### Жалобы

1. Головные боли в лобной и височной областях: пульсирующие, постоянные, усиливающиеся при незначительной физической нагрузке (работа по дому);
2. Боли в глазах при движении глазных яблок;
3. Шум в ушах;
4. Повышенное артериальное давление и периодическое его повышение (до 260/160 мм рт ст.), с чем и связывает головные боли, боли в глазах и шум в ушах;
5. Одышку смешанного характера, чувство сердцебиения, возникающие при незначительной физической нагрузкой (подъем по лестнице на 3 этаж);
6. Периферические отеки на ногах до верхней трети голени, усиливающиеся к вечеру, но к утру не проходят;
7. Повышенную массу тела;
8. Плотное, безболезненное образование, диаметром 1,5 см., на коже нижней трети левого предплечья.

**Anamnesis morbi.**

Считает себя больной с 1994 года, когда появились периодические головные боли в височной области, связанные с физической и психо-эмоциональной нагрузкой (перенос тяжелых вещей, сильные переживания), снимающиеся приемом цитрамона.

В последующем отмечалось учащение головной боли, появление одышки и тахикардии при незначительной физической нагрузке (подъем по лестнице на 5 этаж). Головные боли связывались с повышением давления.

В 1996 году обратилась в мед. пункт части, где диагностировали повышенное артериальное давление до 140/95 мм рт ст., ИБС, ГБ II ст., атеросклероз аорты. Рекомендовано цитрамон, утренняя гимнастика, соблюдение распорядка дня. Направлена в 104 гарнизонную поликлинику. Куда обратилась лишь 3 недели спустя, после ухудшения общего состояния.

В мае и декабре 1999 года обращалась в 104 поликлинику , где диагностирован гипертонический криз от 14.05.99 и 14.12.99, ГБ II ст., кризовое течение, ожирение II ст., алиментарного характера течение, ожирение II ст., алиментарного характера. Давление было снижено путем введения Sol. Magnesii sulfatis 25% и Sol. Dibasoli 1%. При исследовании сосудов глазного дна, проводимого в104 поликлинике 14.12.99, выявлено: ангиопатия сосудов сетчатки. Врачом поликлиники была направлена на госпитализацию в 442 ОВКГ. До госпитализации гипотензивных препаратов не принимала.

С 16 декабря по 26 декабря 1999 года - находилась на лечении в 442 ОВКГ с диагнозом: ГБ II ст., ожирение II ст., НК II ст. В результате проведенной терапии АД снижено до 150/95 мм рт. ст., отмечалось улучшение самочувствия. По выписке назначили ангистенил, фуросемид, трозикор, грандакин (курсом), диета. Назначение выполняла после выписки около двух недель, потом принимала только энап. Рабочее давление 150/90 мм рт. ст.

В течение последующих двух лет сохранились головные боли и головокружение, при повышенном артериальном давлении (до 180/100 мм рт ст.), отеки, усиливающиеся к вечеру, но не проходящие полностью к утру. Принимала энап, цитрамон и анальгин; для снятия отеков периодически принимала фуросемид в дозе 0,4 г.

10 марта 2002 года простудилась и 14. 03. была вынуждена обратиться в 166 поликлинику. Беспокоили общая слабость, быстрая утомляемость, головные боли, головокружение, субфебрильная температура, насморк. При осмотре АД 260/160 мм рт. ст., в связи, с чем ее положили на дневное отделение, где давление было снижено введением Sol. Magnesii sulfatis до 165/100 мм рт. ст. Направили на прием к кардиологу.

20 марта2002 года на приеме у кардиолога в Центральной поликлинике ВМедА: АД 240/100 мм рт. ст., которое было снижено введением раствора магния сульфата до 180/100 мм рт. ст. Назначили капатен, атеналол, дихлотиазид и направили на госпитализацию в клинику ОТ №1.

До госпитализации выполняла рекомендации врача.

**Anamnesis vitae.**

Родилась в 1958 году в Минске вторым ребенком в семье рабочих. Воспитывалась в полной семье. От сверстников по развитию не отставала. Закончила 10 классов средней школы с хорошими результатами. После окончания школы, в 1975 году поступила в x культурно-просветительское училище, где училась 4 года.

В 1979 году вышла замуж за военнослужащего и уехала с мужем в г. Кингесепп Лен. обл., где работала воспитателем в детском саду.

В1989 году в связи с переводом мужа к новому месту службы в г. Всеволожск, поменяла место работы: воспитатель детского сада г. Всеволожска до 1992 года.

В 1992 году поступила на военную службу по контракту, рядовой, повар солдатской столовой.

1995 - заведующая складом.

1997 - делопроизводитель.

1999 - поверитель электроприборов, ефрейтор.

Профессиональные вредности: физическая и психо-эмоциональная нагрузка, по времени приходящиеся на начало проявления заболевания.

Материально-бытовые условия удовлетворительные. Проживает с мужем и двумя сыновьями (23 и 15 лет).

Перенесенные ранее заболевания: в детстве ангина, тонзиллит, ОРВИ не часто; паротит, корь, ветряная оспа. С 1992 года страдает ожирением. Туберкулез, гепатит, венерические заболевания отрицает. Операции: 1976 – аппендэктомия, 1994-мастит правой молочной железы.

Наследственность: мама перенесла инфаркт миокарда, страдала ожирением; бабушка перенесла инсульт; у отца была опухоль головного мозга.

Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет (не более 100 грамм в месяц).

Непереносимость пищи, лекарств отрицает.

Гинекологический анамнез: месячные начались с 14 лет, 5/28, безболезненные, умеренные. Беременности-2, роды – 2 (1979, 1987 гг.).

**Объективно:**

*Общий осмотр*:

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Конституция гиперстеническая, телосложение правильное. Опорно-двигательный аппарат без видимой патологии. Суставы не деформированы, движения в них в полном объеме, безболезненные. Питание повышенное (ИМТ = 36,8 кг/м2; толщина кожной складки под лопаткой –2,5 см.). Мышечная система развита хорошо. Кожа чистая, обычной окраски, эластичная, нормальной температуры и влажности. На коже нижней трети левого предплечья определяется твердое, безболезненное, гиперемированное образование диаметром 1,5 см. Видимые слизистые чистые, розовые, влажные. Волосы и ногти без патологических изменений, оволосение по женскому типу. Периферические лимфатические не увеличены (размером не больше 0,5 см.), безболезненные, эластичные, подвижные, не спаяны между собой и окружающими тканями, кожа над ними не изменена. Щитовидная железа не увеличена. Имеются периферические отеки на ногах до верхней трети голеней.

*Сердечно-сосудистая система:*

Отмечается гиперемия лица. Усиления пульсации сонных артерий, набухание и пульсации шейных вен не наблюдается. Верхушечный толчок не визуализируется. Патологические пульсации не видны.

Пульс одинаковый на обеих руках, ритмичный, 82 уд. в минуту, удовлетворительного наполнения, не напряжен, сосудистая стенка вне пульсовой волны не пальпируется. Верхушечный толчок не пальпируется. Пальпируется ретростернальная пульсация. Пульс на a. Dorsalis pedis симметричен, достаточно выражен.

Правая граница относительной сердечной тупости проходит по правому краю грудины, абсолютной - по левому. Верхняя граница относительной сердечной тупости перкутируется по 3 ребру, абсолютной – по 4. Левая граница сердечной тупости определяется на 1 см. кнутри от левой срединно-ключичной линии. Ширина сосудистого пучка не выходит за пределы грудины.

На верхушке 1 тон сильнее 2,шумов нет. На основании сердца 2 тон сильнее 1, акцента нет, шумы не выслушиваются. У основания мечевидного отростка 1 тон сильнее 2, шумов нет. В V и VI точках шумов нет. Тоны сердца во всех точках равномерно ослаблены.

АД 190/120 мм рт. ст. на плечевой артерии. На бедренной артерии – 210/140 мм рт ст.

*Дыхательная система:*

Грудная клетка правильной формы, симметрическая, обе ее половины равномерно участвуют в акте дыхания. Дыхание ровное, спокойное, частотой 16 уд/ минуту. Над- и подключичные ямки симметричны слабо выражены. Межреберные промежутки слегка контурируются, эластичные. Болезненных точек на грудной клетке нет.

При сравнительной перкуссии легких определяется ясный легочный звук, одинаковый в симметричных точках грудной клетке. При топографической перкуссии нижняя граница правого легкого определяется:

По правой срединно-ключичной линии - на 6 ребре,

По передней подмышечной линии - на 7 ребре,

По средней подмышечной линии - на 8 ребре,

По задней подмышечной линии - на 9 ребре,

По лопаточной линии - на 10 ребре,

По паравертебральной линии – на уровне остистого отростка 11 грудного позвонка.

Нижняя граница левого легкого определяется:

По передней подмышечной линии - на 7 ребре,

По средней подмышечной линии - на 8 ребре,

По задней подмышечной линии – на 9 ребре,

По лопаточной линии - на 10 ребре,

По паравертебральной линии – на уровне остистого отростка 11 грудного позвонка.

Подвижность нижнего края обоих легких по задней подмышечной линии составляет 6 см. Верхушки обоих легких находятся спереди на 4 см. выше ключицы, сзади – на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка.

Над всей поверхностью обоих легких дыхание везикулярное, побочные дыхательные шумы не выслушиваются.

*Система органов пищеварения:*

Слизистая оболочка полости рта розового цвета, высыпаний нет. Кариозных зубов нет, 5 зубов запломбированы. Десны без наложений, не кровоточат. Миндалины розовые, не выступают за дужки, не спаяны с ними. Язык с белым налетом, влажный с отпечатками зубов.

Живот округлой формы, симметричный. Пупок втянут. Подкожные вены передней брюшной стенки не расширены.

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. При глубокой методической пальпации сигмовидная и слепая кишка не пальпируются, вследвтвии сильно развитого подкожно-жирового слоя передней брюшной стенки. Большая кривизна желудка не пальпируется. При определении аускультативно-пальпаторным методом большая кривизна желудка проходит на 5 см. выше пупка. Поперечная ободочная кишка не пальпируется.

Нижний край печени не выступает из-под края реберной дуги. Размеры печени по Курлову: 10-8-7 см.

Селезенка не пальпируется. При перкуссии в положении стоя она определяется по левой средней подмышечной линии между 9 и 11 ребрами.

Признаки скопления жидкости в брюшной полости отсутствуют.

*Мочевыделительная система:*

Почки в положении лежа и стоя не прощупываются. Поколачивание по поясничной области безболезненное с обеих сторон.

**Предварительный диагноз**

Гипертоническая болезнь II ст., c кризовым течением, НК-II А ст.

Ожирение алиментарно-конституционального генеза II ст.

###### Обоснование диагноза

О наличии у пациентки *гипертонической болезни II ст.* свидетельствуют:

- головные боли в височных и лобной областях, боли в глазах при их движениях, связанные с повышением давления;

- стойкое повышение артериального давления (рабочее давление 150/90 мм рт. ст.) корректируемое приемом гипотензивных средств;

- гипертрофия миокарда левого желудочка (УЗИ и ЭКГ от 26.12.99 г.);

- ангиопатия сосудов сетчатки от 14.12.99 г.

О *кризовом течении* говорят:

- гипертонические кризы от 14.05.99 г., 14.12.99 г., 20.03.02 г.

Признаками *хронической сердечной недостаточности* *IIA ст.* являются:

- одышка, тахикардия отсутствующие в покое и наблюдающиеся при физической нагрузке.

- Периферические отеки на ногах, усиливающиеся к вечеру.

Об *ожирении II ст.* говорит:

- повышенное питание: ИМТ=36,8 кг/м2, толщина кожной складки под лопаткой 2,5 см.;

- масса тела превышает идеальную на 34 %;

О *алиментарно-конституциональной форме* свидетельствует наличие следующих признаков:

- беспокоит общее недомогание, головные боли, одышка при физической нагрузке, повышенная утомляемость;

- по данным анамнеза удается установить систематическое переедание, а также наследственную предрасположенность к тучности;

- равномерное распределение подкожно-жирового слоя на туловище, лице и конечностях;

- при пальпации верхушечный толчок не определяется, а также при аускультации равномерное ослабление тонов сердца, что обусловлено утолщением стенок грудной клетки;

План обследования

**-** 1.Общий анализ крови.

**-** 2.Общий анализ мочи.

**-** 3.Анализ кала на яйца глистов.

**-** 4.Реакция Вассермана.

**-** 5.Реакция на ВИЧ.

**-** 6.Биохимический анализ крови: Острофазовые показатели: С-реактивный белок, фибриноген, протеинограмма, сиаловые кислоты; Показатели, характеризующие состояние обмена веществ: АЛТ, АСТ, креатинин, мочевина, остаточный азот.

**-** 7.Содержание [K] и [Na] в эритроцитах.

**-** 8.Содержание [K], [Mg], [Na], [Ca], [P] в сыворотке и в суточной моче.

**-** 9.Факторы свертывания крови: протромбин, фибриноген.

**-** 10.Дневные колебания концентрации сахара в крови.

**-** 11.Сахарная кривая с нагрузкой.

**-** 12.Анализ мочи на 17-ОКС; катехоламины; Т3, Т4, ТТГ.

**-** 13. Определение ренина плазмы.

**-** 14.УЗИ органов брюшной полости, сердца, щитовидной железы, почек.

**-** 15.Рентгенография органов грудной клетки.

**-** 16.Электрокардиограмма.

**-** 17. Суточное мониторирование АД.

**Результаты дополнительных исследований.**

Общий анализ крови от 27.03.02

Эр-4,3х1012 в 1 л; Hb-132 г/л, цветовой показатель 0,92; СОЭ-21мм 1 час;

Лейкограмма: лейкоциты 6,7х109 в 1 л;

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Нейтрофилы | | |  |  |
|  | Б | Э | Юн | Пал. - яд | Сег.-яд | Лимф. | Мон. |
| Норма (%) | 0-0,5 | 0,5-5,0 | 0 | 1-6 | 47-52 | 19-37 | 3-11 |
| Результат (%) | - | 1 |  | 4 | 52 | 30 | 13 |

Общий анализ мочи от 27.03.02

Кол-во 100,0 мл,

Цвет – желтый,

Прозрачная,

Плотность –1,017,

Реакция – кислая,

Белок – нет.

Лейкоциты –6-7 в п/зр, Эритроциты – нет, Эпителий МП – 8-10 в п/зр, Бактерии – 2 .

Исследование экскрементов от 29.03.02

Макроскопическое иссл. Цвет – коричневый ,Консистенция и форма – однородная; Слизи нет;

Микроскопическое иссл.: Мышечные волокна в небольшом кол-ве, растительная клетчатка в неб. кол-ве, крахмала нет, слизь +, нейтр. жиры –, яйца глистов не найдены, хим. реакция на кровь слабо положительная.

Реакция Вассермана отрицательна.

Реакция на ВИЧ отрицательна.

Биохимический анализ крови от 27.03.02

Без патологических изменений.

Содержание [K] и [Na] в крови от 27.03.02

K эритр. - 86 ммоль/л (Norma 78-110 ммоль/л)

Na эритр. - 22 ммоль/л (Norma 16-22 ммоль/л)

Содержание электролитов в крови от 28.03.02 в пределах нормы.

Содержание электролитов в суточной моче от28.03.02

Диурез – 1400 мл

Калий – 42 ммоль/24ч,

Натрий – 179 ммоль/24ч.

Факторы свертывания крови от 27.03.02

Протромбиновый индекс: 9,1 % (Norma 80-105 %),

Фибриноген 4,0 г/л (Norma 2-4 г/л).

Дневные колебания концентрации сахара в крови от 27.03.02 :

9.00 – 4,8 ммоль/л

11.00 – 4,9 ммоль/л

13.00 – 4,1 ммоль/л

Сахарная кривая с нагрузкой от 03.04.02

До нагрузки – 3,7 ммоль/л

Через 60 мин. – 5,6 ммоль/л

Через 120 мин. – 5,2 ммоль/л.

Исследование мочи на 17-ОКС от 05.04.02

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Результат | Нормальные  величины |
| Общее кол-во суммарных 17-17ОКС в суточной моче | 13,2 | 5,2 - 13,5 |
| Общее кол-во 17-КС  в суточной моче | – |  |
| Диурез | 1,0 л. |  |

Ультразвуковое исследование от 29.03.02

Печень: не увеличена

не изменена.

Желчный пузырь: размеры 8,2х3,4 см

конкременты – не выявлены

форма – овальная.

Поджелудочная железа: головка – 2,0

тело – 1,5

хвост – 2,0

структура – равномерно высокой

плотности.

Селезенка: 8,8х2,3 см

структура – определяется в воротах добавочная

долька 1,6 в диаметре.

Почки:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Размеры | полости | Конкременты |
| правая | 0,2х5,0 | не расширены | нет |
| левая | 10,6х5,0 | не расширены | нет |

Сердце: аорта – 3,4 см,

стенки уплотнены, раскрытие клапана достаточное

ЛП – 4,3 см, ПП- 4,0 см

ЛЖ - КСР - 3,3 см ПЖ – 2,6 см

ФВ - 61

ЛА- 1,6 см

Тмжп 1,4 (N 1,1- 1,2)

ММ 236 г.

ИММ 120 г/м2.

Фиброз МЖП.

Нарушение локальной сократимости не выявлено.

Доплер.: регургитация 0-1 ст.

Заключение: Добавочная долька селезенки.

Уплотнение стенки аорты.

Гипертрофия ЛЖ.

Дилятация левого предсердия.

Рентгенография органов грудной клетки от 27.03.02г.:

Увеличение сердца за счет левого желудочка,

Аорта уплотнена.

ЭКГ: от 26.03.02

Ритм синусовый, ЧСС – 72 уд/мин.

ЭОС отклонена влево,

Нарушение внутрижелудочковой проводимости.

**Этиология.**

Формирование гипертонической болезни происходит под влиянием как внутренних, так и внешних факторов. Среди них рассматриваются отягощенная наследственность, ожирение, острое или эмоциональное длительное перенапряжение, злоупотребление соленой пищей, гиподинамия.

**Патогенез.**

Повышение артериального давления обусловлено изменениями регуляции деятельности сердечно-сосудистой системы, в результате которых стойко нарушается физиологическое равновесие между прессорными и депрессорными механизмами.

Наибольшее значение в повышении артериального давления при гипертонической болезни придается изменениям регуляции кровообращения со стороны центральной нервной системы и симпатической, которые тесно связаны с активностью эндокринного аппарата, функциональным состоянием почек и микроциркуляцией.

Однако в настоящее время первичным фактором в формировании артериальной гипертензии считается наследственная предрасположенность, которая выражается в распространенных нарушениях ионотранспортной функции и структуры цитоплазматической мембраны клеток. Результатом этого является сдвиг уровней регуляции кальциевого обмена, изменение гормонально-клеточных взаимоотношений, проявляющиеся усилением активности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой, ренин-ангиотензин-альдостероновой, инсулярной и других систем.

Кальциевая перегрузка клетки увеличивает сократительный потенциал гладких мышц сосудов – функциональный компонент повышения периферического сопротивления. Кроме того, избыток Са активирует клеточные протоонкогены (ростовые факторы), приводящие к гипертрофии и гиперплазии гладких мышц сосудов –органический компонент периферического сосудистого сопротивления. Происходящая при этом гипертрофия миокарда и повышенная сократимость, утолщение стенки и сужение просвета сосудов являются факторами, фиксирующими артериальное давление на высоком уровне.

Артериальная гипертензия оказывается в итоге результатом извращением барорецепторных взаимоотношений между центрами головного мозга, симпатическими нервами, резистивными и емкостными сосудами и сердцем, активации ренин-ангиотензинового механизма, избыточной секреции альдостерона и, наконец, истощения депрессорных механизмов почек (простогландин Е2, калликриин, брадикинин), сосудов (простогландин I2 или простоциклин, калликриин-кининовая и допаминэргическая сосудистая системы, эндотелиальный релаксирующий фактор) и сердца (предсердный натрий-уретический фактор).

Важнейшими патогенетическими факторами артериальной гипертензии считаются: тканевая инсулинрезистентность (сопряжена с усилением реабсорбции Na, повышением активности симпатической нервной системы, экспрессией протоонкогенов и ослаблением вазодилататорных стимулов);повышение плотности рецепторов сосудистого русла и миокарда и их чувствительности к адренэргическим воздействиям под влиянием избыточной секреции кортизола и тиреоидных гормонов; изменением биологического ритма основных нейроэндокринных систем и, следовательно, ритмов регуляции сердечно-сосудистой системы.

Реконструкция сердца и сосудов, длительные периоды гипертензии определяют функционирование системы кровообращения в напряженных условиях, что приводит в итоге к нарушениям расслабления и сокращения миокарда, церебральной, коронарной и периферической гемодинамики с формированием осложнений (инсульт, инфаркт, сердечная и почечная недостаточность).

**Дифференциальный диагноз.**

При постановке диагноза гипертоническая болезнь следует исключать вторичную (симптоматическую) гипертензию, т.к. хроническое повышение артериального давления может быть не только при гипертонической болезни, но и при заболеваниях органов, участвующих в регуляции артериального давления:

- заболевания почек (гломерулонефрит и пиелонефрит);

- сужение почечной артерии (вазоренальная гипертензия);

- эндокринные заболевания (болезнь Иценко-Кушинга, феохромацитома, тиреотоксикоз);

- патология сердца и магистральных сосудов (недостаточность аортального клапана, атеросклероз, коарктация аорты).

Для *гломерулонефрита и пиелонефрита* характерно:

- - боли и неприятные ощущения в поясничной области;

- отеки под глазами;

- дизурии;

- мочевой синдром. При гломерулонефрите он проявляется протеинурией, гематоурией, цилиндрурией. При пиелонефрите, – прежде всего лейкоцитурией, незначительной протеинурией и гематоурией, а также наличием гипостенурии и бактериурии;

- болезненность при пальпации почек, положительный симптом Пастернацкого;

- изменение структуры почек при их ультразвуковом исследовании;

Ни один из выше перечисленных признаков у больной не определяется.

Для *эндокринной патологии* особое значение имеет характерная клиническая картина

Для *болезни Иценко-Кушинга* характерно прогрессирующее центропетальное ожирение, герсутизм, багрово-синюшные полосы растяжения (стрии) на коже бедер и живота, остеопороз со спонтанным переломом костей. При лабораторных исследованиях выявляются гипергликемия и гиперпродукция глюкокортикоидов.

Для *феохромацитомы* характерно повышение катехоламинов в крови.

Для *тиреотоксикоза* характерно повышение функции щитовидной железы, повышенная влажность кожи, потливость, субфебрильная температура, экзофтальм, положительные глазные симптомы, повышение содержания Т3, Т4 в крови, гиперхолестеринемия, гиперлипидемия.

У данной больной признаков эндокринной патологии нет.

*Коарктацию аорты* следует исключить, т.к. давление на нижних конечностях превышает давление на верхних на 30 мм рт. ст.

*Недостаточность аортального клапана* можно исключить в виду отсутствия признаков данного синдрома, для которого характерно:

- боли в сердце, ощущение усиленной пульсации сонных артерий;

- бледность кожных покровов, »пляска каротид», синхронное с пульсом на сонных артериях покачивание головы (симптом Мюссе), синхронное с пульсом изменение интенсивности окраски ногтевого ложа (симптом Квинке);

- скорый и высокий, учащенный пульс, смещение и усиление верхушечного толчка;

- смещение левой границы сердечной тупости кнаружи, смещение кнаружи границ сосудистого пучка;

- ослабление II тона на аорте, диастолический шум на аорте и в точке Боткина-Эрба.

При *сужении почечной артерии* выслушивается высокочастотный систолический шум выше пупка, проводящийся в один из боковых отделов живота и кзади к реберно-позвоночному углу, что не характерно для данного заболевания.

В результате проведенной дифференциальной диагностики можно определить данную гипертензию как первично-возникшую стойкую, длительную систолодиастолическую, а также можно сказать о атеросклеротической природе артериальной гипертензии Таким образом, можно сказать, что у больной гипертоническая болезнь.

**Окончательный диагноз.**

**ИБС. Гипертоническая болезнь II ст., с кризовым течением. Атеросклероз аорты, атеросклеротический кардиосклероз. Н-IIА.**

**Ожирение II ст., алиментарно-конституционального генеза, стабильная стадия.**

**Атерома левого предплечья.**

**Обоснование окончательного диагноза.**

О наличии у пациентки *гипертонической болезни II ст.* свидетельствуют:

- головные боли в височных и лобной областях, боли в глазах при их движениях, связанные с повышением давления, что может говорить о динамическом нарушение мозгового кровообращения;

- стойкое повышение артериального давления (рабочее давление 150/90 мм рт. ст.) в течение 8 лет, корректируемое приемом гипотензивных средств, но не достигающее нормальных значений;

- гипертрофия миокарда левого желудочка от 26.12.99 г., а также подтверждается по данным УЗИ от 29.03.02;

- ангиопатия сосудов сетчатки от 14.12.99 г.

- уплотнение стенки аорты (по данным анамнеза заболевания и ультразвукового исследования от 29.03.02 г).

О *кризовом течении* говорят:

- гипертонические кризы от 14.05.99 г., 14.12.99 г., 20.03.02 г.

Об *атеросклерозе аорты* говорит наличие данных об уплотнении аорты при ультразвуковом исследовании от 29.03.02г. и рентгенографии органов грудной клетки от 27.03.02г.

