**I Общие сведения о больном.**

1. ФИО

#### возраст.

1. русский
2. высшее
3. пенсионер, инвалид II гр
4. Профессия
5. Место жительства
6. 19\11\2003.
7. 1.11.03
8. 6.11.03
9. -
10. Диагноз при поступлении: Гипертоническая болезнь III ст. , III степени, риск 4.
11. Диагноз клинический:

Основной: Гипертоническая болезнь III ст, III степени, риск 4. ИБС, стенокардия напряжения ф.к. 2, Синусовая аритмия. Суправентрикулярная экстрасистолия . Неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

Осложнения: недостаточность кровообращения II А.

Сопутствующий: Хр. Гайморит. Аденома предстательной железы. Левосторонняя паховая грыжа.

**II Жалобы.**

* На день курации:

а) Основные:

Головные боли с локализацией в затылочной области (синдром артериальной гипертензии).

 Слабость, плохое самочувствие периодические «мушки» перед глазами (астеновегетативный синдром).

Сердцебиение и чувство «перебоев» в работе сердца (синдром нарушения ритма).

б) Дополнительные:

* При поступлении:

а) Основные:

 1. Синдром артериальной гипертензии:

 Повышение АД (220/120), шум в голове, плохое самочувствие, головные боли с локализацией в затылочной области, головокружение.

2. Астеновегетативный синдром:

 Слабость, плохое самочувствие периодические «мушки» перед глазами.

3.Болевой синдром

 На боли в левой половине грудной клетки сжимающего характера, одышка, возникающие без определенной периодичности при физической нагрузке, подъёме более, чем на 1 этаж; иррадиирущие в левую руку, купируемые отдыхом и приёмом обычной дозы нитратов (1таб).

4.Синдром нарушения ритма:

 А) Перебои в работе сердца.

 Б) чувство «перебоев» в ритме сердца

5.Недостаточность кровообращения:

Общая слабость, утомляемость, головокружение, сердце­биение. Инспираторная одышка обычно беспокоит при ходьбе более 500 м, иногда при переходе из вертикального в горизонтальное положение, при физ. нагрузке (при подъеме более чем на 1 этаж), а также не­редко сопровождается сердцебиением, отеки на ногах, возникающие ближе к вечеру.

б) Дополнительные: частое мочеиспускание с болью, боли в пояснице.

**III Anamnesis morbi**

Больным считает себя в течение 25 лет, когда впервые начало беспокоить повышение АД-180/110 мм.рт.ст. ( до этого измерял только во время профилактических медицинских осмотров, со слов больного АД было 160/80 мм.рт.ст.),что проявлялось головной болью, которая возникала преимущественно после эмоциональной нагрузки, носила характер тяжести в затылке, висках, проходила сама через несколько часов. Часто головная боль сопровождала боль в сердце, максимальное давление которое отмечал пациент было 220/130 мм.рт.ст (обычно продолж до 2-3 часов и сопровождалось резкой головной болью, чувством «тумана перед глазами», ощущением дрожи во всем теле, проходило спонтанно после отдыха). По поводу этих головных болей принимал анальгин, после приема которого боли немного стихали.. За медицинской помощью обратился сразу к участковому врачу, где был поставлен диагноз ГБ. III степени, III стадии, риск 4. По назначению врача лекарства принимал постоянно. 1-2 раза в год проходил стационорное лечение..

В 1982 года перенес инсульт, лечился стационарно, гемипарезов не было .

Спустя 4 года стали появляться сжимающие кратковременные боли в области сердца, возникающие при физической нагрузке и быстро проходящие в покое; недлительные, слабо интенсивные; не иррадиирующие. По этому поводу за помощью не обращался и не лечился.

В 1988 году боли за грудиной стали возникать чаще и при менее выраженной нагрузке, давящая, сжимающая боль возникала при подъеме на 4 этаж и при быстрой ходьбе, по этому поводу обратился к участковому врачу . По назначению врача стал принимать при появлении болей нитроглицерин. К 1993 г общее состояние ухудшилось. Боли приобрели интенсивный характер; давящие, сжимающие, жгучие, иррадиирующие в левое плечо, купирующиеся только после приема 2 табл. нитроглицерина. Боли стали возникать при незначительной физической нагрузке, а также на фоне эмоционального перенапряжения. Больной был резко ограничен в активности, не мог пройти более 500м. и поднятся более, чем на 3 этаж. Появилась одышка при ходьбе, слабость. Боли в покое в то время отрицает. Обратился по поводу нарастания интенсивности болей в поликлинику по месту жительства, где был поставлен . Ds: ИБС: стенокардия напряжения II ф.к. Недостаточность кровообращения II А. По назначению врача стал принимать для купирования болей нитросорбид 1-2 таб в день.

2 месяца назад перенес приходящее нарушение мозгового кравообращения, лечился амбулаторно. Госпитализация связана с частыми подъемами АД в течении 2 месяцев для коррекции лечения.

IV Перенесенные ранние заболевания, ранения, травматические повреждения, контузии и операции:

Брюшной и сыпной тифы, кишечные инфекции заболевания отрицает. Туберкулез, сифилис, и венерические заболевания отрицает.

В возрасте 76 лет аденома простаты

Острый бронхит (1995г), хронический бронхит с 1996 года.

В 1993 году перенёс операцию по поводу правостороннего грыжесечения, в 1973- гаймороэктомия.

##### V Anamnesis vitae

Родился в 1922 году в г. Ульяновске в семье рабочих, был 3 ребенком (всего было 3 детей). В школу пошел в 6 лет, в умственном и физическом развитии от сверстников не отставал. Закончил 9 классов, после чего начал работать шофером. С 1941 года по 1945 участвовал в ВОВ. Затем поступил в МПИ.

Профессиональный анамнез: трудовую деятельность начал с 15 лет.. Общий трудовой стаж 35 лет.

Бытовой анамнез: проживает в отдельной квартире со всеми удобствами, материально обеспечен относительно удовлетворительно. Питается 3 раза в день пищей в достаточном количестве, дома.

Вредные привычки: отрицает.

**Семейный анамнез:** женат, имеет сына и дочь.

**Наследственность:** не отягощена.

**Эпидемиологический анамнез:** контакты с инфекционными больными не имел, правила личной гигиены соблюдает.

**Трансфузионный анализ:** гемотрансфузии отр.

**Аллергологический анамнез:** непереносимость лекарственных средств, бытовых веществ и пищевых продуктов не отмечает.

**Факторы риска для гипертонической болезни:**

1. Пол, возраст ( муж.пол, 81 лет)
2. Гиперлипидемия (уровень β-26,3 ммоль/л ).
3. Нервно-психическая травматизиция – эмоциональный стресс.

