**1. Ф.И.О.:**

**2. Время поступления:** 7.10.2002 г.

**3. Время выписки:** -----

**4. Пол:** женский

**5. Возраст:** 56 лет

**6. Национальность:** русская

**7. Место рождения:**

**8. Профессия и место работы:** пенсионер, закройщик в ателье

**9. Место постоянного жительства:**

**10. Семейное положение:** замужем, два сына, дочь

**11. Диагноз направления:** гипертоническая болезнь

**11. Диагноз при поступлении:** гипертоническая болезнь: II стадия, 3 степень, риск 4 (ассоциированная ИБС: аритмический вариант (мерцательная аритмия: тахисистолическая форма, желудочковая тахисистолия); ожирение; генетическая предрасположенность;)

**12. Клинический диагноз:**

* Основное заболевание: гипертоническая болезнь: II стадия, 3 степень, риск 4 (ассоциированная ИБС: аритмический вариант (мерцательная аритмия: тахисистолическая форма, желудочковая тахисистолия); ожирение; генетическая предрасположенность;)
* Осложнения: НК IIА
* Сопутствующие заболевания:

1. Хронический обструктивный бронхит, фаза неполной ремиссии, пневмофиброз, эмфизема, ДН II; легочное сердце (фаза декомпенсации)
2. Полиостеоартроз, узелковая форма, с преимущественным поражением коленных суставов и суставов кистей; остеохондроз шейного отдела позвоночника, фаза ремиссии, I стадия (стадия функциональной недостаточности).

**II . Анамнез данного заболевания** (anamnesis morbi):

***1. Жалобы, предъявляемые при поступлении:***

- Боли колющего характера в области сердца, возникают в покое, когда лежит на левом боку.

- Общая слабость, утомляемость при повышении артериального давления до 190 мм рт. ст. (систолическое)

- Перебои в области сердца

- Одышка смешанного характера, спонтанно возникающая, усиливающаяся при физической нагрузке.

- Удушье смешанного характера, возникающее ночью и проходящее в ортостатическом положении

- Отеки нижних конечностей

- Кашель приступообразный с мокротой

***2. Дополнительные жалобы, выясненные при анамнезе по системам органов***

*а) Органы дыхания*

Одышка спонтанно возникающая, смешанного характера, усиливающаяся при физической нагрузке.

Кашель частый, приступообразный; мокрота до 10-15 мл за раз, бесцветная, без запаха, утром выделяется наибольшее количество.

Кровохарканья нет.

*б) Органы кровообращения*

Ощущения со стороны сердца: Сердцебиение, перебои.

Боли в области сердца – возникают в покое, локализованы в проекции сердца на переднюю поверхность грудной клетки, не иррадиируют, острого характера, длительностью до 10 минут, средства для купирования боли не принимает.

Одышка смешанного характера, спонтанно возникающая, усиливающаяся при физической нагрузке.

Отеки на нижних конечностях, возникают во второй половине дня.

*в) Органы пищеварения*

Количество принимаемой пищи и жидкости умеренное, отдельными видами пищи не злоупотребляет, промежутки между едой около 5 часов. Ест по желанию. Аппетит снижен.

Периодическая тошнота и рвота, связанные с возникающим кашлем. Характер рвотных масс - пищевые массы, в количестве до 100 мл. После рвоты ощущает облегчение.

*г) Мочевыделительные и половые органы*

Мочеиспускание умеренной частоты. Моча светло-желтая, прозрачная.

*д) Опорно-двигательная система*

Боли в коленных суставах, периодически возникают, появляются при движении. Возникновение болей имеет сезонный характер (зимой, осенью), связано с переохлаждением. Тугоподвижность коленных суставов.

*е) Нервная система*

Плохо идет на контакт. Быстрая утомляемость, сон нарушен из-за возникающих приступов кашля.

***3. Анамнез настоящего заболевания***

В 1996 году в г. Новокузнецке при подъеме по лестнице от скопившихся на лестничной площадке газов у пациентки возникло удушье, общая слабость, ощущала сердцебиение. Была вызвана скорая помощь, но до приезда машины скорой помощи приступ прошел. Состояние больной с 1996 по 2001 прогрессирующе ухудшалось: беспокоили головные боли, ощущала общую слабость, но к врачам не обращалась.

В октябре 2001 года проходила лечение в отделении терапии городской больницы г. Асино в связи с высоким артериальным давлением (220/190 мм рт. ст.). Больную беспокоили ухудшение самочувствия, отеки нижних конечностей, перебои в области сердца, одышка смешанного характера, возникающая спонтанно и усиливающаяся при физической нагрузке. Проводилось лечение: верапамил, энап на ночь. Артериальное давление в результате лечения нормализовалось.

Сентябрь-начало октября 2002 – госпитализировалась в городскую больницу г. Асино. Больную беспокоили головные боли, ухудшение самочувствия, отеки нижних конечностей, возникающие во второй половине дня; перебои в области сердца; одышка смешанного характера, возникающая спонтанно и усиливающаяся при физической нагрузке; удушье смешанного характера, возникающее по ночам; частый приступообразный кашель с мокротой (до 15 мл за раз, мокрота бесцветная, без запаха). Артериальное давление у нашей больной в тот момент достигало 190-200 мм рт. ст. (систолическое). Был поставлен диагноз «гипертоническая болезнь». Проводилось соответствующее лечение: энап, верапамил, верошпирон, строфантин внутривенно. Состояние от проведенного лечения не улучшилось. Поэтому дочь нашей больной 7.10.2002 года привезла ее в клинику факультетской терапии СГМУ для уточнения диагноза и лечения, где в настоящее время проходит курс лечения. Поступила в клинику со следующими жалобами: боли колющего характера в области сердца, возникающие в покое во время лежания на левом боку; общая слабость, утомляемость при повышении артериального давления до 190 мм рт. ст. (систолическое); перебои в области сердца; одышка смешанного характера, возникающая спонтанно и усиливающаяся при физической нагрузке; удушье смешанного характера, возникающее ночью (проходит в ортостатическом положении); частый приступообразный кашель с мокротой (до 15 мл за раз, мокрота бесцветная, без запаха); отеки нижних конечностей, появляющиеся во второй половине дня. Поставлен диагноз: гипертоническая болезнь: II стадия, 3 степень, риск 4 (ассоциированная ИБС: аритмический вариант (мерцательная аритмия: тахисистолическая форма, желудочковая тахисистолия); ожирение; генетическая предрасположенность;). Осложнение – НК IIА. В связи с чем было назначено лечение: диета №10, контроль суточного диуреза, оксигенотерапия по 5-7 минут 4-6 раз в день; Tab. Digoxini 0,00025 по 1 таб. 1 р/д; Tab. Furosemidi 0,04 по 1 таб. 1 р/д утром натощак; Tab. Verospironi 0,025 по 1 таб. 3 р/д после еды; Ac. Acetylsalicylici 0,5 1/4 таб 1 р/д после обеда; Tab. Triazidi по 1 таб. 1р/д после еды; Tab. Egiloc 0,05 1/4 таб 1р/д утром.

В анамнезе сопутствующее заболевание: в 1993 году пациентке поставили диагноз: бронхит (было затруднено дыхание, кашель, насморк, кашель бывает и с мокротой, одышка, температуры не было). Лежала на дневном стационаре в городской больнице города Асино. Проведено лечение: гемодез, антибиотикотерапия, ингаляции, хлористый кальций, Курс - 2 недели. Лечение эффективное.

**4. Общая симптоматология заболевания**

Работоспособность профессиональная и житейская снижена, самочувствие плохое, температура нормальная, сон нарушен, аппетит снижен.

**5. Анамнез жизни** (anamnesis vitae)**:**

Пациентка — родилась 28.03.1946 г. в прииске Артемовском Иркутской области, средний ребенок в семье (из трех детей: брат и сестра), беременность и роды проходили без осложнений, вес при рождении не знает, кормление грудью матери. Росла и развивался нормально, от сверстников не отставала. Детские болезни — корь; скарлатиной, ветрянкой, свинкой не болела. Половое созревание проходило нормально.

Окончила 8 классов средней школы, пошла работать швеей. Инфекционные болезни (гепатит, туберкулез, венерические заболевания) отрицает. Нервно-психических заболеваний не наблюдалось. С 17 лет стала работать закройщиком в ателье г. Асино. В 21 год вышла замуж. Имеет 3 детей (4 беременности, 2 аборта): 2 сына, 1 дочь. Климакс наступил в 54 года.

