаружено.

Глубокая: пальпируются сигмовидная, слепая, нисходящая ободочная кишки; поперечная и восходящая ободочные кишки не пальпируются.

Свойства пропальпированных участков кишок:

сигмовидная кишка - гладкий плотный цилиндр толщиной 2 см, безболезненная, не урчит, смещается в обе стороны на 3 см;

слепая кишка - напряженный цилиндр, расширяющийся книзу с закругляющимся дном, урчащий при надавливании, безболезненная, подвижная;

нисходящая ободочная кишка - гладкий плотный цилиндр толщиной 1,5 см, безболезненная, не урчит, смещается в обе стороны на 4 см.

Большая кривизна желудка и привратник не пальпируются. Поджелудочная железа не пальпируется. Свободная жидкость в брюшной полости не обнаруживается.

Стул регулярный, оформленный.

Гепатолиенальная система

Перкуссия границ абсолютной печеночной тупости: Верхняя граница: соответствует нижней границе правого легкого. Нижняя граница: по нижнему краю реберной дуги. Высота печеночной тупости: правая передняя подмышечная линия - 9 см; правая среднеключичная линия - 9 см; правая окологрудинная линия - 8 см. Нижний край печени умеренно плотный, с гладкой поверхностью, закругленный, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Желчный пузырь не пальпируется. Болезненности при пальпации в точках желчного пузыря не выявлено. Симптомы Курвуазье, Ортнера, Захарьина, Василенко, Георгиевского-Мюсси, Мерфи отрицательны. Поджелудочная железа не пальпируется. Болезненность в зоне Шоффара, точке Дежардена отсутствует. Симптом Мейо-Робсона отрицателен.

Органы мочевыделения

Кожные покровы в области анатомической проекции почек нормальной температуры и цвета.

Мочеиспускание регулярное, безболезненное. Суточный диурез - 2 литра.

Почки не пальпируются с обеих сторон.

Симптом поколачивания (Пастернацкого) отрицательный с обеих сторон.

Мочевой пузырь не перкутируется.

Мочеточниковые точки безболезненны.

Системы крови и гемостаза

Нарушений трофики(выпадение и ломкость волос,изменение формы ногтей), трещин, «заед» в углах рта, кровоизлияний в кожу, сосудистых «звездочек». гепатомегалии, спленомегалии, увеличения лимфатических узлов, аномалий развития не выявлено.

Эндокринная система

Половые органы соответствуют возрасту. Экзофтальм и другие глазные симптомы отсутствуют. Щитовидная железа не увеличена, безболезненна при пальпации.

Дифференциальный диагноз

Метод идентификации:

Стойкое повышение артериального давления и гипертонические кризы возможны при гипертонической болезни, что подтверждается жалобами (головокружение, тошнота), анамнезом. По данным осморта выявлена гипертрофия левого желудочка ( ЛЖТ в 5 межреберье по срединоключичной линии, совпадает с левой границей сердца усиленный). Тоны сердца тихие, акцент второго тона над аортой. Поскольку пациентке 73 года, это является фактором риска для гипертонической болезни. Для подтверждения данного диагноза нам необходимы данные холтеровского мониторирования и консультация офтальмолога.

Метод исключения

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 (синдром Конна) имеет следущие особенности: мышечная слабость, полиурия, головная боль, полидипсия, парастезии, судороги, миалгии.

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

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

Синдром (болезнь) Иценко-Кушинга. Для него характерны: лунообразное лицо, ожирение с преимущественным отложением жира в подкожной клетчатке туловища и шеи, плетора, гирсутизм и мускулинизация у женщин и феминизация у мужчин, нередко остеопороз и патологические проблемы.

На основании вышеперечисленного, методом исключения можно сказать,что артериальная гипертензия у пациентки связанна с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Предварительный диагноз

Гипертоническая болезнь III степень, III стадия, IV группа риска (очень высокий). Гипертонический криз I типа (неосложнённый) от 2.08.2010. Абдоминальное ожирение, II степень.

