Московский Государственный Медико-Стоматологический Университет им. Евдокимова

Кафедра доказательной медицины

Заведующий кафедрой: д.м.н., профессор Стрюк Р.И.

Преподаватель : к.м.н. , доцент, Булдакова Ю.Р.

Анализ истории болезни

Выполнила студентка

6 курса 604 гр.

Лечебного факультета вечернего отделения

Мальцева Е.С.

кардиосклероз сердечный сосудистый терапия

Москва 2013

1.Лицевая сторона титульного листа истории болезни оформлена аккуратно

В соответствующих графах указаны дата и время поступления в приемное отделение (7.32 25.03.2013); способ (самотек) и вид транспортировки (на кресле) во второе терапевтическое отделение.

Заполнена полностью паспортная часть

Указан клинический диагноз: Гипертонический криз. ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. НК II А. БПВЛНПГ. Гипертоническая болезнь III. Сахарный диабет 2 типа.

В диагнозе указана только стадия ГБ, не указана степень ГБ и риск сердечно-сосудистых осложнений, не указано тяжесть и компенсация сахарного диабета.

Диагноз: Гипертонический криз. ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. НК II А. БПВЛНПГ. Гипертоническая болезнь III стадия, 3 степень. Риск 4. Сахарный диабет 2 типа, средней степени тяжести, субкомпенсация.

3 степень поставлена на основании цифр АД: 200/120 мм.рт.ст. (больше чем 180/110 мм.рт.ст.)

Больной поставлен 4 риск (очень высокий) на основании наличия у нее сахарного диабета II типа.

(<http://www.gipertonik.ru/national-recommendations#5-2>) Официальный сайт Российского медицинского общества по артериальной гипертонии (РМОАГ), национальные рекомендации.

-Не указаны вес, рост, температура тела, группа крови, резус-фактор, наличие или отсутствие непереносимости лекарственных средств, не указан диагноз при поступлении.

2. Жалобы больной при поступлении в приемное отделение (на слабость, головную боль) . Жалобы общие, не уточнены.

Анамнез заболевания - ухудшение состояния сегодня утром, Приведена в больницу дочерью, которая работает медсестрой в во 2 т/о. ГБ II, ИБС, ОИМ ? Сахарный диабет 2 типа. Сахар утром 6,6 ммоль/л.

Отраженные в истории болезни неинформативны, анамнез собран не полно. Не указано когда появились первые жалобы- в течение какого времени больная страдает гипертонической болезнью и сахарным диабетом, не указан характер и локализация головной боли, время их возникновения. Обращалась ли пациентка в поликлинику, проводили ли ей обследование, назначали ли ей лекарственные препараты. Нет данных о том, принимала или нет лекарственные средства- если принимала, то какие, в какой дозе, с каким эффектом.

3.В приемном отделение больная провела 58 минут, за это время проведены следующие исследования:

ЭКГ Заключение: Ритм синусовый. Выраженная гипертрофия ЛЖ. Рубцовые изменения в миокарде ЛЖ.

ОАК: лейкоциты 4,9; Hb 151,7; эритроциты 5,02; нейтрофилы 30,1%; лимфоциты 53,6%; моноциты 12%; СОЭ 16

ОАМ: лейкоциты 25, уд.вес 1005.

Рентгенографическое исследование: не проводилось из-за задержки в Рентген-кабинете.

В условиях приемного отделения больной не была исследована глюкоза крови, что при наличии Сахарного диабета в анамнезе было показано (Национальные клинические рекомендации по кардиологии 2009 Обязательные исследования).

В истории болезни есть подписанные пациенткой Согласие с общим планом обследования и лечения, согласие на обработку персональных данных, гарантии конфиденциальности.

4. Помощь оказанная в приемном отделении: капотен 25 мг оказана правильно. (<http://www.gipertonik.ru/national-recommendations#8>) Официальный сайт Российского медицинского общества по артериальной гипертонии (РМОАГ), национальные рекомендации.

5. В условиях 2 терапевтического отделения больную осмотрел лечащий врач в 8.40 совместно с зав.отделения. Жалобы на нестабильность АД, повышение АД до 200/100 мм.рт.ст., сопровождающиеся тошнотой, головной болью, шаткостью при ходьбе и анамнез заболевания (длительно страдает ИБС и ГБ. ЭКГ признаки перенесенного ИМ неизвестной давности, максимальное САД 200 мм.рт.ст., адаптирована к САД 120-130 мм.рт.ст. Терапевтом не наблюдается, постоянного лечения не получает. Ухудшение состояния в течение 7-10 дней. Сахарный диабет II типа около 5 лет постоянно принимает Амарил) .

Данные анамнеза отражены в достаточном объем.

Отсутствуют данные о весе, росте, ИМТ.

6. Клинический диагноз полный отвечает требованиям Национального клинического руководства: ИБС. Атеросклеротический и постинфарктный(?) кардиосклероз. БПВЛНПГ. НК IIА. Гипертоническая болезнь III ст., риск ССО IV. Гипертонический криз от 25.03.2013. ЦВБ. Хроническая ишемия головного мозга II. Сахарный диабет второго типа, средней степени тяжести. Диабетическая нефропатия. Периферическая полинейропатия.

