АЛТАЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ

УНИВЕРСИТЕТ

Кафедра госпитальной терапии

Зав. кафедрой: проф. Лычев В.Г.

Преподаватель: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Куратор: студентка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_..

Клиническая история болезни

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Диагноз: Артериальная гипертензия, III стадия, риск 4, гипертрофия левого желудочка. ИБС: стенокардия напряжения, III функциональный класс. ХСН II А стадии. Гиперхолестеринемия.

Барнаул – 2008 г.

**Паспортная часть**

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Возраст: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Дата рождения: 30. 08. 1936 г.

Адрес: г. Барнаул \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Профессия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Место работы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Дата поступления: 24. 02. 2008 г.

Дата выписки: 29. 02. 2008 г.

ГБ№8, 2е терапевтическое отделение, палата № 8.

**Жалобы**

На одышку, которая возникает при повседневной физической нагрузке (дойти до туалета, в соседнюю комнату). На ощущение сердцебиения при той же физической нагрузке или при психоэмоциональном перенапряжении. Сердцебиение самостоятельно проходит после приема нитроглицерина.

На головные боли в затылочной и височной области на фоне повышения АД (максимально до 180/90 мм рт ст). Во время приступа появляется тяжесть в голове, в затылочной ее области, шум в ушах, резкая слабость, помутнение в глазах, выраженная потливость, похолодание в конечностях, частое в это время ощущение перебоев в работе сердца (чередование нормальных по частоте сокращений с эпизодами резкого учащения сокращений) чувство переворота в груди. Это состояние длится в течение 20 мин. Купирует приёмом гипотензивных средств.

Периодические приступообразные боли за грудиной имеют сжимающий, иногда колющий, характер, иррадиируют в левое плечо и в левую лопаточную область, возникает при нервно-психической и физической нагрузках (волнение, подъём на 1-й этаж, ходьбе по ровной местности в умеренном темпе на расстояние 150-200м.), длится около 15 мин. Приступ купируется сублингвальным приемом нитроглицирина (1-2 таб.).

**Anamnesis morbi**

Болен в течение 3 лет, когда после физической нагрузки начали появляться одышка, систематические боли в области сердца сжимающего характера, приступ купировал приемом нитроглицерина. Постепенно заболевание прогрессировало, снижалась толерантность к физической нагрузке.

Примерно с 30 лет, в связи с артериальной гипертензией, пациент постоянно принимает гипотензивные средства (индапамид).

Последняя госпитализация в марте – апреле 2007 г., после чего постоянно принимает кордарон. Настоящая госпитализация с 24.02.08 г. бригадой СМП в связи с указанными выше жалобами.

**Anamnesis vitae**

Родился 30.08.1936 года в г. Барнауле. В развитии от сверстников не отставал. Получил среднее специальное образование по специальности электросварщик. Сейчас на пенсии. Живёт с сыном.

Заболевания: – АГ, III стадия, риск 4, гипертрофия левого желудочка (с 30 лет).

– мочекаменная болезнь (слева).

– инсульт (2002 г.).

– ИБС (около 3-х лет).

Из перенесенных операций:

2005 г. – иссечение геморроидальных узлов.

Туберкулез, сифилис, болезнь Боткина, венерические заболевания отрицает.

Аллергических реакций на продукты питания, средства бытовой химии, лекарственные препараты не отмечал.

Гемотрансфузии: однократно в 2005 г. В связи с оперативным вмешательством.

Начал курить в 15 лет (менее 1 пачки в день), в настоящее время не курит уже 7 лет. Алкогольные напитки не употребляет.

Наследственность: ни у кого из близких родственников заболеваний сердца не отмечалось.

Питание: избыточное; всегда подсаливает пищу.

**Status praesens communis**

*Общее состояние* больного удовлетворительное. Положение в постели активное. Сознание ясное, поведение адекватное. Больной ориентируется во времени, пространстве. Эмоционально лабилен. Телосложение правильное. Питание повышенное. Рост 168 см, вес 105 кг.

*Кожные покровы и слизистые:* кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, участков пигментации и гипопигментации нет. Кожа дряблая, тургор снижен. Отеков на фоне проводимой терапии нет. Сыпь на коже отсутствует. Цвет лица обычный. Кожные покровы обычной влажности. Слизистая рта бледно-розовая, патологических изменений не выявлено.

*Подкожно жировая клетчатка:* выражена сильно (толщина кожно-подкожно-жировой складки под лопаткой 5 см).

*Периферические лимфоузлы* не пальпируются.

*Мускулатура* развита умеренно. Тонус не изменен. Сила сохранена. Болезненность и уплотнения при пальпации не определяются.

*Костно-суставной аппарат* без деформаций, болезненность при пальпации и постукивании не обнаруживаются. Изгибы позвоночника без патологии. Суставы правильной конфигурации, покраснения, припухлости, гиперемия отсутствуют. Объем активных и пассивных движений полный, болезненности при движении не отмечается.

**Органы дыхания**

ЧД=16 в, дыхание ритмичное, смешанного типа. Носовое дыхание не нарушено. Пальпация и перкуссия придаточных пазух носа безболезненна.

Форма грудной клетки правильная. Грудной отдел позвоночника без видимой патологии. Межреберные промежутки не увеличены, не выбухают, лопатки плотно прилегают плотно к грудной клетке, симметричны. Над- и подключичные ямки выражены одинаково с обеих сторон.

Пальпация грудной клетки: тонус мышц не изменен, состояние грудины, ребер без особенностей. Голосовое дрожание проводится во все точки без изменений.

При сравнительной перкуссии грудной клетки отмечается ясный легочной звук. Высота стояния верхушек левого и правого легкого одинакова и составляет 4 см над уровнем ключицы. Ширина полей Кренига составляет и справа и слева 5 см. Нижняя граница легких:

Топографические линии легкие

правое левое

Окологрудинная V м/р --

Среднеключичная VI м/р --

Передняя аксилярная VII м/р VII м/р

Средняя аксилярная VIII м/р VIII м/р

Задняя аксилярная I X м/р IX м/р

Лопаточная X м/р X м/р

Околопозвоночная XI м/р XI м/р

Подвижность нижнего края легкого по передней подмышечной линии одинакова с обеих сторон и составляет 3 см.

При аускультации над легочными полями выслушивается жесткое дыхание. Хрипов нет.

**Сердечно-сосудистая система**

Осмотр: При осмотре грудная клетка в области сердца не деформирована, верхушечный и сердечный толчок визуально не определяется. Пульсация в эпигастральной области, под печенью, в яремной ямке не определяется.

Пальпация: Верхушечный толчок выраженный, определяется в V межреберье, на 2 см. кнаружи от l.medioclavicularis sinistra. Систолического и диастолического дрожания в области верхушки и основания сердца нет, симптом "кошачьего мурлыканья" у верхушки сердца, над аортой отсутствуют.

**Перкуссия:** Границы относительной тупости сердца:

Правая: IV межреберье на 1,5см. кнаружи от правого края грудины.

Левая: V межреберье на 2,5см. кнаружи от l.medioclavicularis sinistra.

Верхняя: нижний край III ребра по l. parasternalis sinistra.

Левая граница относительной сердечной тупости смещена в лево.

Размер поперечной относительной тупости сердца 14,5см.

Ширина сосудистого пучка во II межреберье составляет 7 см.

Границы абсолютной тупости сердца:

Правая: IV межреберье 1,5 см кнаружи от l. Parasternalis sinistra.

Левая: V межреберье на 2,5см. кнутри от l. medioclavicularis sinistra.

Верхняя: IV межреберье по l. sternalis sinistra.

Аускультация: тоны сердца глухие, ритм правильный. Отмечается акцент II тона над аортой. Расщепления и раздвоения тонов не выявлено. Патологий со стороны клапанного аппарата сердца не обнаружено. Шумы также не прослушиваются. Пульс на обоих лучевых артериях равномерный, твердый, хорошего наполнения, ЧСС = 90 уд/мин. АД =120\80 мм рт ст.

**Органы пищеварения**

Слизистая оболочка полости рта и глотки розовая, чистая, умеренно влажная. Язык розовый, влажный, без налета и трещин. Сосочковый слой сохранен. Мягкое и твердое небо, зев без налета, язв, не кровоточат. Миндалины не выступают за края небных дужек, однородные, с чистой поверхностью, без отделяемого. Задняя стенка глотки без особенностей. Акт глотания не нарушен.

При осмотре живот правильной формы, симметричный, в акте дыхания участвует, увеличен из-за избыточного отложения жира. Грыжевые выпячивания и расширения подкожных вен не определяются. Пульсаций в подложечной области нет.

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный, расхождений прямых мышц не отмечается, пупочное кольцо не расширено. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Патологических выбуханий и образований не пальпируется. Пальпация кишечника патологии не выявляет.

Нижний край печени – по краю реберной дуги, гладкий, безболезненный.

Размеры печени по Курлову:

по среднеключичной линии – 9 см.

по срединной линии – 8 см.

по краю левой реберной дуги – 7 см.

Желчный пузырь не пальпируется, пальпация в его проекции безболезненная, симптом Ортнера отрицательный.

Дополнительных патологических образований в брюшной полости не пальпируется. Признаки скопления свободной жидкости в брюшной полости методами перкуссии и флюктуации не определяются. При аускультации выявляется шум перистальтики кишечника в виде урчания и переливания жидкости.

**Мочеполовая система**

Поясничная область при осмотре не изменена. Проникающая пальпация в проекции почек и мочеточников безболезненная с обеих сторон. Симптом покалачивания отрицательный с обеих сторон. Мочевой пузырь пальпаторно и перкуторно не определяется. Акт мочеиспускания не нарушен.

**Предварительный диагноз и его обоснование**

Жалобы больного на повышение АД (максимально до 180/90 мм рт ст), которое сопровождается типичными клиническими проявлениями: головными болями в затылочной и височной области, шумом в ушах, помутнением в глазах ― указывают на наличие гипертензивного синдрома. Из анамнеза заболевания видно, что пациент болен в течение 40 лет, то есть заболевание хроническое, по его поводу больной получает лечение. Отсюда можно предположить наличие артериальной гипертензии. Выявленные объективно признаки гипертрофии левого желудочка (смещение верхушечного толчка и левой границы сердца влево) указывают на поражение органа-мишени – сердца. Жалобы больного на одышку при обычной физической нагрузке, перебои в работе сердца при той же нагрузке и эмоциональном перенапряжении указывают на наличие заболевания сердца – ИБС. Значительное ограничение обычной физической активности, подъём на 1-й этаж, ходьба по ровной местности в умеренном темпе провоцируют возникновение приступа ― это позволяет поставить III функциональный класс. Повышение АД до 180/90 мм рт ст, поражение органов мишеней ― гипертрофия левого желудочка, инсульт, ИБС ― соответствует III стадии, а так же, так как они становятся ассоциированными заболеваниями, позволяют выставить очень высокую степень риска (4).

Наличие у больного одышки при обычной физической нагрузке, быстрая утомляемость, отсутствие отёков, позволяют поставить ХСН стадии II А.

Таким образом, предварительный диагноз звучит так:

Артериальная гипертензия, III стадия, риск 4, гипертрофия левого желудочка. ИБС: стенокардия напряжения, III функциональный класс. ХСН II А стадии.

**Дополнительные методы диагностики**

**Лабораторные методы:**

Общий анализ крови

Биохимический анализ крови (общий белок, сахар крови, ПТИ, мочевина, креатинин, К+, Na+, холестерин)

Общий анализ мочи

RW

Кал на я/г

**Рентгенологические методы:**

Рентгенограмма органов грудной клетки

**Функциональные методы:**

ЭКГ, УЗИ внутренних органов, ЭхоКГ

**Специалисты:**

окулист

**Результаты дополнительных методов обследования:**

ОАК от 24.02.08 г.:

Лейкоциты 7,2 × 109 л-1

Гемоглобин 110 г/л

СОЭ 15 мм/ч

**Кровь на RW** **от 24.02.08 г.:**

Отр.

Биохимический анализ крови от 26.02.08 г.:

Сахар 7,0 ммоль/л

Мочевина 4,7 ммоль/л

Калий 4,19 ммоль/л

Натрий 135,7 ммоль/л

Общий белок 74 г/л

Холестерин 5,21 ммоль/л

Липиды 720 α 320 β 400

**Коагулограмма от 24.02.08 г.:**

ПТИ = 74 %

**ОАМ от 26.02.08 г.:**

Цвет с/ж

Отн. плотность 1015 г/л

Прозрачность +++

Реакция кислая

Белок отр.

Лейкоциты ед. в п/зр.

Эпителий ед. в п/зр.

Rg- грамма органов грудной клетки от 23.11.07 г.:

Легочные поля без видимых очаговых и инфильтративных теней. Корни малоструктурные. Синусы свободные. Сердце увеличено влево, признаки гипертрофии левого желудочка.

**ЭКГ** **от 26.02.08 г.:**

**Заключение:** Ритм синусовый, ЧСС=75/мин. Горизонтальное положение ЭОС. Признаки гипертрофии левого желудочка (RI> RII>RIII). Диффузные метаболические изменения в миокарде.

**Офтальмолог от 23.11.07 г.:**

Отмечается извитость артериол, расширение венул, отечность соска зрительного нерва.

**ФГДС** **от 26.02.08 г.:**

Без патологии.

**Гематолог от 26.02.08 г.:**

Хроническая железодефицитная анемия на фоне кровоточащего геморроя III ст.

**УЗИ органов брюшной полости с ЦАК внутренних органов от 11.01.08 г.:**

Диффузные изменения эхоструктуры печени, утолщение и диффузные изменения эхоструктуры стенок желчного пузыря. Конкременты желчного пузыря. Диффузно/неоднородные изменения эхоструктуры поджелудочной железы.

**Клинический диагноз и его обоснование**

На основании жалоб больной, анамнеза заболевания и жизни, а так же на основании объективных данных было выявлено следующее:

гипертензионный синдром, включающий в себя повышение АД (максимально до 180/90 мм рт ст), сопровождающееся головной болью, шумом в ушах, потемнением в глазах.

Признаки стенокардии напряжения (одышка, сердцебиение, сжимающая боль за грудиной, появляющиеся при физическом или психоэмоциональном напряжении).

Признаки поражения головного мозга(головные боли, шум в ушах, потемнение в глазах, появляющиеся при повышении АД; а так же наличие перенесенного инсульта в анамнезе).

Застой по малому кругу, проявляющийся одышкой при обычной физической нагрузке.

На основании этих данных был выставлен диагноз:

Артериальная гипертензия, III стадия, риск 4, гипертрофия левого желудочка. ИБС: стенокардия напряжения, III функциональный класс. ХСН II А стадии.

Дополнительные методы исследования позволили подтвердить наличие поражения сердца: признаки гипертрофии левого желудочка и метаболические расстройства по ЭКГ. Так же дополнительно были обнаружены поражения сетчатки (извитость артериол, расширение венул, отечность соска зрительного нерва).

Таким образом, имеет место поражение органов-мишеней: головного мозга, сердца, сетчатки, а так же наличие ассоциированных заболеваний: ИБС, что характерно для III стадии ГБ и очень высокой степени риска. Проведение велоэргометрии не целесообразно, так как выявленные при расспросе данные (одышка при повседневной нагрузке) позволят поставить больному III ф к.

Таким образом клинический диагноз звучит так:

Артериальная гипертензия, III стадия, риск 4, гипертрофия левого желудочка. ИБС: стенокардия напряжения, III функциональный класс. ХСН II А стадии. Гиперхолестеринемия.

**Дифференциальный диагноз**

Ведущей жалобой больного является жалоба на одышку. Одышка характерна для многих заболеваний, протекающих с поражением легких и сердца: ХОБЛ, пневмония.

Отсутствие в анамнезе больного каких либо заболеваний лёгких, подтверждённых Rg-граммой лёгких, позволяет исключить патологию лёгких.

Для ХОБЛ характерна экспираторная одышка, больной часто занимает вынужденное положение, в акте дыхания участвует дополнительная мускулатура, объективно в легких определяется мозаичная картина: по всем полям выслушиваются сухие, могут быть влажные хрипы, определяются очаги притупления (аттелектаз, пневмофиброз), а также очаги с тимпаническим оттенком (эмфизема). При обострении ХОБ наряду с экспираторной одышкой всегда есть кашель с отделением умеренного количества слизисто-гнойной мокроты, что отсутствует у данной больной.

При пневмонии наряду с одышкой часто смешанного характера имеется общеинтоксикационный синдром (лихорадка, слабость, вялость, головная боль), хотя у стариков может быть слабо выражен. Этот синдром сочетается с наличием в легких локальной симптоматики: притупление перкуторного звука над очагом, отставание половины грудной клетки при дыхании, аускультативно выслушиваются либо ослабленное дыхание, либо крипитация и влажные чаще мелкопузырчатые хрипы. На рентгенограмме органов грудной полости выявляется очаговые или инфильтративные изменения в легких, что не выявлено у данного больного.

Боли в грудной клетке при стенокардии следует дифференцировать с болью при остеохондрозе грудного отдела позвоночника, переломе ребер.

При остеохондрозе боль имеет колющий и поверхностный характер (при стенокардии загрудинный и сжимающий) и появляется не столько при физической нагрузке, сколько при движении в пораженном отделе позвоночника, при нажатии вдоль задействоанного пучка боль усиливается. При переломе ребер, что случается часто у пожилых людей при незначительных травмах, и о которых они могут и не помнить, боль носит также поверхностный характер и усиливается при нажатии на область сломанного ребра.

**Лечение**

**Режим:** Стационарный.

**Диета:** Стол № 7.

**Медикаментозное:**

Индапамид – оказывает диуретическое и антигипертензивное действие. У больных гипертонической болезнью снижает тонус периферических сосудов и общее периферическое сопротивление.

Rp: Dragee Indараmidе 0, 0025

Dtd N 50

S. По 1 драже утром до еды.

Для снижения потребности миокарда в кислороде путем нивелирования положительного инотропного действия ангиотензина III на миокард, а так же для снижения и поддержания на низком уровне АД назначаем иАПФ: эналаприл,

Rp: Tab. Еnаlаpril 0,01

Dtd № 30 in tabulettis

S. По 1 таблетке 2 раза в день.

Может применяться для монотерапии и в сочетании с другими антигипертензивными средствами (диуретиками и др.).

Назначают эналаприл внутрь (независимо от времени приема пищи).

Амиодарон (кордарон). Антиангинальное действие амиодарона обусловлено частично его спазмолитическим (сосудорасширяющим) и антиадренергическим действием. Он оказывает тормозящее влияние на a и b -адренорецепторы сердечно-сосудистой системы, не вызывая полной их блокады. Вместе с тем он повышает тонус симпатической нервной системы. Препарат уменьшает сопротивление коронарных сосудов сердца и увеличивает коронарный кровоток, урежает сердечные сокращения, уменьшает потребность миокарда в кислороде, способствует увеличению энергетических резервов миокарда (увеличивает содержание креатининсульфата, аденозина и гликогена). Он несколько понижает периферическое сосудистое сопротивление и системное АД.

В отличие от препаратов, полностью блокирующих b -адренорецепторы, амиодарон практически не оказывает отрицательного инотропного действия.

Rp: Tab. Аmiodaroni 0,2

Dtd № 60 in tabulettis

S. По 1 таблетке 2 раза в день.

Дилтиазем. Антагонист ионов кальция, применяемый при стенокардии и гипертензии. Оказывает отрицательное хронотропное действие и уменьшает частоту сердечных сокращений. Может замедлять атриовентрикулярную проводимость и понижать возбудимость атриовентрикулярного узла. Снижает тонус сосудов и общее периферическое сопротивление при гипертонической болезни. Антиангинальное действие связано с уменьшением преднагрузки на миокард, дилатацией коронарных сосудов и улучшением снабжения сердца кислородом. Обладает также антиаритмической активностью.

Rp: Tab. Diltiazem 0,03

Dtd № 40 in tabulettis

S. По 1 таблетке 3 раза в день.

Нитроглицерин. Нитратросодержащий препарат, является донаторами оксида азота, который способствует расширению коронарных артерий и периферических сосудов. Способность препарата устранять ишемию миокарда есть результат сочетанного влияния препарата на потребление кислорода и доставку его к миокарду. Важнейшие звенья механизма действия препарата: снижение потребности миокарда в кислороде за счет уменьшения напряжения стенки миокарда и повышение доставки кислорода в ишемизированные зоны вследствие перераспределения коронарного кровотока.

Под влиянием нитроглицерина уменьшается конечное диастолическое давление и объем левого желудочка, в результате чего уменьшается напряжение стенки миокарда. При любом уровне систолического внутрижелудочкового давления это ведет к снижению потребности миокарда в кислороде.

Определенное значение в уменьшении напряжения стенки миокарда имеет снижение систолического артериального давления после приема нитроглицерина. Уменьшение конечного диастолического давления и объема левого желудочка и связанное с этим снижение направления стенки миокарда ведет к уменьшению давления на артерии и коллатероли в ишемизированной зоне, в результате чего в ней увеличивается кровоток.

Rp.: Tab. Nitroglycerini 0,0005

Dtd N 20 in tabulettis

S. по 1-2 таблетке под язык при болях в сердце.

Аспирин. Предназначен для снижения риска развития ОИМ. Препарат оказывает антиагрегационное действие, ингибирует спонтанную и индуцированную агрегацию тромбоцитов.

Rp: Tab. Aspirini 0,25

Dtd N 20 in tabulettis

S. По 1/2 таблетки в обед.

Фенофибрат: вызывает понижение содержания холестерина и триглицеридов в плазме крови, триглицеридов в ЛПОНП и холестерина в ЛПНП. Вместе с тем, они повышают уровень холестерина в ЛПВП (антиатерогенных). Снижение содержания холестерина связано со способностью фибратов блокировать редуктазу гидроксиметилглутарового кофермента А (НМG СоА), участвующего в биосинтезе холестерина, и усиливать распад холестерина. Фибраты снижают также агрегацию тромбоцитов и вязкость крови. Уменьшают уровень мочевой кислоты в плазме крови. В целях профилактики эти препараты применяют при семейной гиперхолестеринемии, гиперлипидемии и гипертриглицеридемии, идиопатическом понижении содержания ЛПНП. В качестве лечебных средств используют в комплексной терапии при склерозе коронарных и периферических сосудов, сосудов мозга, различных заболеваниях, сопровождаюшихся гиперлипидемией, включая гиперлипидемии в сочетании с повышением уровня мочевой кислоты в плазме крови. Снижает уровень холестерина и β-липопротеидов в крови.

Rp: Рhenofibrate 0,1

Dtd N 50 in capsullis

S. Два раза в день во время еды: 2 капсулы во время завтрака и 1 капсула во время ужина.

**Дневник ведения больного**

|  |  |
| --- | --- |
| Течение болезни | Лечение |
| **26.02.08г.** Состояние больного средней степени тяжести. Жалобы на боли за грудиной, сжимающего характера ирадиирующие в левое плечё и подлопаточную область, возникающие при психической и повседневной физической нагрузке. На одышку в покое, усиливающуюся при лёгкой физической нагрузке(дойти до туалета). На приступы слабости, потемнение в глазах, потливостью, похолоданием в конечностях, перебои в работе сердца при лёгкой физической нагрузке.  Объективно: Кожа нормального цвета, теплая, влажная, отеков, цианоза губ, конечностей нет. АД 120/80 мм. рт. ст. симметрично на обеих руках, пульс мягкий, симметричный, ЧСС – 90уд/мин. Аускультативно: жесткое дыхание, хрипов нет. В покое небольшая одышка, усиливае при любой нагрузке. ЧД = 16/мин. Тоны сердца глухие, ритм правильный. Отмечается акцент II тона над аортой. Стул, мочеиспускание не нарушены. Живот мягкий, увеличен в размере (избыточное отложение жира), печень по краю реберной дуги. Край печени мягкий, эластичный, подвижный. | #  Sol.Kalii chloridi 4%- 40 ml в/в  Sol.Glucosae 10 %- 200 ml кап.  #  Sol. Cordaroni 300 mg в/в  Sol NaCl 0,9%- 200 ml кап.  #  Heparini 2,5 тыс. ЕД,  4 р/день(п/к живота).  #  Tab. Еnаlаpril 0,01 – по 1 таб.  2 р/день.  #  Dragee Indараmidе 0, 0025 –1драже утром до еды.  #  Tab. Aspirini 0,5 – по ¼ таб.  в обед. |
| **27.02.08г.** Состояние больного удовлетворительное. Жалобы на дискомфорт за грудиной. На одышку при лёгкой физической нагрузке(дойти до туалета). На приступы слабости, потемнение в глазах, головную боль.  Объективно: Кожа нормального цвета, теплая, влажная, отеков, цианоза губ, конечностей нет. АД 110/80 мм. рт. ст. симметрично на обеих руках, пульс мягкий, симметричный, ЧСС – 86уд/мин. Аускультативно: жесткое дыхание, хрипов нет. В покое небольшая одышка, усиливае при любой нагрузке. ЧД = 18/мин. Тоны сердца глухие, ритм правильный. Отмечается акцент II тона над аортой. Стул, мочеиспускание не нарушены. Живот мягкий, увеличен в размере (избыточное отложение жира), печень по краю реберной дуги. Край печени мягкий, эластичный, подвижный. | #  Tab. Cordaroni 0,2 – по 1 таб.  2 р/день.  #  Heparini 2,5 тыс. ЕД,  4 р/день(п/к живота).  #  Tab. Еnаlаpril 0,01 – по 1 таб.  2 р/день.  #  Dragee Indараmidе 0, 0025 –1драже утром до еды.  #  Tab. Aspirini 0,5 – по ¼ таб.  в обед. |
| **28.02.08г.** Состояние больного удовлетворительное. Жалобы на одышку при лёгкой физической нагрузке (дойти до туалета).  Объективно: Кожа нормального цвета, теплая, влажная, отеков, цианоза губ, конечностей нет. АД 120/80 мм. рт. ст. симметрично на обеих руках, пульс мягкий, симметричный, ЧСС – 90уд/мин. Аускультативно: жесткое дыхание, хрипов нет. В покое небольшая одышка, усиливае при любой нагрузке. ЧД = 16/мин. Тоны сердца глухие, ритм правильный. Отмечается акцент II тона над аортой. Стул, мочеиспускание не нарушены. Живот мягкий, увеличен в размере (избыточное отложение жира), печень по краю реберной дуги. Край печени мягкий, эластичный, подвижный. | #  Tab. Cordaroni 0,2 – по 1 таб.  2 р/день.  #  Tab. Еnаlаpril 0,01 – по 1 таб.  2 р/день.  #  Dragee Indараmidе 0, 0025 –1драже утром до еды.  #  Tab. Aspirini 0,5 – по ¼ таб.  в обед. |
| **29.02.08г.** Состояние больного удовлетворительное. Жалобы на одышку при небольшой физической нагрузке. Объективно: Кожа нормального цвета, теплая, влажная, отеков, цианоза губ, конечностей нет. АД 120/80 мм. рт. ст. симметрично на обеих руках, пульс мягкий, симметричный, ЧСС – 78 уд/мин. Аускультативно: жесткое дыхание, хрипов нет. ЧД = 16/мин. Тоны сердца глухие, ритм правильный. Отмечается акцент II тона над аортой. Стул, мочеиспускание не нарушены. Живот мягкий, увеличен в размере (избыточное отложение жира), печень по краю реберной дуги. Край печени мягкий, эластичный, подвижный. | Продолжать лечение амбулаторно. |

**Выписной эпикриз**

Больной, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_., \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.года рождения находился на стационарном лечении в терапевтическом отделении № 2 с 24.02. 2008 г. по 29. 02. 2008 г. с диагнозом: Артериальная гипертензия, III стадия, риск 4, гипертрофия левого желудочка. ИБС: стенокардия напряжения, III функциональный класс. ХСН II А стадии. Гиперхолестеринемия, для уточнения диагноза и проведения лечебных мероприятий.

Больной поступил с жалобами: на одышку, которая возникает при повседневной физической нагрузке (дойти до туалета, в соседнюю комнату), на ощущение сердцебиения при той же физической нагрузке или при психоэмоциональном перенапряжении, на головные боли в затылочной и височной области на фоне повышения АД (максимально до 180/90 мм рт ст), шум в ушах, резкая слабость, помутнение в глазах, выраженная потливость, похолодание в конечностях, ощущение перебоев в работе сердца, чувство переворота в груди, периодические приступообразные боли за грудиной (имеют сжимающий, иногда колющий, характер, иррадиируют в левое плечо и в левую лопаточную область).

Результаты дополнительных методов обследования:

ОАК от 24.02.08 г.:

Лейкоциты 7,2 × 109 л-1

Гемоглобин 110 г/л

СОЭ 15 мм/ч

**Кровь на RW** **от 24.02.08 г.:**

Отр.

Биохимический анализ крови от 26.02.08 г.:

Сахар 7,0 ммоль/л

Мочевина 4,7 ммоль/л

Калий 4,19 ммоль/л

Натрий 135,7 ммоль/л

Общий белок 74 г/л

Холестерин 5,21 ммоль/л

Липиды 720 α 320 β 400

**Коагулограмма от 24.02.08 г.:**

ПТИ = 74 %

**ОАМ от 26.02.08 г.:**

Цвет с/ж

Отн. плотность 1015 г/л

Прозрачность +++

Реакция кислая

Белок отр.

Лейкоциты ед. в п/зр.

Эпителий ед. в п/зр.

Rg- грамма органов грудной клетки от 23.11.07 г.:

Легочные поля без видимых очаговых и инфильтративных теней. Корни малоструктурные. Синусы свободные. Сердце увеличено влево, признаки гипертрофии левого желудочка.

**ЭКГ** **от 26.02.08 г.:**

**Заключение:** Ритм синусовый, ЧСС=75/мин. Горизонтальное положение ЭОС. Признаки гипертрофии левого желудочка (RI> RII>RIII). Диффузные метаболические изменения в миокарде.

**Офтальмолог от 23.11.07 г.:**

Отмечается извитость артериол, расширение венул, отечность соска зрительного нерва.

**ФГДС** **от 26.02.08 г.:**

Без патологии.

**Гематолог от 26.02.08 г.:**

Хроническая железодефицитная анемия на фоне кровоточащего геморроя III ст.

**УЗИ органов брюшной полости с ЦАК внутренних органов от 11.01.08 г.:**

Диффузные изменения эхоструктуры печени, утолщение и диффузные изменения эхоструктуры стенок желчного пузыря. Конкременты желчного пузыря. Диффузно/неоднородные изменения эхоструктуры поджелудочной железы.

Больному было проведено следующее лечение:

Sol.Kalii chloridi 4%- 40 ml в/в

Sol.Glucosae 10 %- 200 ml кап.

Sol. Cordaroni 300 mg в/в

Sol NaCl 0,9%- 200 ml кап.

Heparini 2,5 тыс. ЕД, 4 р/день(п/к живота).

Tab. Еnаlаpril 0,01 – по 1 таб., 2 р/день.

Dragee Indараmidе 0, 0025 –1драже утром до еды.

Tab. Aspirini 0,5 – по ¼ таб. в обед.

Tab. Cordaroni 0,2 – по 1 таб., 2 р/день.

В результате проведенного лечения состояние больного улучшилось: одышка уменьшилась, загрудинная боль, головная боль, шум в ушах не отмечаются.

Выписывается с улучшением.

**Прогноз**

Прогноз для жизни благоприятный, так как в данный момент состояние больного стабильное и угроза жизни отсутствует.

Прогноз для здоровья неблагоприятный, так как выздоровление невозможно, в последующем будет наблюдаться лишь прогрессирование основных симптомов с ухудшением общего состояния.

**Список литературы**

1. Внутренние болезни. А. И. Мартынов, Н. А. Мухин, В. С. Моисеев, А. С. Галявич.
2. Внутренние болезни. С. И. Рябов.
3. Лекарственные средства. М. Д. Машковский.
4. Кардиология, руководство для врачей, Фомина, 2002 г.