ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

x, 72 г.

Образование: неполное среднее.

Профессия: электромонтер.

Место жительства:

Поступила в больницу N 2 планово 22.01.97.

Диагноз при поступлении: ИБС, стенокардия. Ортостатическая

гипотония.

ЖАЛОБЫ

Головные боли, возникающие чаще к вечеру или ночью, разной локали-

зации (иногда половина головы, иногда вся голова), которые пациентка

снимала анальгетиками (анальгин, баралгин); головокружения. Боли в

сердце колющего характера, иррадиирующие в левую лопатку, возникно-

вение которых ни с чем не связывает, снимает валокордином. Боли в

нижней части живота внезапные и непродолжительные.

ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

В 1965 г. пациентка обратилась к врачу по месту работы с жалобами

на головные боли, возникающие чаще к вечеру или ночью. Был постав-

лен диагноз - мигрень. С 1965 г. по 1985 г. больная к врачу не об-

ращалась. Периодически возникали головокружения и головные боли

разной локализации (иногда половина головы, иногда вся голова),

которые она снимала анальгетиками (анальгин, баралгин). 10 лет

назад пациентку стали беспокоить боли в сердце колющего характера,

иррадиирующие в левую лопатку, возникновение которых она ни с чем

не связывает. С 1987 г. по 1993 г. к врачу не обращалась. В 1993 г.

прошла обследование в 1-ом медицинском институте, где была выявлена

ИБС, стенокардия; на УЗИ обнаружены камни в желчном пузыре. Была

проведена активная ортопроба, в результате которой выявлена орто-

статическая гипотония. В период с 1993 г. по 1997 г. больную перио-

дически беспокоили головокружения и головные боли. Несколько раз

падала в обмороки: обычно при резкой перемене положения тела с го-

ризонтального на вертикальное (вставание из положения сидя или лежа),

язык не прикусывала. 22.01.97 больная была госпитализирована в пла-

новом порядке в больницу N 2 с диагнозом ИБС, стенокардия, ортоста-

тическая гипотония.

ИСТОРИЯ ЖИЗНИ БОЛЬНОГО

Родилась в 1924 г.в деревне Обухово Шеховского района Московской

области. В физическом и интеллектуальном развитии от своих сверст-

ников не отставала. Питание регулярное, полноценное. С 8 лет пошла

в школу. В 1939 г. переехала в Ленинград и поступила в ремесленное

училище N 16 на специальность электромонтера. В 1941 г. закончила

училище и поступила по специальности на работу на завод Полиграф-

маш. Воздействию профессиональных вредностей не подвергалась.

Замужем, имеет двух здоровых детей. Беременность и роды проходили

нормально.

В 1960 г. была произведена операция удаления кисты яичника.

В 1970 г. была произведена ампутация матки с двусторонним удале-

нием придатков.

В 1973 г. больная перенесла двустороннее воспаление легких. Лечи-

лась амбулаторно.

В 1989 г. пациентка лечилась в городской больнице N 26 по поводу

перелома позвоночника в области XII грудного позвонка. Затем была

переведена в Сестрорецкий реабилитационный центр.

Эпидемиологический анамнез. Гепатит, малярию, туберкулез отрицает.

С инфекционными больными контакта не имела. В неблагоприятные в

эпидотношении районы России не выезжала.

Семейный анамнез. Отец страдал астмой. У матери отмечались патоло-

гии сердечно-сосудистой и пищеварительной системы.

Алкоголь не употребляет, не курит.

Страховой анамнез. Пенсионерка, не работает.

Аллергологический анамнез. Отмечались аллергические реакции на

антибиотики и сульфаниламиды.

ОБЪЕКТИВНЫЙ СТАТУС

Состояние больной удовлетворительное. Сознание сохранено. Тем-

пература тела нормальная. Рост 164 см, вес 58 кг, конституциональ-

ный тип - астенический.