**Факторы риска для ИБС, стенокардии:**

1. Пол, возраст ( муж.пол, 81 лет)
2. Артериальная гипертензия
3. Гиперлипидемия (уровень β-26,3 ммоль/л ).
4. Гиподинамия.
5. Психо-эмоциональные особенности личностного поведения (стрессовые ситуации)

**VI Status preсens**

**1 Наружний осмотр:**

* 1. Общее состояние больного: удовлетворительное

1.2 Положение: активное

 Сознание: ясное.

 Выражение лица: обычное.

* 1. Телосложение: правильное, среднее, норморстеническое.
	2. Вес 65 кг, рост 168 см. ИМТ[65\2,82=23,04 (26,31- норма) жирения не наблюд.

1.5 Кожные покровы: телесного цвета, нор­мальной эластичности, нор­мальной влажности. В левой ягодичной области постинъекционная гематома 2-3 см. в диаметре, умеренно болезненна при пальпации.

 Сыпи: эритема, пятно, розеола, папула, пустула, струп, язвы не от­мечается,

 акроцианоз умеренный.

 Рубцы отсутствуют, имеется варикозное расширение вен на нижних

 конеч..

1.6 Периферические отёки – постозность стоп.

1.7 Слизистые: слизистая глаз розовая, влажная. Склеры не изменены. Слизистая щек, мягкого и твердого неба, задней стенки глотки и небных дужек розовая, влажная, чистая. Язык обычных размеров, влажный, чистый .

 1.8 Подкожно-жировая клетчатка:развита умеренно, (толщина кожно-подкожно-жировой складки над пупком 2 см).

* 1. Лимфатические узлы: подчелюстные величиной 3-5 мм, округлой формы, мягко-эластической консистенции, не спаянные с окружающей клетчаткой, безболезненны при пальпации. Затылочные передние и задние шейные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные, не пальпируются.

1.10 Мышцы: развиты слабо, пониженного тонуса, безболезненны при пальпации.

1.11 Кости: Деформаций костей нет, безболезненны при пальпации.

1.12 Суставы: Суставы обычной конфигурации, без деформаций, безболезненны при пальпации, не ограничены при пассивной и активной подвижности.

1. **Система дыхания:**

* Осмотр:

Нос не деформирован. Дыхание через нос не затруднено. Гортань нормальной формы, при ощупывании болезненности не отмечается. Голос не изменен. Грудная клетка пра­вильной, нормостенической формы. Лопатки прилегают, над- и подключичные ямки не выражены. Межреберные промежутки прослеживаются. Патологическое искривление позвоночника не определяется. Дыхание смешанного типа, ритмичное. Число дыханий 19 в минуту. При дыхании движения лопаток, правой и левой половины грудной клетки - симметричные.

* Пальпация:

При пальпации: грудная клетка эластична, безболезненна, голосовое дрожание усилено симметрично.

* Перкуссия:

При сравнительной перкуссии: перкуторный звук над легочными полями лёгочный, притуплений нет, симметричный.

При топографической перкуссии: высота стояния верхушек спере­ди 3 см слева и 3 см справа, сзади - на уровне остистого отрос­тка VII шейного позвонка с обеих сторон. Нижняя граница легких по l.scapularis 9 ребро справа и слева. Подвижностьнижних границ легких по средней подмышечной ли­нии при форсированном дыхании справа – 4,5 см, слева – 4 см. Ширина полей Кренига – 4 см.

* Аускультация:

при аускультации: дыхание ослабленно-везикулярное , проводится во все отделы легких. Крепитация, шум трения плевры не прослушиваются. Хрипы и дыхательные шумы не выслушиваются. Выявлено ослабление проведения голоса в нижних отделах легочных полей.

**3 Сердечно-сосудистая система.**

* Осмотр:

Сосуды шеи расширены. Область сердца при осмотре – без видимой патологии.. Верхушечный толчок – положительный, шириной 2 см. умеренной силы и резистентности, - пальпируется в V межреберье по левой среднеключичной линии. Правожелудочковый толчок, патологическая пульсация, сердечное дрожание, ощущение трения перикарда не определяются.

Пальпация сосудов конечностей и шеи: пульс на магистральных артериях верхних и нижних конечностей (на плечевой, бедренной, подколенной, а также на шее (наружная сонная артерия) и головы (височная артерия) не ослаблен, за исключением тыльных артерий стопы (пульсация ослаблена).

 АД на левом предплечье - 160/100 мм. рт.ст., на правой*-*150/90 мм рт. ст. ЧСС=66 уд/в мин. Пульс=66 Дефицит пульса=0

* Перкуссия:

 границы относительной сердечной тупости.

|  |  |
| --- | --- |
| граница | местонахождение |
| правая | на 0,5 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье |
| верхняя |  3 ребро по l.parasternalis |
| левая |  по среднеключичной линии в 5 межреберье |

при ортоперкуссии по Курлову: конфигурация сердца – cor bovinum, талия сглажена.

Ширина сосудистого пучка во втором межреберье равна 6,5 см.

* Аускультация :

тоны сердца аритмичны (единичные экстрасистолы на верхушке), приглушены, акцент 2 тона на аорте, диастолический шум во всех точках аускультации. При аукультации крупных артерий шумов не выявлено.

**4 Система органов пищеварения.**

* Осмотр:

Осмотр ротовой полости: губы влажные, язык влажный, чистый. Десны розовые, не кровоточат, без воспалительных явлений. Миндалины за небные дужки не выступают. Слизистая глотки влажная, розовая с синюшным оттенком, чистая. Имеются съёмные протезы.

**Осмотр живота:** живот правильной конфигурации, чувствительный в области правого подреберья, участвует в акте дыхания . При поверхностной пальпации брюшная стенка мягкая, безболезненная.

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, видимой перистальтики не отмечается.

**Кишечник.** Ощупывание по ходу ободочной кишки безболезненно, восходящий и нисходящий участки толстого кишечника в виде мягких, эластичных, безболезненных тяжей шириной 2,5 см., урчание не слышно, шум плеска не определяется.

**Печень и желчный пузырь**.

Нижний край печени из под реберной дуги выходит на 1 см, ровный, заостренный, безболезненный при пальпации.

Границы печени по Курлову :

по правой срединно-ключичной линии 12см,

по срединной линии 8см,

по краю реберной дуги 7см.

Желчный пузырь, поджелудочная железа не пальпируется.