Для *атеросклеротического* *кардиосклероза* характерно:

- наличие признаков сердечной недостаточности (см. ниже).

- тоны сердца приглушены;

Признаками *хронической сердечной недостаточности* *IIA ст.* являются:

- одышка, тахикардия, утомляемость отсутствующие в покое и наблюдающиеся при физических нагрузках;

- периферические отеки на ногах, усиливающиеся к вечеру.

Об *ожирении II ст.* говорит:

- повышенное питание: ИМТ=36,8 кг/м2, толщина кожной складки под лопаткой 2,5 см.;

- масса тела превышает идеальную на 34 %;

О *алиментарно-конституциональной форме* свидетельствует наличие следующих признаков:

- беспокоит общее недомогание, головные боли, одышка при физической нагрузке, повышенная утомляемость;

- по данным анамнеза удается установить систематическое переедание, а также наследственную предрасположенность к тучности;

- равномерное распределение подкожно-жирового слоя на туловище, лице и конечностях;

- при пальпации верхушечный толчок не определяется, а также при аускультации равномерное ослабление тонов сердца, что обусловлено утолщением стенок грудной клетки;

- нарушение толерантности к глюкозе, что связано с уменьшением чувствительности тканей к эндогенному инсулину.

О *стабильной стадии* говорит постепенное увеличение в течение нескольких лет и не изменяющаяся в течение последнего года масса тела.

**Принципы лечения гипертонической болезни.**

1. Режим – III

2. Диета, состоящая из легко усваиваемых продуктов, с ограничением жидкости и поваренной соли (№10 по Певзнеру).

3. Медикаментозная терапия.

Патогенетическая терапия (антигипертензивные препараты):

А) средства снижающие тонус симпатической иннервации на различных уровнях: - влияющие на сосудодвигательный центр (клофелин, моксонидин);

- средства влияющие на адренорецепторы (аминазин, празозин, анаприлин, атенолол, лабеталол);

- симпатолитики (резерпин, октадин).

Б) миотропные средства (дибазол, папаверин);

В) блокаторы Са–каналов (верапамил, фенигидин, дилтиазем, нитрендипин);

Г) средства, влияющие на ренин-ангиотензиновую систему (аналоприл, капотен, вальсортан);

Д) диуретики (дихлотиазид, клопамид, фуросемид, триамтерен) ;

Е) магния сульфат;

Ж) комбинированные препараты ( трирезит К, адельфан).

4.Физиотерапия.

5.Диспансерное динамическое наблюдение в поликлинике.

6.Санаторно-курортное лечение.

**Больной назначено следующее лечение:**

1. Режим – III.
2. Диета № 10 по Певзнеру.
3. Эналаптил 10мг. – 1 таб. 2раза в день;
4. Пирацетам - 1 капс. 3 раза в день;
5. Фуросемид 0,04 – 1 таб. 1 раз утром;
6. Тенормин 100 мг. – \_\_\_\_\_"\_\_\_\_ёC\_чПb\_\_\_\_\_ьЛомир 2,5 – 1 таб. 2 раза в день.
7. Физиотерапия: дарсонвализация волосистой части головы, гальванический воротник по Щербаку

**Дневник.**

29.03.02.

Состояние удовлетворительное. Гиперемия лица. Отеки на ногах. АД 160/110 мм рт. ст., PS 62 уд/мин. Тоны сердца ясные, чистые. Хрипов легких нет. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Получены результаты биохимических исследований: кровь и моча – без патологических изменений. При УЗИ выявлена гипертрофия левого желудочка. Назначенную терапию переносит хорошо, головные боли менее интенсивные. Назначения прежние. Направить на консультацию физиотерапевта.

1.04.02.

Физиотерапевт.

Дарсонвализация волосистой части головы – 10 мин.

#

гальванический воротник по Щербаку – 10 мин.

1.04.02.

Самочувствие лучше: головные боли исчезли, отеки уменьшились. Состояние удовлетворительное. АД 180/110 мм рт.ст. PS 80 уд/мин. Тоны сердца равномерно приглушены. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Органы брюшной полости не изменены. Проба с глюкозой положительна. Назначения прежние.

3.04.02

Жалоб нет. Подъем по лестнице переносится легче, головных болей нет. Состояние удовлетворительное. Отмечается гиперемия лица. Тоны сердца равномерно приглушены. АД вечером 2.04. 150/90мм рт. ст. при осмотре -170/90 мм рт. ст., PS 56 уд/мин. Направить на консультацию эндокринолога (нарушение толерантности к глюкозе).

4.04.02.

Консультация эндокринолога. (ТУВ, Петров М.А.):

Состояние удовлетворительное. Язык с отпечатками зубов. Питание избыточно. Кожные покровы суховаты. Щитовидная железа не увеличена, мелкозернистая.

Диагноз: ожирение 2 ст., алиментарно-конституциональная форма, стабильная стадия.

Рекомендовано:

- Анализ мочи по Нечипоренко;

- Анализ крови на Т3, Т4, ТТГ;

- 17 – ОКС суточной мочи;

- Катехоламины в суточной моче;

- Контроль [K] и [Na] в крови и суточной моче.

9.04.02.

Состояние удовлетворительное. Тоны сердца звучные. АД 180/100 мм рт. ст., PS 69 уд/мин. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Получены результаты исследований мочи на 17 ОКС (сделанные 4. 04.) – в норме. Анализ крови на Т3, Т4, ТТГ в настоящее время не проводится (нет реактивов). Отмечает эффект от проводимой терапии. Увеличить дозу фуросемида. Направить на консультацию хирурга.

12.04.02

Хирург:

Диагноз: фиброма левого предплечья.

Нуждается в оперативном лечении на II хирургическом отделении клиники ССХ на 13.04.02.

13.04.02.

Хирург:

Операция №716 .

Под инфильтрационной анестезии Sol. Novocaini 1%-5,0. Разрез кожи внутренней поверхности левого предплечья в нижней трети. Гемостаз. Швы на кожу. Асептическая повязка.

Диагноз: Атерома левого предплечья.

Рекомендовано: - анальгин по 0,5 при боли;

- перевязка на 14.04.02. в 845 в клинике ССХ;

- снятие швов 28.04.02.

16.04.02.

Отмечает эффект от проводимой терапии. Самочувствие хорошее. Жалоб нет. Тоны сердца равномерно приглушены. АД 130/90 мм рт. ст., PS 60 уд/мин. В легких везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Собирает анализ мочи на катехоламины. Назначенную терапию переносит хорошо. Назначения прежние. Готовить к выписке на 18.04.02.

**Выписной эпикриз:**

X, 44 года, находилась в клинике ОТ №1 с 26.03.02 по 18.04.02 с диагнозом: ИБС. Гипертоническая болезнь II ст., с кризовым течением, атеросклероз аорты, атеросклеротический кардиосклероз, Н-IIА ст. Ожирение II ст., алиментарно-конституциональная форма, стабильная стадия. Атерома левого предплечья. Оперативное лечение 13.04.02 г.

Поступила в клинику для коррекции АД и подбора терапии с жалобами на повышенное АД в течение ряда лет, сильные головные боли, боли в глазах, шум в ушах, одышку при незначительной физической нагрузке, отеки на ногах, повышенную массу тела. В анамнезе – стойкое повышение артериального давления (рабочее давление 150/90 мм рт. ст.) корректируемое приемом гипотензивных средств; гипертрофия миокарда левого желудочка от 26.12.99 г.; ангиопатия сосудов сетчатки от 14.12.99 г.; гипертонические кризы от 14.05.99 г., 14.12.99 г., 20.03.02 г. В ходе обследования получены данные говорящие о атеросклеротической гипертензии. Других данных, говорящих за симптоматическую артериальную гипертензию не получено. Проводили исследования на катехоламины, 17-ОКС. Анализ крови на Т3, Т4, ТТГ не проводился в виду отсутствия реактивов. При ультразвуковом исследовании – гипертрофия левого желудочка, уплотнение стенки аорты. При рентгенографии органов грудной клетки – увеличение сердца за счет левого желудочка, аорта уплотнена.

В результате проведенного лечения: режим-III, диета №10 (по Певзнеру), эналаптил, пирацетам, фуросемид, тенормин, ломир, физиотерапия (дарсонвализация волосистой части головы, гальванический воротник по Щербаку). Самочувствие больной улучшилось, исчезли боли, отеки на ногах, давление уменьшено до 150/90 мм рт. ст. Больная выписана в удовлетворительном состоянии.

Рекомендовано наблюдение врача части и продолжение приема препаратов: