**Официальные данные**

1. Ф.И.О.:
2. Возраст: 53 года.
3. Место работы: шофёр.
4. Дата поступления:
5. Дата выписки:
6. Поступил в порядке скорой помощи.
7. Дата начала курации:
8. Дата окончания курации:
9. Диагноз направления:
10. Окончательный диагноз:

а) основное заболевание: Хроническая болезнь почек IV степень. Поликистозная болезнь почек. Анемия средней степени тяжести. Симптоматическая артериальная гипертензия III степени, риск 4. ХСН 0.

б) осложнения основного заболевания: гипертонический криз II порядка: носовое кровотечение

в) сопутствующие заболевания: поликистоз печени.

**Жалобы**

* головные боли в теменной области давящего характера; возникновение боли пациент связывает с повышением давления;
* утомляемость, снижение работоспособности;
* повышение артериального давления: АДmax 200/100; АДраб 150/80. Возникает как в утренние, так и в вечерние часы, связано с незначительными физическими и нервно-психическими нагрузками, купируется применением эналаприла.
* носовое кровотечение, длительно неостанавливающееся. Также пациента беспокоят периодически возникающее незначительное носовое кровотечение.
* боль в стопах ног и коленных суставах: возникает после физической нагрузки и проходит после отдыха.

**Анамнез настоящего заболевания**

Пациент считает себя больным в течение 6 лет. В 2006 году возникла острая боль в правой подвздошной области. Пациент вызвал СМП и был госпитализирован в ОКБ. Там проведено УЗИ-исследование органов брюшной полости и поставлен диагноз: поликистозная болезнь почек. Пациент находился в стационаре 3 дня и был отпущен домой с рекомендациями, которые соблюдал 2 недели и прекратил терапию. До февраля 2011 года за помощью не обращался. В феврале 2011, «решив заняться своим здоровьем» обратился к терапевту, который направил его к нефрологу. В плановом порядке пациент был госпитализирован в нефрологическое отделение ОКБ. Лечение длилось 3 недели. С этого момента пациент указывает на то, что стал 2-3 раза за ночь вставать в туалет «по маленькому». Других жалоб со стороны органов мочеполовой системы не отмечает.

Дома пациент постоянно принимает кетостерил. Весной 2011 года у пациента открылось носовое кровотечение, которое пациент не смог остановить и вызвал СМП. Госпитализирован в терапевтическое отделение ГБ №3. Там впервые было выявлено повышенное артериальное давление (какое именно не помнит) и назначена гипотензивная терапия (название лекарственных средств также не помнит). До настоящего времени пациент регулярно принимает рекомендованные препараты, измеряет АД. Максимально АД поднимается до 200/100 и купируется приемом эналаприла. И с этого момента (весна 2011) больного стали беспокоить утомляемость, снижение работоспособности, головные боли, которые он связывает с повышением АД, наличие отеков нижних конечностей, которые, однако, последние полгода не возникают В декабре 2011 года был госпитализирован в плановом порядке в нефрологическое отделение ОКБ по направлению нефролога. С рекомендациями после 3 недель лечения отпущен домой. 17 марта 2012 года в 5 часов утра на фоне повышенного давления открылось носовое кровотечение, которое длительно не останавливалось. Через 4 часа пациент вызвал СМП и был госпитализирован в в ГБ №3. В данный момент проходит лечение в терапевтическом отделении ГБ №3.

**Анамнез жизни**

Травмы и операции отрицает. Работает более 30 лет в ОАО «\*\*\*\*\*\*\*» шофером. Пациент курит более 30 лет по пачке сигарет в день. Алкоголь принимает «по праздникам». В 2006 году получил инвалидность III группы.

**Семейный анамнез**

Наличие болезней обмена веществ, злокачественных новообразований, алкоголизма, туберкулеза у родственников отрицает. Наличие у родственников патологии со стороны мочеполовой и сердечнососудистой систем отрицает.

**Аллергологический анамнез**

Аллергологический анамнез не отягощен.

**Объективное исследование**

Общее состояние больного: удовлетворительное. Положение: активное. Сознание: ясное. Рост 175 см. Вес 71 кг. Температура: 36,70С. АД: 150/90. Телосложение: гипостеническое.

