Возраст: 63 года
День/Месяц/Год рождения: 1940 года
Пол: женский
Национальность:русская

Профессия: Пенсионер,инвалид 2 группы.
Место работы:Пенсионер,инвалид 2 группы.
Семейное положение:.
Домашний адрес:
Время поступления в больницу: 2003 г.
Направлена врачом поликлиники по месту жительства.Пришла на госпитализацию самостоятельно.
 Клинический диагноз:
**Основное заболевание:** симптоматическая артериальная гипертензия 3 степени сложного генеза (атеросклероз аорты,диабетическая нефропатия стадия 3 ХПН 2 а, гиперплазия коры надпочечников),риск 4 (гиперхолестеринэмия, гипертрофия левого желудочка;ассоциированные заболевания:сахарный диабет 2 типа,3 стадия (инсулинозависимость) фаза субкомпенсации, осложненный препролиферативной диабетической ретинопатией, энцефалопатией,нефропатией,полинейропатией;ишемическая болезнь сердца-стабильная стенокардия 4 функциональный класс,атеросклеротический кардиосклероз,предсердная экстрасистолия, недостаточность кровообращения I I б степени).

**Сопутствующие заболевания:**хронический аутоиммунный тиреоидит фиброзная форма,эутиреоз.Киста левой почки.Врожденное удвоение правой почки, пиелонефрит латентное течение фаза ремиссии

**Осложнения:**Застойная левосторонняя нижнедолевая пневмония.

# Предьявленные жалобы

Постоянная,интенсивная головная боль ,связанная с повышением артериального давления, преймущественно в височных областях,не иррадирующая,интенсивная, ноющего характера,уменьшающаяся при понижении артериального давления антигипертензивными средствами .

Отеки нижних конечностей до колен,появляющиеся в любое время суток в покое, не снимающиеся полностью при применении мочегонных,с остающейся пастозностью ног.

**Выявленные жалобы**

**Органы дыхания**

## Одышка при минимальной физической нагрузке(подьем на 4 ступеньки), исчезающая после минутного отдыха смешанного характера.Не зависящая от температуры окружающего воздуха. Иногда приступы удушья часто возникающие по ночам,до несколько раз за месяц, уменьшающиеся при положении больной с приподнятым головным концом кровати или сидя.

Периодический кашель,не зависящий от времени суток,не громкий,с иногда выделяющимся небольшим количеством светлой,прозрачной,водянистой мокроты без запаха и крови.

**Органы кровообращения**

Жгучие боли за грудиной,интенсивные,продолжительностью до 2-х часов, возникающие в покое,не иррадиирующие,купируемые нитроглицерином полностью через 15 минут.

Постоянная,интенсивная головная боль ,связанная с повышением артериального давления, преймущественно в височных областях,не иррадирующая,интенсивная, ноющего характера,уменьшающаяся при понижении артериального давления антигипертензивными средствами .

Периодически возникающие ощущения нарушения ритма сердца(учащение сердцебиения,”замирания” сердца с чувством “провала” в грудной клетке.

Отеки нижних конечностей до колен,появляющиеся в любое время суток в покое, не снимающиеся полностью при применении мочегонных,с остающейся пастозностью ног.

Чувство потемнения в глазах,головокружения при резком подьеме.

Ощущение тяжести в эпигастральной области

**Органы пищеварения**

## Следует специальной диабетической диете,изредко допуская погрешности в ней.

Питается по 5 раз за сутки больше всего в обед.Переедания,недоедания , пристрастия к острой, горячей или жирной пище,по словам больной не наблюдается.Питание полноценное.Аппетит удовлетворительный,значительно уменьшающийся во время повышения артериального давления,и значительно увеличивающийся при повышении количества принимаемого инсулина.Прием жидкости за сутки по рекомендации врачей составляет 1200 мл.

Периодически возникает изжога при употреблении в пищу куриных яиц.

Тошнота,связанная с повышением артериального давления,иногда переходящая в самопроизвольную рвоту,съеденной пищей,без примесей,не приносящая облегчения.

Иногда задержка стула на 2-3 дня,исчезающая без приема слабительных.

# Мочевыделительные и половые органы

Частота мочеиспусканий различна.Иногда увеличена в связи с применением диуретиков,моча прозрачная желтого цвета.

Часто возникающие отеки на лице в любое время суток,чаще утром.

# Опорно-двигательная система

Жалобы со стороны опорно-двигательного аппарата не выявлены.

# Нервная система

## Характер уравновешенный.

## По словам больной в последние годы происходит неуклонное снижение памяти и интеллектуальной работоспособности.

## Частая бессоница,до половины всех ночей месяца,связанная с приступами удушья,головными и загрудинными болями,кроме лекарств,для лечения этих симптомов больная принимала сибазон и сон восстанавливался.

Чувство потемнения в глазах,головокружения при резком подьеме.Ощущение ватности подошв при ходьбе,значительное снижение чувствительности ног ниже колен.

**Анамнез настоящего заболевания**

Считает себя больной с марта 2002 года когда после нервного стресcа впервые почувствовала увеличение давления,проявившееся сильными головными болями,тошнотой.При измерении тонометром систолическое давление достигало 170 мм рт ст,тогда больная не в какие лечебные учреждения не обращалась, больная принимала некоторые препараты название которых вспомнить затруднилась.Среднее систолическое давление в это время было 150 мм рт ст.

Постепенно к гипертензии добавились жгучие,интенсивные,возникающие при средней нагрузке загрудинные боли,смешанная одышка при неинтенсивных нагрузках,а позже отеки нижних конечностей.С течением времени проявления этих симптомов нарастали.

В октябре 2002 года больная с гипертоническим кризом (САД 200 мм рт ст),выраженными отеками нижних конечностей,появившимся приступом удушья была доставлена каретой скорой помощи в 3-ю городскую больницу.Там ей поставили диагноз гипертоническая болезнь,кроме того застойную левостороннюю пневмонию,хотя по словам больной ни каких переохлаждений у нее не было. Проводилось лечение;атенололом; капотеном;препаратами инсулина. Нитросорбидом,антибиотиками в\в и в\м,какими больная в связи с их частой сменой вспомнить затруднилась.Лечение проходило около месяца,в ходе него было уменьшено явление гипертензии,сняты отеки,уменьшена частота появления стенокардитических болей,уменьшена одышка.С некоторым улучшением состояния больная была выписана с рекомендацией приема атенолола, нитросорбида и капотена в домашних условиях.Через неделю с повторным гипертоническим кризом больная по скорой поступила в эндокринологическое отделение клиник СГМУ,где производилось по словам пациентки тоже лечение,что и в предыдущем стационаре кроме того был назначен берлитиол.Снова с некоторым улучшением состояния через месяц больная была выписана.В домашних условиях она принимала теже препараты.В дальнейшем пациентка практически ежемесячно с небольшими временными интервалами экстренно госпитализировалась в ЛПУ (преймущественно в 3-ю городскую больницу),где ей проводилась таже терапия,состояние больной улучшалось и она выписывалась.

С течением времени явления гипертензии,отеков,стенокардии,одышки нарастали, кроме того приступы удушья возникали без значительной физической нагрузки.среднее систолическое давление составляло 160 мм рт ст.В 2003 года пациентка в тяжелом состоянии была госпитализирована в факультетские клиники СГМУ в отделение терапии,там были выявлены отеки по всему телу,жидкость в брюшной полости,отек легких,и кроме того повышенное артериальное давление(САД ) 230 мм рт ст,двигательная активность была значительно ограничена.В течение месяца проводилось лечение препаратами:герон, диротон,кардипин,антибиотики и другие препараты название которых больная вспомнить затруднилась.В ходе месячного лечения были значительно уменьшены отеки и артериальное давление,больная выписана.После этого пациентка дважды лежала в стационарах,где ей проводилась таже терапия.За лето и сентябрь явления гипертензии,отеков,стенокардии,одышки нарастали,состояние ухудшалось,не смотря на прием в домашних условиях кардипина,диротона,эгилока,энапа.После госпитализаций состояние несколько улучшалось но после выписки симптомы вновь нарастали.

Последняя госпитализация была экстренной в эндокринологическое отделение ОКБ с гипертоническим кризом(230 мм рт ст) и генерализованными отеками.

Была пролечена эгилоком,эстуликом,кардипином,диротоном.В ходе 3-х недельного лечения были ликвидированы отеки,артериальное давление уменьшено лишь до195 мм рт ст.

В октябре доставлена сыном на автомобиле в поликлинику с гипертоническим кризом (АД 240 мм рт ст)и была направлена на очередную госпитализацию,а 6 октября поступила в факультетские клиники СГМУ в терапевтическое отделение.

**Анамнез равития ассоциированного заболевания.**

## Впервые в 40 лет(1980г) на профосмотре выявлен сахарный диабет второго типа,с тех пор больная ежемесячно наблюдалась у эндокринолога.На протяжении 17 лет больная лишь однажды госпитализировалась в эндокринологический стационар,строго соблюдала диету и принимала сахаропонижающие препараты (манинил).Около 10 лет назад начало ухудшаться зрение,так же резко уменьшилась чувствительность больших пальцев ног.

## 6 лет назад уровень сахара стал значительно высоким 13 ммоль\л и не снижался при применении обычных средств(манинил),больная начала прием инсулина короткого действия. Инсулин хорошо снижал уровень сахара.В последние 6 лет ежегодно госпитализировалось. Около 4-х лет назад появилось ощущение ватности ступней. В 2001 был поставлен синдром- диабетическая стопа,осложнившийся гангреной,была успешно пролечена (лечение больная вспомнить затруднилась).Также в 2001г была поставлена диабетическая ретинопатия.Зрение продолжало неуклонно ухудшаться.В этом году диагностированы пиелонефрит и нефропатия,ХПН.В настоящее время уровень сахара в течение суток колеблется от 7 ммоль\л до 10 ммоль\л (чаще в утренние часы).Уровень сахара 6 ммоль/л больная считает для себя низким и принем резко выражено чувство голода.

**Общая симптоматология заболевания**

Исхудания не наблюдается,работоспособность снижена.Самочувствие оценивается больной как удовлетворительное.Температура нормальная.Имела место частая бессоница,до половины всех ночей месяца,связанная с приступами удушья, головными и загрудинными болями,кроме лекарств,для лечения этих симптомов больная принимала сибазон и сон восстанавливался.Аппетит удовлетворительный, значительно уменьшающийся во время повышения артериального давления,и значительно увеличивающийся при повышении количества принимаемого инсулина. Иногда задержка стула на 2-3 дня,исчезающая без приема слабительных.

Изредка понос,связанный с погрешностями в диете. Постоянная,интенсивная головная боль ,связанная с повышением артериального давления, преймущественно в височных областях,не иррадирующая,интенсивная, ноющего характера,уменьшающаяся при понижении артериального давления антигипертензивными средствами . Чувство потемнения в глазах,головокружения при резком подьеме.Иногда возникали ознобы с обильным холодным потом,по ночам

# Анамнез жизни

## Родилась в 1940. Возраст родителей больного при его рождении: матери - 26 лет, отцу - 28. Родилась доношенной.Кормление грудью, матерью. Была первым ребенком в семье.Ходить и говорить начала вовремя. Рахитом не болела.Перенесла корь,ветрянку.В 1 год менингит.В 12 лет полимиелит Семья жила в частном , деревенском доме. В умственном, физическом и половом развитии от сверстников не отставала. Простудными заболеваниями и ангинами в детстве болела редко. Месячные начались в 14 лет закончились в 50 лет. Было 4 беременности:1- аборт,2-нормальные роды без осложнений,ребенок(мальчик) без патологий, 3-выкидыш,4- нормальные роды без осложнений,ребенок(девочка) без патологий В 12 лет на медосмотре было обнаружено увеличение щитовидной железы,поставлен диагноз диффузный зоб и назначено физиолечение и лечение йодистыми препаратами,больная соблюдало его до 20 лет,после чего прекратила и далее жалоб на щитовидную железу не имела.В 42 года на коже появилась эритема,пролеченная глюкокортикойдами,после проведенного лечения щитовидная железа начала резко увеличиваться в размерах.Спустя некоторое время был диагностирован диффузный эндемический зоб 4 степени(деформирующий контуры шеи) с нормальным уровнем Т3 и Т4 и повышенным ТТГ,проведена субтотальная резекция щитовидной железы,оставлен верхний полюс правой доли, осложнившаяся парезом голосовых связок,продолжавшимся месяц.В дальнейшем была показана заместительная терапия левотироксином,которую больная вновь проигнорировала.Около двух лет назад больной был поставлен диагноз-хронический аутоимммунный тиреоидит фиброзный вариант. В 2001 перенесла перелом правой ноги на уровне шейки бедра. Перенесла операции:пупочной герниотомии, аппендэктомии.

Материально-бытовые условия.
 Проживает одна в отдельной 1-комнатной полублагоустроеной квартире. Санитарное состояние квартиры удовлетворительное. Материально обеспечена удовлетворительно.Питание удоволетворительное

Профессиональный анамнез.

В 14 лет закончила школу и поступила в техникум.Работает с 18 лет.Работала в геофизических экспедициях.Работа была связана с большими пешими перемещениями. Работала на машиностроительном заводе мастером.Работа происходила преймущественно стоя и с значительными перемещениями в цехе. Иногда работа проходила ночью и сверхурочноУсловия работы удовлетворительные без непосредственного контакта с вредными веществами.Место жительства и работы находилось в зоне значительного техногенного загрязнения и в районе, прилегающем к полигону ядерных испытаний.В 1990 году пациентка оказалась в зоне выброса беррилия.Вышла на пенсию в 53 года.

Семейный анамнез:
Отец умер в 30 лет во время Великой Отечественной войны
Мать умерла в 70 лет – рак молочной железы.
 Вдова. Имеет дочь,сына и внуков.Члены семьи здоровы. Наличие туберкулеза, вирусного гепатита, венерических или психических заболеваний отрицает.
Аллергологический анамнез.
Аллергии на лекарственные и бытовые вещества нет.
Вредные привычки.
Не курит. Алкоголем не злоупотребляет. Употребление наркотиков и психотропных веществ отрицает.
**Объективное исследование больного.**
**Общий осмотр больного.**
Рост 154 см, вес 80.5 кг
Общее состояние больной средней тяжести.
Температура 36,7о С.
Сознание ясное.
Положение больной активное .
Деформаций и уродств туловища, конечностей и черепа нет.Развитие тела пропорциональное
Выражение лица осмысленное.Мимические мышцы без признаков болевого напряжения.
Форма головы правильная, непроизвольных движений головы нет.
Отек век выражен, косоглазия нет.
Окраска кожных покровов: розовая. Выраженного цианоза, иктеричности и участков патологической пигментации не наблюдается. Влажность кожных покровов снижена, тургор кожи и эластичность снижены. Сыпи, расчесов, видимых опухолей нет. Видимые слизистые бледно-розового цвета, чистые, желтушного прокрашивания уздечки языка и склер нет. Конъюнктива глаз бледная. Язык розового цвета,нормальной величины и формы не обложен,без изъязвлений. Ротовая полость санирована.Десны,небо,зев,миндалины без особенностей.
 Волосяной покров - развит соответственно полу,волосы несколько суховаты ломки,черного цвета с проседью. Оволосение по женскому типу. Грибкового поражения не отмечено Видимого расширения вен на поверхности тела не выявлено. Подкожно-жировой слой в области передней брюшной стенки развит больше физиологической нормы,на другой поверхности развит умеренно и распределен равномерно. Выявлены отеки нижних конечностей до колен с выраженной пастозностью. При наружном осмотре лимфатические узлы не визуализируются. При пальпации справа определяются два одиночных подчелюстных лимфатических узла овальной формы, размером с маленькую горошину. Они имеют мягко-эластическую консистенцию, подвижны, безболезненны, не спаяны друг с другом и с окружающими тканями. Кожные покровы и подкожная клетчатка над ними не изменены. Затылочные, околоушные, подбородочные, шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные лимфатические узлы не пальпируются. Видна увеличенная правая доля щитовидной железы.При пальпации она твердой консистенции,мелкобугристая,безболезненная трудно смещаемая.Перешеек и левая доля при пальпации не увеличены мягкоэластической консистенции. Деформаций и уродств туловища, конечностей и черепа нет.Развитие тела пропорциональное.Форма головы правильная, непроизвольных движений головы нет,положение головы правильное. Грудная клетка нормостеническая.Обе половины ее симметричны.Над и подключичные ямки выражены слабо.Межреберья средней величины. Эпигастральный угол около 90 градусов.Лопатки плотно прилегают к ребрам. Выражен кифоз грудного отдела позвоночника.Позвоночник безболезненный при покалачивании.Концевые фаланги пальцев без патологических изменений. Суставы безболезненны,ограничения подвижности не наблюдается,выпотов нет,узелки Шафара и Гебердена не выявлены.Ногти не прозрачны,ломкие,желтого цвета, слоятся.Часовых стеклышек не выявлено. Мускулатура развита нормально,тонус мышц несколько снижен.Атрофии мышц не выявлено. Конституциональный тип - нормостенический.
**Система органов дыхания.**
 Носовые пути проходимы,отделяемого нет.Гортань без особенностей.Тип дыхания -смешанный.Дыхание глубокое,ритмичное.Выдох несколько продолжительней вдоха. Частота дыханий 16 в минуту,.В акте дыхания принимают участие мышцы передней брюшной стенки.Втягиваний и западаний межреберий не выявлено. Грудная клетка нормостенической формы обе половины ее симметричны и одинаково учавствуют в акте дыхания.Движения грудной клетки при дыхании соответстветствуют вдоху и выдоху.При осмотре выявлена незначительная одышка смешанного характера,выдыхаемый воздух запаха не имеет. При пальпации грудной клетки над легкими болезненности не выявлено.Эластичность сохранена.Голосовое дрожание с левой стороны под лопаткой ослаблено.
При сравнительной перкуссии есть притупление звука под левой лопаткой в остальных точках перкуссии звук легочный одинаковый на симметричных участках тела.Гамма звучности сохранена.

Топографическая перкуссия легких.

Нижние границы легких:

линия справа слева

l.parasternalis 5 ребро -

l.medioclavicularis 6 ребро -

l.axillaris anterior 7 ребро 7 межреберье

l.axillaris media 7 межреберье 8 ребро

l.axillaris posterior 8 межреберьеи 8 межреберье

l. scapularis 9 межреберье 10 ребро

l.paravertebralis 10 межреберье 10 межреберье

Высота стояния верхушек легких:

 слева справа

спереди 4 см над ключицами 4 см над ключицами

сзади на 1 см ниже остистого на 1 см ниже остистого

 отростка 7 шейного позвонка отростка 7 шейного позвонка

Подвижность нижних краев легких:

Топографич. линия Подвижность нижнего края легкого (см)

среднеподмыш правого левого

вдох 2,5 2,5 выдох 2,5 2,5 экскурсия 5 5

Ширина полей Кренига 6 6
Аускультация легких.

Везикулярное дыхание ослаблено слева под лопаткой это более выражено в клиностатическом положении.

Вдох прослушивается полностью выдох на 2\5 своей продолжительности,выдох тише вдоха,ниже по тональности.Бронхиальное дыхание соответствует норме. Побочные дыхательные шумы не выслушиваются ни в ортостатическом,ни в клиностатическом положении.
**Сердечно-сосудистая система.**
 Видимые выпячивания и пульсация в области сердца не визуализируются. Деформаций грудной клетки в области сердца нет.Верхушечный толчок пальпируется по передней аксилярной линии,положительный,не усилен,не разлитой,диаметр 1,5 см,треугольной формы. Диастолическое, систолическое дрожание, симптом ,,кошачьего мурлыканья" не определяются. Эпигастральная пульсация определяется при спокойном дыхании.Выявляется положительный симптом Сиротинина-Куковерова(пульсация в яремной ямке).При пальпации области сердца болезненность по левому краю грудины..

Перкуссия сердца.
*Границы относительной тупости сердца.*
Правая - на 2 см кнаружи от правого края грудины в IV-ом межреберье;
Левая - в V-ом межреберье по среднеаксилярной линии;
Верхняя - на III ребре (по линии, проходящей на 1 см кнаружи от левого края грудины).
 *Границы абсолютной тупости сердца.*
Правая граница по левому краю грудины.
Левая граница на 1см кнаружи от среднеключичной линии в V межреберье.
Верхняя граница на 4 ребре.
Ширина сосудистого пучка 6.5 см.

Правый атриовазальный угол на уровне хряща 3 ребра справа. Конфигурация сердца-аортальная.

Поперечник 15 см (11.4). Длинник 17 см. (12.4)

Аускультация.
Тоны сердца громкие, ритмичны.

1 тон на верхушке звучный,громче 2-го тона. 1 тон в точке Боткина слабый,глухой,не продолжительный,громче 2-го тона.

2 тон на основании грудины ослаблен,не продолжительный.Акцент 2-го тона на аорте.Расщепление 1-го на верхушке и основании сердца и 2-го тона на основании сердца,щелчок открытия митрального клапана,ритм галопа не прослушивается .В точках аускультации прослушивается громкий,низкий систолический шум наиболее сильно выраженный над аортой,проводящийся на наружную сонную артерию,усиливающийся в клиностатическом положении и слышимый при задержке дыхания,пальпаторно не воспринимаемый. Патологической пульсации на теле не наблюдается.Шумов над сосудами при аускультации не обнаружено.При пальпации сонных,подключичных,бедренных, подколенных,большеберцовых,дорсальных артерий стопы пульсация удовлетворительная,стенка не пальпируется.Пульс на обеих руках симметричный ритмичный, удовлетворительного напряжения и наполнения. Форма пульсовой волны правильная. Частота 64 удара в минуту.Стенка артерии эластична. Дефицита пульса нет.Пульс на тыльной поверхности стопы и на бедренных артериях пальпируется он симметричный,ритмичный,форма пульсовой волны правильная. Бедренная артерия не выслушивается,на сонную артерию проводится глухой шум. Артериальное давление на плечевой артерии 160/80 мм Hg.Шейные вены не увеличены.Варикозного расширения вен нижних конечностей не обнаружено. Венный пульс отрицательный.

**Система органов желудочно-кишечного тракта.**
 Язык розового цвета, нормальной формы и величины, не обложен, сосочки хорошо выражены. Слизистая языка влажная, трещины, изъязвления,глоссит отсутствуют.. Десны розовые,безболезненные, кровотечений,гнойных выделений и дефектов нет. Зев не гиперемирован, миндалины неувеличены.
Ротовая полость санирована, Слюнные железы не увеличены, безболезненны.
Запаха изо рта не наблюдается.

Исследование живота:

*Осмотр*.
Живот нормальной формы, симметричен. Вздутие живота не наблюдается. Перистальтические движения не видны. Пупок втянутый. Расширение подкожных вен на передней поверхности живота и его боковых поверхностях не выявлено.Есть послеоперационные рубцы в правой подвздошной области,околопупочной области. Окружность живота 108см.Наличие свободной жидкости в брюшной полости не выявлено.

*Поверхностная ориентировочная пальпация.*
Живот не напряжен. Симптом Щёткина - Блюмберга отрицательный. Болезненности не отмечается. Расхождение мышц живота, грыж белой линии не выявлено.

*Глубокая методическая скользящая пальпация по Образцову - Стражеско.*
 Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области на границе средней и наружной третей линии, соединяющей пупок с передней верхней остью подвздошной кости толщиной 2 см, смещаемого в ту или другую сторону на 2 см,безболезнена,эластической консистенции,поверхность гладкая. Слепая кишка диаметром 2 см,в типичном месте. Подвижность в пределах двух - трех сантиметров, безболезненна,эластической консистенции,поверхность гладкая. Восходящая ободочная и нисходящая ободочная кишки в типичном месте, диаметром 3 см, безболезненны,эластической консистенции,поверхность их гладкая. Поперечная часть ободочной кишки умеренной плотности толщиной 2,5 см на один сантиметр выше пупка,мало подвижна, безболезненна, эластической консистенции,поверхность гладкая.Точки Боаса,Опенховского,Мак Берни при пальпации безболезнены. При перкуссии живота определяется кишечный тимпанит одинаковый при разных положениях тела.Флюктуация не выражена.
При аускультации живота определяется (на слух) активная перистальтика кишечника.При аускультации шума трения брюшины не отмечается.
При перкуссии живота определяется кишечный тимпанит одинаковый при разных положениях тела.
Поджелудочная железа не пальпируется. Болезненность при пальпации(зона Шафара-Губергрица)и напряжение мышц брюшного пресса в области проекции поджелудочной железы(симптом Керте)отсутствуют.Симптом Мейо-Робсона отрицательный
*Исследование желудка.*
При сравнительной перкуссии отмечается кишечный тимпанит разной степени выраженности. При перкуссии болезненности и свободной жидкости не обнаружено. Шум плеска отсутствует. Локальная перкуторная болезненность в эпигастрии не выявлена.Нижняя граница желудка пальпируется и определяется приаускультопальпации на 3 см выше пупка

Перкуторное определение границ печени Относительная тупость по срединоключичной линии справа-5 ребро.

Верхняя граница абсолютной тупости по СКЛ-6 ребро. Нижняя граница абсолютной тупости по СКЛ-край реберной дуги. По срединной линии тела-на 8 см ниже мечевидного отростка. Левая граница-на 1 см кнутри от левой парастернальной линии.

Перкуторное определение размеров печени по Курлову.

 По правой среднеключичной линии - 9 см;
По передней срединной линии - 8 см;
По краю реберной дуги - 7 см.
Пальпация нижнего края печени и желчного пузыря:пальпируется по краю реберной дуги,закруглен, эластической консистенции,безболезненный.При аускультации шум трения брюшины не выслушивается.

Желчный пузырь не пальпируется. Болезненность при пальпации в точке желчного пузыря отсутствует.Симптомы Мюсси,Кера,Мерфи,Ортнера,френикус отрицательные.

Исследование селезенки
верхняя граница - на уровне ІX ребра,
нижняя граница - на уровне XІ ребра.
Передний полюс кнаружи от края левой реберной дуги. Задний полюс кнаружи от левой лопаточной линии.

Размеры селезеночной тупости:
поперечник - 6 см,
длинник - 7 см.
Селезенка не пальпируется.
 **Система органов мочевыделения.**

 Почки не пальпируются, болезненности при пальпации нет.Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочевой пузырь визуально не определяется,не пальпируется.Перкуторное притупление на уровне лобковой кости.
 **Эндокринная система.**

Мелкий тремор пальцев вытянутых рук и экзофтальм отсутствуют. Повышенного блеска глазных яблок не наблюдается,есть незначительное помутнение.Симптомы Штельвага,Мари,Грефе отрицательныеВидна увеличенная правая доля щитовидной железы.При пальпации она твердой консистенции,мелкобугристая,безболезненная трудно смещаемая.Перешеек и левая доля при пальпации не увеличены мягкоэластической консистенции.Контуры шеи не деформированы.

**Нервная система и органы чувств.**

Лицо симметрично,носогубная складка выражена,язык не отклонен.Обоняние и вкус не изменены. Реакция зрачков на свет и аккомодация обычные, конвергенция нарушена.Зрачки симметричны.Функция слухового аппарата не нарушена. Расстройств речи нет. Вестибулярный аппарат без отклонений.
Движения мимической мускулатуры свободные. Тремор не наблюдается.
При пальпации по ходу нервных стволов болезненности нет.
Умственное развитие соответствует возрасту. Сухожильные рефлексы сохранены,координация движений нормальная. Наблюдается значительное снижение чувствительности ног ниже колен.

Незначительный крупный тремор вытянутых рук.

**Параклинические исследования.**

Общий анализ крови 07.10.2003:
эритроциты - 3,76\*1012 /л
Hb - 106 г/л
Цветной показатель - 0,9
лейкоциты- 5,2\*109 /л
СОЭ - 42 мм/ч
Палочкоядерные нейтрофилы - 0%
сегментоядерные - 81%
эозинофилы - 0%
лимфоциты - 13%
моноциты - 6%
Общий анализ крови 15.10.2003:
эритроциты - 3,88\*1012 /л
Hb - 109 г/л
Цветной показатель - 0,8
лейкоциты- 4,8\*109 /л
СОЭ - 43 мм/ч
Палочкоядерные нейтрофилы - 4%
сегментоядерные - 72%
эозинофилы - 3%
лимфоциты - 14%
моноциты - 7%
Заключение:анизоцитоз-микроанизохромия
Реакция Вассермана (7.10.03)

## Отрицательная

Анализ свертывающей системы(7.10.2003) Протромбиновый показатель 92.8% (80-105%) АЧТВ 26 (25-35). Фибриноген общий 5.0 (2.5-3.5) Фибриноген В + (----)

Заключение-повышение содеоржания фибриногена

Биохимический анализ от 7.10.2003: Билирубин 10.3 мкмоль\л Общий белок 65.3 г\л Глюкоза 7.4 мкмоль\л Асат 0.22 мкат\литр Алат 0.4 мкат\литр Мочевина 11.7 мкмоль\л Креатинин 0.22 мкмоль\л Na 147ммоль\л К 5.2 ммоль\л

Серомукойды 0.154 ммоль\л СРБ ----

Биохимический анализ от 15.10.2003:

Мочевина 15.0 мкмоль\л Креатинин 0.24 мкмоль\л Na 147ммоль\л К 5.4 ммоль\л Холестерин 8.0 ммоль\л Заключение-гиперхолестеринэмия,гиперазотэмия

Проба Реберга: фильтрация 62.4 мл\мин реабсорбция 97.1 мл\мин Заключение-снижение фильтрации почек

Гликемический статус (12.10.2003): 8:00-9.0ммоль\л;13:00-9.0;18:00-8.8; 22:00-7.6; 6:00-10.5.

Гликемический статус (15.10.2003): 8:00-10.0ммоль\л;13:00-6.6;18:00-10.7;22:00-7.7; 6:00-8.4. Заключение-гипергликэмия,феномен “феномен утренней зари”

Исследование катехоламинов крови:

Адреналин 648,38 (22-98) Норадреналин 509,72 (136-200) Заключение-гиперкатехоламинэмия

Анализ мочи:(7.10.2003) цвет соломено-желтый Прозрачная Удельный вес 1.010
 белок 1.65
лейкоциты 5-8 в поле зрения
слизь +
Анализ мочи:(13.10.2003) цвет соломено-желтый Прозрачная Удельный вес 1.011
 белок 2.64
лейкоциты 5-8 в поле зрения
слизь +
Анализ мочи:(16.10.2003) цвет соломено-желтый Прозрачная Удельный вес 1.010
 белок 1.65
лейкоциты 12-15 в поле зрения
эритроциты 8-10 цилиндры гиалиновые 1-2 эпителий плоский 1 Заключение-протеинурия,цилиндрурия,лейкоцитурия

Проба Ничепоренко (8.10.03)

## Лейкоциты 1000,эритроциты 750,потеря белка за сутки 2.4 г Заключение -протеинурия

### Глюкозурический профиль

Время Количество Удельный вес 8-13 часов 450 1010 13-18 600 1010 18-22 100 1010 22-2 150 1010 2-8 440 1010 Заключение -изостенурия

Электрофорез белков (7.10.03) Альбумины 57.5 a1-глобулины 3.0 а2-глобулины 10.2 В-глобулины 12.8 Y-глобулины 16.5 белковый коэффициент 1.35 Заключение-б\о

Анализ кала на скрытую кровь (16.10.03)

Положительный

Копрограмма (16.10.03)

Форма оформлен Консистенция плотная Цвет светло-коричневый Мышечные волокна 1-3 Жирные кислоты +++ Мыла + Перевариваемая клетчатка - Крахмал – Йодофильная флора – Яйца гельминтов – Простейшие -

### Исследование мочи на микрофлору и чувствительность к антибиотикам

Общее микробное число 30000 Streptococcus в 1мл Карбенициллин чувс Цефуроксим резис Цефопиразол чувс Левомицетин резис Гентамицин резис Фурагин резис

### Электрокардиограмма 6.10.03

Заключение:Горизонтальное положение электрической оси сердца.Ритм синусовый 77 в минуту.Гипертрофия левого желудочка.

### Электрокардиограмма 6.10.03

Заключение:Появились частые предсердные экстрасистолы.

УЗИ щитовидной железы (09.10.03)

Щитовидная железа расположена низко контуры ровные четкие. Левая доля 24\*22\*39 9.9 Перешеек 9.4 Правая доля 26\*35\*57 27 Ткань сниженной эхогенности неоднородной структуры.В левой доле определяется гипоэхогенный неоднородный узел 29\*26 мм.Првая доля представлена множественными узлами от 9 до 25 мм. Регионарные лимфоузлы не изменены. Заключение:Рецидив диффузно-узлового зоба,нельзя иссключить рак.

УЗИ брюшной полости (09.10.03)

Печень не выступает из-за край реберной дуги.ткань неоднородная,обычной эхогенности. Желчные протоки,кровеносные сосуды не расширены. Желчный пузырь не увеличен,стенка тонкая,ровная,содержимое однородное. Поджелудочная железа в размерах не увеличена,ткань неоднородная,повышенной эхогенности. Почки размеры:левой 125\*66 мм,правой 121\*58 мм,паренхиматозный слой толщиной 18 мм,однороден по структуре,хорошо дифференцируется от почечного синуса.Полостные структуры не расширены,конкременты не определяются.Справа не исключено наличие 2-х комплексов чашечно-лоханочной системы.Слева в проекции нижней чашечки жидкостное включение неправильной формы 12мм. Свободной жидкости в плевральных полостях не видно. Заключение:киста левой почки,удвоение правой почки (?)

Эхокардиография (8.10.03)

Левое предсердие 4.4 см Левый желудочек 5.3см Правый желудочек 2.3 см Заключение:аорта кальцинирована не расширена.Аортальные,митральные створки кальцинированы без нарушения функции.Другие клапаны без особенностей. Гипертрофия левого желудочка без дилятации его полости.Атеросклеротический кардиосклероз.Правые отделы в пределах нормы.Общая систолическая функция левого желудочка сохранена,диастолическая нарушена. В перикарде жидкость до 100 мл.

Рентгенограмма грудной клетки

Определяется диффузный остеопороз грудного отдела позвоночника,углублен грудной кифоз.Повышена пневматизация передне-верхних отделов легких (больше справа).Легочной рисунок застойно усилен и перераспределен.Элементы его малостуктурны.Деформация легочного рисунка,преймущественно в средних и нижних долях за счет пневмофиброза.В проекции S7 слева определяется выраженное обогащение и неструтурность легочного рисунка за счет перибронхиальных изменений.Куполы диафрагмы расположены на уровне 5 ребра, четкие,синусы не углублены. Сердечно-сосудистая тень расширена в поперечнике в обе стороны за счет левых и правых отделов.Аорта удлинена склерозирована.Талия сердца сглажена.Воздушный столб трахеи смещен влево.На уровне С7,Th1,Th2-зоб (?). Корни легких неструктурны расширены,в их проекции определяется увеличенное количество сосудов. Заключение:Легочно-венозная гипертензия.При наличии клиники не исключается застойная пневмония в S8 слева. Зоб(узел) правой доли щитовидной железы.

Компьютерная томограмма (22.10.03)

Положение,форма надпочечников обычные.Увеличен поперечник левого до 1.2 см. Плотность паренхимы на этом участке несколько понижена,контуры ровные, четкие. Заключение:признаки узелковой гиперплазии левого надпочечника.

Биопсия щитовидной железы (24.10.03)

Найдены атипичные клетки,есть подозрение на малигнизацию

**Консультации узких специалистов.**

**Окулист (10.10.03)**

Глазное дно:бледноватое границы четкие монотонные.Сосуды из центра,соотношение калибра артерий-вен (1:3).Артериолы сужены,извиты .Вены значительно расширены,полнокровны. Solus 4.Мягкие перикапиллярные экссудаты. По ходу вен петехиальные геморрагии.В области желтого пятна рефлексы отсутствуют,пастозность. Заключение:подозрение на глаукому.Препролифератическая диабетическая ретинопатия.Гипертензивная ангиопатия сетчатки с явлениями артериолосклероза. Незрелая катаракта.

**Дневник течения заболевания.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Дата,t,пульс, АД,ЧД** |  **Течение заболевания** |  **Назначения** |
| **19.03.03****20.10.03 , t 36.6 пульс74, ЧД 16 АД 170\70** | **Знакомство с пациенткой****Состояние удовлетворительное. Жалобы на ночные судороги, постоянную головную боль средней интен-сивности,отеки ног до колен.Обьективные данные-осмотр:имеются отеки до колен,выраженная пастоз-ность;видная увеличенная пра-вая доля щито-видной железы, безболезненная,твердой консис-тенции мелкобугристая, трудно смещаемая,кифоз грудного от-дела позвоночника,ломкие сло-ящиеся ногти,желтого цвета. Дыхательная система выявлено притупление перкуторного зву-ка,ослабление голосового дрожания и везикулярного дыхания под левой лопаткой Сердечно-сосудистая система Верхушечный толчок по пере-днеаксилярной линии ,эпигас-тральная пульсация, положи-тельный симптом Сиротинина-Куковерова, болезненность по левому краю грудины,левая граница по переднеаксилярной линии,длинник 17см,попереч-ник 15 см сосудистый пучок 6.5 см,акцент второго тона на аор-те, систолические шумы на аор-те,проводящиеся на сонную ар-терию.Пищеварительная сис-тема-край печени закруглен Нервная система-парэстезия ног до колен,нарушение кон-вергенции зрачковДиурез 2100 мл** | **Режим палатный, стол 9 Rp:Tab.Enap 0.02 D.S:1 т\сут Rp:Tab.Hypothiazidi 0.025 D.S:4 т\сут Rp:Tab.Atenolol 0.02 D.S:2 т\сут Rp:Tab.Cordipini D.S:2 т\сут Rp:Tab.Diacarb 0.25 D.S:По 1 т утром и вечером Rp:Sol.Humulin P 8 ЕД D.S:Подкожно в 8 утра Rp:Sol.Humulin P 10 ЕД D.S:Подкожно в 13:00 Rp:Sol.Humulin P 10 ЕД D.S:Подкожно в 18:00 Rp:Sol.Humulin К 12 ЕД D.S:Подкожно в 8 утра Rp:Sol.Humulin К 10 ЕД D.S:Подкожно в 22:00** |
|  |
|  |
| **22.10.03 , t 36.5 пульс70, ЧД 14 АД 170\70** | **Состояние удовлетворительное. Жалобы на постоянную головную боль средней интен-сивности,отеки ног до колен, удушье после прохождения 50 м коридора.При осмотре выражена одышка,затруднены вдох и выдох,цианотичен носогубный треугольник. Впервые назначен аспаркам , уменьшивший судороги Проведена компьютерная том ография.** **Диурез 1900 мл** | **Режим палатный, стол 9 Rp:Tab.Enap 0.02 D.S:1 т\сут Rp:Tab.Furosemidi 0.04 D.S:3 т\сут Rp:Tab.Hypothiazidi 0.025 D.S:4 т\сут Rp:Tab.Atenolol 0.02 D.S:2 т\сут Rp:Tab.Cordipini D.S:2 т\сут Rp:Tab.Diacarb 0.25 D.S:По 1 т утром и вечером Rp:Tab.Asparcam 0.25 D.S:По 3т\сут Rp:Sol.Humulin P 8 ЕД D.S:Подкожно в 8 утра Rp:Sol.Humulin P 10 ЕД D.S:Подкожно в 13:00 Rp:Sol.Humulin P 10 ЕД D.S:Подкожно в 18:00 Rp:Sol.Humulin К 12 ЕД D.S:Подкожно в 8 утра Rp:Sol.Humulin К 10 ЕД D.S:Подкожно в 22:00**  |
| **24.10.03, t 36.5 пульс 84, ЧД 16 АД 140\60** | **Состояние удовлетворительное. Жалобы на постоянную голо-вную боль средней интенсивно-сти,удушье после прохождения 50 м коридора.Уменьшились отеки на ногах,после приема фуросемида.Пульс не ритмич-ный,учащен.Остальные обьективные данные без изменений.Проведена пункция щито-видной железы. Был подьем САД до 200 мм рт ст,принят клофелин,в резуль-тате АД значительно снизилось.**  | **Режим палатный, стол 9 Rp:Tab.Furosemidi 0.04 D.S:3 т\сут Rp:Tab.Hypothiazidi 0.025 D.S:4 т\сут Rp:Tab.Atenolol 0.02 D.S:2 т\сут Rp:Tab.Verapamil 0.08 D.S:4 т\сут Rp:Sol.Clophelini 1%-1 ml D.S:в\в однократно 1.5 мл Rp:Tab.Asparcam 0.25 D.S:По 3т\сут Rp:Sol.Humulin P 8 ЕД D.S:Подкожно в 8 утра Rp:Sol.Humulin P 10 ЕД D.S:Подкожно в 13:00 Rp:Sol.Humulin P 10 ЕД D.S:Подкожно в 18:00 Rp:Sol.Humulin К 12 ЕД D.S:Подкожно в 8 утра Rp:Sol.Humulin К 10 ЕД D.S:Подкожно в 22:00**  |
| **27.10.03 , t 36.5 пульс73, ЧД 17 АД 150\75** | **Состояние удовлетворительное. Жалобы на постоянную головную боль средней интен-сивности.Уменьшились отеки на ногах до середины голени. Выше голени незначительная пастозность.Перкуторный звук под левой лопаткой физиоло-гический, аускультативно уси-лилось везикулярное дыхание под левой лопаткой.Остальные обьективные данные без изменений.** **Диурез 1800 мл** | **Режим палатный,стол 9 Rp:Tab.Furosemidi 0.04 D.S:3 т\сут Rp:Tab.Hypothiazidi 0.025 D.S:4 т\сут Rp:Tab.Atenolol 0.02 D.S:2 т\сут Rp:Tab.Dirotoni D.S:по 1 т утром и вечером Rp:Tab.Verapamil 0.08 D.S:4 т\сут Rp:Tab.Estulic D.S:3 т\сут Rp:Tab.Asparcam 0.25 D.S:По 3т\сут Rp:Sol.Humulin P 8 ЕД D.S:Подкожно в 8 утра Rp:Sol.Humulin P 10 ЕД D.S:Подкожно в 13:00 Rp:Sol.Humulin P 10 ЕД D.S:Подкожно в 18:00 Rp:Sol.Humulin К 12 ЕД D.S:Подкожно в 8 утра Rp:Sol.Humulin К 10 ЕД D.S:Подкожно в 22:00**  |
| **28.10.03 , t 36.5 пульс71, ЧД 16 АД 160\70** | **Состояние удовлетворительное. Жалобы на постоянную головную боль средней интен-сивности,головокружение,боли в мышцах.Изменений обьекти-вных данных нет. Диурез 2000 мл** | **Режим палатный, стол 9 Rp:Tab.Furosemidi 0.04 D.S:3 т\сут Rp:Tab.Hypothiazidi 0.025 D.S:4 т\сут Rp:Tab.Atenolol 0.02 D.S:2 т\сут Rp:Tab.Dirotoni D.S:по 1 т утром и вечером Rp:Tab.Verapamil 0.08 D.S:4 т\сут Rp:Tab.Estulic D.S:3 т\сут Rp:Sol.Humulin P 8 ЕД D.S:Подкожно в 8 утра Rp:Sol.Humulin P 10 ЕД D.S:Подкожно в 13:00 Rp:Sol.Humulin P 10 ЕД D.S:Подкожно в 18:00 Rp:Sol.Humulin К 12 ЕД D.S:Подкожно в 8 утра Rp:Sol.Humulin К 10 ЕД D.S:Подкожно в 22:00**  |
| **29.10.03 , t 36.5 пульс82, ЧД 17 АД 160\80** | **Состояние удовлетворительное. Жалобы на постоянную головную боль средней интен-сивности,головокружение.Осталась незначительная пастозно-сть голеней.** | **Режим палатный, cтол 9 Rp:Tab.Furosemidi 0.04 D.S:3 т\сут Rp:Tab.Hypothiazidi 0.025 D.S:4 т\сут Rp:Tab.Atenolol 0.02 D.S:2 т\сут Rp:Tab.Dirotoni D.S:по 1 т утром и вечером Rp:Tab.Verapamil 0.04 D.S:3 т\сут Rp:Tab.Estulic D.S:3 т\сут Rp:Sol.Humulin P 8 ЕД D.S:Подкожно в 8 утра Rp:Sol.Humulin P 10 ЕД D.S:Подкожно в 13:00 Rp:Sol.Humulin P 10 ЕД D.S:Подкожно в 18:00 Rp:Sol.Humulin К 12 ЕД D.S:Подкожно в 8 утра Rp:Sol.Humulin К 10 ЕД D.S:Подкожно в 22:00**  |

**Заключение по субъективным данным.**

Жалобы пациентки на постоянную головную боль,головокружение связаны с повышением АД.Наличие отеков,тяжести в эпигастрии,говорит о недостаточности кровообращения по большому кругу,а одышка при нагрузке,приступы удушья и кашель-по малому.Жгучие боли за грудиной говорят о ишемии миокарда, ощущение перебоев работы сердца о нарушении ритма.Отеки на лице,чаще по утрам-признак нарушения почечной фильтрации.Неуклонное снижение памяти,эмоциональная лабильность,бессоницы свидетельствуют о энцефалопатии,нарушение чувствительности ног до колен о полинейропатии,и то и другое возможно диабетического генеза.Известно,что полтора года назад в возрасте 61 года произошло внезапное кризовое начало гипертензии,затем присоединились признаки стенокардии (боли за грудиной),недостаточности кровообращения по обоим кругам (отеки ног,одышка, удушье,кашель).С течением времени проявления признаков нарастали.Внезапное кризовое начало и возраст больной позволяют говорить о вторичности гипертензии,а прогрессирование недостаточности кровообращения и стенокардии,по мере развития гипертензии о их причинно-следственной связи. Кроме того в анамнезе выявлены осложнения недостаточности кровообращения-застойная пневмония. В анамнезе жизни выявлен сахарный диабет второго типа.прогрессирующей тяжести и появляющимися осложнениями:нефропатией, ретинопатией, полинейропатией,энцефалопатией.Нефропатия и глюкозурия осложнилась пиелонефритом.Проявления осложнений постоянно нарастают.Есть отягощение онкологического и профессионального анамнеза.

**Заключение по обьективным данным.**

При осмотре виден грудной кифоз,который усугубляет одышку и удушье.При осмотре потверждается наличие отеков ног до колен с выраженной пастозностью, отеки век.Увеличенная правая доля щитовидной железы плотна,крупнобугриста и трудно смещаема,что говорит о нежелезистом узловом замещении ткани железы.Наличие ломких, желтых,слоящихся ногтей свидетельствует о диабетических метаболических нарушениях.Инструментально измерено повышение систолического артериального давления 160\80.При исследовании дыхательной системы выявлены признаки наличия уплотнения легочной ткани слева ориентировочно в 8 сегменте.что является признаком недолеченной рецидивирующей застойной пневмонии. Выявлены обьективные признаки гипертрофии левого желудочка-расширение левой границы относительной тупости,увеличение длинника и поперечника сердца, и косвенные признаки атеросклероза аорты-расширение сосудистого пучка, положительный симптом Сиротинина-Куковерова.Есть признаки недостаточности правых отделов сердца-эпигастрастральная пульсация.Прослушиваются функциональные систолические шумы над аортой,говорящие о завихрениях тока крови при выходе из аортального клапана,что также свидетельствует о наличии атеросклероза аорты.Есть признак гипертензии в большом круге-акцент 2-го тона над аортой.При исследовании пищеварительной системы пальпируется закругленный край печени,что по-видимому связано с застойными явлениями в ней.При исследовании нервной системы поттверждено наличие парестезий ног до колен.выявлено нарушение конвергенции зрачков-признак нейропатии глазодвигательных нервов наверное диабетического генеза.

**Заключение по параклиническим исследованиям**Общий анализ крови-выявлено снижение количества гемоглобина,повышение вязкости крови,анизоцитоз-микроанизохромия.Коагулограмма-увеличение свертывающих факторов (фибриноген,фибриноген В).Биохимия крови-гипергликэмия, гиперхолестеринэмия,также потверждает биохимическую основу наличия атеросклероза.Повышение в крови уровня мочевины и креатинина говорит о наличии ХПН,проба Реберга потверждает ее наличие (значительное снижение фильтрации и некоторое реабсорбции),проба Зимницкого (изостенурия)..Анализ мочи (протеинурия,цилиндрурия,наличие повышения плоского эпителия) так же свидетельствует о наличии почечной недостаточности,и о невыраженном воспалении мочевыводящих путей.Потверждает наличие микробного загрязнения мочи исследование на микрофлору.Положительный анализ кала на скрытую кровь связан по-видимому с высокой чувствительностью метода.Гликэмический профиль выявляет тенденцию увеличения уровня глюкозы к ночи и утру.ЭКГ потверждает наличие гипертрофии левого желудочка и выявляет наличие предсердной экстрасистолии.УЗИ щитовидной железы выявляет наличие увеличенной правой доли за счет наличия узлов разной величины,что не исключает наличие злокачественного новообразования,но еще не давшего метастазы в регионарные лимфоузлы (л\у б\о),возможность озлокачествления также потверждается наличием атипичных клеток при биопсии железы.УЗИ брюшной полости-повышение эхогенности поджелудочной железы говорит по-видимому о диабетических метаболических нарушениях.Выявлено наличие кисты в левой почке,а в правой почке наличие второй чашечно-лоханочной системы,что говорит о ее удвоении,что способствовало развитию пиелонефрита справа.При ЭхоКГ-выявлено наличие кальцинирования аорты,аортального и митрального клапана,что является признаком их атеросклеротического поражения.Потверждена гипертрофия левого желудочка,выявлен атеросклеротический кардиосклероз,наличие жидкости в перикарде говорит о застойных явлениях в большом круге кровообращения. Рентгенограмма-выявлен остеопороз,связанный по-видимому с вымыванием кальция из костей и потерей его с мочей.Потверждено наличие грудного кифоза.Обогащение легочного рисунка, расширение корней,говорящие о легочной венозной гипертензии.Потверждается наличие узлового зоба,и участка уплотнения легкого в S 8 слева.Компьютерная томография выявляет наличие гиперплазии коры надпочечников,по-видимому связанный с постоянным и интенсивным воздействием стрессорных факторов,а исследование катехоламинов крови потверждает значительное увеличение содержания адреналина и норадреналина.

**Обоснование диагноза.**

Клинический диагноз:
Основное заболевание:**симптоматическая артериальная гипертензия 3 степени сложного генеза (атеросклероз аорты,диабетическая нефропатия стадия 3 ХПН 2 а, гиперплазия коры надпочечников),риск 4 (гиперхолестеринэмия, гипертрофия левого желудочка;ассоциированные заболевания:сахарный диабет 2 типа,3 стадия (инсулинозависимость) фаза субкомпенсации, осложненный препролиферативной диабетической ретинопатией, энцефалопатией,нефропатией,полинейропатией;ишемическая болезнь сердца-стабильная стенокардия 4 функциональный класс,атеросклеротический кардиосклероз,предсердная экстрасистолия, недостаточность кровообращения I I б степени).**

Сопутствующие заболевания:**хронический аутоиммунный тиреоидит фиброзная форма,эутиреоз.Киста левой почки.Врожденное удвоение правой почки, пиелонефрит латентное течение фаза ремиссии**

Осложнения**:Застойная левосторонняя нижнедолевая пневмония.**

Основную тяжесть состояния пациентки в настоящее время обуславливает артериальная гипертензия и вызванные ею осложнения,поэтому основное заболевание-артериальная гипертензия,поставленная на основании жалоб на головную боль,головокружение,акцент 2-го тона над аортой,обьективно измеренного повышения давления,данных анамнеза.Так как САД достигало 200 мм рт ст,артериальная гипертензия-3 степени.

Внезапное кризовое начало,возраст пациентки,наличие сахарного диабета, нефропатии,атеросклероза говорят о вторичности гипертензии.

Основными патогенетическими факторами,вызвавшими артериальную гипертензию,и предшествовавшие ей являются:атеросклероз аорты (обьективные данные-расширение сосудистого пучка(утолщение стенок аорты),симптом Сиротинина-Куковерова,функциональные систолические шумы над аортой, гиперхолестеринэмия,данные ЭхоКГ),диабетическая нефропатия 3 стадии (данные биохимического анализа:повышение в крови уровня мочевины и креатинина почти в полтора раза от нормы,проба Реберга(значительное снижение фильтрации и некоторое реабсорбции),проба Зимницкого (гипоизостенурия),анализ мочи (протеинурия потеря белка в сутки 2.4 г, цилиндрурия,наличие повышения содержания плоского эпителия,наличие отеков на лице),эндокринный генез-наличие гиперплазии коры надпочечников(данные компьютерной томографии) Риск 4 поставлен иссходя из наличия у пациентки:А)факторов риска-возраст(63 года),гиперхолестеринэмия (биохимимия крови холестерин 8.0 ммоль\л) Б)поражения органов мишеней:гипертрофия левого желудочка(расширение левой границы сердца при перкуссии,данные ЭКГ,ЭхоКГ,рентгенограммы грудной клетки),нефропатия,ретинопатия(консультация окулиста,данные анамнеза)

В)Ассоциированных клинических состояний:ИБС-стабильная cтенокардия 4 кл (жалобы на боли за грудиной,часто бех физической и эмоциональной нагрузки),предсердная экстрасистолия(данные ЭКГ), атеросклеротический кардиосклероз(данные ЭхоКГ),недостаточность кровообращения 2 б степени (недостаточность большого круга:жалобы на отеки,тяжесть в эпигастрии, закругленный край печени,наличие эпигастральной пульсации;недостаточность малого круга:одышка,удушье смешанного характера,кашель со светлой водянистой мокротой без запаха,гипертрофия левого желудочка,обогащение легочного рисунка и расширение корней легких на рентгенограмме,наличие жидкости в перикарде на УЗИ),сахарный диабет 2-го типа,3 стадии инсулинозависимость(понижение уровня сахара только при применениии препаратов инсулина).Сахарный диабет установлен на основании анамнеза, биохимии крови-гипергликэмия, анализ мочи глюкозурия,данные УЗИ поджелудочной железы.

Сопутствующим заболеванием является-хронический аутоиммунный тиреоидит фиброзная форма(данные анамнеза,пальпация и УЗИщитовидной железы).Киста левой почки и удвоение правой почки (данные УЗИ) ),правосторонний хронический пиелонефрит латентное течение фаза ремиссии(цилиндрурия, протеинурия,ускорение СОЭ).

Осложнения основного заболевания-недостаточность кровообращения 2 б, левосторонняя,застойная,нижнедолевая пневмония(кашель,обьективные данные, говорящие о наличии очага уплотнения в легком слева под лопаткой (притупление перкуторного звука,ослабление голосового дрожания и везикулярного дыхания,данные рентгенограммы-участок затемнения в S8 слева)

Осложнения ассоциированного заболевания сахарного диабета: ретинопатия,нефропатия,энцефалопатия(данные анамнеза, жалобы на неуклонное снижение памяти,эмоциональную лабильность, бессоницу), полинейропатия(данные анамнеза,жалобы на нарушение чувствительности ног до колен,при обьективном исследовании нервной системы потвержденное наличие парестезий ног до колен,нарушение конвергенции зрачков-признак нейропатии глазодвигательных нервов).

**Дифференциальный диагноз**

**С гипертонической болезнью**

**Общее**

**-** Артериальная гипертензия

- Головная боль

* Головокружение
* Боли в сердце
* Гипертрофия левого желудочка
* Гиперкатехоламинэмия

# Разное

* Наличие предсушествующей нефропатии
* Внезапное кризовое начало в пожилом возрасте
* Предсуществующий атеросклероз аорты

# С эндокринной тиреотоксической гипертонией

**Общее**

**-** Артериальная гипертензия

- Головная боль

* Головокружение
* Боли в сердце
* Гипертрофия левого желудочка
* Наличие увеличенной щитовидной железы
* Систолическая гипертензия
* Наличие миокардиодистрофии

# Разное

* Отсутствие миокардиодистрофии
* Нормальный уровень Т3 в крови
* Наличие предсушествующей нефропатии
* Предсуществующий атеросклероз аорты
* Отсутствие тахикардии
* Повышение массы тела
* Отрицательные симптомы Штельвага,Мари,Грефе

# С феохромоцитомой

**Общее**

**-** Артериальная гипертензия

- Головная боль

* Головокружение
* Боли в сердце
* Гиперкатехоламинэмия
* Гиперплазия коры надпочечников

# Разное

* Наличие предсушествующей нефропатии
* Предсуществующий атеросклероз аорты
* Отсутсвие опухолевого разрастания надпочечников

Под воздействием внешних факторов проявляются генетически детерминированные признаки-антигены к рецепторам инсулина в инсулинозависимых тканях.В крови появляется избыток инсулина,который способствует развитию гиперхолестеринэмии.В результате глюкоза не поступает в должном количестве в эти ткани происходит ее накопление в крови. Активируется полиоловый метаболизм глюкозы,образуется сорбит, превращающийся в фруктозу. Усиливается мобилизация жиров и белков в печени и мышцах,глюконеогенез в печени,ингибируется ЦТК,в результате происходит накопление кислых продуктов распада глюкозы (лактат).Накопление избытка сорбита в клетках увеличивает осмотическое давление,вызывая клеточный отек,в итоге развивается нарушение микроциркуляции.

Происходит гликозилирование белков сыворотки крови,клеточных мембран, тубулина перефирических нервов,коллагена,эластина,белков хрусталика, эндотелицитов,коллагена аорты и белков базальной мембраны почечных клубочков,измененнные белки сосудов кроме того стимулируют выработку антител против сосудистой стенке и в итоге на ней осаждаются иммуные комплексы.В результате полиолового окисления глюкозы уменьшается содержание миоинозина нервной ткани,нарушается метаболизм фосфоинозита и активность натрий-калий АТФ-азы.

В итоге всех этих нарушений у больной появились ретинопатия,полинейропатия, энцефалопатия,гломерулосклероз,уменьшилась эластичность аорты и возникла микроангиопатия,еще больше усилившая развитие этих нарушений,кроме того их усилило имеющееся нарушение микроциркуляции.В результате имеющейся гиперхолестеринэмии развился атеросклероз аорты,еще более усугубляющий снижение эластичности аорты,атеросклероз мозговых артерий,усугубляющий энцефалопатию,атеросклероз коронарных артерий.

К артериальной гипертонии привели ряд факторов:к значительному повышению систолического АД привело снижение эластичности аорты;в результате гломерулосклероза,имеющейся глюкозурии,врожденного удвоения правой почки развился правосторонний пиелонефрит,гломерулосклероз и пиелонефрит привели к развитию:ХПН,ухудшившей микроциркуляцию,увеличению чувствительности к адреналину и ангиотензину 2,задержке Nа и воды,увеличившие систолическое и диастолическое АД;имеющиеся атеросклероз мозговых артерий и энцефалопатия привели к нарушению тонуса СДЦ усугубившее артериальную гипертонию;под действием имевшего место стресса увеличилось содержание в крови адреналина и норадреналина утяжеляющее систолическую гипертензию.У данной пациентки диастолическое давление не повышено из-за наличия некоторого лактатного ацидоза крови и расширения емкостных сосудов.

Артериальная гипертензия усугубляет развитие ретино и энцефалопатии.

Артериальная гипертензия осложнилась:развитием недостаточности кровообращения по обоим кругам кровообращения,которая в свою очередь осложнилась застойной пневмонией,усилившей гипертензию в малом круге кровообращения;гипертрофией левого желудочка и ишемической болезнью сердца.

Усугубляют ИБС гипертрофия левого желудочка и атеросклероз коронарных артерий.

# Особенности течения и прогноз данного заболевания

# Произошло внезапное кризовое начало гипертензии,затем присоединились признаки стенокардии (боли за грудиной),недостаточности кровообращения по обоим кругам (отеки ног,одышка, удушье,кашель).С течением времени проявления признаков нарастали Кроме того появилось осложенение недостаточности кровообращения-застойная пневмония.Одной из причин и главным фактором, усугубляющим течение заболевание является-сахарный диабет второго типа прогрессирующей тяжести с осложнениями:нефропатией, ретинопатией, полинейропатией,энцефалопатией.Нефропатия и глюкозурия осложнились пиелонефритом.Проявления осложнений постоянно нарастают. Нарастает хроническая почечная недостаточность.

Исходя из особенностей течения заболевания,нарастания недостаточности кровобращения, почечной недостаточности,частыми гипертоническими кризами,возможности малигнизации хронического аутоиммунного тиреоидита прогноз можно считать неблагоприятным.Трудоспособность утрачена, качество жизни значительно снижено,очень высок риск фатальных осложнений артериальной гипертензии.

**Обоснование применявшейся терапии.**

***Лечение основного заболевания***

Учитывая степень и стадию артериальной гипертензии лечение должно включать следующие пункты

1)Устранение отрицательных психоэмоциональных и психострессовых ситуаций.

2)Немедикаментозное лечение

3)Медикаментозная гипотензивная ттерапия

4)Улучшение церебрального кровотока

5)Лечение заболеваний,приведших к гипертензии

6)Лечение осложнений

1. *Немедикаментозное лечение(как дополнение к медикаментозному)*

- диета (стол №10-гипонатриевая диета)

* нормализация массы тела
* сокращение приема алкоголя
* психорелаксация,рациональная психотерапия
* незначительная,регулярная физнагрузка,избегание больших нагрузок
* иглорефлексотерапия и точечный массаж
* физиолечение(электросон,радоновые ванны,вибромассаж.лазерное лечение)
* фитотерапия(магнолия белая.пустырник,валериана,боярышник,почечный чай...)
1. *Медикаментозное лечение*

Учитывая степень тяжестии стадию АГ необходима комбинированная терапия не менее 3-мя препаратами

Основные группы препаратов

А)В-адреноблокаторы и кордарон

Б)Диуретики

В)Антагонисты кальция

Г)Ингибиторы АПФ

Дополнительные средства

Д)Альфаадреноблокаторы

Е)Альфа-2 агонисты центрального действия

Ж)Перефирические вазодилятаторы

А)В-адреноблокаторы обладают следующим положительным действием

* Уменьшение симпатоадреналовой активности
* Уменьшение и обратное развитие гипертрофии миокарда
* Уменьшение активности РААС
* Уменьшение потребности миокарда в кислороде
* Нормализация ритма сердца

Но так как В-адреноблокаторы обладают отрицательным инотропным эффектом,а у пациентки выраженная недостаточность кровообращения назначать их следует осмотрительно и при усугублении НК отменить.Наиболее применим,обладающим небольшим отрицательным инотропным эффектом метопролол 10 мг в сутки

Применение кордарона противопоказано в связи с наличием дисфункции щитовидной железы

Б)Диуретики.необходимы в связи с наличием НК,задержки Nа и воды.Применимы тиазиды,сильнодействующие диуретики.арифон.Калийсберегающие диуретики противопоказаны в связи с наличием почечной недостаточности

Действие диуретиков включает:

* Nа,К урез и выведение воды
* Увеличение актиавности Nа-К АТФазы
* Удаление Nа из сосудистой стенки
* Уменьшение содержания кальция в в стенке сосудов
* Увеличение активности депрессорных гуморальных систем

Тиазиды-гидрохлортиазид 50 мг в сутки в 2 приема

Сильнодействующие диуретики-фуросемид 80мг в сутки

Вазодилятирующий диуретик-арифон 2,5 мг в сутки

Назначая эти диуретики нужно производить постоянный контроль уровня К+ в крови,при критическом снижении назначать аспаркам 0.25 3 т в сутки

В) Лечение антогонистами кальция сильно оганичено св связи с их выраженным отрицательным инотропным действием.Наиболее применимы антогонисты кальция второго поколения,действующие на сердце и сосуды,с меньшим отрицательным инотропным эффектом.Их действие включает

* Блокирование кальциевых каналов сердца
* Антиаритмогенное действие
* Нефропротекторное действие
* Снижение агрегации тромбоцитов
* Антиатерогенное действие
* Уменьшение потребности миокарда в кислороде
* Снижение постнагрузки

В)Ингибиторы АПФ-наиболее приоритетная для данной больной группа гипотензивных препаратов.Их положительное действие включает

* Торможение образования АТ2,АДГ,торможение активности РААС, симпатоадреналовой системы.
* Усиливают Nа-урез,уменьшают инактивацию брадикинина.депрессорных

Простагландинов,стимуляция выхода в сосуд NO

* Уменьшение потребности миокарда в кислороде
* Нормализация ритма сердца
* Уменьшение и обратное развитие гипертрофии миокарда
* Повышение усвоения глюкозы клетками
* Калийсберегающее действие
* Увеличение содержания в крови ЛПВП
* Нефропротекторное действие

Каптоприл(капотен) 50 мг 3 раза в сутки

Эналаприл (энап) 10 мг в сутки

Д) Положительное действие альфаадреноблокаторов

* Антиатерогенное действие
* Улучшение метаболизма глюкозы
* Снижение постнагрузки

Более применимы постсинаптические альфа1 адреноблокаторы празозин 0.5 мг в сутки и препараты второго поколения доксазозин 10 мг в сутки в 1 прием

Е) Действие центральных альфа2-агонистов

* Торможение симпатической активности
* Уменьшение и обратное развитие гипертрофии миокарда

Для курсового применения более применим гуанфацин(эстулик),в отличии от других препаратов группы более применим при почечной недостаточности,меньше вызывает задержку Nа и воды,не увеличивает активность ренина в плазме.

Ж) см в лечении НК

 Наиболее применимо сочетание ингибиторов АПФ+диуретики+центральные альфа2агонисты к этой схеме можно добавить БКК и В-адреноблокаторы, ориетируясь на состояние пациентки.

4)*Средства,улучшающие мозговое кровообращение.*Применимы средства, уменьшающие спазм артерий и улучшающих венозный отток-кавинтон 15 мг сутки

***Лечение заболеваний,приведших к артериальной гипертензии***

*Лечение сахарного диабета*

1. некоторая физнагрузка
2. лечебное питание
3. лечение препаратами инсулина
4. лечение пероральными гипогликэмизирующими средствами
5. фитотерапия
6. физиолечение и иглоукалывание
7. эфферентные методы лечения,ультрафиолетовое облучение крови, иммунотропная терапия
8. нормализация обмена липидов.белков.витаминов,микроэлементов.
9. Лечение нейропатий,ретинопатий,нефропатий
10. Обучение больных

2) стол №9 и сахарозаменители

1. применяются из-за значительной декомпенсации сахарного диабета у пациентки.Для лечения сахарного диабета препаратами инсулина
* необходимо рассчитать адекватную среднюю суточную дозу инсулина

 ЕД=(глюкозурия(ммоль\л)\*суточный диурез(л)):3,5:3

* необходимо подобрать оптимальный рациональный режим инсулинотерапии
* эффективная комбинация препаратов инсулина

Действие препататов инсулина

* происходит переход глюкозы в клетки,уменьшается ее поступление в кровь
* увеличение синтеза белка,гликогена,липидов
* тормозит глюконеогенез,липолиз

Подобрана терапия**:**Sol.Humulin P 8 ЕД Подкожно в 8 утра,Sol.Humulin P 10 ЕД Подкожно в 13:00,Sol.Humulin P 10 ЕД Подкожно в 18:00,Sol.Humulin К 12 ЕД Подкожно в 8 утра,Sol.Humulin К 10 ЕД Подкожно в 22:00

1. Применяется как дополнение к препаратам инсулина

Их действие:

* увеличивают число инсулиновых рецепторов,секрецию инсулина
* нормализация пострецепторного механизма действия инсулина
* потенцируют действие эндогенного инсулина
* уменьшают синтез глюкагона
* положительное трофическое влияние на В-клетки

Манинил до 0.015 за сутки дробно перед едой

1. фитотерапия.Действие
* ощелачиавающее действие
* регенерация и усиление функции В-клеток
* содержат глюкокинины.с глюкоснижающим действием

Настойки жень-шеня,лимонника.Экстракты левзеи жидкой.родиолы жидкой, элеутерококка.Лекарственные сборы.

1. физиотерапия включает
* ГБО
* Ингастральная оксигенотерапия
* Электро,ультразвуковая стимуляция;стимуляция синусоидальными токами, переменное магнитное поле;электрофорез цинка хлопридом;СВЧ-терапия области поджелудочной терапии
* Иглоукалывание в биоактивные точки
1. эфферентные методы лечениягемосорбция
* энтеросорбция
* плазмоферез
* ультрафиолетовое облучение крови,
* иммунотропная терапия циклоспорин 10 мг/кг в сутки
1. нормализация обмена липидов
* диетотерапия
* устранение дислипопротеинэмий(см ниже в лечении атеросклероза)
* применение жира морских рыб

нормализация белкового обмена

* аминокислоты 400 мл раствора в\в раз в день 6 вливаний

нормализация обмена витаминов и микроэлементов

* олиговит,дуовит,суправит,фортевит 2 капсулы в день раз в месяц
1. Лечение осложнений сахарного диабета

Лечение ретинопатии

* компенсация СД и метаболических нарушений
* ангиопротекторы и антиагреганты препараты эндотелина,тиклопидин 0.25г 2 раза в день
* эмоксипин реттробульбарно
* Гепарин п\к в живот при микротромбозах сосудов сетчатки
* Трипсин подконьюктивально для рассасывания кровоизлияний
* Трансорбитальный электрофорез лидазы
* Лазерная фотокоагуляция

Лечение нефропатии

* Компенсация СД и метаболических нарушений
* Ангиопротекторы и антиагреганты препараты эндотелина,тиклопидин 0.25г 2 раза в день
* Мочегонные (см в лечении АГ)
* Гипотензивная терапия
* Ингибиторы АПФ(см в лечении АГ)
* Лечение осложнений нефропатии (см ниже)

Лечение нейропатии

* Компенсация СД и метаболических нарушений
* Ангиопротекторы и антиагреганты препараты эндотелина,тиклопидин 0.25г 2 раза в день
* Интенсивная метаболическая терапия с использованием коферментов пиродоксальфосфат,кокарбоксилаза,рибофлавин-мононуклеотид,липоевая кислота (липонсарерациофарм 300 мг 1т 2 раза в день)
* Прозерин 0,01 г 3 раза в день один месяц (улучшение нервной проводимости)
* Уменьшение активности сорбитолового шунта ингибиторами альдозредуктаз (изодибут) –улучшение функции нервных стволов
* Физиотерапия(электролечение,теплолечение,бальнеотерапия,массаж,иглорефлексотерапия)

*Лечение атеросклероза*

1. рациональное лечебное питание и нормализация массы тела
2. медикаментозная коррекция атерогенных дислипопротеинэмий
3. фитотерапия
4. эфферентная терапия
5. гепатотропная терапия
6. - уменьшение общего потребления жиров
* уменьшение потребления насыщенных жирных кислот (животный жир,сливочное масло и.т.д)
* увеличение потребления полиненасыщенных жирных кислот (жидкие растительные масла,рыба,птица,морепродукты)
* увеличение потребления клетчатки и сложных углеводов
* резкое уменьшение потребления холестерина
1. Применимы следующие группы препаратов

А) секвестранты желчных кислот(уменьшение всасывания жиров)

Холестирамин 12 г в 2 приема в сутки

Б) никотиновая кислота (мобилизация свободных жирных кислот,активирует фибринолиз,увеличивает диаметр частиц ЛПНП,уменьшение образования ЛПНП и холестерина) ниацин 3 г в сутки(под контролем уровня глюкозы)

В) фибраты (уменьшают синтез ТАГ,расщепляют ЛПОНП,увеличивают захват ЛПНП печенью) гемфиброзил 1200 мг в сутки в 2 приема

Г) статины (уменьшают синтез холестерина,увеличивают захват ЛПНП печенью)

ловастатин 30 мг в сутки

Д) Липостабил 1 капсула 3 раза в день 3 месяца

1. Благоприятноеи воздействие оказывают лук,чеснок,лекарственные сборы)
2. Энтеросорбция,гемосорбция,ЛПНП-аферез
3. Липоевая кислота (см выше)

***Лечение осложнений основного заболевания***

*Лечение ИБС*

1. антиангинальная терапия
2. антиагреганты
3. коррекция липидного состава плазмы
4. психоседативное лечение
5. физиолечение
6. физтренировки
7. метаболическая терапия
8. а)нитраты – выход NO в стенку
* дилятация перефирических сосудов
* дилятация коллатералей
* улучшение микроциркуляции

Учитывая состояние пациентки,функциональный класс стабильной стенокардии (фк4) лучше назначить,меньше вызывающий головную боль,

изосорбита динитрат 10 мг 3 раза в сутки

б) В-адреноблокаторы (см лечение АГ)

в) антагонисты кальция

1. – тормозят агрегацию тромбоцитов

аспирин –ингибирует циклооксигеназу и уменьшают образование тромбоксана 300 мг в сутки

липостабил (см выше)

Трентал (увеличивают содержание ц-АМФ)300 мг в сутки 3 раза в день

1. см выше
2. настой корня валерианы

сибазон 10 мг в сутки

корвалол 10 капель 3 раза в день

1. см выше
2. см выше
3. Предуктал (уменьшает содержание АТФ ишемизированного миокарда, уменьшение перекисного окисления липидов) 0.02 г 3 раза в день 1 месяц

*Лечение недостаточности кровообращения 2 а*

1. лечение АГ
2. рациональная физ нагрузка
3. лечебное питание-диета №10 а
4. усиление силы сокращений сердца –сердечные гликозиды
5. устранение отечного синдрома
6. перефирические вазодилятаторы
7. снижение активности симпатоадреналовой системы
8. метаболическая и антиоксидантная терапия
9. ГБО
10. гликозиды усиливают вхождение кальция в миоциты,увеличивают силу сокращений сердца,удлиняют диастолу,нормализуют ритм,уменьшают активность симпатоадреналовой системы,РААС,оказывают диуретическое действие

Более всего подходит дигоксин 0,25 мг\сутки 7 дней,затем поддерживающая доза 125 мг\сутки

5) лечение диуретиками (см выше)

1. Необходимо применение артериальных вазодилятаторов для снижения постнагрузки,так как у больной она значительно увеличена (повышено САД)

Артериодилятатор –апрессин 50мг 4 раза в сутки

Артериовенодилятатор-натрия нитропруссид 0.0025 г в сутки

Ингибиторы АПФ (см выше)

Празозин (СМ выше)

1. В-адреноблокаторы (см выше)
2. Предуктал (см выше)

Ретаболил в\м 1 мл 1 раз в 2 недели 3 иньекции

Витаминная терапия (см выше)

Липоевая кислота (см выше)

*Лечение застойной пневмонии*

1. тщательная санация полости рта и носоглотки
2. тщательный подбор антибиотиков с учетом анализа мокроты,в связи с этим рекомендуется проведение анализа мокроты
3. восстановление хорошего дренажа бронхов
4. физиолечение,дыхательная гимнастика,массаж,иглорефлексотерапия
5. иммунокоррекция (см ниже)

*Лечение хронического пиелонефрита*

1. этиологическое лечение
2. применение НПВС(при обострении)
3. улучшение почечного кровотока
4. фитотерапия
5. повышение общей реактивностии иммуномодулирующая терапия
6. физиолечение

### учитывая проведенное исследование мочи на микрофлору и чувствительность к антибиотикам необходимо назначить карбенициллин в\м 1г каждые 6 часов до 14 дней

1. вольтарен 0.25г 3 в день после еды
2. трентал (см выше)

гепарин 5000 ед п\к 3 раз

1. толокнянка,листья брусники,клюквенный сок,лекарственные сборы
2. Витаминные комплексы (см выше)

Адаптогены (настойка жень-шеня 30-40 капель

Иммуномодулятор-метилурацил 1 г 4 раза в день 15 дней

6) электорфорез фурадонина,эритромицина,кальция хлорида на область почек.Тепловые процедуры,сантиметровые волны

*Лечение хронической почечной недостаточности*

1. лечение основного заболевания приведшего к ХПН
2. лечение АГ
3. режим
4. лечебное питание
5. адекватный прием жидкости
6. коррекция нарушений электролитного обмена
7. борьба с азотэмией
8. коррекция ацидоза
9. лечение анемии (имеет место у данной пациентки)
10. лечение уремического остеопороза (остеопороз грудного отдела позвоночника)

3) необходимо избегать переохлаждений.больших физических и эмоциональных нагрузок

1. белок не более 60 г в сутки.изокалорийность рациона,достаточное поступление незаменимых элементов,ограничение поступления фосфатов,контроль за поступлением натрия хлорида.воды и калия
2. прием 1200 мл жидкости в сутки
3. учитывая АГ поступление поваренной соли не более 3 г в сутки, в связи с приемом диуретиков необходим аспаркам
4. –соблюдение диеты
* применение сорбентов,энтеродез 5 г на 100 мл воды 3 раза в день через 2 часа после еды,промывание кишечника энтеродиализ,желудочный лаваж (1л 2 % NaHCO3),противоазотэмические средства-леспенефрил 1-2 чайные ложки в день
1. при понижениии РН необходим NaHCO3 6 г в сутки
2. лечение препаратами Са в кальций карбонат в дозе 3 г,остеохин 0,2 г 3 раза в день один месяц

**Лечение сопутствующего заболевания**

*Лечение хронического аутоиммуного тиреоидита*

1. лечение тиреойдными препаратами трийодтиронин 12,5 мкг 1 раз в день
2. иммуномодуляторы для уменьшения титра антител левамизол 150 мкг 1 раз в неделю
3. нормализация микроциркуляции в щитовидной железе- гепарин (см выше)
4. эфферентная терапия-плазмофарез(удаления антитиреойдных антител)
5. хирургическое лечение особенно показанов связи с возможностью малигнизации.При проведении операции необходима консультация терапевта и эндокринолога

**Дальнейшие указания больной**

1. тщательное соблюдение диеты(рекомендованной при АГ,СД,НК,ХПН)
2. избегание больших физических,эмоциональных нагрузок,переохлаждений. Некоторая физическая нагрузка
3. продолжение рекомендованной медикаментозной и немедикаментозной терапии
4. проведение операции по экстирпации щитовидной железы
5. постоянное наблюдение у терапевта и эндокринолога

**Выписной эпикриз.**

Больная поступила на лечение в отделение теапиии факультетских клиник СГМУ 6 октября 2003 года
Жалобы при поступлении. Постоянная,интенсивная головная боль ,связанная с повышением артериального давления

Отеки нижних конечностей до колен,появляющиеся в любое время суток в покое, не снимающиеся полностью при применении мочегонных,с остающейся пастозностью ног.

Жгучие боли за грудиной,интенсивные,продолжительностью до 2-х часов, возникающие в покое,не иррадиирующие,купируемые нитроглицерином полностью через 15 минут.

Анамнез болезни: Известно,что полтора года назад в возрасте 61 года произошло внезапное кризовое начало гипертензии,затем присоединились признаки стенокардии (боли за грудиной),недостаточности кровообращения по обоим кругам (отеки ног,одышка, удушье,кашель).С течением времени проявления признаков нарастали

Анамнез жизни:В анамнезе жизни выявлен сахарный диабет второго типа.прогрессирующей тяжести и появляющимися осложнениями:нефропатией, ретинопатией, полинейропатией,полинейропатией,энцефалопатией.Нефропатия и глюкозурия осложнилась пиелонефритом.Проявления осложнений постоянно нарастают.Есть отягощение онкологического и профессионального анамнеза.

Обьективные исследования: При осмотре виден грудной кифоз, наличие отеков ног до колен с выраженной пастозностью, отеки век.Увеличенная правая доля щитовидной железыплотна,крупнобугриста и трудно смещаема.Наличие ломких, желтых,слоящихся ногтей.Инструментально измерено повышение систолического артериального давления 160\80.При исследовании дыхательной системы выявлены признаки наличия уплотнения легочной ткани слева ориентировочно в 8 сегменте. Выявлены обьективные признаки гипертрофии левого желудочка-расширение левой границы относительной тупости,увеличение длинника и поперечника сердца, и косвенные признаки атеросклероза аорты-расширение сосудистого пучка, положительный симптом Сиротинина-Куковерова.Есть признаки недостаточности правых отделов сердца-эпигастрастральная пульсация.Прослушиваются функциональные систолические шумы над аортой.Есть акцент 2-го тона над аортой.При исследовании пищеварительной системы пальпируется закругленный край печени.При исследовании нервной системы наличие парестезий ног до колен.Выявлено нарушение конвергенции зрачков

Лабораторные и инструментальные исследования:
Общий анализ кр. от 15.10.2003: Эр. - 3,88 • 1012/л; Hb - 109 г/л; цв. показатель 0,8; Лейк. - 4,8 • 109/л; п/я - 4%; с/я - 72%; лимф - 14%; м - 7%; э - 3%, СОЭ 43 мм/ч, протромб инд. 92,8‰,АЧТВ 26,фибриноген 5,0;фибриноген В +.
Биохим. анализ кр. от 7.10.2003: общ. белок - 76,9 г/л; глюк. - 7,4 ммоль/л; мочевина - 11,7 ммоль/л; общ. билируб. - 10,3 мкмоль/л; креатинин 0,22ммоль\л; Асат 0.22 мкат\литр,Алат 0.4 мкат\литр,Na 147ммоль\л,СРБ ---- ,К 5.2 ммоль\л,Серомукойды 0.154 ммоль\л,холестерин 8.0ммоль\л Проба Реберга:фильтрация 62.4 мл\мин реабсорбция 97.1 мл\мин Общий анализ мочи. от 16.10.2003: прозр.; сж цвета.; уд.вес 1,010; белок –1.65; лейкоциты – 12-15;эритроциты 8-10,эпит. пл. – 1,цилиндры гиалиновые 1-2 Проба Ничепоренко(8.10.03)Лейкоциты 1000,эритроциты 750,потеря белка за сутки 2.4 г,проба Зимницкого-изостенурия, Исследование катехоламинов крови: Адреналин 648,38 Норадреналин 509,72
 ЭКГ от 6.10.2003:
Гипертрофия левого желудочка,предсердная экстрасистолия .
 УЗИ щитовидной железы (09.10.03)Рецидив диффузно-узлового зоба,нельзя иссключить рак УЗИ брюшной полости (09.10.03) киста левой почки,удвоение правой почки (?) Эхокардиография (8.10.03)- аорта кальцинирована не расширена.Аортальные,митральные створки кальцинированы без нарушения функции.Другие клапаны без особенностей. Гипертрофия левого желудочка без дилятации его полости.Атеросклеротический кардиосклероз.Правые отделы в пределах нормы.Общая систолическая функция левого желудочка сохранена.диастолическая нарушена.В перикарде жидкость до 100 мл. Рентгенограмма грудной клетки-Легочно-венозная гипертензия.При наличии клиники не исключается застойная пневмония в S8 слева. Зоб(узел) правой доли щитовидной железы. Компьютерная томограмма (22.10.03)-признаки узелковой гиперплазии левого надпочечника. Биопсия щитовидной железы (24.10.03)-Найдены атипичные клетки,есть подозрение на малигнизацию Осмотр окулистаЗаключение:подозрение на глаукому.Препролифератическая диабетическая ретинопатия.Гипертензивная ангиопатия сетчатки с явлениями артериолосклероза. Незрелая катаракта. Лечение,была проведена терапия ингибиторами АПФ,диуретиками, В-адрено блокаторами,блокаторами кальциевых каналов,центральными альфа-2 агонистами , препаратами инсулина,препаратом калия.нитратами.В ходе лечения ликвидированы отеки,уменьшено среднее артериальное давление,уменьшены проявления стенокардии.одышка,прекратились приступы удушья,нормализовался ритм сердца.Пациетка с видимым улучшением состояния 8 ноября 2003 была выписана с рекомендацией дальнейшего постоянного наблюдения у терапевта, эндокринолога,хирурга.

# Использованная литература

1.А.Н.Окороков “Лечение болезней внутренних органов” т 1-3 1997

2.Т.Р.Хариссон “Внутренниеболезни” книга 5 1993

3.Ф.Ф.Тетенев”Физические методы обследования в клинике внутренних болезней”.1993

4.Ф.И.Комаров “Внутренние болезни” 1990

5.Роберт Хэглин “Дифференциальная диагностика внутренних болезней” 1997

6.М.С.Кушаковский “Гипертоническая болезнь и вторичные артериальные гипертензии” 1982

7.В.К.Милькамонович “Методическое обследование,симптомы и симптомокомплексы в клинике внутренних болезней ” 1995

8.Н.Т.Старкова “Руководство по клинической эндокринологии” 1996

9. Справочник ВИДАЛЬ 1997

# Паталогическая анатомия заболевания

Диабет II типа характеризуется некоторым уменьшением количества В-клеток..В сосудах микроциркуляции обнаруживают утолщение базальной мембраны за счет накопления ШИК-позитивного материала,представленного гликопротеинами. Сосуды сетчатки претерпевают различные изменения в зависимости от стадии ретинопатии:от микроаневризм,микротромбозов,микрокровоизлияний и возникновения желтых экссудатов до образования новых сосудов (неоваскуляризация),фиброза и отслойки сетчатки после кровоизлияния в стекловидное тело с последующим формированием фиброзной ткани. При диабетической периферической нейропатии наблюдается сегментарная демиелинизация ,дегенерация аксонов и соединительных нервов.В симпатических ганглиях обнаруживают большие вакуоли,гигантские нейроны с явлением дегенерации,набухание дендритов.В симпатических и парасимпатических нейронах-утолщение,фрагментация,гипераргентофилия. Диабетическая нефропатия-узелковый гломерулосклероз и канальцевый нефроз.Узелковый гломерулосклероз отличается накоплением ПАС-позитивного материала в мезангиуме в виде узелков по перефирии вевей клубочковых каппилярных петель и утолщением базальной мембраны каппиляров.Диффузный гломерулосклероз характеризуется утолщением базальной мембраны каппиляров всех отделов клубочков,уменьшением просвета каппиляров и их окклюзией.Типичным для канальцевого нефроза является накопление вакуолей,содержащих гликоген в эпителиальных клетках преймущественно в проксимальных канальцев и отложением в их цитоплазматических мембранах ПАС-позитивного материала.

В мозге диабетическая,гипертоническая энцефалопатия.

В сосудах гиалиноз,склероз,плазматическое пропитывание,гипертрофия мышечных элементов,расщепление эластических мембран.

На стенках аорты находятся кальцинированные атеросклеротические бляшки пятого типа, кальцинирование аортального и митрального клапана атеросклеротический кардиосклероз,миокард левого желудочка гипертрофирован с очагами ишемии,полость не расширена.По большому кругу застойные явления- отеки ног,увеличение печени,гидроперикард.По малому кругу-пневмофиброз с участком застойной пневмонии.

Щитовидная железа плотная,леревянистая,с бугристой поверхностью.На разрезе вещество ее часто бело-мраморного цвета или белесовато-розового цвета,иногда желтоватого цвета,крупнодольчатого строения.На таком фоне узлы различног размера и вида.Железа не спаяна с окружающими тканями.Строма железы обильно инфильтрирована лимфойдными элементами,в том числе плазматическими клетками.Строма железы фиброзирована,что придает деревянистую консистенцию.

Исходя из наличия:А) факторов риска-возраст(63 года),гиперхолестеринэмия (биохимимия крови холестерин 8.0 ммоль\л) Б)поражение органов мишеней гипертрофия левого желудочка(расширение левой границы сердца при перкуссии,данные ЭКГ,ЭхоКГ,рентгенограммы грудной клетки),нефропатия: протеинурия (данные анализа мочи-потеря белка в сутки 2.4 г) креатинэмия(биохимимия крови 0.22 ммоль\л)ретинопатия(консультация окулиста,данные анамнеза)

#

#

#  Этиология и патогенез

## НК 2Б

Застойная пнвмония

Гипертро-фия левого желудочка

Гиперкатехоламинэмия

стресс

##  ИБС

Атеросклероз кор-онарных артерий

 Артериальная гипертония

Повышение чувствительности к адреналину и ангиотензину 2

Хронический пиело-нефрит

Наруше-ние мик-роиркуляции

Глюкозурия

## ХПН

Внешние факторы

Нарушение тонуса СДЦ

Снижение эластичности аорты

Энцефалопатия

Полинейропатия

Гиперхолестеринэмия

Атеросклероз аорты

Атеросклероз мозговых артерий

Задержка Na и воды

Ретинопатия

Уменьшение количества миоинозина в нервной ткани

Гломерулосклероз

Микроангиопатия

Гликозилирова-ние белков

Внутриклеточный отек

Гиперинсулинизм

Накопление сорбита в клетках

Утилизация фруктозы и сорбита в ИНТ

Усиление полиолового метаб-олизма глюкозы

Генетическая предрасположенность

Нарушение захвата глюкозы ИЗ Тканями

## Гипергликэмия