Дата: Подпись куратора:

План обследования

1. Общий анализ крови

2. Общий анализ мочи

. Кровь на сахар

. Кровь на реакцию Вассермана

. Кровь на ВИЧ и гепатиты В и С

. ЭКГ

. Биохимическое исследование крови: общий белок, мочевина, креатинин, общий билирубин, общий холестерин, липидный профиль, глюкоза, сиаловые кислоты, С-реактивный белок, фибриноген, ПТИ, МНО, АЧТВ,ферменты (АлАТ, АсАТ, ЛДГ1, КФК, КФК МВ, тропонины Т и I), миоглобин, ионы (К+, Na+, Cl-), натрийуретический пептид, кортикостероиды.

. ЭхоКГ

. Рентгенография грудной клетки

. Гастроскопия.

. УЗИ почек

. Анализ мочи по Нечипоренко

. Гемостазиограмма

. Маркеры воспаления

. Консультация офтальмолога

. Консультация эндокринолога

Данные дополнительных методов исследования

Общий анализ мочи от 23.08.10:

Количество 160 мл

Цвет желтый

рН 6

удельный вес 1004

Прозрачность неполная

Белок нет

Сахар 0,8 ммоль/л

Желчные пигменты нет

Уробилин в норме

Лейкоциты единичные в поле зрения

Биохимия крови от 24.08.10:

ALT 42 ABOVE NORM 5-41

Cholesterol 254 mg/dl ABOVE NORM 140-240

AST 35 9-38Protein 7,3 g/dl 6,0-8,315,8 mg/dl 35-16021,0 mg/dl 5,0-23,0 1,0 mg/dl 0,5-1,1

Общий анализ крови от 23.08.10:

СОЭ 15 мм/ч

Лейкоциты 5,01\* 109г/л

Эритроциты 4,62\* 1012 г/л

Гемоглобин 135 г/л

Гематокрит 40,2%

Средний объем эритроцитов 87,1 фл

Тромбоциты 25 %

Нейтрофилы 65%

Лимфоциты 28 %

Моноциты 3 %

ЭКГ от 01.08.10: Ритм синусовый, правильный. Вольтаж удовлетворительный. ЧСС - 60 ударов в минуту. Имеются признаки гипертрофии левого желудочка в виде прогрессивного нарастания зубца R в V5-V6, где он превышает зубец R в V4.

Консультация эндокринолога от 24.08.10:

Сахарный диабет выявлен в 2010 году, получает диабетон по 1 таблетке 2 раза в день.

Диагноз:Сахарный диабет, II типа, средней степени тяжести.

Дифференциальный диагноз

Метод идентификации:

На основании ЭКГ:

Гипертрофия левого желудочка в виде прогрессивного нарастания зубца R в V5-V6, где он превышает зубец R в V4.

Метод исключения:

При хроническом диффузном гломерулонефрите (гипертоническая и смешанная формы) кроме гипертензии характерны отечный и мочевой синдромы, снижения удельной плотности мочи, часто гипохромная анемия. У данной курируемой больной отечного и мочевого синдромов, анемии не выявляется, удельная плотность мочи в норме - 1004 г/см. АД - на правой руке 160/95 мм рт. ст., на левой руке 150-90 мм рт. ст.

При поликистозе почек, повышение АД часто обусловливает двухсторонний поликистоз почек. При пальпации - почки бугристые, полиурия (суточный диурез 2-3 л и больше), гипостенурия, признаки ХПН при вполне удовлетворительном состоянии больной. Наследственный характер заболевания. У данной курируемой больной -наследственной предрасположенности не выявляется, почки не пальпируются, признаков ХПН не обнаружено.

При аномалии развития почек, наиболее часто встречается удвоение почек с одной или обеих сторон, нередко сочетание с пиелонефритом. У данной курируемой больной аномалий развития почек нет.

При хроническом пиелонефрите, рано развивается гипостенурия, полиурия (поражение канальцев). Вначале заболевания поражается одна почка. Заболевают преимущественно в молодом возрасте. Обследование: осадок мочи, моча по Нечипоренко, число бактерий в моче, в/в пиелография, радиоизотопная ренография, УЗД, урологическое обследование. У данной курируемой больной хронического пиелонефрита нет.