**Состояние кожных покровов, волос, ногтей**

Кожа бледного цвета, сухая, эластичность снижена. Ногти тусклые, волосы тусклые. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно, распределена равномерно. Лимфатические узлы не увеличены, подвижны, не спаяны с окружающими тканями, при пальпации безболезненны, температура кожи над ними в норме.

**Ротовая полость**

Слизистая ротовой полости чистая, бледно-розового цвета. Язык нормальной величины, не обложен, конъюктивы бледные.

**Костно-мышечная система**

Деформации суставов не выявлено, подвижность сохранена, болей при движении нет. Деформаций позвоночного столба не выявлено. Череп правильной формы, деформаций, травм нет. Врожденные аномалии отсутствуют. Грудная клетка цилиндрической формы, симметрична, эпигастральный угол >900. Деформаций грудины нет. При дыхании отставание грудной клетки не отмечено. Над- и подключичные ямки не выражены. Мышечный тонус сохранен. Атрофии мышц нет.

**Дыхательная система**

Тип дыхания брюшной, вспомогательные мышцы в акте дыхания не участвуют. Дыхание ритмичное, глубокое. ЧД=18 дв/мин. Пальпация грудины: при пальпации болевые точки отсутствуют, голосовое дрожание на симметричных участках грудной клетки одинаково, грудная клетка эластична.

Перкуссия: Над передними, боковыми и задними отделами легких в симметричных участках перкуторный звук одинаковый, легочный. Нижние границы легких в пределах нормы. Аускультация: дыхание везикулярное, хрипов не обнаружено.

**Сердечно-сосудистая система**

Осмотр: видимой пульсации, выпячиваний в области сердца не обнаружено. Патологической пульсации сосудов нет. Пальпация: верхушечный толчок в V межреберье на 1,0 см кнутри от среднинно-ключичной линии, ослаблен, не разлитой. Перкуссия: Границы относительной тупости сердца:Правая – в IV межреберье по парастернальной линии.Верхняя - на уровне 3-го ребра. Левая – в V межреберье на 1,5 см от срединно-ключичной линии.

## Границы абсолютной тупости сердца:

## Правая - по левому краю 4 ребра.Верхняя - на уровне 4 ребра.Левая – в V межреберье на 1,5 см кнутри от срединно-ключичной линии.

Ширина сосудистого пучка 5 см. Аускультация: тоны сердца приглушены, ритм правильный. Акцент второго тона на аорте. АД 150/90. Исследование пульса: частота – 62уд./мин. Симметричен на обеих руках. Ритм правильный. Стенка эластична. Удовлетворительного наполнения и напряжения.

**Пищеварительная система**

Полость рта: Слизистая ротовой полости чистая, бледного цвета. Язык нормальной величины, не обложен. Осмотр живота**:** живот обычной формы, обе половины симметричные, пупок втянут, грыжевых выпячиваний, расширения подкожных вен не отмечается. Брюшная стенка равномерно участвует в акте дыхания. Перистальтика кишечника не видна. Свободной жидкости в брюшной полости нет. Пальпация безболезненна. Исследование желудка: Пальпация: брюшная стенка не напряжена, безболезненна. Перкуссия: граница нижнего края желудка находится на 3 см выше пупка. Исследование кишечника:

* Сигмовидная кишка – расположена правильно, эластичная; стенка гладкая, ровная; подвижность сохранена, безболезненна, определяется урчание.
* Слепая кишка – расположена правильно; эластичная, стенка гладкая, подвижность сохранена; безболезненна, урчания нет.
* Восходящая и нисходящая ободочная кишка расположены правильно, безболезненны, стенки гладкие, ровные, эластичные, подвижность достаточная, урчание не обнаруживается.
* Поперечно-ободочная кишка определяется слева и справа, под большой кривизной желудка; эластичная; стенка гладкая, подвижность достаточная; безболезненна, урчание не определяется.

Пальпация печени:

Пальпаторно определяется в правом подреберье. Край печени не выходит из-под края реберной дуги, эластичный, острый, безболезненный, поверхность печени гладкая. Желчный пузырь не пальпируется.

Размеры печени по Курлову: 9 см\*8 см\*7 см

Симптомы Мёрфи, Мюсси, Ортнера отрицательные.

**Мочеполовая система**

Почки не пальпируются, мочеиспускание безболезненно. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

**Органы чувств**

Видит, слышит, запахи различает.