**Селезенка** не пальпируется, перкуторные границы селезенки: верхняя в 9 и нижняя в 11 межреберье по средней подмышечной линии, размером 4 на 6 см.

Стул регулярный, оформленный.

Испражнения оформленной консистенции, коричневого цвета, без патологических примесей. Отхождение газов свободное, умеренное.

**5 Мочеполовая система**.

Почки и область проекции мочеточников не пальпируются, Мочеиспускание частое, болезненное. Область почек без деформаций: Почки в положении больного ле­жа, стоя не пальпируются. Бо­лезненность при поколачивании области почек (симптом Пастернацкого) с обеих сторон не выявляется. Мочевой пузырь не пальпируется, перкуторно не определяется.

Диурез адекватный количеству выпитой житкости.

**6 Нервная система.**

Больной правильно ориентирован в пространстве, времени и собственной личности. Контактен. Восприятие не нарушено, внимание не ослаблено, способен долго сосредотачиваться на одном деле. Память сохранена. Интеллект средний. Мышление не нарушено. Настроение ровное. Поведение адекватное. Головных болей есть в затылочно-теменной области, обмороков нет. Сон глубокий, ровный, продолжительностью 7-8 часов, самочувствие после пробуждения хорошее. Обоняние, вкус. зрение, слух - без выраженных изменений. Речь, координация движений не нарушены. При исследовании черепно - мозговых нервов, двигательной и рефлекторной сфер патологических изменений не выявлено. Нарушений чувствительности не отмечается.

**7 Эндокринная система.**

При осмотре и пальпации щитовидная железа не определяется.

Симптом Грефе (отставание нижнего века от лимба роговицы при взгляде вниз)

отрицательный.

Симптом Елинека (избирательная пигментация кожи век) отрицательный.

Симптом Кохера ( более быстрое передвижение верхнего века вверх и обнажение участка склеры между ним и верхним краем радужки при фиксации зрения на предмете, движущемся вверх) отрицательный.

Симптом акромегалического лица отрицательный.

Симптом Мари (дрожание пальцев вытянутых рук) отрицательный.

Симптом Мебиуса (невозможность фиксировать глазами приближающийся предмет) отрицательный.

Симптом Штельвага (редкое мигание и неполное закрывание век) отрицательный.

Вторичные половые признаки развиты соответственно полу и возрасту.

**Клинический предварительный диагноз и план обоснования.**

DS: Гипертоническая болезнь III ст. III степени, риск 4. ИБС. Стенокардия напряжени ФК 2. Суправентрикулярная экстрасисталия. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

**Гипертоническая болезнь III ст., III степени, риск 4 поставлена на основании**

1. Наличия факторов риска :

Пол, возраст ( муж.пол, 81 лет)

 Гиперлипидемия (уровень β-ЛП 26,3 ммоль/л).

Нервно-психическая травматизиция – эмоциональный стресс.

 2 Синдром артериальной гипертензии:

 Повышение АД (220/120), шум в голове, плохое самочувствие, головные боли с локализацией в затылочной области, головокружение. (рабочее давление 160/100.)

3 Кардио-гемодинамического синдрома - гипертрофия левого желудочка

4 Синдрома общих неврологических расстройств – давящих головные боли с затылочной локализацией

5 Астеновегетативный синдром:

 Слабость, плохое самочувствие периодические «мушки» перед глазами.

1. *Диагноз ИБС поставлен, так как у больного имеются следующие его формы:*
* Стенокардия
* Недостаточность кровообращения
* Нарушение ритма

Факторы риска ИБС:

Пол, возраст ( муж.пол, 81 лет)

Артериальная гипертензия

Гиперлипидемия (уровень β-ЛП 26,3 ммоль/л ).

Гиподинамия.

Психо-эмоциональные особенности личностного поведения (стрессовые ситуации)

**Стенокардия напряжения 2 ФК поставлена на основании:**

* Наличия факторов риска
* наличия характерного болевого синдрома:

На основе предъявляемых больным жалоб: на сжимающие приступообразные боли в области грудной клетки слева, возникающие при ходьбе на расстояние более 500 м., при подъёме более чем на 1 этаж, продолжительностью не более 15 минут, и купирующиеся принятием нитратов (1 таб).

О том что стенокардия является стабильной позволяет судить:

Так как в течение года у больного:

1. количество приступов не увеличивалось
2. продолжительность приступа боли не более 15 мин
3. Снижение толерантности к физической нагрузке

**Нарушение ритма (суправентрикулярная экстрасисталия) поставлены на оснавании:**

Нарушения в работе сердца, (жалобы на сердцебиение, чувство замирания (перебои в работе сердца), экстрасистолы при аускультации сердца, а также данные ЭКГ (из Anamnesis morbi) говорят об экстрасистолии; обьективно приглушенность тонов.

**Недостаточность кровообращения IIА поставлена на основании:**

* Наличия фоновых заболеваний – ГБ, ИБС, стенокардия напряжения 2 ф.к.
* Синдрома расстройства периферического кровообращения:

Общая слабость, утомляемость, головокружение, сердце­биение. Инспираторная одышка обычно беспокоит при ходьбе более 500 м, иногда при переходе из вертикального в горизонтальное положение, при физ.нагрузке (при подъеме более, чем на 1 этож), а также не­редко сопровождается сердцебиением, отеки на ногах, возникающие ближе к вечеру.

* Отечный синдром – пастозность голеней.
* Кардио-гемодинамический синдром - по данным перкуссии смещение границы относительной и абсолютной сердечной тупости: ГЛЖ

На основании вышеперечисленных данных выставляется предварительный клинический диагноз:

Ds: Гипертоническая болезнь III ст., III степени, риск 4. ИБС. Стенокардия напряжени ФК 2. Суправентрикулярная экстрасисталия. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

Для уточнения диагноза необходимо провести дополнительные лабораторные и инструментальные исследования.

**План обследования больного.**

Обязательные:

1. ОАК
2. ОАМ
3. Сахар крови в динамике
4. Кровь на RW
5. Электрокардиография
6. Рентгенография
7. Конроль АД 2 раза в день

Дополнительные:

1. Маркеры резорбционно-некротического синдрома: AST, ALT, КФК, ЛДГ(общ), тропонин Т – для верификации с инфарктом миокарда

Методы инструментальной диагностики:

1. Эхокардиография.
2. УЗИ органов брюшной полости (тщательно почки, печень).
3. УЗИ сердца – для визуализации изменений внутрисердечной гемодинамикии изменений сократительного миокарда
4. УЗИ мочевого пузыря
5. Рентгенография черепа
6. РЭГ
7. Консультация хирурга, уролога

**Данные лабораторных и инструментальных исследований:**

**ОАК** (20/11*/2003)*

Показатель Результаты исследования Интерпретация

 В норме У больного

Гемоглобин 130-160г\л 133 г\л. N

Цветной показатель 0,8-1,1 0.95. N

Эозинофилы 0-5% 1% N

Палочкоядерные 1-4% 1%. N

Сегментоядерные 45-70% 58.% N

Лимфоциты 18-40% 38% N

СОЭ 1-10мм\ч 10мм\ч N

Еr 3.7-5.5 \*10 4.2 N

Заключение: Показатели от нормы не отличаются. Отсутствует синдром 'ножниц'.

**ОАК** (28/11/03)

Показатель Результаты исследования Интерпретация

 В норме У больного

Гемоглобин 130-160г\л 135 г\л. N

Цветной показатель 0,8-1,1 0.96. N

Эозинофилы 0-5% 1% N

Палочкоядерные 1-4% 2%. N

Сегментоядерные 45-70% 56.% N

Лимфоциты 18-40% 6,0% N

Er 3,7-5,2\*10 4,5\*10

СОЭ 1-10мм\ч 8мм\ч N

Свёртываемость крови нач-5,15, конец-6,25 мин.

Tr-243,0\*10 ( норма-180,0-320,0\*10)

Заключение: Показатели от нормы не отличаются. Отсутствует синдром 'ножниц'

**Общий анализ мочи** (20/11/03)

Показатель Результаты исследования Интерпретация

 В норме У больного

У\в 1008-1026 1012 2 Прозрачность- прозрачная. мутная. N

Цвет – желтый. светло-желтый. N

Сахар отр. отр. N

Эритроциты: 0-2 0 в п\з N

Белок отр. отр. N

Лейкоциты: 0-2 2 в п\з N

Ацетон отр. отр. N

Цилиндры: отсут-ют отсут-ют N

Пигменты отр. отр. N

PH 5.5 N

Заключение: Показатели от нормы не отличаются.

**Маркеры резорбционно-некротического синдрома:** (20\11\2003)

 Показатель Результаты исследования Интерпретация

 В норме У больного

 Мочевина 3,3-6,6ммоль/л 4,7ммоль/л N

 Креатинин 0,044-0,141ммоль/л 83,6ммоль/л резко повыш

 ХЛ 5,2ммоль/л 3,5ммоль/л N

 Β-ЛП 3-4,5ммоль/л 26,3ммоль/ резко повыш

 АСТ 0,1-0,45 мкмоль\ л 0,31 мкмоль\л N

 АЛТ 0,1-0,65 мкмоль\ л 0,55 мкмоль\ л N ЛДГ общий 240-260Е/л 333 Е/л N

Заключение: Наблюдается резкое повышение креатинина и ЛПНП,что характерно я недостаточности ССС.

**Маркеры резорбционно-некротического синдрома:** (28\11\2003)

 Показатель Результаты исследования Интерпретация

 В норме У больного

 Мочевина 3,3-6,6ммоль/л 5,0ммоль/л N

 Креатинин 0,044-0,141ммоль/л 0,086ммоль/л N

 ХЛ 5,2ммоль/л 3,5ммоль/л N

 Β-ЛП 3-4,5ммоль/л 4,3ммоль/ N

Заключение: Показатели от нормы не отличаются . Ферментемия выявлена.

**Сахар крови:** (20/11/2003)

4,6 ммоль\л **N**

**Сахар крови: (**28/11/2003)

4,7 ммоль\л **N**

**Кровь на RW:**

Отрицательна

**Электрокардиография** (20\11\2003)

Заключение: Синусовая аритмия. Предсердная экстрасисталия. Срединное положение ЭОС. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. ГЛЖ. Симптом ранней реполяризации желудочков.

**УЗИ сердца** (30/09/2003)

Заключение: расширение аорты в восходящем отделе на уровне корня. Дилятированы правые отделы сердца. Диффузная концентрическая ГЛЖ. Гипокинезия передне-перегородочной области. ФВ –50%

**УЗИ брюшной полости** (17\09\2002)

Печень: контуры ровные. Размеры: увеличенные незначительно, размеры левой доли-51мм, передне-задний размер правой доли 139мм, хвостатая доля-17мм. Эхогенность повышена. Очаговые изменения отсутствуют.

Желчный пузырь- размер обычный=63\*24мм, форма обычная , толщина стенеи-2мм, эхогенность стенки обычная, содержание обычное.

Гепат- холедох=4мм.

V/ portae-9mm. V.lien-4mm

Селезенка –размеры обычные-90\*42,эхоструктура обычная, очаговые изменения отсутствуют.

Поджелудочная железа: контуры ровные, размер обычный- головка 24мм, тело 8мм,эхогенность повышена,очаговые изменения отсутсвуют.

Брюшной отдел аорты=17мм,не расширен.

Почки-положение типично-подвижное, правая-контуры ровные 102\*45\* ЧЛС- не расширен. Паренхима-15мм. Левая-конуры ровные 97\*48мм, ЧЛС-не расширен. Паренхима-16мм. Очаговые изменения отсутствуют.

Заключение: признаки диффузных изменений в ткани печени, кисты левой почки.

**УЗИ мочевого пузыря:** (20\11\2003)

Остаточная моча 65мл, в мочевом пузыре 120мл, стенки ровные, содержимое однородное,

Простата 46\*40\*47ММ, вдаётся в мочевой иузырь на 10мм,симметричнаяконтур ровный, структура с участками фиброза.

**РЭГ**(25\11\2003)

Бассейн сонной артерии:

*Правое FM отведение*

пульсовое кровенаполнение в N, тонус артерий пов, венозный отток затруднен

*Левое FM отведение*

пульсовое кровенаполнение в N, тонус артерий пов, венозный отток затруднен

Бассейн позвоночной артерии:

*Правое OM отведение*

пульсовое кровенаполнение умеренно повышено, тонус артерий пов, венозный отток затруднен

*Левое OM отведение*

пульсовое кровенаполнение умеренно повышено, тонус артерий пов, венозный отток затруднен.

Небольшая ассиметрия в бассейне сон, артерий,

**Эхо-кардиография**(26\11\2003)

Заключение: стенки аорты уплотнены, умеренно фиброзированы створки АК и МК. Камеры сердца не расширены, стенки ЛЖ не утолщены. Сократимость ЛЖ нормальная.

**X Дифференциальный диагноз.**

У данного больного имеют место следующие синдромы – стойкого повышения АД, болевой, нарушения ритма, недостаточности кровообращения. Основными из которых является стойкого повышения АД, болевой синдром и синдром нарушения ритма. Аналогично могут протекать: инфаркт миокарда, НЦД по кардиальному типу, пролапс митрального клапана, пептический рефлюкс эзофагит, спазм пищевода, язвенная болезнь, болезнь желчных путей, патология плевры, патология межпозвоночных дисков шеи, патология скелетных мышц и невроз. Наиболее часто диф.диагностику проводят первичной АГ от вторичной, стенокардии и инфаркта миокарда.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Признак  | Первичная ГБ | Вторичная ГБ | У больного |
| Этиология Факторы рискаПатогенез   | Не известнаИзбыточная масса телаМетаболический синдромПотребление алкоголяПотребление солиФизическая активностьПсихосоциальный стессАктивация прессорной системы (САС), увеличение катехоламинов в крови. В результате включается ряд механизмов, обуславливающих повышением АД:-вазоконстрикция с увелич. венозного возврата к сердцу-повыш. ЧСС и последующему повышению САД- стимуляция β 1- рецепторов периферицеских артериол, ведущая к спазму резестивных сосудов и росту ОПСС.Увелич. адренал. приводит к спазму сосудов почек, активир РААС, что приводит к выработке альдостерона, способств. задержки воды и натрия с увелич МЦК. Также Увелич выработка вазопрессина в гипофизе, обладающим вазоконстрикторным действием.  | 1. Ренальная -двухстрон. Глдомерулонефритдиабетическая неыропатиятубулоинтерстиц нефритполикистоз-одностор.ПиелонефритОпухольТравмаОдиночная киста почкиГипоплазия туберкулёз2.Вазоренальная АГ ишемия почки(окклюзия поч. Артерий)атеросклероз поч. Артерийфибромускулярная дисплазияаневризма,тромбоз поч. Артерий.3.Эндокринная АГа)феохромацитомаб)первичный гиперальдосторонизм –синбром Кона(аденома пред. жел.)-адренокортик карцинома-первичная надпочечниковая гипирплазияв).Гипотириозуменьш. ЧСС и сердечного выбросаг) ГгипертириозУвелич. ЧСС и сердечного выбросаВысок. Сисстал. И нозкое(нормальное) АД4.Лекарственная АГАдреномиметики(эфедрин, псевдоэфедрин)НПВС(индометацин)Глюкокортикоиды5.Алкогольная АГхр. Упоребл. Алкоголя.6.Артериальная гипертензия у пожилыхлица старше 65 л.АД выше 160/90 мм.рт.ст.Атеросклероз почечной артерии1.Гиповолемия,гипернатриемия из-за сниж. Актив. РААС.2.Активация РААС из-за гиперперфузии почки,что ведет к спазму сосудов, увелич. Синтеза альдостер.3.Избыточная выраборка альбостер.Дисфункция щитов железы.5.Не известен.7.Уменьшение эластичности станок аорты | Кисты левой почкиСинбром Кона(аденома пред. жел.)Физическая активностьПсихосоциальный стессВозраст 81 г.АД 220/120 мм.рт.ст.Изменение взаимодействая прессорной и депрессорной систем.Уменьшение эластичности стенок сосудов. |

Резюме: Первичную АГ необходимо дифференцировать с вторичной ренальной и АГ у пожилых людей, эндокринной. При первичной важное значение имеет нарушение взаимодействия прессор. И депрессор. Систем. При ренальной - поражение паренхимы почек. При эндокринной - повышение уровня альдостерона(с. Кона). Для лечения используют гипотензивные ср., ИАПФ, анрогонисты кальция, β-адреноблокаторы, диуретики. При эндокринной- возможность хир лечения, β-адреноблокаторы При ренальной- ИАПФ, β-адреноблокаторы, диуретики В данном случая на основании проведенного обследования исключается ренальная АГ..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *ПРИЗНАК* | СТЕНОКАРДИЯ | ИНФАРКТ МИОКАРДА | У БОЛЬНОГО |
| Этиология | Атеросклероз венечных артерий | Атеросклероз венечных артерийДлительный спазм коронарных сосудов (лекарственный)Тромбоэмболия коронаров | Атеросклероз венечных артерий |
| патогенез | Гемодинамически значимый стеноз сосудаСпазм коронаровУвеличение потребности миокарда в кислородеУвеличение синтеза тромбоксана, снижение синтеза простоциклина | То же самое и тромбоз коронаров через 30-40 мин от начала ишемии | Гемодинамически значимый стеноз сосудаСпазм коронаровУвеличение потребности миокарда в кислородеУвеличение синтеза тромбоксана, снижение синтеза простоциклина  |
| Факторы риска | Ожирение, гиперхолестерин-емия, гиподинамия, курение, алкоголизм, психоэмоциональные особенности личностного поведения, гипергликемия, нарушение толерантности к углеводам, гиперурикемия, нарушение электролитного, водного баланса, генетическая предрасположен-ность, изменение реалогических свойств крови  | Тоже самое | Гиперхолистерин-емия, гиподинамия, возраст, особенности личностного поведения |
| Варианты течения | Впервые возникшая, стабильная стенокардия, прогрессирующая стенокардия, спонтанная стенокардия, нестабильная стенокардия | Выделяют: с затяжным течением, рецидивирующий, повторный | Прогрессирующая стенокардия |
| Синдромы А)Болевой синдромБ) кардио-гемодинамический синдромВ) аритми-ческий синдромГ) резарб-ционно-некротический синдромД) ЭКГ-симптомы | А) Сжимамающие, жгучие, давящие боли с загрудинной локализацией или в предсердечной области слева от грудины, возникающие при физической нагрузке или эмоциональном перенапряжении, продолжительностью 2-3мин, не более 10 мин. Быстро и полно купирующийся эффект нитроглицерина через 3-5 мин, но не более 10 мин.Б) размеры сердца увеличены соответственно тяжести и длительности заболевания.В) возможен в рамках ХИБСГ) отсутствуетД) вне приступа ЭКГ в норме, мб. Q или QS если есть рубцовые изменения, отр Т. Во время приступа депрессия или эсколация сегмента ST | А) Satus anginosus. Боль сильная, нестерпимая, длительность более 30 мин, с локализацией за грудиной, м.носить разлитой характер, с иррадиацией в левое плечо, шею, лев.опатку, в ниж челюсть и т.д. нередко сопровождается слабостью, тошнотой, рвотой, страхом смерти, чувством нехватки воздуха, потливостью.Б)гипотония, тахикардия, «ритм галопа» на верхушке, относительная митральная недостаточность.В)всегда присутствуетГ) повышение температуры, лейкоцитоз до 10-12 тыс в 1 мкл, а через 10-12 дней возрастает СОЭ (симптом ножниц), увеличение ЛДГ, тропонина Т, креатинфосфокиназы, миоглобина, аспартатдегидроге-назыД) Экг картина изменяется в зависимости от стадии:1.гигантский +Т равный по высоте R1. эсколация или депрессия ST
2. патологический Q по глубине превышающий ¼ зубца R
 | А)Боли сжимающие приступообразные в левой половине грудной клетки с непостоянной иррадиацией в левое плечо. Продолжительность до15 мин, купируется таб. Нитроглицерина.Б) ГЛЖВ) синусовая аритмия , предсердная эксрасисталия, единичные экстрасистолы.Г) ОАК в норме, симптом ножниц отсутствует, ферментативная активность крови изменена.Д) Синусовая аритмия. Предсердная экстрасисталия. Срединное положение ЭОС. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. ГЛЖ. Симптом ранней реполяризации желудочков. |

Резюме:

Стабильную стенокардию напряжения при ИБС у данного больного необходимо дифференцировать с инфарктом миокарда. 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 четкая иррадиация болей, при инфаркте – обширная.

Отличия инфаркта миокарда от стенокардии имеются на ЭКГ: в первые часы развития инфаркта появляются признаки ишемического повреждения миокарда (подъем сегмента ST, отрицательный Т). ЭКГ у данного больного была снята в первые часы заболевания, и на ней нет этих признаков, но имеются признаки ишемии миокарда, характерные для приступа стенокардии.

Кроме этого, при биохимическом исследовании крови повышения АЛТ и АСТ не обнаружено, что свидетельствует о наличии ишемии, а не инфаркта.

На ЭКГ в динамике явления ишемии уменьшаются, и их динамика не напоминает картину инфаркта миокарда, проходящую определенные стадии и длящуюся определенное время.

В итоге в связи с тем, что у больного отсутствует status anginosus, ЭКГ-признаки, признаки резорбционно-некротического синдрома инфаркт миокарда исключен.

XI КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Основываясь на предварительном диагнозе и лабораторных данных, а также проведенной дифференциальной диагностики:

Ds.клинический:

Основной: Гипертоническая болезнь III ст. , III степени, риск 4. ИБС, стенокардия напряжения ф.к. 2. Синусовая аритмия. Справентрикулярная экстрасисталия. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

Осложнения: недостаточность кровообращения II А.

Сопутствующий:..

Хр. Гайморит. Аденома предстательной железы. Левосторонняя паховая грыжа.

**ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА**

*Предварительный клинический диагноз поставлен на основании выявления соответствующих факторов риска (пол, возраст ( муж.пол, 81 лет)*

 *Гиперлипидемия (уровень β-ЛП 26,3 ммоль/л).*

*Нервно-психическая травматизиция – эмоциональный стресс.)*

 *и фоновых заболеваний ( ИБС ,стенокардия напряжения 2 ф.к. НК IIА. Собранных жалоб (*. *Синдром артериальной гипертензии:*

 *Повышение АД (220/120), шум в голове, плохое самочувствие, головные боли с локализацией в затылочной области, головокружение*

*2. Астеновегетативный синдром:*

 *Слабость, плохое самочувствие периодические «мушки» перед глазами.*

*3.Болевой синдром*

 *На боли в левой половине грудной клетки сжимающего характера, одышка, возникающие без определенной периодичности при физической нагрузке, подъёме более, чем на 1 этаж; иррадиирущие в левую руку, купируемые отдыхом и приёмом обычной дозы нитратов (1таб).*

*4.Синдром нарушения ритма:*

 *А) Перебои в работе сердца.*

 *Б) чувство «перебоев» в ритме сердца*

*5.Недостаточность кровообращения:*

*Общая слабость, утомляемость, головокружение, сердце­биение. Инспираторная одышка обычно беспокоит при ходьбе более 500 м, иногда при переходе из вертикального в горизонтальное положение, при физ.нагрузке (при подъеме более, чем на 1 этож), а также не­редко сопровождается сердцебиением, отеки на ногах, возникающие ближе к вечеру.), истории настоящего заболевания, данных объективного исследования ( акроцианоз; аускультативно сердце: глухость тонов, акцент второго тона над аортой, единичные экстрасистолы, диастолический шум во всех точках аускультации), инструментальных анализов (данных УЗИ, ЭКГ) :*

 *подтверждены синдром нарушения ритма, кардио-гемадиномический синдром, синдром ГЛЖ.*

**ЭКГ:**

Заключение: Синусовая аритмия. Предсердная экстрасисталия. Срединное положение ЭОС. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. ГЛЖ. Симптом ранней реполяризации желудочков.

**УЗИ сердца** Заключение: расширение аорты в восходящем отделе на уровне корня.. Дилятированы правые отделы сердца. Диффузная концентрическая ГЛЖ. Гипокинезия переднеперегородочной области. ФВ –50%

 **CВЕДЕНИЯ ОБ ЭТИОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗЕ.**

**Этиология заболевания.**

Этиология АГ не известна.В развитии гипертоничуской болезни важное значение играет отягощенная наследственность(особенно по материнской линии) из-за полиморфизма гена АПФ и патологии клеточных мембран. Избыточная масса тела увеличевает риск развития ГБ в 2-6 раз. Метаболический синдром, характеризующи1ся андроидным ожирением, резистентностью к инсулину,нарушение липидного обмена(низкий уровень ЛПВП). Избыточное потребление алкоголя также способствует уаеличению АД на 6,6 и 7,4мм. Рт.ст.(САД. И ДАД.). и поваренной соли. Сниженный уровень физической активности повышает развитие АГ на 25-50%. Длительный хр стресс также ведет к развитию ГБ.

Стенокардия является основным проявлением хронической ИБС. Основновной причиной развития стенокардии является атеросклероз коронарных артерий, значительно реже – нарушение регуляции неизмененных коронарных артерии. Причины условно можно разделить на две основные группы: коронарогенные и некоронарогенные.

* К коронарогенным факторам относятся:
1. Атеросклероз венечных артерий
2. Спазм венечных артерий
3. Агрегация и адгезия форменных элементов крови прежде всего тромбоцитов и эритроцитов.
* К неронарогенным факторам относят:
1. Снижение перфузионного давления в коронарах (бради-, тахикардия, мерцание предсердий, недостаточность аортального клапана и т.д.);
2. Чрезмерная активация симпато-адреналовой системы (тиреотоксикоз, чрезмерная физ.нагрузка у нетренированных лиц);
3. Снижение содержания в циркулирующей крови кислорода и субстратов метаболизма (гипоксемия, анемия, гипергликемия и д.р.).

**Патогенез заболевания.**

АГ в России составляет среди муж. 39,2%, а среди жен. 41,1% У муж и жен отмечается отчетливое увеличение АГ с возрастом, до 40 л чаще болеют муж, после 50 л- жен. АД является одним из механизмов, регулирующих течение метаболических процессов. Его величена зависит от МОС и ОПСС, уровень определяется УОС.

Изменение АД связано с различной интенсивночтью обменных прцеллов, обусловл. Изменением взаимодействием прессорной и депрессорной систем.

Прессорная:

-САС

-РААС

-вазопрессин

-прессорные прстогландины(тромбоксан А2, простогл.F2a)

-сис-ма эндотелина

Депрессорная:

-барорец синокаротидной зоны аорты

-ККС

-депрес. Протогланд(A.D E2 , простоциклин h)

-ПНП

-ЭФР

При развитии ГБ активируется САС, увелич уровень катехоламинов. В результате этого включается ряд мех-ов, обуславливающих повышение АД:

-периферическая вазоконстрикция с увеличением венозного возврата крови к сердйу

-повыш ЧСС и последующему повышению САД

-стимуляция β1-рейепторов периферических артериол, ведущая к спазму резисивных сосудоыв и росту ОПСС

При гипераадренергии набдюдается сужение сосудов почек, увнличевается выработка ренина, что способствует превращению ангиотензина 1 в ангиотензин 2, который стимулирует выработку альдостерона в надпочечниках, обуславлив. Задержку натрия и воды с увеличением МЦК. Также вырабатывается вазопрессин в гипофизе, обладающий вазоконстрикторным действием.

Атеросклероз встречается у 95% больных ИБС. Морфологическим субстратом считается атерома, к-я представляет собой бляшку, возвышающуюся над поверхностью интимы и состоящую из липидов. Под влиянием атеросклеротического процесса коронарная артерия суживается. В дальнейшем происходит закупорка коронарной артерии, чаще субэпикардиальной, что проявляется клинически в виде стенокардии или инфаркта миокарда. Клиническая картина зависит от степени закупорки венечной артерии и ее доминантности. Чем проксимальней поражение, тем большая зона миокарда подвергается ишемии в соответствии с зоной васкуляризации артерии.механизм возникновения спазма сложен. В норме коронарная артерия обладает спонтанной миогенной активностью.

Существует несколько гипотез механизма спазма коронаров:

1. Симпат.иннервацией – возбуждение симпатического нерва вызывает спазм коронаров. Одним из существенных следствий САС является повышение адгезивно-агрегационных свойств тромбоцитов и эритроцитов, и в связи с этим вязкости крови.
2. Агрегация тромбоцитов. Тромбоксан А₂, освобожденный из тромбоцитов, ведет к вазоконстрикции коронаров и появлению стенокардии.
3. Гистаминная. Гистамин представляет собой вазоконстрикторную субстанцию, к-я через Н₁ рецепторы приводит к спазму эпикардиальных коронаров.
4. Кальциевая. Увеличение поступления Са²⁺⁺ в клетке гладких мышц коронаров вызывает вазоспозм мышечных волокон.
5. Гипервентиляции.
6. Серотонин. Лейкотриены освободившиеся на месте повреждения эндотелия могут вызвать констрикцию сосудов, повышая чувствительность с атеросклеротическими измениниями к эроговину, вызывая спазм.
7. Курение может вызывать агрегацию тромбоцитов, повышенное выделние катехоламинов, уменьшение доставления кислорода к кардиомиоцитам в результате образования карбоксигемоглобин, что может привести к вазоспазму.
8. Нарушение микроциркуляции: изменение функции артериальных сфинктеров вследствии ненормальногорефлекса, связанного со стрессом

Тромбоцитарный фактор влияет на прлиферацию гладкомышечных клеток. При гиперлипидемии сокращается время жизни тромбоцитов, уменьшается синтез простациклина в стенке кровеносных сосудов, имеющего антиагрегационное действие, а это стимулирует эндогенную липидную оксигеназу к синтезу тромбоксана, что способствует образованию тромба, т.е. эндотелий остается без «простациклиновой защиты».

*Последовательность ишемических изменений миокарда:*

Метаболические изменения ⇒ нарушение расслабления миокарда, которые наблюдаются в первые 2 сек. после нарушения кровотока ⇒ нарушение сокращения возникающие в течение 3-12 сек после нарушения кровотока ⇒ увеличение внутрисердечного давления, через 15 сек от начала ишемии ⇒ ЭКГ изменения (депрессия или элевация ST-сегмента), возникающие через 15-22 мин от начала ишемии приступ ангинозной боли. Т.об., если ишемия мокарда длится менее 20 сек больной может и не чувствовать боли.

**XIII ЛИСТ ВРАЧЕБНОГО НАЗНАЧЕНИЯ:**

1 Палатный режим

2 Диета №10.

3 Медикаментозная терапия

1. Мочегонные

*Rp.:* Furosemidi 0,04

*D.t.d.N 30 in tab.*

*S. 1таб в сутки.*

1. В-адреноблокаторы

*Rp.: Talinololi 0.1*

*D.t.d.N 20 in tab.*

*S. Принимать по 1 таблетке 3 раза в день.*

1. Антагонисты ионов кальция

*Rp.: Verapamili 0.04*

*D.t.d.N 50 in tab.*

*S.Принимать по 1 таблетке 4 раза в день.*

1. Ингибиторы АПФ

*Rp.:Captoprili 0,05*

*D.t.d.N 50 in tab.*

*S. По 1таб. 2раза в день.*

1. Периферические вазодилататоры

*Rp.: Apressini 0,01*

*D.t.d.N 50 in tab.*

1. *По 1таб. 3раза в день.*
2. Антиангинальные (нитраты пролонгированного действия)

*Rp.: Nitrosorbidi 0.01*

*D.t.d.N 50 in tab.*

*S.Принимать по 1 таблетке 4 раза в день.* 7

 8. Препараты улучшающие метаболизм миокарда.

*Rp.: Riboxini 0.2*

*D.t.d.N 50 in tab.*

*S.Принимать по 1 таблетке 3 раза в день.*

4 Санаторно-курортное лечение.

Дляданного больного рекомендуется cледущее лечение:

Антигипертензивные

Антагонисты ионов кальция

Мочегонные

Периферические вазодилататоры

Ингибиторы АПФ

Антиангинальные (нитраты пролонгированного действия)

**XIV** **Прогноз**

Прогноз для жизни относительно благоприятный.

Прогноз для трудоспособности неблагоприятный. избегать чрезмерной физической нагрузки.

Прогноз для выздоровления неблагоприятный.

**XV ДНЕВНИК**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |   Состояние больного  |   Назначения |
| 20\11\2003. 11.00- 12.00Чд – 19 в мин.ЧСС- 66 в мин.АД - 180/100 -мм.рт.ст.Ps 66 уд./ мин.t С - 36,6диурез 1,2 л25\11\2003 11.30 - 12.00ЧД - 18 в мин. ЧСС - 68 в мин. АД - 170/90 мм.рт.ст.Ps 68 уд./мин.tC - 36,6диурез 1,528.11\.2003. 13.00ЧД - 19 в мин. ЧСС - 66 в мин, АД - 180/100 мм.рт.ст.Ps 66 в мин. tC - 36,6диурез 1,530\11\200310.30ЧД – 89 в мин.ЧСС-66в мин.АД-160\100 мм.рт.ст.Ps 66 в мин. tC - 36,6диурез 1,5 л | Cостояние больного удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Периферические отеки. Над легкими дыхание ослаблено-везикулярное, ослабленное в нижних отделах. Синусовая аритмия, единичные экстрасистолы на верхушке. Тоны приглушены, акцент II тона над аортой, диастолический шум во всех точках аускультации. При аускультации крупных артерий шумов не выявлено. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, чувствиткльный в области правого подреберья. Печень увеличена. Мочеиспускание частое, затруднено. Левосторонняя паховая грыжа.Общее состояние относительно удовлетворительное. На фоне проводимого лечения самочувствие улучшилось, боли в области сердца менее интенсивные. Сохраняется умеренная общая слабость, головные боли. Объективно: кожные покровы и выдимые слизистые оболочки обычной окраски. В легких дыхание ослабленно-везикулярное, хрипов нет, сухие хрипы на выдохе. Ритм сердца правильный. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень у края реберной дуги увеличенна, периферических отеков нет. Состояние больного удовлетворительное, жалоб нет. Объективно: кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычного цвета, чистые. Ритм сердца правильный. Ослабление тона на верхушке, систолический шум. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет. Лечение продолжить.Состояние больного удовлетворительное, жалоб нет. Объективно: кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычного цвета, чистые. Ритм сердца правильный, диастолический шум над аортой. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет.  | 1. Диета N10. 2. Режим полатный.3.Медикаментозное лечение: Captoprili 0,05mg1\1tab 2р\дAspirini0.5 1\2 в обедHypothiasidi 12.5mgFurasemidi 0.04 N 30 по 1 таб в деньNitrosorbidi - 0,002 N8По 1 табл. 3 p в деньCorinfari - 0,002 N3 по 1 табл. 3 раза в деньRibocsini – 10,0 в\вVit B1 - 6 % - 1,0 п/к ч/з день.Vit B6 - 5% - 1,0 п/к ч/з деньCorgliconi 0.06%-1ml в\в1. Диета N10. 2. Режим полатный.3.Медикаментозное лечение: Capoprili 0,05mg1\1tab 2р\дAspirini0.5 1\2 в обедHypothiasidi 12.5mgFurasemidi 0.04 N 30 по 1 таб в деньNitrosorbidi - 0,002 N8По 1 табл. 3р в деньCorinfari - 0,002 N3 по 1 табл. 3 раза в деньRibocsini - 0,2 по 1 табл. 2 раза в деньVit B6 - 5% - 1,0 п/к ч/з деньCorgliconi 0.06%-1ml в\в1. Диета N10. 2. Режим постельный.3.Медикаментозное лечение:Назначенную терапию продолжить. 1. Диета N10. 2. Режим постельный.3.Медикаментозное лечение:Назначенную терапию продолжить.  |

**ЭПИКРИЗ**

Больной … … год, ветеран ВОВ, 19\11\2003 был госпитализирован в терапевтическое отделения Госпиталя ветеранов в плановом порядке. Жалобы на момент поступления: На повышение АД до 220/120 мм.рт.ст.,головные боли, головокружение, шум в голове. Боли за грудиной сжимающего характера, одышка, возникающие без определенной периодичности при физической нагрузке и подъме более, чем на 1 этаж; иррадиирущие в левую руку, не купируемые обычной дозой нитросорбида (1таб). Купирование 2 таб. Перебои в работе сердца. Общая слабость, утомляемость, головокружение, сердце­биение. а также отеки на ногах, возникающие ближе к вечеру.

Объективно: кожные покровы телесного цвета, чистые, акроцианоз;

аускультативно сердце: глухость тонов, акцент второго тона над аортой, единичные экстрасистолы, диастолический шум во всех точках аускультации. При аускультации крупных артерий шумов не выявлено. При аускультации легких – ослабленно-везикулярное дыхание, проводится во все отделы легких, усиление голосового дрожания, перкуторный звук – притупленно легочный, хрипов нет.

Был собран анамнез заболевания.

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

 Основной: Гипертоническая болезнь III ст., III степени, риск 4. ИБС, стенокардия напряжения ф.к. 3. Синусоваяая аритмия, суправентрикулярная экстрасисталия. Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Осложнения: недостаточность кровообращения II А. Сопутствующий:. Хр.гайморит. Аденома престательной железы. Левосторонняя паховая грыжа.

В соответствии в поставленным диагнозом назначено лечение:

Captoprili 0,05mg1\1tab 2р\д

Aspirini 0.5 1\2 в обед

Furasemidi 0.04 N 30 по 1 таб в день

Nitrosorbidi - 0,002 N8

По 1 табл. 3 p в день

Corinfari - 0,002 N3 по 1 табл. 3 раза в день

Ribocsini – 10,0 в\в

Vit B1 - 6 % - 1,0 п/к ч/з день.

Vit B6 - 5% - 1,0 п/к ч/з день

Corgliconi 0.06%-1ml

В результате проведенного лечения самочувствие больного улучшилось.

Рекомендовано: продолжить медикаментозную терапию нитросорбидом в той же дозе; строго сохранять специальный режим, соблюдать диету с малой энергетической ценностью, направленной на профилактику ожирения; избегать стрессовых ситуаций и физических нагрузок; в случае ухудшения состояния немедленно вызывать бригаду скорой помощи. Рекомендовано профилактический курс в кардиологическом отделении через 6 месяцев.

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

 Подпись куратора: