**Общие сведения.**

Ф.И.О: XXX

Возраст: 65 лет.

Дата рождения: 15.03.1944 год.

Пол: женский

Семейное положение: вдова

Домашний адрес: г.Ульяновск,ул…

Образование:высшее-связист

Дата поступления в стационар: 21.04.2009 11.20мин

Дата курации:.

Диагноз при поступлении: гипертоническая болезнь, 3 стадии, 3 степени риск 4.ХСН 2А

**Жалобы при поступлении**

Больная жалуется на одышку при умеренной физической нагрузке(при подьеме на 1 этаж или при прохождении 150-200 метров).Слабость в течении дня;давящие боли в нижней трети грудины,перебои в работе сердца возникающие в связи с физической и психоэ-моциональной ,длительностью до 20 мин.отеки на ногах,под глазами.Повышение артериального давления до 180/100,которое сопровождается тошнотой,мельканием мурашек перед глазами). До этого АД было 130/80 мм.рт.ст. Больная отмечает тяжесть в эпигастральной области после приема пищи ,отрыжку,изжогу.

**Анамнез заболевания.**

Считает себя больной с 2003 года после психо-эмоционального стресса(смерть супруга).Тогда возникла артериальная гипертензия,которая проявлялась головной болью, которая возникала преимущественно после эмоциональной нагрузки, носила характер тяжести в затылке, висках, проходила сама через несколько часов или после приёма гипотензивных или противовоспалительных средств.В 2004 году обратилась в поликлинику по месту жительства где был назначен препарат диакарб,принимала по схеме. Часто головная боль сопровождала боль в сердце. Максимальное давление, которое отмечала пациентка, было 180/100 мм рт. ст. По поводу головных болей принимала баралгин или анальгин, дибазол, папазол, после приема которых боли немного стихали. В мае 2006 года появилась одышка на вдохе при выполнении физической работы.При обращении в больницу был поставлен диагноз-ИБС,стенокардия напряжения.Последнее ухудшение состояния – около 3-4-х недель назад, боли в области сердца и сердцебиения усилились, стали беспокоить чаще и продолжительней,чаще возникают гипертонические кризы.

Стационарное лечение в УОКГВВ в 2005,2006 г.Санаторное лечение в Анапе.

**Анамнез жизни.**

Родилась в 15 марта 1944 года в городе Самара, в полной семье, была единственным ребенком.Вскармливалась грудью. С раннего детства росла и развивалась нормально. По умственному и физическому развитию от своих сверстников не отставала.

*Бытовой анамнез:* проживает в отдельной квартире со всеми удобствами, материально обеспечена хорошо. Питается 3 раза в день разнообразной горячей пищей в достаточном количестве, дома. Живет одна.

*Семейно-половой анамнез*: менархе в 14 лет,цикл 28 дней,продолжительность 4 дня.Вступила в брак и начала половую жизнь в 20 лет.Беременностей 4,роды 1,аборты-3. В48 лет- менопауза,климакс протекал без выраженных расстройств.

*Аллергологический анамнез:* непереносимость лекарственных средств: димексид,никотиновая кислота,новокаин,

*Семейный анамнез:* замужем с 1964 года, имеет одну дочь.На данный момент вдова..

*Наследственность:* У матери была гипертоническая болезнь.Отец умер от CR легких.

Перенесенные операции:1970 г-аппендэктомия

2003 год-лапароскопия по поводу камня правой почкиВ течении жизни сделала 3 аборта

Перенесенный заболевания: дифтерия в детстве. Вирусный гепатит, венерические заболевания, туберкулез отрицает

Эпидемиологический анамнез: в контакте с инфекционными больными за последние 6 месяцев не была. Правила личной гигиены соблюдает.

Трансфузионный анамнез: переливаний крови не осуществлялось.

Вредные привычки (курение, алкоголизм) отрицает.

**Объективное обследование.**

1. Общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное
2. Телосложение правильное, астеническое.
3. Рост – 162 см, вес – 80 кг. Индекс массы тела по Кетле – 30,5кг/м2.
4. выражение лица спокойное
5. Состояние кожных покровов: кожные покровы бледные, чистые и сухие. Эластичность понижена, сыпь отсутствует. Рубец в, в правой подвздошной области,размером 7-8 см,безболезненный,подвижный.. Акроцианоз умеренный.
6. Слизистые оболочки бледно-розового цвета, чистые, влажные, без изменений.
7. Периферические отеки ног до нижней трети голени,симметричны.
8. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Толщина кожной складки на пердней брюшной стенке 3 см.Тургор мягких тканей понижен.
9. Лимфатические узлы(подчелюстные,шейные,затылочные,околоушные,подьязычные,надключичные,подключичные) не пальпируются.
10. Мышцы туловища и конечностей развиты умеренно. Атрофических и гипертрофических изменений не наблюдается. Тонус в норме. Болезненность при пальпации отсутствует, мышечная сила умеренная.
11. Костный скелет пропорциональный, симметрично развитый с обеих сторон. Телосложение правильное. Деформация отсутствует.
12. Суставы не деформированы. Болезненности при пальпации нет. Объем движений в норме.