**Обоснование предварительного диагноза**

На основании анамнеза, жалоб, объективного обследования можно выделить следующие синдромы:

* синдром артериальной гипертензии (АДmax 200/100, головная боль, снижение работоспособности, утомляемость, носовое кровотечение на фоне повышенного давления);
* анемический (бледность кожи, бледность конъюктив);
* гемморагический (периодически возникающее носовое кровотечение);
* дизурический (в ночное время 2-3 раза посещает туалет);
* сидеропенический (сухость кожи, тусклость волос и ногтевых пластинок, но данный синдром может быть окончательно подтвержден после лабораторных исследований и установления факта железодефицитной анемии). На основании вышеизложенных синдромов можно предположить у пациента следующие заболевания:
* Симптоматичекая артериальная гипертензия. В её пользу говорят: наличие в анамнезе поликистозной болезни почек; наличие артериальной гипертензии (АДраб 150/80, АДmax 200/100) и появляющееся на её фоне головная боль, носовое кровотечение; давление стало повышаться лишь с 2011 года, а диагноз поликистозной болезни почек поставлен уже в 2006 году. Но против данного диагноза говорит преобладание систолического давления над диастолическим.
* Гипертоническая болезнь, в пользу которой выступает синдром артериальной гипертензии (АДmax 200/100, АДраб 150/80; головная боль, снижение работоспособности, утомляемость, носовое кровотечение на фоне повышенного давления); преобладание систолического давления над диастолическим; возраст пациента. Против – отсутствие в анамнезе данных о наследственной предрасположенности. Таким образом, я считаю, что более вероятен диагноз: Поликистозная болезнь почек. Симптоматическая артериальная гипертензия. Для того, чтобы окончательно убедиться в поставленном диагнозе необходимо провести ряд лабораторно-инструментальных исследований.

**План обследования**

* ОАК (эритроциты, Нв, лейкоциты, ЦП, СОЭ, тромбоциты, ретикулоциты)
* Б/Х крови (глюкоза, холестерин, ЛПВП, ТАГи, креатинин, мочевина, сывороточное железо, ОЖСС)
* ОАМ (эритроциты, цилиндры, удельный вес)
* Суточная потеря белка с мочой
* Анализ мочи по Нечипоренко
* Проба по Зимницкому
* УЗИ сердца
* УЗИ почек
* Сцинтиграфия почек
* Осмотр окулиста
* Консультация нефролога

**Данные лабораторных и инструментальных исследований**

Таблица. Общий анализ крови 19.03.2012:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Эритроциты | 3,19х1012/л | 3,9-5,0 х1012/л |
| Нв | 88 г/л | 115-145 г/л |
| Лейкоциты | 4,8х109/л | 4,0-9,0 х109/л |
| Тромбоциты | 199х109/л | 180-400 х109/л |
| ЦП | 0,85 | 0,85-1,05 |
| Ретикулоциты | 2 | 2-10 |
| СОЭ | 6 мм/ч | 2-15 мм/ч |

Заключение: анемия средней степени тяжести.

Таблица. Лейкоцитарная формула крови 19.03.2012:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| лейкоциты | 4,8х109/л | 4,0-9,0х109/л |
| палочкоядерные | 3% | 1-6% |
| сегментоядерные | 71% | 47-72% |
| эозинофилы | 0 | 0,5-5% |
| базофилы | 0 | 0-1% |
| лимфоциты | 14% | 19-37% |
| моноциты | 10% | 3-11% |
| СОЭ | 6 мм/час | 2-15мм/час |

Заключение: изменений нет.

Таблица. Биохимический анализ крови 19.03.2012:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Глюкоза | 5,4 ммоль/л | 3,9 – 6,4 ммоль/л |
| общий белок | 63,5 г/л | 65-85 г/л |
| билирубин общий | 4,4 мкмоль/л | 3,4-20,5 мкмоль/л |
| прямой | 2,2 мкмоль/л | 0-5,1 мкмоль/л |
| АЛТ | 12,5 Е/л | 0-35 Е/л |
| АСТ | 4,9 Е/л | 0-35 Е/л |
| КФК | 833,6 Е/л | <200 Е/л |
| КФК МВ | 99 Е/л | 0-24 Е/л |
| ХС общий | 4,13 мкмоль/л | 3,1-6,5 мкмоль/л |
| ЛПНП | 1,8 мкмоль/л | до 4.79 ммоль/л |
| ТАГ | 1,25 мкмоль/л | 0,55-1,65 мкмоль/л |
| мочевина | 26,5 мкмоль/л | 3,3-8,3 мкмоль/л |
| креатинин | 0,438 ммоль/л | 0,062-0,115 ммоль/л |
| СРБ | отр. | отр. |
| натрий | 137 мкмоль/л | 135-150 мкмоль/л |
| калий | 5,1 мкмоль/л | 3,5-5,5 мкмоль/л |
| фибриноген | 5,4 г/л | 2,0-4,0 г/л |
| ПТИ | 98,4 % | 80-105 % |
| МНО | 1,0 | 0,88-1,37 |
| АЧТВ | 32 | 32-42 |

Заключение: гиперурикемия, повышение уровня креатинфосфокиназы и МВ-фракции креатинфосфокиназы, креатининемия, фибриногенемия.

Таблица. Биохимический анализ крови 21.03.2012

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| КФК | 525 Е/л | <200 Е/л |
| КФК МВ | 18 Е/л | 0-24 Е/л |
| мочевина | 23,4 мкмоль/л | 3,3-8,3 мкмоль/л |
| креатинин | 0,284 мкмоль/л | 0,062-0,115 мкмоль/л |
| натрий | 136 мкмоль/л | 135-150 мкмоль/л |
| калий | 5,0 мкмоль/л | 3,5-5,5 мкмоль/л |
| хлориды | 112 мкмоль/л | 101-111 мкмоль/л |

Заключение: гиперурикемия, креатиниемия, повышение уровня креатинфосфокиназы.

Таблица. Биохимический анализ крови 26.03.2012:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| КФК | 516 Е/л | <200 Е/л |
| КФК МВ | 35 Е/л | 0-24 Е/л |
| натрий | 138,8 мкмоль/л | 135-150 мкмоль/л |
| калий | 5,0 | 3,5-5,5 мкмоль/л |
| хлориды | 108 | 101-111 мкмоль/л |

Заключение: повышение уровня креатинфосфокиназы и МВ-фракции креатинфосфокиназы.

**Анализ мочи по Нечипоренко 21.03.2012:**

Цвет желтый

Прозрачность мутная

Удельный вес 1005

Реакция 5,0

Белок 0,525

Лейкоциты 700

Эритроциты 400

Цилиндры нет

Заключение: гипостенурия, протеинурия.

**ОАМ 19.03.2012 :**

Цвет желтый

Прозрачность мутная

Удельный вес 1010

Реакция 5,0

Белок 0,460

Эпителий 2-3-3 в п/зр

Лейкоциты 4-6-4 в п/зр

Эритроциты единичные

Соли фосфаты

Цилиндры отсутствуют

Заключение: протеинурия, гипостенурия.

**Осмотр офтальмолога 19.03.2012**

Окраска диска зрительного нерва розовая, границы четкие. Сосуды в центре, их калибр без значительного нарушения. Артерии ближе к обычному калибру, стенка уплотнена, глаздное дно – тенденция к прямому. Вены слегка расширены, соотношение сосудов 1:2. Единично

salus I.

Заключение: ангиопатия сетчатки по гипертензивному типу.

**ЭХОКАРДИОГРАФИЯ**

Заключение: толщина стенок левого желудочка на верхней границе нормы. Диастолическая дисфункция левого желудочка. Аномально расположенная хорда в полости левого желудочка.

**ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЯ 19.03.2012**

Заключение: ритм синусовый, ЧСС 75 уд/мин, ЭОС не отклонена, позиция полувертикальная, нарушение реполяризации в перегородочной области возможно за счет субэндокардиальной ишемии.

**ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЯ 22.03.2012**

Заключение: без динамики.

**Rg ОГК 22.03.2012**

Заключение: воспалительных изменений в легочной ткани не выявлено, корни лёгких мало структурны с единичными кальцинатами. Сердце без особенностей, контуры диафрагмы деформированы спайками, боковые синусы без особенностей, передний синус запаян.

**Кал на яйце-глист 19.03.2012**

Заключение: яйце-глист не найден.

**Реакция Вассермана 19.03.2012**

Заключение: отрицательно.

**Динамическая нефросцинтиграфия 01.12.2011**

На серии нефросцинтиграмм в проекциипочек получено изображение отдельных сегментов.

Среднепереонирующей паренхимы с нечеткими, неровными контурами, со сниженным наполнением и неравномерным распределением РФП. Над обеими почками зарегистрирован обструктивный тип кривых.

Заключение: уменьшение объема функционирующей паренхимы обоих почек с выраженным нарушением секреторной и выделительной их функции.

**УЗИ органов брюшной полости 01.12.2011**

Печень: неувеличена, левая доля переднее-задний размер 58 мм, правая доля переднее-задний размер 149 мм. КВР 145 мм. Контур неровный, край сглажен, эхогенность умеренно повышена, структура неоднородная, с множеством жидкостных образований диаметром 18 мм. Желчные протоки не расширены, стенки уплотнены, сосудистый рисунок не деформирован. Воротная вена 10-11 мм. Селезеночные вены 7 мм. Нижняя полая вена 18 мм.

Желчный пузырь: 79\*22 мм, стенки уплотнены, не утолщены, изогнут. В полости негомогенное содержимое. Холедох 4 мм.

Поджелудочная железа: не увеличена (головка 25 мм, тело 10 мм, хвост 21 мм). Контуры ровные нечеткие, эхогенность обычная. Структура умеренно неоднородная, Вирсунгов проток 2,5 мм.

Селезенка: не увеличена, 100\*48 мм, структура однородная.

Почки: правая 170\*73\*85 мм, левая 168\*78\*78 мм. Контуры нечеткие, неровные подвижность сохранена, положение обычное. Почечный синус слои не дифференцируются, почки представлены жидкостными образованиями от 9 мм до 41 мм в диаметре. Между ними линейные гиперэхогенные включения. Стенки жидкостных образований неравномерно уплотнены.

Заключение: диффузно-очаговые изменения печени и почек (поликистоз). Признаки хронического холецистита.

Таблица. Дневник течения заболевания

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | ЧСС, АД, ЧД, tоС. | Дневник |
| 24.03.2012 | ЧСС 64 уд/мин  АД 170/90  ЧД 16 дв/мин  36.7оС | Знакомство с пациентом, сбор анамнеза. Общий осмотр. Жалобы, выявленные из анамнеза: головные боли, утомляемость, повышение артериального давления: АДmax 200/100; АДраб 150/80, носовое кровотечение, длительно неостанавливающееся, которое и заставило обратиться в СМП. На момент начала курации остались следующие жалобы: повышение АД, головная боль.  Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Бледность кожи и конъюктив. Кожа сухая, ногти и волосы тусклые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Перкуторный звук легочной. Границы легких в пределах нормы. Тоны сердца приглушены, ясные, шумов нет. Границы сердца в пределах нормы. Живот мягкий, безболезненный. Стул в норме, отеков нет.  За время, проведенное в стационаре, был проведен ряд лабораторно-инструментальных исследований, по данным которых выявлено: протеинурия, гипостенурия, уменьшение объема функционирующей паренхимы обоих почек с выраженным нарушением секреторной и выделительной функции, анемия средней степени тяжести. |
| 25.03.2012 | ЧСС 62уд/мин  АД 160/85  ЧД 18 дв/мин  36.8оС | Жалобы на головную боль и повышенное АД сохраняются. Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы и конъюктивы бледного цвета. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны приглушены, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул в норме. Отеков нет. |
| 27.03.2012 | ЧСС 76 уд/мин  АД 140/80  ЧД 16 дв/мин  36.6оС | На фоне проводимой терапии наблюдается положительная динамика – давление снизилось до 140/80, но жалобы на головную боль сохраняются. Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы и конъюктивы бледного цвета. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны приглушены, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул в норме. Отеков нет. Пациент готовится к выписке. |

**Обоснование окончательного диагноза**

На основании данных лабороторно-инструментальных исследований диагноз гипертонической болезни исключается, т.к. в биохимическом анализе крови уровень холестерина, ТАГов, ЛПНП в пределах нормы, нет признаков гипертрофии левого желудочка на ЭКГ и УЗИ сердца, нет данных за артериолосклероз сетчатки.

Таким образом, мой окончательный диагноз: ХБП IV степень (СКФ=16) Поликистозная болезнь почек. Симптоматическая артериальная гипертензия. Анемия средней степени тяжести. Симптоматическая артериальная гипертензия III степени, риск 4. ХСН 0.

Осложнения: гипертонический криз II порядка: носовое кровотечение

Сопутствующие заболевания: поликистоз печени.

**Лечение**

Лечение основного заболевания

В связи с тяжелой степенью ХБП пациенту показан гемодиализ. Одновременно ограничить прием поваренной соли и жидкости.

Лечение симптоматической артериальной гипертензии:

Т.к. у пациента в биохимическом анализе крови не наблюдается гиперкалиемии, то можно рекомендовать препараты из группы ингибиторов АПФ (каптоприл, эналаприл). Но необходим контроль калия.

Rp.: Enalapril 10,0

D.t.d № 20 in tabulettis

S.: Принимать внутрь 2 раза в день.

Также можно принимать этому пациенту селективные бета-блокаторы (метопролол, атенолол). Но данный препарат может вызывать брадикардию, ортостатическую гипотензию.

Rp.: Metoprolol 12,5

D.t.d № 20 in tabulettis

S.: Принимать внутрь 2 раза в день.

Либо препараты центрального генеза - агонисты I1-имидазолиновых рецепторов - альбарел, который не влияет на функцию сердца, не вызывает задержки натрия и воды, не нарушает метаболическое равновесие, сократимость миокарда и электрофизиологические индексы остаются без изменения, не вызывает ортостатической гипотензии (в т.ч. у лиц пожилого возраста), не влияет на почечный кровоток, клубочковую фильтрацию или фильтрационную фракцию.

Rp.: Rilmenidine 1,0

D.t.d № 20 in tabulettis

S.: Принимать внутрь 1 раз в день.

Диуретики. Для лечения артериальной гипертонии используются, в основном, салуретики, то есть, препараты, усиливающие выведение из организма ионов натрия и хлора. Так, выраженный и стойкий гипотензивный эффект дают тиазидные. Синтез тиазидоподобных диуретиков (индапамид, хлорталидон) был предпринят для снижения нежелательных эффектов длительного приёма больших доз тиазидных диуретиков (повышения уровня холестерина, мочевой кислоты). Поскольку иАПФ повышают уровень калия, то комбинированное применение с иАПФ является предпочтительным для некалийсберегающих диуретиков (т.е. если пациент в качестве гипотензивной терапии будет получать иАПФ, то применение тиазидоподобных диуретиков будет целесообразным).

Rp.: Indapamide 2,5

D.t.d № 20 in tabulettis

S.: Принимать внутрь 1 раз в день, утром.

Т.к. у пациента имеет место анемия средней степени тяжести на фоне хронической болезни почек, то необходим стимулятор эритропоэза. Например, эпокрин.

Rp.: Sol. Epoetin alfa 2000 МЕ

D.t.d № 10 in ampulis

S.: Содержимое 1 ампулы подкожно, через день.

**Выписной эпикриз**

Пациентка находился на лечение в стационаре 3 Городской больницы с 17.03.2012 по 27.03.2012. За это время проведено следующее лечение:

Enalapril 10 мг\*2 p/день

Metoprolol 12,5 мг\*2 p/день

Indapamide 2,5\*1 р/день утром

MgSO4 25% - 10,0 в/в №3

Mildronat 5,0 + NaCl 0,9% - 20,0 в/в струйно

Эпокрин 2000 п/к через день

Аллергических, токсических и других побочных реакций на принимаемые лекарства не обнаруживались. В результате проводимой терапии наблюдается положительная динамикаснизилось АД до 140/80. Пациент выписан с рекомендациями.

Рекомендовано: наблюдения терапевта, консультация нефролога для определения дальнейшей тактики лечения ХБП, контроль АД, диета с ограничением поваренной соли. Продолжить прием препаратов.

**Список используемой литературы**

1.Н.А.Мухин. Внутренние болезни. Том 2. – М.; ГЭОТАР-Медиа, 2005.

2.Лекции по внутренним болезням, IV, V курс.

3.А.И. Венгеровский. Лекции по фармакологии для врачей и провизоров. – Томск: STT, 2001.

4.Ресурсы интернета.

5.М.Д. Машковский. Лекарственные средства. – М.: ООО «Издательство Новая Волна», 2008.

6.Н.А.Мухин. Внутренние болезни . Том 2. – М.; ГЭОТАР-Медиа, 2005.

7.Лекции по внутренним болезням, V курс.

8.А.И. Венгеровский. Лекции по фармакологии для врачей и провизоров. – Томск: STT, 2001.

9.Ресурсы интернета.

10.М.Д. Машковский. Лекарственные средства. – М.: ООО «Издательство Новая Волна», 2008.