Положение активное, выражение лица без особенностей. Кожа розова-

того цвета, нормальной влажности, тургор сохранен. Сыпей и кровоиз-

лияний нет. В области живота имеется послеоперационный рубец соот-

ветственно срединному разрезу (операция 1960 г.). Подкожная клет-

чатка выражена умеренно. Толщина складки на уровне пупка - 3 см.

Отеков нет. Слизистые чистые, бледно-розового цвета.

Лимфатические узлы не пальпируются.

Щитовидная железа не пальпируется.

Гинекологический анамнез. Молочные железы расположены симметрично,

деформаций сосков, выделений, уплотнений и инфильтратов нет.

Мышечная система: общее развитие умеренное. Болезненности при ощу-

пывании нет. Суставы нормальной конфигурации, подвижны, при паль-

пации безболезненны.

Форма черепа - мезоцефалическая.

Форма грудной клетки нормальная; осанка нормальная.

Сердечно-сосудистая система. При ощупывании локтевой, лучевой,

подмышечной, подключичной, сонной, бедренной, задней берцовой,

тыльной артерии стопы отмечается пульсация.

Частота пульса 62 удара в минуту, ритмичный, хорошего наполнения.

АД - 100/60 мм рт.ст. После ортостатической пробы давление падает

до 75/60 мм рт.ст.

Верхушечный толчок пальпаторно определяется в V межреберье по

l.axillaris anterior.

Границы относительной сердечной тупости: правая - в IV межре-

берье - на 0,5 см кнутри от правого края грудины; верхняя - III

межреберье; левая - в V межреберье по l.axillaris anteriror.

Границы абсолютной сердечной тупости: правая - в IV межреберье -

левый край грудины. Верхняя - по нижнему краю IV реберного хряща.

Левая - V межреберье по парастернальной линии.

Аускультация: на верхушке I тон громче II. На основании II тон

громче I. Шумов нет.

Дыхательная система. Дыхание через нос. Отделяемого из носа нет.

Голос тихий. Дыхание ровное, глубокое, 18 дыхательных движений в

минуту. Тип дыхания грудной. Голосовое дрожание определяется.

Границы легких при перкуссии: верхний пункт стояния верхушек спе-

реди - на 3 см выше ключицы, сзади - на уровне VII шейного позвон-

ка.

Нижние границы:

справа слева

l.parasternalis VI ребро -

l.mediaclavicularis нижний край VI ребра -

l.axillaris anterior VII ребро VII ребро

l.axillaris media VIII ребро IX ребро

l.axillaris posterior IX ребро IX ребро

l.scapularis X ребро X ребро

l.paravertebralis XI ребро XI ребро

Поля Кренига 4 см 4 см

Подвижность

легочного края 6,5 см 9 см

При сравнительной перкуссии изменений нет. Аускультативно выслу-

шивается везикулярное дыхание. Дыхательных шумов и хрипов нет.

Бронхофония определяется.

Пищеварительная система. Язык не обложен. Слизистая полости рта

розового цвета, миндалины не увеличены. Живот правильной формы.

Кожные покровы бледно-розового цвета. Сосуды не расширены.

Живот принимает участие в акте дыхания. При поверхностной паль-

пации мягкий, имеется болезненность при пальпации в правой под-

вздошно-паховой области.

При глубокой скользящей пальпации по методу Образцова в левой

подвздошной области на протяжении 15 см пальпируется сигмовидная

кишка в виде гладкого, умеренно плотного тяжа; она безболезненна,

легко смещается, не урчит, перистальтика вялая. В правой

подвздошной области пальпируется слепая кишка в форме гладкого

мягкоперистальтического, несколько расширенного книзу цилиндра;

безболезненна, умеренно подвижна, урчит при надавливании. Во-

сходящий и нисходящий отделы толстой кишки пальпируются соответст-

венно в правом и левом фланках живота в виде подвижных умеренно

плотных, безболезненных цилиндров. Поперечная ободочная кишка опре-

деляется в пупочной области в виде поперечно лежащего, дугообразно

изогнутого книзу, умеренно плотного цилиндра; безболезненна,

легко смещается вверх и вниз. На 2-4 см выше пупка прощупывается

большая кривизна желудка в виде гладкого, мягкого, малоподвижного,

безболезненного валика, идущего поперечно по позвоночнику в обе

стороны от него.

Печень на 3 см выступает из-под края реберной дуги.

Границы по Курлову 10-9-7 см.

Селезенку пропальпировать не удалось. При перкуссии: верхний по-

люс - IX ребро; нижний полюс - Х ребро.

Мочевыделительная система. Поясничная область без выпячиваний и

отечности. Кожные покровы бледно-розового цвета. Почки пропаль-

пировать не удалось; при поколачивании по пояснице область почек

безболезненна.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

На основании жалоб больной на боли в области сердца колющего харак-

тера, иррадиирующие в левую лопатку, снимающиеся применением вало-

кордина, головокружения;

на основании данных анамнеза заболевания, которые говорят о том, что

у больной и раньше отмечались подобные симптомы, она дважды падала

в обмороки, а в 1994 г. на обследовании в 1-ом медицинском институте

была выявлена ИБС, стенокардия;

на основании данных анамнеза жизни, где сказано, что мать больной

страдала заболеваниями сердечно-сосудистой системы;

на основании данных объективного обследования: смещение верхушечного

толчка и левой границы сердца в V межреберье по l.axillaris anterior,

расширение границ сердца влево; АД = 100/60 мм рт.ст., -

можно поставить предварительный диагноз основного заболевания:

ИБС, стенокардия, эссенциальная гипотония с ортостатическим синдромом.

Для уточнения диагноза необходимо провести дополнительные лаборатор-

ные и инструментальные исследования.

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

Лабораторные: анализ крови общий и биохимический, анализ мочи.

Инструментальные: ЭКГ, рентгенография грудной клетки, рентгеногра-

фия шеи, транскраниальная доплерография, ортостатическая проба,

компьютерная томография головного мозга.

Консультации: окулиста, гинеколога, нейрохирурга.

ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Анализ крови общий от 23.01.97: эритроциты - 3,64\*10 /л,

Hb - 115 г/л, лейкоциты - 5,2\*10 /л, СОЭ - 13 мм/ч, ЦП - 0,96.

Гематокрит - 33,3%, тромбоциты - 234\*10 /л, нейтрофилы - 56,2%,

эозинофилы - 3,8%, лимфоциты - 33,7%, моноциты - 5,3%.

Биохимический анализ крови от 23.01.97: АЛТ - 12 ммоль/л;

АСТ - 21 ммоль/л; билирубин общий - 14,2 мкмоль/л;

сахар - 5,6 ммоль/л; альбумин - 46,4 г/л; глобулин - 23,9 г/л;

альбумино-глобулиновый коэффициент - 1,94; общий белок - 70,3 г/л;

холестерин - 6,12 ммоль/л; бета-липопротеиды - 38 ед.; щелочная

фосфатаза - 82 МЕ; фибриноген - 3,1 г/л; протромбин - 12%.

Анализ мочи от 23.01.97: уд.вес - 1016; реакция нейтральная;

белок - 0; глюкоза - 0; лейкоциты - 0-2 в поле зрения.

ЭКГ от 24.01.97: Р - 0,11 с; R-R - 0,96 с; P-Q - 0,18 с;

QRS - 0,08 с; QRST - 0,36 с. ЧСС = 61 уд/мин.

Синусовый ритм. Полугоризонтальное положение ЭОС. Замедление

внутрипредсердного проведения. Местные нарушения внутрижелудочко-

вого проведения. Возможна гипертрофия левого желудочка. Диффузные

нарушения процессов реполяризации смешанного характера.

ЭКГ от 28.01.97: ЧСС = 64 уд/мин; максимальная - 104 уд/мин.