**1. Социально-бытовой**

Пациент материально обеспечен удовлетворительно, проживает в личном доме, ведет хозяйство. Питается регулярно. Вредные привычки – избыточное питание.

Туберкулез и венерические заболевания отрицает.

**2. Семейный**

Мать умерла 1995 году в возрасте 76 лет от инсульта. Отец умер в 1976 году в возрасте 61 года от инсульта. У мужа (61 год) – радикулит, перенес 2 инфаркта. У дочери – дискэктомия. У сестры и брата пациентки сердечно-сосудистые заболевания.

**3. Аллергологический анамнез:**

Не отягощен - аллергических реакций у больного и родственников не отмечалось. Все медикаменты переносит удовлетворительно.

**4. Профессионально-производственные условия**

С 17 лет работала закройщицей в ателье (более 30 лет). Рабочий день был не нормирован. Отдыха во время работы как такового не было. Сон около 8 часов.

Работа в закрытом помещении, дневная. Освещение рабочего помещения искусственное, воздух влажный, воздух в помещении комнатной температуры.

Положение тела при работе сидячее. Работает с тканями.

**IV. ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ** (Status praesens).

**Рост –** 167 см

**Вес –** 104 кг

**Окружность грудной клетки –** 104 см

**Температура тела** **–** 36.60С

**Тип телосложения** **–** гиперстенический

**Общее состояние** – тяжелое

**Положение** – вынужденное

**Выражение лица** **–** обычное

**Сознание –** ясное

**Поведение** – адекватное

**Характер –** уравновешенный

**Подвижность** – несколько ограничена;

**Пропорциональность развития –** развитие пропорциональное

**Состояние кожи –** нормального цвета, на пальцах цианотична. Кожные сосуды: варикозное расширение вен нижних конечностей. Рубец на правой руке в области большого пальца – результат несчастного случая. Тургор кожи снижен, нормальной влажности.

**Подкожная клетчатка** (степень развития, отеки) **–** развита избыточно по абдоминально-висцеральному типу, отеки голеней и стоп.

**Состояние слизистых оболочек** – чистые, бледно-розовые без патологических образований. Окраска склер **–** субиктеричная.

Исследование полости рта: зубы правильной формы, белые с желтоватым оттенком, зубная формула:

|  |  |
| --- | --- |
| 3 2 1 2 | 2 1 2 3 |
| 3 2 1 2 | 2 1 2 3 |

Десны розовые, плотные; язык влажный, цианотичен, обложен бело-желтым налетом; зев спокоен, миндалины несколько увеличены, рыхлые.

**Волосы –** нормальные, седые, не жирные, не выпадают.

**Лимфатические узлы** – пальпируются увеличенные подчелюстные лимфатические узлы.

**Шея (щитовидная железа, сосуды) –** пальпируются две равных доли щитовидной железы, не увеличена, движется вместе с гортанью, поверхность – ровная; пульс сосудов шеи не выявляется. Глазные симптомы (блеск глаз, расширение глазной щели, симптомы Грефе, Кохера, Розенбаха, Штельвага, Мебиуса) – отрицательны.

**Развитие скелета –** развит нормально. **Голова** – размеры нормальные,деформаций нет

**Грудная клетка –** гиперстенической формы (переднезадний размер приближается к боковому), над- и подключичные ямки сглажены, межреберные промежутки уменьшены, симметричность обеих половин грудной клетки. Угол между телом и рукояткой грудины значительно выражен, эпигастральный угол больше 90 0.

**Позвоночник** – остеохондроз шейно-грудного отдела позвоночника, болей при повороте тела в области позвоночника не возникает, болевых точек не выявлено.

**Суставы** (конфигурация, болезненность, хруст, флюктуация) – деформированы, болезненность возникает периодически во время длительной ходьбы, хруст при сгибании суставов.

**Ногти –** умеренной прозрачности, прочные, «часовые стекла», «барабанные палочки».

**Кости** (деформация, периоститы и т. д.) – без видимой деформации

**Мышечная система** (степень развития, тонус, болезненность) **–** безболезненны, тонус не изменен

**Характеристика конституции по Черноруцкому**: гиперстеник.

Индекс Пинье=Рост-(Окружность гр.клетки+Масса тела)=45

**ВНУТРЕННИЕ ОРГАНЫ.**

ДЫХАТЕЛЬНЫЙ АППАРАТ

1. Нос – носовые ходы нормальной проходимости, секрета нет.

2. Форма грудной клетки – гиперстеническая

3. Частота дыхания **–** 20 движ/мин, равномерное участие в дыхании обеих половин грудной клетки, тип дыхания **–** брюшной. Одышка смешанного характера. Запах изо рта – обычный.

*4. Пальпация грудной клетки*: болевые точки не выявлены, эластичность снижена, голосовое дрожание в симметричных участках **–** не усилено.

*5. Сравнительная перкуссия*: над передними, боковыми, задними отделами грудной клетки в симметричных участках звук одинаковый коробочный.

*6. Гамма звучности*

**–** над задними отделами: самый ясный, низкий и продолжительный звук **–** под лопатками; между лопатками, над ними, под лопатками - звук становится тише, короче, выше

**–** над передними отделами: самый ясный звук - во II и III межреберьях; в I межреберье, над верхушками - звук становится короче, тише, выше.

**–** в моренгеймовской ямке **–** звук наиболее тихий

*7. Топографическая перкуссия легких:*

- высота стояния верхушек –3 см

- ширина полей Кренига – 6 см

- нижние границы легких – соответствуют норме

- подвижность нижнего легочного края - норма

*8. Аускультация легких:*

- дыхание жесткое.

- хрипы сухие, свистящие, выслушиваются в обоих половинах грудной клетки, но в левой половине лучше

- при бронхофонии на периферии прослушиваются неразборчивые звуки, что соответствует норме.

- Симптом Питре – не проводился

СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА.

1. Осмотр сердечной области, сосудов шеи - видимой пульсации нет.

Деформаций грудной клетки нет.

Пальпация верхушечного толчка – пальпируется в V межреберье слева на 2 см кнаружи от срединноключичной линии, разлитой, усилен.

Пульсация в яремной ямке и в области эпигастрия не определяется.

2. *Перкуссия сердца:*

|  |  |
| --- | --- |
| Границы относительной тупости | |
| Левая | V м/р на 1 см кнаружи от левой ср.ключичной линии |
| Правая | ΙΙΙ ребро, 2 см кнаружи от правого края грудины |
| Верхняя | 3 ребро по левой парастернальной линии |
| Высота правого атриовазального угла | 3 реберный хрящ справа |
| Ширина сосудистого пучка | 9 см |
| Длинник (сумма расст пр и лев границ с-ца от средин лин | 18 см |
| Поперечник | 16 см |

3. Аускультация сердца:

Тоны: в I точке – I тон ослаблен, а в IV – не усилен, в точке Боткина-Эрба (V) – I и II тоны одинаковы. Акцент II тона на аорте.

Шумы: в точке Боткина-Эрба – изолированный систолический шум (не проводится в подмышечную область), не изменяется в положении пациента лежа на спине, на левом боку.

4. Сосудистая система

- Аорта и сосуды: видимой пульсации аорты нет, симптомы Оливер-Кардарелли и Сиротинина-Куковерова отрицательны. Перкуссия аорты – ширина сосудистого пучка 8 см.

- Крупные артерии:

- сонные, подключичные, бедренные(пульсация) - нет

- Феномен Траубе, двойной шум Дюрозье – не обнаружены.

- Периферические артерии:

- пульс на лучевой артерии – аритмичный, частота — 80 уд/мин, слабого напряжения и наполнения, на левой руке большего наполнения; стенка сосуда эластичная. ЧСС = 110 уд/мин. Дефицит пульса = 30 уд/мин. Патологические сосудистые шумы не выслушиваются.

- на тыльных артериях стоп - пульсация сохранена

- Аритмии: мерцательная аритмия. Дефицит пульса = 30 уд/мин, капиллярный пульс не обнаружен.

Артериальное давление:

|  |  |
| --- | --- |
| Систолическое | 130 мм.рт.ст. |
| Диастолическое | 90 мм.рт.ст. |
| Пульсовое | 50 мм.рт.ст. |

- Вены: шейные вены не расширены, венная пульсация не определяется. Варикозное расширение вен нижних конечностей.

ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА.

1. Полость рта:

- зубы правильной формы, белые с желтоватым оттенком, зубная формула:

|  |  |
| --- | --- |
| 3 2 1 2 | 2 1 2 3 |
| 3 2 1 2 | 2 1 2 3 |

- десны – розового цвета, плотные, не кровоточат

- язык влажный, обложен беловато-желтым налетом

2. Осмотр живота – увеличен за счет избыточного развития подкожно-жировой клетчатки.

3. При поверхностной пальпации болезненности нет, тонус брюшных мышц умеренный, дыхательные движения обеих половин брюшной стенки симметричные, видимой перистальтики нет, активно участвует в акте дыхания.

Симптом Щеткина-Блюмберга - отрицательный

4. *Желудок:*

- Видимой перистальтики – нет

- Определение нижней границы:

- перкуторно – 3 см выше пупка

- пальпация большой кривизны – расположена на 3 см выше пупка, ровная, эластичной консистенции, подвижность около 2 см, безболезненна.

- Привратник – не пальпируется

5. *Кишечник:* все области кишечника, доступные пальпации (слепая кишка; восходящий, поперечно-ободочный и нисходящий отделы толстого кишечника, сигмовидная кишка) при исследовании – эластичные, безболезненные, расположены правильно.

Точки Боаса, Опенховского, Мак Берни – безболезненны.

6. *Поджелудочная железа* не пальпируется

7. *Печень:*

– *границы печени*:

1. верхняя по срединноключичной линии глубокой перкуссией IV ребро, поверхностной перкуссией — V ребро

2. нижняя по срединноключичной линии — совпадает с краем реберной дуги

Размеры печени по М.Г.Курлову:

– от верхней границы по срединноключичной линии до нижней 9 см

– от основания мечевидного отростка до нижней границы по срединной линии 9 см

– от основания мечевидного отростка до левой границы 11 см

– при пальпации - нижний край острый, ровный, эластичной консистенции, поверхность гладкая, безболезненнен.

7. *Желчный пузырь —* не пальпируется, что соответствует норме.

Симптомы Мюсси, Ортнера, Курвуазье, Керра, Мерфи, Василенко – отрицательны.

8. *Селезенка:*

– верхняя граница - IX ребро (по средней лопаточной линии)

– нижняя граница - XI ребро (по средней лопаточной линии)

– задний верхний полюс - по лопаточной линии

– передний нижний полюс – 1 см от центра поперечника селезенки по направлению к пупку

* поперечник (верхняя — нижняя граница) — 10 см
* длинник (задний верхний — передний нижний полюс) — 13 см

При аускультации шума трения брюшины не обнаружено.

МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА.

1. ПОЧКИ

Симптом Пастернацкого (поколачивания по поясничной области) справа – отрицательный

Пальпация почек – безболезненна

Дизурические явления – не выявлены

2. Мочевой пузырь

пальпаторно не определяется, перкуторно – тимпанический звук

НЕРВНАЯ СИСТЕМА И ОРГАНЫ ЧУВСТВ.

Интеллект - не снижен

Настроение - устойчивое

Реакция на окружающее - адекватная, без раздражительности

Головные боли, головокружение - не отмечено

Сон – не очень глубокий

Речь - без нарушений

Координация движений - сохранена

Органы чувств: слух, обоняние – без отклонений, зрение – удовлетворительное

Сухожильные рефлексы – не нарушены.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ПАРАКЛИНИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

**Общий анализ крови:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 8.10.2002 | Норма |
| Гемоглобин | 160 | 130 – 160 г/л |
| Эритроциты | 4,95 | 4,0 – 5,1\*1012/л |
| Цветной показатель | 0,9 | 0,86 – 1,05 |
| Лейкоциты | 5,4 | 4,0 – 8,8\*109/л |
| СОЭ | 7 | 1 – 10 мм/ч |
| *Лейкоцитарная формула:* |  |  |
| Нейтрофилы: |  |  |
| палочко-ядерные | 3 | 1 – 6% |
| сегментоядерные | 85 | 47 – 72% |
| Базофилы | 0 | 0 – 1% |
| Эозинофилы | 1 | 0 – 5% |
| Лимфоциты | 6 | 18 – 40% |
| Моноциты | 5 | 2 –9% |
| Плазмоциты | 0 | Отсутствуют |

Заключение: повышено содержание сегментоядерных нейтрофилов, содержание лимфоцитов снижено. Это может говорить об имеющемся воспалительном процессе (хронический обструктивный бронхит)

**Биохимический анализ крови:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 8.10.2002 | Норма |
| Билирубин общ | 14,9 | 8,55 – 20,5 мкмоль/л |
| Билирубин прям. |  | 65 – 85 мкмоль/л |
| Глюкоза | 6,4 | 3,5 – 5,5 ммоль/ л |
| Мочевина | 5,6 | 3,5 – 5,7 ммоль/л |
| Креатинин | 68,0 | 53 – 97 мкмоль/л |
| АСТ | 21,2 | до 32,0 |
| АЛТ | 32,0 | до 40,0 |
| КФК | 16,4 | до 167,0 |
| СРБ | - | Нет |
| АСЛ-О | 185 | До 250 |
| Ревматоидный ф-р | 1/16 | Нет |

Заключение: гипергликемия, может быть связана с толерантностью к глюкозе.

**Гликемический профиль**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 8.10.02 | ммоль/л |
| 8:00 | 7,6 |  |
| 13:00 | 5,0 |  |
| 18:00 | 5,0 |  |
| 22:00 | 3,3 |  |
| 6:00 | 3,1 |  |

**Общий анализ мочи:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 8.10.2002 | Норма |
| Цвет | Соломенно-желтый | Соломенно-желтый |
| Прозрачность | Прозрачная | Прозрачная |
| Удельный вес | 1015 | 1008 – 1026 |
| Белок | Отр | Отр |
| Микроскопия: |  |  |
| * лейкоциты | 4-5 | 0 – 3 |
| * эритроциты | Единичные | Незначительное количество |

Заключение: лейкоцитурия, связана с воспалительным процессом.

**Показатели гемостаза**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 8.10.2002 | Норма |
| Протромбиновый индекс | 81,1 | 80-105% |
| АЧТВ | 28 | 25-35 сек. |
| Фибриноген общий | 3,0 | 2,5-3,5 г/л |
| Фибриноген В | + | Отр |

Заключение: обнаружен фибриноген В, что может говорить о воспалении.

**Реакция Вассермана (9.10.2002)**– отрицательная

**Анализ кала** **(9.10.2002)**– обнаружен Opisthorchis felineus

**Спирография (10.10.2002)**

Нарушение проходимости средних и мелких бронхов в границах I степени. Изменения слизистой дыхательных путей, дискриния. Возможен застой в малом круге кровообращения.

**Рентгенография грудной клетки (10.10.2002)**

Пневматизация легочных полей одинакова на симметричных участках, инфильтративных теней не определяется. Легочной рисунок перераспределен, умеренно деформирован за счет пневмофиброза, корни легких не расширены, частично перекрываются сердечнососудистой тенью, купол диафрагмы расположен на уровне V ребра, четкие.

Синусы свободные. Сердечнососудистые синусы расширены в поперечнике в обе стороны за счет левых и правых отделов. Аорта значительно удлинена и уплотнена.

**Эхография сердца (10.10.2002)**

Аорта кальцинирована, умеренно расширена. Аортальные, митральные створки кальцинированы, умеренная митральная регургитация, небольшая трикуспидальная регургитация, умеренное увеличение систолического давления в правом желудочке. Гипертрофия левого желудочка с умеренной дилатацией левых отделов. Правый отдел слегка расширен, общая систолическая функция левого желудочка, диастолическая – нарушены. Перикард без особенностей.

**УЗИ (10.10.2002)**

Печень на 1 см выступает из-под края правой реберной дуги. Ткань обычной эхогенности, умеренно-диффузно разнородная. Диаметр воротной вены 9 мм. Диаметр холедоха 3 мм. Стенки сосудов и протоков утолщены и уплотнены.

Желчный пузырь 72х27 мл, с перегибом в нижней трети теле, стенка не изменена, содержимое однородно.

ПЖЖ видна четко, контуры ровные, эхогенность увеличена, структура неоднородная.

Почки, лежа, расположены обычно, поверхность неровная, бугристая. Слой паренхимы однороден, хорошо дифференцируется от почечного синуса. Чашечно-лоханочная система не расширена, камней нет.

Щитовидная железа. Контуры ровные четкие, ткань неравномерно повышенной эхогенности и однородной структуры. В верхнем полюсе правой доли определяется разнородный гипоэхогенный узел 6 мм в диаметре. В центре доли такой же узел. В верхнем полюсе левой доли узел диаметром 5 мм.

Заключение: диффузные изменения ткани печени, ПЖЖ. Узлы щитовидной железы.

**ЭКГ (7.10.2002)**

Горизонтальное положение электрической оси сердца. Мерцательная аритмия (тахисистолическая форма – 136/мин). Частые А-В (перегородочные?) экстрасистолы. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

**ДНЕВНИК**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата, температура, пульс, АД, частота дыхания | Течение болезни | Назначения |
| 7.10.2002 | Проведено электрокардиографическое исследование. | Режим палатный, Диета №10, контроль суточного диуреза, оксигенотерапия по 5-7 минут 4-6 раз в день.  Tab. Digoxini 0,00025 по 1 таб. 1 р/д  Tab. Furosemidi 0,04 по 1 таб. 1 р/д утром натощак  Tab. Verospironi 0,025 по 1 таб. 3 р/д после еды  Ac. Acetylsalicylici 0,5 1/4 таб 1 р/д после обеда |
| 8.10.2002 t=36,90, АД 130/90, пульс 80/мин, ЧДД=27/мин | Больная адекватна, сознание ясное, положение вынужденное, состояние средней тяжести. Жалобы нашей больной: боли колющего характера в области сердца, возникающие в покое во время лежания на левом боку; общая слабость, утомляемость при повышении артериального давления до 190 мм рт. ст. (систолическое); перебои в области сердца; одышка смешанного характера, возникающая спонтанно и усиливающаяся при физической нагрузке; удушье смешанного характера, возникающее ночью (проходит в ортостатическом положении); частый приступообразный кашель с мокротой (до 15 мл за раз, мокрота бесцветная, без запаха); отеки нижних конечностей, появляющиеся во второй половине дня.  При осмотре выявлено: кожа на пальцах цианотична, варикозное расширение вен нижних конечностей, отеки голеней и стоп; миндалины увеличены и рыхлые; остеохондроз грудного отдела позвоночника; деформация суставов; «часовые стекла» и «барабанные палочки».  При проведении объективного обследования выявлены отклонения:  - Верхушечный толчок пальпируется в V межреберье слева на 2 см кнаружи от срединноключичной линии, разлитой, усилен.  - при перкуссии – расширение границ сердца: левой – на 1 см кнаружи от срединноключичной линии; правой – на 2 см вправо от грудины; расширенный сосудистый пучок = 9 см.  - при аускультации сердца: в I точке – I тон усилен, акцент II тона на аорте и легочной артерии; в точке Боткина-Эрба – изолированный систолический шум (не проводится в подмышечную область), не изменяется в положении пациента лежа на спине, на левом боку;  - пульс на лучевой артерии – аритмичный, частота — 80 уд/мин, слабого напряжения и наполнения, на левой руке большего наполнения; стенка сосуда эластичная. ЧСС = 110 уд/мин. Дефицит пульса = 30 уд/мин.  Стул нормальный. Суточный диурез – 2,0 л.  Проведено биохимическое исследование крови, общий анализ крови, определение показателей гемостаза, гликемический профиль, общий анализ мочи. | Режим палатный, Диета №10, контроль суточного диуреза, оксигенотерапия по 5-7 минут 4-6 раз в день.  Tab. Digoxini 0,00025 по 1 таб. 1 р/д  Tab. Furosemidi 0,04 по 1 таб. 1 р/д утром натощак  Tab. Verospironi 0,025 по 1 таб. 3 р/д после еды  Ac. Acetylsalicylici 0,5 1/4 таб 1 р/д после обеда |
| 9.10.2002 t=36,60, АД 140/90, пульс 78/мин, ЧДД=26/мин | Больная адекватна, сознание ясное, положение вынужденное, состояние средней тяжести. Новых жалоб не предъявляет.  Изменений в объективном статусе больной не наблюдается.  Стул нормальный. Суточный диурез – 2,5 л. | Режим палатный, Диета №10, контроль суточного диуреза, оксигенотерапия по 5-7 минут 4-6 раз в день.  Tab. Digoxini 0,00025 по 1 таб. 1 р/д  Tab. Furosemidi 0,04 по 1 таб. 1 р/д утром натощак  Tab. Verospironi 0,025 по 1 таб. 3 р/д после еды  Ac. Acetylsalicylici 0,5 1/4 таб 1 р/д после обеда  Направления на рентгенографию грудной клетки, спирографию, УЗИ, ЭхоКГ. |
| 10.10.2002 t=36,60, АД 130/90, пульс 85/мин, ЧДД=24/мин | Состояние удовлетворительное. Каких-либо новых жалоб не предъявляет.  Изменений в объективном статусе больной не наблюдается.  Проведены спирография, рентгенография грудной клетки, УЗИ, ЭхоКГ.  Стул нормальный. Суточный диурез – 2,0 л. | Tab. Digoxini 0,00025 по 2 таб. 1 р/д утром натощак (14.10. отменить)  Tab. Triazidi по 1 таб. 1р/д после еды  Tab. Furosemidi 0,04 по 1 таб. 1 р/д утром натощак (Вт, Чт, Сб)  Tab. Verospironi 0,025 по 1 таб. 3 р/д после еды  Ac. Acetylsalicylici 0,5 1/4 таб 1 р/д после обеда |
| 14.10.2002  t=36,60, АД 130/90, пульс 80/мин, ЧДД=20/мин | Состояние удовлетворительное, уменьшились отеки голеней и стоп, уменьшился кашель, одышка. Каких-либо новых жалоб не предъявляет.  Стул нормальный. Суточный диурез – 2,0 л. | Tab. Digoxini 0,00025 по 2 таб. 1 р/д утром натощак (отменен)  Tab. Triazidi по 1 таб. 1р/д после еды  Tab. Furosemidi 0,04 по 1 таб. 1 р/д утром натощак (Вт, Чт, Сб)  Tab. Verospironi 0,025 по 1 таб. 3 р/д после еды  Ac. Acetylsalicylici 0,5 1/4 таб 1 р/д после обеда |
| 15.10.2002  t=36,60, АД 130/90, пульс 80/мин, ЧДД=20/мин | Состояние удовлетворительное. Каких-либо новых жалоб не предъявляет.  Стул нормальный. Суточный диурез – 2,0 л. | Tab. Triazidi по 1 таб. 1р/д после еды  Tab. Furosemidi 0,04 по 1 таб. 1 р/д утром натощак (Вт, Чт, Сб)  Tab. Verospironi 0,025 по 1 таб. 3 р/д после еды  Ac. Acetylsalicylici 0,5 1/4 таб 1 р/д после обеда  Tab. Egiloc 0,05 1/4 таб 1р/д утром |

**ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА**

У больной выделены следующие синдромы, на основании которых поставлен диагноз гипертоническая болезнь:

* Гипертензивный синдром
* Синдром сердечно-сосудистой недостаточности IIА ст.
* Синдром гипертрофии миокарда левого желудочка
* Синдром нарушения ритма

**1. Гипертензивный синдром:** сложный субъективно-объективно-параклинический синдром. Ведущий синдром.

Субъективно: быстрая утомляемость, головные боли, слабость при повышении артериального давления до 160 – 220 мм рт. ст. (систолическое), проходит при снижении давления.

Объективно: ослабление I тона, акцент II тона, систолический шум в точке Боткина-Эрба

Параклинически: при измерении тонометром артериального давления обнаружено его повышение до 190 х 110 мм рт. ст.

Основное значение в развитии этого синдрома имеет нервно-психическое перенапряжение (стресс), которое возможно имело место у больной. Важным этиологическим фактором может быть возрастная перестройка диэнцефально-гипоталамических структур мозга в климактерическом периоде. Развитию способствует атеросклероз сосудов. В ранний период характеризуется функциональным расстройством регуляции сосудистого тонуса. Вначале, под влиянием стрессовых ситуаций, повышается возбудимость коры головного мозга и гипоталамических вегетативных центров, в частности симпатической нервной системы. Это приводит к спазму артериол внутренних органов, особенно почек. В этот период общее сосудистое сопротивление изменяется мало, но заметно повышено сосудистое почечное сопротивление. Ишемия почечной ткани в свою очередь вызывает продукцию ЮГА почек ренина, в присутствии которого неактивная форма ангиотензина плазмы (АТ-I) переходит в активную (АТ-II), обладающую выраженным прессорным действием. В результате этого повышается артериальное давление.

**2. Синдром хронической недостаточности левых отделов сердца II А ст.:** сложный субъективно-объективно-параклинический синдром.

Субъективно: одышка смешанного характера в покое и при небольшой физической нагрузке, усиливается при физической нагрузке; иногда ночью возникает сухой кашель.

Объективно: цианоз конечностей, обнаруживаются сухие свистящие хрипы при аускультации грудной клетки

Параклинически: УЗИ сердца – кальцинация створок митрального и аортального клапанов. УЗИ грудной клетки – застойные явления по малому кругу кровообращения.

Синдром проявляется снижением сократительной способности миокарда.

**3. Синдром гипертрофии левого желудочка** – сложный объективно-параклинический синдром.

Объективно: расширение левой границы сердца.

Параклинически: ЭКГ заключение: гипертрофия левого желудочка.

Причиной гипертрофии миокарда левого желудочка может быть предшествовавшая этому недостаточность левых отделов сердца, вследствие которой появились застойные явления в малом круге кровообращения, компенсаторным механизмом застойных явлений явилась гипертрофия миокарда левых отделов сердца.

**4. Синдром нарушения ритма:** сложный субъективно-параклинический синдром.

Субъективно: при незначительных нагрузках появляется ощущение перебоев в сердце.

Параклинически: ЭКГ – мерцательная аритмия (тахисистолическая форма – 136/мин). Частые А-В (перегородочные?) экстрасистолы.

Механизм: нарушение ритма сердца, при котором на протяжении всего сердечного цикла наблюдается частое (от 350 до 700 в минуту) беспорядочное, хаотичное возбуждение и сокращение отдельных групп мышечных волокон предсердий, каждая из которых фактически является своеобразным эктопическим очагом импульсации. Далеко не все из этих беспорядочных импульсов могут пройти через АВ-узел к желудочкам, поскольку многие из них застают его в состоянии рефрактерности. В связи с этим частота возбуждения желудочков при мерцании предсердий не превышает обычно 150-200 в минуту, а чаще составляет 90-140 в минуту. Мерцательная аритмия в большинстве случаев наблюдается при органических изменениях в миокарде предсердий, чаще всего при таких заболеваниях, как ИБС, митральный стеноз, тиреотоксикоз и др.

Диагноз гипертоническая болезнь выставлен на основании жалоб пациентки, данных осмотра, объективных и инструментальных исследований, лабораторных данных.

Стадия II характеризуется выраженной клинической картиной. Признаки обнаруженные у больной, указывающие на II стадию гипертонической болезни: жалобы на снижение работоспособности, нарушение сна; АД постоянно повышено (на уровне около 190/110; гипертензия снижается под влиянием медикаментозного лечения; при физикальном обследовании выявлены признаки гипертрофии левого желудочка; на ЭКГ – признаки гипертрофии левого желудочка и нарушение ритма (мерцательная аритмия).

Степень 3 (тяжелая) поставлена в соответствии с уровнем артериального давления = более 180/110 Hg.

Риск 4, т. к. имеется АД>180/110 Hg и наличие двух факторов риска (генетическая предрасположенность, ожирение).

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Гипертоническую болезнь следует дифференцировать с симптоматическими гипертензиями: почечными и эндокринными.

А. Почечные

*1. Хронический гломерулонефрит*

- интенсивные головные боли, головокружения

- снижение зрения; «туман» перед глазами

- боли в области сердца, одышка, сердцебиения

- выраженная артериальная гипертензия

- расширение границ сердца влево

- на ЭКГ – гипертрофия левого желудочка

- исследование глазного дна выявляет сужение и извилистость артерий

- небольшая протеинурия, микрогематурия, снижение плотности мочи, раннее снижение клубочковой фильтрации.

- может осложняться левожелудочковой недостаточностью (сердечная астма, отек легкого, ритм галопа).

- отеки незначительные, чаще отсутствуют.

- нет атеросклероза, как при ГБ

- биопсия почек – при ГБ обнаруживаются изменения стенок мелких артерий и артериол. При гломерулонефрите изменения почек отличаются большим разнообразием - морфологические признаки в клубочках, канальцах, сосудах и в соединительной ткани.

У нашей больной выявлены выраженная артериальная гипертензия, головные боли, одышка, сердцебиения, боли в области сердца, не иррадиирующие; расширении границ сердца влево; гипертрофия миокарда левого желудочка по данным ЭКГ; легочное сердце, отеки, атеросклероз сосудов (УЗИ) – признаки характерные как для гипертонической болезни, так и для хронического гломерулонефрита. Нет протеинурии, микрогематурии, снижения плотности мочи, ухудшения зрения, патологических изменений почек, что характерно для хронического гломерулонефрита.

Таким образом, поиск диагностических признаков показал несостоятельность диагноза «хронический гломерулонефрит».

*2. Хронический пиелонефрит*

- артериальная гипертензия

- боли в поясничной области

- дизурические явления (болезненное учащенное мочеиспускание, что обусловлено сопутствующим циститом).

- выделение мутной мочи, иногда с неприятным запахом, дающим при стоянии мутный осадок

- познабливание при выраженном обострении, иногда скоропреходящие подъемы температуры тела до 38.5-390С с нормализацией к утру.

- бледность кожи и видимых слизистых оболочек;

- на рентгенограмме – уменьшение размеров почек с одной или обеих сторон.

У больной имеет место артериальная гипертензия, но нет болей в области поясницы, моча прозрачная, кожа нормальной окраски, дизурические явления, озноб, бледность кожи и слизистых не выявлены. По данным УЗИ признаков уменьшения почек нет. Это отвергает диагноз хронического пиелонефрита.

Б. Эндокринные

*Болезнь и синдром Кушинга* – причиной болезни является повышенная секреция АКТГ из аденогипофиза базофильной аденомой. Синдром (периферическом кортицизме) вызван опухолью надпочечников.

Диагностические критерии:

- диспластическое перераспределение подкожной жировой клетчатки с избыточным отложением в области плечевого пояса, груди, живота, шейного отдела позвоночника («климактерический горбик»), лица («лунообразное» круглое лицо), при этом руки и ноги относительно тонкие, ягодицы – уплощенные.

- сухость, истонченность, «мраморность» кожи, гнойничковые высыпания различной локализации.

- лицо багрово красное, у женщин отмечается избыточный рост волос на лице

- стрии

- петехии и кровоподтеки на коже плеч, предплечий, на передней поверхности голеней.

- понижение тонуса и силы мышц, их атрофия.

*Лабораторные и инструментальные данные:*

- избыток глюкокортикоидов.

- при болезни Кушинга в крови наблюдается высокое содержание АКТГ, существующее даже при высоком уровне гидрокортизона, что говорит об отсутствии обратной связи.

- при синдроме Кушинга секреция гидрокортизона и других гормонов коры надпочечников высокая и по принципу обратной связи подавляет выработку АКТГ, уровень которого очень низок.

- АД от 150/110 до 240/160 Hg

У больной не обнаружено не одного диагностического признака кроме повышения АД, что отвергает диагноз болезни и синдрома Кушинга.

**ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ,**

**ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ**

Анализируя этиопатогенетические механизмы развития гипертонической болезни у нашей больной, можно предположить, что причиной заболевания явилась возрастная перестройка диэнцефально-гипоталамических структур мозга в климактерическом периоде, также нервно-психическое напряжение на работе, гиподинамия.

Предрасполагающие факторы: генетическая предрасположенность, ожирение.

Первичные функциональные нарушения возникают в коре головного мозга и в центрах гипоталамической области, лимбико-ретикулярного комп­лекса. Последний ответствен за приспособительную деятельность организма, участвует в восприятии внешних раздражении через органы чувств, в форми­ровании эмоционально-поведенческих реакций. В результате развивается по­вышение возбудимости (гиперреактивность) гипоталамических вегетативных центров, главным образом симпатической нервной системы, что ведет к раз­витию прессорных реакций. В дальнейшем формируется патологическая застойная доминанта возбуждения в симпатических центрах головного мозга.

В начальных стадиях заболевания повышение активности симпатоадреналовой системы способствует повышению минутного выброса (гипердинамическая стадия), что само по себе вызывает гипертензию, способствует увели­чению секреции нейрогормонов ренин-гипертензин-альдостеронового звена, в связи с чем отмечается тенденция к повышению сосудистого тонуса. При исследовании обмена симпатических аминов у больных с гипертонической болезнью было установлено, что на ранних стадиях ее развития он может не нарушаться. Изменения в основном происходят в эфферентном звене нервных механизмов регуляции кровообращения и характеризуются изме­нением чувствительности адренорецепторов, нарушением процессов депониро­вания катехоламинов в симпатических терминалях, дефектом энзимов, осу­ществляющих биосинтез катехоламинов. Наблюдается значительная активация симпатической иннервации почек, приводящая к уменьшению почечного кровотока и умеренному снижению экскреции натрия и воды. Эти факторы в сочетании с чрезмерным потреблением хлорида натрия способствуют повы­шению содержания натрия в сосудистой стенке как за счет внутриклеточного его накопления, так и за счет внеклеточной фракции. Параллельно с этим увеличивается содержание ионизированного кальция в сосудистой стенке. Вследствие накопления натрия сосудистая стенка становится отечной и утол­щенной.

Эти изменения повышают реактивность мышечных оболочек сосудов к различным прессорным факторам (катехоламины, ангиотензин и т. д.). Развивающиеся при этом структурные изменения стенок сосудов, характери­зующиеся гипертрофией мышечного слоя, имеют большое значение в стабили­зации повышенного артериального давления.

В поздних стадиях гипертонической болезни антигипертензивная функция почек истощается и все большее значение приобретают почечно-прессорные механизмы. Усиленная секреция ренина ведет к образованию значительных количеств ангиотензина, который стимулирует выработку альдостерона. По­следний воздействует на минеральный обмен, перераспределение электролитов в организме и накопление натрия в стенках артериол. Прессорный эффект катехоламинов и ангиотензина в поздних стадиях гипертонической болезни связан не столько с концентрацией их в крови, сколько с чувствительностью артериальных сосудов к их прессорному влиянию. Последняя в значительной степени определяется величиной секреции альдостерона и степенью задержки натрия в стенках артериол.

Развитие гиперрениновой артериальной гипертонии обусловлено нарушением механизмов обратной связи, вследствие чего не наступает торможения продукции ренина при повышении его содержания в крови. Наиболее часто гиперренинемия отмечается при реноваскулярной гипертонии. Среди больных с гипертонической болезнью повышение уровня ренина отмечается приблизи­тельно у 25 %. У 20 % больных содержание ренина может быть даже сни­женным. Наиболее часто содержание ренина повышено у больных с тяжелым течением гипертонической болезни. При этом у них отмечается снижение активности кининовой системы.

В патогенезе гипертонической болезни можно выделить три звена: 1) центральное – нарушение соотношения процессов возбуждения и торможения ЦНС; 2) гуморальное - продукция прессорных веществ (норадреналин, альдостерон, ренин, ангиотензин) и уменьшение депрессорных влияний; 3) вазомоторное – тоническое сокращение артерий с наклонностью к спазму и ишемии органов.

Следовательно, перенапряжение в коре головного мозга и особенно в цент­рах лимбико-ретикулярного комплекса реализуется через нейроэндокринную систему и проявляется повышением артериального давления.

Патологическая анатомия

Основной признак – гипертрофия миокарда левого желудочка, увеличение мышечной массы преимущественно мелких артерий. 3 вида изменений артерий: артериальный гиалиноз, артериосклероз, фибриноидных некроз. Основным поражением артерий эластического типа является атеросклероз. При макроскопическом исследовании почки плотные, уменьшены в размере, имеют зернистую поверхность. При микроскопическом исследовании обнаруживаются склеротические изменения артериол почек, сердца, мозга.

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Заболевание впервые проявилось в 1996 году возникшим удушьем и повышением артериального давления до высоких значений. До 2001 года состояние пациентки было удовлетворительным. В октябре 2001 года была госпитализирована в городскую больницу г. Асино с диагнозом гипертоническая болезнь, где проходила лечение верапамилом, энапом. В результате проведенной терапии артериальное давление опустилось до нормы.

В связи с ухудшением самочувствия в сентябре 2002 года проходила лечение в асиновской городской больнице с диагнозом гипертоническая болезнь. Жаловалась на резкое снижение работоспособности, выраженную одышку характера, сердцебиение, перебои в сердце, отеки нижних конечностей. Проведено лечение: энап, верапамил, верошпирон, строфантин внутривенно. Состояние больной на фоне лечения не улучшилось, выраженные отеки.

В 7 октября 2002 года пациентка поступила в клинику факультетской терапии СГМУ, где в данный момент проходит лечение. Назначено: дигоксин, фуросемид, верошпирон, килота ацетисалициловая как антиагрегант, Triazid , Egiloc. На фоне лечения артериальное давление понизилось до нормы (130/90), отечность нижних конечностей спала, самочувствие больной улучшилось.

Т. о. можно сделать вывод, что для течения гипертонической болезни у больной характерно возникновение выраженной одышки смешанного характера, иногда доходящей до удушья, отеки на нижних конечностях, возникающие после сна; постоянное повышение артериального давления (до лечения), поддающееся антигипертензивной терапии; снижение общей работоспособности; других характерных симптомов гипертонии (головные боли, головокружение, нарушение сердечного ритма) не обнаружено; течение относительно быстро прогрессирующее.

**ПРОГНОЗ**

Артериальное давление удалось с помощью проводимой терапии понизить до нормального. Прогноз относительно благоприятный, т. к. заболевание отягощено мерцательной аритмией, которая в свою очередь может привести к тяжелому осложнению – тромбоэмболии, а также к прогрессированию нарушения ритма.

**ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЯВШЕЙСЯ ТЕРАПИИ**

Для лечения гипертонической болезни и ее осложнений применялись следующие препараты:

* *Дигоксин*

Дигоксин относится к группе сердечных гликозидов. Оказывает сильное систолическое действие, относительно сильно замедляет сердечный ритм. Оказывает также относительно выраженный диуретический эффект. По сравнению с дигитоксином быстрее выводится из организма и менее способен к кумуляции в организме. Дигоксин меньше, чем дигитоксин и другие гликозиды наперстянки, связывается с белками сыворотки крови и приближается в этом отношении к строфантину. Дигоксин хорошо всасывается при приеме внутрь. Кардиотонический эффект наступает обычно через 1 - 2 ч и достигает максимума в течение 8 ч.

Внутрь дигоксин назначают обычно в первый день по 0,25 мг (1 таблетка) 4 - 5 раз с равными промежутками (1 - 1,25 мг в сутки), в последующие дни дают по 0,25 мг 3 - 1 раз в сутки. Дозу уточняют, учитывая показатели ЭКГ, дыхания, диуреза. В зависимости от эффекта повторяют прежнюю дозу или ее постепенно уменьшают.

После достижения необходимого терапевтического эффекта переходят на лечение поддерживающими дозами дигоксина: 0,5 - 0,25 - 0,125 мг (2 - 1 - 1/2 таблетки) в день. Обычно в течение 1 - 1,5 нед (иногда раньше) удается подобрать нужную для больного поддерживающую дозу гликозида для длительного применения. Применяют при НК I, IIА, IIБ; тахиаритмической форме мерцательной аритмии и др.

* *Фуросемид (лазикс)*

Фуросемид является сильным диуретическим (салуретическим) средством. Эффективен при пероральном и парентеральном применении. Диуретический эффект связан с угнетением реабсорбции ионов Nа и Сl, причем это угнетение наблюдается не только в проксимальных, но и в дистальных извитых канальцах, и в области восходящего отдела петли Генле. Реабсорбция калия также угнетается, но в значительно меньшей степени. Заметного угнетения карбоангидразы не вызывает. Препарат одинаково эффективен в условиях ацидоза и алкалоза. Диуретический эффект наиболее выражен в течение первых 2 дней приема препарата, но не исчезает даже при длительном лечении. Препарат действует быстро. После внутривенного введения диуретический эффект начинается через несколько минут, после приема внутрь - в течение первого часа. Продолжительность действия после однократного внутривенного введения 1,5 - 3 ч, после приема внутрь - 4 ч и более. Быстрый эффект при внутривенном введении дает возможность использовать фуросемид в неотложных случаях (отек легких, мозга и др.).

Фуросемид применяют в качестве диуретика при застойных явлениях в малом и большом круге кровообращения, обусловленных сердечной недостаточностью, при циррозах печени с явлениями портальной гипертензии, хронической и острой почечной недостаточности, отеке легких и мозга, отравлениях барбитуратами, эклампсии.

Эффективность фуросемида при лечении больных с недостаточностью кровообращения связана не только с диуретическим эффектом, но и с непосредственным расширяющим действием на периферические сосуды.

Фуросемид оказывает также антигипертензивное действие. Препарат эффективен при различных формах гипертензии, в том числе при тяжелых формах, при которых другие салуретики неэффективны. Механизм антигипертензивного действия в основном такой же, как при применении тиазидных диуретиков.

Обычно принимают по 0,04 г (40 мг = 1 таблетке) 1 раз в день (утром); при недостаточном эффекте дозу увеличивают до 0,08 - 0,12 г (до 0,16 г) в день (в 2 - 3 приема с промежутком 6 ч). После уменьшения отеков дают в меньших дозах с перерывом 1 - 2 дня.

При гипертонической болезни назначают фуросемид по 20 - 40 мг (1/2-1 таблетка) 1 раз в сутки. При сопутствующей сердечной недостаточности суточную дозу можно увеличить до 80 мг.

* *Верошпирон (спироналоктон)*

Верошпирон является конкурентным антагонистом альдостерона в отношении влияния на дистальные отделы нефронов; препарат повышает выделение натрия, но уменьшает выделение калия и мочевины, понижает титруемую кислотность мочи. Натрийуретическое действие обусловливает усиление диуреза. В связи с усилением выделения ионов натрия, верошпирон может оказывать гипотензивное действие, однако этот эффект непостоянен.

Применяют верошпирон как диуретическое средство при отеках, связанных с нарушениями сердечной деятельности, при асцитах в связи с циррозом печени, при нефротическом синдроме и отеках другого происхождения. Диуретический эффект верошпирона выражен умеренно и проявляется обычно на 2 - 5-й день лечения. Гипотензивный эффект весьма умеренный, и поэтому основным показанием к назначению верошпирона является сочетанное применение с петлевыми или тиазидными диуретиками для предотвращения потери калия.

Принимают спиронолактон внутрь. Суточная доза может варьировать от 0,05 до 0,3 г. Обычно она составляет 0,1 - 0,2 г (в 2 - 4 приема). При наступлении необходимого эффекта дозу понижают до 0,075 - 0,025 г в день.

* *Acidum acetylsalicylicum (аспирин)*

Существенно важной особенностью ацетилсалициловой кислоты, которой в последнее время стали придавать большое значение, является способность препарата оказывать антиагрегационное действие, ингибировать спонтанную и индуцированную агрегацию тромбоцитов.

Применяют для профилактики тромботических осложнений у больных с инфарктом миокарда, нарушениями мозгового кровообращения и другими сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Следует учитывать, что под влиянием ацетилсалициловой кислоты усиливается действие антикоагулянтов (производные кумарина, гепарина и др.). Ослабляется несколько действие фуросемида, урикозурических средств, спиронолактона.

Назначают в дозах 0,15-0,3 1 раз в день.

* *Triazidum*

Комбинированный препарат: в его состав входят гидрохлортиазид (12,5 мг) и триамтерен (25 мг). Оказывает диуретическое и гипотензивное действие. Гидрохротиазид – диуретик средней эффективности. Увеличивает выведение из организма ионов Na, Cl и эквивалентных колическв воды. Увеличивает также выведение ионов K, Mg, бикарбонатов. Триамтерен относится к группе калий/магнийсберегающих диуретиков. при сочетании с гидрохлортиазидом предупреждает развитие гипокалиемии и гипомагниемии.

Показан при артериальной гипертонии, отечном синдроме различного генеза.

При артериальной гипертонии и лечении отечного синдрома назначают в начальной дозе по 2 таб. 2 раза/сут (утром и днем). В случае одновременного назначения других антигипертензивных препаратов суточная доза тиазида аткже составляет 2 таб.

* *Egiloc (метопролол)*

Является избирательным (кардиоселективным) β1-адреноблокатором. Внутренней симпатомиметической активностью не обладает.

При приеме внутрь быстро всасывается. Период полувыведения из плазмы крови составляет 3 - 5 ч, но влияние на артериальное давление и частоту сердечных сокращений наблюдается (после приема внутрь однократно 100 мг) в течение 12 ч. Выделяется через почки в виде метаболитов.

Применяют при гипертонической болезни, стенокардии, аритмиях (суправентрикулярной тахикардии, фибрилляции предсердий, желудочковой экстрасистолии), при гипертиреоидизме, для профилактики повторных инфарктов миокарда. Внутрь назначают в дозе 100 - 200 мг в день в 2 - 3 приема. При необходимости дозу увеличивают, а при гипертонической болезни в случае недостаточной эффективности назначают дополнительно другие антигипертензивные средства.

**ДАЛЬНЕЙШИЕ УКАЗАНИЯ БОЛЬНОМУ**

Больной необходимо соблюдать следующие указания:

1. Ограничение употребления соли

2. Нормализация массы тела

3. Физическую нагрузку динамического характера (не менее 3 раз в неделю)

4. Соблюдение **диеты №10**:

**Показания:** заболевания сердечно-сосуди­стой системы в стадии компенсации или при нерезко выраженной недостаточности крово­обращения.

**Цель назначения:** способствовать улучше­нию кровообращения, функции сердечно-сосу­дистой системы, печени, почек, нормализации обмена веществ, щажению сердечно-сосуди­стой системы и органов пищеварения.

**Общая характеристика:** небольшое сниже­ние энергоценности за счет жиров и отчасти углеводов. Значительное ограничение количе­ства натрия, уменьшение потребления жидко­стей. Ограничено содержание веществ, воз­буждающих сердечно-сосудистую и нервную системы, раздражающих печень и почки, из­лишне обременяющих желудочно-кишечный тракт, способствующих метеоризму. Увеличено содержание калия, маг­ния, липотропных веществ, продуктов, оказы­вающих ощелачивающее действие (молочные, овощи, фрукты). Кулинарная обработка с уме­ренным механическим щажением. Мясо и рыбу отваривают. Исключают: трудноперевариваемые блюда. Пищу готовят без соли. Температу­ра пищи обычная.

**Химический состав и энергоценность:** бел­ки – 80-90 г (55-60 % животные), жиры – 70 г (25-30% растительные), углеводы – 350 г; 2300-2400 ккал; поваренная соль – 6-7 г (3-5 г на руки), свободная жидкость 1,2 л.

**Режим питания:** 5 раз в день относительно равномерными порциями.

**Рекомендуемые и исключаемые продукты и блюда:** *хлеб и мучные изделия.* Хлеб пше­ничный из муки 1-го и 2-го сорта, вчерашней выпечки или слегка подсушенный; диетический бессолевой хлеб. Несдобные печенье и бисквит. Исключают: свежий хлеб, изделия из сдобного и слоеного теста, блины, оладьи;

— *супы* 250-400 г на прием. Вегетариан­ские с разными крупами, картофелем, овоща­ми (лучше с измельченными), молочные, фрук­товые. Холодный свекольник. Супы сдабрива­ют сметаной, лимонной кислотой, зеленью. Исключают: из бобовых, мясные, рыбные, грибные бульоны;

— *мясо и птица.* Нежирные сорта говяди­ны, телятины, мясной и обрезной свинины, кролика, курицы, индейки. После зачистки от сухожилий и фасций мясо отваривают, а потом запекают или обжаривают. Блюда из рублено­го или кускового отварного мяса. Заливное из отварного мяса. Ограниченно — докторская и диетическая колбасы. Исключают: жирные со­рта, гуся, утку, печень, почки, мозги, копчено­сти, колбасные изделия, мясные консервы;

— *рыба.* Нежирные виды — вареная или с последующим обжариванием, куском и руб­леная. Блюда из отварных продуктов моря. Исключают: жирные виды, соленую, копченую, икру, консервы;

— *молочные продукты.* Молоко — при пе­реносимости; кисломолочные напитки, творог и блюда из него с крупами, морковью, фрукта ми. Ограничены сметана и сливки (только в блюда), сыр. Исключают: соленые и жирные сыры;

— *яйца.* До 1 яйца в день. Всмятку, паро­вые и запеченные омлеты, белковые омлеты, в блюда. Исключают: вкрутую, жареные;

— *крупы.* Блюда из различных круп, при­готовленные на воде или молоке (каши, запе­ченные пудинги и др.). Отварные макаронные изделия. Исключают: бобовые;

— *овощи.* В отварном, запеченном, ре­же – сыром виде. Картофель, цветная капу­ста, морковь, свекла, кабачки, тыква, томаты, салат, огурцы. Белокочанная капуста и зеле­ный горошек – ограниченно. Зеленый лук, ук­роп, петрушка – в блюда. Исключают: соле­ные, маринованные, квашеные овощи; шпинат, щавель, редьку, редис, чеснок, репчатый лук, грибы;

— *закуски.* Салаты из свежих овощей (тертая морковь, томаты, огурцы), винегреты с растительным маслом, овощная икра, салаты фруктовые, с морепродуктами, рыба отварная заливная. Исключают: острые, жирные и соле­ные закуски, копчености, икру рыб;

— *плоды, сладкие блюда, сладости.* Мяг­кие спелые фрукты и ягоды в свежем виде. Сухофрукты, компоты, кисели, муссы, самбуки, желе, молочные кисели и кремы, мед, варенье, нешоколадные конфеты. Исключают: плоды с грубой клетчаткой, шоколад, пирожные;

— *соусы и пряности.* На овощном отваре, сметанные, молочные, томатные, луковый из вываренного и поджаренного лука, фруктовые подливки. Лавровый лист, ванилин, корица, лимонная кислота. Исключают; на мясном, рыбном, грибном отваре, горчицу, перец, хрен;

— *напитки.* Некрепкий чай, кофейные на­питки с молоком, фруктовые и овощные соки, отвар шиповника, ограниченно — виноград­ный сок. Исключают: натуральный кофе, ка­као;

— *жиры.* Несоленое сливочное и топленое масло. Растительные масла в натуральном ви­де. Исключают: мясные и кулинарные жиры.

**Примерное меню диеты № 10.**

*1-й завтрак:* яйцо всмятку, каша овсяная молочная, чай. *2-й завтрак:* яблоки печеные с сахаром.

*Обед:* суп перловый с овощами на растительном мас­ле (1/2 порции), мясо отварное с морковным пюре, компот из сухофруктов.

*Полдник:* отвар шиповника.

*Ужин:* пудинг творожный (1/2 по­рции), отварная рыба с картофелем отварным, чай.

*На ночь:* кефир.

**ЭПИКРИЗ**

Пациентка поступила в клинику факультетской терапии СГМУ 7.10.2002 для лечения гипертонической болезни.

При поступлении предъявляла жалобы:

- Общая слабость

- Перебои в области сердца, сердцебиение

- Боли в области сердца – возникают в покое, локализованы в проекции сердца на переднюю поверхность грудной клетки, не иррадиируют, острого характера, длительностью до 10 минут, купирует рибоксином.

- Одышка смешанного характера, спонтанно возникающая.

- Удушье, возникающее ночью и проходящее в ортостатическом положении

- Отеки на нижних конечностях, возникают после сна.

- Кашель частый, приступообразный; с мокротой до 10-15 мл за раз, бесцветная, без запаха, утром выделяется наибольшее количество

- Аппетит плохой.

- Боли в суставах, периодически возникают, могут появляться осенью и зимой, появляются при движении. Тугоподвижность суставов.

Из анамнеза выяснено, что пациентка больна с 1996 года, когда в г. Новокузнецке при подъеме по лестнице от скопившихся на лестничной площадке газов у пациентки возникло удушье, подскочило артериальное давление, приступ прошел сам через некоторое время. Течение заболевания относительно быстро прогрессирующее.

В октябре 2001 года проходила лечение в отделении терапии городской больницы г. Асино в связи с высоким артериальным давлением (220/190 мм рт. ст.). Лечение: верапамил, энап на ночь. Артериальное давление в результате лечения нормализовалось.

Сентябрь-начало октября 2002 – лежала с диагнозом гипертоническая болезнь в городской больнице г. Асино. Лечение: энап, верапамил, верошпирон, строфантин внутривенно. Состояние не улучшилось, выраженные отеки.

7.10.2002 года пациентку привезла ее дочь в клинику факультетской терапии СГМУ для уточнения диагноза и лечения, где в настоящее время проходит курс лечения.

При проведении объективного обследования выявлены отклонения:

- Верхушечный толчок пальпируется в V межреберье слева на 2 см кнаружи от срединноключичной линии, разлитой, усилен.

- при перкуссии – расширение границ сердца: левой – на 1 см кнаружи от срединноключичной линии; правой – на 2 см вправо от грудины; расширенный сосудистый пучок = 9 см.

- при аускультации сердца: в I точке – I тон усилен, акцент II тона на аорте и легочной артерии; в точке Боткина-Эрба – изолированный систолический шум (не проводится в подмышечную область), не изменяется в положении пациента лежа на спине, на левом боку;

- пульс на лучевой артерии – аритмичный, частота — 80 уд/мин, слабого напряжения и наполнения, на левой руке большего наполнения; стенка сосуда эластичная. ЧСС = 110 уд/мин. Дефицит пульса = 30 уд/мин.

По данным параклинических исследований:

- Эхография сердца: аорта кальцинирована, умеренно расширена. Аортальные, митральные створки кальцинированы, умеренная митральная регургитация, небольшая трикуспидальная регургитация, умеренное увеличение систолического давления в правом желудочке. Гипертрофия левого желудочка с умеренной дилатацией левых отделов. Правый отдел слегка расширен, общая систолическая функция левого желудочка, диастолическая – нарушены. Перикард без особенностей.

- ЭКГ: Горизонтальное положение электрической оси сердца. Мерцательная аритмия (тахисистолическая форма – 136/мин). Частые А-В (перегородочные?) экстрасистолы. Гипертрофия левого желудочка. Диффузные изменения миокарда.

- Измерение АД на лучевой артерии: при поступлении АД было 190/130, оно держалось на таком уровне уже с нахождения в асиновской горбольнице.

На основании жалоб, проведенных клинических и лабораторных обследований выставлен клинический диагноз:

* Основное заболевание: гипертоническая болезнь: II стадия, 3 степень, риск 4 (ассоциированная ИБС: аритмический вариант; ожирение; генетическая предрасположенность, мерцательная аритмия: тахисистолическая форма, желудочковая тахисистолия;)
* Осложнения: НК IIА
* Сопутствующие заболевания:

1. Хронический обструктивный бронхит, фаза неполной ремиссии, пневмофиброз, эмфизема, ДН II; легочное сердце (фаза декомпенсации)
2. Полиостеоартроз, узелковая форма, с преимущественным поражением коленных суставов и суставов кистей; остеохондроз шейного отдела позвоночника, фаза ремиссии, I стадия (стадия функциональной недостаточности).

Назначено лечение: дигоксин 0,00025 по 1таб 1р/д; фуросемид 0,04 по 1 таб 1р/д утром натощак; верошпирон 0,025 по 1 таб 3р/д; кислоту ацетилсалициловую 0,5 по 1/4 таб 1 р/д после обеда; триазид по 1 таб 1р/д после еды; Egiloc 0,05 по ј таб 1р/д утром; диета №10. Динамика положительная. Рекомендовано продолжать лечение.

**ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА**

1. Ф. И. Комаров. Внутренние болезни. М., «Медицина», 1990.
2. Практическая кардиология. Том 1 (в двух томах). /под ред. В. В. Горбачева. Минск, «Вышейшая школа», 1997.
3. Практическая кардиология. Том 2 (в двух томах). /под ред. В. В. Горбачева. Минск, «Вышейшая школа», 1997.
4. А. В. Виноградов. Дифференциальный диагноз внутренних болезней. М., «Медицина», 1987.
5. М. В. Балаболкин. Введение в диабетологию. М., «М-на», 1999.
6. Справочник терепевта /под ред. акад. Бочкова, Палеева. М., «М-на»,. 1997.
7. Справочник по лечебному питанию. Б. Л. Смолянский, Ж. И. Абрамова. С-Пб, «Гиппократ», 1993.