7. План обследования: ОАК, ОАМ, ЭКГ,

Б\х крови: общий белок 72; мочевина 6,5; креатинин 96; мочевая кислота 373,3; глюкоза 8,7; билирубин общий 10,4; холестерин 5,16; ТТГ 1,6; ЛПНП 3,24; ЛПВП 1,19;натрий 144,2; калий 4,8,

Rg органов грудной клетки: легкие, сердце, аорта без особенностей,

ЭхоКГ: эхографические признаки гипертрофии ЛЖ, атеросклеротические изменения аорты, клапана аорты,

Гликемический профиль: 13.00 – 7,5, 17.00 – 7,9,

Коагулограмма в пределах нормы,

УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения печени, поджелудочной железы, почечных синусов.

Т. к. у пациетки в анамнезе сахарный диабет необходимо назначить анализ на гликированный гемоглобин (HbA1c показатель компенсации сахарного диабета), консультацию эндокринолога, невролога, окулиста, кардиолога. (<http://www.voed.ru/fcp_sd.htm> Федеральная целевая программа «Сахарный диабет» методические рекомендации, Москва 2002 г).

8. Лечение

режим общий, диета №9,

* Блоктран 0,025 2 раза в день

Антагонист рецепторов ангиотензина II.

показаны при СН, дисфункции ЛЖ, перенесенном ИМ, диабетической нефропатии, артериальная гипертензия,

* Аспирин 0,125 вечером

Применение аспирина в низких дозах (75-100 мг в сутки) рекомендуется при наличии перенесенного ИМ, МИ или ТИА, если нет угрозы кровотечения. Низкая доза аспирина также показана пациентам старше 50 лет с умеренным повышением уровня сывороточного креатинина или с очень высоким риском ССО даже при отсутствии других ССЗ. Доказано, что польза от снижения риска ССО при назначении аспирина превышает риск развития кровотечения. Для минимизации риска геморрагического МИ, лечение аспирином может быть начато только при адекватном контроле АД.

- KCl 4%+MgSO4 25% на физ. Растворе В/в капельно

Гипотензивное действие.

-Диабетон МВ 0,03 утром

Пероральный гипогликемический препарат из группы сульфанилмочевины II поколения.

Диабетон снижает уровень глюкозы в крови, стимулируя секрецию инсулина β-клетками островков Лангерганса. Повышение уровня постпрандиального инсулина и С-пептида сохраняется после 2 лет терапии. Помимо влияния на углеводный обмен гликлазид оказывает гемоваскулярные эффекты.

* Винпоцетин 4 мл+ NaCl 0,9% 200 мл В/в капельно

Основные показания к применению препарата: транзиторная ишемическая атака; нарушения мозгового кровообращения; инсульт и постинсультный период; сосудистые поражения головного мозга; энцефалопатии; атеросклероз церебральных сосудов; нарушения зрения или слуха, которые развились в результате сосудистых заболеваний или недостаточного питания головного мозга.

* Гепарин 5000 ЕД п/к в живот.

Антикоагулянт прямого действия, относится к группе среднемолекулярных гепаринов, замедляет образование фибрина.

Профилактика и терапия: тромбоз глубоких вен, тромбоэмболия легочной артерии (в т.ч. при заболеваниях периферических вен), тромбоз коронарных артерий, тромбофлебиты, нестабильная стенокардия, острый инфаркт миокарда, мерцательная аритмия (в т.ч. сопровождающаяся эмболизацией), ДВС-синдром, профилактика и терапия микротромбообразования и нарушения микроциркуляции, тромбоз почечных вен

* NaCl 0,9% 200 мл + Мексидол 5 мл

Показания к применению: Последствия острых нарушений мозгового кровообращения, в том числе после транзиторных ишемических атак, в фазе субкомпенсации в качестве профилактических курсов; Легкая черепно-мозговая травма, последствия черепно-мозговых травм; Энцефалопатии различного генеза (дисциркуляторные, дисметаболические, посттравматические, смешанные); Синдром вегетативной дистонии; Легкие когнитивные расстройства атеросклеротического генеза; Тревожные расстройства при невротических и неврозоподобных состояниях; Ишемическая болезнь сердца в составе комплексной терапии.

Т. к. пациентка страдает сахарным диабетом, то ей показана комбинированная гипотензивная терапия: При выборе препарата предпочтение отдается ингибиторам АПФ, особенно при наличии протеинурии, антагонистам кальция и низким дозам мочегонных.(Н/п: эналаприл+индапамид). <http://www.gipertonik.ru/national-recommendations#3-4-4> Официальный сайт Российского медицинского общества по артериальной гипертонии (РМОАГ), национальные рекомендации.

Больная находится на лечении в 2 ТО с 25.03.13 по 9.03.13 (день курации) в истории болезни отсутствует этапный эпикриз.

9. Основные рекомендации для пациентки после выписки:

Не медикаментозные методы включают в себя:

* нормализацию массы тела (ИМТ < 25 кг/м2.);
* увеличение физической нагрузки - регулярная физическая нагрузка по 30-40 минут не менее 4 раз в неделю;
* снижение потребления поваренной соли до 5 г/сут.;
* изменение режима питания с увеличением потребления растительной пищи, увеличением в рационе калия, кальция (содержатся в овощах, фруктах, зерновых) и магния (содержится в молочных продуктах), а также уменьшением потребления животных жиров.
* Соблюдение диеты исключающие употребление легкоусваиваемых углеводов

Медикаментозная терапия комбинированная:

* блокаторы рецепторов AT1 (Блоктран)
* β-адреноблокаторы (Карведилол)
* Антиагрегант (Кардиомагнил)
* Статины (Атомакс)
* Гипогликемический препарат из группы сульфанилмочевины II поколения (Диабетон)

наблюдение участковым терапевтом, кардиологом и эндокринологом.

Размещено на Allbest.ru