. Вазоренальные гипертензии.

При атеросклеротическом сужении почечных артерий выслушивается шум в паравертебральной области на уровне отхождения почечных артерий от аорты. Обследование: контрастная аортография. У данной курируемой больной - сужения почечных артерий не выявлено.

При тромбозе (эмболии) почечных артерий, характерна триада симптомов: боль в животе или пояснице, сопровождающаяся тошнотой и рвотой; мочевой синдром (олигоурия, небольшая протеинурия, иногда гематурия); гипертензия. У данной курируемой больной тромбоза почечных артерий не выявлено.

При фибромускулярной гиперплазии, обусловленной в основном гиперплазией мышечного слоя, реже - интимы почечных артерий с сужением их просвета. Чаще обнаруживается у женщин молодого возраста. Обследование: контрастная аортография. У данной курируемой больной фибромускулярной гиперплазии не выявлено.

. Гемодинамические гипертензии.

При атеросклеротической гипертензии - повышается главным образом, систематическое АД и увеличивается пульсовое АД. Возникает преимущественно у пожилых лиц и протекает на фоне признаков ИБС. У данной курируемой больной - отсутствуют признаки ИБС.

При коарктации аорты проявляется в основном повышением АД на верхних конечностях и снижением его вплоть до полного отсутствия пульса на нижних конечностях. Расширены коллатеральные сосуды верхнего плечевого пояса, узуры на нижнем крае ребер. У данной курируемой больной - соотношение пульса на верхних и нижних конечностях сохранено.

. Эндокринные гипертензии.

При феохромоцитоме - На высоте приступа и после него, как правило, обнаруживаются лейкоцитоз, эозинофилия, повышением сахара и ренина в крови. После приступа определяются полиурия, глюкозурия и протеинурия, резкое повышение экскреции катехоламинов с мочой. У данной курируемой больной феохромоцитомы не выявлено.

Первичный гиперальдостеронизм (болезнь Конна) - обусловлен аденомой коры надпочечников. Кроме артериальной гипертензии характерна значительная мышечная слабость, парастезии, судороги, в тяжелых случаях - полиурия, никтурия, гипостенурия, мочевой синдром, уровень калия в крови ниже 3 мэкв/л. Обследование: УЗД, компьютерная томография. У данной курируемой больной первичного гиперальдостеронизма не выявлено.

Для синдрома (болезни) Иценко-Кушинга характерны: лунообразное лицо, ожирение с преимущественным отложением жира в подкожной клетчатке туловища и шеи, плетора, гирсутизм и мускулинизация у женщин и феминизация у мужчин, нередко остеопороз и патологические проблемы. В сыворотке крови повышается содержание холестерина, триглицеридов, бета-липопротеидов. У данной курируемой больной синдрома Иценко-Кушинга не выявлено.

На основании вышеперечисленного, можно подтвердить диагноз: Гипертоническая болезнь III степени, III стадии, IV группы риска (очень высокий риск).

Клинический диагноз

Клинический диагноз: Гипертоническая болезнь III степень, III стадия, IV группа риска (очень высокий).

Осложнения: Гипертонический криз I типа (неосложнённый) от 2.08.2010

Сопутствующие заболевания: Сахарный диабет II типа. Абдоминальное ожирение, II степень.

Гипертоническая болезнь III степень, III стадия, IV группа риска (очень высокий) ставится на основании:

жалоб на повышения давления в анамнезе до 230/100 мм.рт.ст.

физических методов исследования: гипертрофия левого желудочка при пальпации

инструментальных методов исследования: гипертрофия левого желудочка на ЭКГ

Стадия и группа риска определяются наличием поражения органов-мишеней и сахарного диабета.

Гипертонический криз, неосложненный ставится на основании:

повышения давления до 230/100 мм.рт.ст. В клинической картине, помимо повышения АД, преобладают возбуждение, беспокойство, страх, тахикардия, одышка. Весьма характерно чувство “внутренней дрожи”, холодный пот, “гусиная” кожа, тремор рук, гиперемия лица. Возможен небольшой субфебрилитет.

Сахарный диабет II типа ставится на основании:

жалоб на полидипсию

консультации эндокринолога от 24.08.10.

на основании инструментальных методов исследования: глюкоза 10,5 ммоль/л (дописать в биохимию)

Абдоминальное ожирение, II степень. ставится на основании:

данных анамнеза: индекс массы тела составляет 33,46 (90/2,6896) кг/м2.

Дата: Подпись куратора:

Лечение

) Стол № 9

)Режим: палатный

) Лист назначений

Rр: Enalaprili 0,01

D.S. по 1 таблетке 2 раза в день

Rр: Furosemidi 0,04

D.S. по 1 таблетке утром: Triamtereni 0,1.S. По 1 таблетке 2 раза в день.

Rр: Diabetoni 0,08.S. По 1 таблетке 3 раза в день

Rр: Atenololi 0,025

D.S. по 1 таблетке 1 раз в день

Rр: Digoxini 0,025%-1,0

D.S. в/в струйно

Rр: Simlo 40 mg

D.S. по ½ таблетки вечером

Дата: Подпись куратора:

Дневники

.09.2010 г.

Состояние средней степени тяжести. Жалобы на общую слабость, головную боль, тошноту. Положение активное. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые - нормальной окраски. Живот симметричный, не вздут, в акте дыхания участвует, при аускультации кишечные шумы выслушиваются, при пальпации - мягкий, безболезненный во всех отделах. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД=18 в 1 мин. Сердечные тоны глухие, ритмичные. АД=170/110 мм рт.ст. ЧСС=80 в 1 мин.. Мочеотделение и стул - регулярны.

.09.2010 г.

Состояние средней степени тяжести. Жалобы на головную боль, слабость, сухость во рту. Положение активное. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые - нормальной окраски. Живот симметричный, не вздут, в акте дыхания участвует, при аускультации кишечные шумы выслушиваются, при пальпации - мягкий, безболезненный во всех отделах. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД=18 в 1 мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичны. ЧСС=64 в 1 мин. АД=110/80 мм рт.ст. Мочеотделение и стул - регулярны.

.09.2010 г.

Состояние средней степени тяжести. Жалобы на головную боль, слабость, сухость во рту. Положение активное. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые - нормальной окраски. Живот симметричный, не вздут, в акте дыхания участвует, при аускультации кишечные шумы выслушиваются, при пальпации - мягкий, безболезненный во всех отделах. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД=18 в 1 мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичны. ЧСС=65 в 1 мин. АД=110/70 мм рт.ст. Мочеотделение и стул - регулярны.

Эпикриз

ФИО, 73 года, находилась в отделении 22.08.2010 по 06.09.2010 г. с диагнозом: Гипертоническая болезнь III степень, III стадия, IV группа риска (очень высокий). Гипертонический криз от 2.08.2010, неосложнённый. Сахарный диабет II типа. Абдоминальное ожирение, II степень. Пациентке было проведено лечение: Эналаприл 0,01 по 1 таблетке 2 раза в день, Фуросемид 0,04 по 1 табл. утром, Триамтерен 0,1 по 1 таблетке 2 раза в день, Диабетон 0,08 по 1 таблетке 3 раза в день, Дигоксин 0,025%-1,0 в/в струйно, Атенолол 0,025 по 1 таблетке 1 раз в день, Симло 40 мг по ½ таблетки вечером.

Результатом проведенной терапии явилось констатация улучшения состояния пациентки и принятие решения об отсутствии необходимости дальнейшего её содержания в стационаре, в связи с чем производится выписка данной пациентки из ЛУ.

Рекомендуемое лечение: Триамтерен 0,1 по 1 таблетке 2 раза в день, Энам 0,005 по 1 таблетке 2 раза в день, Дигоксин 0,00025 по 1 таблетке 1 раз в день, Диабетон 0,08 по 1 таблетке 2 раза в день во время еды, Атенолол 0,025 по 1 таблетке 1 раз в день.

Прогноз: благоприятный. Рекомендовано дальнейшее наблюдение у врача-кардиолога, эндокринолога, соблюдение диеты.

Дата: Подпись куратора:

.09.2010 г