***2. Система органов дыхания.***

***Осмотр:***

Форма носа правильная, гортань не деформирована. Дыхание через нос свободное. Незначительное затруднение дыхания преимущественно на вдохе. Охриплости голоса, афонии, кашля нет. Дыхание ритмичное, частота дыхательных движений – 18 раз/мин., дыхание смешанное.. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Обе половины ее равномерно и активно участвуют в акте дыхания.

***Пальпация:***

При пальпации грудная клетка эластичная, безболезненная; голосовое дрожание ослабленное, в симметричные участки легких проводится одинаково.

***Перкуссия:***

При сравнительной перкуссии легких над всей поверхностью легочных полей определяется легочный звук.

*Топографическая перкуссия легких:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линия | Справа | Слева |
| l.parasternalis | 5 ребро | - |
| l.medioclavicularis | 6 ребро | - |
| l.axillaris anterior | 7 ребро | 7 ребро |
| l.axillaris media | 8 ребро | 9 ребро |
| l.axillaris posterior | 9 ребро | 9 ребро |
| l. scapulars | 10 межреберье | 10 межреберье |
| l.paravertebralis | На уровне остистого отростка 11 грудного позвонка | На уровне остистого отростка 11 грудного позвонка |

Верхняя граница легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Слева | Справа |
| Высота стояния верхушек легких спереди | 5 см | 5 см |
| Высота стояния верхушек легких сзади | На уровне остистого отростка 7 шейного позвонка | на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка |

Дыхательная экскурсия нижнего края легких

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| На вд на выд суммар на вд на выд сумм | | | | | | |
| По среднеключичной линии | 2 | 2 | 4 | 2 | 2 | 4 |
| По задней подмышечной | 3 | 3 | 6 | 3 | 3 | 6 |
| По лопаточной | 2 | 2 | 4 | 2 | 2 | 4 |

***Аускультация:***

Аускультативно везикулярное дыхание над всей поверхностью легких. Побочных дыхательных шумов не выслушивается.

.Бронхофония не изменена.

**Сердечно-сосудистая система.**

При осмотре область сердца не изменена.Видимая пульсация (верхушечный толчок,сердечный толчок,эпигастральная пульсация,атипичная пульсация в области сердца)отсутствует.крупные сосуды шеи не изменены

*Пальпация области сердца:* верхушечный толчок низкий, разлитой, 1-1,5см шириной, кнаружи на 1,5 см от среднеключичной линии в пятом межреберье, умеренной силы.. Сердечный толчок невыражен. Эпигастральная пульсация, сердечное дрожание не определяется. Болезненности в области сердца при пальпации не наблюдается.

*Перкуссия сердца:*

границы относительной сердечной тупости;

|  |  |
| --- | --- |
| Граница | Местонахождение |
| Правая | По правому краю грудины в 4 межреберье |
| Левая | На 1 см кнаружи от среднеключичной линии в 5 межреберье |
| Верхняя | В 3-м межреберье по l.parasternalis |

границы абсолютной сердечной тупости.

|  |  |
| --- | --- |
| Правая | У Левого края грудины в 5 межреберье |
| Верхняя | У левого края грудины на 5 ребре |
| Левая | на 1,5см кнутри от среднеключичной линии в 5 межреберье |

Ширина сосудистого пучка – 6 см.

Поперечник сердца – 17 см (12 см).

Длинник сердца – 15 см (13 см).

Конфигурация сердца – митральная.

*Аускультация сердца:* Тоны на верхушке сердца притуплены,ритмичные.Соотношение тонов на верхушке и основании сердца не изменено.Акцент второго тона на аорте.Шумы не выслушиваются.

*Пальпация сосудов конечностей и шеи:* пульс на магистральных артериях верхних и нижних конечностей (на плечевой, бедренной, подколенной, тыльной артерии стопы, а также на шее (наружная сонная артерия) и головы (височная артерия) нормального наполнения. Вены безболезненны, без варикозных расширений.

При аускультации крупных артерий шумов не выявлено. Пульс пальпируется на крупных артериях верхних и нижних конечностей, а так же в проекции сонных артерий и равен 68 уд/мин.Ритм правильный. АД на пр. и лев. Руках 160/90 мм. рт. рт..Пульсовое давление-70 мм.рт.ст.

**Система органов пищеварения.** Осмотр ротовой полости: губы сухие, красная кайма губ бледная, сухая переход в слизистую часть губы выражен, язык влажный, обложен желтовато-коричневым налетом. Десны розовые, не кровоточат, без воспалительных явлений. Миндалины за небные дужки не выступают. Слизистая глотки влажная, розовая, чистая.

Осмотр живота: живот симметричный с обеих сторон, брюшная стенка участвует в акте дыхания. Видимая перистальтика желудка и кишечника отсутствует. Над желудком и кишечником перкуторный звук тимпанический. Нижняя граница желудка на 3-4см выше пупка. Жидкость в брюшной полости не обнаруживается.

При поверхностной пальпации брюшная стенка напряжена,болезненная в эпигастральной области.. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный.

При глубокой пальпации в левой подвздошной области определяется безболезненная, ровная, плотноэластической консистенции сигмовидная кишка. Слепая и поперечно-ободочная кишка не пальпируются. При ориентировочной перкуссии свободный газ и жидкость в брюшной полости не определяются. Аускультация: перистальтика кишечника обычная.

Желудок: границы не определяются, отмечается шум плеска, видимой перистальтики не отмечается.

Кишечник. Ощупывание по ходу ободочной кишки безболезненно, шум плеска не определяется.

Печень и желчный пузырь. Нижний край печени из под реберной дуги не выходит. Границ печени по Курлову 9,8,7.

Желчный пузырь не прощупывается, область проекции безболезненна, симптомы Ортнера и Образцова-Мерфи отрицательные. Селезенку пропальпировать не удалось. При перкуссии: верхний полюс - IX ребро; нижний полюс - Х ребро. Поджелудочная железа не прощупывается.

**Эндокринная система**

Щитовидная железа при осмотре не увеличена. Патологические глазные симптомы (Мари, Мебиуса, Штольвага, Кохера, Грефе) не выявляются.

Вторичные половые признаки соответствуют полу и возрасту.

**Мочеполовая система**. Почки и область проекции мочеточников не пальпируются, поколачивание по поясничной области безболезненно. Мочеиспускание затруднено.

**Нервно-психический статус.** Сознание ясное, речь внятная. Больной ориентирован в месте, пространстве и времени. Сон и память сохранены. Зрение ослаблено.

**Предварительный диагноз и его обоснование.**

Предварительный диагноз:

*Основное заболевание 1)*Гипертоническая болезнь-т.к. вне связи с чем-либо имеет место

а)синдром артериальной гипертензии,который проявляется головными болями,преимущественной локализации в затылочной и височной областях,шумом в голове,появляющемся при повышении давления до 180/100мм.рт.ст.(при рабочем давлении 130/80мм.рт.ст.)Длительность гипертонии 6 лет(диагностирована в 2003 году)

б)Кардио-гемодинамический синдром-гипертрофия миокарда левого желудочка-подтверждена перкуссией :относительная сердечная тупость смещена влево,верхушечный толчок слева от средне-ключичной линии.

2)III степень –т.к. имеет место повышение АД до 180/100 мм.рт.ст.(рабочее 130/80)согласно классификации ВОЗ

3)III стадия т.к. синдрома артериальной гипертензии имеются осложнения в виде стенокардии,сердечной недостаточности.

4)Риск 4 т.к.у больной имеет место артериальная гипертензия,пол,возраст старше 55 лет,ассоциированные заболевания-ИБС,которая присоединилась к ГБ в 2006 году.что указывает на риск 4 развития сердечно-сосудистых осложнений.В ближайшие 10 лет риск развития осложнений превышает 30%.

5)Диагноз ИБС-т.к. имеются следующие ее формы:стенокардия напряжения ФК 3.Длительность заболевания с 2006 года.Диагноз потсавлен с учетом факторов риска ИБС(возраст 65 лет,психоэмоциональное напряжение,избыточная масса тела-индекс Кетле=30,5)

6)Стабильная стенокардия напряжения т.к. имеет место синдром стенокардии(приступы колющих и сжимающих болей слева от грудины,длительностью 15-20 мин,возникающие при незначительной физической нагрузке,ходьбе на расстояние около 150-200 метров,подьеме на 1-2 этажа,при приеме 1 тб нитроглицирина сублингвально боль купируется.Так же боль купируется при прекращении выполнения физ.нагрузки.Стабильность стенокардии определяется тем,что с 2007 года количество и сила приступов не увеличивалась,продолжительность не превышает 15-20 мин.

7)ФК 2 т.к. выражено ограничение физической активности,возникновение приступов при ходьбе в умеренном темпе по ровной поверхности на расстояние до 200 метров или при подьеме на 3 этаж.

.

*Осложнения основного заболевания* Сердечная недостаточность-т.к с 2006 года у больной диагностирована ИБС.Стенокардия напряжения ФК 2 приступообразные боли (по 15 мин,1 раз за сутки) за грудиной,возникающие при незначительной физической нагрузке,ходьбе на расстояние до 200 метров, подьеме на 1-2 этажа,при приеме 1 тб нитроглицирина сублингвально боль купируется.Так же боль купируется при прекращении выполнения физ.нагрузки.с 2008 года признаки левожелудочковой недостаточности(общая слабость,утомляемость,приступы инспираторной одышки в покой и при ходьбе на 200 м,при физ.нагрузке,что соответствует второй стадии.

*Сопутствующие заболевания*: ГЭРБ

* жалоб больного на боли в области эпигастрия, тошноту.
* истории заболевания - 13.11.2008 года появились тупые боли в эпигастрии, возникла тошнота, рвота желчью.
* данных объективного обследования: При поверхностной пальпации отмечается некоторая болезненность в эпигастрии, брюшная стенка в этой области слегка напряжена. Симптом Ортнера положительный. Печёночная тупость сохранена. Перистальтика отчётлива. Притуплений перкуторного звука в отлогих местах нет. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют;

**План обследования больного**.

1. Клинический минимум.
2. Биохимический анализ мочи для исключения почечной патологии
3. общийанализ крови для исключения анемического синдрома,воспалительных изменений.
4. кровь на ЭДС(обязательный анализ)
5. глюкоза крови(обязательный анализ)
6. БХ крови , холестерин, Б-липопротеиды,триглицериды, креатинин, мочевина, общий белок, ,фракции ЛПНП и ЛПОНП для обнаружения гиперхолистеринемии.
7. Электрокардиография для обнаружения поражения органов-мишеней.
8. Обзорная рентгенография органов грудной клетки

9Эхокардиография. Для оценки гипертрофии левого желудочка.

10.УЗИ органов брюшной полости (тщательно почки, печень, желчный пузырь).

11.Консультация окулиста для обнаружения поражения органов мишеней.

**Результаты обследования.**

**Лабораторные исследования:**

**1. Общий анализ крови.**

30.03.2009

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **показатель** | **результаты исследования** | | **интерпретация** |
| **в норме** | **у больного** |
| эритроциты | 3,7 – 4,7 | 4,02\*1012/л | норма |
| гемоглобин | 120 – 140 | 119 г/л | норма |
| цвет. показатель. | 0,8 – 1,0 | 0,86 | норма |
| тромбоциты | 180 - 350 | 310/мм3 | норма |
| лейкоциты | 4,0 – 9,0 | 7\*109/л | норма |
| палочкоядерные | 1 - 4 | 1 | норма |
| сегментоядерные | 45 - 70 | 40 | норма |
| лимфоциты | 18 - 40 | 40 | норма |
| моноциты | 6 - 8 | 5 | меньше нормы |
| свертываемость крови | 6 – 8 мин | начало- 3’45’’  конец- 4’50’’ | меньше нормы |
| СОЭ | 2 - 15 | 43 мм/ч | повышено |

Заключение: моноцитов чуть меньше нормы, очень медленная

свертываемость крови, высокая СОЭ.

22.04.09

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **показатель** | **результаты исследования** | | **интерпретация** |
| **в норме** | **у больного** |
| эритроциты | 3,7 – 4,7 | 4,09\*1012/л | норма |
| гемоглобин | 120 – 140 | 124 г/л | норма |
| цвет. показатель. | 0,8 – 1,0 | 0,93 | норма |
| ретикулоциты | 2 – 100/00 | 80/00 | норма |
| лейкоциты | 4,0 – 9,0 | 7,3\*109/л | норма |
| палочкоядерные | 1 - 4 | 4 | норма |
| сегментоядерные | 45 - 70 | 65 | норма |
| лимфоциты | 18 - 40 | 28 | норма |
| моноциты | 6 - 8 | 3 | меньше нормы |
| СОЭ | 2 - 15 | 33 мм/ч | сильно повышено |

Заключение: моноцитов меньше нормы, очень высокая СОЭ.

**2. Анализ крови на RW.**

Отрицательный

**3. Общий анализ мочи.**

22.04.09

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **показатель** | **результаты исследования** | | **интерпретация** |
| **в норме** | **у больного** |
| удельный вес | 1010 – 1020 | 1018 | норма |
| цвет | светло-желтый | светло-желтый | норма |
| реакция | нейтр./сл. кисл. | Слабо-кислая | норма |
| белок | 0,025-0,075 мг/сут | 0 | норма |
| эпителий плоский | 0 - 3 | 1-2 в поле зр. | норма |
| лейкоциты | 1 - 2 | 1-2 в поле зр. | норма |

Заключение:показатели от нормы не отличаются

**4. Биохимический анализ крови.**

28.11.2003

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **показатель** | **результаты исследования** | | **интерпретация** |
| **в норме** | **у больного** |
| холестерин | 3,64 – 5,2 | 4.6 ммоль/л | норма |
| бета-липопротеиды | 35 – 55 | 34,5 ед | норма |
| глюкоза натощак | 3,33 – 5,55 | 4, 6 ммоль/л | норма |
| протромбин | 93 – 101 | 99% | норма |
| мочевина | 4,9 | 4,9 |  |
| триглицериды |  |  |  |
| креатинин |  |  |  |
| ЛПНП |  |  |  |
| ЛПОНП |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Заключение: показатели от нормы не отличаются.

***Электрокардиография*:**

Заключение: Синусовый ритм ЧСС 69 в мин. ЭОС горизонтальная.Признаки гипертрофии левого желудочкаИзменения процессов реполяризации передней и боковых стенок левого желудочка

***Эхокардиография*:**

Заключение: Сократимость миокарда левого желудочка снижена на 70 %. Стенки аорты уплотнены. Камеры сердца не расширены, стенки левого желудочка утолщены.

***УЗИ*:**

**Печень** имеет ровные контуры, не увеличена в размерах (левая доля –75х56мм, правая – 139х110 мм), паренхима нормальной эхогенности, внутри и внепечёночные желчные входы не расширены.

**Желчный пузырь** 67х36 мм,стенка 1 мм.холедох 5 мм,селезеночная вена 6мм,печеночная вена без осложнений , нижняя полая вена без осложнений=16мм..

**Поджелудочная железа.** Лоцируется нечетко.

**Селезенка.** Размеры в норме (79\*28 мм), эхоструктура обычная. Очаговые изменения отсутствуют.

**Брюшная аорта.** Диаметр – 16 мм, с признаками атеросклероза.

**Почки:** правая типично расположена,подвижная при дыхании,99\*47мм., паренхима 16мм.,рисунок сохранен,эхогенность нормальная,члс не расширена;левая типично расположена,подвижная при дыхании,99\*46мм., паренхима 16мм.,рисунок сохранен,эхогенность нормальная,члс не расширена.

Надпочечники не лоцируются.

Заключение:без патологий

***Консультация окулиста***:патологий не выявлено.

**22.04.09ФГС:**

Слизистая пищевода бледно-розовая с тускло-сероватым налетом.Кардия смыкается не полностью.В просвете желудка на тощак пенистый секрет.Складки эластичны.Слизистая тела бледнаяЮистончена.Привратник свободно проходим.Луковица 12перстной кишки емкая.

Заключение:рефлюкс-эзофагит 1 ст,недостаточность кардии.Атрофический гастрит.

**IX. Дифференциальная диагностика:**

У больной имеются следующие синдромы: синдром артериальной гипертензии, синдром стенокардии, синдром недостаточности кровообращения. Наиболее важными являются синдромы артериальной гипертензии и стенокардия. Аналогично могут протекать: инфаркт миокарда, НЦД по кардиальному типу, пептический рефлюкс-эзофагит, спазм пищевода, язвенная болезнь, патология межпозвоночных дисков шеи и др. Наиболее часто дифдиагноз проводят между первичной АГ и вторичной, между стенокардией и инфарктом миокарда

**Гипертоническая болезнь:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Признак** | **Первичная гипертоническая болезнь** | **Вторичная гипертоническая болезнь** | **У больной** |
| Начало заболевания | -нервно-психическая травматизация (острая или хроническая), психоэмоциональный стресс  -наследственно-конституциональные особенности  -профессиональные вредности (шум, постоянное напряжение зрения, внимания)  -особенности питания (перегрузка поваренной солью, дефицит Са)  -травмы черепа  -интоксикации (алкоголь, курение)  -нарушение жирового обмена  -отягощенная наследственность | -заболевание почек у родителей  -почечное заболевание, инфекция мочевого тракта, гематурия, злоупотребление анальгетиками (паренхиматозное заболевание почек)  -употребление различных лекарств или веществ (носовые капли, кокаин, НПВП)  -эпизоды потоотделения, головных болей, возбудимости (феохромоцитома)  -эпизоды мышечной слабости и тетании (альдостеронизм)  -сахарный диабет  -диффузный токсический зоб | -нервно-психическая травматизация (острая или хроническая), психоэмоциональный стресс  -наследственно-конституциональные особенности  -профессиональные вредности (постоянное напряжение зрения, внимания)  -особенности питания (перегрузка поваренной солью)  -травмы черепа |
| Течение | длительное | прогрессирующее | длительное |
| Данные физикальных исследований | -расширение перкуторных границ сердечной тупости влево  -усиление верхушечного толчка (ГЛЖ)  -акцент второго тона над аортой | -симптомы болезни Кушинга  -нейрофиброматоз кожи  -увеличение почек, выявленное пальпаторно (поликистоз)  -аускультативные шумы в области живота, над почечными артериями  - аускультативные шумы в области сердца и грудной клетки (коарктация аорты или аортит)  -ослабленный или запаздывающий пульс и сниженный уровень АД на бедренной артерии (коарктация аорты или аортит) | -расширение перкуторных границ сердечной тупости влево (ГЛЖ)  -акцент второго тона над аортой |
| Ведущие этиологические факторы | Не известны.  В основе лежит срыв нормальной неврогенной и/или гуморальной регуляции сосудистого тонуса с постепенным формированием органических изменений сердца и сосудистого русла. | 1. Ренальная АГ  (двухстронний гломерулонефрит, диабетическая нефропатия,тубулоинтерстициальный нефрит, поликистоз, односторонний пиелонефрит, опухоль, травма, одиночная киста почки, гипоплазия, туберкулёз)  2.Вазоренальная АГ:  (ишемия почки (окклюзия почечных артерий, атеросклероз почечных артерий, фибромускулярная дисплазия, аневризма, тромбоз почечных артерий).  3.Эндокринная АГ  (феохромацитома; первичный гиперальдосторонизм – синдром Кона (аденома предстательной железы), адренокортикоидная карцинома, первичная надпочечниковая гипирплазия; гипотиреоз (уменьшение ЧСС и сердечного выброса); гипертириоз (увеличение ЧСС и сердечного выброса - высокое систолическое и низкое (нормальное) диастолическое АД)  4.Лекарственная АГ:  (адреномиметики (эфедрин, псевдоэфедрин); НПВП (индометацин); глюкокортикоиды)  5.Алкогольная АГ  -хроническое употребление алкоголя.  6.Артериальная гипертензия у пожилых (лица старше 65 л.; АД выше 160/90 мм.рт.ст.; атеросклероз почечной артерии) | Не известны.  В основе лежит срыв нормальной неврогенной и/или гуморальной регуляции сосудистого тонуса с постепенным формированием органических изменений сердца и сосудистого русла. |

**Заключение:** Т. к. у больной не обнаружено поражение паренхимы почек и патологии эндокринной системы, факторы риска и данные физикальных и инструментальных исследований соответствуют первичной АГ, то можно сказать, что у нее первичная (эссенциальная) АГ.

**Стенокардия:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Признак** | **Стенокардия** | **Инфаркт миокарда** | **У больного** |
| Ведущие этиологические факторы | Атеросклероз венечных артерий | Атеросклероз венечных артерий  Длительный спазм коронарных сосудов (лекарственный)  Тромбоэмболия коронарных сосудов. | Атеросклероз венечных артерий |
| Факторы риска | Ожирение, гиперхолестеринемия, гиподинамия, курение, алкоголизм, психоэмоциональные особенности личностного поведения, гипергликемия, нарушение толерантности к углеводам, гиперурикемия, нарушение электролитного, водного баланса, генетическая предрасположен-ность, изменение реалогических свойств крови | Ожирение, гиперхолестеринемия, гиподинамия, курение, алкоголизм, психоэмоциональные особенности личностного поведения, гипергликемия, нарушение толерантности к углеводам, гиперурикемия, нарушение электролитного, водного баланса, генетическая предрасположен-ность, изменение реалогических свойств крови | Гиподинамия, преклонный возраст, психоэмоциональные особенности личностного поведения |
| Течение | Впервые возникшая, стабильная стенокардия, прогрессирующая стенокардия, спонтанная стенокардия, нестабильная стенокардия | Выделяют: ИМ с затяжным течением, рецидивирующий, повторный | Стабильная стенокардия напряжения |
| Начало заболевания | Приступообразное, кратковременное | Приступообразное, длительное (>20 минут) | приступообразное, кратковременное |
| Тяжесть | Средней степени тяжести, стабильное | Тяжелое, прогрессирующее | Средней степени тяжести, стабильное |
| Локализация | В средней части грудной клетки за грудиной, слева, в области шеи, нижней челюсти, в обеих руках | В средней части грудной клетки за грудиной, в области сердца (справа, слева) | В средней части грудной клетки за грудиной |
| Дополнительные признаки | Первый эпизод боли остается в памяти | Слабость, удушье, холодный пот |  |

**Заключение**: При инфаркте боли носят нарастающий характер, большей интенсивности, больные возбуждены, беспокойны, а при стенокардии - заторможены. При инфаркте нет эффекта от нитроглицерина, боли длительные, иногда часами, при стенокардии боли длятся около 10 минут, купируются нитроглицерином; при стенокардии четкая иррадиация болей, при инфаркте – обширная.

Т. о., в связи с тем, что у больной отсутствует status anginosus, ЭКГ-признаки, инфаркт миокарда можно исключить, следовательно, у больной ИБС: стенокардия.

**Окончательный диагноз и его обоснование.**

Ведущим по тяжести в клинике заболевания является синдром артериальной гипертензии. Длительный анамнез заболевания (около 6 лет) и ухудшение состояния в течение последнего времени. На основании наличия артериальной гипертензии (АД 180/100 мм рт.ст.), объективных данных, расширения левой границы относительной тупости и гипертрофии левого желудочка на ЭКГ и ЭХО КГ, отсутствия патологии почек, больному выставляется диагноз артериальная гипертония III ст.

На основании объективных исследований сердца (расширение границ относительной тупости влево и вниз), а так же данных ЭКГ и ЭХО КГ и анамнеза настоящего заболевания, выставляется диагноз гипертоническое сердце 3 ст.

На основании жалоб на нарушение пищеварения.боли в эпигастральной области и на основании инструментальных данных(ФГС) выставляется диагноз ГЭРБ 1 степени.

На основании вышеперечисленных данных выставляется основной клинический диагноз: Гипертоническая болезнь 3 степени,3 стадия,риск 4.ИБС:стенокардия напряжения. Осложнения: ХСН 2ФК. Сопутствующие заболевания: ГЭРБ 1 ст,

**Сведения об этиологии и патогенезе**

**Этиология ишемической болезни сердца:**

1. Атеросклероз коронарных артерий;

2. Спазм коронарных артерий;

3. Повышение агрегации тромбоцитов, развитие микроагрегантов в микроциркуляторном русле;

4. Повышение потребности миокарда в кислороде под влиянием различных фак­торов (интенсивная физическая нагрузка, стресс и т.д.);

5. Анемия различных этиологии.

**Патогенез ИБС:**

При нарушении нейрогуморальной регуляции происходит спазм артерий, что повышает потребность миокарда в кислороде. Наблюдающаяся под влиянием усиления активности симпатико-адреналовой системы активизация свертывающей системы крови, а также угнетение ее фибринолитической активности и изменение функции тромбоцитов усугубляют коронарную недостаточность и ишемию миокарда.

**Этиология** **гипертонической болезни**:

В основе болезни лежит патологическое функциональное состояние высших отделов центра, регулирующего АД.

**Патогенез гипертонической болезни:**

Величина АД зависит от соотношения минутного объема серд­ца, и общего периферического сопротив­ления сосудов. Ударный объем сердца определяет уровень АД, то­нус периферических (в первую очередь — резистивных) сосудов, обусловливает ве­личину диастолического АД.

Принято считать, что ГБ может быть следствием, по меньшей мере, 5 вариантов нарушений центральной гемодинамики: у 50—60% больных ОПСС повышено при нормальном МОС (1-й тип); МОС возрастает, но ОПСС не изменяется (2-й тип); ОПСС снижено, но не настолько, чтобы уравнове­сить влияние значительно увеличенного МОС (3-й тип); ОПСС и МОС увеличива­ются одновременно (4-й тип); ОПСС значительно повышено при уменьшении МОС (5-й тип).

Неоднородность полученных данных свидетельствует о многообразных нару­шениях регуляторных механизмов в процессе эволюции ГБ, следствием чего стано­вится сдвиг в ту или иную сторону результирующих влияний, определяющих уро­вень МОС или ОПСС. У здоровых лиц повышение либо снижение АД при различ­ной интенсивности обменных процессов обусловлено изменениями взаимодействия прессорной и депрессорной систем.

К *прессорной* системе относят:

• симпатико-адреналовую систему (САС);

• ренин-ангиотензин-альдостероновую систему (РААС);

• систему антидиуретического гормона (вазопрессина);

•систему прессорных простагландинов (тромбоксан А2, простагландин F2а);

• систему эндотелинов.

*Депрессорная система* включает в себя:

• барорецепторы синокаротидной зоны аорты;

• калликреин-кининовую систему;

• системы депрессорных простагландинов (А, D, Е2, простациклин h);

• предеердный натрийуретический фактор;

• эндотелийзависимый фактор релаксации (ЭФР).

Для начальных этапов развития ГБ характерна активация САС, увеличение уровня катехоламинов в крови и их суточной экскреции с мочой. У здоровых лю­дей увеличение АД ведет к снижению активности САС, в то время как при АГ гиперадренергия и увеличение АД становятся однонаправленными процессами, что, возможно, связано с генетическими дефектами и нарушением барорецепторного контроля с отсутствием подавления активности САС либо с нарушением чувстви­тельности сосудов к норадреналину.

В результате активации САС включается ряд механизмов, обусловливающих увеличение АД:

• периферическая веноконстрикция с увеличением венозного возврата крови к сердцу и ростом ударного выброса;

• повышение ЧСС, что в сочетании с возрастанием У ОС ведет к увеличению СВ (и последующему повышению САД);

• стимуляция в1-рецепторов периферических артериол, ведущая к спазму резистивных сосудов и росту ОПСС (обусловливающего повышение ДАД).

На фоне гиперадренергии отмечается сужение сосудов почек и увеличение в ответ на возникающую ишемию выработки ренина в клетках юкстагломерулярного аппарата (ЮГА). Существует мнение, что катехоламины могут стимулировать клетки ЮГА без предшествующей ишемии. Известно, что под влиянием прямой стимуляции в-адренорецепторов возможно повышение уровня ренина без измене­ния тонуса сосудов почек. В свете сказанного блокада в1 -рецепторов (в-адреноблокаторами) вполне целесообразна.

Выработка ренина запускает каскад превращений ангиотензина I (А I), кото­рый под воздействием ангиотензинпревращающего фермента (АПФ) трансформи­руется в один из самых мощных прессорных факторов ангиотензина II - АН. Было выявлено существование двух типов рецепторов к A1-II – AT1 и АТ2: АТ1 рецепторы ответственны за вазоконстрикцию, задержку натрия и воды; АТ2-рецепторы связаны с вазодилатацией, увеличением диуреза и выведением натрия.

Увеличение количества АП стимулирует выработку в надпочечниках альдостерона, минералокортикоида, обусловливающего задержку натрия и воды с увели­чением массы циркулирующей крови. Параллельно отмечается выработка антидиу­ретического гормона гипофиза (вазопрессина), обладающего вазоконстрикторным действием и вызывающего задержку жидкости в организме.

В начальной стадии ГБ увеличивается скорость почечного кровотока, отмеча­ется гиперфильтрация, что позволяет при необходимости быстро экскретировать из­быток жидкости и ионов натрия. В последующем развивается дисфункция почек, при которой для удаления из организма избытка соли и воды уже необходимо по­вышение системного АД.

**План Лечения заболевания.**

Диета с ограничением поваренной соли, использовать растительные масла или мягкие маргарины, избегать употребления цельномолочных продуктов, мяса с жировыми прослойками, кондитерских изделий, исключить твердые жиры, такие как сливочное масло, плавленые сыры, животные жиры, шоколад; показаны блюда из рыбы, особенно морской; физические нагрузки в тренирующем режиме.

Рекомендовано нижеследующее лечение:

1)Ингибиторы АПФ (ингибируют ангиотензинпревращающий фермент и, как следствие нарушают образование ренина, способствуют снижению давления):

Rp.: Enalaprili 0,01

D.t.d N 20 in tab.

S. Принимать по 1 таблетке 2 раза в день.

*2)Антиагреганты (для разжижения крови и облегчения её прохождения по микроциркуляторному руслу):*

Rp.: Ac. Acethylsalicilici 0,5

D.t.d. N 20 in tab

S. Принимать по ¼ таблетки 1 раз в день.

*3)Антагонисты кальция (*блокируют поступление ионов кальция в кардиомиоцит, уменьшая таким образом его способность развивать механическое напряжение, а, следовательно, и снижая сократимость миокарда*):*

Rp.: Verapamili 0,08

D.t.d. N 20 in tab.

S.Принимать по 1 таблетке 3 раза в день.

*4)Препараты,снижающие повышенную секрецию соляной кислоты-ингибиторы протоновой помпы*

*Rp:* Omeprazoli 0.2

D.t.d № 30 in tab.

S.Принимать по 1 тб 1 раз в день утром, перед едой,запивая небольшим количеством воды.

*5) Физиотерапевтическое лечение и ЛФК:*

ЛФК в палате

6) Санаторно-курортное лечение

**Дневники.**

22.04.2009

Жалобы на общую слабость, шум в голове, головокружение . Аппетит хороший. Общее состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 раз/мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 80/мин, АД – 135/85 мм.рт.ст.на обеих руках. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стул оформленный. Мочеиспускание в норме. Небольшие отеки на ногах (нижняя треть голени).

Температура тела – 37,00С.

25.04.2009

Жалобы на общую слабость, шум в голове, головокружение сохраняются. Аппетит хороший. Общее состояние удовлетворительное. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 17 раз/мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 73уд/мин, АД – 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стул оформленный. Отеков нет. Мочеиспускание в норме.

Температура тела – 36,70С.

28.04.2009

Общее состояние удовлетворительное. Жалоб на общую слабость, шум в голове, головокружение нет. Аппетит хороший. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 19 раз/мин. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС – 70/мин, АД – 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стул оформленный. Отеков нет. Мочеиспускание в норме.

Температура тела – 36,60С.

**Прогноз.**

Прогноз для жизни – благоприятный, при адекватной терапии больные длительно сохраняют жизнедеятельность.

Прогноз для выздоровления – не благоприятный.

Прогноз для трудоспособности – не благоприятный, трудоспособность утрачена.

ВЫПИСНОЙ ЭПИКРИЗ

**Эпикриз.**

Больная Распопова Зинаида Михайловна, 65 лет, 21.04.2009 г. была госпитализирована в терапевтическое отделение УОКГВВ в плановом порядке.

**Жалобы, предъявляемые при поступлении:** одышку при умеренной физической нагрузке(при подьеме на 1 этаж или при прохождении 150-200 метров).Слабость в течении дня;давящие боли в нижней трети грудины,перебои в работе сердца возникающие в связи с физической и психо-эмоциональной нагрузкой,длительностью до 20 мин.отеки на ногах,под глазами.Повышение артериального давления до 180/100,которое сопровождается тошнотой,мельканием мурашек перед глазами). Больная отмечает тяжесть в эпигастральной области после приема пищи ,отрыжку,изжогу.

**Краткий анамнез:** Впервые отметила повышение давления в 2003 году(в 59 лет). Максимальное давление, которое отмечала пациентка, было 180/100 мм рт. ст.при рабочем давлении 130/80мм.рт.ст. В мае 2006 года появилась одышка на вдохе при выполнении физической работы.При обращении в больницу был поставлен диагноз-ИБС,стенокардия напряжения.Последнее ухудшение состояния – около 3-4-х недель назад, боли в области сердца и сердцебиения усилились, стали беспокоить чаще и продолжительней,чаще возникают гипертонические кризы.

**Объективный статус**: Общее состояние средней степени тяжести. Аускультативно везикулярное дыхание над всей поверхностью легких. Побочных дыхательных шумов не выслушивается.

ЧД - 18. АД – 160/90 мм.рт.ст. Тоны на верхушке сердца притуплены,ритмичные.Соотношение тонов на верхушке и основании сердца не изменено.Акцент второго тона на аорте.Шумы не выслушиваются.

ЧСС – 68/мин. Границы относительной сердечной тупости смещены влево. Живот мягкий, болезненный в эпигастральной области, стул оформлен. Имеются небольшие отеки на ногах. Умеренный акроцианоз. Печень по краю реберной дуги, мочеиспускание в норме, безболезненное.

На основании жалоб больного, истории настоящего заболевания, данных объективного исследования, лабораторных и инструментальных анализов (данных УЗИ, ЭКГ, ЭхоКГ, был поставлен диагноз:

**Основной:** гипертоническая болезнь III стадии, III степени, риск 4. ИБС: стенокардия напряжения 3 ф. к.

Осложнения:ХСН2 ФК,2А стадия

**Сопутствующий:** ГЭРБ 1 ст, недостаточность кардии. Ожирение.

**Данные лабораторных и инструментальных исследований:**

**ОАК:** сильно повышенная СОЭ, повышение свертываемости крови.

***Электрокардиография*:**

Заключение: Синусовый ритм ЧСС 69 в мин. ЭОС горизонтальная.Признаки гипертрофии левого желудочкаИзменения процессов реполяризации передней и боковых стенок левого желудочка

***Эхокардиография*:**

Заключение: Сократимость миокарда левого желудочка снижена на 70 %. Стенки аорты уплотнены. Камеры сердца не расширены, стенки левого желудочка утолщены.

ФГДС:рефлюкс-эзофагит 1 ст,недостаточность кардии.Атрофический гастрит

#### Консультации специалистов:

Окулист:без патологий

В соответствии с поставленным диагнозом назначено:

**Лечение:**

Медикаментозное (верапамил,эналаприл, аспирин,омепразол).

Немедикаментозное (диетическое, физиотерапевтическое - ЛФК).

**Результаты проведенного лечения:**

Улучшение: боли в области сердца не беспокоят, АД 140/80 мм.рт.ст.

**Рекомендовано:** продолжить медикаментозную терапию в той же дозе; строго сохранять специальный режим, соблюдать диету; избегать стрессовых ситуаций и физических нагрузок; в случае ухудшения состояния немедленно вызывать скорую помощь

Полноценное и разнообразное четырехразовое питание: с увеличением содержания в рационе белков животного происхождения, витаминов. Частые прогулки на свежем воздухе, санаторно-курортное лечение.

**Рекомендации:**

Эналаприл 10мг по 1таб 2 раза в день.

Аспирин 0,5 г ¼ таб. после обеда

Верапамил 0,08 по 1 тб 3 р. В день

Омепразол 200 мг по 1 тб 1 раз в день перед едой