Синусовый ритм. Предсердные экстрасистолы редкие, одиночные, пар-

ные. Несколько комплексов предсердной тахикардии (ЧСС=115 уд/мин).

Желудочковые экстрасистолии редкие политопные полиморфные, одиноч-

ные. Ишемического сегмента ST не выявлено.

ФЛГ от 23.01.97: грудная клетка без патологий.

Рентгенография шеи от 03.02.97: признаки остеохондроза в виде вы-

прямления физиологического лордоза, субхондрального склероза замы-

кательных пластинок шейных позвонков, снижение высоты межпозвоноч-

ных дисков С5-6; С6-7, передних остеофитов шеи С5-7. Нестабильности

дисков не выявлено.

Данные УЗДГ от 27.01.97: множественное атеросклеротическое пораже-

ние брахиоцефальных сосудов, стенозирование (>50% левой внутренней

сонной артерии), недостаточность кровообращения в вертебробазиляр-

ном бассейне за счет экстра- и интракраниального поражения позво-

ночной артерии (больше левой) и основной артерии.

Данные компьютерной томографии головного мозга от 10.02.97: картина

менингиомы бугорка турецкого седла справа. Дисциркуляторная энцефа-

лопатия. Аневризма ПВСА.

Консультация окулиста от 05.02.97: начальная возрастная катаракта,

центральная и периферическая дегенерация сетчатки.

Консультация гинеколога от 01.02.97: опущение стенок влагалища II

степени. Цистоцеле. Необходимо наблюдение в ГИК.

Консультация нейрохирурга от 11.02.97: Имеет место менингиома малого

крыла справа. Показано оперативное лечение.

ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

На основании жалоб больной на боли в области сердца колющего харак-

тера, иррадиирующие в левую лопатку, снимающиеся применением вало-

кордина, головокружения;

на основании данных анамнеза заболевания, которые говорят о том, что

у больной и раньше отмечались подобные симптомы, она дважды падала

в обмороки, а в 1994 г. на обследовании в 1-ом медицинском институте

была выявлена ИБС, стенокардия;

на основании данных анамнеза жизни, где сказано, что мать больной

страдала заболеваниями сердечно-сосудистой системы;

на основании данных объективного обследования: смещение верхушечного

толчка и левой границы сердца в V межреберье по l.axillaris anterior,

расширение границ сердца влево; АД = 100/60 мм рт.ст.;

на основании данных лабораторных исследований: умеренная анемия (ана-

лиз крови общий от 23.01.97: эритроциты - 3,64\*10 /л, Hb - 115 г/л,

гематокрит - 33,3%);

на основании данных инструментальных исследований:

на ЭКГ от 24.01.97: Полугоризонтальное положение ЭОС. Замедление

внутрипредсердного проведения. Местные нарушения внутрижелудочко-

вого проведения;

данные УЗДГ от 27.01.97: множественное атеросклеротическое пораже-

ние брахиоцефальных сосудов, стенозирование (>50% левой внутренней

сонной артерии), недостаточность кровообращения в вертебробазиляр-

ном бассейне за счет экстра- и интракраниального поражения позво-

ночной артерии (больше левой) и основной артерии.

данные компьютерной томографии головного мозга от 10.02.97: картина

менингиомы бугорка турецкого седла справа. Дисциркуляторная энцефа-

лопатия. Аневризма ПВСА;

на основании данных консультаций специалистов:

консультация нейрохирурга от 11.02.97: Имеет место менингиома малого

крыла справа. Показано оперативное лечение, -

можно поставить окончательный диагноз основного заболевания:

ИБС, стенокардия, эссенциальная гипотония с ортостатическим синдромом.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Ортостатическую гипотонию следует дифференцировать с остеохондрозом,

1.Дифференциальный диагноз ортостатической гипотонии и остеохондроза:

Ортостатическая гипотония Остеохондроз

Боли:

а)в сердце Тупые,колющие или ноющие, в Не бывает

основном в области верхушки

не иррадиируют, появляются в

покое или утром,после сна

б)в позвоночнике Редко Ноющие, в области

нарушения, не ир-

радиируют

в)артралгии и Бывают Не бывает

миалгии

г)головные Тупые,стягивающие,распирающие Тупые,распирающие

в лобно-височной или лобно- в теменной облас-

теменной области от несколь- ти до нескольких

ких часов до 2 суток часов

Применение

анальгетиков Эффективно Эффективно

Тошнота,рвота Бывает Бывает

Изменение АД Резкое падение при переходе Иногда

из горизонтального положения повышение АД

в вертикальное

Головокружения Часто Редко

Обмороки При переходе из горизонталь- Нет

ного положения в вертикальное

Шумы Систолический на верхушке Нет

Изменения в ана-

лизе крови:

а)анемия Бывает Нет

б)лейкопения Бывает Нет

в)замедление СОЭ Бывает Нет

Изменения на ЭКГ отклонение ЭОС вправо,низкий Без изменений

вольтаж зубцов,синусовая бради-

кардия(реже тахикардия);удлине-

ние атриовентрикулярной и вну-

трижелудочковой проводимости,

депрессия сегмента S-T,уширение

зубца Р,снижение или повышение

зубца Т

2.Дифференциальный диагноз ортостатической гипотонии и железодефи-

цитной анемии:

Ортостатическая гипотония Железодефицитная

анемия

Боли:

а)в сердце Тупые,колющие или ноющие, в Колющие в обла-

основном в области верхушки сти сердца

не иррадиируют, появляются в

покое или утром,после сна

б)головные Тупые,стягивающие,распирающие Не бывает

в лобно-височной или лобно-

теменной области от несколь-

ких часов до 2 суток

Применение

анальгетиков Эффективно -

Тошнота,рвота Бывает Бывает

Одышка Нет Бывает

Бледность кожных

покровов Нет Есть

Изменение АД Резкое падение при переходе Иногда

из горизонтального положения гипотония

в вертикальное

Головокружения Часто Бывают

Обмороки При переходе из горизонталь- Бывают

ного положения в вертикальное

Шумы Систолический на верхушке Систолический

на всех точках

Изменения в ана-

лизе крови:

а)анемия Бывает Есть

б)лейкопения Бывает Нет

в)замедление СОЭ Бывает Нет

Изменения на ЭКГ отклонение ЭОС вправо,низкий Изоэлектричность

вольтаж зубцов,синусовая бради- или легкая нега-

кардия(реже тахикардия);удлине- тивность зубца Т

ние атриовентрикулярной и вну-

трижелудочковой проводимости,

депрессия сегмента S-T,уширение

зубца Р,снижение или повышение

зубца Т

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ

Четкий режим дня: ночной сон не менее 8 ч, утренняя и производст-

венная гимнастика, водные тонизирующие процедуры после гимнастичес-

ких упражнений, систематическое чередование труда и отдыха с пешими

походами на небольшие расстояния, лыжных и велосипедных прогулок,

плавания и спортивных игр, не требующих интенсивных физических уси-

лий, сложной координации движений и напряженного внимания.

Полноценное и разнообразное четырехразовое питание: с увеличением

содержания в рационе белков животного происхождения, витаминов,

крепкий чай и кофе по утрам; диета с пониженным

содержанием животных жиров, легкоусвояемых углеводов, богатая

полиненасыщенными жирными кислотами, антиатерогенными веществами,

растительной клетчаткой, продуктами моря.

Фармакологическая терапия: седативные средства; при состояниях тре-

воги и внутренней напряженности - транквилизаторы; растительные и

биологические нейростимуляторы; при головных болях - анальгетики.

Психотерапия.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО

Режим N 3. Диета N 10. Фармакологическая терапия:

Препарат Цель

Rp.: Tab. Sibazoni 0,005 Транквилизатор

D.t.d.N.20

S. По 1 таблетке 3 раза в день.

#

Rp.: Sol. Analgini 50% - 2 ml Анальгетик

D.t.d.N.6 in amp.

S. По 2 мл внутримышечно.

#

Rp.: Tab."Ferroplex" N.40 Для лечения анемии

D.S. По 2 таблетки 3 раза в день.

#

Rp.: Corvaloli 15 ml При болях в сердце

D.S. По 15-20 капель 3 раза в день.

ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Для жизни - благоприятный;

Для трудоспособности - неблагоприятный;

Для ввыздоровления - неблагоприятный.

ПРОФИЛАКТИКА ЗАБОЛЕВАНИЯ

Первичная: физическая активность; пища, богатая полиненасыщенными

жирными кислотами, антиатерогенными веществами; избегать эмоциональ-

ных перенапряжений, стрессов; борьба с факторами риска (ожирение,

сахарный диабет и др.);

умеренное употребление алкоголя (для профилактики 30-40 г в сутки);

Вторичная: лечебная физкультура; избегать тяжелых физических на-

грузок, эмоционального напряжения, стрессов;

Полноценное и разнообразное четырехразовое питание: с увеличением

содержания в рационе белков животного происхождения, витаминов,

крепкий чай и кофе по утрам; диета с пониженным

содержанием животных жиров, легкоусвояемых углеводов, богатая

полиненасыщенными жирными кислотами, антиатерогенными веществами,

растительной клетчаткой, продуктами моря; проживание в экологи-

чески чистой местности, частые прогулки на свежем воздухе, санатор-

но-курортное лечение. При болях в сердце применять сердечные глико-

зиды (валокордин).

ЭПИКРИЗ

x, 72 года, поступила в

больницу N 2 планово 22.01.97 с жалобами на

Головные боли, возникающие чаще к вечеру или ночью, разной локали-

зации (иногда половина головы, иногда вся голова), которые пациентка

снимала анальгетиками (анальгин, баралгин); головокружения. Боли в

сердце колющего характера, иррадиирующие в левую лопатку, возникно-

вение которых ни с чем не связывает, снимает валокордином. Боли в

нижней части живота внезапные и непродолжительные.

Из анамнеза известно, что больная в течение 4 лет страдает ИБС и

ортостатической гитонией. За время пребывания в лечебном учрежде-

нии были произведены следующие диагностические исследования:

Лабораторные: анализ крови общий и биохимический, анализ мочи.

Инструментальные: ЭКГ, рентгенография грудной клетки, рентгеногра-

фия шеи, транскраниальная доплерография, ортостатическая проба,

компьютерная томография головного мозга.

Консультации: окулиста, гинеколога, нейрохирурга. Было выявлено:

ИБС, стенокардия, эссенциальная гипотония с ортостатическим синд-

ромом. Проводилась терапия:

фармакологическая - сибазон, ферроплекс;

внутримышечные инъекции анальгина;

В результате проведенного лечения самочувствие больного отме-

тилось улучшение.

Рекомендации: лечебная физкультура; избегать тяжелых физических

нагрузок, эмоционального напряжения, стрессов; диета с пониженным

содержанием животных жиров, легкоусвояемых углеводов, богатая

полиненасыщенными жирными кислотами, антиатерогенными веществами,

растительной клетчаткой, продуктами моря;

Полноценное и разнообразное четырехразовое питание: с увеличением

содержания в рационе белков животного происхождения, витаминов,

крепкий чай и кофе по утрам.

Проживание в экологически чистой местности, частые прогулки на

свежем воздухе, санаторно-курортное лечение. Периодически наблю-

даться у кардиолога. При болях в сердце принимать валокордин.

ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Основное заболевание: церебральный атеросклероз; недостаточность

кровообращения вертебро-базилярного бассейна; менингиома области

турецкого седла; инволютивная ортостатическая гипотония; дисцир-

куляторная энцефалопатия.

Осложнение: обморочные состояния.

Сопутствующие заболевания: ИБС: стенокардия напряжения.

Подпись куратора: